

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PŘÍRODOVĚDECKÁ FAKULTA

KATEDRA ROZVOJOVÝCH STUDIÍ

Bc. Daniel VEJROSTA

**VLIV ISLÁMU NA ŠÍŘENÍ HIV/AIDS V ZEMÍCH
SEVERNÍ AFRIKY**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Jaromír Harmáček, Ph.D.

Olomouc 2013

Děkuji Ing. Mgr. Jaromíru Harmáčkovi, Ph.D. za cenné rady a věcné připomínky při vedení diplomové práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl veškeré informační zdroje.

V Olomouci dne 20. 5. 2013

.....

Bc. Daniel Vejrosta

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Daniel VEJROSTA**
Osobní číslo: **R100725**
Studijní program: **N1301 Geografie**
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**
Název tématu: **Vliv islámu na šíření HIV/AIDS v zemích severní Afriky**
Zadávající katedra: **Katedra rozvojových studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem diplomové práce je zkoumat spojitost mezi islámským náboženstvím a šířením HIV/AIDS v severoafrických zemích. Práce se bude zabývat tím, nakolik má islámský náboženský a kulturní rámec vliv na rizikové chování obyvatel vedoucí k nákaze virem HIV a jak se význam tohoto kulturního rámce změnil během posledních dvou desetiletí. Práce bude zkoumat také postavení osob nakažených virem HIV v islámských společnostech těchto zemí.

Rozsah základního textu práce: 20.000 až 25.000 slov

Rozsah grafických prací a příloh: dle potřeby.

Rozsah grafických prací: dle potřeby
Rozsah pracovní zprávy: 20 - 25 tisíc slov
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

ELHARTI, E., et al. Some characteristics of the HIV epidemic in Morocco. Eastern Mediterranean Health Journal [online]. 2002, 8, 6, [cit. 2011-01-26]. Dostupný z WWW: <http://www.emro.who.int/publications/emhj/0806/some.htm>.
GRAY, Peter B. HIV and Islam: is HIV prevalence lower among Muslims? Social Science & Medicine [online]. 2004, 58, 9, [cit. 2011-01-27].
KROPÁČEK, Luboš. Duchovní cesty islámu. 4. vyd. Praha: Vyšehrad, 2006. 292 s. ISBN 80-7021-821-5.
LENTON, Cliff. Will Egypt escape the AIDS epidemic? Lancet [online]. 1997, 349, 9057. [cit. 2011-01-27].
UNAIDS. 2010. UNAIDS Global report 2010 [online]. [cit. 2011-01-26]. Dostupné z WWW: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Jaromír Harmáček, Ph.D.**
Katedra rozvojových studií

Datum zadání diplomové práce: **26. ledna 2011**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2012**

L.S.

Prof. RNDr. Juraj Ševčík, Ph.D.
děkan

Doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.
vedoucí katedry

Obsah

1	Úvod.....	12
2	Cíle a metody práce	13
3	Vymezení základních pojmů	14
3.1	HIV, AIDS	14
3.2	Severní Afrika	15
4	Vývoj rozšíření HIV/AIDS v severní Africe.....	17
4.1	Historický vývoj ve světě s důrazem na Afriku	17
4.1.1	Původ viru HIV	17
4.1.2	Vývoj do konce 80. let 20. století ve světě	18
4.1.3	Vývoj do konce 80. let 20. století v Subsaharské Africe	20
4.1.4	Vývoj v 90. letech 20. století ve světě	22
4.1.5	Vývoj v 90. letech 20. století v Subsaharské Africe.....	23
4.1.6	Vývoj po roce 2000 ve světě	24
4.1.7	Vývoj po roce 2000 v Subsaharské Africe.....	25
4.1.8	Výzkum léků proti HIV/AIDS	26
4.2	Historický vývoj v zemích severní Afriky	28
4.3	Současná situace v zemích severní Afriky	30
4.3.1	Maroko	30
4.3.2	Alžírsko	32
4.3.3	Tunisko	34
4.3.4	Libye	35
4.3.5	Egypt.....	36
5	Vliv islámu na šíření HIV/AIDS	39
5.1	Teorie islámu a rizikové chování.....	39
5.1.1	Korán, Sunna, hadísy, fiqh a šaría	39
5.1.2	Rizikové chování v teorii islámu	44

5.2	Praxe muslimů a rizikové chování.....	50
5.2.1	Legislativa v zemích severní Afriky ke vztahu k rizikovému chování	50
5.2.2	Rizikové chování v praxi muslimů.....	53
6	Vztah mezi teorií a praxí islámu a trendem šíření HIV/AIDS	65
6.1	Trend šíření HIV/AIDS v severní Africe dříve, dnes a v budoucnu	65
6.2	Vlivy usnadňující šíření HIV/AIDS	71
6.2.1	Nízká míra užívání kondomů	71
6.2.2	Ženská obřízka	74
6.2.3	Pozdější manželství a vyšší rozvodovost.....	77
6.3	Vlivy komplikující šíření HIV/AIDS	78
6.3.1	Mužská obřízka	78
6.3.2	Zákaz konzumace alkoholu.....	81
6.4	Vlivy vlád, státních úřadů a náboženských představitelů dříve a dnes	81
6.4.1	Vlivy vlád a státních úřadů	82
6.4.2	Vlivy náboženských představitelů.....	87
6.5	Vlivy preventivních opatření.....	89
6.5.1	Informovanost obyvatel a jejich přístup k osobám nakaženým HIV	90
6.5.2	Preventivní opatření realizovaná neziskovým sektorem	92
6.5.3	Preventivní opatření realizovaná státní správou.....	93
7	Závěr	96
8	Literatura.....	98
8.1	Knižní zdroje	98
8.2	Internetové zdroje	102
9	Přílohy.....	129

Seznam grafů, map, obrázků a tabulek

Seznam grafů:

Graf 1. Počet osob žijících s HIV, počet nově infikovaných osob a počet zemřelých v důsledku AIDS na světě v letech 1990–2009. (str. 25)

Graf 2. Vývoj odhadovaného počtu osob s HIV v zemích severní Afriky v letech 1990–2011. (str. 67)

Graf 3. Vývoj odhadované prevalence viru HIV v zemích severní Afriky v letech 1990–2011. (str. 68)

Seznam map:

Mapa 1. Prevalence HIV v Africe v letech 1988–2003. (str. 24)

Seznam obrázků:

Obrázek 1. Schéma přenosu nákazy z jádrové populace do většinové populace. (str. 58)

Seznam tabulek:

Tabulka 1. Přehled trestních sazeb za morální trestné činy v zemích severní Afriky. (str. 52)

Tabulka 2. Počet těhotných žen, kterým je poskytována antiretrovirová léčba, a jejich odhadovaný podíl na celkovém počtu těhotných žen nakažených HIV v zemích severní Afriky v roce 2011. (str. 63)

Tabulka 3. Počet dětí žen nakažených HIV, kterým je poskytována antiretrovirová léčba, a jejich odhadovaný podíl na celkovém počtu dětí žen nakažených HIV v zemích severní Afriky v letech 2009–2010. (str. 64)

Tabulka 4. Kumulativní počty evidovaných případů HIV a AIDS v zemích severní Afriky ke konci roku 2011. (str. 66)

Tabulka 5. Struktura typů přenosu viru HIV v zemích severní Afriky (%). (str. 70)

Tabulka 6. Podíl osob ve vybraných skupinách populace v zemích severní Afriky užívajících kondom při pohlavním styku. (str. 72)

Tabulka 7. Doba čerpání zdrojů z Globálního fondu pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií a celkový objem dosud vyčerpaných zdrojů v zemích severní Afriky. (str. 93)

Seznam příloh

Příloha 1. Zobrazení migračních tras v oblasti jižního Alžírsko.

Příloha 2. Plnění šestého rozvojového cíle tisíciletí – zastavení a počátek se snižováním šíření HIV/AIDS – v roce 2012.

Příloha 3. Vývoj odhadovaného počtu osob s HIV ve vybraných zemích severní Afriky v letech 1990–2011.

Příloha 4. Podíl žen, které podstoupily ženskou obřízku, podle věkových kategorií v Egyptě v roce 2008.

Příloha 5. Průměrný věk žen a mužů při prvním sňatku v zemích severní Afriky v letech 1975 a 1998.

Příloha 6. Mapa rozšíření mužské obřízky ve světě v prosinci 2006.

Příloha 7. Celková spotřeba čistého alkoholu na osobu (v litrech), průměr let 2003–2005.

Příloha 8. Pokles diskriminace ve zdravotnictví podle roku, kdyby došlo k infekci pacienta virem HIV (hodnoty vyjadřují podíl kladných odpovědí).

Příloha 9. Vývoj v poskytování antiretrovirové léčby ve vybraných zemích severní Afriky.

Příloha 10. Znalost a přístup k HIV/AIDS – přehled vybraných výsledků Demografického a zdravotního výzkumu provedeného v letech 2003–2004 v Maroku.

Příloha 11. Znalost a přístup k HIV/AIDS – přehled vybraných výsledků Demografického a zdravotního výzkumu provedeného v roce 2008 v Egyptě.

Abstrakt, Klíčová slova

Abstrakt:

Severní Afrika, v kontrastu se subsaharskou částí, je jedním z regionů s nejnižším počtem případů AIDS na světě. Zároveň, na rozdíl od zbytku kontinentu, je společnost v severoafrických státech ryze islámská. Práce zkoumá, zda islámská povaha regionu mohla mít vliv na trend šíření HIV/AIDS v těchto zemích a pokud ano, do jaké míry. Rozebírány jsou jednotlivé aspekty tohoto vlivu a jejich případný vývoj v čase. Práce také shrnuje potenciál tohoto vlivu pro budoucí vývoj šíření HIV/AIDS v severní Africe.

Klíčová slova:

AIDS, islám, islámská kultura, HIV, muslim, prevalence, rizikové skupiny, severní Afrika

Abstract, Key words

Abstract:

North Africa, in contrast with sub-Saharan part, is one of the regions with the lowest number of AIDS cases in the world. At the same time, unlike the rest of the continent, the society in North African states is purely Islamic. The thesis examines whether the Islamic character of the region could have an impact on the spread of HIV/AIDS in these countries and, if so, how much. Various aspects of this influence and its possible changes in time are analyzed. The work also summarizes the potential of this influence for the future spreading of HIV / AIDS in North Africa.

Key words:

AIDS, islam, islamic culture, HIV, muslim, Northern Africa, prevalence, risk groups

1 Úvod

Přibližně před 30 lety vešlo celosvětově ve známost nové virové onemocnění, způsobující postupné selhávání imunity a končící bez výjimky úmrtím pacienta – AIDS. Virus HIV se závratnou rychlostí rozšířil do všech zemí světa a brzy se pro Světovou zdravotnickou organizaci i řadu nejschopnějších vědců stal nepřitelem číslo jedna. Přes veškeré snahy mezinárodního společenství se ale růst rychlosti šíření pandemie podařilo zvratit až v roce 1997, celkový počet nakažených osob doposud stále roste.

Nejvíce postiženým regionem, kterému AIDS přivodil velmi těžké demografické i ekonomické ztráty, je Subsaharská Afrika. V kontrastu s ní patří státy severní Afriky naopak k nejméně zasaženým zemím na světě. V čem se tyto regiony od sebe tolik liší? Přirozená geografická bariéra, za kterou může být do jisté míry považována Sahara, se ve světle rychlosti celosvětového šíření viru napříč kontinenty jeví jako velmi chabý argument. Zcela odlišný epidemiologický vývoj nelze jistě vysvětlit ani včasnější prevencí či připraveností na tuto nemoc, reálný přístup těchto zemí by měl teoreticky vést spíše k opačnému trendu.

Jedním ze základních demografických rozdílů mezi severní a Subsaharskou Afrikou je náboženská struktura obyvatelstva. V Subsaharské Africe je rozšířeno zejména křesťanství a velké množství původních náboženských kultů, islám zde zpravidla vyznává v jednotlivých zemích pouze menší část obyvatel. Naopak populace všech pěti států severní Afriky je, s výjimkou křesťanské menšiny na jihu Egypta, ryze islámská.

Nepřímá úměra mezi zastoupením islámské populace a mírou prevalence viru HIV v afrických zemích mne vedla k otázce, nakolik může mít islámský nábožensko-kulturní rámec v regionu severní Afriky na šíření HIV/AIDS skutečný vliv. Epidemiologická situace v severoafrických státech se ale postupem času, na rozdíl od náboženské struktury populace, mění – počty nakažených osob zde neustále narůstají. Čím je to způsobeno? Nakolik je to ovlivněno islámem? A jaký lze očekávat vývoj do budoucna?

Tyto otázky mne vedly k volbě tématu diplomové práce, ve které se je pokusím co nejzodpovědněji a nejpresněji zodpovědět.

2 Cíle a metody práce

Cílem diplomové práce je zkoumat vztah mezi charakterem islámské společnosti a šířením nemoci AIDS v muslimských zemích severní Afriky.

V první části se práce zaměřuje na vývoj šíření nemoci AIDS v severoafrických zemích, zejména na trend vývoje v posledním desetiletí a na odhady budoucího vývoje v regionu.

V druhé části jsou zkoumány specifika islámského kulturního rámce, jež mohou mít vliv na šíření nemoci AIDS, jejich význam a případná změna tohoto významu v čase.

Ovlivňuje islámský nábožensko-kulturní rámec šíření viru HIV v populacích severoafrických států? Nakolik je tento vliv významný a čím je způsoben? Převažují pozitivní nebo negativní dopady, jsou-li nějaké? Mění se význam tohoto vlivu v čase? Vychází spíše z náboženské teorie nebo kulturní praxe? Odráží se tento vliv v přístupu státních představitelů a úřadů k problematice HIV/AIDS? Jaký význam mají samotní náboženští představitelé? To jsou výzkumné otázky, kterými se diplomová práce zabývá.

Diplomová práce je založena na rozsáhlé rešerši dostupných zdrojů, na kterou navazuje podrobné studium materiálů. Poté následuje analýza a komparace historického vývoje, současné situace a předpovídaných trendů dané problematiky ve zkoumaném regionu.

Získané informace pocházejí z monografií a internetových zdrojů. Internetových zdrojů, mezi kterými převažují články z odborných časopisů a statistické údaje, je využito vzhledem k dostupnosti informací k dané problematice daleko více, než zdrojů knižních. Většina získaných zdrojů je psána v anglickém a francouzském jazyce. Statistická data jsou čerpána zejména z údajů UNAIDS a WHO, dále z údajů ministerstev jednotlivých zemí, pokud jsou dostupná.

Citace zdrojů jsou uvedeny v závorkách přímo v textu. Citace odkazují na seznam použité literatury uvedený na konci práce.

3 Vymezení základních pojmů

3.1 HIV, AIDS

Onemocnění HIV/AIDS je dnes jedním z nejzávažnějších globálních zdravotních problémů. Virem HIV je nakaženo 34 milionů osob ve všech zemích světa a každý rok se jich 2,7 milionu nově nakazí (WHO, 2011a, 1).

HIV – virus lidské imunodeficiency (*Human Immunodeficiency Virus*) je z čeledi retrovirů. V současné době jsou rozlišovány dva druhy viru způsobující AIDS – HIV-1 a HIV-2. Zatímco virus HIV-1 je rozšířený téměř po celém světě (včetně severní Afriky), HIV-2 se vyskytuje zejména v západní Africe¹. Infekce viry HIV-1 a HIV-2 způsobuje onemocnění, které má 3 - 4 stadia. Prvním stadiem je akutní HIV infekce, která nastane 3–12 týdnů po HIV infekci a svými příznaky je podobná nejčastěji mononukleóze (Klener et al., 2001, 414). Poté nastává dlouhé asymptomatické období, které může trvat 0,5–12 let (Poljak et al., 1997, 83). Někteří lékaři následně vyčleňují stadium, které nazývají ARC (*AIDS related complex*) a během kterého se stav nakažených osob pomalu zhoršuje (Klener et al., 2001, 414–415). Posledním stadiem infekce HIV je AIDS.

Virem HIV se může člověk nakazit pouze od jiného infikovaného člověka. „Přenos se děje zvláště pohlavním stykem (homosexuálním i heterosexuálním) a parenterálně², uskutečňuje se krví, spermatem, vaginálními sekrety, mateřským mlékem. Z infikované matky se infekce přenáší na plod také transplacentárně asi ve 30–60 % případů.“ (Ditrichová et al., 2002, 293)

Proti viru HIV nebyla doposud vyvinuta účinná vakcína, existují pouze antiretrovirové léky, které mohou život nemocných významně zkvalitnit a prodloužit. Jedinou možností proti šíření nákazy jsou tak preventivní opatření, která jsou masově

¹ Několik případů bylo zaznamenáno i v jižním Alžírsku (Republique Algerienne democratique et populaire, 2009, 24)

² tj. přenosem krví či z matky na dítě.

praktikována a štědře podporována mezinárodními organizacemi.

AIDS – syndrom získané imunodeficiency (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) je posledním stadiem infekce HIV, během kterého má nakažený člověk natolik narušenou obranyschopnost organismu, že se pro něj běžné příležitostné infekce či nádory stávají smrtelnými.

Pokud nebude v diplomové práci uvedeno jinak, onemocnění „HIV/AIDS“ se rozumí infekce virem HIV, která může, ale nemusí být ve stadiu AIDS.

3.2 Severní Afrika

Region severní Afriky může být různými autory definován odlišně, proto je zapotřebí tento termín pro potřeby diplomové práce vymežit.

Organizace spojených národů, největší mezinárodní organizace, začleňuje do geografického subregionu „Northern Africa“ Alžírsko, Egypt, Libyi, Maroko, Jižní Súdán, Súdán, Tunisko a Západní Saharu (UN, 2010).

African Economic Outlook, každoroční zpráva o ekonomické situaci afrických zemí vydávaná Rozvojovým centrem OECD a Africkou rozvojovou bankou, řadí do oblasti „North Africa“ Alžírsko, Egypt, Libyi, Mauritánii, Maroko (včetně Západní Sahary) a Tunisko (AEO, 2012).

Mnoho mezinárodních organizací bere v potaz při regionálním členění kromě geografické polohy také kulturní a ekonomickou situaci daných zemí a proto bývá často vyčleňován tzv. region MENA – *Middle East and North Africa*. Tento region ve své klasifikaci využívá například Světová banka (WB, 2012) a Spojený program OSN pro HIV/AIDS (UNAIDS, 2012d). Obě organizace sem z afrických zemí řadí Maroko, Alžírsko, Tunisko, Libyi, Egypt a Džibutsko, UNAIDS ještě přidává Somálsko a Súdán. Světová zdravotnická organizace definuje region „Eastern Mediterranean“, do kterého z afrických zemí řadí Džibutsko, Egypt, Libyi, Maroko, Somálsko, Súdán a Tunisko (WHO, 2012a), Alžírsko je součástí „African region“ (WHO, 2012b).

Podle geografického hlediska, založeného na přírodních a kulturních podobnostech, lze k severní Africe řadit Maroko, Západní Saharu, Alžírsko, Tunisko, Libyi a Egypt, dále pak část Mauritánie, Mali, Nigeru, Čadu a Súdánu.

V této diplomové práci využiji označení „severní Afrika“ v nejužším možném smyslu, tedy jen pro pět nejseverněji položených afrických zemí – **Maroko, Alžírsko, Tunisko, Libyi a Egypt.**

4 Vývoj rozšíření HIV/AIDS v severní Africe

4.1 Historický vývoj ve světě s důrazem na Afriku

Počátek šíření viru HIV mezi lidmi nelze přesně časově určit. Je to zejména kvůli několikaletému latentnímu stadiu mezi infekcí a vážnými projevy nemoci v podobě AIDS. Jonathan M. Mann, ředitel Světového programu pro AIDS ze Světové zdravotnické organizace, odhaduje, že se šíření HIV stalo pandemií někdy mezi polovinou a koncem 70. let 20. století (Mann, 1988, 6). K pozdnímu odhalení pandemie zřejmě přispělo také to, že jejím epicentrem byla Subsaharská Afrika (Bartošová et al., 2005, 97), tedy oblast vykazující v té době hrubé nedostatky ve zdravotní péči a evidenci pacientů. Tomu nasvědčuje i fakt, že první případ AIDS byl popsán v roce 1981 v USA (Mann, 1988, 7). Ještě v roce 1987 připadalo 77 % pospaných případů AIDS na americký kontinent, zatímco v Africe byla evidována necelá desetina případů (Mann, 1987, 7). Teprve v následujících letech se ukázalo, nakolik byla čísla o Subsaharské Africe podhodnocená.

4.1.1 Původ viru HIV

Většina odborníků se shoduje na tom, že virus HIV se vyvinul z opičích imunodeficientního viru, tzv. SIV (*Simian immunodeficiency virus*) a z opic byl také přenesen na člověka. Ačkoli oba typy viru HIV pochází z rovníkové Afriky, původcem každého z nich je jiný živočišný druh.

Virus HIV-1 se pravděpodobně vyvinul u šimpanze čego (*Pan troglodytes troglodytes*), tj. poddruhu šimpanze učenlivého, a gorily nížinné západní (*Gorilla gorilla gorilla*) v pralesích jižního Kamerunu (Keele et al., 2006). K prvním přenosům viru z opice na člověka mohlo podle skupiny odborníků vedené Marcem Salemim dojít teoreticky už koncem 17. století, kdy podle jejich výzkumu došlo k oddělení HIV-1 od SIV (Salemi et al., 2000, 1). K šíření viru HIV mezi lidmi ale začalo docházet

v tichosti pravděpodobně až kolem roku 1930 (Salemi et al., 2000, 1).

Zatímco virus HIV-1 se rozšířil téměř po celém světě, virus HIV-2 není tolik agresivní a obtížněji se přenáší, proto míra jeho rozšíření více méně stagnuje a lze jej nalézt převážně jen v zemích původního výskytu. Virus HIV-2 se přenesl na člověka pravděpodobně z mangabeje kouřového (*Cercocebus atys atys*) v Guinei-Bissau, odkud se rozšířil do sousedních států a následně díky postkoloniálním vazbám do lusofonních zemí jako je Angola, Mosambik či Portugalsko (Remy, 1998, 440–446). Teoreticky mohlo k přenosu HIV-2 na člověka dojít nejdříve kolem roku 1889, kdy se tento virus oddělil od SIV. Pravděpodobné počátky šíření mezi lidmi se datují kolem let 1940–45, přičemž k rychlejšímu rozšíření došlo v 60. letech v souvislosti s válkou za nezávislost na Portugalsku (Lemey, 2003).

Kromě válečných konfliktů zmiňuje Votava a kolektiv další důvody, proč trvalo několik desítek let, než se nákaza virem HIV začala šířit natolik, aby byla odhalena její existence:

„Nejpravděpodobnějším mechanismem přenosu byla kontaminace otevřené rány krví infikované opice při jejím porcování před kuchyňskou přípravou. K jejímu epidemickému šíření ale bylo třeba, aby se v Africe změnily demografické a sociální podmínky, k čemuž došlo přibližně v šedesátých letech. Šlo o mohutnou migraci mladší části populace z vesnic do měst, o rozpad tradiční rodiny spojený s pohlavní promiskuitou a s výrazným využíváním komerčního sexu a konečně o podávání kontaminované krve.“ (Votava et al., 2003, 305)

4.1.2 Vývoj do konce 80. let 20. století ve světě

Dnes je zřejmé, že nejvíce osob nemocných HIV/ AIDS je a vždy bylo přítomno v Subsaharské Africe a nemoc se zde vyskytovala už v první polovině 20. Století. Přesto, historicky první klinicky popsany případ, který odstartoval vědecký výzkum, se datuje až k roku 1981 v USA.

5. června 1981 zveřejnilo americké Centrum pro kontrolu nemocí a prevenci článek s názvem *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles*, ve kterém popisuje u pěti homosexuálních mužů z Los Angeles zvláštní typ zápalu plic způsobeného parazitickou houbou z rodu *Pneumocystis*, spojeného se selháváním imunity (CDC, 1981). Do konce roku 1981 se objevuje několik dalších nezvyklých případů těžkého průběhu infekčního onemocnění u homosexuálních mužů (Altman, 1981) a mezi lékaři se začíná používat

pojmem GRID (*Gay-Related Immune Deficiency*) (Jedlička, 2011). Během dalšího roku se ovšem ukázalo, že se tato nemoc objevuje i u dalších skupin obyvatelstva – drogově závislých, hemofiliků, haitských imigrantů a čerstvě narozených dětí nemocných žen. Během následujícího roku získala nemoc své dnešní pojmenování – AIDS (Marx, 1982).

Později se ukázalo, že některé dříve popsané případy, pro jejichž příznaky neměli lékaři ve své době vysvětlení, lze také označit jako AIDS. Příklad pěti homosexuálů z Los Angeles tedy není historicky prvním zdokumentovaným příkladem této nemoci, ale byl podnětem k hlubšímu zkoumání souvislostí mezi jednotlivými případy a k zapojení široké lékařské komunity do problematiky tohoto nového onemocnění.

V následujících letech se infekce velmi rychle rozšířila do mnoha zemí celého světa. Do konce roku 1982 byly registrovány případy nákazy HIV v Kanadě, na Jamajce, ve Venezuele, Brazílii, Argentíně a Izraeli, v Evropě pak v Dánsku, Nizozemsku, Německu, Norsku, Velké Británii, Španělsku a Itálii. První africkou zemí s oficiálním případem HIV/AIDS byla v roce 1982 Keňa (UNAIDS, 1998, 68). Do konce 80. let pak zbývala pouhá desítka zemí světa, kde se doposud virus HIV neobjevil.

Zatímco byl tedy první oficiální případ AIDS evidován v roce 1981 v USA, k 9. září roku 1987 bylo popsáno již 59 563 případů ve 123 zemích světa. Téměř 46 000 jich bylo registrováno v Americe, přibližně 7 000 v Evropě (z toho pouze 37 v komunistických zemích včetně Sovětského svazu), 5 814 v Africe, 634 v Austrálii a Oceánii a 182 v Asii (Mann, 1988, 7). V severní Africe nebyl do prosince roku 1986 pozorován ani jeden případ, v červnu 1987 bylo nahlášeno Světové zdravotnické organizaci 6 případů.

V tomto období lze rozlišit tři různá schémata epidemiologické nákazy. V prvním případě se jedná o Severní Ameriku, Západní Evropu, Austrálii a některé oblasti Latinské Ameriky. Zde se infekce HIV rozšířila nejvíce mezi tzv. *high risk* skupinami obyvatel, tj. mezi homosexuálními a bisexuálními muži a mezi drogově závislými. Zcela odlišné schéma šíření nákazy lze pozorovat v Africe a na některých ostrovech v Karibiku, kde byla epidemie způsobena zejména heterosexuálním přenosem a ve spojitosti s nízkou úrovní zdravotnických zařízení. Časté jsou přenosy infekce prostřednictvím krevních transfuzí, nesterilních jehel a injekčních stříkaček. V těchto

oblastech bylo nakaženo také mnohem více žen, což do budoucna znamenalo i více nemocných dětí. Třetí schéma je typické pro východní Evropu, Asii, Blízký východ a také severní Afriku. Zde prakticky k rozšíření infekce nedošlo, většina nemocných se nakazila v zahraničí nebo od cizinců. (Mann, 1988, 8)

V druhé polovině 80. let začínalo být zřejmé, že AIDS představuje celosvětovou hrozbu, s kterou je nutné bojovat všemi prostředky. Kromě financování výzkumu nemoci začínají americké a evropské země s velkými informačními kampaněmi, protože je patrné, že právě prevence a osvěta mohou fungovat proti šíření AIDS nejúčinněji. AIDS je nejen předmětem diskusí na mezinárodní úrovni, ale dostává se i do povědomí běžných lidí v západních zemích. 1. prosince 1988 byl zorganizován první Světový den boje proti AIDS, který se od té doby pořádá každoročně a vždy si klade za cíl informovat co nejširší veřejnost o této nemoci. V roce 1990 žilo na světě přibližně 8 milionů lidí s HIV/AIDS (UNDP, 2011, 37).

4.1.3 Vývoj do konce 80. let 20. století v Subsaharské Africe

Situace na Africkém kontinentě se od západních zemí značně lišila, neboť zde žilo daleko více nakažených, avšak nevidovaných osob, a osvětové kampaně tak začaly (snad s výjimkou Ugandy) kriticky pozdě.

První výskyt viru HIV byl zjištěn zpětně u neznámého muže z Konga, kterému byl odebrán vzorek krve v roce 1959 (CNN, 1998). Oblast konžské Kinshasy je také místem, kde byla na základě zpětného zkoumání identifikována v 70. letech první epidemie AIDS (AVERT, 2011a). Odtud se v dalších letech epidemie rozšířila do dalších částí Subsaharské Afriky, kde byla pozorována od počátku 80. let (AVERT, 2011a).

Rychlý nástup měla epidemie v Ugandě, kde se v roce 1986, kdy skončila občanská válka a moci se chopil prezident Yoweri Museveni, dostala prevalence viru HIV mezi městským obyvatelstvem až na 29 % (AVERT, 2011a). Následně se ale boj proti AIDS stal pro ugandskou vládu prioritou a ta se jako první v Africe rozhodla začít

s preventivními a osvětovými programy – propagovala přístup ABC³, zajistila bezpečnost krevních transfuzí a začala s monitoringem aktuální situace. V Ugandě také vznikla první místní nezisková organizace podporující boj proti AIDS – TASO (*The AIDS Support Organization*). V roce 1990 zde žilo přibližně 870 000 osob s HIV/AIDS, což bylo 10,2 % dospělého obyvatelstva. (WHO, 2011b)

V sousední Keni se do roku 1986 objevilo pouze několik desítek případů AIDS, a to u osob z rizikových skupin, převážně sexuálních pracovníků (AVERT, 2011b). Přes snahu keňské vlády se ale epidemie začala zrychlovat a šířit v celé populaci (AVERT, 2011b). Na konci desetiletí žilo v Keni již 400 000 nakažených osob představujících 3,9 % dospělých (WHO, 2011b).

Další východoafrickou zemí silně zasaženou HIV/AIDS byla Tanzanie. Zde šíření nemoci probíhalo podobně jako v Keni. Přestože byl v Tanzanii už v roce 1985 spuštěn Národní program pro kontrolu AIDS, zastavit epidemii se nepodařilo. V roce 1990 představovalo 600 000 nakažených osob prevalenci 4,8 % mezi dospělým obyvatelstvem (WHO, 2011b).

Virus HIV-1 se počátkem 80. let ovšem rozšířil i do západní Afriky, kde se stal původcem nemocí AIDS spolu s místním HIV-2. Nicméně v tomto regionu se infekce šířila pomaleji, pravděpodobně kvůli velkým vzdálenostem mezi sídly, problematickému cestování a zejména špatné bezpečnostní situaci. Tyto faktory způsobily omezení prostituce, což zároveň pomohlo v prvních letech zpomalit šíření infekce HIV (AVERT, 2011a).

V zemích jižní Afriky byly první případy výskytu HIV/AIDS zaznamenány až od druhé poloviny 80. let (UNAIDS, 1998, 68). Přesto je v současnosti právě tento region postižen nemocí AIDS daleko nejvíce. Již koncem dekády začaly vznikat první snahy o zpomalení epidemie. Botswana se v letech 1987–1989 zaměřovala především na kontrolu transfuzní krve (AVERT, 2011c). Svazijsko založilo v roce 1986 Svazijský národní program pro AIDS a zaměřovalo se na osvětu, propagaci užívání kondomů a skenování darované krve (AVERT, 2011d). Také Malawi založilo v roce 1988

³ ABC značí tři hlavní zásady, jak předcházet infekci HIV/AIDS, které byly prvně propagovány právě v Ugandě, později se ale „přístup ABC“ rozšířil i do dalších potřebných oblastí. A = abstinence (sexuální), B = být věrný/á, C = správně a trvale užívat kondomy.

Národní kontrolní program pro AIDS (AVERT, 2011e). Zambie oficiálně založila v polovině 80. let instituce, které měly pomáhat v boji s AIDS, nicméně na veřejnosti toto téma bylo tabu (AVERT, 2011f). Podobně nepříliš efektivní byly snahy vlády v Lesothu (AVERT, 2011g).

Ačkoli se již koncem 80. let snažily země jižní Afriky začít s bojem proti AIDS, nebylo to pro ně zdaleka tak bolestivé téma jako dnes. Svědčí o tom například situace v Jihoafrické republice, kde bylo v roce 1990 registrováno 140 000 nemocných, tedy pouze 0,7 % dospělé populace (WHO, 2011b).

4.1.4 Vývoj v 90. letech 20. století ve světě

Jakmile se projevilo v celé šíři nebezpečí a rychlost šíření infekce HIV, bylo patrné, že bez pomoci mezinárodních organizací nemohou rozvojové země v boji s touto novou pandemickou hrozbou zvítězit. První a dodnes nejvýznamnější organizací, zabývající se prevencí, léčbou a evidencí případů infekce HIV byla Světová zdravotnická organizace. Právě ona má podle Manna zodpovědnost k řízení a koordinaci mezinárodního zdravotnického úsilí a měla by vést celosvětový boj proti AIDS (Mann, 1988, 9). Jonathan Mann se stal prvním ředitelem Světového programu zabývajícího se AIDS, jenž vzniknul právě pod hlavičkou WHO. Přestože už v roce 1990 rezignoval na protest proti neadekvátní odezvě mezinárodního společenství na novou pandemii, stal se program pod jeho vedením největším, jaký kdy v historii WHO existoval (Los Angeles Times, 1991).

Později vznikl Spojený program OSN pro HIV a AIDS (UNAIDS), který od roku 1996 v rámci boje proti AIDS se Světovou zdravotnickou organizací úzce spolupracuje. Kromě těchto dvou nejvýznamnějších institucí existuje bezpočet dalších mezinárodních či lokálních organizací, které se problematikou HIV/AIDS zabývají.

Počátkem 90. let se začaly objevovat i první nákazy mezi slavnými osobnostmi, které vedly k dalšímu nárůstu medializace nemoci a k vlně hromadného dobrovolného testování běžných lidí. V roce 1991 na následky AIDS zemřel fenomenální americký basketbalista Earvin Johnson i britský zpěvák kapely Queen Freddie Mercury.

V první polovině 90. let se také začaly spouštět masové kampaně informující

o způsobech přenosu viru a o preventivních opatřeních, s velkým důrazem na univerzální užívání kondomů. I díky tomu v roce 1997 kulminovala incidence nákazy, kdy se nakazilo více než 3 miliony osob. Od té doby se počet nově nakažených každoročně mírně snižuje.

Tato dekáda definitivně potvrdila skutečnost, že největší břímě pandemie AIDS ponese Subsaharská Afrika. Spojené státy se podle počtu evidovaných případů propadly z 2. místa celosvětového žebříčku v roce 1990 na 8. místo v roce 2000. Epidemie začala být vážnou také v jihovýchodní Asii, Rusku a na Ukrajině (UNAIDS, 2013d). V roce 2000 žilo na světě přibližně 28 milionů lidí s HIV/AIDS (UNDP, 2011, 37).

4.1.5 Vývoj v 90. letech 20. století v Subsaharské Africe

Subsaharská Afrika se od 90. let 20. století stala bohužel téměř synonymem pro nemoc AIDS. Kromě pokračujícího rychlého růstu epidemie ve východní, střední i západní Africe došlo k bleskovému šíření infekce zejména v jižní Africe, která se tak během několika let stala nejpostiženějším regionem na světě.

V roce 1996 dosáhla incidence viru v Lesothu rekordních 5,87 % (UNAIDS, 2013d). Během této dekády vyrostla prevalence nemoci v zemi z 0,8 % v roce 1990 na 23,4 % v roce 2000 (UNAIDS, 2013d).

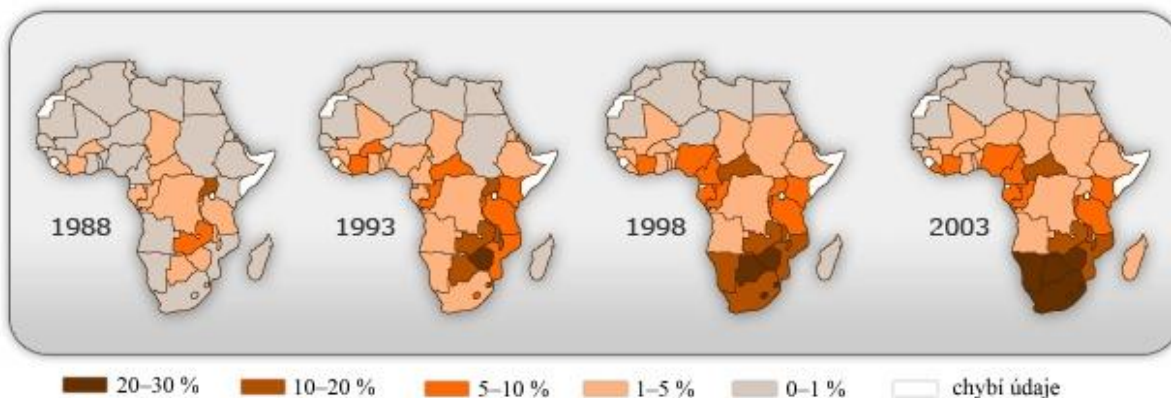
V absolutním počtu nově nakažených osob ovšem všechny země zastínila Jihoafrická republika, ve které žily s virem HIV v roce 2000 přibližně 4 miliony obyvatel. Příčin, proč zde došlo k nekontrolovatelné epidemii, ačkoli se jihoafrická vláda mohla na situaci připravit a poučit se z vývoje v dalších zemích v předcházejících letech, bylo několik. Tou hlavní ale byla skutečnost, že právě počátkem 90. let vrcholil boj proti apartheidu a vláda zahlcena mnoha dalšími problémy, které nezvládala řešit (Crewe, 2000).

Razantní růst epidemie poznamenal jihoafrické země těžce demograficky i ekonomicky, jelikož struktury pracovních síly byly citelně narušeny. Například v Botswaně klesl průměrný věk dožití při narození z 65 let v období 1990–1995 na 40 let v období 2000–2005 (UN, 2004).

Vývoj šíření HIV podle prevalence v zemích Subsaharské Afriky v letech

1988–2003 znázorňuje Mapa 1.

Mapa 1. Prevalence HIV v Africe v letech 1988–2003.

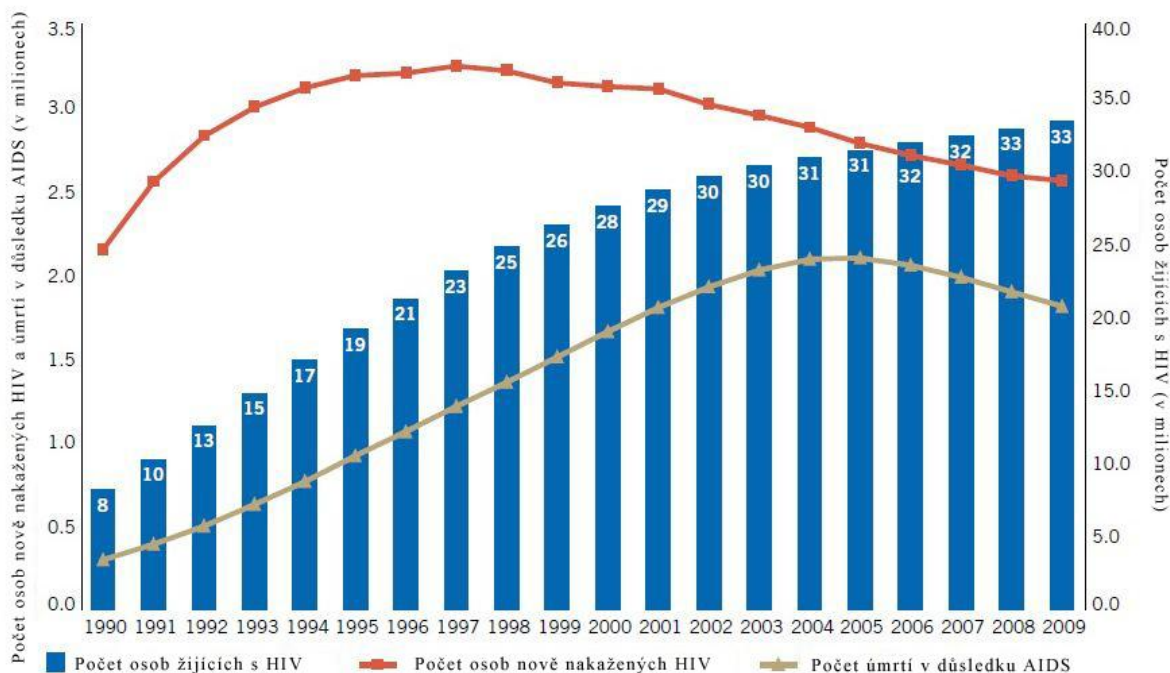


(AVERT, 2011a). Přeloženo z anglického jazyka.

4.1.6 Vývoj po roce 2000 ve světě

Téměř 20 let po popsání prvního případu AIDS se ukázalo, že se pesimistické scénáře staly skutečností. I přes masivní preventivní opatření v nejhůře zasažených regionech a klesající tempo růstu počtu nových případů přesáhl celkový počet nakažených osob 30 milionů. Díky úspěšným kombinacím antiretrovirových léků se ale v roce 2005 podařilo zvrátit doposud rostoucí trend počtu každoročně zemřelých osob v důsledku AIDS. Přestože se dosud nepodařilo nalézt vakcínu, která by uměla nákaze virem předejít, k úspěšnějšímu boji proti HIV/AIDS pomohla propagace mužské obřízky. Ta podle výzkumů snižuje riziko nákazy u mužů při pohlavním styku o 60 % (Aulert et al., 2005; Gray et al., 2007; Bailey et al., 2007). Vývoj základních rysů charakterizujících velikost pandemie HIV/AIDS znázorňuje Graf 1.

Graf 1. Počet osob žijících s HIV, počet nově infikovaných osob a počet zemřelých v důsledku AIDS na světě v letech 1990–2009.



Všechny hodnoty související s AIDS jsou určeny jako střední body odhadovaného rozpětí. Například počet 2,6 milionu nově nakažených osob v roce 2009 je odvozen od rozpětí 2,3–2,8 milionů. Kompletní soubor definovaných rozpětí a odpovídajících středních bodů je dostupný na adrese <http://mdgs.un.org>.

(UNDP, 2011, 37). Přeloženo z anglického jazyka.

4.1.7 Vývoj po roce 2000 v Subsaharské Africe

Hlavním pozitivním posunem pro boj s HIV/AIDS v Subsaharské Africe bylo vyvinutí nových antiretrovirových léků a jejich zpřístupnění chudým africkým populacím (viz podkapitola 5.1.8 Výzkum léků proti HIV/AIDS).

Zároveň došlo k enormnímu úsilí ze strany bohatších států, jež se rozhodly spojit

síly k dosažení celosvětového vymýcení AIDS. V roce 2002 byl založen Globální fond⁴ a v roce 2003 vznikl v USA Prezidentský naléhavý plán pro pomoc s AIDS (PEPFAR). Tyto a mnohé další zdroje financování vedly v Africe k bezprecedentnímu nárůstu finanční pomoci v boji proti HIV/AIDS. Zatímco v roce 2001 bylo za tímto účelem poskytnuto 1,8 miliardy USD, v roce 2008 to bylo celých 15,6 miliard USD (AVERT, 2011a).

Ekonomická krize ale od roku 2008 vedla k silnému omezení těchto zdrojů, což staví perspektivu subsaharských států na vypořádání se s AIDS opět do horšího světla. Nejčastěji diskutovaným tématem se tak po poskytování ART léčby stalo v otázce HIV/AIDS financování z domácích zdrojů.

4.1.8 Výzkum léků proti HIV/AIDS

Do dnešní doby nebyl objeven lék, který by dokázal infekci virem HIV překonat a nakaženého pacienta zachránit, ať už by byl podáván po prvních projevech nemoci, nebo jako preventivní vakcína. Přesto byl od doby objevení viru učiněn výrazný pokrok a v současné době lze život pacientů výrazně prodloužit a zkvalitnit.

Prvním lékem, který byl použit proti AIDS, byl zidovudin, na jehož výzkumu se pracovalo již dříve ve snaze léčit jiná virová onemocnění. Zidovudin byl jako lék proti AIDS schválen americkou Správou potravin a léčiv v roce 1987 a v kombinaci s dalšími léčivy se používá dodnes, protože dokáže zpomalit množení viru HIV v organismu. Později se ovšem ukázalo, že zidovudin nemoc zcela zastavit nedokáže a proto byla v roce 1996 na konferenci ve Vancouveru představena nová trojkombinace antiretrovirových léků. Ta uměla nejen zpomalit množení viru a významně zlepšit

⁴ „Globální fond je unikátní partnerství veřejného a soukromého sektoru a mezinárodní finanční instituce zaměřená na získávání a poskytování dalších zdrojů na prevenci a léčbu HIV a AIDS, tuberkulózy a malárie. Toto partnerství mezi vládami, občanskou společností, soukromým sektorem a postiženými komunitami představuje nový přístup k mezinárodnímu financování zdravotnictví. Model Globálního fondu je založen na řízení [přímo příjmovou] zemí a na financování dle výkonu, což znamená, že lidé v [příjmových] zemích realizují vlastní programy na základě jejich priority a Globální fond poskytuje finance za podmínky dosažení ověřitelných výsledků.

Od svého vzniku v roce 2002 se Světový fond stal hlavním zdrojem financí pro programy boje proti IDS, tuberkulóze a malárii, se schváleným financováním ve výši 22,6 miliard \$ pro více než 1000 programů ve 150 zemích.“ (The Global Fund, 2012)

imunitu pacientů, ale také snížit riziko přenosu nákazy na sexuální partnery a děti.

Zavedení této léčby ovšem definitivně ukázalo nerovnováhu mezi finančními možnostmi vyspělých a rozvojových zemí. Nová HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) terapie byla velmi drahá a náklady na roční léčbu dosahovaly až 20 000 USD. Bylo zřejmé, že bez zahraniční pomoci si rozvojové země nebudou moci takové léky u svých pacientů dovolit, a proto již v roce 1997 spustil UNAIDS Iniciativu za přístup k léčbě HIV v Ugandě a Pobřeží slonoviny a v dalších letech ji rozšířil do většiny rozvojových zemí. Kvůli nedostupnosti takto drahé léčby byly brzy na trh uvedeny generické léky⁵, ačkoli to nebylo v souladu s patentovým právem velkých farmaceutických firem. Spor vyústil v roce 1998 v žalobu farmaceutických firem proti vládě Jihoafrické republiky, která povolila dovoz a výrobu generických léků. Po mnoha jednáních farmaceutických firem, mezinárodních organizací i lokálních vlád došlo v roce 2000 k velmi významnému snížení cen léků – až na 350 USD za léky na roční léčbu. Výzkum antiretrovirových léků se nadále vyvíjel a přibyla desítka dalších léků, což umožňuje léčiva více kombinovat a předcházet tak zvyšování rezistence viru. V roce 2003 byla Světovou zdravotnickou organizací vyhlášena iniciativa „3 by 5“, kladoucí si za cíl umožnit antiretrovirovou léčbu 3 milionům nakažených osob v rozvojových zemích do roku 2005. Ačkoli nebyl cíl iniciativy naplněn, v Africe se díky ní zvýšil počet takto léčených pacientů osmkrát. (UNAIDS, 2011a, 66–71)

V posledních letech se zavádí tzv. „léčba 2.0“, která znamená opět novou kombinaci antiretrovirových léčiv ve snaze předejít rezistenci viru na starší léky. V roce 2010 mělo přístup k antiretrovirové léčbě 47 % potřebných pacientů v rozvojových zemích, přičemž v Subsaharské Africe to bylo dokonce 49 %, zatímco v regionu severní Afriky a Blízkého východu pouhých 10 % (UNAIDS, 2011b, 5). Více se přístupem k antiretrovirové léčbě v severní Africe zabývá kapitola 7 Vztah mezi teorií a praxí islámu a trendem šíření HIV/AIDS.

⁵ Generické léky jsou léky se stejnými účinky a vlastnostmi jako originální léky. Zpravidla jsou ale levnější, neboť jejich výrobci nepotřebují financovat výzkum, který už provedl původní výrobce.

4.2 Historický vývoj v zemích severní Afriky

Země severní Afriky bývají z pohledu šíření nákazy HIV/AIDS často spojovány s oblastí Blízkého východu, protože vykazují podobné rysy. Do obou oblastí se nákaza rozšířila poměrně pozdě a doposud nelze říci, že by postihla významnější část populace.

A to i přesto, že severní Afrika je oblastí mohutné migrace, což je jedním ze základních předpokladů šíření infekce.

V Maroku již od doby prvních případů infekce vyjadřovala vláda vůli tuto problematiku řešit. Podpořila vznik několika národních strategických plánů a do boje proti AIDS zahrnula i nevládní organizace, civilní společnost, soukromý sektor a místní samosprávy. Maroko bylo také první zemí v regionu severní Afriky a Blízkého východu (MENA), která začala čerpat peníze z Globálního fondu na podporu boje proti nemoci⁶ (Kingdom of Morocco, 2010, 41). Největší nevládní organizací, která se zabývá bojem proti AIDS, je už od roku 1988 Asociace boje proti AIDS (ALCS). Věnuje se zejména prevenci a osvětové činnosti, ale poskytuje také materiální a psychologickou podporu nemocným (ALCS, 2007).

První případ infekce HIV byl v Maroku zaregistrován v roce 1986, nicméně po celé další desetiletí tvořil nárůst nových hlášených případů pouze několik desítek ročně (viz Příloha 1). Počet těchto hlášených případů je ovšem pouze malá část počtu lidí žijících s HIV, který odhaduje Světová zdravotnická organizace. Zatímco například v roce 2000 evidovalo marocké Ministerstvo zdravotnictví 834 případů HIV, Světová zdravotnická organizace odhadla počet nemocných na 13 000 (WHO, 2011b). Postupně se vyrovnával poměr mezi pohlavími nemocných – z 23 % v roce 1993 vzrostlo zastoupení žen na 47,9 % v roce 2009 (Kingdom of Morocco, 2010, 41). Hlavní příčinou přenosu infekce je již od počátku 90. let heterosexuální pohlavní styk.

Alžírsko reagovalo na pandemii HIV/AIDS v roce 1989 zřízením Národní rady pro boj proti AIDS, zavedením kontrol darované krve a orgánů a preventivními a osvětovými programy. Od roku 1998 pak umožnilo přístup k antiretrovirové léčbě všem evidovaným pacientům, jejichž stav to vyžaduje. Ve spolupráci s UNAIDS došlo

⁶ První granty začaly v letech 2003 a k jejich obnovení došlo v letech 2007 a 2011.

k vypracování a realizaci Strategického národního plánu 2002–2006, po jehož ukončení byl nastartován Strategický národní plán pro roky 2008–2012. (Republique Algerienne democratique et populaire, 2010a, 16)

V Tunisku se první případ infekce virem HIV objevil v roce 1984. Jednalo se o typického pacienta s nákazou HIV – mladého, homosexuálního, drogově závislého muže, který pracoval ve Francii. Do října roku 1987 bylo v Tunisku evidováno celkem 77 osob nakažených virem HIV, z toho 45 hemofiliků (nakažených prostřednictvím krevních derivátů) a dále osoby s vysoce rizikovým chováním (homosexuálové, prostitutky a drogově závislí). Téměř jistě byl počet nakažených osob v Tunisku vyšší, přesto byla seroprevalence⁷ v této době odhadována maximálně na 0,13 %. K žádnému rychlému šíření nemoci tedy v Tunisku nedošlo, přestože v prvních letech celosvětového šíření HIV navštěvovaly Tunisko každoročně 2 miliony turistů a naopak 400 000 Tunisánů migrovalo do Evropy za sezonními pracemi. (Gharbi et al., 1988, 106–7)

Tunisko se oficiálně k mezinárodnímu boji proti AIDS přidalo v roce 1985, o dva roky později pak vznikl Národní program boje proti AIDS, který připravuje střednědobé plány pro boj s touto nemocí. Mezi hlavní oblasti Národního programu boje proti AIDS patří prevence přenosu HIV, koordinace činností s různými partnery, výroba a tisk vzdělávacích materiálů, monitorování epidemiologické situace HIV/AIDS, zdravotní a psychosociální podpora lidí žijících s HIV/AIDS a jejich rodinám a poskytování antiretrovirové léčby a dalších potřebných léčiv. V roce 1992 pak vznikla Národní technická komise boje proti AIDS, která sdružuje vládní i nevládní subjekty, jež se v boji proti infekci HIV angažují (Republique Tunisienne, 2006, 5–6).

Epidemie HIV/AIDS se v Tunisku šířila jen velmi pomalu, od prvního případu až do roku 2005 nepřekročila míra incidence hodnotu 1 (Direction des Soins de Santé de Base, 2012, 39), což znamená, že zde bylo evidováno ročně maximálně 1 nový případ onemocnění na 100 000 obyvatel. K roku 2005 bylo v Tunisku zaregistrováno celkem 1314 případů infekce virem HIV, nebudeme-li počítat osoby s cizí státní příslušností, které zde pobývají – počet těchto osob, nakažených infekcí, může být vyšší, než počet nemocných Tunisánů. (Republique Tunisienne, 2006, 12)

⁷ tj. zastoupení osob, které na základě serologických testů vykazují přítomnost protilátek vůči viru HIV, v celkové populaci

Od roku 2000 jsou k dispozici antiretrovirové léky, které užívá většina potřebných pacientů (Republique Tunisienne, 2006, 29).

Libye byla ještě donedávna uzavřený totalitní stát, jehož režim zveřejňoval jen některé informace o své zemi, které navíc nebyly ověřitelné nezávislými pozorovateli v podobě mezinárodních organizací. Proto je možné o zdejší historické i současné situaci HIV/AIDS zjistit nejméně ze všech zemí severní Afriky. Za těchto podmínek se proto jako cenná jeví zpráva o zdravotnickém systému země z roku 2007, jejímž autorem je Observatoř zdravotnických systémů Světové zdravotnické organizace při Regionu východního Středomoří. Podle ní byl vypracován na roky 2005–2009 Strategický plán pro prevenci a kontrolu HIV/AIDS, na kterém se podílela vědecká komise, vládní i nevládní organizace, Národní centrum pro kontrolu a prevenci infekčních a endemických chorob a Tematická skupina OSN pro AIDS⁸ (WHO, 2007a, 21).

4.3 Současná situace v zemích severní Afriky

Současná situace v jednotlivých severoafrických zemích se v mnoha ohledech do určité míry liší. Proto se tato podkapitola věnuje každému státu zvlášť.

4.3.1 Maroko

V současnosti zůstává v Maroku prevalence infekce HIV poměrně nízká – kolem 0,2 % v roce 2011, což představuje podle středního odhadu UNAIDS přibližně 32 000 nakažených osob (UNAIDS, 2012a, A5–A9). Nejvíce se epidemie koncentruje stále mezi vysoce rizikovými skupinami obyvatel – mezi sexuálními pracovníky je to přibližně 2–3 %, pouze v centrálním regionu Sous Massa Draa dosahuje prevalence v této skupině více než 5 %. Kromě tohoto regionu je rychlým nárůstem případů zasažen také Marakéš (Royaume du Maroc, 2009, 182). Počet oznámených případů HIV/AIDS stoupá od roku 2005, poté, co začalo být více podporováno dobrovolné testování na přítomnost protilátek v krvi a zlepšen přístup k lékařské péči v některých regionech

⁸ Ta byla v Libyi zřízena v roce 2003. (WHO, 2007a, 21).

(Kingdom of Morocco, 2010, 41).

Nejčastějším typem přenosu viru je stále heterosexuální pohlavní styk – tímto způsobem dochází k nákaze v 87 % případů (Kingdom of Morocco, 2010, 41).

Ministerstvo zdravotnictví Maroka uvádí, že země je jednou z mála, která poskytuje všem potřebným nemocným antiretrovirovou léčbu. (Kingdom of Morocco, 2010, 42). Ve skutečnosti ji však poskytuje pouze všem evidovaným pacientům, kterých v roce 2009 bylo 4 972 (Royaume du Maroc, 2010, 16) z odhadovaného počtu 25 500 nakažených (Royaume du Maroc, 2010, 9). Podle UNAIDS patří severoafrické země naopak k těm, které poskytují antiretrovirové léky pouze malé části potřebných pacientů⁹, v Maroku bylo v roce 2011 těmito léky podle odhadů léčeno pouze 37 % potřebných (UNAIDS, 2012a, A65).

V zemi působí několik nevládních organizací, které se zabývají osvětou, preventivními programy a pomáhají nemocným AIDS. Nejvýznamnější z nich je Asociace boje proti AIDS (ALCS), která mimo jiné poskytuje bezplatné anonymní testy na přítomnost protilátek v krvi, provozuje bezplatnou informační linku či pořádá velké osvětové akce Sidaction (ALCS, 2007).

K dalším podobným organizacím patří marocká odnož Panafrické organizace proti AIDS (OPALS – Maroc), Marocké sdružení mládeže proti AIDS (AMJCS), Jižní sdružení proti AIDS – Agadir (ASCS) a Sdružení pro boj proti sexuálně přenosným nemocem – AIDS (ALIS) (Ministère de la Santé, 2010).

Marocká vláda si připouští některé nedostatky v boji s AIDS, zejména nedostatečné rozšíření preventivních programů po celé zemi, regionální rozdíly v přístupu k lékařské péči a preventivnímu testování, nedostatečnou integraci prevence HIV/AIDS do rozvojových programů, nedostatečné zahrnutí soukromého sektoru a stigmatizaci a diskriminaci vůči lidem žijícím s HIV (Kingdom of Morocco, 2010, 43). Pro lepší koordinaci činností vztahujících se k problematice HIV/AIDS proto vytváří pětileté strategické národní plány.

Na období 2012–2016 byl ve spolupráci s UNDP (PNUD, 2010, 4) vypracován nový Strategický národní plán, založený na principech lidských práv, rovnosti přístupu,

⁹ Počet pacientů potřebných antiretrovirové léčbu je nižší, než počet celkem nakažených osob. ART léky se nasazují pouze při splnění určitých podmínek stavu pacienta.

řízení zaměřeného na výsledky, budování kapacit a udržitelnosti životního prostředí. Ten si klade za konkrétní cíl v daném období snížení počtu nových případů nákazy virem HIV o 50 % a snížení počtu úmrtí v důsledku onemocnění AIDS o 60 %. Dále by mělo být vybudováno 30 nových testovacích center a testování na přítomnost protilátek viru HIV by mělo být začleněno také do činnosti 358 již existujících zdravotnických středisek a 55 center pro diagnostiku tuberkulózy a respiračních nemocí. Díky tomu plánuje marocké ministerstvo zdravotnictví otestovat dva miliony osob (Au fait, 2012).

4.3.2 Alžírsko

V Alžírsku žije podle odhadů UNAIDS přibližně 18 000 lidí nakažených virem HIV, prevalence viru mezi obyvatelstvem je tak přibližně 0,1 % (UNAIDS, 2012b). Ačkoli se jedná pouze o odhad, podobně jako v dalších zemích severní Afriky se toto číslo jistě blíží realitě více než počet registrovaných případů celkem – od roku 1985 do 31. prosince 2011 zaregistrovala Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS v Pasteurově ústavu v Alžíru 6797 případů nákazy (UNAIDS, 2012j).

Mezi oblasti nejvíce postižené epidemií AIDS v Alžírsku patří město Tamanrasset a provincie Tiaret, Frenda a Sidi Bel Abbès (Republique Algerienne democratique et populaire, 2010a, 15).

Virus je nejrozšířenější mezi tzv. „high-risk“ skupinami, tj. prostitutkami, nitrožilními uživateli drog, homosexuálními muži a pacienty, kteří se léčí s jinou sexuálně přenosnou nemocí – ti ovšem často spadají i do jedné z předchozích skupin. Zastoupení osob nakažených virem HIV mezi drogově závislými je přibližně 7 %, tedy stejně jako mezi prostitutkami. Prevalence viru mezi homosexuálními muži je odhadována na 4 % (UNAIDS, 2012, A36–44).

Další sledovanou skupinou jsou těhotné ženy, podle jejichž prevalence viru HIV lze odvozovat představu o šíření nákazy v celé populaci a o výši rizika přenosů z matek na děti. Prevalence HIV mezi zkoumanými těhotnými ženami v roce 2007 byla 0,09 %, horší výsledky byly zjištěny opět ve výše uvedených kritických oblastech – ve městě Tamanrasset to bylo 0,48 % (Republique Algerienne democratique et populaire, 2009, 21). Právě oblast města Tamanrasset, která je zároveň místem největší koncentrace

obyvatel na jihu země, představuje do budoucna z pohledu rozšíření HIV/AIDS největší hrozbu. Jedná se o migrační uzel, kde se setkává mnoho kočovníků, uprchlíků a dalších migrantů ze zemí Subsaharské Afriky, kde je prevalence nákazy několikrát vyšší, spolu s Alžírany ze severu, kteří sem jezdí za nelegální prací. Riziko rozšíření nákazy zvyšují nabízené sexuální služby, které poskytují jak přistěhovalci z jihu, tak migranti ze severu (Republique Algerienne democratique et populaire, 2009, 26). Role oblasti Tamanrasset jako migrační křižovatky znázorňuje mapa v Příloze 1.

V Tamanrassetu by v roce 2013 mělo vzniknout nové mezinárodní Centrum pro výzkum HIV/AIDS, jako vůbec první svého druhu v regionu MENA. V centru by měli spolupracovat vědci z Afriky, Evropy i USA na vývoji nových generací antiretrovirových léků, které by účinněji léčily nemocné HIV/AIDS nejen v regionu, ale i po celém světě. Zároveň by mělo sloužit jako středisko přípravy i realizace preventivních programů zaměřených právě na tuto oblast. (Boumedjout, 2012)

Poměr mezi muži a ženami nakaženými AIDS se v současnosti téměř srovnal (Republique Algerienne democratique et populaire, 2009, 24). Nejčastějším způsobem přenosu infekce je pravděpodobně heterosexuální pohlavní styk, ale nelze to říci s jistotou, vzhledem k tomu, že u 39 % případů nebyl způsob přenosu určen (Republique Algerienne democratique et populaire, 2010b, 16).

V zemi funguje přibližně 60 zdravotnických center, kde je poskytováno bezplatné testování a pro nemocné osoby jsou také k dispozici bezplatně antiretrovirové léky (Boumedjout, 2012). Přesto se tyto léky tímto způsobem dostanou pouze k odhadovaným 39 % potřebných pacientů (UNAIDS, 2012, A65). Tato centra s bezplatnou péčí pro pacienty nakažené HIV/AIDS byla vybudována v rámci Národního strategického plánu boje proti pohlavně přenosným nemocem, HIV a AIDS 2008–2012. Národní strategický plán pro další období zatím nebyl zveřejněn.

V Alžírsku existují také nevládní organizace, které pomáhají s bojem proti AIDS. Příkladem je ANIS – alžírská asociace boje proti AIDS. Zabývá se preventivními programy, bezplatným testováním na přítomnost protilátek v krvi a provozuje také informační rozhlasovou stanici.

Kromě toho také organizuje krátkodobé preventivní akce jako je oslava Světového dne proti AIDS 1. prosince nebo obsluha karavanu objíždějícího nejvýznamnější

turistická centra, který slouží jako informační stánek o rizicích spojených s AIDS. (Ouali, 2010).

4.3.3 Tunisko

V současnosti žije v Tunisku s HIV/AIDS přibližně 1 700 osob (UNAIDS, 2012c), což svědčí o tom, že se zde pořád daří poměrně úspěšně bránit rozšíření epidemie. Prevalence nemoci v celé populaci nedosahuje ani 0,1 % (UNAIDS, 2012c).

V Tunisku jsou dvě oblasti relativně vyšší koncentrace nákazy HIV, kde žijí tři čtvrtiny všech nemocných. Jedná se o okolí hlavního města (kraje Tunis, Ariana, Manouba a Ben Arous) a Středovýchodní oblast (Republique Tunisienne, 2006, 15). Mezi nemocnými HIV převažují stále muži. Pozoruhodné je, že nejčastější způsob přenosu nemoci se u mužů a žen liší. Zatímco muži se nejčastěji nakazí použitím infikované injekční stříkačky při užívání drog (37,1 %), u žen jako způsob přenosu jednoznačně převažuje heterosexuální pohlavní styk (67,2 %) (Republique Tunisienne, 2006, 16).

Dvě třetiny potřebných pacientů s onemocněním HIV/AIDS má přístup k antiretrovirové léčbě (UNAIDS, 2012, A65), bez které má onemocnění těžší a rychlejší průběh. Je to nejvyšší zastoupení ze všech zemí severní Afriky a spolu s celkově nízkým počtem nakažených osob to je známka toho, že snaha předejít epidemii a pomoci pacientům s tímto onemocněním má v tuniském zdravotnictví své místo. Značně rozšířená je také psychosociální pomoc nemocným, kterou poskytuje kromě mezinárodních organizací a vládních agentur také například Tuniské sdružení pro boj proti sexuálně přenosným nemocem a AIDS (l'ATL MST/SIDA, 2012).

V Tunisku funguje Národní program boje proti AIDS a pohlavně přenosným chorobám, který pro lepší návaznost jednotlivých akcí připravuje už od roku 1987 krátkodobé a střednědobé plány. Aktuální Národní strategický plán pro boj s HIV/AIDS a pohlavně přenosnými chorobami je vypsán na období 2012–2016 (Ministère de la Santé Publique, 2011).

Mezi nejvýznamnější události vedoucí k efektivnějšímu monitoringu výskytu a šíření HIV/AIDS v posledních letech považují vybudování 19 nových poradenských

center pro infikované pacienty včetně možnosti bezplatného anonymního testování (OMS, 2012).

4.3.4 Libye

Podle Centra pro kontrolu přenosných nemocí je prevence a kontrola v oblasti HIV/AIDS jednou ze tří priorit libyjského zdravotnictví (WHO, 2007a, 21). Libyjský Sekretariát zdraví a životního prostředí na svých internetových stránkách uvádí, že je zde evidováno ročně 50 nových případů AIDS (Secretariat of Health and Environment, 2008)¹⁰. Do konce roku 2011 pak bylo hlášeno celkem 11 910 případů nákazy virem HIV v historii (National AIDS Program, 2012, 4). Libye ze všech zemí regionu nejméně oplývá statistickými daty v oblasti problematiky šíření viru HIV. Od doby pádu režimu Muammara Kaddáfího se situace začala měnit, zatím ovšem pouze v rovině závazků a předsevzetí. HIV/AIDS jako jednu z hlavních priorit libyjského porevolučního zdravotnictví pojmenoval Dr. Adel M. Abushoffa, první náměstek ministra zdravotnictví (UNAIDS, 2012g).

V poslední zprávě UNAIDS o stavu epidemie HIV/AIDS ve světě obsahující údaje za rok 2011 jakákoli data týkající se Libye stále chybí. Pouze na webových stránkách je zmíněno, že odhadovaná prevalence viru HIV v celkové populaci je méně než 0,2 % (UNAIDS, 2013a). Vyšší výskyt infekce byl v letech 2004–5 popsán ve městech Al Kufrah (na jihu země; 0,67 %) a Tripolis (0,4 %), jakožto v migračních uzlech a zároveň místech, kde se soustředí drogově závislí (National AIDS Program, 2012, 9). Určitý obrázek také vytváří výsledek testování dobrovolných dárců krve v hlavních nemocnicích, který proběhl v roce 2011. Zatímco v Tripolské krevní bance bylo HIV pozitivních 0,3 % dárců, v Benghází to bylo mnohem více (National AIDS Program, 2012, 9).

Základní, v odborných kruzích všeobecně rozšířenou informací, je, že nejčastějším způsobem přenosu viru HIV je v Libyi sdílení infikovaných injekčních stříkaček mezi drogově závislými (Roudi-Fahimi, 2007, 2). Podle výzkumu z roku 2012 je 87 %

¹⁰ Není ovšem jasné, za který konkrétní rok je tento údaj stanoven.

nitrožilních uživatelů drog v hlavním městě Tripolisu HIV pozitivních (UNAIDS, 2012h). Na druhou stranu je to ale také jediná, z tohoto hlediska alespoň částečně zkoumaná riziková skupina. Je tak možné, že nové výzkumy s komplexnějším pokrytím jednotlivých skupin populace přinesou zcela jiné výsledky, v jejichž světle může epidemiologická situace HIV/AIDS v Libyi vypadat ještě hůře.

V souvislosti s nákazou virem HIV vešla Libye ve známost ve světových médiích v roce 1999, kdy bylo uvězněno pět bulharských zdravotních sester a palestinský doktor, kteří byli obviněni z úmyslného infikování dětských pacientů v nemocnici v Benghází. V této nemocnici s velmi špatnými hygienickými podmínkami bylo zjištěno 426 dětí nakažených virem HIV. Libyjský soud několikrát zdravotníky odsoudil k trestu smrti, zatímco mezinárodní společenství vyvíjelo nátlak s cílem osvobození obviněných či minimálně obnovení pravděpodobně zmanipulovaného procesu. Nakonec byl trest libyjským Nejvyšším soudem zmírněn na doživotní a zdravotníci byli převezeni do Bulharska, kde je bulharský prezident vzápětí omilostnil. (UNAIDS, 2007)

Podle zprávy Světové zdravotnické organizace z roku 2007 v Libyi funguje libyjský Červený půlměsíc a přibližně osm dalších národních a subnárodních nevládních organizací, zabývajících se zdravotními problémy včetně HIV/AIDS (WHO, 2007a, 33).

4.3.5 Egypt

Egypt je s přibližně 80 miliony obyvatel (UN, 2011) zdaleka nejlidnatějším státem v oblasti. Právě ve zdejších několikamilionových aglomeracích Káhiry a Alexandrie je největší potenciál pro šíření a viru HIV mezi rizikovými skupinami z celého regionu, právě zde je proto také nejdůležitější realizace preventivních programů a aktivní přístup oficiálních úřadů k této problematice. Doposud se zdá, že byl Egypt nějaké větší epidemie ušetřen, podle oficiálních statistik UNAIDS je celkový počet nakažených osob odhadován na 9500 (UNAIDS, 2012, A5) a prevalence viru v dospělé populaci se pohybuje pod 0,02 % (National AIDS Program Egypt, 2012, 4).

Co se týče endemických epidemií mezi rizikovými skupinami obyvatel, podle druhého kola Biologického a behaviorálního výzkumu zaměřeného na HIV/AIDS z roku 2010 je poměrně hodně rozšířená infekce mezi homosexuálními muži v Alexandrii

(5,9 %) a Káhiře (5,7 %) a také mezi nitrožilními uživateli drog v těchto městech (6,5 % a 6,8 %)¹¹. Oproti tomu mezi 200 testovanými sexuálními pracovníci nebyla ani u jedné potvrzena přítomnost viru HIV v krvi (FHI, MOH Egypt, 2010, 31).

V Egyptě se vyskytují dva specifické sociologické jevy, které jsou v ostatních severoafrických zemích zastoupeny daleko méně nebo vůbec. Jedním z nich jsou tzv. *děti ulice*, tj. mnohačetná komunita dětí a dospívajících žijících na ulicích egyptských velkoměst. Tyto děti jsou často sirotci nebo pocházejí z nefunkčních rodin, od kterých utekly. Kromě špatných životních podmínek a podvýživy se také setkávají často s drogami a získávají četné dobrovolné i nucené zkušenosti s nechráněným pohlavním stykem (Nada, Suliman, 2010). Přesto mají o rizicích spojených s infekcí HIV velmi malé povědomí, pouze 28,5 % dívek a 69,5 % chlapců žijících na ulici tento pojem někdy slyšelo (FHI, MOH Egypt, 2010, 8). Na základě těchto faktů je nutné označit děti ulice za další rizikovou skupinu, na kterou je zapotřebí zaměřit prevenci proti šíření HIV/AIDS. Při počtu až 1 milionu (Nada, Suliman, 2010) takto žijících dětí se z této skupiny stává nejpočetnější riziková subpopulace v Egyptě.

Druhým specifikem je *ženská obřízka*¹². Přestože je tento jev často spojován s islámským náboženstvím (a to i přímo těmi, kteří jej provádějí a podstupují), jedná se spíše o místní kulturní zvyklost, která se v ostatních zemích severní Afriky téměř nevyskytuje. V Egyptě je ovšem velmi rozšířená. O jejích rizicích spojených i s vyšší možností nákazy právě virem HIV pojednávám v podkapitole 7.2 Vlivy usnadňující šíření HIV/AIDS.

V posledních letech se i v Egyptě dostává problematika HIV/AIDS více do popředí. Narůstá počet preventivních programů a ministerstvo zdravotnictví se snaží zpřístupnit potřebným pacientům antiretrovirovou léčbu. V roce 2011 dostávalo ART přibližně 21 % z nich, zatímco v roce 2009 to bylo ještě pouhých 10 % (UNAIDS, 2012, A65).

¹¹ Zatímco výsledky druhého kola BBSS (z anglického *Biological & Behavioral Surveillance Survey*) z roku 2010 jsou v případě prevalence HIV u homosexuálních mužů podobné s výsledky prvního kola výzkumu z roku 2006, u drogově závislých se jedná o desetinásobný nárůst epidemie – v roce 2006 byla prevalence HIV v této skupině pouhých 0,6 % (FHI, MOH Egypt, 2006, 8).

¹² *Ženská obřízka* je pojem analogicky odvozený od mužské obřízky. V současnosti se používá *řezání ženských pohlavních orgánů* (z anglického *female genital cutting*) nebo nejčastěji přímo *mrzačení ženských pohlavních orgánů* (z anglického *female genital mutilation*).

Aktuálně Národní program AIDS, který je ustanoven pod egyptským ministerstvem zdravotnictví, vyhlásilo Národní strategický plán boje proti HIV na období 2012–16. Jeho cílem je stabilizovat růst celkového počtu nakažených osob, posílit prevenci nákazy mezi rizikovými skupinami a zlepšit kvalitu života lidí s virem HIV (National AIDS Program Egypt, 2012, 5).

5 Vliv islámu na šíření HIV/AIDS

Jak je patrné z předchozí kapitoly, vývoj šíření HIV/AIDS se v zemích severní Afriky skutečně značně liší od Afriky subsaharské. Aby bylo možné zkoumat, nakolik má na tuto odlišnost vliv islámský nábožensko-kulturní rámec, je zapotřebí hledat příčiny, které tento vliv mohou vyvolávat, či naopak omezovat. V této kapitole se proto věnuji teoretickým a praktickým specifikům fungování islámské společnosti, jež mohou být těmito příčinami.

5.1 Teorie islámu a rizikové chování

Teoretický základ islámské věrouky a praktické fungování muslimských komunit jsou často dvě odlišné věci. Přesto, mnoho aspektů každodenního života je přímo či nepřímo spjata s vírou a svým způsobem z ní tyto aspekty vychází, nebo s ní jsou alespoň spojovány. Zatímco islámská věrouka vychází z několika základních pramenů a čítá bezpočet větví, odnoží a interpretací, její praktické naplňování samotnými muslimy má podob ještě více. Aby bylo možné vysvětlit konkrétní podoby fungování islámské společnosti v zemích severní Afriky, je nutné znát její kořeny v náboženské teorii, které se věnuje tato podkapitola.

5.1.1 Korán, Sunna, hadísy, fiqh a šaría

Zcela základním kořenem islámské věrouky je **Korán**. Jak uvádí Yvona Šabacká:

„Korán, nazývaný ‚Kniha, čtená Kniha,‘ představuje základní posvátný text muslimů. Korán, arabsky *al-Qu'rán*, pochází z arabského slovesného kořene *qara'a* – číst, přednášet. Obsahuje sbírku textů, které přednášel Muhammad během dvaceti let své prorocké činnosti. Muslimskou ortodoxií je Korán považován za přímé slovo Boží existující od věčnosti. Písmo svaté bylo Muhammadovi zjeveno v arabštině archandělem Gabrielem (arabsky Džibríl) v přesné podobě, která má svůj předobraz v nebesích. Korán je po staletí považován za základ všech vzdělávacích systémů arabských/islámských států. Mnoho muslimských států bere Korán jako zdroj zákonodárství, některá fundamentalistická hnutí označují Korán za jediný zdroj ústavy.“ (Šabacká, 2009, 39)

Ačkoli jsou v Koránu ošetřeny velmi podrobně společenské i právní vztahy, normy, principy a pravidla islámu, z mnoha jeho částí je patrná přímá souvislost s dějinnými událostmi, které se v době vzniku těchto částí staly. Proto lze v Koránu nalézt řadu veršů i celých súr¹³, které si protirečí, nebo alespoň neodpovídají navzájem. Příkladem takového nesouladu může být postavení příslušníků jiné víry (v Koránu zpravidla souhrnně označování jako „nevěřící“). Zatímco 256. verš druhé súry zní:

„Nebudiž (*sic*) žádného donucování v náboženství! A již bylo jasné rozlišení správné vedení od bloudění! Ten, kdo nevěří v Tághúta¹⁴ a věří v Boha, ten uchopí se rukojeti spolehlivé, jež nikdy se neutrhne. A Bůh je slyšící, vševědoucí.“ (Korán)

Mnoho jiných veršů zaujímá k nevěřícím přísnější postoj, například předcházející verše v téže súře:

„Nad těmi, kdož jsou nevěřící a jako nevěřící zemřou, bude vyneseno prokletí Boha, andělů i lidí všech,“ nebo „Ti, kdož jsou nevěřící, se podobají dobytku, na nějž se volá a který slyší jedině křik a výzvy: hluší, němí, slepí – ničemu nerozumějí.“ (Korán)

Podobně, či dokonce ještě více kontroverzním tématem často zmiňovaným různými vykladači Koránu bývá postavení žen v islámské společnosti. V negativně laděných kritikách bývá téměř vždy zmiňován 34. verš čtvrté súry:

„Muži zaujmají postavení nad ženami proto, že Bůh dal přednost jednomu z vás před druhými, a proto, že muži dávají z majetků svých (ženám). A ctnostné ženy jsou pokorně oddány a střeží skryté kvůli tomu, co Bůh nařídil střežit. A ty, jejichž neposlušnosti se obáváte, varujte a vykažte jim místa na spaní a bijte je! Jestliže vás jsou však poslušny (*sic*), nevyhledávejte proti nim důvody! A Bůh věru je vznešený, veliký.“ (Korán)

Naopak autoři, kteří ve svaté Knize hledají oporu pro opačný názor, citují například 71. verš deváté súry:

„Věřící muži a věřící ženy jsou si vzájemně přáteli a přikazují vhodné a zakazují zavrženíhodné, dodržují modlitbu, dávají almužnu a jsou poslušní vůči Bohu a Jeho poslu. Nad těmi se Bůh věru slituje, neboť Bůh mocný je i moudrý.“ (Korán)

Výše uvedené súry jsou samozřejmě vytrženy z kontextu a možná i proto působí na čtenáře příliš přísně. Přesto zřetelně vypovídají o skutečnosti, že tak rozsáhlý text, jakým Korán je, skýtá možnost využití k propagaci jakékoli myšlenky, pokud citovanou pasáž daný autor vhodně doplní vlastním komentářem. Proto již brzy po vzniku Koránu

¹³ Korán se dělí na 114 súr, z nichž každá obsahuje několik veršů (nejkratší súra má čtyři verše, ta nejdelší jich má 286).

¹⁴ Tághút je jméno pohanské modly uctívané kmenem Kurajšovců před vznikem islámu. Bývá často spojován s ďáblem či Satanem a vysvětlován jak symbol bezpráví a tyranie. (Kropáček, 1998, 88)

začaly vznikat také různé exegeze¹⁵ této knihy, tzv. *tafsír*. Ačkoli zpočátku se vyskytovaly díla zakládající tafsír Koránu na alegorii a metafoře, což by snáze vysvětlovalo existenci mnoha jeho veršů, později se prosadilo pojetí Knihy jako věčného a neměnného Božího slova (Kropáček, 1998, 35), tedy jako soubor faktů, které je nutné chápat doslovně.

Užívání přímého výkladu Koránu je ovšem postupem času čím dál více komplikované, neboť během staletí (zejména těch posledních) se stále více projevuje zastaralost tohoto základního věroučného pilíře. Je to z důvodu výše zmíněné souvislosti s dobovými událostmi, navíc je zapotřebí mít na mysli, že zavedení mnoha dnes zavrženíhodných vzorců chování bylo v době polyteistické a poměrně sociálně nespravedlivé a nedemokratické společnosti blízkovýchodních pouštních kmenů v 7. století velkým krokem vpřed.

Dalším velkým souborem norem a principů věrouky je **Sunna**. Jedná se o ustálenou tradici, v užším významu také o závazný vzor daný činy a výroky proroka Mohameda. Ačkoli Sunna nepředstavuje tak striktně vymezený souhrn neměnných textů jako Korán, její základy byly sepsány již v brzkých stoletích po vzniku islámu. Těmto psaným důkazům islámské nauky se říká **hadísy**. Jednotlivé hadísy se skládají vždy ze dvou částí – tzv. *isnádu*, tj. co nejpodrobnějšího uvedení zdroje, tedy řetězce osob, které si danou zprávu ústně předávaly (čím je počáteční osoba bližší Mohamedovi, tím lépe), a ze samotného sdělení.

Hadísů se do konce 9. století nasbíralo několik desítek až stovek tisíc. V této době se někteří učenci uplatňovali jako sběratelé hadísů, kteří schraňovali tato sdělení o Mohamedově životě, třídili je podle důvěryhodnosti, obsahu a dalších kritérií a sepisovali do knih. Mezi nejuznávanější sbírky hadísů patřilo tzv. „šest knih“ (*al-kutub a sitta*) – Správná sbírka od Abú Abdalláha M. b. Ismáíl al-Buchářího, Správná kniha od Abú-l-Husajna Muslima b. al-Hadžždžádž, Kniha tradic od Abú Dawúda, Správná sbírka od at-Tirmidhího, Kniha tradic od an-Nasáího a Kniha tradic od Ibn Mádži. (Kropáček, 1998, 47–53)

¹⁵ Tj. výklad obsahu náboženského textu.

Koránem, Sunnou, analogiemi z nich odvozenými (*qijás*) a případně názorovou shodou učenců (*idžmá*) se také řídí islámské právo **šaría**. Šaría je všeobsažným souhrnem tzv. Božího řádu, tedy zákonů a pravidel postihujících všechny oblasti lidského života. Šaría má v teorii sunnitského islámu téměř tak neotřesitelnou pozici jako samotný Korán. Jak uvádí Šabacká:

„Muslim přijímá *šari’u*, a tím se stává členem *ummy*, islámského společenství. *Šaría* znamená nejen boží vůli, ale také ideální vzor života a chování člověka. Lze říci, že šaría spojuje celou společnost, integruje ji, člověku a jeho každodennímu životu poskytuje náboženský a duchovní význam, reguluje vztahy mezi lidmi. Šaría obsahuje nejen morální principy, ale i konkrétní univerzální příkazy a ponaučení, jak by se měl člověk ve své společnosti chovat. Jinými slovy, jaké by mělo být jeho chování ke členům rodiny, sousedovi, ale také k Bohu, jak by se měl modlit, jak by měl jíst apod.“ (Šabacká, 2009, 51)

Šaría také blíže specifikuje tzv. pět pilířů islámu, tedy pět základních principů víry, které by měl správný muslim dodržovat a řídit se jimi. Prvním z nich je *šaháda*, tedy vyznání víry v jediného Boha, které má své doslovné znění: Není boha kromě Boha a Mohamed je jeho posel. Vyslovením této věty se každý člověk může stát muslimem, učiní-li tak s vážným úmyslem, arabsky a před svědky. Dalším pilířem je *salát* – modlitba. Tuto modlitbu by měli vykonávat muslimové pětkrát denně, v přesně stanovený čas. Tyto modlitby mají podrobně stanovený průběh a praktikují se vždy čelem k Mekce. Třetím pilířem a zároveň povinností muslimu je *zakát* – náboženská daň. Ta by měla být věnována na dobročinné účely a v šarii je přesně dáno, jak velkou část jakého majetku je potřeba darovat. Mezi hlavní principy patří také *sijám*, tedy půst v době měsíce ramadánu. Sijám je držen vždy od východu do západu slunce a neznamena jen absenci konzumace jídla a pití, ale také vyhnutí se špatným myšlenkám či skutkům, stejně jako všem pozemským radovánkám. Posledním z pěti hlavních pilířů je *hadždž* neboli pout'. Každý muslim by měl alespoň jednou za život vykonat pout' do svatého města – Mekky a absolvovat všechny rituály a zvyky s touto tradicí spojené.

Kromě pěti pilířů víry bývají v souvislosti s islámským právem často zmiňovány ještě dvě velké povinnosti muslimů – *tahára*, tj. čistota těla i duše nutná pro vykonání jakékoli modlitby či poutě, a *džihád*, tedy hájení islámu, a to srdcem, jazykem, rukou či mečem. Džihád se může dít na obranu islámu, či ve snaze jeho rozšíření. Rozlišován také bývá tzv. velký džihád, tj. boj v duši jedince o jeho mravní čistotu a malý džihád, tj. boj za islám praktikovaný navenek.

Šariou se zabývá islámská právní věda, zvaná **fikh**. Z historických příčin se však postupem času vyčlenily různé právní školy – tzv. *madhaby*, které se ve svých výkladech šariy více či méně liší. Kropáček se zmiňuje o čtyřech madhabech sunnitského islámu, které bývají někdy mylně prezentovány jako zástupci celého fikhu. Jedná se o madhab hanafijský (též hanífovský), který je rozšířen mezi většinou sunnitských muslimů a setkat se s ním je možné v Egyptě, Turecku, Sýrii, Jordánsku, Iráku a celé střední Asii (od Ruska po Bangladéš), madhab málikovský, který převažuje v zemích severní Afriky, madhab šáfiovský, který bývá upřednostňován na východním pobřeží Afriky, v jihovýchodní Asii, ale také například mezi Kurdy, a hanbalovský madhab, který je základním pilířem práva v Saúdské Arábii (Kropáček, 1998, 119). Jak Kropáček uvádí dále:

„Čtyři sunnitské madhaby představují již několik set let obecným konsensem přijímanou pluralitu pravd v rámci jedné ortodoxie. Všem čtyřem se vyučuje na al-Azharu¹⁶, tak jako se jim dříve vyučovalo i na jiných madrasách¹⁷. Názory právníků všech čtyř směrů se berou v úvahu na islámských konferencích. Navzájem se liší jen v podrobnostech hmotného direktivního práva (*furú*), které se nepokládají za příliš podstatné.“ (Kropáček, 1998, 121)

Kromě těchto madhabů jsou však ještě oficiálně uznávány madhaby šíitské větve islámu – džafarijský, který dominuje v Íránu, a záidovský, který se dochoval v Jemenu.

V roce 2004 vzniklo z podnětu jordánského krále Abdalláha II. bin al-Husajna tzv. Ammánské poselství. Jedná se o dokument podporující vzájemnou toleranci jednotlivých islámských větví a jednotu islámu jako takového. Na jeho vzniku se podílelo 200 nejvýznamnějších islámských učenců (*ulamá*) z 50 různých zemí a následně byl také podpořen množstvím dalších významných osobností a institucí islámského světa. Ammánské poselství (RABIIT, 2008) definuje základní kameny islámské víry a také mimo jiné stvrzuje suverenitu jednotlivých právních škol. Kromě výše uvedených madhabů ještě uvádí další dva, které se neřadí k sunnitské ani šíitské větvi. Prvním je Ibádíja, převládající forma v Ománu, ale vyskytující se v menší míře také v Alžírsku, Libyi a Tunisku, druhá je pak záhirijská právní škola.

¹⁶ „Al-Azhar – egyptská mešita a zároveň největší a nejvýznamnější náboženská univerzita islámského světa. Byla založena Fátimovci a otevřena v Káhiře roku 972. ...V současné době se zde vyučují i světské disciplíny, od roku 1962 se ke studiu přijímají i studentky.“ (Bahbouh, Fleissig, Raczyński, 2008, 44)

¹⁷ Madrasa je islámská náboženská škola vyššího typu fungující zpravidla při mešitě.

5.1.2 Rizikové chování v teorii islámu

Mezi rizikové chování v kontextu nemoci HIV/AIDS se řadí takové chování, které zvyšuje pravděpodobnost přenosu infekce, ať už se jedná o chování přenašeče, tedy osoby již nakažené, nebo o chování příjemce, tedy osoby, která se teprve nakazí. Jelikož se infekce HIV/AIDS přenáší pohlavním stykem, krví nebo z matky na dítě, lze mezi rizikové chování zařadit nechráněný pohlavní styk, sdílení injekčních jehel mezi drogově závislými či krevní transfuze v nekvalitním zdravotnickém prostředí. Svým způsobem je možné také říci, že rizikovým chováním je otěhotnění matek již nakažených touto nemocí. Riziko přenosu infekce z matky na dítě lze snížit císařským řezem, avšak ten na druhou stranu zvyšuje riziko poporodní úmrtnosti matek (Limpongsanurak, 2006).

Na základě definice rizikového chování lze také určit tzv. rizikové skupiny, tedy skupiny osob, kterým z principu svého zařazení hrozí vyšší riziko nákazy virem HIV, než většině populace. Mezi tyto rizikové skupiny patří sexuální pracovníci, homosexuální muži, drogově závislí, zdravotnický personál a děti infikovaných žen.

Následující kapitoly zkoumají, jak se k rizikovému chování a případně k těmto rizikovým skupinám staví Korán, Sunna a soudobé islámské právo.

5.1.2.1 Přenos HIV/AIDS heterosexuálním pohlavním stykem

Vzhledem k tomu, že heterosexuální pohlavní styk je v zemích severní Afriky zdaleka nejčastějším způsobem přenosu HIV/AIDS (UNAIDS, 2012g, 12), je také velmi významné, nakolik právě tento způsob může být ovlivněn islámskou věroukou.

Podle všech právních škol, legitimních dle Ammánského poselství, je v islámu zakázán nemanželský sexuální styk. Jedná se o jedno ze základních pravidel rodinného života, které je vícekrát zdůrazněno v samotném Koránu. Výstižně je to například uvedeno v 32. verši 17. súry, která zní: „A nepřibližujte se k cizoložství, neboť to ohavnost je i špatná cesta.“ (Korán) Naopak věrnost v manželství je hodnocena velmi pozitivně: „Šťastní jsou ti věřící, ... kteří pohlaví svá ochraňují jen pro manželky své

či otrokyně¹⁸.“ (Korán, 23) Tuto interpretaci Koránu, tedy zákaz nemanželského pohlavního styku, potvrzuje také bývalý profesor Fakulty islámské teologie na univerzitě v Rijádu a předseda Výboru zkoumajícího fatvy¹⁹, Abd al-Wahhab al-Turayri: „Alláh zakazuje jakýkoli vztah mezi mužem a ženou mimo manželský svazek. Ve skutečnosti nám Korán ukládá omezovat pohledy na osoby opačného pohlaví, tak jak bychom mohli dojít ještě dále a mít tak důvěrný vztah jako je láska nebo sexuální vztah?“ (al-Turayri, 2006) Podobné postavení nemanželského pohlavního styku komentuje také Jusúf al-Qaradáwí ve své proslulé příručce Povolné a zakázané v islámu²⁰:

„Není překvapující, že všechna zjevená náboženství zakázala cizoložství a smilstvo (*zina*) a bojují proti těmto zločinům, které jdou proti zájmům společnosti. Islám, poslední z Bohem zjevených náboženství, je v zákazu *ziny* velmi přísný, jelikož *zina* vede k zmatení rodinné linie, zneužívání dětí, rozbití rodin, hořkosti ve vztazích, šíření vážných nemocí a k všeobecné morální nedbalosti; navíc, otevírá dveře záplavě sexuální touhy a sebeuspokojení.“ (al-Qaradáwí, 2001, 146)

Zákaz nemanželského pohlavního styku je v islámském právu také opatřen trestem za jeho porušení. Jak uvádí Kropáček, „cizoložství ženatých či vdaných se trestá ukamenováním, zatímco u předmanželského styku hadd²¹ vyměřuje trest bičování (sto ran) a případně též vyhnanství. Křivé nařčení se trestá osmdesáti ranami. Cizoložství platí za prokázané pouze tehdy, jestliže je dosvědčí čtyři hodnověrní muži a nařčená žena má možnost se čtyřnásobným prohlášením bránit“ (Kropáček, 1998, 133).

Přenos viru HIV heterosexuálním pohlavním stykem je tedy možný, pokud nedojde k porušení šariy, pouze v případě změny manžela či manželky, či v případě, že má muž více manželek. Islámské právo povoluje muži pojmout za manželku až čtyři

¹⁸ Ačkoli otroctví není výslovně zakázáno v Koránu, většina muslimských učenců z něj tento zákaz vyvozuje. Legislativní zákaz otroctví dnes platí ve všech muslimských zemích. V praxi se jedná pouze o výjimečné případy.

¹⁹ „*Fatva* je výrok určující postoj k soukromé či veřejné otázce tak, aby byl v souladu s koránem a sunnou a z nich vycházejícím právem šaría. Může mít podobu veřejného prohlášení či odpovědi příslušného duchovního na soukromý dotaz tazatele například v internetové poradně. Fatvu mohou vydávat vzdělání a vysoce postavení islámští duchovní – *ulamá* či *muftí*...“ (Vejrosta, 2010, 40)

²⁰ Jusúf al-Qaradáwí je jedním z nejvíce uznávaných autorit v islámském světě, ačkoli mnoho učenců s ním nesouhlasí a považuje některé jeho názory za příliš extrémní. Přesto je al-Qaradáwí mimo jiné předsedou Evropské rady pro fatvu sídlící v Dublinu, do svého rodného Egypta měl ovšem v době vlády Husního Mubaraka zakázaný vstup a stejně tak je nežádoucí osobou ve Velké Británii a USA. Al-Qaradáwí napsal přes 80 knih, nejznámější z nich je právě příručka Povolné a zakázané v islámu.

²¹ Arabské označení pro vážný trest dle šariy.

ženy, pokud dokáže všem spravedlivě zajistit materiální i citové zázemí. (Korán, 4)

Islám podporuje instituci manželství a rodiny jako základ zdravé společnosti a proto v muslimských zemích nejsou tak běžné rozvody, jako v západních zemích, ačkoli lze rozvod provést dle náboženských pravidel teoreticky poměrně snadno. Výjimkou v představě manželství jako trvalého dlouhodobého vztahu je tzv. manželství *muta*, které teoreticky umožňují šíitské právní školy. *Muta* označuje dočasný manželský svazek, na předem danou omezenou dobu. Vzhledem k tomu, že ve zkoumané oblasti severní Afriky není šíitský islám rozšířen, není zapotřebí se svazkem *muta* v této práci zabývat.

5.1.2.2 Přenos HIV/AIDS homosexuálním pohlavním stykem

Homosexuální pohlavní styk spolu s užíváním použitých nesterilizovaných injekčních jehel drogově závislími jsou další dva významné způsoby přenosu infekce. V případě homosexuálního styku je nejrizikovějším chováním anální styk, proto jsou za „high-risk“ skupinu označováni tzv. MSM (anglicky *men who have sex with men*).

Mušská homosexualita je v Koránu chápána jako zcela nežádoucí záležitost. Za odstrašující příklad zde byli Mohamedem označeni obyvatelé biblické Sodomy. Ve 26. sůře k nim Lot²² promlouvá takto: „Což se chcete jen k mužům z lidstva všeho přibližovat a manželky své, jež pro vás Pán váš stvořil, zanedbávat? Ba, vy věru jste lid přestupníků!“ (Korán, 26)

Také al-Qaradáwí potvrzuje tento odmítavý přístup k jakékoli sexuální anomálii:

„Musíme mít na paměti, že omezením sexuálního pudu Islám zakazuje nejen nepovolené sexuální vztahy a všechny varianty, které k nim směřují, ale také sexuální deviace známou jako sodomie. Toto zvrhlé jednání je převrácením přírodního pořádku, narušením mužské sexuality, a zločinem proti právům žen.“ (al-Qaradáwí, 2001, 164)

Dále autor uvažuje nad možným trestem za takovéto provinění vůči islámskému pořádku:

„Islámští právníci zastávají rozdílné názory na trest za toto odporné jednání. Měl by to být stejný trest, jako za *zinu*, nebo by měli být aktivní i pasivní provinilci ztrestáni smrtí? Ačkoli se takové

²² Lot byl dle příběhu jediným počestným mužem v Sodomě. (ČBS, 2001)

tresty mohou zdát kruté, byly navrženy kvůli udržení čistoty Islámské společnosti a očištění od všech perverzních prvků.“ (al-Qaradáwí, 2001, 165)

Homosexualita je tedy v islámské právní vědě chápána jako hřích a je přísně zakázána. K homosexuálnímu pohlavnímu styku by teoreticky nemělo dojít už z podstaty, že pohlavní styk je povolen pouze v manželství.

5.1.2.3 Přenos HIV/AIDS mezi drogově závislými

Uživatelé drog jsou tradičně rizikovou skupinou ohroženou nemocí HIV/AIDS nezávisle na lokálních podmínkách a proto jsou také často cílovou skupinou v boji proti této nemoci. Drogově závislí se mohou od sebe navzájem nakazit HIV, pokud opětovně používají nesterilizované injekční jehly. Právě u nich lze poměrně snadno docílit značných úspěchů, pokud je k dispozici dostatek financí pro preventivní programy.

Drogy jsou spolu s ostatními návykovými a omamnými látkami v islámu zakázány. Tento zákaz je přijímán v odborných kruzích jako jednoznačný a zřejmý, ačkoli není v Koránu uveden doslovně. Návykové a omamné látky jsou v tomto případě spojovány s alkoholem, jehož všeobecný zákaz je odvozen od kritiky vína, která se v Koránu několikrát objevuje: „Vy, kteří věříte! Víno, hra majsir, obětní kameny a vrhání losů šípy jsou věru věci hnusné z díla satanova. Vystříhejte se toho – a možná, že budete blaženi.“ (Korán, 5:90)

Jakékoli užívání drog je tedy *harám*²³ a zasluhuje trest. Tento postoj sice teoreticky vylučuje drogovou závislost, ale v případě jejího vzniku podobně jako u homosexuality značně komplikuje postavení nakažených osob.

²³ *Harám* (arabsky *zakázané*) značí věci, osoby a činnosti, které jsou muslimům zapovězené. Nejčastěji se jedná o vybrané pokrmy, nesprávně připravené maso nebo také činnosti, které mohou narušit morální čistotu jedince. Opakem je pojem *halál* označující vše, co je povolené.

5.1.2.4 Přenos HIV/AIDS ve zdravotnickém zařízení

Riziko přenosu infekce HIV ve zdravotnickém zařízení je možné několika způsoby. Všechny tyto případy jsou ale velmi vzácné a na celkové statistiky nakažených mají zanedbatelný vliv (UNAIDS, 2011c, 45). Pacienti se mohou v nemocnicích nakazit transfuzí krve či jejích derivátů od infikovaného dárce. Také je možný přenos viru prostřednictvím vícekrát použitých a nesterilizovaných injekčních jehel, podobně jako u drogově závislých osob. Takto mohou být kontaminovány i další lékařské nástroje, které přicházejí do styku s krví pacientů, např. zubařské náčiní či nástroje používané při operacích. Tímto způsobem se mohou nakazit nejen pacienti, ale i zdravotníci, kteří se při manipulaci s nástroji zraní.

Islámská věrouka praktiky spojené s rizikem nákazy HIV/AIDS ve zdravotnických zařízeních nijak neomezuje. Darování krve i její příjem v případě potřeby je zcela legitimní, stejně jako používání veškerých lékařských nástrojů.

5.1.2.5 Přenos HIV/AIDS z matky na dítě

V roce 2010 bylo na celém světě nově nakaženo virem HIV 390 000 dětí, tedy 14,5 % z celkového počtu nově nakažených (UNAIDS, 2011b, 2). Dítě se může nakazit během prenatálního vývoje, během porodu i následně prostřednictvím mateřského mléka. Díky tomu, že se celosvětový boj proti AIDS zaměřuje čím dál více právě na léčbu těhotných žen, se v globálním měřítku daří pravděpodobnost přenosu nemoci z matky na dítě snižovat.

V oblasti Blízkého východu a severní Afriky je ovšem situace značně odlišná. Zatímco v jiných regionech složených z převážně rozvojových zemí se podíl HIV-pozitivních těhotných žen léčených antiretrovirovými léky pohybuje mezi 16–79 % a v průměru je jimi léčeno 48 % budoucích matek infikovaných HIV, v regionu MENA byl v roce 2010 tento průměrný podíl pouhý 4 % (UNAIDS, 2011b, 9). Právě proto, že je zde situace v oblasti léčby antiretrovirovými léky zatím velmi špatná, je zapotřebí zkoumat, jaké jiné možnosti prevence nákazy dětí islámská věrouka umožňuje či zakazuje.

Mnoho žen, nakažených virem HIV, si nepřeje mít první či další dítě. Kromě rizika, že bude nově narozené dítě také nakažené, hraje roli i fakt, že dříve či později by přišlo o svou matku. To tyto ženy vede k užívání antikoncepce, což islámští učenci povolují, tím spíše, když k jejímu užívání existuje opodstatněný důvod.

Postavení islámu k předcházení či zastavení zrodu nového lidského jedince vychází především z hadísu, který vyslovil Abduláh ibn Masúd²⁴ a lze jej nalézt ve sbírce al- Buchářího:

„Boží posel, pravdivý a o pravdě spravený, řekl, „(K otázce Stvoření) lidská bytost vzniká v lůně matky po 40 dní a pak se stává shlukem silné krve na stejnou dobu a pak kusem masa na stejnou dobu. Poté Bůh sešle anděla, kterému je uloženo sepsat čtyři věci. Je mu uloženo sepsat jeho skutky (toho nového stvoření), jeho živobytí, jeho smrt (datum) a zda bude požehnaný či zatracený (v otázce víry). Poté mu je vdechnuta duše.“ (Al-Bukhari, 846)

Na základě tohoto výroku ulamá vysvětlují, do jakého stáří plodu lze z určitých důvodů vykonat potrat. Někteří hovoří až o 120 dnech, tedy do doby, než je plodu vdechnuta duše, jiní za přípustnou dobu považují pouze 40 dní, tedy první fázi vývoje.

Konzervativní duchovní ovšem odmítají potrat z jakýchkoli příčin po oplodnění a povolují pouze prevenci před početím, tedy antikoncepci. Ti vycházejí z díla významného perského filozofa a náboženského reformátora Al-Ghazzálího²⁵:

„První etapou existence [lidského jedince] je tehdy, když sperma uvízne v děloze, splyne s tekutinou ženy a umožní tak vznik nového života; zasahovat do tohoto děje představuje zločin. Pokud se vyvine v embryo a stane se spojeným [plodem], potom se zločin stává vážnějším. Pokud je mu vdechnuta duše a stvořená bytost získá tvar, potom se zločin [potratu] stává ještě vážnějším. Zločin je nejvážnější, pokud se plod narodí živý [a poté zabit, pokud je to děvče]“ (Farah, 1984, 110)

Možnost potratu v případě nechtěného těhotenství nemocné ženy tak může být problém, záleží ovšem na konkrétní situaci a na tom, nakolik jsou tato nařízení respektována v praxi.

Na základě rozboru islámské věrouky je patrné, že v případě striktního dodržování předepsaných norem a pravidel by k některým způsobům přenesení viru HIV nemělo

²⁴ Jedná se o jednoho z prvních věřících. Zároveň patřil celý život mezi nejbližší společníky Mohameda, a proto také jeho hadísy bývají považovány za nejdůvěryhodnější.

²⁵ Abu Hamid Muhammad ibn Muhammad Al-Ghazzálí žil v letech 1058 – 1111 n. l. Svými myšlenkami značně ovlivnil islámskou filozofii i teologii. Mezi jeho nejvýznamnější díla patří Nesrozumitelnost filozofů, Obrození náboženských věd či Jeruzalémský trakt.

nikdy dojít, případně pouze ve zvláštních situacích. Je zřejmé, že zkoumat skutečný dopad teorie islámu na reálnou situaci v oblasti HIV/AIDS v muslimských zemích má svůj význam. S jistotou lze říci, že všechna pravidla nemohou být vždy všemi obyvateli dané země stoprocentně dodržena. Zda jsou ovšem silně respektována, či naopak se s praxí vůbec neslučují, bude zkoumáno v další podkapitole.

5.2 Praxe muslimů a rizikové chování

Zhodnotit odchylku mezi skutečným chováním muslimské komunity v severní Africe a islámskou věroukou je poměrně komplikovaný úkol, přesto se o to tato podkapitola pokusí co nejpřehledněji. Důraz musí být kladen i na početně zdánlivě zanedbatelné menšiny populace, jež se od většiny liší právě odchylkou od behaviorálních norem definovaných po stránce rizika nákazy nemoci HIV/AIDS.

Jako mezistupeň mezi teorií a praxí je ovšem ještě třeba zařadit legislativní rámec jednotlivých zemí vztahující se k různým formám rizikového chování. Zatímco základy islámské víry vznikaly v 7. století, současné zákonodárství je v zemích severní Afriky staré nejvýše několik desítek let, odráží tedy daleko více současné potřeby společenských pravidel.

5.2.1 Legislativa v zemích severní Afriky ke vztahu k rizikovému chování

Morální trestné činy, ke kterým je většina druhů rizikového chování z hlediska nákazy HIV/AIDS řazena, jsou v Marockém království trestány dle trestního zákoníku. Trestným činem je tak například nemanželský pohlavní styk, za který pachatelům hrozí odnětí svobody na dobu jednoho měsíce až jednoho roku. Pokud je ovšem jeden z dvojice v manželském svazku, jedná se o cizoložství s trestní sazbou jeden až dva roky odnětí svobody. Pohlavní styk s osobou stejného pohlaví pak může být trestán odnětím svobody na šest měsíců až tři roky a pokutou 200–1000 marockých dirhamů²⁶. Prostituce a jakékoli napomáhání, podílení se či dokonce trpění této činnosti je také

²⁶ V přepočtu 452–2 259,- Kč. (ČNB, 2012)

nelegální. (Royaume du Maroc, 2007)

V Alžírsku se trestní zákoník staví k otázkám nepovoleného pohlavního styku velmi podobně jako v Maroku, některé pasáže jsou dokonce totožné. Mezi nepovolený pohlavní styk patří homosexuální styk, za který je stanoven trest odnětí svobody na dva měsíce až dva roky s pokutou 500–2000 alžírských dinárů²⁷. Pokud je mladší osobě účastníci se takového styku méně než 18 let, hrozí starší osobě trest až 3 roky odnětí svobody a pokuta 10 000 alžírských dinárů²⁸. Tvrdší trest ovšem hrozí staršímu jedinci z dvojice doposud nesezdaných osob, které se dopustí pohlavního styku. Takový pachatel si dle alžírského trestního zákoníku zasluhuje trest 5–10 let odnětí svobody. Pokud se ovšem jedná o cizoložství, hrozí takovým osobám trest jen jeden až dva roky odnětí svobody. Nelegální je také prostituce a jakýkoli podíl na jejím provozování. (Republique Algerienne democratique et populaire, 2012, 93–8)

Tuniský trestní zákoník se k této problematice vyjadřuje obdobně. Za pohlavní styk osob bez manželských závazků je trestán starší z dvojice, a to trestem odnětí svobody na pět až šest let. To ovšem platí pouze v případě, pokud je mladší osobě méně než 20 let. Legislativa pamatuje také na homosexuální pohlavní styk, označovaný jako sodomii, kterou trestá odnětím svobody na tři roky. (Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme, 2005, 52)

Ač se v současnosti připravuje nový trestní zákoník, prozatím v Libyi platí trestní právo z roku 1953. Sexuální delikty jsou ovšem upraveny zákonem č. 70 z roku 1973. Zpráva Amnesty International uvádí, že podle tohoto zákona je možné trestat nemanželský pohlavní styk až 5 lety vězení, stejně jako styk dvou osob stejného pohlaví (Amnesty International, 2010, 2).

Také v Egyptě doposud platí trestní zákoník, podle kterého je zločinem nemanželský pohlavní styk i homosexuální orientace. Cizoložství ženatých mužů je trestáno maximálně šesti měsíci odnětí svobody, pokud je ovšem spácháno v domě, kde muž bydlí se svou ženou. Zato cizoložství vdaných žen i jejich partnerů je trestáno až dvěma lety odnětí svobody, ať už k němu došlo kdekoli. Jako jeden trestný čin je pak označována prostituce a *zhýralost* (z anglického *debauchery*). Ten se trestá odnětím

²⁷ V přepočtu 122–489,- Kč (ČNB, 2012).

²⁸ V přepočtu 2 445,- Kč (ČNB, 2012).

svobody na tři měsíce až tři roky a pokutou 25–300 egyptských liber²⁹. Tato trestní sazba je často také používána v procesech odsuzujících homosexuály, jejichž orientace je označována právě za zde uvedenou zhýralost. (Reza, 2011)

Trestní sazby severoafrických zemí za morální trestné činy shrnuje Tabulka 1.

Tabulka 1. Přehled trestních sazeb za morální trestné činy v zemích severní Afriky.

	Odnětí svobody	Pokuta (Kč)
Homosexuální styk		
Alžírsko ^a	2 měsíce – 2 roky	122–489,-
Egypt ^b	3 měsíce – 3 roky	76–907,-
Libye ^c	5 let	
Maroko ^d	6 měsíců – 3 roky	452–2 259,-
Tunisko ^e	3 roky	
Předmanželský pohlavní styk		
Alžírsko ^a	5–10 let (starší z dvojice)	
Libye ^c	5 let	
Maroko ^d	1 měsíc – 1 rok	
Tunisko ^e	5–6 let (starší z dvojice)	
Cizoložství		
Alžírsko ^a	1–2 roky	
Egypt ^b	až 6 měsíců (muži), až 2 roky (ženy)	
Libye ^c	5 let	
Maroko ^d	1–2 roky	

^a (Republique Algerienne democratique et populaire, 2012, 93–8); ^b (Reza, 2011); ^c (Amnesty International, 2010, 2); ^d (Royaume du Maroc, 2007); ^e (Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme, 2005, 52).

²⁹ V přepočtu 76–907,- Kč (ČNB, 2012).

Je zřejmé, že ačkoli nejsou trestné činy nemanželského či homosexuálního pohlavního styku trestány dle islámského práva šaría, je stále možné je zařadit v zemích severní Afriky dle možného trestu odnětí svobody mezi lehké až středně těžké. Za činy, které jsou v západní kultuře právně beztrestné, zde tak mohou pachatelé pykat uvěznění několik let. Stanovené meze finančních trestů jsou pak ve srovnání s tím zcela zanedbatelné.

K výše zmíněným stále platným právním předpisům je dále nutné podotknout, že byly uzákoněny v období 50.–70. let 20. století. V době ne zcela demokratických, zato stabilních režimů severoafrických zemí druhé poloviny 20. století měly své pevné místo ve státním systému. V současné situaci, po „arabském jare“³⁰, je ale doba jejich dalšího trvání v platnosti a případně skutečné užívání v soudní praxi spíše ve spekulativní úrovni. Nelze zatím s jistotou říci, jakým směrem se bude soudní moc v těchto zemích vyvíjet – zda převládnou demokratizační tendence, které právní předpisy přiblíží západoevropskému vzoru, nebo naopak konzervativní proudy, které se pokoušejí o znovuzavedení práva šaría.

5.2.2 Rizikové chování v praxi muslimů

Přístup k tématu rizikového chování je v zemích severní Afriky stále určitým odrazem zdejší legislativy – zkoumání faktorů jako je promiskuita či užívání kondomů plošně v celé populaci není zdaleka běžné. Dosavadní poznatky o sexuálním chování většiny populace tak lze zatím vyčíst pouze z několika málo, často dílčích výzkumů. Jejich výsledky jsou uvedeny v podkapitole věnující se přenosu HIV heterosexuálním pohlavním stykem. Tento způsob přenosu je jediný možný u „většinové populace“, pokud z ní vyjmete všechny rizikové skupiny, kterým se věnují další podkapitoly – homosexuální muži, nitrožilní uživatelé drog, dále pak méně sledované skupiny

³⁰ „Arabské jaro“ je pojem označující vlnu revolucí v arabských zemích snažících se o svržení dlouholetých autoritářských režimů. Tato vlna započala abdikací tuniského prezidenta Zína Abidína bin Aliho 14. ledna 2011, kterého následoval v únoru egyptský prezident Husní Mubarak. V Libyi propukla občanská válka, která způsobila na podzim roku 2011 pád režimu Muammara Kaddáfího. V Alžírsku a Maroku politické režimy svrženy nebyly, nicméně byly nuceny k příslibu prodemokratických změn. V současnosti není v zemích, kde došlo ke svržení vládců, politická situace stále přehledná a její vývoj lze jen těžko předvídat.

zdravotnického personálu a dětí infikovaných matek. V Egyptě to je také nezanedbatelné množství dětí žijících na ulici. Je nutné dodat, že tyto skupiny se často více či méně prolínají. Sexuální chování právě těchto skupin obyvatel je a bude i v budoucnu pro trend šíření infekce HIV klíčové.

Jako nejpodstatnější rizikový faktor u všech skupin, kde dochází k přenosu viru pohlavním stykem, považují zcela nedostatečné užívání kondomů.

5.2.2.1 Přenos HIV/AIDS heterosexuálním pohlavním stykem

Heterosexuální pohlavní styk je v zemích severní Afriky nejčastějším způsobem přenosu onemocnění HIV/AIDS, kupříkladu v Maroku se tímto způsobem nakazí 80–90 % nově infikovaných osob, přičemž tento trend se stále zvyšuje (Morocco Ministry of Health, 2010). Neznamená to ovšem, že by se infekce masově šířila v celé populaci. Přes náboženský a právní zákaz existují oblasti, kde je rozšířena prostituce, která je doposud nejčastější příčinou tohoto typu přenosu viru (Mumtaz et al., 2010, v). Prevalence viru HIV mezi sexuálními pracovníci v Maroku, kterých je zde přibližně 67 000 (Mumtaz et al., 2010, 33), se podle výzkumu Ministerstva zdravotnictví pohybovala v letech 2001–9 v rozmezí 0,15–3,14 % (Ministère de la santé au Maroc, DELM/PNLS, 2010). Kromě sexuálních pracovníků se nejčastěji tímto způsobem přenosu nakazí jejich klienti a partnerky těchto klientů, 26 % nových případů ovšem náleží i zbytku populace vyznačující se málo rizikovým chováním (Mumtaz et al., 2010, vi).

Jak již bylo zmíněno, kvůli nedostatku dat nelze přesněji popsat sexuální chování průměrné většiny jedinců, ačkoli všeobecně bývá považováno ve srovnání se západními zeměmi za velmi střídme. Tento názor potvrzují i dílčí výzkumy, které byly provedeny v Maroku a Alžírsku v rámci zkoumání sociologických souvislostí s výskytem rakoviny děložního hrdla. Podle alžírské studie přibližně 30 % žen uvedlo, že mělo v životě více než jednoho sexuálního partnera, přičemž 5 % žen uvedlo tři a více partnerů (Hammouda et al., 2005). V Maroku pak zkušenost s více sexuálními partnery přiznalo 20 % žen, pouhá 2 % ale přiznala styk s více než třemi partnery (Chaouki et al., 1998).

Více rizikově se ovšem chovají muži, kteří mívají v životě více sexuálních partnerů než ženy, a zároveň téměř výhradně muži bývají klienty sexuálních pracovníků

a mohou tak přenést infekci na své partnerky. Alarmující jsou údaje z alžírského výzkumu, podle kterého 34 % žen uvedlo, že měl jejich muž placený sexuální styk s prostitutkou, a dalších 10 % totéž nemůže vyloučit (Hammouda et al., 2005). V Maroku je pravidelnými klienty sexuálních pracovníků až 7,5 % mužů, tedy přibližně 670 000 (Mumtaz et al., 2010, 33). Tato data ale mohou být do jisté míry ovlivněna právě dlouhodobou nemocí dotazovaných žen, která tento výzkumný vzorek spojuje. Nicméně nevyváženost mezi rizikovým chováním mužů a žen dokazuje také fakt, že 70 % žen nakažených virem HIV se infikuje od svého manžela, zatímco 89 % mužů se nakazí kvůli styku s osobou z rizikových skupin (sexuální pracovníci, homosexuálové, náhodný sexuální styk) (Mumtaz et al., 2010, 43).

V těchto výzkumech se objevuje také jeden společenský jev specifický pro vyznavače islámu – mnohoženství. V polygynním manželství, které zvyšuje pravděpodobnost nákazy virem HIV, žije v Alžírsku 6 % žen (Hammouda et al., 2005), v Maroku dokonce 12 % (Chaouki et al., 1998). I tento údaj ovšem může být ovlivněn tématem daných studií – ve zdejší kultuře je pravděpodobné, že nenaplněnost manželství po stránce tělesné lásky může zvyšovat možnost, že se manžel ožení s další ženou.

Z hlediska věkové stratifikace se nejrizikověji chovají v Maroku mladí lidé ve věku 15–29 let. Ti tvoří přibližně třetinu populace, připadá na ně ale 40 % všech zaznamenaných případů pohlavně přenosných nemocí. Přesto lze ve srovnání se západními měřítky jejich sexuální chování považovat za relativně střídme. Ze vzorku 2000 osob ve věku mezi 15–24 lety má podle výzkumu z roku 2007 zkušenost s pohlavním stykem pouze 36 % mužů a 5,2 % žen. Mezi nimi je ale 68 % mužů a 38,5 % žen, které měly již více než jednoho partnera, a dokonce 67 % sexuálně aktivních mužů v této skupině bylo někdy zákazníky sexuálních pracovníků (tedy 24 % ze všech mužů ve zkoumané věkové skupině). Proto je zřejmé, že právě mladí muži mají v tomto regionu silný potenciál pro přenášení HIV/AIDS z high-risk menšin mezi většinovou populací. (Ministère de la Santé au Maroc, 2007).

Míru rizika přenosu infekce v tomto regionu může také ovlivnit užívání kondomů, které není ani zdaleka dostatečně rozšířené. Nejméně užívané jsou kondomy v Egyptě, podle posledního Egyptského demografického a zdravotního výzkumu je při sexuálním styku někdy v životě použilo pouze 2,5 % vdaných egyptských žen (El-Zanaty, Way,

2009, 65). Podle téhož zdroje dávají ženy přednost jiným druhům ochrany před početím, jako jsou nitroděložní tělíška či hormonální antikoncepce, které už ovšem nechrání před pohlavně přenosnými nemocemi včetně AIDS. Užívání kondomů se dokonce dlouhodobě snižuje (El-Zanaty, Way, 2009, 66). V Maroku podíl žen, které někdy v životě použily kondom, dosahuje 11,4 %, z toho ovšem pouze 1,5 % žen kondomy využívá pravidelně (Ministère de la Santé, ORC Macro a LAS, 2005, 61–2). Tato čísla ukazují na fakt, že v současnosti užívání kondomů nemůže mít významnější pozitivní vliv na snížení rizika přenosu viru HIV touto cestou. Mezi marockými sexuálními pracovníci je užívání tohoto typu ochrany rozšířenější. K vaginálnímu pohlavnímu její styku používá pravidelně 60 % z nich, k análnímu styku ovšem pouhých 26 % (Mumtaz et al., 2010, 29–30).

Dalším faktorem, který může mít značný vliv na riziko šíření HIV/AIDS v celé populaci regionu, je mužská obřízka. Ta může redukovat riziko infikování muže při heterosexuálním pohlavním styku o 60 %, nemá ale bohužel žádný vliv na snížení rizika nákazy ženy od muže (Mumtaz et al., 2010, 32). Mužská obřízka je tradiční součástí islámské víry a proto ji podstupuje 99 % mužů žijících v zemích severní Afriky (Mumtaz et al., 2010, 32). Právě z toho důvodu je ale u muslimské populace problematické určit, nakolik má samotná mužská obřízka vedle dalších islámských zvyků a vzorců chování skutečný vliv na pomalejší šíření nemoci.

5.2.2.2 Přenos HIV/AIDS homosexuálním pohlavním stykem

Homosexualita je v islámské kultuře silně kritizována a jak už bylo zmíněno v teoretické části, jedná se o chování v rozporu s náboženskými i legislativními nařízeními. Proto, nejsou-li homosexuální jedinci přímo stíháni represivními složkami, čelí diskriminaci a odmítnutí ze strany velké části společnosti. Přesto se zdá, že je v severní Africe zastoupení homosexuálů ve společnosti podobné jako v jiných zemích světa, tedy několik procentních bodů (Mercer, et al., 2009). Určit počet homosexuálů či jejich procentuální podíl je složité nejen kvůli celospolečenské tabuizaci a kritickému nedostatku dat, ale také proto, že homosexuální chování zde není chápáno podle západních měřítek. Mnoho mužů má zkušenost s pohlavním stykem s osobou stejného

pohlaví, ale neprovozují jej pravidelně. Podle egyptské studie (FHI, MOH Egypt, 2006, 4) má tuto zkušenost 77,4 % chlapců patřících mezi tzv. děti ulice žijící v Káhiře, přičemž 37,1 % z nich k tomu bylo přinuceno násilím.

Oficiální představitelé se k počtům osob s homosexuální orientací staví zcela přezíravě, například odhad alžírských úřadů činí kolem 2000 osob z 35 000 000 (tj. 0,006 %) (Gourlay, 2009). Nicméně uvědomění si existence této komunity a její velikosti je prvním zásadním krokem v předcházení lokálním epidemiím HIV/AIDS. Jak dokazuje druhé kolo Biologického a behaviorálního výzkumu v Egyptě, zatímco v Káhiře a Alexandrii se prevalence HIV mezi homosexuály pohybuje kolem 6 %, v Luxoru nebyl potvrzen jediný pozitivní vzorek z 268 zkoumaných (FHI, MOH Egypt, 2010, 31). Podobně je tomu v Maroku, kde lze pozorovat lokální šíření viru HIV v homosexuální komunitě v Agadiru s prevalencí 5,7 %, zatímco z jiných měst takto alarmující údaje hlášeny nejsou (Royaume du Maroc, 2012, 9). V průměru se pak prevalence HIV mezi homosexuálními muži pohybuje v celém severoafrickém regionu kolem 4–5 %. Výjimkou je Tunisko, kde toto číslo podle nejnovější zprávy UNAIDS závratně roste a nyní je zde prevalence 10% (UNAIDS, 2012, A44–A45). Data pro Libyi nejsou dostupná.

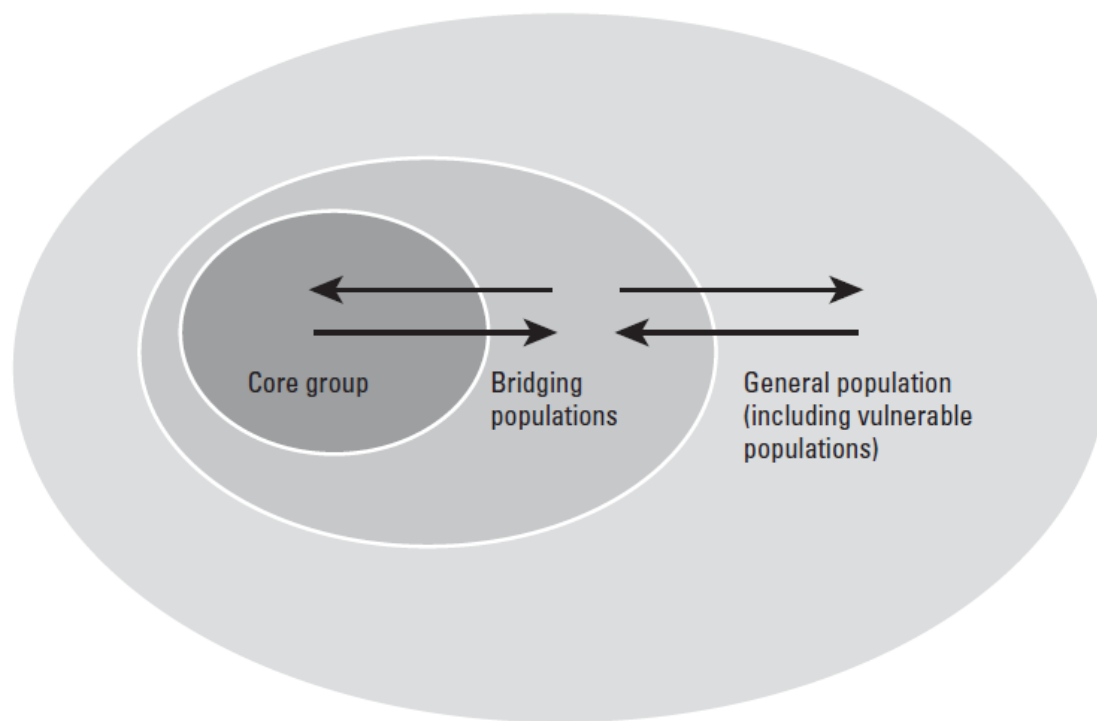
Z výše citovaných zdrojů je patrné, že ač jsou homosexuální jedinci společensky prakticky neviditelní, koncentrují se do velkých měst a znají se dobře mezi sebou. Druhou oblastí, kde se posiluje soudržnost této komunity, je internet (Gourlay, 2009). Toto přirozené sdružování ale také bohužel zvyšuje počet příležitostí k sexuálně rizikovému chování, v důsledku čehož roste v této skupině obyvatel i riziko propuknutí epidemie.

Hlavními rizikovými rysy, které činí homosexuální muže náchylnějšími k nakažení virem, je jejich zvýšená promiskuita, četná provázanost se skupinami drogově závislých a ženských i mužských sexuálních pracovníků a zcela nedostatečné užívání kondomů (Abu-Raddad et al., 2010, 37–8). Podle zjištění druhého kola egyptského Biologického a behaviorálního výzkumu využilo v posledních 6 měsících před dotazováním placené sexuální služby více než 30 % homosexuálních mužů v Káhiře a Alexandrii, v Luxoru to bylo dokonce 90,7 % (FHI, MOH Egypt, 2010, 18). Při nich ovšem použilo kondom pouze 12,3 % (Luxor) až 25,3 % (Káhira) z nich

(FHI, MOH Egypt, 2010, 19). Zároveň měla většina respondentů někdy pohlavní styk i s ženami, přičemž 3,5 % (Káhira) až 14,2 % (Luxor) z nich bylo v době výzkumu ženatých.

Řadě místních skupin mužů s homosexuální orientací tak stále hrozí propuknutí epidemií teprve v budoucnu. Ty by mohly kvůli provázanosti této rizikové populace s potenciálně přenosnými subpopulacemi (tzv. *bridging population*) společně nastartovat rychlejší šíření viru HIV v celé společnosti. Muži s homosexuální orientací se tak na základě dosavadních dat jeví jako složka tzv. *jádrové populace* (viz Obrázek 1), která je nejsilnější hrozbou. Z toho důvodu je více než potřebné zaměřit úsilí k eliminaci šíření HIV právě do prevence v této rizikové skupině.

Obrázek 1. Schéma přenosu nákazy z jádrové populace do většinové populace.



(Abu-Raddad et al, 2010, 4). Ponecháno v anglickém jazyce z důvodu zavedené terminologie.

5.2.2.3 Přenos HIV/AIDS mezi drogově závislími

Přestože drogy jsou podle Koránu interpretovány jako *harám*, tedy zakázaná činnost, jejich uživatelé se vyskytují v řadě větších měst regionu. Jejich počet je srovnatelný se zeměmi s podobným počtem obyvatel v jiných regionech světa a není proto nijak zanedbatelný. Injekčních uživatelů drog, tedy takových, kterým hrozí zvýšené riziko přenosu HIV/AIDS, je odhadováno v Maroku na 19 000, v Alžírsku na 41 000, v Tunisku na 13 000, v Libyi na 7 000 a v Egyptě na celých 89 000 (Aceijas et al., 2004, 2300). Tyto odhady ovšem pochází z doby před Arabským jarem, přičemž vlna nepokojů a z nich vyplývající sociální nestability mohla množství drogově závislých teoreticky ještě zvýšit.

Na rozdíl od osob s rizikovým sexuálním chováním jsou snáze identifikovatelní a díky tomu se jim také v souvislosti s tematikou HIV/AIDS dostává v rámci preventivních programů více pozornosti. Nelze je ovšem od dalších rizikových skupin takto oddělit, protože je velmi časté, že právě *IDUs* (*intravenous drug users*) jsou často oprávněně počítáni i jako sexuální pracovníci (či pracovníci) nebo homosexuálové. Například výsledky výzkumu v Alžírsku mezi nitrožilními uživateli drog ukázaly, že 44 % dotázaných praktikovalo někdy v životě sexuální pohlavní styk pro peníze (Moutasem-Mimouni, Benghabrit-Remaoun, 2006, 80). V Egyptě v roce 2010 bylo v druhém kole Biologického a behaviorálního výzkumu zjištěno, že přibližně 15 % IDUs mělo komerční pohlavní styk v posledních 12 měsících (FHI, MOH Egypt, 2010, 27).

Právě rizikové sexuální chování je jednou z příčin, proč se virus snadno šíří nejen v rámci této subpopulace, ale také mimo ni. Kromě zkušeností s komerčním pohlavním stykem se drogově závislí obecně vyznačují vyšší promiskuitou a, podobně jako i ostatní rizikové skupiny, nedostatečným užíváním kondomů (APMG, 2008).

Hlavní způsobem přenosu nákazy v rámci této skupiny je ale samozřejmě sdílení nesterilizovaných jehel injekčních stříkaček. Podle UNAIDS je tento způsob přenosu až desetkrát účinnější, než přenos skrze sexuální kontakt (UNAIDS, 2011c, 8). Přes některé snahy preventivních programů, kterým se budu více věnovat v podkapitole 7.5 Vlivy preventivních opatření dříve a dnes, je sdílení nesterilizovaných jehel mezi nitrožilními uživateli drog stále velmi časté. Jak vyplynulo z výzkumů mezi drogově

závislími v jednotlivých zemích, v Egyptě přiznalo vzájemné sdílení jehel 59,1 % narkomanů, v Alžírsku více než 50 %, v Libyi 44 % a v Maroku pak 16 % (APMG, 2008).

Tyto charakteristiky potvrzují fakt, že po prvotní infekci několika jedinců v komunitě drogově závislých se zde virus rychle šíří. Proto právě tyto subpopulace vykazují v severní Africe nejvyšší hodnoty prevalence HIV ze všech zkoumaných skupin. Podle nejnovější zprávy UNAIDS je prevalence mezi IDUs v Tunisku 3 %, v Alžírsku 7 % a v Maroku 11 % (UNAIDS, 2012a, A51). V Egyptě to je 6,5–6,8 % (FHI, MOH Egypt, 2010, 31) a v Libyi údajně 22 %. (Bradley et al., 2008, 8).

Data uváděná k Libyi nelze věrohodně ověřit, nicméně ve spojení s touto rizikovou skupinou je zde výjimečně možné vůbec nějaké informace nalézt. Mnoho zdrojů tradičně uvádí, že injekční užívání drog je v Libyi hlavním a téměř výlučným způsobem nákazy HIV/AIDS. Při podrobnějším zkoumání lze tento údaj potvrdit pouze na základě informace z roku 2000, kdy byly „téměř všechny“ případy z 570 nových případů nákazy virem HIV zaregistrovány právě mezi drogově závislími (UNAIDS a WHO, 2001, 19). Otázkou zůstává, nakolik se jedná o dlouhodobý trend a nakolik o propagandu minulého režimu. Tento způsob nákazy se jistě jevil (a prakticky ve všech islámských společenstvích stále jeví) společensky o něco přijatelnější, než přenos v důsledku rizikového sexuálního chování. Je možné, ne-li pravděpodobné, že nové výzkumy zachycující situaci po občanské válce a svržení režimu Muammara Kaddáfího prokážou, že HIV není v Libyi problémem pouze drogově závislých.

Kromě celostátních statistik jsou ovšem zachyceny také některé lokální epidemie, jako třeba v marockém Nadoru. Zde je prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog 22,5 % (Royaume du Maroc, 2012, 9). Zcela abnormální míra infikovaných osob mezi injekčními uživateli drog je hlášena v libyjském Tripolisu – celých 87 %. Tento údaj je odhadován na základě průkopnického výzkumu, který zde v roce 2012 mezi IDUs provedla Liverpoolská škola tropické medicíny ve spolupráci s Libyjským národním centrem kontroly infekčních nemocí a Národním programem AIDS za finanční podpory Evropské unie (Mirzoyan et al., 2013).

Ať už budou nová výzkumná zjištění týkající se rozšíření HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog z období po Arabském jaru jakákoli, již dřívější data jasně

ukazují, že nejen velký počet drogově závislých osob, ale zejména silné rozšíření viru HIV mezi nimi je v zemích severní Afriky velkým problémem.

5.2.2.4 Přenos HIV/AIDS ve zdravotnickém zařízení

Nákaza virem HIV v důsledku krevní transfuze nebo manipulace s infikovanou krví zdravotnickým personálem tvoří v současnosti jen zanedbatelnou část všech nových infekcí. Například v Maroku je tento způsob přenosu viru odhadován na 0,1 % všech nových případů (Mumtaz et al., 2010, vi).

Dříve bylo časté šíření infekce HIV/AIDS především prostřednictvím krevní transfuze, při které pacient dostal krev od infikovaného dárce. V současné době je v Maroku, Alžírsku, Tunisku i Egyptě veškerá darovaná krev podrobena testům na přítomnost protilátek proti viru HIV a je tak tomuto přenosu bezpečně zabráněno (UNAIDS, 2011c, 96–114). Pouze v Libyi nelze zatím potvrdit, zda dochází k testování všech krevních transfuzí, jež jsou poskytovány pacientům. Právě zde došlo k historicky největšímu a nejznámějšímu případu rozšíření HIV/AIDS ve zdravotnickém zařízení, když bylo v roce 1999 tímto virem nakaženo na klinice v Bengházi celkem 426 dětí. Není ovšem jisté, zda se tak stalo vlivem nízkých hygienických standardů, nebo úmyslně (viz podkapitola 5.4.4 Libye).

Dále může k nákaze ve zdravotnickém zařízení dojít manipulací s krví nemocného pacienta, jedná se tedy o riziko hrozící zdravotnickému personálu. Podobně jako v prvním případě je tento způsob nákazy velmi málo častý (Mumtaz et al., 2010, vi). Příležitostí je k němu ale dostatek, protože drobná poranění při zacházení s lékařskými nástroji jsou mezi zdravotnickým personálem stále poměrně častá (Laraqui et al., 2008, 88). Při poranění se nástrojem, kterým byl ošetřován pacient s AIDS, je tak velmi snadné infekci přenést. Podle výzkumu bylo během roku 2006 v Egyptě poraněno injekční jehlou 49 % zdravotníků (Kabbash et al., 2007), v Maroku se takto zraní za rok 59 % všech zdravotníků (Laraqui et al., 2008, 88).

Přestože je tedy v severní Africe v oblasti bezpečnostních zdravotnických standardů stále co dohánět, zejména díky univerzálnímu testování darované krve je riziko nákazy ve zdravotnických zařízeních minimální v poměru k jiným možnostem přenosu. Je také značně pravděpodobné, že se toto riziko bude do budoucna nadále snižovat.

5.2.2.5 Přenos HIV/AIDS z matky na dítě

Míra rizika přenosu nemoci HIV/AIDS z těhotné ženy na její dítě je v populaci dána prevalencí této nemoci mezi těhotnými ženami. Podle UNAIDS jsou v zemích severní Afriky nakaženi virem HIV stále ve velké většině muži (UNAIDS, 2012b; UNAIDS, 2012c; UNAIDS, 2013a). Výjimkou je Maroko, kde je poměr mezi pohlavími vyrovnaný (UNAIDS, 2013c). Nicméně právě v této zemi byl proveden výzkum, jenž ukazuje, že přenos nemoci z matky na dítě je v poměru k jiným možnostem zatím stále marginální (Mumtaz et al., 2010).

Tomu odpovídá i pozornost odborníků, která je této možnosti šíření HIV/AIDS věnována. V zemích severní Afriky se totiž přítomnost protilátek vůči viru HIV v krvi u těhotných žen zpravidla netestuje. Podle Světové zdravotnické organizace tento region velmi silně zaostává za všemi ostatními částmi světa, neboť zde podstoupí test na HIV v průměru pouze 1 % všech těhotných žen (WHO, 2011d, 151). Získat informace o četnosti tohoto typu přenosu tak lze pouze na základě případových studií. Podle souhrnu dostupných výzkumů sestaveného kolektivem Abu-Raddada je možné říci, že v Maroku se prevalence viru HIV mezi těhotnými ženami pohybuje mezi 0–0,15 % a v Alžírsku mezi 0,09–1 % (Abu-Raddad et al., 2010, 66). Rozptýl hodnot získaných z těchto výzkumů je tak velký, že z nich nelze vyvozovat přesné závěry.

Hlavní možností prevence přenosu viru z matky na dítě je preventivní antiretrovirová léčba matky v době těhotenství. V severní Africe je ovšem stále velký problém v tom, že velká většina nemocných svůj status HIV positivity nezná (UNAIDS, 2012e, 37), případně jim chybí základní znalosti o způsobech přenosu (UNAIDS, 2012e, 16). Proto také velká část infikovaných matek nemusí vědět, že je jejich dítě v ohrožení. I kvůli tomu region MENA silně zaostává za ostatními v podílu těhotných infikovaných

žen, které preventivní ART léčbu podstupují. Počty těhotných žen, které dostávaly v roce 2011 ART léky pro prevenci přenosu nemoci z matky na dítě ve vybraných zemích regionu, jsou uvedeny v Tabulce 2.

Tabulka 2. Počet těhotných žen, kterým je poskytována antiretrovirová léčba, a jejich odhadovaný podíl na celkovém počtu těhotných žen nakažených HIV v zemích severní Afriky v roce 2011.

Stát	Počet těhotných žen nakažených HIV, kterým je poskytována ART léčba	Podíl těhotných žen přijímajících ART léčbu na celkovém počtu těhotných žen nakažených HIV
Alžírsko	128	30–75 %
Egypt	7	3–14 %
Libye	chybí údaje	chybí údaje
Maroko	124	13–30 %
Tunisko	9	56–82 %

(UNAIDS, 2012a, A57)

Další možností, jak předcházet tomuto způsobu přenosu viru, je poporodní péče infikovaných matek i dětí, která může zabránit přenosu v důsledku kojení. I tato léčba je ale bohužel v regionu MENA zatím v počátcích, podle odhadů zde dostávají preventivní ART léky pouhá 2 % potřebných dětí (WHO, 2011d, 158). Počet dětí, které jsou takto léčeny, a jejich podíl z celkového počtu potřebných v jednotlivých zemích uvádí Tabulka 3.

Tabulka 3. Počet dětí žen nakažených HIV, kterým je poskytována antiretrovirová léčba, a jejich odhadovaný podíl na celkovém počtu dětí žen nakažených HIV v zemích severní Afriky v letech 2009–2010.

Stát	Počet dětí žen nakažených HIV, kterým je poskytována ART léčba	Podíl dětí, přijímajících ART léčbu, na celkovém počtu dětí žen nakažených HIV
Alžírsko	chybí údaje	chybí údaje
Egypt	7	1–10 %
Libye	chybí údaje	chybí údaje
Maroko	62	7–20 %
Tunisko	6	1–10 %

(WHO, 2011d, 201–206)

Vzhledem k tomu, že počet osob či dětí, které jsou v těchto zemích registrovány jako příjemci antiretrovirové léčby, je počítán maximálně v desítkách, nelze v žádném případě hovořit o rozšířené prevenci přenosu HIV/AIDS mezi matkou a dítětem. Je tedy otázkou budoucnosti, zda bude rychlejší nárůst počtu případů nákazy pomocí tohoto typu přenosu, nebo rozšíření antiretrovirové léčby a zaměření speciální pozornosti na ženy, jak se tomu děje v současnosti v subsaharských zemích. Právě včasné rozšíření antiretrovirové léčby, která výrazně snižuje pravděpodobnost tohoto typu přenosu nemoci, je pro severoafrické země velkou potenciální výhodou v celkovém boji s HIV/AIDS, kterou státy čelící epidemiím v 90. letech 20. století neměly.

6 Vztah mezi teorií a praxí islámu a trendem šíření HIV/AIDS

Praktické důsledky islámu v přístupu severoafrické společnosti k otázce HIV/AIDS, vycházející mnohdy z náboženské i legislativní teorie, mají do určité míry vliv také na šíření viru v populaci. Tato kapitola se zabývá otázkou, nakolik, v kterých ohledech a jakým způsobem je tento vliv určující pro celkovou epidemiologickou situaci.

6.1 Trend šíření HIV/AIDS v severní Africe dříve, dnes a v budoucnu

Region severní Afriky tvoří pět států, které patří mezi pouhou desítku zemí, jež velmi pravděpodobně nedosáhnou šestého rozvojového cíle tisíciletí – zastavení šíření a zahájení redukce rozšíření HIV/AIDS (viz Příloha 2). Všechny dostupné zdroje dat vypovídají o tom, že se zde nemoc skutečně šíří a celkový počet nemocných stejně jako míra prevalence neustále narůstá.

Jedním ze základních překážek v boji s AIDS v regionu je ovšem stále přetrvávající a zcela zásadní nedostatek důvěryhodných, kvalitních a dlouhodobých souborů dat, z kterých by mohl vycházet monitoring epidemiologické situace. Kumulativní počty evidovaných případů (viz Tabulka 4) jsou zpravidla několikanásobně nižší, než aktuální počty nemocných, jež odhaduje UNAIDS a WHO.

Tabulka 4. Kumulativní počty evidovaných případů HIV a AIDS v zemích severní Afriky ke konci roku 2011.

Stát	Kumulativní počet evidovaných případů HIV a AIDS
Alžírsko ^a	6 797
Egypt ^b	3 746
Libye ^c	11 910
Maroko ^d	6 453
Tunisko ^e	1 706

^a (UNAIDS, 2012j). ^b (National AIDS Program Egypt, 2012). ^c (National AIDS Program, 2012, 4). ^d (Royaume du Maroc, 2012, 14). ^e (Direction des Soins de Santé de Base, 2012, 38).

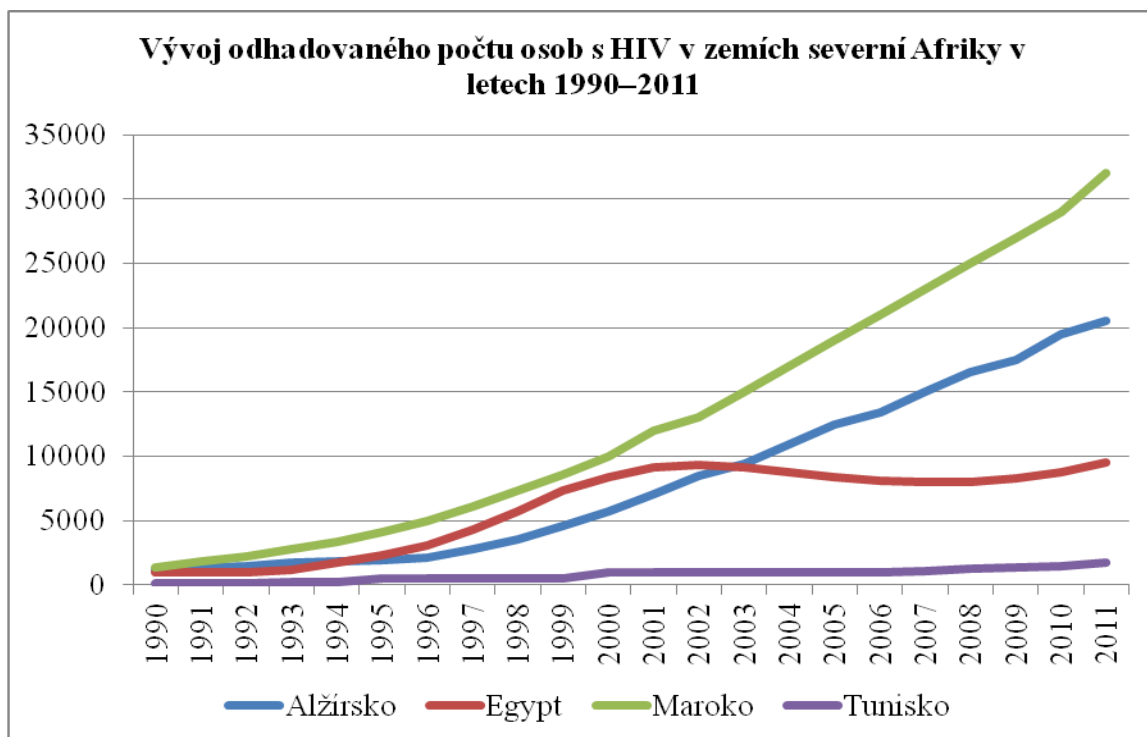
Ovšem ani odhady mezinárodních organizací nelze považovat za neměnné fakty, nýbrž skutečně pouze za odhady. Dokazují to lišící se údaje o počtu osob nakažených virem HIV v daných zemích a letech, které bývají někdy zpětně v čase upravovány. Například odhad UNAIDS o počtu osob žijících s HIV v roce 2003 v Egyptě činil 12 000 (UNAIDS, 2004, 202), o dva roky později organizace za tentýž rok ale uváděla 4 300 osob (UNAIDS, 2006, 529). V Alžírsku pak podle odhadu WHO žilo v roce 1994 s tímto virem 11 000 lidí (WHO Global Programme on AIDS, 1994), současný odhad UNAIDS pro tento rok ovšem činí 100–3 500³¹ nemocných (UNAIDS, 2013d). Zcela jiný odhad vývoje počtu nakažených uvádí v současnosti UNAIDS také u Tuniska. Zatímco dobová data hovořila v roce 2005 o 8 700 nakažených (UNAIDS, 2006, 529) a v roce 2007 o 3 700 osobách (UNAIDS, 2008, 229) žijících s HIV/AIDS, v současnosti agentura pro tyto roky uvádí střední odhad 1 100, respektive 1 300 osob (UNAIDS, 2013d).

³¹ Z důvodu nepřesnosti odhadů Alžírsko zažádalo, aby UNAIDS ve svých statistikách uváděla o této zemi pouze minimální a maximální odhady, nikoli střední odhad, jak je tomu u ostatních zemí.

Na základě těchto zkušeností se UNAIDS rozhodla zveřejňovat od roku 2003 nejen střední odhady, ale i rozmezí minimálních a maximálních odhadovaných hodnot. Lze také vysledovat, že dřívější odhady UNAIDS byly vždy vyšší, než pozdější, upřesněné údaje. To svědčí o záměru této agentury epidemiologické odhady v žádném případě nepodhodnocovat, k čemuž může vést teoreticky snaha o podněcování vlád k výraznější aktivitě v boji proti HIV/AIDS. Z tohoto důvodu je možné, že i současné údaje stále mohou reálnou, kvalitně nemonitorovatelnou, situaci více či méně nadhodnocovat.

I přes uvedené nesrovnalosti lze ale odhady UNAIDS považovat při výběru z dostupných zdrojů za nejreálnější, jelikož druhou alternativou zůstávají pouze jednotlivé oficiální národní evidence. Přehled vývoje počtu osob žijících s HIV/AIDS ve vybraných zemích podle UNAIDS včetně minimálních a maximálních odhadů je uveden v Příloze 3. Srovnání středních odhadů znázorňuje Graf 2.

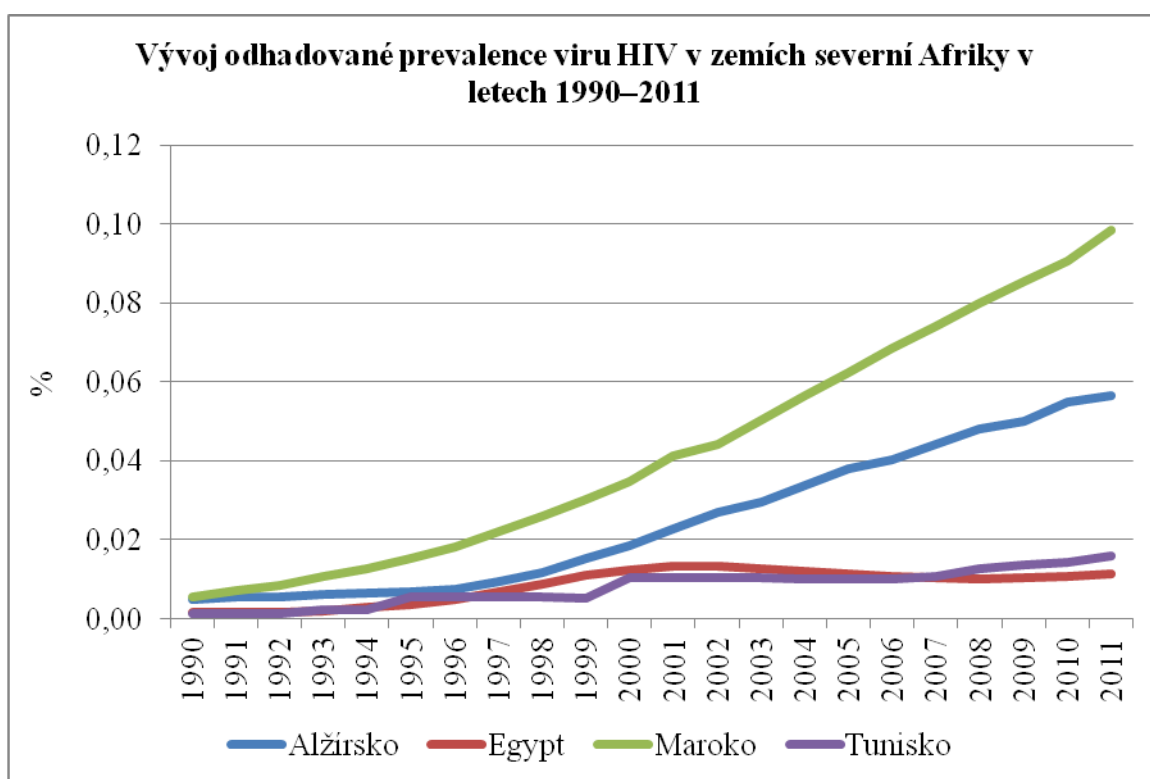
Graf 2. Vývoj odhadovaného počtu osob s HIV v zemích severní Afriky v letech 1990–2011.



Vykresleno podle: UNAIDS, 2013d. Hodnoty Alžírsko jsou vypočteny jako průměr minimálních a maximálních hodnot. Údaje za Libyi nejsou uváděny.

Z grafu je patrné, že zatímco Maroko a Alžírsko zaznamenávají stabilní růst počtu nakažených osob, v Tunisku tento počet roste jen velmi mírně a v Egyptě dochází od roku 2001 spíše ke stagnaci. Podobně se vyvíjí i prevalence HIV v jednotlivých zemích, jak znázorňuje Graf 3.

Graf 3. Vývoj odhadované prevalence viru HIV v zemích severní Afriky v letech 1990–2011.



Vypočteno a vykresleno podle: UNAIDS, 2013d; UN, 2011.

V Maroku a Alžírsku roste kromě počtu nakažených osob stabilně i míra prevalence nákazy v populaci. Ta přesto zatím stále dosahuje v celosvětovém srovnání velmi nízkých hodnot. V Egyptě a Tunisku prevalence, podobně jako počty nakažených, stagnují na velmi nízké úrovni. Libye, již taková data chybí, zůstává z pohledu nákazy HIV/AIDS v regionu stále velkou neznámou. Starší odhady WHO a UNAIDS zde

uvádějí v dobových zprávách 1 400 nakažených v roce 1994 (WHO Global Programme on AIDS, 1994), 7 000 nakažených v roce 2001 (UNAIDS, 2002, 198) a 10 000 nakažených v roce 2003 (UNAIDS, 2004, 202), což by při tehdejšímu počtu obyvatel (UN, 2011) znamenalo prevalenci 0,18 %. Pokud by se novými výzkumy potvrdilo pokračování tohoto trendu, bylo by možné Libyi v počtu nakažených osob srovnávat s Alžírskem, v míře prevalence by pak přesahovala hodnoty všech ostatních čtyř zemí.

Ačkoliv se na základě uvedených odhadů může zdát, že se HIV/AIDS rychle šíří nejméně ve třech zemích z pěti, ve skutečnosti je toto tempo doposud s ohledem na velikost jednotlivých populací v celosvětovém srovnání poměrně pomalé. V žádné zemi podle dostupných dat míra incidence zatím nepřesáhla 0,01 %³² (UNSD, 2011b).

Ve všech zemích severní Afriky připadá většina nových případů stále na osoby zařaditelné do tří nejvíce rizikových skupin – sexuálními pracovníci, nitrožilní uživatelé drog a homosexuální muži. Klíčové pro významnější rozšíření viru v budoucnu bude míra, v jaké se nemoc z této *core group* rozšíří pomocí *bridging population* (zákazníci sexuálních služeb, pravidelní i příležitostní sexuální partneři a partnerky osob z rizikových skupin) mezi *general population* (zbývající většina společnosti) (viz Obrázek 1 na str. 58).

Zde mohou sehrát významnou roli muži, kteří se jakožto pravidelní či příležitostní zákazníci sexuálních pracovníků chovají nesrovnatelně rizikověji, než ženy. Například v Maroku je nejčastějším způsobem nákazy vdané ženy přenos viru od manžela, který se infikoval v důsledku komerčního sexuálního styku (Mumtaz et al., 2010, vi). Přehled podílů jednotlivých typů přenosu je uveden v Tabulce 5.

³² To znamená, že se v celostátním průměru ročně nenakazí virem HIV více než 1 člověk z 10 000.

Tabulka 5. Struktura typů přenosu viru HIV v zemích severní Afriky (%).

Stát	Heterose- xuální styk	Homose- xuální styk	Sdílení injekčních jehel	Krevní trans- fuze	Přenos z matky na dítě	Jiný typ	Neevi- dováno
Alžírsko ^a	16,5	0,6	1,1	1,7	2,0	0,1	78,0
Egypt ^b	46,2	20,6	28,3		4,9		
Libye ^c			90,0				
Maroko ^d	80,0	13,5					
Tunisko ^e	60,0	5,5	5,5	0,0	1,4		27,4

^a (UNAIDS, 2012j). ^b (National AIDS Program Egypt, 2012). ^c (UNAIDS a WHO, 2001, 19). ^d (Royaume du Maroc, 2012, 9). ^e (Direction des Soins de Santé de Base, 2012, 42).

Rozšíření epidemie mezi většinovou populací je například v Maroku, jež má v současnosti v severní Africe nejvyšší počet nakažených osob i míru prevalence, podle autorů marockého modelu typů přenosu HIV velmi nepravděpodobné. Celková míra prevalence viru HIV zde podle nich nejspíše nikdy nepřesáhne 1 % (Mumtaz et al., 2010, 43). Ke stejnému závěru došel i kolektiv autorů, který na základě zadání skupiny Světové banky podrobně zkoumal šíření HIV/AIDS v celém regionu MENA. Podle něj je varianta celospolečenské epidemie v zemích regionu nepravděpodobná, pokud nedojde k výraznějším změnám sociálního či epidemiologického kontextu (Abu-Raddad et al., 2010, 191).

Právě výraznější změnu sociálního kontextu ale nelze zcela vyloučit. Ta může za jistých podmínek nastat jako jeden z dlouhodobých důsledků Arabského jara, které spustilo v roce 2011 sérii politických otřesů. Případná změna politického směřování může mít určitý, i když omezený, vliv na úspěch preventivních opatření a pokrok v eliminaci diskriminace a stigmatizace spojené s nemocí. Dlouhodobější nestabilita, která v současnosti hrozí Libyi, ale může vést také k dalšímu selhání v boji proti HIV/AIDS v této zemi, což by způsobilo znásobení nákladů spojených s vypořádáním se s touto hrozbou v budoucnu.

Trend šíření HIV/AIDS v zemích severní Afriky proto nelze na základě nedávných, současných i případně budoucích socio-politických změn dlouhodobě predikovat. Ve střednědobém horizontu následujících 5–10 let je velmi pravděpodobné, že bude pokračovat nárůst celkového počtu nakažených osob v rizikových skupinách, které tento potenciál v důsledku neefektivní prevence stále skýtají. Výraznější šíření viru ve většinové populaci by bylo možné pouze v případě větších změn celospolečenského chování, které je úzce svázáno s kulturou islámu. Behaviorální faktory, které šíření HIV/AIDS v populaci ovlivňují, jsou blíže popsány v následujících podkapitolách.

6.2 Vlivy usnadňující šíření HIV/AIDS

Přestože je míra rozšíření nemoci v zemích severní Afriky zatím poměrně nízká a ve srovnání s jinými regiony se jeví jako nevýznamná, dynamika jejího růstu je stále silnější. Zatím se virus HIV šíří zejména mezi velmi specifickými menšinami obyvatel – rizikovými skupinami, které se již svou charakteristikou neslučují s islámskou představou o morálním chování. Kromě rizikových praktik těchto skupin, již detailně popsanych v předchozích kapitolách, ale šíření HIV/AIDS ovlivňují i další více či méně rozšířené sociální jevy, které se mohou stát potenciálním akcelerátorem epidemie ve většinové populaci. Tyto jevy mají kořeny spíše v kulturních tradicích než samotném islámském náboženství, ačkoli s ním jsou někdy spojována i jím zdůvodňována. Mezi takové jevy patří nízká míra užívání kondomů, ženská obřízka a relativizace institutu manželství.

6.2.1 Nízká míra užívání kondomů

Skutečnost, že je nízká míra užívání kondomů společným rysem všech složek společnosti v regionu, byla již zmíněna v několika podkapitolách. Mezi *high-risk* skupinami není tento typ ochrany před pohlavně přenosnými nemocemi příliš rozšířený. Většina populace jej pak nepoužívá téměř vůbec.

Přestože je k této problematice opět složité získat relevantní údaje, díky evidenci

vzniklé pro účely vyhodnocování Rozvojových cílů tisíciletí lze přece jen možné aktuální situaci do jisté míry zmapovat (viz Tabulka 6).

Tabulka 6. Podíl osob ve vybraných skupinách populace v zemích severní Afriky užívajících kondom při pohlavním styku.

Stát	Vdané ženy ve věku 15–49 let ^a	Sexuální pracovnice ^b	Homosexuální muži ^c	Injekční uživatelé drog ^d	Děti ulice
Alžírsko	2,3 % (2006)	44% (2011)	chybí údaje	28 % (2011)	chybí údaje
Egypt	0,7 % (2008)	21 % (2009)	20 % (2011)	5 % (2011) ^e	4,1 % (2010) ^f
Libye	chybí údaje	chybí údaje	chybí údaje	chybí údaje	chybí údaje
Maroko	1,5 % (2003–4)	50% (2011)	50 % (2011)	31 % (2011)	chybí údaje
Tunisko	1,3 % (2006)	55% (2011)	29 % (2011)	19 % (2011)	chybí údaje

^a (UNSD, 2012a). ^b (UNSD, 2013b). ^c (UNSD, 2013c). ^d (UNSD, 2013d). ^e Pouze muži.

^f Pouze u chlapců při nekomerčním styku. U chlapců při komerčním styku a dívek v obou případech byl zjištěný podíl 0 % (FHI, MOH Egypt, 2010, 7).

Podle těchto dat lze říci, že mužské kondomy používá pravidelně při intimním styku 0,7–2,3 % vdaných žen ve věku 15–49 let. Ve skutečnosti byly ženy ale dotazovány na hlavní typ antikoncepce, který užívají. Proto jsou tyto údaje s velkou pravděpodobností podhodnoceny – nezahrnují případy, kdy páry využívají kondomy za účelem ochrany proti pohlavně přenosným nemocem, stejně jako případy, kdy jsou kondomy používány, ale nejsou považovány za hlavní typ antikoncepce. Skutečnou míru užívání kondomů v celkové populaci tak naznačuje spíše poslední Egyptský demografický a zdravotní výzkum, podle kterého jej při sexuálním styku někdy v životě použilo 2,5 % vdaných egyptských žen (El-Zanaty, Way, 2009, 65). V Maroku pak podíl žen, které někdy v životě použily kondom, dosahuje 11,4 %, z toho ovšem pouze 1,5 % žen kondomy využívá pravidelně (Ministère de la Santé, ORC Macro a LAS, 2005, 61–2).

Přesněji zdokumentované jsou rizikové skupiny obyvatel, u kterých je sledována

prevalence použití kondomu při posledním sexuálním styku (v případě sexuálních pracovníků je tím myšlen komerční styk). Z údajů je patrné, že v žádné rizikové skupině zpravidla nepřesahuje užívání kondomů 50 %, v případě drogově závislých se tato míra pohybuje pouze mezi 5–31 % a u dětí ulice v Egyptě nejsou kondomy používány téměř vůbec. Varující jsou také informace o dvojím přístupu sexuálních pracovníků v Egyptě – zatímco při posledním komerčním styku použilo kondom 25 % z nich, při nekomerčním styku to bylo jen v 11 % případů (FHI, MOH Egypt, 2010, 11).

Přitom v případě pokračování dosavadního trendu se právě tyto skupiny stanou zdrojem šíření infekce do zbytku společnosti. Klíčem k ochraně osob z rizikových skupin mezi sebou navzájem a před šířením viru HIV mimo tyto skupiny je tak vedle prevence rizikového chování zejména důraz na podporu rozšířenějšího užívání kondomů.

Vyšší povědomí o rizicích HIV/AIDS a o účinné ochraně pomocí kondomu se odráží v praxi u mladších a vzdělanějších lidí. Příkladem je výzkum provedený mezi studenty dvou alžírských univerzit v roce 2010. Bylo zjištěno, že studenti Univerzity přírodních věd a techniky Houari Boumediene de Bab Ezzouara v Alžíru používají kondom v 42,8 % případů pohlavního styku a studenti Vysoké školy obchodních studií Ben Aknouna v Alžíru dokonce ve 48,1 % (AIDS-Algérie, 2010a, 30). Přitom v případě studentů, kteří byli zároveň dle svého chování zařazeni do tradičních rizikových skupin, se prokázala obdobně nízká míra užívání kondomů, jakou tyto skupiny vykazují standardně (AIDS-Algérie, 2010a, 31).

Obecně nízká míra užívání kondomů v severní Africe je zapříčiněna několika faktory. Hlavním důvodem je ten, že z hlediska ochrany proti početí jsou zdejšími ženami i muži preferovány jiné metody – takové, které nejsou vnímány při pohlavním styku jako „zbytečná překážka“. Hledisko ochrany před pohlavně přenosnými nemocemi není ve společnosti zdaleka považováno za tak důležité, což mimo jiné pramení i z doposud velmi nízkých prevalencí těchto nemocí v populaci. Jistý vliv mají i názory duchovních – přestože většina z nich se shoduje na potřebě prevence proti HIV/AIDS a schvaluje za tímto účelem i užívání kondomů, jistá část zastává opačný názor (viz podkapitola 7.4.2 Vlivy duchovních představitelů a institucí). U rizikových skupin je míra užívání kondomů vyšší, přesto stále velmi nedostatečná pro to, aby mohla účinně

bránit šíření viru v těchto subpopulacích. Příčiny současného stavu pramení také z nedostatečné či teprve nedávno započaté prevenci a osvětě, o které pojednává podkapitola 7.5 Vlivy preventivních opatření dříve a dnes.

6.2.2 Ženská obřízka

Dalším vlivem, který by teoreticky mohl přispět k rychlejšímu šíření HIV/AIDS ve většinové populaci v budoucnu, je ženská obřízka. Nejčastějším pojmenováním tohoto jevu je v současnosti *female genital mutilation (FGM)*, tedy mrzačení ženských pohlavních orgánů. Na rozdíl od mužské obřízky se totiž jedná o zákrok, který může způsobovat ženám vážné fyzické i psychické problémy, ať už přímo při něm, bezprostředně po něm či dlouhodobě po zbytek života. Světová zdravotnická organizace popisuje ženskou obřízku následovně:

„Mrzačení ženských pohlavních orgánů (FGM) představuje všechny úkony zahrnující částečné či úplné odstranění ženských vnějších pohlavních orgánů nebo jiná poranění ženských pohlavních orgánů z jiných než zdravotních důvodů.“ (WHO, 2013a)

Dále WHO uvádí, že:

„FGM je mezinárodním společenstvím považováno za porušování lidských práv dívek a žen. Odráží hluboce zakořeněnou nerovnost mezi pohlavími a představuje extrémní formu diskriminace žen. Je téměř vždy páčáno na nezletilých, a proto se jedná také o porušování dětských práv. Toto jednání dále porušuje právo jedince na zdravotní, bezpečnostní a fyzickou integritu, právo nebýt vystaven krutému zacházení a mučení, nelidskému či ponižujícímu jednání, a právo na život, v případě, že následkem zákroku je smrt.“ (WHO, 2013a)

Je tedy patrné, že ženská obřízka je negativním sociálním jevem zdaleka nejen z důvodu možného zvýšení rizika přenosu HIV/AIDS. Po stránce geografického rozšíření lze říci, že ze severoafrických zemí se tento úkon tradičně a ve velké míře provádí pouze v Egyptě (DeJong et al., 2005, 15). Dále je značně rozšířen v Súdánu, zemích Afrického rohu a západní Africe. Právě v Egyptě ale žije 27 % z celkového počtu 91,5 milionu všech žen, které v dětství či mládí ženskou obřízku podstoupily (WHO, 2011c, 3).

Ačkoli zde tento jev mírně ustupuje, pořád v současné egyptské populaci žije s ženskou obřízkou 91 % žen. Na základě podrobného Demografického a zdravotního výzkumu z roku 2008 lze konstatovat, že v mladších generacích se tento podíl snižuje –

zatímco ženy ve věku 45–49 let podstoupily ženskou obřízku v 96 % případů, u žen ve věku 20–24 let tomu tak bylo pouze v 87 % případů (viz Příloha 4). Pomaleji tato tradice mizí z venkovských oblastí, ve městech (tedy tam, kde se především koncentrují rizikové skupiny potenciálně šířící HIV/AIDS) je prevalence o něco nižší – přibližně 85 %. Lze také říci, že nižší podíl žen s ženskou obřízkou se vyskytuje mezi vzdělanějšími a bohatšími skupinami obyvatel. (El-Zanaty a Way, 2009, 197)

Velmi diskutovanou otázkou je souvislost ženské obřízky a islámu. Polovina Egyptek si myslí, že islám tento zákrok vyžaduje (El-Zanaty a Way, 2009, 202) a v některých případech jim to potvrzují i místní duchovní. Velká většina náboženských představitelů se ale staví proti tomuto zvyku a tvrdí, že nemá s islámem nic společného. Tento postoj potvrdil v roce 2007 i Velký egyptský muftí, který ženskou obřízku jednoznačně odsoudil (Barsoum et al., 2011, 3). Určitým důkazem je i fakt, že tato tradice přetrvává ve stejné míře i u Koptů – egyptských křesťanů žijících v jižním Egyptě (DeJong, 2005, 15).

První historické zmínky o ženské obřízce se dochovaly již z 1. tisíciletí př. n. l., kdy Hérodotos tyto úkony popsal u Féníčanů, Chetitů, Etiopanů i Egyptanů (Moronne, Calcaterra a Franco, 2011, 848). Z toho je patrné, že se tradice ženské obřízky rozšířila mezi různé národy ještě před vznikem křesťanství či islámu.

Ačkoli nenachází opodstatnění v islámské věrouce, jako neodmyslitelný zvyk ženská obřízka nadále zůstává hluboce zakořeněna v egyptské kultuře. Přes mírné oslabení univerzálního rozšíření této praxe ve společnosti je zřejmé, že se ji ani za pomoci mnoha místních aktérů z vládní i civilní sféry, ani oficiálním legislativním i náboženským zákazem, nepovede ještě nejméně několik desetiletí zcela potlačit. Proto je zapotřebí zkoumat, nakolik může obřízka u žen reálně zvyšovat riziko infikování virem HIV.

Mezi odborníky je rozšířena hypotéza, že ženská obřízka riziko přenosu HIV/AIDS skutečně zvyšuje (Monjok, Essien a Holmes, 2007), přičemž ji lze podložit teoreticky několika argumenty. První příležitostí pro přenos viru je samotné provedení obřízky, které mnohdy probíhá v nevyhovujících hygienických podmínkách pomocí nesterilizovaných nástrojů. V případě, že je některá z dívek podstupujících skupinově tento akt již infikovaná, velmi snadno virus přenese na ostatní. K tomuto argumentu je

ovšem nutné podotknout, že v Egyptě probíhá ženská obřízka nejčastěji mezi devátým a desátým rokem dívky – pravděpodobnost, že v tomto věku bude některá dívka infikovaná v důsledku rizikového sexuálního styku, je velmi nízká, v případě přenosu nemoci z matky na dítě by se naopak nemoc nejspíše již projevila. V posledních letech zároveň v Egyptě došlo k výraznému zájmu o provádění obřízky kvalifikovaným lékařským personálem (Refaat, 2009)³³.

Druhým argumentem, který by měl potvrzovat hypotézu o zvýšeném riziku nákazy HIV/AIDS v důsledku ženské obřízky je fakt, že zmrzačené ženské pohlavní orgány jsou mnohem více náchylné k poranění při pohlavním styku. Zvyšuje se tak pravděpodobnost, že se při styku s infikovaným mužem virus přenesení přímo do krevního řečiště. Tento argument je velmi relevantní, přesto dosud realizované výzkumy jednoznačně danou hypotézu nepotvrdily.

Zatímco výzkum z Keni zjistil u obřezaných žen dvakrát vyšší pravděpodobnost nákazy, než u neobřezaných (Brewer et al., 2007), výzkum provedený v Súdánu tuto spojitost nepotvrdil (Elmuharaf et al., 2006). Naopak jiná studie z Keni došla k závěru, že riziko přenosu pohlavních nemocí ženská obřízka spíše snižuje (Kinuthia, 2010). WHO uvádí, že zvýšené riziko přenosu HIV z důvodu poranění během pohlavního styku představuje zejména typ III ženské obřízky³⁴, který se v Egyptě téměř nepraktikuje (WHO, 2013b).

Zda může ženská obřízka hrát významnější roli v budoucnu při stále dynamičtější šíření HIV/AIDS, zůstává otázkou. Její vliv na zvýšení rizika přenosu viru nebyl jednoznačně prokázán, a proto je spíše pravděpodobné, že se tak nestane. Stejně tak nelze zcela přesně určit její spojitost s islámem. Přestože islámská věrouka úkon nepřikazuje a mnozí duchovní proti ženské obřízce hovoří nahlas, v uzavřených komunitách, zpravidla ve venkovských oblastech a mezi méně vzdělanými vrstvami obyvatel, je tato pomyslná spojitost v povědomí lidí pevně zakořeněna.

³³ Ačkoliv se tak může zdát, že tento trend snižuje zdravotní rizika, jež jsou s ženskou obřízkou spojena, mezinárodní instituce jej silně kritizují. Obávají se, že tím zákrok nabyde moderní podobu, která oslabí argumenty pro jeho úplné vymýcení (WHO, 2010a).

³⁴ Oficiálně se ženská obřízka řadí do čtyř typů. Třetí typ je svým charakterem nejkrutější a zdravotně nejrizikovější způsob.

6.2.3 Pozdější manželství a vyšší rozvodovost

Na rozdíl od předchozích vlivů, které jsou nahlíženy odborníky jako historicky podmíněné, je třeba zmínit i trendy, ve kterých se Severoafričané přibližují „západnímu“ stylu života v posledních desetiletích. Tak jako v Evropě od poloviny 20. století, i v arabských zemích se pomalu rozvolňuje paradigma institutu manželství. Posouvá se průměrný věk, ve kterém lidé do manželství vstupují, a zároveň narůstá i počet lidí, kteří do něj nevstoupí nikdy (Tabutin et al., 2005, 526–7; Rashad, Osman a Roudi-Fahimi, 2005, 2). Podle kolektivu autorů francouzského Národního institutu demografických studií se mezi lety 1975 a 1998 průměrný věk vstupu do prvního manželství posunul nejvíce u žen v Libyi – z 18,7 na 29,2 let. Nejmladší nevěsty jsou v průměru Egyptanky, u kterých se ve stejném časovém období průměrný věk při prvním sňatku posunul z 21,4 na pouhých 22,3 let. Muži tradičně vstupují do manželství o několik let později, přestože tento věkový rozdíl mezi manželi se postupně snižuje (Tabutin et al., 2005, 596). Údaje týkající se všech pěti zemí severní Afriky jsou uvedeny v Příloze 5.

Na základě egyptských statistik lze také přibližně od roku 2005 pozorovat nárůst hrubé míry rozvodovosti (ÚAVMS, 2012). Je možné, že se tento trend odvíjí od posilování postavení žen ve společnosti, pro které bylo ve srovnání s muži tradičně vždy složitější dosáhnout rozvodu, určitým motorem tohoto trendu se mohla stát i světová ekonomická krize po roce 2008. Pro tyto hypotézy ovšem nejsou dostupné relevantní důkazy.

Zajímavý je naopak fakt, že v tradiční islámské společnosti byly rozvody relativně časté a hrubá míra rozvodovosti se v druhé polovině 20. století dlouhodobě snižovala (UNSD, 2011a; UNSD, 2013a). Časté rozvody v minulosti vysvětluje Tabutin a kolektiv tím, že pro muže bylo naopak velmi snadné se s ženou rozvést. Za dostatečný důvod k ukončení manželského svazku také byla považována neplodnost ženy, která tak nemohla naplnit smysl manželství plozením dětí (Tabutin et al., 2005, 529).

Za zmínku stojí i tzv. manželství *urfí*, tedy druh uzavření sňatku, který probíhá zpravidla v utajení a bez vědomí rodinných příslušníků. Taková svatba může novomanželům ušetřit často závratné částky, které jsou s obřadem spojené, a proto je

mezi mladými a zejména městskými obyvateli severoafrických zemí stále oblíbenější. Jak ovšem uvádějí Rashad, Osman a Roudi-Fahimi, má tento druh sňatku i své stinné stránky:

„Tajemství obestírající manželství *urfi* staví ženy do zjevně nevýhodné pozice, protože si nemohou vyjednat podmínky své svatby – což je běžné při tradičních obřadech. Statistiky o manželstvích *urfi* jsou nedostačující, protože žádné oficiální záznamy o takových svatbách neexistují. V roce 1998 bylo podle jednoho odhadu šetřeno egyptskými soudy 10000 sporných případů o určení otcovství v důsledku manželství *urfi*. Výjimkou také nejsou muži, kteří po uzavření manželství *urfi* tento sňatek popřou a ponechají své ženy čelící právní nejistotě a společenskému stigma.“ (Rashad, Osman a Roudi-Fahimi, 2005, 6–7)

Narušování představy manželství jako svazku, do kterého vstupuje každá žena v časném věku, opětovný nárůst rozvodovosti i rozšíření manželství *urfi* naznačují psychologický posun v myšlení mladé populace ve spojitosti s manželským životem. Tento trend, který islámskou společnost stále více připodobňuje západní kultuře, s sebou v praxi nese i více příležitostí k volnějšímu sexuálnímu životu a tím může přispět k snadnějšímu šíření HIV/AIDS. Tento fenomén by se dal charakterizovat také jako snižování *přirozené behaviorální imunity populace*. Jedná se ovšem pouze o jeden z několika vlivů, které zvyšují pravděpodobnost potenciálně prudkého růstu epidemie.

6.3 Vlivy komplikující šíření HIV/AIDS

Arabská společnost, která na území severní Afriky žije, je charakteristická dvěma rysy, jež naopak mají silný vliv na snižování rizika šíření HIV/AIDS. Jedná se o mužskou obřízku a zákaz konzumace alkoholu. Oba tyto zvyky vycházejí více či méně z islámské věrouky a zdejší muslimové je vnímají zpravidla jako náboženské normy.

6.3.1 Mužská obřízka

Mužská obřízka je prakticky univerzálně rozšířená mezi muslimy již od počátku islámu (viz Příloha 6). Její původ je však ještě starší – muslimové tento zvyk převzali z židovské kultury. Nejstarším dochovaným důkazem o provádění mužské obřízky je pak socha v Egyptě, jejíž stáří se odhaduje na 4300 let (WHO, 2007d, 3). Podobně jako u ženské obřízky se tedy jedná původně o tradici vlastní různým kulturám,

nezávisle na vyznávaném náboženství. Mužskou obřízku ale islám pevně začlenil do své věrouky a proto se dnes považuje za charakteristický náboženský rys. Ačkoli pro ni neexistuje opora přímo v Koránu, je součástí Sunny, a ulamá ji z toho důvodu silně doporučují.

Její pozitivní vliv na zpomalení šíření HIV/AIDS byl ale zkoumán a s jistotou potvrzen teprve v posledním desetiletí. V letech 2004–2006 byly v Africe provedeny tři rozsáhlé randomizované intervenční studie, které došly k přesvědčivému závěru, že mužská obřízka snižuje riziko přenosu viru HIV na muže v průměru o 60 %. Jedná se o výzkum v Jihoafrické republice (Aulert et al., 2005), Ugandě (Gray et al., 2007) a Keni (Bailey et al., 2007). Výzkumy byly ukončeny dokonce předčasně, jelikož výsledky byly již natolik zřejmé, že autoři považovali za neetické nadále sledovat bez zásahu nové případy nákazy v kontrolní skupině, která zahrnovala muže bez obřízky.

Na toto zjištění záhy reagovala WHO a ve spolupráci s UNAIDS a UNICEF v roce 2007 podporu mužské obřízky zapojila mezi programové priority v boji proti AIDS v Africe (WHO, 2007c). Podle dokumentu UNICEF je „mužská obřízka nejpůsobivější preventivní strategií založenou na výzkumech od doby, kdy bylo zjištěno, že antiretrovirová léčba může zabránit přenosu HIV z matky na dítě“ (UNICEF ESARO, 2007).

Kromě primárně pozitivního dopadu na incidenci HIV u mužů vyvstala otázka, zda má mužská obřízka nějaký vliv i na přenos viru z muže na ženu. Podle výzkumu prováděného ve čtyřech zemích východní Afriky může mít tento zvyk mírně pozitivní vliv i na snížení rizika přenosu nemoci z infikovaného muže na partnerku. Tento vliv není nijak zásadní, nicméně výzkum prokázal, že mužská obřízka riziko přenosu viru na ženy zcela jistě nezvyšuje (Baeten et al., 2010).

Přestože světová odborná veřejnost přijala „objev“ preventivních účinků mužské obřízky na přenos HIV/AIDS s nadšením, objevilo se i několik studií upozorňujících na stinné stránky tohoto jevu. Kritika mužské obřízky se opírá zejména o možnost zdravotních komplikací, které při zákroku nebo po něm mohou nastat:

„Lehké případy otoku či krvácení nelze srovnávat s následky infekce HIV, ale obřízka, stejně jako všechny chirurgické zákroky, vzácně představuje také možnost závažných, život ohrožujících komplikací.“ (Green et al., 2010, 480)

Tyto vzácné komplikace ostatní odborníci připouští. V návaznosti na jeden z prvních tří stěžejních výzkumů je zkoumali i Bailey, Egesah a Rosenberg. Ti zjistili, že zásadní jsou podmínky, v jakých se obřízka provádí. Mužská obřízka provedená ve zdravotnickém zařízení kvalifikovaným personálem snižuje ve srovnání s tradičními rituály rizika zdravotních komplikací na polovinu (Bailey, Egesah a Rosenberg, 2008)

Světová zdravotnická organizace proto silně doporučuje, aby obřízku prováděli pouze kvalifikovaní zdravotníci, se sterilizovanými nástroji a v hygienicky čistém prostředí. Optimální je také vykonávání obřízky v novorozeneckém období. Podle WHO v tomto věku dojde ke komplikacím v průměru u jednoho z 500 zákroků, a i ty jsou zpravidla pouze malého rozsahu (WHO, 2007b). Zatímco židé provádějí obřízku zpravidla osmý den po narození, u muslimů se tento věk různí podle místních zvyklostí, vždy je to ovšem dříve, než chlapec dosáhne puberty.

Ačkoli tomu není v širších kruzích věnována přílišná pozornost, měla by být diskutována i etická otázka tohoto zákroku. V případě, že je proveden v útlém dětství a ve společnosti, kde je tento zvyk zcela běžný, jako jsou islámské národy severoafrických zemí, pak pravděpodobně psychické zdraví mladých mužů nijak nepoznamená. Ovšem v případech, kdy je obřízka vykonávána v pozdějším věku, se může stát traumatickým zážitkem. Jistě není možné v tomto směru srovnávat mužskou a ženskou obřízku, nicméně podobnost principu spočívajícího v trvalém odstranění části pohlavních orgánů stojí alespoň za zamyšlení.

V regionu severní Afriky, kde je mužská obřízka samozřejmostí v prakticky celé populaci, hrála a bude hrát i v budoucnu v šíření HIV/AIDS velkou roli. Ukazuje se, že právě tento charakteristický rys islámské kultury může být jednou ze skutečných příčin doposud velmi nízké prevalence HIV. Účinek mužské obřízky ještě umocňuje skutečnost, že to jsou především muži, kteří by zde kvůli častějšímu rizikovému chování mohli tvořit potenciální *bridging population* šířící virus mezi většinovou populací.

6.3.2 Zákaz konzumace alkoholu

Druhým faktorem, který má také jednoznačně pozitivní vliv na nižší riziko přenosu viru HIV, je náboženský zákaz konzumace jakéhokoli alkoholu. Zákaz je odvozován přímo z Koránu a je považován za nezpochybnitelný, přestože v oficiální legislativě nachází podporu pouze v Libyi (BCA, 2013). Přestože zákaz nedodržuje v praxi 100 % všech muslimů, region severní Afriky i Blízkého východu je oblastí s nejnižší mírou konzumace alkoholu na světě (viz Příloha 7).

Vyšší míra konzumace alkoholu může vést k rizikovějšímu sexuálnímu chování, které pak zvyšuje rychlost šíření HIV/AIDS v populaci. Tomuto tématu se věnovaly četné studie v Subsaharské Africe, kde lze srovnávat prevalenci HIV mezi populacemi, které pijí alkohol pravidelně, a těmi, kde je pití alkoholu výjimkou. Empirickými výzkumy zjistili například Mbulaiteye a kol. nebo Fisher a kol., že časté užívání alkoholu vede v konečném důsledku až k zdvojnásobení rizika nákazy HIV (Mbulaiteye et al., 2000; Fisher, Bang a Kapiga, 2007).

Omezená konzumace alkoholu mezi obyvateli severní Afriky je tak po mužské obřízce velmi pravděpodobně druhým významným faktorem, díky kterému je prevalence HIV/AIDS v regionu stále relativně velmi nízká. Jeho efekt může být snižován nevyváženým poměrem konzumace alkoholu mezi ženami a muži – zatímco ve všech zemích se mezi abstinenty řadí nejméně 96,3 % žen, například u mužů v Maroku a Tunisku to je necelých 88 % (WHO, 2011e). I přesto ale stále hraje velmi významnou roli.

6.4 Vlivy vlád, státních úřadů a náboženských představitelů dříve a dnes

Postoje a názory vůdčích osobností, politických i náboženských, mají v arabských zemích výrazný vliv na utváření názorů a přístupu celé společnosti. Platí to v případě celostátních či mezinárodních otázek, stejně jako v každodenních záležitostech, přičemž přístup k HIV/AIDS a nakaženým osobám je kombinací obojího.

Příkladem dokazujícím fakt, že správný politický přístup může výrazně ovlivnit

trend šíření HIV v populaci, byl vývoj v 90. letech v Ugandě. Průměrnou prevalenci mezi dospělými se zde povedlo snížit z 18,5 % v roce 1992 na 5 % v roce 2000 (The Republic of Uganda, 2012, 1).

Naopak neúčinnost státní politiky prezentuje zákaz ženské obřízky v Egyptě. V této velmi intimní otázce má silnější význam přístup místních imámů, kteří jsou lidem blíže, přestože i ten má zatím omezený dopad.

6.4.1 Vlivy vlád a státních úřadů

Vlády, jejich představitelé a kompetentní úřady určují oficiální přístup, jaký dané země k problematice HIV/AIDS zastávají. To se pak odráží ve vytváření a implementaci konkrétních politik, plánů a postupů. Přístup úřadů také ovlivňuje působení místních i mezinárodních neziskových organizací v tomto sektoru. Právě země severní Afriky (a z globálního hlediska celý region MENA) se od subsaharských států v minulosti vždy lišily intenzitou svého úsilí. Zatímco ve většině subsaharských zemí se silný a všestranný boj proti HIV/AIDS stal v průběhu 90. let 20. století v zájmu zachování zdravé populace a udržení potenciálu ekonomického růstu téměř nezbytností, státy severně od Sahary takový tlak nikdy nepocítily.

Přitom právě efektivní preventivní opatření mohou být pro tyto země ekonomicky nejvýhodnější variantou, pokud připustíme teoretickou možnost, že by se zde mohlo časem HIV výrazněji rozšířit i ve většinové populaci. Tuto zásadní ekonomickou dimenzi HIV/AIDS v zemích regionu MENA detailně pospali již v roce 2003 pro skupinu Světové banky Jenkins a Robalino (Jenkins a Robalino, 2003).

Nelze říci, že by severoafrické státy problematiku HIV/AIDS zcela ignorovaly. Již od počátku 90. let lze sledovat vznik nových orgánů státní správy, které se monitoringu a tvorbě politiky vůči HIV/AIDS věnují. Všechny země s výjimkou Libye také pravidelně schvalují několikaleté národní strategické plány, které by měly vést ke komplexnějšímu a účinnějšímu boji proti nemoci. Velkým problémem těchto politických závazků je ale skutečnost, že jsou zpravidla iniciovány zvenčí, mezinárodními organizacemi jako UNAIDS a WHO, a často spojovány s finanční podporou. Z toho vyplývající zcela nedostatečné vlastnictví (z anglického pojmu

ownership) souvisejících politik pak v minulosti často vedlo k jejich nenaplnění (WHO, 2011f, 8). V posledním desetiletí se situace začala pomalu měnit, pravděpodobně i v reakci na setrvalý růst počtů nově nakažených osob. Přesto Abu-Raddad a kol uvádějí, že:

„Odmítání existence HIV je stále velmi rozšířenou podstatnou výzvou. Prioritní skupiny, včetně nitrožilních uživatelů drog (IDUs), sexuálních pracovníků (FSW) a homosexuálů (MSM), jsou silně stigmatizovány a chybí jim přístup ke komplexním a diskrétním službám“ (Abu-Raddad et al., 2010, 2)

Právě stigmatizace a diskriminace osob infikovaných virem HIV je zásadní překážkou pro úspěšný boj s touto nemocí. AIDS je mezi muslimy často spojován s nemorálním chováním, a z toho vyplývá i přirozeně negativní postoj vůči lidem, jež touto nemocí trpí. Představa, že AIDS, šířený na Západě kvůli pokleslé morálce ve společnosti, nemůže pravověrného muslima v severní Africe či na Blízkém východu ohrozit, byla mnohdy podporována i nejvyššími státními a náboženskými představiteli. A priori negativní vnímání Západu a jeho vlivů narušujících tradiční arabskou společnost se tak mnohdy v očích běžných obyvatel přenáší i na nakažené osoby. Přitom pouze maximálně otevřený přístup k rizikovým skupinám, jako jsou FSW, IDUs, MSM, ale i migranti a děti žijící na ulici, může v boji proti HIV/AIDS vést k úspěchu.

Právě migranti, zejména ti ze Subsaharské Afriky, se ve vztahu k této nemoci dostávají čím dál více do pozice zranitelné skupiny osob. Zatímco péče o tři základní *high-risk* skupiny, u kterých je šíření HIV sledováno dlouhodobě, se pomalu ale jistě stává nezbytnou součástí boje proti AIDS, sledování rizikových faktorů u migrujících osob a případná prevence mezi nimi se realizuje daleko obtížněji.

Nezisková organizace AIDS Algérie provedla v roce 2010 za podpory UNAIDS a EU v Alžírsku kvalitativní studii zaměřenou na subsaharské migranty. Výsledkem byla zjištění, že migranti často postrádají komplexní informace o HIV/AIDS a zjednodušeně ho znají jako nemoc, kterou nelze léčit. Velká část z nich neví, že jsou v Alžírsku zdarma přístupná testovací centra a případně poskytovány antiretrovirové léky. Někteří uvádějí, že jim je odepírána pomoc, často na základě rasové diskriminace. Další se obávají, že by mohli být v nemocnici usmrceni, v případě svého nelegálního statutu pak vyhoštěni policií za hranice země – tyto informace ovšem nelze podpořit či vyloučit věrohodnými kvantitativními údaji. Základním zjištěním je skutečnost, že migranti jsou

ve vládních politikách boje proti AIDS spíše opomíjení (AIDS-Algérie, 2010). Tito lidé jsou přitom oproti místním často „znevýhodnění“ tím, že s jejich kulturou či náboženstvím nejsou spojeny přirozené „ochranné prvky“ jako je mužská obřízka či zákaz pití alkoholu.

Tato studie tak potvrzuje závěr výzkumu Mohameda Ababou, který vztah mezi nízkým socio-ekonomickým postavením jedince a zranitelností vůči HIV/AIDS považuje v islámské společnosti za reciproční. Nejenže podle něj platí všeobecně uznávaný předpoklad, že jsou lidé s nižším socio-ekonomickým postavením v důsledku horšího přístupu k informacím a zdravotnickým službám náchylnější k nákaze AIDS. Naopak i lidé nakažení virem jsou až na výjimky v důsledku silné stigmatizace a diskriminace ve společnosti připraveni o svůj socio-ekonomický status – přijdou o práci, ztratí důvěru a podporu příbuzných a přátel. To je někdy může přivést i mezi vysoce rizikové skupiny, jako jsou drogově závislí či sexuální pracovníci, kde pak nemoc snadno šíří dál (Ababou, 2010, 214).

Jak již bylo zmíněno, místní vlády se v posledním desetiletí snaží řešit problematiku HIV/AIDS intenzivněji a důsledněji. I přes cílenou prevenci a osvětu na nejzranitelnější skupiny obyvatel ale nebyly nijak upraveny či zrušeny zákony, které považují homosexualitu či prostituci za trestný čin. Ani to by ovšem pravděpodobně ještě dlouhou dobu příliš neovlivnilo vnímání většiny společnosti, které vychází z přesvědčení, že je toto chování neslučitelné s islámem a tedy nepřípustné.

Posilování snah o objemnější a důraznější aktivity spočívající v péči o nakažené osoby, kvalitním monitoringu a prevenci HIV/AIDS byly zpomaleny politickým napětím v období Arabského jara, kdy se i sektor zdravotnictví potýkal se zcela jinými prioritami. Naopak velkou příležitostí se v tomto směru stala změna režimu v Libyi. Zatímco v období vlády Mummara Kaddáfího³⁵ byla pozornost oficiálních orgánů zaměřena na AIDS jen minimálně a sběr či poskytování relevantních údajů o šíření nemoci bylo velmi omezené, nová vláda projevila silný zájem o nápravu situace. S podporou UNAIDS a WHO zahájila práci na národním strategickém plánu,

³⁵ Vzhledem k tomu, že se Muammar Kaddáfí stal hlavou státu již v roce 1969, nese jeho režim plnou zodpovědnost za přístup k HIV/AIDS po celou dobu od prvních případů v 80. letech 20. století až do pádu režimu v roce 2011.

poskytování ART léčby potřebným pacientům, monitoring stávající situace HIV ve společnosti a přípravy preventivních a osvětových programů (UNAIDS, 2012f).

Velmi pozitivní vývoj probíhá v posledních letech i v Alžírsku. Během prvních 20 let od evidence první osoby s AIDS k žádné důraznější snaze o eliminaci nákazy HIV nedocházelo. V rámci Národního strategického plánu boje proti pohlavně přenosným nemocem, HIV a AIDS pro období 2008–2012 se ovšem podařilo zřídit 60 zdravotnických center, kde se provádí dobrovolné bezplatné testování krve a nemocným jsou poskytovány bezplatně antiretrovirové léky (Boumedjout, 2012). Aktuální je také ambiciózní plán alžírské vlády na výstavbu mezinárodního Centra pro výzkum HIV/AIDS v Tamanrassetu, kde by se měli soustředit odborníci z regionu i celého světa s cílem vývoje nových generací antiretrovirových léků, které by účinněji léčily nemocné HIV/AIDS. Zároveň by mělo sloužit jako středisko přípravy preventivních programů realizovaných právě zde, na významné migrační křižovatce (Boumedjout, 2012).

Alžírský přístup je také jedinečný z hlediska financování – oproti drtivé většině afrických zemí, včetně ostatních zemí regionu, je zde boj proti HIV/AIDS hrazen zejména z domácích zdrojů (UNAIDS, 2012i), což je dobrý předpoklad pro efektivnější nakládání s prostředky.

Naopak v Tunisku jsou opatření, která se snaží omezit problémy spojené s HIV/AIDS, financována téměř výhradně ze zahraničí, tedy zejména velkými mezinárodními organizacemi (UNAIDS, 2012c). Přesto je zde program boje proti AIDS poměrně úspěšný a nedochází díky němu k prudkému šíření nemoci v rizikových skupinách. Tunisko se také může chlubit nejvyšším pokrytím nemocných ART léčbou, kterou bezplatně podstupují přibližně dvě třetiny potřebných pacientů (UNAIDS, 2012, A65). Podle prezidenta Munsifa Marzúkiho by se antiretrovirové léky měly v budoucnu začít vyrábět přímo v Tunisku, což by mělo vést ke snížení závislosti Afriky na importu z jiných kontinentů (UNAIDS, 2012k).

V Maroku již od doby prvních případů infekce vyjadřovala vláda vůli tuto problematiku řešit. Podpořila vznik několika národních strategických plánů a do boje proti AIDS zahrnula i nevládní organizace, civilní společnost, soukromý sektor a místní samosprávy. Maroko bylo také prvním státem v regionu severní Afriky a Blízkého

východu (MENA), který splnil požadavky na čerpání prostředků z Globálního fondu na podporu boje proti nemoci (Kingdom of Morocco, 2010, 41). V zemi se díky skutečně dlouhodobě konzistentnímu přístupu podařilo výrazně omezit stigma a diskriminaci, které jsou silně spojovány s nakaženými osobami v ostatních zemích. S odmítnutím léčby se setkala 44,4 % pacientů, kteří se dověděli o své nemoci před rokem 2002, ale pouze 8,3 % pacientů, kteří svůj HIV pozitivní status zjistili až mezi lety 2005–2008 (Ababou, 2010, 224). Podrobnější přehled výsledků výzkumu, který se snižování diskriminace osob nakažených virem HIV v Maroku věnoval, je uveden v Příloze 8. Maroko se také mimo jiné snaží zajistit osobám s HIV, aby si udržely své pracovní místo a nedostaly se kvůli nákaze na okraj společnosti (UNAIDS, 2009).

Dosavadní snahy naznačují, že by se marockým institucím mohlo v boji s HIV/AIDS úspěšně dařit i nadále. Nový národní strategický plán na období 2012–2016 je více než ambiciózní – chce dosáhnout snížení počtu nových případů nákazy virem HIV o 50 % a snížení počtu úmrtí v důsledku onemocnění AIDS o 60 % (PNUD, 2010, 4). Dále by mělo být vybudováno 30 nových testovacích center a testování na přítomnost protilátek viru HIV by mělo být začleněno také do činnosti 358 již existujících zdravotnických středisek a 55 center pro diagnostiku tuberkulózy a respiračních nemocí. Díky tomu plánuje marocké ministerstvo zdravotnictví otestovat dva miliony osob (Au fait, 2012).

V současnosti lze říci, že po změně režimu v Libyi zůstává v problematice HIV/AIDS nejméně tolerantním státem Egypt. Jeho Národní strategický plán pro období 2012–2016 si klade pouze velmi obecně definované cíle (National AIDS Program Egypt, 2012) a stejně tak efektivita nakládání s finančními prostředky vymezenými na boj proti AIDS je velmi diskutabilní (UNAIDS, 2013a). Mimo jiné bývá Egypt kritizován i za to, že zde smí teoreticky pobývat déle než 10 dní pouze ti cizinci, kteří doloží, že nejsou infikováni virem HIV (Global report 2012, 89). Jedná se ale spíše o konflikt v deklarativní rovině, neboť si nelze představit, že by imigrační úředníci takové potvrzení každoročně po mnoha milionech turistů vyžadovali.

Aktuální výzvou pro severoafrické země v oblasti HIV/AIDS je zajištění antiretrovirové léčby pro všechny potřebné pacienty. Přestože jsou léky poskytovány ve všech zemích zdarma, velká část nakažených osob o svém statutu neví, a proto je

neužívá³⁶. V roce 2011 bylo v regionu MENA léčeno antiretrovirovými léky méně než 14 % potřebných pacientů, ačkoli se Světová zdravotnická organizace, UNAIDS a další mezinárodní instituce snaží o zlepšení tohoto indikátoru tlakem na vládnoucí elity již deset let. Cílem Světové zdravotnické organizace je zpřístupnit antiretrovirové léky 50 % potřebných pacientů do roku 2015 a všem do roku 2020. K dosažení tohoto cíle je podle ní potřeba politické vůle, převzetí vlastní zodpovědnosti za tento problém místními vládami a úřady a spolupráce oficiálních míst s občanským a soukromým sektorem (WHO, 2012c). Přehled vývoje počtů léčených pacientů a osob potřebujících ART léčbu je uveden v Příloze 9.

Druhou oblastí, kterou by měly severoafrické země co nejrychleji posílit, je sběr relevantních dat a pravidelný monitoring, který pomůže daleko přesněji mapovat epidemiologickou situaci a na jejím základě identifikovat skutečné nejdůležitější potřeby. Zatímco v Maroku lze v tomto směru pozorovat velký pokrok, v ostatních zemích jsou tyto snahy stále nedostatečné. V Libyi je zapotřebí vybudovat zcela nový systém přístupu k HIV/AIDS, pro který musí být kvalitní údaje výchozí prioritou. Úspěch kvalitní evidence nakažených ale spočívá také v osvětě a odbourávání diskriminace ve společnosti, jež infikovaným osobám usnadní cestu k diagnostikování nemoci a kvalitní lékařské péči.

6.4.2 Vlivy náboženských představitelů

Náboženským představitelům, kteří nejen interpretují Korán a další islámské texty, ale vyjadřují také názory na nově se objevující výzvy a témata, je v muslimské společnosti silně nasloucháno a jejich vliv zcela jistě není zanedbatelný ani v otázce HIV/AIDS. V Tunisku, Libyi a Egyptě mohou teoreticky do budoucna hrát o to větší roli, pokud budou s novými režimy spojeni více než dříve, kdy jejich moc autoritářští vůdci záměrně potlačovali.

Názorové spektrum islámských duchovních je ovšem poměrně široké a vyvíjelo

³⁶ Například Alžírsko deklaruje, že ART léky poskytuje všem evidovaným pacientům, kteří je potřebují (Gouvernement Algérie, 2010, 93). Podle UNAIDS se ale jedná pouze o 39 % skutečného počtu potřebných pacientů (UNAIDS, 2012a, A65).

se také v čase. V počátečním období převládal mezi islámskými učenici velmi silně názor, že virem HIV se lze nakazit pouze chováním, které je zavrženíhodné a případné ochranné pomůcky, jako jsou kondomy, takové chování ještě více podporují. Takto se vyjádřil například v roce 1998 rektor Univerzity al-Karaouine v marockém Fásu A. Tazi Saoud (Dialmy, 1998, 17). Tento názor potvrdil v roce 1995 i Soliman ve svém článku o přístupu islámských fundamentalistek v Egyptě:

„Považuji AIDS za mor pokleslé západní společnosti. Odmítají akceptovat fakt, že mnoho mužů neprovozuje bezpečnější sex. Tyto ženy považují kondomy za nemorální. Myslí si, že Bůh prokleje ženy, které odmítnout žádost manžela o sexuální styk.“ (Soliman, 2005)

Přestože tyto názory nebyly ojedinělé a stále není těžké se s nimi zejména v Egyptě setkat, převažující postoj duchovních se po roce 2000 začal měnit. Už v roce 2004 vznikla zcela zásadní Káhirská deklarace, vyjadřující opačný postoj, podpořený podpisy předních islámských autorit. Mezi ně se zařadil Velký imám al-Azharu Mohamed Saíd Tantáwí, muftí (dnes Velký muftí Egypta) Ali Goma'a i kontroverzní Jusúf al-Qaradáwí. Káhirská deklarace přitom mimo jiné říká, že:

„Je třeba odhalit a odstranit všechny formy diskriminace, izolace, marginalizace a stigmatizace lidí žijících s HIV/AIDS. Je důležité, aby tyto lidé mohli užívat všech lidských práv a základních svobod.“ (FHI 360, 2012a)

Podobný přínos měla i Džibutská deklarace z roku 2007, ve které náboženští vůdci z regionu potvrdili, že užívání kondomů je jeden ze způsobů prevence HIV (UNAIDS, 2011c, 73). V roce 2006 vznikla CHAHAMA – síť sdružující islámské i křesťanské náboženské vůdce v arabských zemích s cílem spolupráce v boji proti HIV/AIDS (CHAHAMA, 2013).

Na tyto veřejné závazky náboženských (zejména islámských) představitelů navázal na mnoha místech i skutečný pokrok ve spolupráci s místními imámy a kazateli. Ti jsou většinou za pomoci zástupců mezinárodních organizací vzdělávání v problematice HIV/AIDS a školení, jak skrze své povolání provádět prevenci a osvětu, ale i jak mírnit diskriminaci nakažených osob zbytkem společnosti. Taková školení probíhají v Egyptě (FHI, 2007), Tunisku (TN, 2011) či Maroku (PBS, 2011). V této souvislosti srovnali El-Gibali a Hemeyda v roce 2009 v Egyptě znalosti a názory imámů a průměrně všech mužů v oblasti HIV/AIDS, k čemuž využili Demografický a zdravotní výzkum z roku 2008 (El-Zanaty a Way, 2009, 259–270) a výzkum Katedry veřejného

zdraví na Lékařské fakultě Univerzity v Asjútu (UNFPA, 2009). Ukázalo se, že imámové mají skutečně lepší znalosti o HIV/AIDS, než průměrní egyptští muži. Stále ale přibližně čtvrtina z nich nevěděla, že se HIV nemůže přenést kousnutím moskytů či sdílením jídla s infikovanou osobou (UNFPA, 2009). Proto je důležité ve vzdělávání náboženských představitelů pokračovat a využít tak maximálně jejich vlivu v místních komunitách k osvětě a prevenci.

Dříve také docházelo v některých zemích k ambivalenci názorů členů jedné vlády na to, jak prevenci HIV provádět. Zatímco ministr zdravotnictví nabádal k užívání kondomů, ministr náboženských záležitostí přikazoval sexuální abstinenci a včasné sňatky (Dialmy, 1998, 17). Dnes lze zaznamenat i ze strany ministrů pro náboženské záležitosti skutečnou snahu o reálné řešení tohoto problému. Například alžírské ministerstvo pro náboženské záležitosti pod vedením Bouabdelláha Ghlamalláha silně podporuje největší alžírskou neziskovou organizaci El Hayet, která se AIDS věnuje, v práci s lidmi z rizikových skupin, kteří jsou HIV nakaženi (UNAIDS, 2012i).

6.5 Vlivy preventivních opatření

Vzhledem k tomu, že doposud nebyla proti HIV nebo AIDS vyvinuta účinná vakcína³⁷, zůstávají preventivní opatření jedinou možností, jak proti šíření této nemoci bojovat. Mezi prevencí lze zařadit okamžité zlepšování situace v rizikových skupinách, jako je distribuce kondomů či sterilních injekčních jehel. Nejvýznamnější složkou je ale osvěta, bez které by prevence s dlouhodobým cílem, jakým vymýcení HIV/AIDS bezpochyby je, neměla smysl. V zemích severní Afriky, kde je HIV nejvíce rozšířený zatím stále mezi vysoce rizikovými skupinami, je opět z krátkodobého hlediska nejúčinnější soustředit se na osvětu mezi sexuálními pracovníci, nitrožilními uživateli drog a homosexuálními muži. Z dlouhodobého pohledu je ovšem nesmírně důležité zprostředkovávat podstatné informace většinové populaci a oslovit tak potenciální *bridging populations*, jako jsou například klienti placených sexuálních služeb. Právě ve většinových populacích zemí regionu MENA je informovanost o AIDS velmi slabá

³⁷ Pouze k zabránění přenosu viru z matky na dítě se využívají antiretrovirové léky, které riziko tohoto typu přenosu snižují.

a často doprovázená mylnými obavami, což je spojeno i s horším postojem vůči nakaženým osobám.

6.5.1 Informovanost obyvatel a jejich přístup k osobám nakaženým HIV

V posledním desetiletí proběhly v severoafrických zemích dva skutečně rozsáhlé výzkumy, na jejichž základě lze názory a znalosti obyvatel ve vztahu k HIV/AIDS hodnotit. Jednalo se o Demografické a zdravotní výzkumy (*Demographic and Health Surveys – DHS*), které provádí USAID ve spolupráci s místními ministerstvy a mezinárodními organizacemi. V letech 2003–2004 proběhl DHS v Maroku, v roce 2008 pak v Egyptě. Na základě informací o historii prováděných politik vůči AIDS v těchto zemích lze předpokládat, že marocká společnost bude z celého regionu v tomto směru vzdělaná nejvíce, zatímco ta egyptská nejméně. Výzkumy v Alžírsku a Tunisku by pravděpodobně odhalily hodnoty nacházející se mezi těmito dvěma extrémy. Samostatně je pak zapotřebí hodnotit situaci v Libyi, které informace tohoto typu nikdy nezveřejňovala. Je možné, že zde bude povědomí o HIV/AIDS ve společnosti ve srovnání s Egyptem ještě slabší.

Zatímco egyptský DHS vyhodnocuje jednotlivé indikátory zvlášť podle pohlaví, DHS z Maroka uvádí souhrnné údaje či údaje pouze za ženy. Egyptské rozdělení umožňuje odhalit, že znalosti mužů o AIDS jsou znatelně kvalitnější, než znalosti žen. Podle zmíněných výzkumů o AIDS někdy slyšelo již 91 % marockých žen, 87 % egyptských mužů a 75 % egyptských žen. Ze způsobů ochrany před nákazou virem HIV je nejznámější metodou omezení pohlavního styku pouze na jednoho zdravého a věrného partnera, kterou uvedlo 55 % marockých žen, 73 % egyptských mužů a 59 % egyptských žen. Možnost ochrany před nákazou pomocí kondomu ovšem zná pouze 38 % marockých žen³⁸, 36 % egyptských mužů a 18 % egyptských žen. V Maroku jsou ale naopak rozšířenější i mylné představy o přenosu viru. Pouze 26 % Maročanů, 50 % Egyptanek a 62 % Egyptanů si myslí, že nemoc nepřenášejí moskyti.

³⁸ Podle předběžné zprávy o výsledcích DHS 2011 se podíl těchto žen zvýšil na 59 % (Ministère de la Santé, 2011, 22). Oproti tomu už v letech 2003–2004 znalo 82,5 % Maročanek kondomy jako ochranný prostředek proti početí (Ministère de la Santé, ORC Macro a LAS, 2005, 59).

Souhrnně pak lze z egyptského výzkumu vyčíst, že skutečně komplexní znalosti o HIV/AIDS má pouze 18 % mužů a 7 % žen. Přitom hodně záleží i na vzdělání, bohatství či věku dotazovaných osob. Z egyptských žen ve věku 15–19 let mají komplexní znalosti o AIDS pouhá 3 % dívek, zatímco ve věkové kategorii 25–29 let to je již 10 % žen. Podrobnější přehled vybraných výsledků výzkumů DHS je uveden v Příloze 9 (Maroko) a Příloze 10 (Egypt). (Ministère de la Santé, ORC Macro a LAS, 2005; El-Zanaty a Way, 2009)

Z uvedených výzkumů je zřejmé, že Severoafričané mají, i přes 30 let trvající světovou pandemii AIDS, v informovanosti o této nemoci stále velké nedostatky. Přestože intenzita úsilí státních, neziskových i mezinárodních organizací zde neustále roste, zůstává v některých skupinách společnosti AIDS tabu. Jak uvádí DeJong a kolektiv:

„Mladí lidé se zpravidla nechtějí ptát svých rodičů na informace o sexualitě a rozmnožování, protože se obávají, že by mohli být obviněni ze zakázaného chování. Rodiče by si možná přáli diskutovat sexualitu se svými dětmi, ale většinou neví, jak na to. ... Bez správných informací o reprodukčním zdraví hrozí mladým lidem, kteří začnou být sexuálně aktivní nezávisle na svém rodinném stavu, neplánovaná těhotenství, rizikové porody a nákaza sexuálně přenosnými nemocemi, včetně HIV/AIDS.“ (DeJong et al., 2007, 2).

Někdy ale mladiství nezískají kvalitní informace ani ve škole, ačkoli v Alžírsku, Maroku a Tunisku je sexuální výchova součástí národního školního kurikula:

„Osnovy sexuální výchovy jsou v regionu MENA vzácné a tam, kde existují, jsou při výuce části o sexuálním a reprodukčním zdraví často vynechány, protože na ně nejsou učitelé připraveni nebo se stydí je vyučovat.“ (DeJong et al., 2007, 2).

Zdaleka nejčastějším zdrojem informací se tak stala masmédia, konkrétně televize, kterou jako informační zdroj o AIDS označilo 90 % dotázaných (El-Zanaty a Way, 2009, 269–270; PAPFAM, 2007).

Nedostatek kvalitních informací o HIV/AIDS vytváří ve společnosti prostor pro vznik těch polopravdivých či zcela nepravdivých, které jsou živnou půdou pro stále přetrvávající předsudky a diskriminaci vůči nakaženým osobám. Zatímco v Maroku se dlouhodobou osvětovou činností daří úspěšně míru diskriminace ve společnosti snižovat, Egypt v tomto směru stále silně zaostává. Egyptský DHS se dotazoval osob, jež znaly AIDS (73,3 % žen a 87,4 % mužů) na čtyři konkrétní situace reflektující jejich přístup k osobám nakaženým HIV. Jednalo se o to, zda by byli ochotni starat se doma o člena rodiny, který by byl nakažený HIV, zda by si koupili čerstvé ovoce od prodáváče

s HIV, zda si myslí, že učitelka nakažená HIV smí vyučovat ve škole, a zda by jim nevadilo, kdyby se o nemoci člena rodiny nakaženého HIV veřejně vědělo. Kladně na všechny čtyři otázky odpovědělo 1 % žen a 1 % mužů (El-Zanaty a Way, 2009, 2005, 266–267).

6.5.2 Preventivní opatření realizovaná neziskovým sektorem

Poměrně zoufalá situace v informovanosti většiny společnosti o HIV/AIDS vedla v severní Africe k aktivitě velkého množství neziskových organizací. Ačkoli jejich činnost možná nelze srovnat s aktivitami státní správy na základě objemu investovaných financí, neziskové organizace byly v tomto regionu vždy tím, kdo ve spojení s tématem HIV/AIDS zahajoval diskusi, přicházel s novými návrhy, iniciativami a pokrokovými řešeními, a to často se zahraniční podporou, jež u oficiálních orgánů nenacházela odezvu.

Jednotlivé organizace pracující na národní či místní úrovni byly již zmíněny v kapitole 5.4 Současná situace v zemích severní Afriky. Kromě toho je třeba také dodat, že v roce 2002 vznikla Regionální arabská síť proti AIDS (RANAA), která v současnosti sdružuje 51 organizací z civilní sféry ze 14 arabských zemí (RANAA, 2012). Cílem sítě je posilování technické a organizační kapacity členských organizací, podpora národních sítí takových organizací a propagace boje proti HIV/AIDS v celém regionu.

Neziskové organizace se mnohdy zaměřují na práci s nejrizikovějšími skupinami obyvatel. Například v Maroku tak proběhly v roce 2009 osvětové programy pro 15 000 homosexuálů, 30 000 sexuálních pracovníků a 1500 uživatelů drog (UNAIDS, 2011c, 17). Kromě těchto tří skupin, na které se soustředí 39 % všech aktivit, se organizace z občanské sféry v regionu MENA věnují hodně mladistvým, dětem a ženám (42 %), dále vězňům (10 %) a migrantům (9 %) (UNAIDS, 2011c, 82).

Za zmínku stojí také kampaň Sidaction, původně francouzská iniciativa, která probíhá pravidelně již v řadě zemí světa. V severní Africe ji organizuje jednou za dva roky marocká Asociace boje proti AIDS (ALCS).

Jedná se o téměř měsíční propagaci boje proti AIDS, jež probíhá za podpory médií, umělců a dalších významných osobností. V roce 2012 bylo během slavnostní večera Sidaction přenášeného živě v televizním vysílání vybráno 13,7 milionu marockých dirhamů³⁹ (ALCS, 2012).

6.5.3 Preventivní opatření realizovaná státní správou

Preventivní opatření proti šíření AIDS prováděná státní správou severoafrických zemí byla v 90. letech velmi omezená. Lze říci, že výrazný rozvoj aktivit vedoucích k prevenci šíření HIV byl v jednotlivých státech spojen až s čerpáním grantů Globálního fondu pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií. Toto čerpání je podmíněno existencí komplexní politiky pro boj s HIV/AIDS a vytvořením odpovídajících institucí, které jsou schopny tuto politiku implementovat. Podrobnější informace o čerpání zdrojů z Globálního fondu uvádí Tabulka 7.

Tabulka 7. Doba čerpání zdrojů z Globálního fondu pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií a celkový objem dosud vyčerpaných zdrojů v zemích severní Afriky.

Stát	Doba čerpání zdrojů z Globálního fondu	Dosud vyčerpano (USD)
Alžírsko ^a	2005–2008	7 mil.
Egypt ^b	od 2008	8,5 mil.
Libye	doposud nečerpá	0
Maroko ^c	od 2003	47 mil.
Tunisko ^d	od 2007	16 mil.

^a (The Global Fund, 2013a); ^b (The Global Fund, 2013b); ^c (The Global Fund, 2013c); ^d (The Global Fund, 2013d).

³⁹ V přepočtu 30 948 300,- Kč (ČNB, 2012).

Alžírsko je v tomto směru mezi ostatními zeměmi výjimkou, protože o další grant od Globálního fondu doposud nezažádalo a zakládá si na financování politiky boje proti HIV/AIDS z domácích zdrojů (UNAIDS, 2012b; UNAIDS, 2012i). Opačný přístup doposud zastává Tunisko, které využívá k financování této oblasti téměř výhradně zdrojů zahraničních (UNAIDS, 2012c).

Mezi významnější události v historii preventivních opatření prováděných státní správou severoafrických zemí patří zavedení anonymní bezplatné informační telefonní linky v roce 1996 v Egyptě (El-Gawhary, 1998). Tamtéž bylo v roce 2004 také s pomocí Family Health International otevřeno první centrum poskytující anonymní bezplatné testy a poradenství (VCT)⁴⁰ o HIV/AIDS (FHI 360, 2012b). Egyptský model sítě 20 míst poskytujících VCT se stal vzorem pro ostatní země regionu (Roudi-Fahimi, 2007, 5).

Tunisko vybudovalo svou síť 19 poradenských a testovacích center v roce 2009 (OMS, 2012). Tato země také jako jediná poskytuje v rámci veřejného zdravotnického systému poradenství v oblasti reprodukčního zdraví nesezdaným párům (DeJong et al., 2007, 4). Největší síť VCT center existuje v Alžírsku, kde funguje 61 míst, na kterých mohou zájemci anonymně žádat poradenství ohledně snížení rizika nákazy či test na přítomnost protilátek HIV v krvi (Portal du Premier Ministre, 2011). I přes rozšiřování objemu i kvality testování jsou například oproti Subsaharské Africe tyto země velmi pozadu. Zatímco v jihoafrických zemích bylo takto otestováno v roce 2010 v průměru více než 0,2 % dospělých osob, v Alžírsku a Maroku to bylo pouze 0,003 %, v Tunisku 0,002 % a v Egyptě 0,000 3 % všech dospělých osob (WHO, 2011a, 179–182).

Prevence šíření HIV v těchto zemích se ovšem mnohdy setkává i s kritikou domácích aktérů. Bylo tomu tak například i v roce 2006 v Maroku, tedy v zemi, kterou lze v oblasti boje proti AIDS považovat z celého regionu za nejpokrokovější. Tehdy se proti osvětové kampani postavili zástupci Strany spravedlnosti a rozvoje, kteří ji kritizovali za podporu užívání kondomů a za „kopírování cizích programů a pokus o jejich implementaci v marocké společnosti bez ohledu na to, že je Maroko islámskou zemí“ (El Ouali, 2006). Shodou okolností je právě tato strana v současnosti

⁴⁰ VCT je zkratka pro často užívaný anglický pojem *voluntary counseling and testing*, tedy *dobrovolné poradenství a testování*.

po posledních parlamentních volbách v roce 2011 v Maroku hlavní vládní stranou.

Právě pocit, že boj s HIV/AIDS spočívá v zavádění cizích – západních řešení, je pravděpodobně jednou z hlavních příčin stále místy přetrvávající nedostatečné vůle a nízké aktivity vlády v této oblasti. Do určité míry se v tomto postoji mohou odrážet i široce rozšířené nesympatie vůči Spojeným státům americkým, jež bývají ztotožňovány se Západem a zahraniční intervencí obecně.

V této souvislosti je zapotřebí ještě jednou vyzdvihnout alžírský přístup, který skrze financování zejména z domácích zdrojů vede k posílení *ownershipu* politiky vůči HIV/AIDS. Pro sledování tohoto směru je nutné, aby představitelé státní správy překonali nahlížení této problematiky jako importované záležitosti, jejíž kořeny i řešení přicházejí ze Západu, ale zaujali spíše postoj, jenž lze nazvat jako *beyond West-rest paradigm*.

7 Závěr

Ve srovnání se Subsaharskou Afrikou představuje region severní Afriky oblast s jednou z nejnižších měr prevalence viru HIV na světě. Přestože přinejmenším ve dvou z těchto pěti zemí, na rozdíl od většiny států světa, počty osob s HIV/AIDS neustále stoupají, lze tento nárůst z dlouhodobého hlediska charakterizovat spíše jako pozvolný. Virus se šíří zejména v nejrizikovějších skupinách společnosti, jako jsou sexuální pracovnice, nitrožilní uživatelé drog a homosexuální muži. Podle odborníků není příliš pravděpodobné, že by se mohl ve velkém měřítku rozšířit i do zbytku populace.

Na základě zjištěných informací a souvislostí lze říci, že je epidemiologický vývoj HIV/AIDS v severoafrických zemích skutečně do značné míry ovlivněn právě islámským nábožensko-kulturním rámcem, který zahrnuje prakticky veškerou populaci daného regionu.

Jako klíčové se v tomto směru jeví dva zásadní sociologické prvky. Prvním je téměř univerzálně rozšířená mužská obřízka, která u mužů prokazatelně snižuje riziko nákazy virem HIV při pohlavním styku o 60 %. Druhým jsou pak velmi přísná pravidla omezující rizikové sexuální chování, která jsou pevně zakotvena v kultuře společnosti a nacházejí silnou oporu ve věrouce i legislativě. Zde je nutné podotknout, že se tato *přirozená behaviorální imunita populace* zakládá zejména na dodržování těchto pravidel ženami, zatímco mužské sexuální chování lze hodnotit jako znatelně rizikovější. Pozitivní vliv islámu na šíření HIV se tak projevuje kulturní praxí mužské obřízky i náboženskou teorií, která stojí za morálními pravidly muslimů.

Doplňujícím faktorem, jenž také pozitivně ovlivňuje epidemiologickou situaci, je zákaz konzumace alkoholu. Ten je považován za pravidlo přímo vycházející z islámské věrouky, jeho dopad na snižování rizikového sexuálního chování obyvatel je ale spekulativní a doposud nebyl dostatečně zkoumán a prokázán.

Islámská kultura si ale zároveň svým charakterem komplikuje možnost efektivnějšího boje proti HIV/AIDS. Na nemoc je mnohdy stále nahlíženo jako na problém, jehož kořeny i řešení přicházejí ze západu, a ve společnosti je velmi rozšířená diskriminace a stigmatizace osob žijících s HIV. Tento přístup ztěžuje

osvětová a preventivní opatření, jež by mohla vést k zvrácení rostoucího trendu nově nakažených osob.

Zde je důležitý přístup státní správy a náboženských představitelů, kteří by měli v této problematice zaujmout postoj *beyond West-rest paradigm* a snažit se po vzoru Alžírka o posílení *ownershipu* boje proti HIV/AIDS.

Při výhledu do budoucna mají státy severní Afriky stále velkou příležitost k eliminaci šíření nemoci. K tomu mohou přispět zejména tři podstatné změny. V první řadě se jedná o již zmíněnou prevenci a osvětu, která úzce souvisí s diskriminací a stigmatizací. Úspěch v této oblasti pak může vést ke zkvalitnění evidence nakažených případů, jelikož by v důsledku menšího strachu z diskriminace docházelo k častějšímu diagnostikování nemoci a s tím souvisejícímu poskytnutí kvalitní bezplatné léčby. To by mohlo vést k druhé pozitivní změně – zvýšení podílů potřebných pacientů podstupujících antiretrovirovou léčbu. ART léčba by v případě dostatečného pokrytí infikovaných žen mohla ve velké míře předejít také zvyšování případů nákazy z matky na dítě, jež je typické pro země s rozvinutou epidemií. Třetí změnou, která by mohla výrazně pomoci v boji proti HIV/AIDS, je rozšíření užívání kondomů, a to zejména mezi nejrizikovějšími skupinami. To by mohlo výrazně snížit míru přenosu nákazy do většinové populace.

K dosažení těchto změn může teoreticky opět pomoci vliv islámu na společnost – pokud by se k ovlivnění chování společnosti využilo potenciálu, kterým disponují na regionální, národní i lokální úrovni početní náboženští představitelé.

Islám tedy šíření HIV/AIDS v zemích severní Afriky výrazně ovlivňoval a bezpochyby bude ovlivňovat i nadále. Vzhledem k nepředvídatelným dlouhodobým důsledkům událostí Arabského jara ale v současnosti nelze říci, jakým směrem se tento vztah bude vyvíjet.

8 Literatura

8.1 Knižní zdroje

ABABOU, Mohammed. 2010. Santé, vulnérabilités et discriminations: le cas des personnes séropositives au Maroc. In: A. Aboussad, M. Cherkaoui a P. Vimard (ed.). *Santé et vulnérabilités au Maroc*. Marakéš: El Watayna. ISBN: 978-9954-8576-3-2. URL: [http://fr.scribd.com/doc/79567662/Sante-Et-Vulnerabilites-Au-Maroc-Abous sad-Cherkaoui-Vimard](http://fr.scribd.com/doc/79567662/Sante-Et-Vulnerabilites-Au-Maroc-Abous-sad-Cherkaoui-Vimard).

ABU-RADDAD Laith J., Francisca Ayodeji AKALA, Iris SEMINI, Gabriele RIEDNER, David WILSON a Ousama TAWIL. 2010. *Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa: Time for strategic Action*. Washington, D. C.: The World Bank. 282 s. eISBN: 978-0-8213-8138-0. URL: http://www.google.cz/books?id=GESIifUcDcwC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

AL-BUKHARI, Muhammad. *Sahih Bukhari*. Translator: M. Muhsin KHAN. 846. Volume 4: Book 54, Number 430. URL: <http://www.cmje.org/religious-texts/hadith/bukhari/054-sbt.php>.

BAHBOUH, Charif, Jiří FLEISSIG a Roman RACZYŃSKI. 2008. *Encyklopedie islámu*. Praha: Dar Ibn Rushd. 366 s. ISBN: 978-80-86149-48-X.

BARTOŠOVÁ, Drahomíra, Petr HUSA, Pavel CHALOUPKA, Lenka KRBKOVÁ a Alena HOLČÍKOVÁ. 2005. *Infekční lékařství*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 141 s. ISBN: 8021037911.

DITRICHOVÁ, Dagmar a spolupracovníci. 2002. *Repetitorium dermatovenerologie*. 1. vydání. Olomouc: Epava. 304 s. ISBN: 80-86297-08-X.

EL-ZANATY, Fatma a Ann WAY. 2009. *Egypt Demographic and Health Survey 2008*. Káhira: Ministerstvo zdravotnictví, El-Zanaty and Associates a Macro International. 431 s. URL: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR220/FR220.pdf>.

FARAH, Madelain. 1984. *Marriage and Sexuality in Islam: A Translation of Al-Ghazali's Book on the Etiquette of Marriage from the Ihya*. Salt Lake City: University of Utah Press. 185 s. ISBN: 874802318. URL: <http://www.ghazali.org/books/marriage.pdf>.

GHARBI, Md-R., E. BETH-GIRALDO, A. BOUJNAH, B. GHERIB, M. SIDHOM, M. MONACO, Z. FEKIH, A. SLIM, F. MARTUCCI, F. M. BUONAGURO a G. GIRALDO. 1988. Epidemiology of AIDS in Tunisia. In: G. Giraldo, E. Beth-Giraldo, N. Clumeck, Md-R. Gharbi, S. K. Kyalwazi a G. de Thé (ed.). *AIDS and Associated Cancers in Africa: 2nd International Symposium, Naples, October 7-9, 1987*. Basel: Karger. 346 s. ISBN: 3-8055-4701-3.

JENKINS, Carol Lynn a David A. ROBALINO. 2003. *HIV/Aids in the Middle East And North Africa: The Costs of Inaction*. Washington, D. C.: The World Bank. 173 s. ISBN: 0-8213-5578-3. URL: http://books.google.cz/books?id=IfLm_bY6YIoC&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false.

KLENER, Pavel et al. 2001. *Vnitřní lékařství*. 2. vydání. Praha: Galén a Karolinum. 949 s. ISBN: 80-246-0273-3.

Korán. 2000. Z arabského originálu Al Qur'án podle různých vydání přeložil, předmluvou, komentářem a rejstříkem opatřil Ivan Hrbek. 1. vydání. Praha: Academia. 797 s. ISBN: 978-80-7459-080-1.

KROPÁČEK, Luboš. 1998. *Duchovní cesty islámu*. Vydání druhé. Praha: Vyšehrad. 296 s. ISBN: 80-7021-287-X.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, ORC MACRO a LAS (Ligue des États Arabes). 2005. *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004*. Calverton: Ministère de la Santé a ORC Macro. 330 s. URL: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR155/FR155.pdf>.

MANN, Jonathan M. 1988. AIDS: A Global Report. In: G. Giraldo, E. Beth-Giraldo, N. Clumeck, Md-R. Gharbi, S. K. Kyalwazi a G. de Thé (ed.). *AIDS and Associated Cancers in Africa: 2nd International Symposium, Naples, October 7-9, 1987*. Basel: Karger. 346 s. ISBN: 3-8055-4701-3.

POLJAK, Vladko, Jiří EHRMANN a Ivo KRČ. 1997. *Přehled infekčních nemocí: Skripta z vnitřního lékařství*. První vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. 146 s. ISBN: 80-7067-758-9.

ŠABACKÁ, Yvona. 2009. Arabská/islámská kultura. In: ČERVENKOVÁ, Denisa a Albert-Peter RETHMANN. *Islám v českých zemích*. Vyd. 1. Praha: CMS - Center for Migration Studies. s. 31-64. ISBN: 978-80-7021-852-5.

RABIIT (The Royal Aal al-Bayt Institute for Islamic Thought). 2008. *The Amman Message*. Jordánsko: The Royal Aal al-Bayt Institute for Islamic Thought. 91 s. URL: <http://ammanmessage.com/media/Amman-Message-pdf-booklet-v-2-5-2-08.pdf>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2002. *Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 226 s. ISBN: 92-1973-185-4. URL: https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2002/brglobal_aids_report_en_pdf_red_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2004. *2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 231 s. ISBN: 92-9173-355-5. URL: <http://www.unaids.org>

/en/media/un aids/contentassets/documents/un aidspublication/2004/GAR2004_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2006. *2006 Report on the global AIDS epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 294 s. + 323 s. příloh. URL: http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/UNAIDS_2006_Report_on_the_Global_AIDS_Epidemic.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2008. *Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 233 s. + 124 s. příloh. ISBN: 978-92-9-173711-6. URL: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourepidemic/epidemiologypublications/2008reportontheglobalaidsepidemic/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2011c. *Middle East and North Africa: Regional Report on AIDS 2011*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 117 s. ISBN: 978-92-9173-911-0. URL: http://www.unaids.org/en/media/un aids/contentassets/documents/un aidspublication/2011/JC2257_UNAIDS-MENA-report-2011_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012a. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 103 s. + 105 s. příloh. ISBN: 978-92-9173-592-1. URL: http://www.unaids.org/en/media/un aids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf.

UNDP (United Nations Development Programme). 2011. *The Millenium Development Goals Report 2011*. New York: United Nations. 67 s. ISBN: 978-92-1-101244-6. URL: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG_Report_2011_EN.pdf.

VEJROSTA, Daniel. 2010. *Rostoucí význam muslimské populace v Evropě*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií. Vedoucí práce Mgr. Simona Šafaříková. URL: <http://theses.cz/id/wvx0o4/102708-305398223.pdf>.

VOTAVA, Miroslav et al. 2003. *Lékařská mikrobiologie speciální*. 1. vydání. Brno: Neptun. 495 s. ISBN: 80-902896-6-5.

WHO (World Health Organization). 2011d. *GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access: Progress Report 2011*. World Health Organization (WHO). 224 s. ISBN: 978 92 4 150298 6. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44787/1/9789241502986_eng.pdf.

8.2 Internetové zdroje

ACEIJAS, Carmen, Gerry V. STIMSON, Matthew HICKMAN a Tim RHODES. United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries. 2004. *AIDS*, 18, s. 2295–2303. *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users*. URL: <http://mph.spbu.ru/ForUsers/Files/Aceijas.pdf>.

AEO (African Economic Outlook). 2012. *North Africa*. URL: <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/north-africa/>.

AIDS-ALGÉRIE. Réalisée par Dr F. TOUDEFT. 2010a. *Etude sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes universitaires en matière de l'infection à VIH/SIDA: Evaluation des actions de proximité*. URL: http://www.aidsmap.com/v634800306689300000/file/1052952/Etude_sur_les_connaissances__attitudes_et_comportements_des_jeunes_universitaires_en_mati_c3_a8re_de_l_e_2_80_99infection__c3_a0_VIH_SIDA___Evaluation_des_actions_de_proximit_c3_a9.pdf.

AIDS-ALGÉRIE. Etude réalisée par ECOtechnics. 2010b. *Etude qualitative sur les migrations subsahariennes et le VIH/SIDA en Algérie*. URL: http://www.aidsmap.com/v634800268797430000/file/1052951/Etude_qualitative_sur_les_migrations_subsahariennes_et_le_VIH_SIDA_en_Alg_c3_a9rie.pdf.

ALCS (Association de lutte contre le SIDA). 2007. *Présentation de l'ALCS*. URL: http://www.alcsmaroc.ma/public/index.php?option=com_content&view=article&id=48:presentation-de-lalcs&catid=34:alcs.

ALCS (Association de lutte contre le SIDA). 15 décembre 2012. *Sidaction Maroc 2012*. URL: http://www.alcsmaroc.ma/public/index.php?option=com_content&view=article&id=167.

ALTMAN, Lawrence K. July 3 1981. The New York Times. *Rare cancer seen in 41 homosexuals*. URL: <http://www.nytimes.com/1981/07/03/us/rare-cancer-seen-in-41-homosexuals.html>.

AL-QARADÁWÍ, Yusuf. 2001. *The Lawful and the Prohibited in Islam*. URL: <http://it.scribd.com/doc/7089780/The-Lawful-and-the-Prohibited-in-ISLAM-by-Sheikh-Yusuf-AlQaradawi>.

AL-TURAYRI, Abd al-Wahhab. 2006. *Sex out of wedlock*. URL: <http://en.islamtoday.net/node/1511>.

AMNESTY INTERNATIONAL. November-December 2010. *Libyan Arab Jamahiriya: Amnesty International Submission to the UN Universal Periodic Review*. URL: http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session9/LY/AI_AmnestyInternational.pdf.

APMG (AIDS Projects Management Group). February 2008. *Rapid Assessments of HIV/AIDS and Injecting Drug Use in Algeria, Egypt, Iran, Libya, Morocco and Oman: Findings and Lessons Learned*. URL: <http://www.aidsprojects.com/wp-content/uploads/2011/05/MENA-Rapid-Assessment-Report.pdf>.

I'ATL MST/SIDA. 2012. *Qui sommes nous*. URL: http://www.atlmstsida.org/viewpage.php?page_id=6.

AVERT. c2011a. *History of HIV & AIDS in Africa*. URL: <http://www.avert.org/history-aids-africa.htm>.

AVERT. c2011b. *HIV and AIDS in Kenya*. URL: <http://www.avert.org/hiv-aids-kenya.htm>.

AVERT. c2011c. *HIV & AIDS in Botswana*. URL: <http://www.avert.org/aids-botswana.htm>.

AVERT. c2011d. *HIV and AIDS in Swaziland*. URL: <http://www.avert.org/aids-swaziland.htm>.

AVERT. c2011e. *HIV & AIDS in Malawi*. URL: <http://www.avert.org/aids-malawi.htm>.

AVERT. c2011f. *HIV and AIDS in Zambia*. URL: <http://www.avert.org/aids-zambia.htm>.

AVERT. c2011g. *HIV and AIDS in Lesotho*. URL: <http://www.avert.org/aids-lesotho.htm>.

AU FAIT. 04/04 2012. *Plan stratégique national de lutte contre le Sida 2012–2016. Des objectifs réalisables?* URL: <http://www.aufaitmaroc.com/maroc/societe/2012/4/3/des-objectifs-realises->.

AUVERT, Bertran, Dirk TALJAARD, Emmanuel LAGARDE, Joëlle SOBNGWI-TAMBEKOU, Rémi SITTA a Adrian PUREN. 2005. *PLoS Med*, 2 (11), e298. *Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial*. DOI: 10.1371/journal.pmed.0020298. URL: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020298>.

BAETEN, Jared M., Deborah DONELL, Saidi H. KAPIGA, Allan RONALD, Grace JOHN-STEWART, Mubiana INAMBAO, Rachel MANONGI, Bellington VWALIKA a Connie CELUM. 2010. *AIDS*, 24 (5), s. 737–744. *Male circumcision and risk of male-to-female HIV-1 transmission: a multinational prospective study in African HIV-1-serodiscordant couples*. DOI: 10.1097/QAD.0b013e32833616e0. URL: http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2010/03130/Male_circumcision_and_risk_of_male_to_female_HIV_1.14.aspx.

BAILEY, Robert C., Omar EGESAH a Stephanie ROSENBERG. 2008. *Bulletin of the World Health Organization*, (86), s. 669–677. *Male circumcision for HIV prevention: a prospective study of complications in clinical and traditional settings in Bungoma, Kenya*. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/08-051482.pdf>.

BAILEY, Robert C., Stephen MOSES, Corette B. PARKER, Kawango AGOT, Ian MACLEAN, John N. KRIEGER, Carolyn F. M. WILLIAMS, Richard T. CAMPBELL a Jeckoniah O. NDINYA-ACHOLA. 24 February 2007. *The Lancet*, 369 (9562), s. 643–656. *Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial*. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60312-2. URL: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603122/fulltext>.

BARSOUM, Ghada, Nadia RIFAAT, Omaila EL-GIBALY, Nihal ELWAN a Natalie FORCIER. Population Council, West Asia and North Africa Office. 2011. *National Efforts toward FGM-free Villages in Egypt: The Evidence of Impact*. URL: <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/pgy/022.pdf>.

BCA (Bureau of Consular Affairs, U.S. State Department). February 08, 2013. *Libya, Country Specific Information*. URL: http://travel.state.gov/travel/cis_pa_tw/cis/cis_951.html.

BOUMEDJOUT, Hichem. 9 May 2012. *Nature Middle East*, May 2012. *Algeria to tackle HIV/AIDS*. DOI: 10.1038/nmiddleeast.2012.70. URL: <http://www.nature.com/nmiddleeast/2012/120509/full/nmiddleeast.2012.70.html>.

BRADELY, M. Mathers, Louisa DEGENHARDT, Benjamin PHILLIPS, Lucas WIESSING, Matthew HICKMAN, Steffanie A. STRATHDEE, Alex WODAK, Samiran PANDA, Mark TYNDALL, Abdalla TOUFIK a Richard P. MATTICK. Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. September 24, 2008. *The Lancet – online. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61311-2. URL: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/LancetArticleIDUHIV.pdf>.

BREWER, Devon D., John J. POTTERAT, John M. ROBERTS a Stuart BRODY. March 2007. *Annals of Epidemiology*, 17 (3), s. 217.e1–217.e12. *Male and Female Circumcision Associated With Prevalent HIV Infection in Virgins and Adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania*. DOI: 10.1016/j.annepidem.2006.10.010. URL: [http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797\(06\)00265-1/fulltext](http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797(06)00265-1/fulltext).

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). June 5, 1981. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30 (21), s. 1–3. *Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles*. URL: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm.

CNN. February 3, 1998. *Researchers trace first HIV case to 1959 in the Belgian Congo*. URL: <http://edition.cnn.com/HEALTH/9802/03/earliest.aids/>.

CREWE, Mary. 2000. *South African Journal of International Affairs*, 7 (2). *South Africa: Touched by the vengeance of AIDS*. DOI: 10.1080/10220460009545311. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10220460009545311>.

ČNB. 2012. *Kurzy ostatních měn*. URL: http://www.cnb.cz/cs/financni_trhy/devizovy_trh/kurzy_ostatnich_men/kurzy.jsp?mesic=12&rok=2012.

DEJONG, Jocelyn, Bonnie SHEPARD, Iman MORTAGY a Rana JAWAD. July 2005. Paper to be presented at IUSSP Conference, Tours, France July 2005. *The Reproductive Health of Young People in the Middle East and North Africa*. URL: http://demoscope.ru/weekly/knigi/tours_2005/papers/iussp2005s51782.pdf.

DEJONG, Jocelyn, Bonnie SHEPARD, Farzaneh ROUDI-FAHIMI a Lori ASHFORD. Population Reference Bureau. April 2007. *Young people's sexual and reproductive health in the Middle East and North Africa*. URL: <http://www.prb.org/pdf07/menayouthreproductivehealth.pdf>.

DIALMY, Abdessamad. Spring, 1998. *Middle East Report*, (206), s. 16–17. *Moroccan Youth, Sex and Islam*. URL: <http://www.jstor.org/stable/3012474>.

DIRECTION DES SOINS DE SANTÉ DE BASE. République Tunisienne, Ministère de la Santé Publique, Programme National de Lutte contre le sida et les MST. Mars 2012. *Rapport d'activité sur la riposte au SIDA – Tunisie*. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_TN_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_TN_Narrative_Report[1].pdf).

EC (European Commission). 2012. *MDGs Ending Poverty*. URL: <http://development.donoratlas.eu/infographics/MDGs%20-%20Infographic%20-%202012.pdf>

EL-GAWHARY, Karim. Spring, 1998. *Middle East Report*, (206), s. 18–19. *Breaking a Social Taboo: AIDS Hotline in Cairo*. URL: <http://www.jstor.org/stable/3012475>.

EL MOUDJAHID. 2. 12. 2012. *Lutte contre le SIDA en Algérie. La stratégie pour 2013: éviter la transmission mère-enfant*. URL: <http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/35441>.

ELMUSHARAF, S., I. ELKHIDIR, S. HOFFMANN a L. ALMROTH. April 2006. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 133 (4), s. 469–474. *A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan*. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00896.x. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.00896.x/full>.

EL OUALI, Abderrahim. Inter Press Service. 2006. In: *The Body, The Complete HIV/AIDS Resource*. January 27, 2006. *Morocco: War Over Condoms in the Battle Against AIDS*. URL: <http://www.thebody.com/content/art23856.html>.

EL-ZOUKY, A. 2005. *Libya national sero-prevalence study. 2004-2005*. In: *National AIDS program. 2012, March 31. UNGASS Country Progress Report Libya. Reporting period: January 2010 – December 2011*. s. 9. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_LY_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_LY_Narrative_Report[1].pdf).

FHI (Family Health International) a MOH Egypt (Egyptian Ministry of Health). 2006. *HIV/AIDS Biological & Behavioral Surveillance Survey: Summary Report, Egypt 2006*. URL: <http://archive.fhi360.org/NR/rdonlyres/ee4vy3pg2xhgzydjlbqzz7n7hje3avm3xl63a3edyusfsalscdn2k2szvwuunrz4awl2cfwpnukxh/Egypt2006BSSHV.pdf>.

FHI (Family Health International). June 2007. *Religious Leaders Respond to HIV/AIDS*. URL: <http://archive.fhi360.org/NR/rdonlyres/elpw5ilhxo53syaid5yfmhd6t6ky5yxalwtylnwmlp74f7bpdlbry42vrhrs5ftayxeveblai6ezvf/ReligiousLeadersRespondEgyptHV2.pdf>.

FHI (Family Health International) a MOH Egypt (Egyptian Ministry of Health). 2010. *HIV/AIDS Biological & Behavioral Surveillance Survey: Round Two Summary Report, Egypt 2010*. URL: <http://archive.fhi360.org/NR/rdonlyres/efoshcbwc5vbipihlvyrmwto5vu7iexovahgbaepybk6avke4vt2yive6wubmlzrdhzzslsnbtvpv/2010EgyptBioBSSwithcover.pdf>.

FHI 360 (Family Health International 360). c2012a. *Déclaration du Caire des Leaders Religieux de la région arabe en réponse à l'épidémie de VIH/SIDA*. URL: <http://archive.fhi360.org/NR/rdonlyres/edljoxjmi4x7esl5o37t4exwcxdgeu746gjbjaeqj5lh4cftqbouurh4etmdednjvjesio5ravdo/CairoReligiousLeadersDeclarationFrench.pdf>.

FHI 360 (Family Health International 360). c2012b. *FHI Launches Egypt's First Anonymous VCT Site*. URL: http://archive.fhi360.org/en/CountryProfiles/Egypt/res_egyptnews.htm.

FISHER, Joseph C., Heejung BANG a Saidi KAPIGA. November 2007. *Sexually Transmitted Diseases*, 34 (11), s. 856–863. *The Association Between HIV Infection and Alcohol Use: A Systematic Review and Meta-Analysis of African Studies*. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e318067b4fd. URL: http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2007/11000/The_Association_Between_HIV_Infection_and_Alcohol.5.aspx.

GOURLAY, Delphine. 7 Avril, 2009. *L'homosexualité en Algérie*. URL: http://www.algerie-actualites.com/article.php3?page=article&id_article=9079.

GOUVERNEMENT ALGÉRIEN. Septembre 2010. *Algérie: 2^{ème} Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement.* URL: http://www.dz.undp.org/publications/national/RNODM_2010/RNODM_2010_part_1.pdf a http://www.dz.undp.org/publications/national/RNODM_2010/RNODM_2010_part_2.pdf.

GRAY, Ronald H., Godfrey KIGOZI, David SERWADDA, Frederick MAKUMBI, Stephen WATYA, Fred NALUGODA, Noah KIWANUKA, Lawrence H. MOULTON, Mohammad A. CHAUDHARY, Michael Z. CHEN, Nelson K. SEWANKAMBO, Fred WABWIRE-MANGEN, Melanie C. BACON, Carolyn F. M. WILLIAMS, Pius OPENDI, Steven J. REYNOLDS, Oliver LAEYENDECKER, Thomas C. QUINN a Maria J. WAWER. 24 February 2007. *The Lancet*, 369 (9562), s. 657–666. *Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial*. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60313-4. URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60313-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60313-4/fulltext).

GREEN, Lawrence W., John W. TRAVIS, Ryan G. MCALLISTER, Kent W. PETERSON, Astrik N. VARDANYAN a Amber CRAIG. 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 39 (5), s. 479–482. *Male Circumcision and HIV Prevention: Insufficient Evidence and Neglected External Validity*. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.07.010. URL: <http://tm4lib.library.vanderbilt.edu/index.php/vurj/article/view/3490/1746>.

HAMMOUDA Djoudja, Nubia MUNOZ, Rolando HERRERO, Annie ARSLAN, Anissa BOUHADEF, Malika OUBLIL, Belhout DJEDEAT, Bernard FONTANIERE, Peter SNIJDERS, Chris MEIJER a Silvia FRANCESCHI. January 2005. Cervical carcinoma in Algiers, Algeria: Human papillomavirus and lifestyle risk factors. In: Laith J Abu-Raddad., Francisca Ayodeji Akala, Iris Semini, Gabriele Riedner, David Wilson a Ousama Tawil. *Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North*

Africa: Time for strategic Action. s. 69–70. URL: http://www.google.cz/books?id=GESIifUcDcwC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

CHAHAMA. c2013. CHAHAMA. URL: <http://www.chahama.org/>.

CHAOUKI N., F. X. BOSCH, N. MUNOZ, C.J. MEIJER, B. EL GUEDDARI, A. EL GHAZI, J. DEACON, X. CASTELLSAGUÉ a J. M. M. WALBOMERS. Feb 9, 1998. The viral origin of cervical cancer in Rabat, Morocco. In: Ghina Mumtaz, Nahla Hilmi, Ahmed Zidouh, Houssine El Rhilani, Kamal Alami, Aziza Bennani, Eleanor Gouws, Peter Ghys a Laith Abu-Raddad. Kingdom of Morocco, Ministry of Health, Department of Epidemiology and Disease Control, National STI/AIDS. *HIV Modes of Transmission Analysis in Morocco.* s. 15–16. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201008_MOT_Morocco_en.pdf.

JEDLIČKA, Jaroslav. Národní program boje proti AIDS v České republice. c2011. *Počátky nemoci AIDS.* URL: <http://www.aids-hiv.cz/html/pocatky.html>

KABBASH, I. A., N. M. EL-SAYED, A.N. AL-NAWAWY, Mel-S. ABOU SALEM, B. EL-DEEK a N.M. HASSAN. Mar-Apr 2007. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13 (2), s. 392–407. *Risk perception and precautions taken by health care workers for HIV infection in haemodialysis units in Egypt.* URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ubmed/17684860>.

KEELE, Brandon F., Fran Van HEUVERSWYN, Yingying LI, Elizabeth BAILES, Jun TAKEHISA, Mario L. SANTIAGO, Frederic BIBOLLET-RUCHE, Yalu CHEN, Louise V. WAIN, Florian LIEGEOIS, Severin LOUL, Eitel Mpoudi NGOLE, Yanga BIENVENUE, Eric DELAPORTE, John F. Y. BROOKFIELD, Paul M. SHARP, George M. SHAW, Martine PEETERS a Beatrice H. HAHN. July 28, 2006. *Science*, 313 (5786), s. 523–526. *Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1.*

DOI: 10.1126/science.1126531. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442710/?tool=pmcentrez>.

KINGDOM OF MOROCCO. 2010. *Millenium Development Goals: National Report 2009*. URL: www.hcp.ma/file/111464/.

KINUTHIA, Rosemary G. 2010. *Public Health Theses*, Paper 98. *The Association between Female Genital Mutilation (FGM) and the Risk of HIV/AIDS in Kenyan Girls and Women (15-49 Years)*. URL: http://digitalarchive.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1113&context=iph_theses.

LARAQUI, O., S. LARAQUI, D. TRIPODI, M. ZAHRAOUI, A. CAUBET, C. VERGER a CH. LARAQUI. Dec. 2008. *Médecine et maladies infectieuses*, 38 (12), s. 658–66. [Assessing knowledge, attitude, and practice on occupational blood exposure in caregiving facilities, in Morocco]. DOI: 10.1016/j.medmal.2008.09.009. In: Laith J. Abu-Raddad, Francisca Ayodeji Akala, Iris Semini, Gabriele Riedner, David Wilson a Ousama Tawil. *Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa: Time for strategic Action*. s. 88. URL: http://www.google.cz/books?id=GESIifUcDcwC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

LEMEY, Philippe, Oliver G. PYBUS, Bin WANG, Nitin K. SAKSENA, Marco SALEMI a Anne-Mieke VANDAMME. May 12, 2003. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100 (11), s. 6588–6592. *Tracing the origin and history of the HIV-2 epidemic*. DOI: 10.1073/pnas.0936469100. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC164491/?tool=pmcentrez>.

LIMPONGSANURAK, S. The WHO Reproductive Health Library. December 15, 2006. *Efficacy and safety of caesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1*. URL: http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/slcom/en/index.html.

LOS ANGELES TIMES. March 20, 1990. *A Regrettable Resignation*. URL: http://articles.latimes.com/print/1990-03-20/local/me-446_1_jonathan-mann.

MARX, Jean L. August 13, 1982. *Science*, 217 (4560), s. 618–621. *New Disease Baffles Medical Community*. DOI: 10.1126/science.7089584. URL: <http://www.sciencemag.org/content/217/4560/618>.

MBULAITEYE, S. M., A. RUBERANTWARI, J. S. NAKIYINGI, L. M. CARPENTER, A. KANALI a J. A. WHITWORTH. Oct. 2000. *International Journal of Epidemiology*, 29 (5), s. 911–915. *Alcohol and HIV: a study among sexually active adults in rural southwest Uganda*. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11034977>.

MERCER, C. H., G. J. HART, A. M. JOHNSON a J. A. CASSELL. February 2009. *International Journal of STD & AIDS*, 20 (2), s. 87–94. *Behaviourally bisexual men as a bridge population for HIV and sexually transmitted infections? Evidence from a national probability survey*. DOI: 10.1258/ijsa.2008.008215. URL: <http://ijsa.rsmjournals.com/content/20/2/87.full>.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE L'HOMME. 2005. *Code Pénal*. URL: http://www.e-justice.tn/fileadmin/fichiers_site_francais/codes_juridiques/Code_penal_12_07_2010_fr.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2010. *Partenariats*. URL: <http://srvweb.sante.gov.ma/Partenariat/Pages/default.aspx>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Royaume du Maroc. 2011. *Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) 2011: Rapport préliminaire*. URL: <http://srvweb.sante.gov.ma/Documents/rapport.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU MAROC. 2007. GTZ. Enquete „Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le SIDA. In: Ghina Mumtaz, Nahla Hilmi, Ahmed Zidouh, Houssine El Rhilani, Kamal Alami, Aziza Bennani, Eleanor Gouws, Peter Ghys a Laith Abu-Raddad. Kingdom of Morocco, Ministry of Health, Department of Epidemiology and Disease Control, National STI/AIDS. *HIV Modes of Transmission Analysis in Morocco*. s. 16. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201008_MOT_Morocco_en.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU MAROC, DELM/PNLS. February, 2010. Situation epidemiologique du VIH/Sida et des IST au Maroc. In: Ghina Mumtaz, Nahla Hilmi, Ahmed Zidouh, Houssine El Rhilani, Kamal Alami, Aziza Bennani, Eleanor Gouws, Peter Ghys a Laith Abu-Raddad. Kingdom of Morocco, Ministry of Health, Department of Epidemiology and Disease Control, National STI/AIDS. *HIV Modes of Transmission Analysis in Morocco*. s. 9. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201008_MOT_Morocco_en.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Août, 2011. *Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012–2016) en Tunisie. Draft*. URL: <http://www.ccm-tunisie.rns.tn/oportunite/contrat/document4.pdf>.

MIRZOYAN, Lusine, Sima BERENDES, Caroline JEFFERY, Joanna THOMSON, Hussain Ben OTHMAN, Leon DANON, Abdullah A. TURKI, Rabea SAFFIALDEN a Joseph J. VALADEZ. 15 April 2013. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 62 (5), s. 577–583. *New Evidence on the HIV Epidemic in Libya: Why Countries Must Implement Prevention Programs Among People Who Inject Drugs*. URL: http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2013/04150/New_Evidence_on_the_HIV_Epidemic_in_Libya___Why.18.aspx.

MONJOK, Emmanuel, E. James ESSEIN a Laurens HOLMES. 2007. *African Journal of Reproductive Health*, 11 (1), s. 33–42. *Female Genital Mutilation: Potential*

for HIV Transmission in sub-Saharan Africa and Prospect for Epidemiologic Investigation and Intervention. URL: <http://www.bioline.org.br/request?rh07004>.

MOROCCO MINISTRY OF HEALTH. 2010. National database of HIV data. In: Ghina Mumtaz, Nahla Hilmi, Ahmed Zidouh, Houssine El Rhilani, Kamal Alami, Aziza Bennani, Eleanor Gouws, Peter Ghys a Laith Abu-Raddad. Kingdom of Morocco, Ministry of Health, Department of Epidemiology and Disease Control, National STI/AIDS. *HIV Modes of Transmission Analysis in Morocco*. s. 24. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201008_MOT_Morocco_en.pdf.

MORRONE, Aldo, Roberta CALCATERRA a Gennaro FRANCO. 2011. *Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases*, s. 847–858. *Female Genital Mutilation and Risk for Transmission of STIs*. URL: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-14663-3_59#.

MOUTASSEM-MIMOUNI, Badra a Nouria BENGHABRIT-REMAOUN. Juin 2006. *Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005*. 152 s. URL: http://www.aidsmap.com/v6348003813400000000/file/1052954/Etude_du_lien_potentiel_entre_usage_probl_c3_a9matique_de_drogues_et_VIH_SIDA_en_Alg_c3_a9rie.pdf

MUMTAZ, Ghina, Nahla HILMI, Ahmed ZIDOUH, Houssine EL RHILANI, Kamal ALAMI, Aziza BENNANI, Eleanor GOUWS, Peter GHYS a Laith ABU-RADDAD. Kingdom of Morocco, Ministry of Health, Department of Epidemiology and Disease Control, National STI/AIDS. August 2010. *HIV Modes of Transmission Analysis in Morocco*. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201008_MOT_Morocco_en.pdf.

NADA, Khaled H. a El Daw A. SULIMAN. July 2010. *AIDS*, 24 (sup. 2), s. 39–44. *Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt*. DOI: 10.1097/01.aids.0000386732.02425.d1. URL: http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2010/07002/Violence,_abuse,_alcohol_and_drug_use,_and_sexual.5.aspx.

NATIONAL AIDS PROGRAM. March 31, 2012. *UNGASS Country Progress Report Libya. Reporting period: January 2010 – December 2011*. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_LY_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_LY_Narrative_Report[1].pdf).

NATIONAL AIDS PROGRAM EGYPT. 2012. *Global AIDS Response Progress Report 2012. Arab Republic of Egypt*. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_EG_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_EG_Narrative_Report[1].pdf).

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2012. *La Tunisie commémore la journée mondiale du sida 2012 sous le signe « Tous ensemble pour stopper le sida »*. URL: <http://www.emro.who.int/fr/tun/tunisia-news/commemore-la-journee-mondiale-du-sida-2012-sous-le-signe-l-tous-ensemble-pour-stopper-le-sida-r.html>.

OUALI, Mohand. Magharebia.com. 30/11 2010. *Algeria confronts AIDS epidemic*. URL: http://www.magharebia.com/cocoon/awi/xhtml1/en_GB/features/awi/features/2010/11/30/feature-01.

PAPFAM (Pan Arab Project for family Health). April 2007. *Arab Family Health in Numbers*. In: Jocelyn DeJong, Bonnie Shepard, Farzaneh Roudi-Fahimi a Lori Ashford. Population Reference Bureau. *Young people's sexual and reproductive health in the Middle East and North Africa*. s. 3. URL: <http://www.prb.org/pdf07/menayouthreproductivehealth.pdf>.

PBS. Dec. 21, 2011. *In Morocco, 20,000 Imams Trained to Teach HIV/AIDS Awareness, Compassion*. URL: http://www.pbs.org/newshour/bb/globalhealth/july-dec11/morocco_12-21.html.

PNUD. 2010. *Resident Coordinator Annual Report Morocco 2010*. URL: http://www.pnud.org.ma/pdf/Rapport_du_Coordonnateur_Resident_2010.pdf.

PORTAL DU PREMIER MINISTRE. Republique Algerienne Democratique et populaire. 5 décembre 2011. *Lutte contre le SIDA: l'Algérie a mis en œuvre une politique "cohérente"*. URL: http://www.premier-ministre.gov.dz/index.php?option=com_content&task=view&id=1814&Itemid=246.

RANAA (Regional Arab Network Against AIDS). 19 July 2012. *Introduction & History*. URL: http://www.ranaa.net/new/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=34.

RASHAD, Hoda, Magued OSMAN a Farzaneh ROUDI-FAHIMI. Population reference Bureau. September 2005. *Marriage in the Arab World*. URL: http://www.prb.org/pdf05/MarriageInArabWorld_Eng.pdf

REFAAT, A. November 2009. *Eastern Medditerranean Health Journal*, 15 (6), s. 1379–1388. *Medicalization of female genital cutting in Egypt*. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20218128>.

REMY, Gérard. Décembre 1998. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 8 (6), s. 440-6, Géographie des maladies. *L'infection par le VIH type 2 dans le monde: Une mise en question géographique*. URL: http://www.jle.com/e-docs/00/04/2D/50/vers_alt/VersionPDF.pdf.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Comité National de Lutte contre les IST/VIH/sida. 2009. *Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2008-2012*. URL: http://ands.dz/jmsida2011/doc%20jmd%20sida/PNS_IST_VIH_sida_Algeria.pdf.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. 2010a. *Rapport de la consultation nationale pour l'Accès Universel VIH/Sida*. URL: http://ands.dz/jmsida2011/doc%20jmd%20sida/Rapport%20Acces%20Universel_VIHSida2011.pdf.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. 2010b. *RAPPORT UNGASS ALGERIE 2010: Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS sur le suivi de la déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/Sida*. URL: http://ands.dz/jmsida2011/doc%20jmd%20sida/Rapport%20UNGASS_Algeria_%202010.pdf.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE. Présidence de la republique. Secrétariat Général du Gouvernement. 2012. *CODE PENAL*. URL: <http://www.joradp.dz/TRV/FPenal.pdf>.

REPUBLIQUE TUNISIENNE. 2006. *Plan strategique national de lutte contre l'infection a VIH/SIDA et les IST 2006-2010*. URL: <http://www.ccm-tunisie.rns.tn/programmesida/planstratnational.pdf>.

REZA, Sadiq. 2011. *Handbook of Comparative Criminal Law: Chapter Five*. URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1854895.

ROUDI-FAHIMI, Farzaneh. Population Reference Bureau. 2007, January. *Time to intervene: Preventing the spread of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa*. URL: <http://www.prb.org/pdf07/HIVAIDSinMENA.pdf>.

ROYAUME DU MAROC. Ministère de la Justice. c2007. *Code pénal*. URL: http://adala.justice.gov.ma/FR/Legislation/TJ_penal.aspx.

ROYAUME DU MAROC. Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Division de la Planification et des Etudes, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. 2009. *Santé en chiffres 2008*. URL: http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/SANTE%20EN%20CHIFFRES%202009.PDF.

ROYAUME DU MAROC. Mise en oeuvre de la Déclaration politique sur le VIH/sida. 2010. *Rapport national 2010*. URL: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/morocco_2010_country_progress_report_fr.pdf.

ROYAUME DU MAROC. Mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. 2012. *Rapport national 2012*. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MA_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MA_Narrative_Report[1].pdf).

SALEMI, Marco, Korbinian STRIMMER, William W. HALL, Margaret DUFFY, Eric DELAPORTE, Souleymane MBOUP, Martine PEETERS and Anne-Mieke VANDAMME. December 8, 2000. *The FASEB Journal*, 15 (2), s. 276–278. *Dating the common ancestor of SIVcpz and HIV-1 group M and the origin of HIV-1 subtypes using a new method to uncover clock-like molecular evolution*. DOI: 10.1096/fj.00-0449fje. URL: <http://www.fasebj.org/content/early/2001/02/02/fj.00-0449fje>.

SECRETARIAT OF HEALTH AND ENVIRONMENT. 2008. *Health Indicators of The Great Socialist People's Libyan Arab Jamahiriya*. URL: http://www.health.gov.ly/web/en_files/stat.htm/.

SOLIMAN, S. Jun, 1995. *AIDS Analysis Africa*, 5 (3), s. 14–5. *Egypt's fundamentalists say condoms immoral*. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12289036>.

TABUTIN, Dominique, Bruno SCHOUMAKER, Godfrey ROGERS, Jonathan MANDELBAUM a Catriona DUTREUILH. Institut National d'Études Démographiques. 2005. *Population (English Edition, 2002–)*, 60 (5/6), s. 505–591 a 593–615. *The Demography of the Arab World and the Middle East from the 1950s to the 2000s. A Survey of Changes and a Statistical Assessment*. URL: <http://www.jstor.org/stable/4148186>.

THE GLOBAL FUND. c2012. *Who we are*. URL: <http://www.theglobalfund.org/en/about/whoweare/>.

THE GLOBAL FUND. 2013a. *Investing in: Algeria*. URL: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/DZA>.

THE GLOBAL FUND. 2013b. *Reinforcing HIV/AIDS Prevention and Care Efforts in Egypt*. URL: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/EGY-608-G03-H/>.

THE GLOBAL FUND. 2013c. *Investing in: Morocco*. URL: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/MAR>.

THE GLOBAL FUND. 2013d. *Support for partnership and strengthening of the response to the threat of the spread of HIV/AIDS in Tunisia*. URL: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/TUN-607-G01-H/>.

THE REPUBLIC OF UGANDA. Uganda AIDS Comission. April 2012. *Global AIDS Response Progress Report: Country Progress Report Uganda*. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_UG_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_UG_Narrative_Report[1].pdf).

TUNISIE NUMERIQUE. 6 Juillet, 2011. *Journée d'étude en faveur des responsables en charge des affaires religieuses sur la prévention du SIDA*. URL: <http://www.tunisienumerique.com/journee-detude-en-faveur-des-responsables-en-charge-des-affaires-religieuses-sur-la-prevention-du-sida/53375>.

UN (United Nations). 2004. The Impact of AIDS. In: Avert. c2011. *HIV & AIDS in Botswana*. URL: <http://www.avert.org/aids-botswana.htm>.

UN (United Nations). 2010. *Composition of macro geographical (continental) regions, geographical sub-regions, and selected economic and other groupings*. URL: <http://millenniumindicators.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>.

UN (United Nations). 28 June 2011. *World Population Prospects, the 2010 Revision*. URL: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). June 1998. *REPORT on the global HIV/AIDS epidemic*. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/1998/19981125_global_epidemic_report_en.pdf.

UNAIDS a WHO (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS a World Health Organization). December 2001. *AIDS epidemic update*. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub06/epiupdate01_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 18 July 2007. *UNAIDS encouraged by decision by Libya's High Judicial Council to revoke death penalty for health care professionals*. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/pressrelease/2007/070718_libya_verdict_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 10 July 2009. *Morocco: Coming together to strengthen the AIDS response in the workplace*. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2009/july/20090710ilo/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2011a. *30 years into the AIDS epidemic*. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2225_UNAIDS_datatables_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2011b. *UNAIDS DATA TABLES 2011*. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2225_UNAIDS_datatables_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2011c. *Middle East and North Africa Regional Report on AIDS 2011*. ISBN: 978-92-9173-911-0. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2257_UNAIDS-MENA-report-2011_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012b. *Algeria*. URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/algeria/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012c. *Tunisia*. URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/tunisia/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012d. *Countries*. URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/#d.en.52730>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). July 2012e. *Standing Up, Speaking Out: Women and HIV in the Middle East and North Africa*. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20120713_MENA_Women_and_AIDS_2012_en.pdf.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 17 February 2012f. *Libya: UNAIDS works with National Transitional Council to Rebuild the country's AIDS response*. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/february/20120217alibya/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 24 January 2012g. *New government of Libya identifies AIDS as a priority*. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/january/20120124libya/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 28 June 2012h. *HIV in Libya: New evidence and evolving response*. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/june/20120627ahivlibya/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 03 April 2012i. *UNAIDS Executive Director praises Algeria as a regional leader and pioneer in the HIV response*. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/april/20120403fsalgeria/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012j. *Rapport d'activité sur la riposte nationale au sida – Algérie 2012*. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_DZ_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_DZ_Narrative_Report[1].pdf).

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012k. *UNAIDS Executive Director meets with the new leadership of Tunisia*. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/july/20120704bfstunisia/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2013a. *Egypt*. URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/egypt/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2013b. *Libya*. URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/libya/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2013c. *Morocco*. URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/morocco/>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2013d. *AIDSinfo*. URL: <http://www.aidsinfoonline.org/>.

UNFPA. 2009. Knowledge, Attitudes and Practices of Religious Leaders on Reproductive Health/Gender Issues in the Context of Islam. In: Omaina El-Gibaly and Khaled Hemeyda: *Are Imams in Egypt Prepared to Help Stop the Spread of HIV/AIDS?*. URL: <http://www.prb.org/Articles/2010/imams.aspx>.

UNICEF ESARO (UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office). 2007. *Male Circumcision: Africa's unprecedented opportunity*. URL: http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/mc_africa_opp_en.pdf.

UNSD (United Nations Statistics Division). 2011a. *Total population, both sexes combined (thousands)*. URL: <http://data.un.org/Data.aspx?q=population&d=PopDiv&f=variableID%3a12>.

UNSD (United Nations Statistics Division). 2011b. *HIV Incidence (Ages 15-49)*. URL: <http://data.un.org/Data.aspx?q=hiv+incidence&d=UNAIDS&f=inID%3a316>.

UNSD (United Nations Statistics Division). 2012. *Current contraceptive use among married women 15-49 years old, condom, percentage*. URL: <http://data.un.org/Data.aspx?q=condom+use&d=MDG&f=seriesRowID%3a732%3bcountryID%3a12%2c434%2c504%2c788%2c818&c=2,3,4&s=countryEnglishName:asc,year:desc&v=1>.

UNSD (United Nations Statistics Division). 2013a. *Divorces by urban/rural residence*. URL: <http://data.un.org/Data.aspx?q=divorce&d=POP&f=tableCode%3a16>.

UNSD (United Nations Statistics Division). 2013b. *Indicator 1.8 - Sex Workers: Condom Use*. URL: <http://data.un.org/Data.aspx?q=condom+use&d=UNAIDS&f=inID%3a59%3bcrID%3a100%2c73%2c78%2c94&c=1,2,3,4,5,6&s=crEngName:asc,sgvEngName:asc,timeEngName:desc&v=1>.

UNSD (United Nations Statistics Division). 2013c. *Indicator 1.12 - Men who have sex with men: condom use*. URL: <http://data.un.org/Data.aspx?q=condom+use&d=UNAIDS&f=inID%3a60%3bcrID%3a100%2c73%2c78%2c94&c=1,2,3,4,5,6&s=crEngName:asc,sgvEngName:asc,timeEngName:desc&v=1>.

UNSD (United Nations Statistics Division). 2013d. *Indicator 2.2 - People who inject drugs: Condom use*. URL: <http://data.un.org/Data.aspx?q=condom+use&d=UNAIDS&f=inID%3a61%3bcrID%3a100%2c73%2c78%2c94&c=1,2,3,4,5,6&s=crEngName:asc,sgvEngName:asc,timeEngName:desc&v=1>.

ÚAVMS (Ústřední agentura pro veřejnou mobilizaci a statistiky). Egyptská arabská republika. 2012. *Celkový počet sňatků a rozvodů a hrubé míry sňatečnosti a rozvodovosti v letech 1985–2011*. URL: http://www.capmas.gov.eg/pdf/Number_MD.pdf.

WB (The World Bank Group). 2012. *Country and Lending Groups*. URL: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#MENA>.

WHO Global Programme on AIDS. 1994. Weekly epidemiological report 1995. (70), s. 353–360. In: (UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 1998. *Report on the global HIV/AIDS epidemic 1998*. s. 64. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/1998/19981125_global_epidemic_report_en.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2007a. *Health System Profile Libya*. URL: <http://www.health.gov.ly/web/country%20health%20profile.pdf>.

WHO (World Health Organisation). 2007b. *Information Package on Male Circumcision and HIV Prevention: Health Benefits and Associated Risks*. URL: http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack_en_3.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2007c. *New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications*. URL: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2007d. *Male circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2010a. *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2010b. *Total adult per capita consumption of pure alcohol (in litres), 2005*. URL: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_adult_percapita_consumption_2005.png.

WHO (World Health Organisation). 2011a. *GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access, Progress Report 2011*. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2011b. *Global Health Observatory Data Repository*. URL: <http://apps.who.int/ghodata/>.

WHO (World Health Organisation). 2011c. *An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM), Progress report*. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2011e. *Management of substance abuse: Country profiles 2011*. URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/index.html.

WHO (World Health Organisation). 2011f. *The situation of HIV testing and counselling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region*. URL: http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2011_1234.pdf.

WHO (World Health Organisation). 2012a. *Country profiles*. URL: <http://www.emro.who.int/emrinfo/>.

WHO (World Health Organisation). 2012b. *WHO Country Offices in the WHO African Region*. URL: <http://www.afro.who.int/en/countries.html/>.

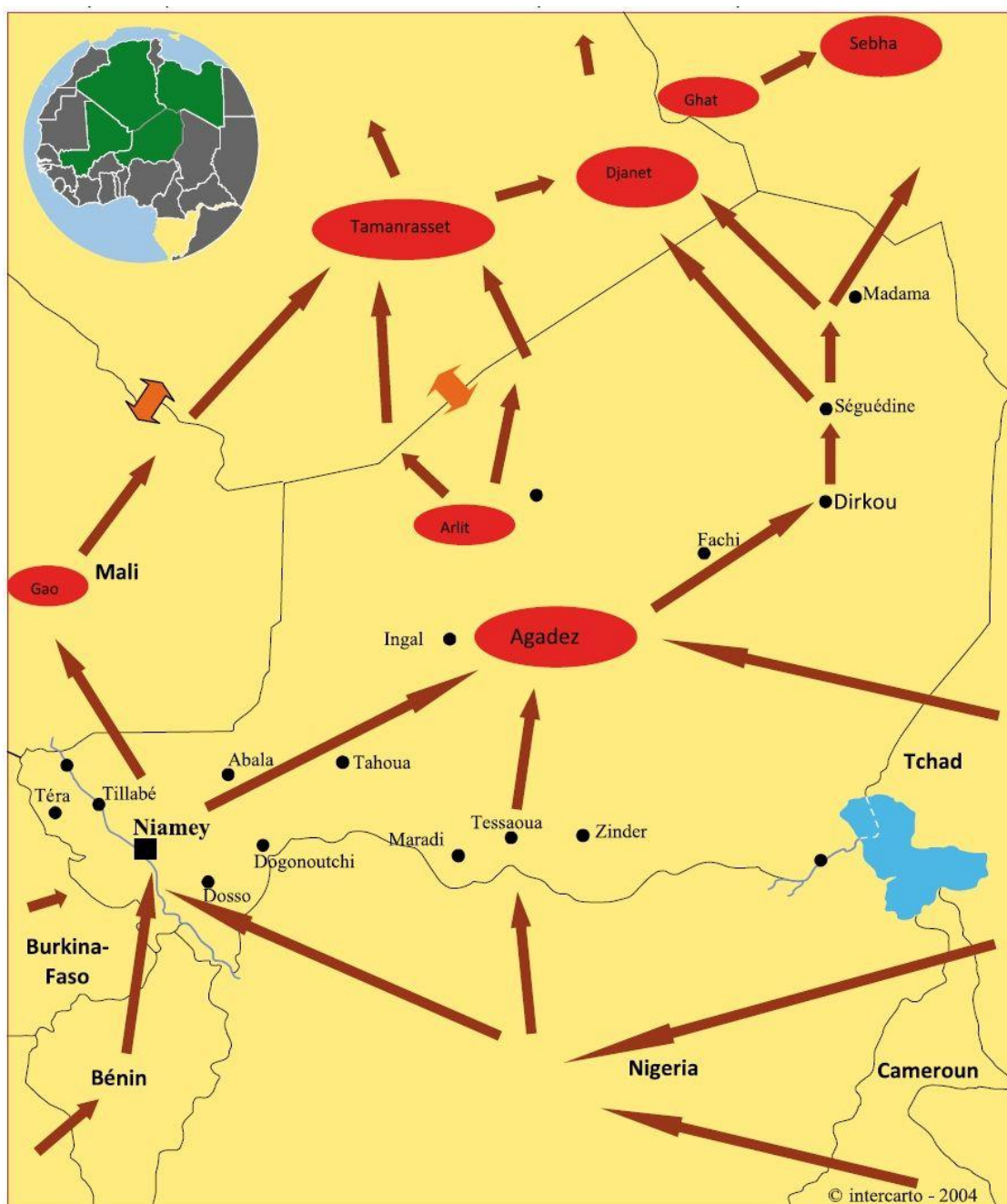
WHO (World Health Organisation). 2012c. *WHO launches a regional initiative to End the HIV Treatment Crisis*. URL: <http://www.emro.who.int/asd/asd-infocus/initiative-treatment-crisis.html/>.

WHO (World Health Organisation). 2013a. *Female genital mutilation*. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.

WHO (World Health Organisation). 2013b. *Health complications of female genital mutilation*. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/en/index.html.

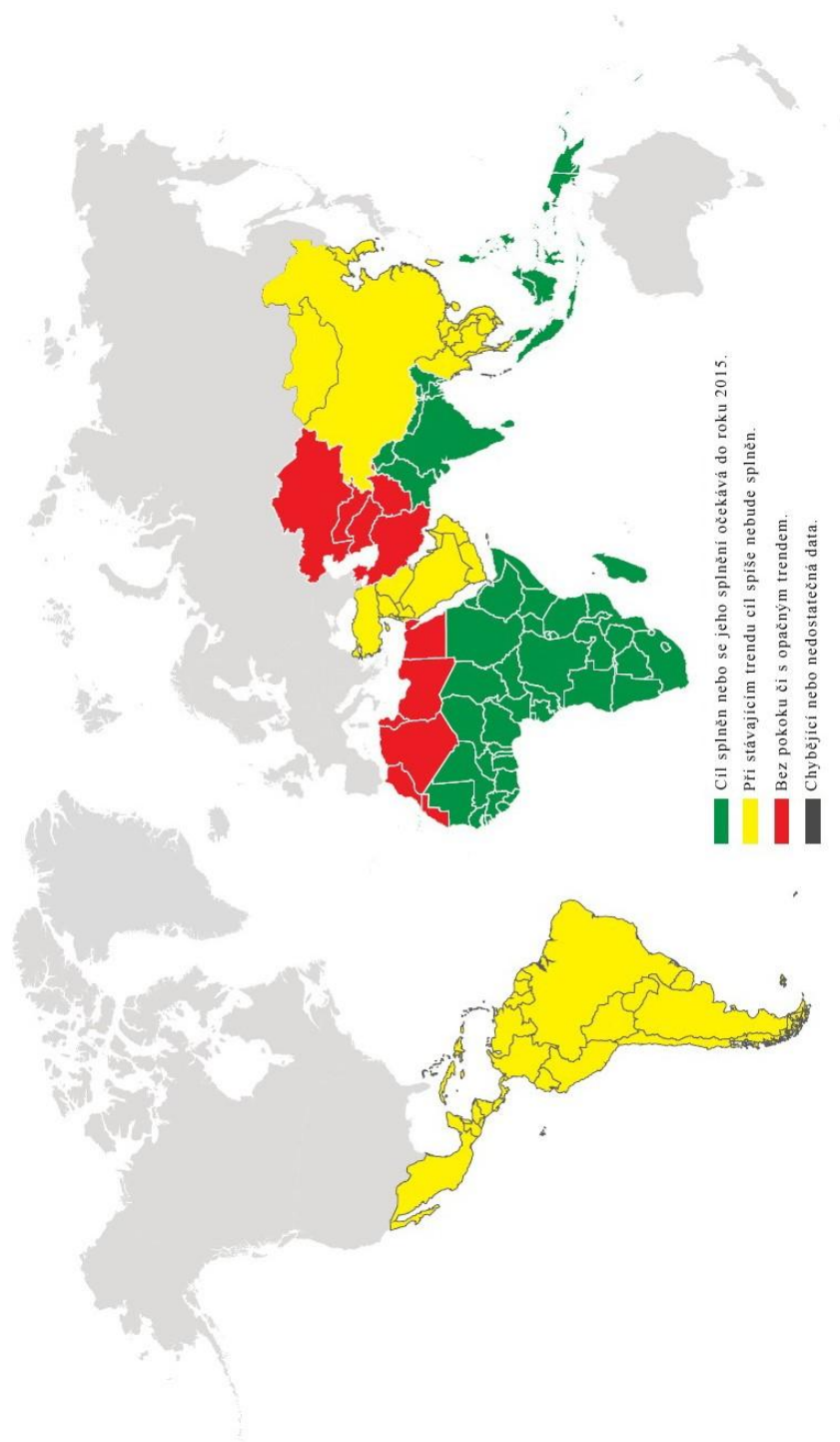
9 Přílohy

Příloha 1. Zobrazení migračních tras v oblasti jižního Alžírsko.



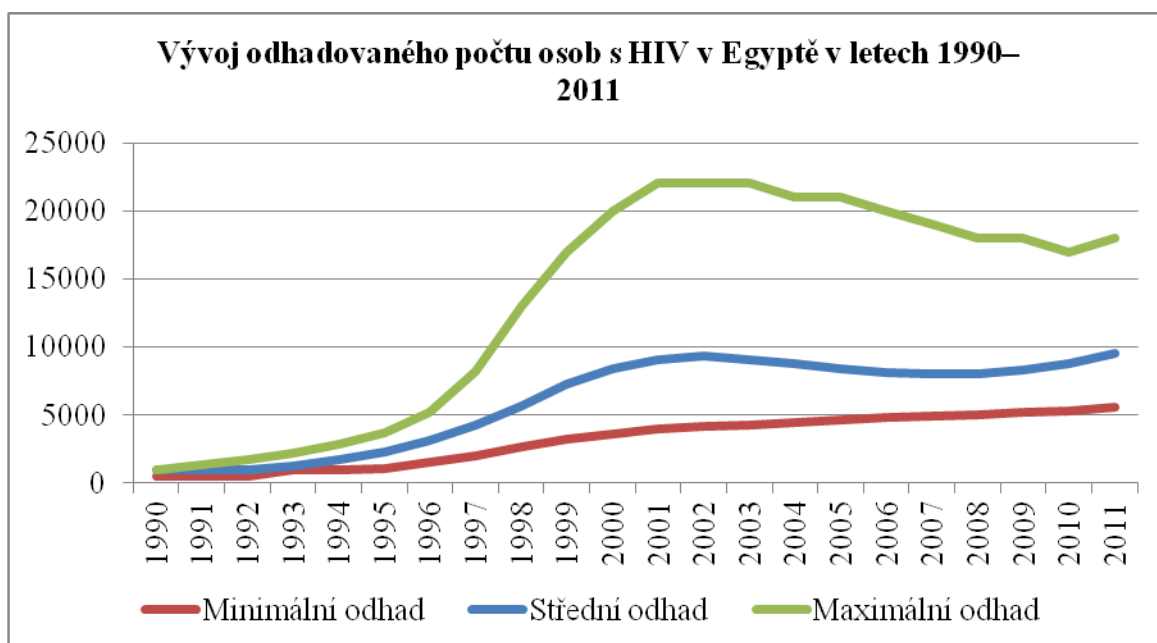
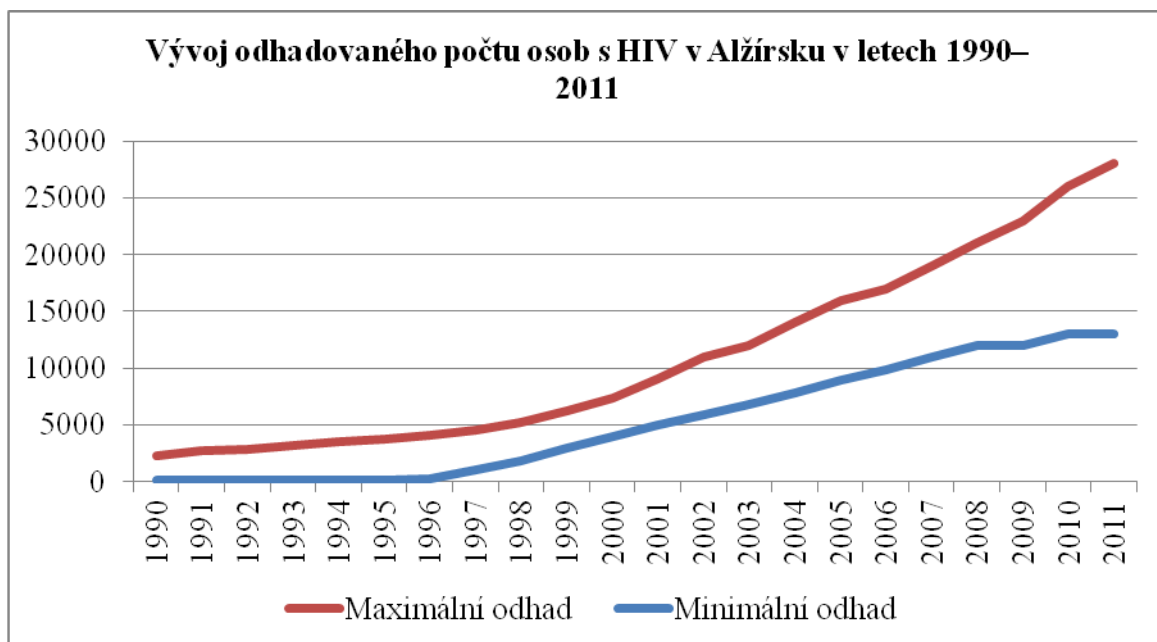
(Republique Algérienne démocratique et populaire, 2009, 26).

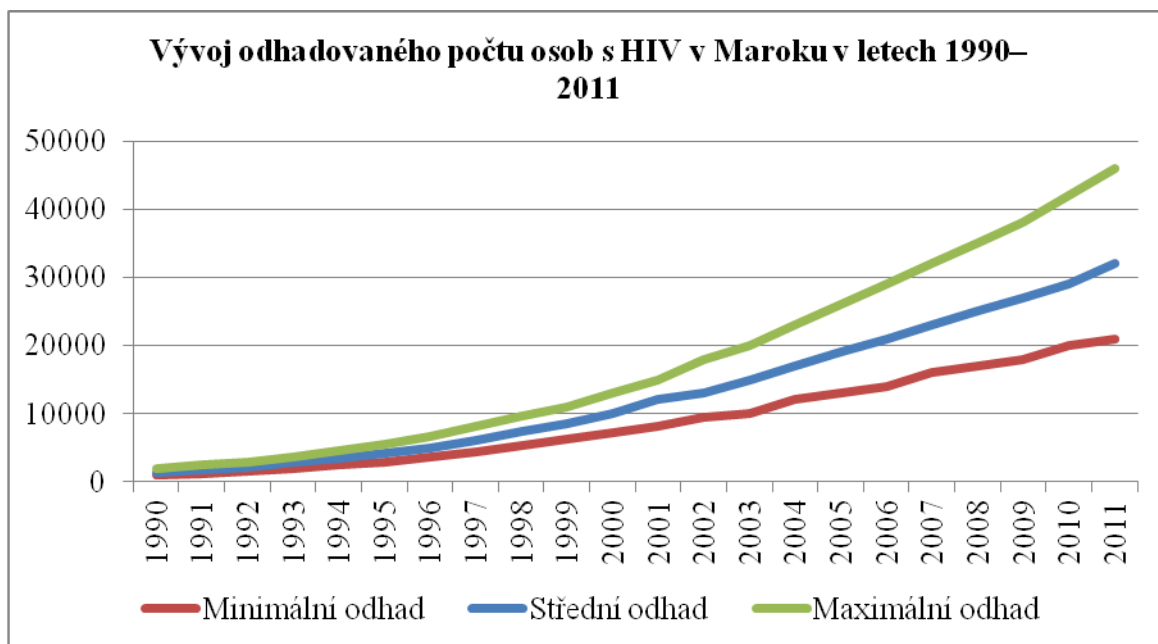
Příloha 2. Plnění šestého rozvojového cíle tisíciletí – zastavení a počátek se snižováním šíření HIV/AIDS – v roce 2012.



(EC, 2012, 6). Přeloženo z anglického jazyka.

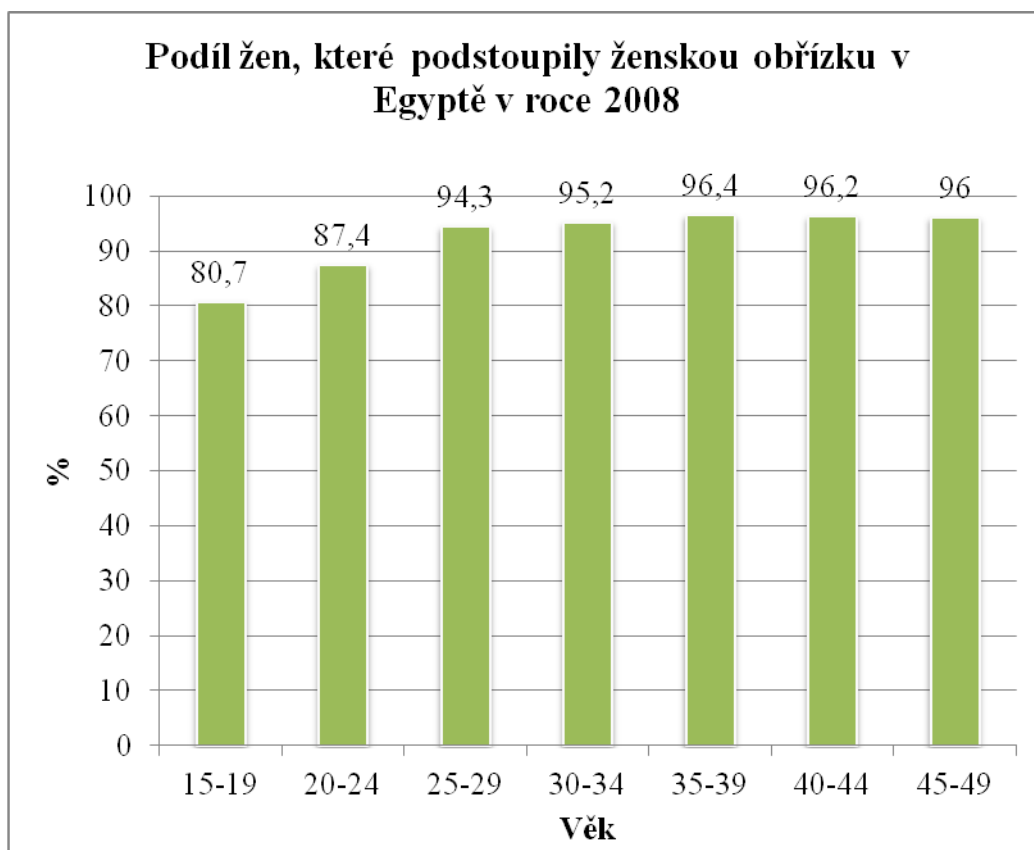
Příloha 3. Vývoj odhadovaného počtu osob s HIV ve vybraných zemích severní Afriky v letech 1990–2011.





Vykresleno podle: UNAIDS, 2013d.

Příloha 4. Podíl žen, které podstoupily ženskou obřízku, podle věkových kategorií v Egyptě v roce 2008.



Vykresleno podle: Znanaty a Way, 2009, 197.

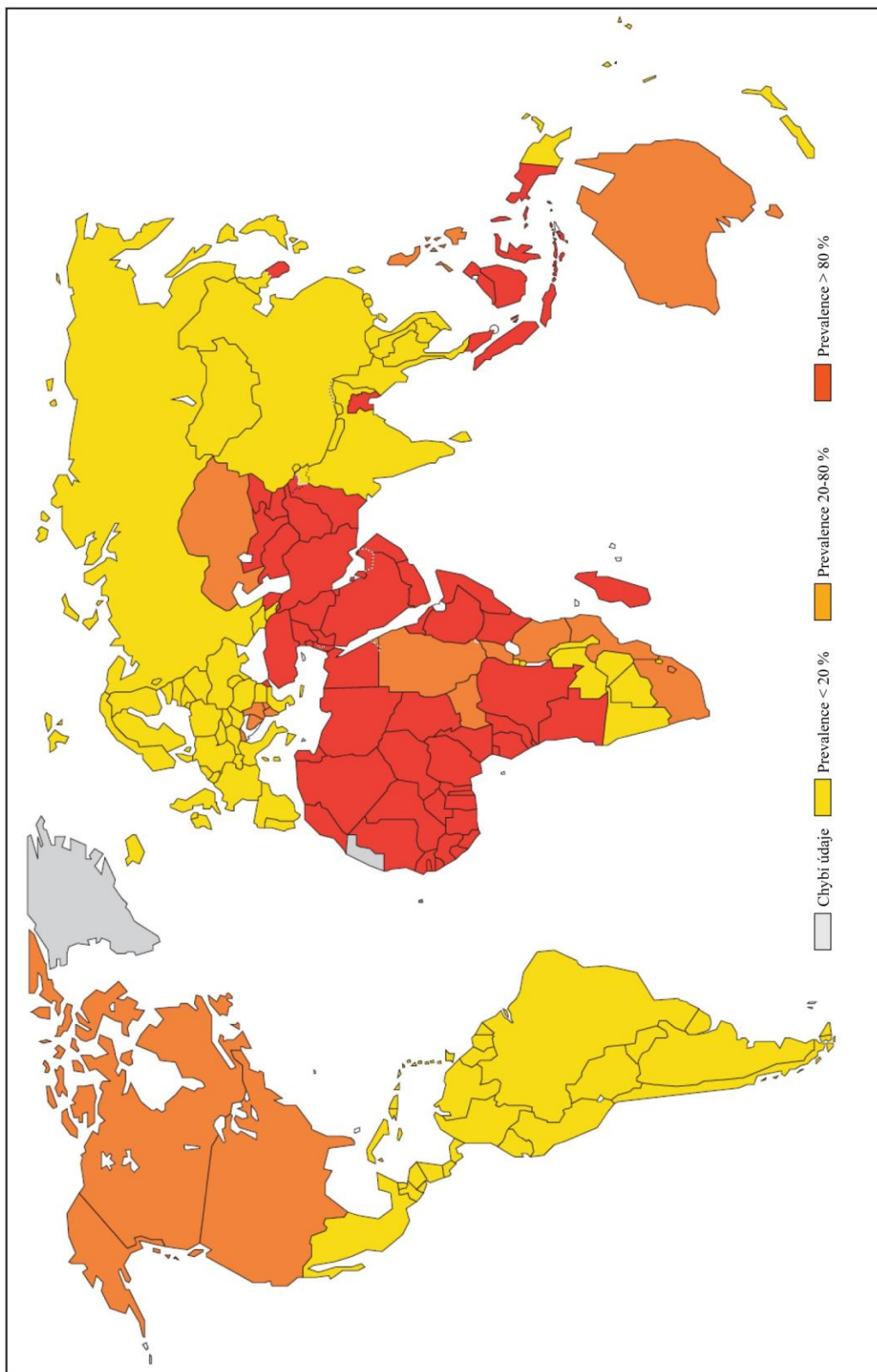
Příloha 5. Průměrný věk žen a mužů při prvním sňatku v zemích severní Afriky v letech 1975 a 1998.

Stát	Průměrný věk (muži) ^a		Průměrný věk (ženy) ^a		Věkový rozdíl mezi manželi	
	1975	1998	1975	1998	1975	1998
Alžírsko	25,3	31,3	20,9	27,6	4,4	3,7
Egypt	26,7	27,9	21,4	22,3	5,3	5,6
Libye	24,6	32,0	18,7	29,2	5,9	2,8
Maroko	25,0	28,8	19,6	25,0	5,4	3,8
Tunisko	28,0	29,8	22,7	26,3	5,3	3,5

^a Průměrný věk při prvním sňatku byl vypočítán Hajnalovou metodou založenou na podílu svobodných osob podle věku. Údaje jsou získány ze sčítání, která se konala nejblíže letům 1975 a 1998.

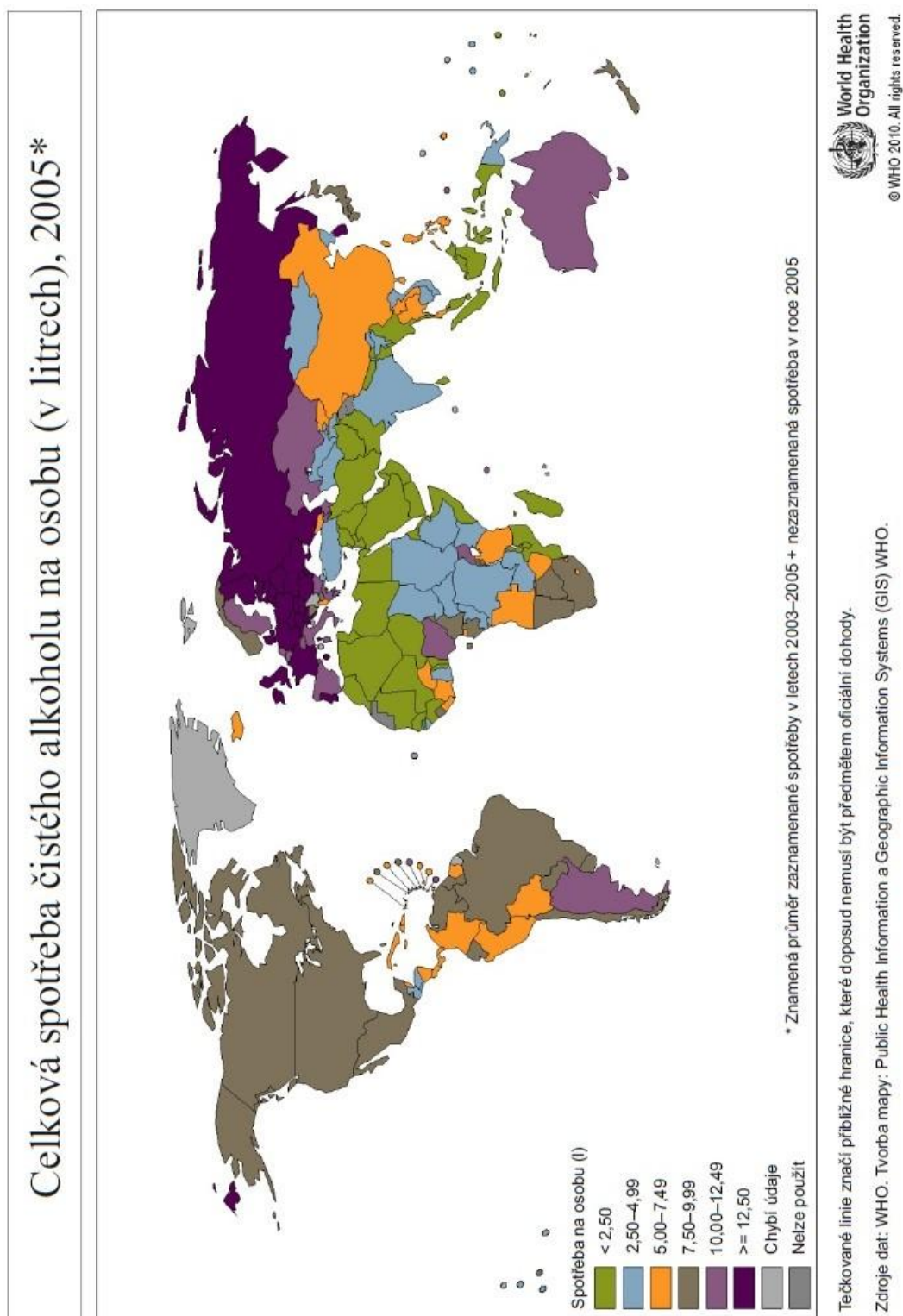
(Tabutin et al., 2005, 596).

Příloha 6. Mapa rozšíření mužské obřízky ve světě v prosinci 2006.



(WHO, 2007d, 9). Přeloženo z anglického jazyka.

Příloha 7. Celková spotřeba čistého alkoholu na osobu (v litrech), průměr let 2003–2005.



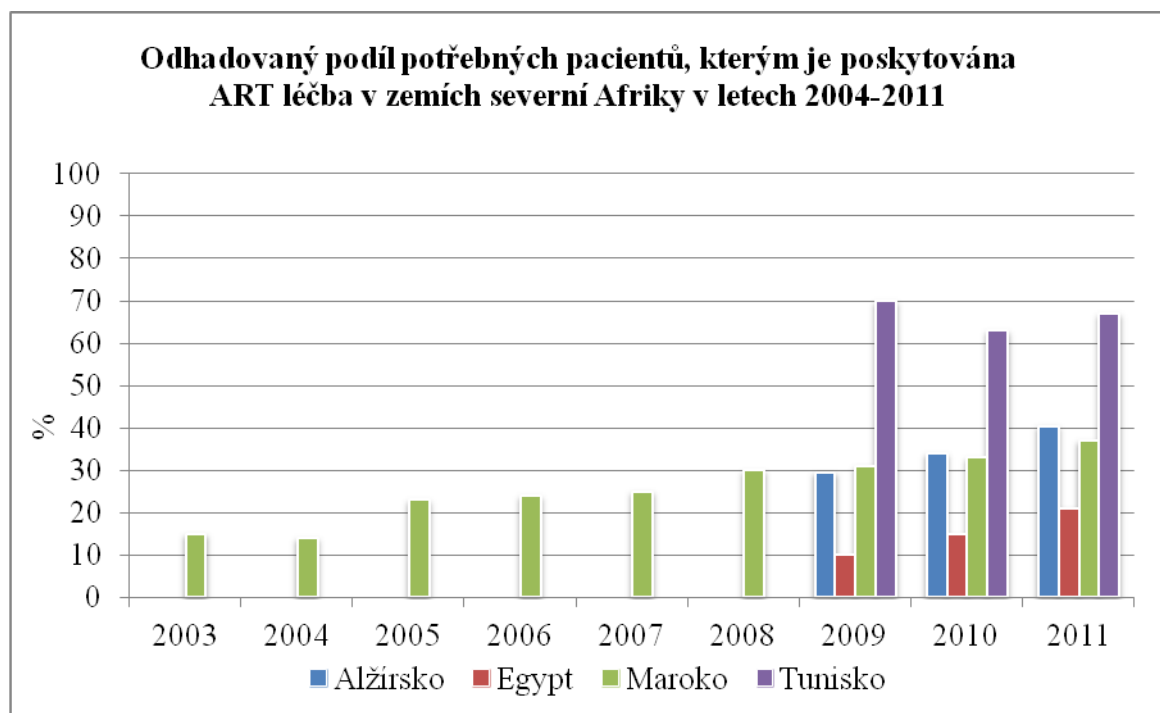
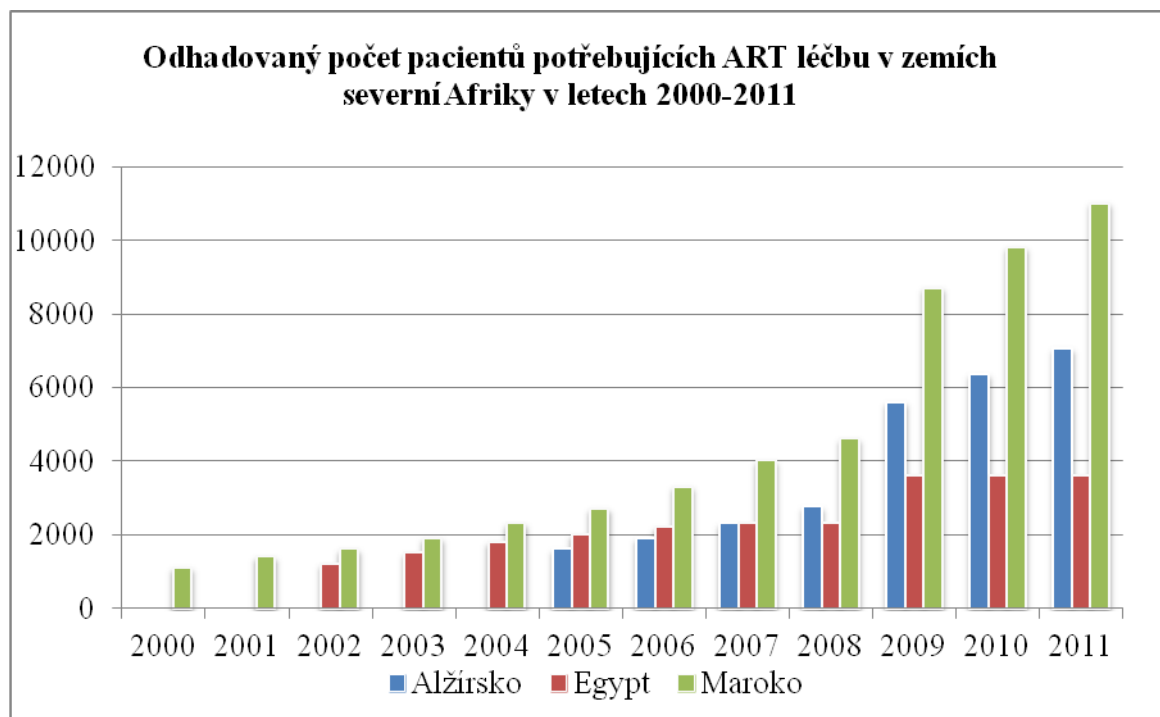
(WHO, 2010b). Přeloženo z anglického jazyka.

Příloha 8. Pokles diskriminace ve zdravotnictví podle roku, kdyby došlo k infekci pacienta virem HIV (hodnoty vyjadřují podíl kladných odpovědí).

Druh diskriminace	před 2002	2002-2005	2005-2008	Průměr
Od zdravotnického personálu	72,2%	38,2%	29,2%	40,2%
Odmítnutí léčby, péče a návštěvy zdravotníka	44,4%	26,5%	8,3%	20,6%
Zpoždění v přístupu k péči	22,2%	14,7%	12,2%	15,0%
Odepření přístupu k léčbě	22,2%	17,6%	6,3%	12,7%
Diskriminace v průběhu předchozích 12 měsíců	33,3%	8,8%	4,2%	11,0%
Diskriminace v rámci servisní podpory pro lidi žijící s HIV / AIDS	16,7%	5,9%	2,1%	5,9%
Rozdělení	17,7%	34,3%	48,1%	100,0%

(Ababou, 2010, 224). Přeloženo z francouzského jazyka.

Příloha 9. Vývoj v poskytování antiretrovirové léčby ve vybraných zemích severní Afriky.



Vykreleno podle: UNAIDS, 2013d; Royaume du Maroc, 2012, 34.

Příloha 10. Znalost a přístup k HIV/AIDS – přehled vybraných výsledků Demografického a zdravotního výzkumu provedeného v letech 2003–2004 v Maroku.

Maroko, ^a ženy, ^b ženy i muži	Slyšeli někdy o AIDS ^a	Myslí, že lze riziko nákazy snížit těmito způsoby: ^a			Vědí, že zdravě vypadající osoba může mít AIDS ^b	Vědí, že AIDS nelze přenést těmito způsoby: ^b	
		Užívání kondomu při každém pohlavním styku	Provozování pohlavního styku pouze s jedním zdravým partnerem	Provozování pohlavního styku pouze s jedním zdravým partnerem a kondomu a i		Moskytí kousnutí	Sdílení jídla s infikovanou osobou
Věk 15–19 let	88,9	39,8	54,7	36,3	55,8	31,6	41,9
Věk 25–29 let	91,2	37,9	55,7	34,5	52,0	26,3	40,4
Věk 40–49 let	89,8	32,7	51,4	30,4	45,5	18,8	29,8
Vdané	90,0	33,5	50,5	30,8	46,4	21,1	31,9
Nevdané	90,8	37,9	54,9	35,4	49,0	21,0	31,3
Obyvatelky měst	97,7	49,1	68,5	44,8	63,6	35,9	53,6
Obyvatelky venkova	79,7	19,7	33,7	18,1	33,6	10,8	15,7
Bez vzdělání	83,2	22,2	36,3	20,0	34,7	11,4	16,4
Ukončené středoškolské vzdělání	99,8	61,9	83,6	56,8	79,3	50,4	76,1
Nejchudších 20 %	72,3	14,9	26,5	14,1	25,9	6,5	9,4
Nejbohatších 20 %	99,0	53,2	76,3	48,6	72,1	42,6	66,8
Celkem	90,6	37,5	54,8	34,3	51,7	26,0	38,6

(Ministère de la Santé, ORC Macro a LAS, 2005, 194–197)

**Příloha 11. Znalost a přístup k HIV/AIDS – přehled vybraných výsledků
Demografického a zdravotního výzkumu provedeného v roce 2008 v Egyptě.**

		Slyšeli někdy o AIDS	Myslí, že lze riziko nákazy snížit těmito způsoby:				přenesť těmito způsoby:			Odmítají dva nejčastější omyly a že zdravě vypadající osoba může mít AIDS	Mají o AIDS komplexní znalosti
			Užívání kondomu při každém pohlavním styku	Provozování pohlavního styku pouze s jedním zdravým partnerem	Sexuální abstinence	kondomu a provozování i pohlavního styku pouze s jedním zdravým partnerem	Vědí, že zdravě vypadající osoba může mít AIDS	Moskyti kousnutí	Sdílení jídel s infikovanou osobou		
Egypt, ženy 15–59 let											
Věk 15–19 let		73,6	8,9	50,1	15,0	8,5	40,7	44,1	41,7	21,1	3,1
Věk 25–29 let		81,5	23,9	67,7	18,1	21,9	53,8	57,4	56,5	32,1	10,1
Věk 45–49 let		65,3	17,3	54,0	11,8	17,0	37,0	42,2	44,1	22,3	7,8
Alespoň jednou vdané		74,6	19,6	60,3	15,9	17,7	46,0	49,3	49,3	26,8	7,9
Nikdy nevdané		77,3	12,7	56,7	16,6	12,1	46,1	50,3	50,2	27,3	5,9
Obyvatelky měst		85,3	23,4	70,4	18,0	21,9	56,6	61,4	65,5	38,2	12,0
Obyvatelky venkova		68,0	13,4	51,1	14,8	11,8	38,2	40,8	37,9	18,7	4,0
Bez vzdělání		48,6	8,2	34,3	7,7	6,8	25,9	24,4	21,1	10,2	2,3
Ukončené středoškolské vzdělání		92,3	26,7	78,2	22,0	24,9	61,2	68,6	71,3	40,5	12,3
Nejchudších 20 %		49,7	7,3	32,6	10,7	6,1	26,4	25,0	22,5	10,2	1,8
Nejbohatších 20 %		93,4	28,2	80,1	18,8	27,0	66,0	71,7	79,5	48,8	15,6
Celkem		75,4	17,6	59,3	16,1	16,1	46,0	49,6	49,6	26,9	7,4

	Slyšeli někdy o AIDS	Myslí, že lze riziko nákazy snížit těmito způsoby:				přenést těmito způsoby:			Odmítají dva nejčastější omyly a že zdravě vypadající osoba může mít AIDS	Mají o AIDS komplexní znalosti
		Užívání kondomu při každém pohlavním styku	Provozování pohlavního styku pouze s jedním zdravým partnerem	Sexuální abstinence	kondomu a provozování pohlavního styku pouze s jedním zdravým partnerem	Vědí, že zdravě vypadající osoba může mít AIDS	Moskyti kousnutí	Sdílení jídla s infikovanou osobou		
Egypt, muži 15–59 let										
Věk 15–19 let	82,7	27,8	62,5	19,7	25,2	54,9	56,4	53,1	32,6	16,0
Věk 25–29 let	92,7	37,4	79,4	25,5	34,1	67,8	68,3	68,9	45,5	21,0
Věk 45–49 let	83,6	38,3	70,6	22,1	33,1	56,1	59,5	60,8	37,2	18,1
Alespoň jednou sezdání	88,4	38,7	74,8	23,5	34,1	61,6	64,4	64,5	40,3	19,4
Nikdy nesezdání	88,8	34,4	72,1	23,4	30,7	62,5	63,4	62,5	39,9	18,5
Obyvatelé měst	89,8	38,4	75,3	23,2	34,1	71,3	68,6	69,2	48,3	22,3
Obyvatelé venkova	87,6	35,4	72,2	23,7	31,3	54,8	60,2	59,1	33,7	16,4
Bez vzdělání	70,7	19,2	55,0	14,9	15,4	37,7	37,5	33,2	15,4	7,0
Ukončené středoškolské vzdělání	96,6	43,9	83,9	26,6	39,7	72,6	76,8	78,7	53,2	25,9
Nejchudších 20 %	77,1	25,5	60,1	17,5	21,5	46,1	44,7	41,8	22,3	9,2
Nejbohatších 20 %	96,0	42,6	83,9	25,8	39,6	79,2	80,6	81,2	60,3	27,8
Celkem	87,4	35,9	72,5	22,9	31,9	61,0	62,0	61,9	38,8	18,1

(El-Zanaty a Way, 2009, 260–261)