VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MEZINÁRODNÍCH VZTAHŮ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009 Bouřilová Lenka

Dovoluji si poděkovat prof. Ing. Evě Cihelkové, CSc. za její cenné rady a připomínky a odborný dohled nad bakalářskou prací.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

Fakulta mezinárodních vztahů

Obor: Mezinárodní obchod

AIDS v zemích subsaharské Afriky: příčiny, stav a důsledky

(Bakalářská práce)

Vypracovala: Lenka Bouřilová

Vedoucí bakalářské práce: prof. Ing. Eva Cihelková, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma AIDS v zemích subsaharské Afriky: příčiny, stav a důsledky vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v přiloženém seznamu literatury.

V Praze dne

Obsah

Seznam zkratek……4

Seznam grafů a tabulek……..….....5

Úvod…… 6

1. Okolnosti vzniku a rozšíření AIDS v subsaharské Africe……8

1.1 Charakteristika viru HIV a choroby AIDS…….. 8

1.2 Faktory ovlivňující rozšíření HIV/AIDS v Africe…….. 9

1.2.1 Biologické a fyziologické faktory…….……..10
1.2.2 Sociokulturní faktory……..10
1.2.3 Ekonomické faktory……15
1.2.4 Politické faktory……..17

2. Stav onemocnění AIDS ve zkoumané oblasti: kvantitativní a kvalitativní charakteristika ……..……18

2.1 Vývoj onemocnění AIDS ve světě a v subsaharské Africe……...18

2.2 Vývoj onemocnění AIDS ve vybraných státech subsaharské Afriky……21

2.2.1 Botswana……..21
2.2.2 Lesotho……22
2.2.3 Svazijsko……...23
2.2.4 Zimbabwe…….....23
2.2.5 Jihoafrická republika……24

2.3 Výhled do roku 2009……..25

3. Ekonomické, sociální a jiné důsledky rozšíření AIDS pro země subsaharské Afriky (případně pro svět)…….... 28

3.1 Demografické důsledky……...28

3.1.1 Úmrtnost……...28
3.1.2 Očekávaná délka života……30
3.1.3 Změna složení domácností……...31

3.2 Ekonomické důsledky……..32

3.2.1 Makroekonomické dopady……...32
3.2.2 Dopady na zdravotnictví……...33
3.2.3 Dopady na domácnosti……33
3.2.4 Dopady na sektory……....34

3.3 Sociální důsledky……35

3.3.1 Dopady na ženy a dívky……...35
3.3.2 Dopady na osiřelé děti……..37

Závěr……38

Použitá literatura…….....40

Příloha……..43

Seznam zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome Syndrom získaného Imunodeficitu
ECA	Economic Commission for Africa Hospodářská komise pro Afriku
HDP	Hrubý domácí produkt
HIV	Human Immunodeficiency Virus Virus způsobující ztrátu obranyschopnosti organismu
HSV	Herpes Simplex Virus
CHGA	Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa Komise pro HIV/AIDS a vládu v Africe
IMF	International Monetary Fund Mezinárodní měnový fond
NPBPA	Národní program boje proti AIDS
PPFN	The Planned Parenthood Federation of Nigeria Plánovaná federace Nigérie
SAP	Structural Adjustment Programmes Programy strukturálních úprav
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Světový program OSN pro HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme Rozvojový program OSN
UNFPA	United Nations Population Fund Populační fond OSN
WB	World Bank Světová banka
WHO	World Health Organization Světová zdravotnická organizace

Seznam grafů a tabulek

Grafy

Graf č. 1: Podíl dětí osiřelých v důsledku AIDS na celkovém počtu osiřelých dětí z ostatních důvodů……..18

Graf č. 2: Vývoj počtu lidí žijících s HIV v jednotlivých letech v Botswaně……19

Graf č. 3: HIV prevalence podle jednotlivých věkových skupin u návštěvníků prenatálních klinik v Jihoafrické republice v letech 2000 – 2006…….23

Graf č. 4: Roční tempa růstu ve vybraných zemích jižní Afriky (v %)……..27

Graf č. 5: Populační pyramida mužů a žen bez AIDS a s AIDS podle věku v Botswaně…….……29

Tabulky

Tabulka č. 1: Odhadovaný počet dospělých a dětí nakažených HIV v Botswaně….20

Tabulka č. 2: Odhadovaný počet dospělých a dětí nakažených HIV v Lesothu…….20

Tabulka č. 3: Odhadovaný počet dospělých a dětí nakažených HIV ve Svazijsku…….....21

Tabulka č. 4: Odhadovaný počet dospělých a dětí nakažených HIV v Zimbabwe……...…...22

Tabulka č. 5: Odhadovaný počet dospělých a dětí nakažených HIV v JAR…….....23

Úvod

Afrika patří k nejchudším regionům světa a v současné době čelí několika významným zdravotním problémům, které nepříznivě ovlivňují ekonomický vývoj, rozvoj lidského kapitálu a snahy o snížení chudoby v zemi. Tyto problémy jsou nadále posilovány mimo jiné nedostatečnými dodávkami zdravotnických potřeb, migrací profesionálů v daném oboru do jiných zemí a kontinentů, nedostatkem pitné vody a v neposlední řadě také špatnou úrovní zdravotnických zařízení.[1]

V průběhu posledních let představuje největší hrozbu pro Afriku pandemie AIDS. Subsaharská Afrika patří k nejvíce postiženým regionům v globální epidemii této nemoci, žije zde více než dvě třetiny všech lidí nakažených virem HIV.[2] Toto onemocnění má nepříznivý vliv nejen na ekonomické, nýbrž i na sociální ukazatele, jelikož na AIDS umírají především kvalifikovanější a vzdělanější lidé, jako jsou učitelé, zdravotníci, farmáři, pracovníci státní správy a další mladí specialisté.[3]

Mezi hlavní příčiny šíření patří především všeobecná neinformovanost obyvatel, ale také ceny léků proti AIDS, které by výrazně snížily úmrtnost v důsledku této nemoci. Ceny jsou nepřiměřeně vysoké a při současné chudobě v Africe si tyto léky nemohou obyvatelé dovolit. Neinformovanost je způsobena hlavně nedostatečnými kampaněmi vlád v afrických státech. K šíření epidemie nesporně přispívají rovněž africké kulturní zvyklosti.[4]

Neustálé šíření epidemie AIDS se stalo během posledních několika let jedním z nejdůležitějších globálních problémů, a to zejména v rozvojovém světě, na který je třeba se důkladně zaměřit a pokusit se zmírnit již tak nepříznivé dopady AIDS na postižené regiony, jakožto i na celý svět. Tyto dopady jsou v současné době alarmující a to je také jeden z důvodů, proč jsem si toto téma vybrala.

Cílem této práce je tedy analyzovat možné příčiny vzniku a rozšíření AIDS a podat ucelený obraz o nejvýznamnějších dopadech AIDS na společnost.

V první části práce bych se chtěla zaměřit na faktory způsobující vznik a rozšíření AIDS v zemích subsaharské Afriky, zejména na sociokulturní,

[1] World Health Organization – Health topics.
[2] CHGA – Securing our future, str. 5.
[3] Africa online – AIDS v Africe, 2001.
[4] Policy. euweb.cz – Konflikty subsaharské Afriky, 2004.

ekonomické a politické příčiny. Druhá část práce vykazuje současný stav epidemie z kvantitativního a kvalitativního hlediska ve světě a ve vybraných zemích subsaharské Afriky a možné perspektivy vývoje do budoucnosti. Třetí část se zabývá důsledky, které vyvolává HIV/AIDS.

Je velmi obtížné rozlišit jednotlivé dopady podle skupiny, do které patří, jelikož se odborná literatura v tomto liší. Rozhodla jsem se tedy dopady rozdělit podle vlastního uvážení do tří skupin na ekonomické, sociální a demografické.

Při zpracování práce byly použity zejména informace ze zdrojů v anglickém jazyce, a to z internetových zdrojů nebo knih dostupných v elektronické podobě. Při vykazování současného stavu jsem využila hlavně výroční zprávy a přehledy významných mezinárodních organizací, jako je UNAIDS nebo ECA, jelikož řada publikací vychází právě z jejich statistických údajů.

1. Okolnosti vzniku a rozšíření AIDS v subsaharské Africe

1. 1 Charakteristika viru HIV a choroby AIDS

V roce 1981 bylo v Severní Americe rozpoznáno poprvé nové onemocnění, které později dostalo název AIDS.[5] Jedná se o syndrom získaného imunodeficitu, neboli soubor příznaků, které vedou ke ztrátě imunity, tj. obranyschopnosti organismu, a organismus se tak stává náchylnější k různých nádorovým a infekčním onemocněním.[6] První případy AIDS se pravděpodobně objevily už po letech 1978–1979 v Ugandě a Tanzánii. Jelikož choroba AIDS byla nalezena u Afričanů, kteří nebyli homosexuálové, ani uživatelé nitrožilních drog, dospělo se k závěru, že epidemii lze přenášet i heterosexuálně a většina infekcí v subsaharské Africe je následkem právě pohlavního styku mezi mužem a ženou.[7] V roce 1983 byl objeven vědeckými týmy původce tohoto onemocnění, a to virus, který byl později v roce 1986 nazván HIV (Human Immunodeficiency Virus). Dosud ale není přesně známo, odkud tento virus pochází.[8]

Virus HIV napadá buňky lidského imunitního systému a ničí nebo zhoršuje jeho funkci. V počátečních stádiích nakažená osoba nemá žádné příznaky, avšak s postupující infekcí se imunitní systém oslabuje a osoba se stává náchylnější k různým náhodným infekcím. Může trvat 10–15 let, než se osoba dostane do nejpokročilejší fáze onemocnění, tedy AIDS, a díky speciálním lékům je možno tuto fázi ještě více oddálit. Dobu, po které se projeví onemocnění AIDS, ovlivňuje celá řada faktorů, jako např. původní úroveň obranyschopnosti imunitního systému, životní styl, vyrovnávání se stresovými situacemi a výživové návyky. [9]

K přenosu viru HIV dochází zpravidla třemi způsoby, a to prostřednictvím nechráněného pohlavního styku, krevní cestou nebo přenosem z matky na dítě. Nejčastější formou přenosu je nechráněný pohlavní styk. Riziko přenosu infekce HIV je výrazně vyšší z infikovaného muže na ženu než naopak. Za jediné preventivní opatření lze označit použití prezervativu, ale ani tento prostředek nelze

[5] Pochází z anglické zkratky Acquired Immune Deficiency Syndrome, která vyjadřuje průběh této choroby.
[6] NPBPA – Detailně o AIDS.
[7] Plesník, V., 2002, str. 1.
[8] NPBPA – Detailně o AIDS.
[9] World Health Organization – Health topics.

pokládat za stoprocentní. Hormonální antikoncepce ani přerušovaná soulož nepředstavuje žádnou ochranu před HIV a jinými pohlavně přenosnými nemocemi.

Další možností je přenos infekce krevní cestou, která zahrnuje nákazu prostřednictvím podání infikované krve nebo krevních derivátů, což je v současné době prakticky eliminováno v rozvinutých zemích, neboť dárci krve jsou důkladně kontrolováni, avšak v rozvojových zemích tento problém stále přetrvává. Druhý způsob nákazy krevní cestou je injekční užívání drog. Sdílení injekčních stříkaček a jehel může vést k šíření HIV, pokud jeden z uživatelů drog je již nakažen. Jako prevence mohou sloužit jednorázové injekční stříkačky.

Poslední možností je přenos z matky na dítě buď v průběhu těhotenství, kojení nebo porodu.[10] Bylo zjištěno, že téměř 15 % dětí, které se rodí matkám infikovaným HIV, je rovněž nakaženo, proto se těmto matkám obvykle doporučuje, aby se vyhnuly nechtěnému těhotenství. Pokud je jeden z partnerů HIV-pozitivní a přesto touží po dítěti, mohou jim být poskytnuty rady pro bezpečné postupy, které by měly snížit riziko přenosu HIV na dítě.[11]

1.2 Faktory ovlivňující rozšíření HIV/AIDS v Africe

Rozšíření a průběh HIV se liší v různých částech světa, neexistuje proto obecné vymezení jednotlivých etap průběhu HIV. V několika zemích s nejstaršími výskyty epidemie, zůstal národní HIV stabilní a v některých případech dokonce i nižší, zatímco v ostatních zemích explodoval pozdější nástup epidemie. Přesné důvody těchto odlišných epidemiologických modelů jsou však všeobecně špatně vnímána. Pochopení těchto modelů a případné zmírnění dopadů epidemie proto vyžadují multidisciplinární výzkum, případně diskuse mezi sociálními vědci, politickými vůdci, nevládními organizacemi a lidmi infikovanými HIV.

Mezi hlavní faktory, které povzbuzují šíření HIV, můžeme zařadit biologické a fyziologické, sociokulturní, ekonomické a politické faktory. Nutno však podotknout, že žádný z těchto faktorů nepůsobí samostatně a všechny jsou propojeny navzájem.

[10] NPBPA – Detailně o AIDS.
[11] ECA – The Case of Malaria and HIV/AIDS, str. 7.

1.2.1 Biologické a fyziologické faktory

Ženská fyziologie představuje větší riziko nakažení virem HIV při nechráněném pohlavním styku než u mužů. Tento významný faktor může být nadále podpořen faktem, že ženy a dívky mají menší přístup k informacím o prevenci, částečně v důsledku nižší míry zápisu do škol, nižší úrovni gramotnosti a nižší sociální a ekonomické moci a mohou mít také horší přístup ke zdravotní péči.

Riziko nakažení virem HIV dále zvyšuje výskyt ostatních sexuálně přenosných nemocí, jako např. herpes simplex virus – 2 (dále jen HSV-2). Nákaza HSV-2 nebo HIV zvyšuje pravděpodobnost infekce dalšími nemocemi. Mezi nejvíce postižené oblasti infekcí HSV-2 patří jižní Afrika, Tanzanie a Zimbabwe. Několik studií v Africe prokázalo snížení sexuálně přenosných nemocí v důsledku strukturálních změn, které zahrnovaly poplatky za zdravotní péči. Riziko infekce může být redukováno provedením mužské obřízky, která tvoří jeden z nejvýznamnějších faktorů pro prevenci proti nákaze.[12]

1.2.2 Sociokulturní faktory

Kulturní normy a hodnoty v různých částech světa a epidemie AIDS se vzájemně ovlivňují na mnoha úrovních a mnoha různými způsoby, nicméně Afrika zahrnuje několik kulturních faktorů, které jsou specifické pro tento kontinent. Je tedy velmi důležité porozumět těmto faktorům a umět na ně reagovat. Tyto faktory jsou determinanty šíření viru, znesnadňují také přístup pro zásahy zvenčí a narušují tak účinnost vnitrostátních reakcí na tuto epidemii.

Kultura hraje významnou roli v několika citlivých otázkách, týkajících se nerovnosti pohlaví, sexuálního práva a reprodukčního zdraví, sexuálních prací a sexuální orientace.

Nerovnost mezi ženami a muži

Pohlaví je nedílným faktorem pro náchylnost jednotlivce k infekci HIV, přístup k podpoře a péči a schopnost vyhnout se, případně vyrovnat s infekcí.[13] Kulturní normy zvyšují sociální a kulturní závislost žen, omezují schopnost žen vyjednávat o bezpečném sexu s partnerem, způsobují předčasná manželství u dívek,

[12] CHGA – Securing our future, str. 17.
[13] UNAIDS – Gender.

snižují přístup žen k informacím a znalostem o jejich těle, zvyšují zranitelnost žen k fyzickému násilí, včetně sexuálního násilí.[14] V reakci na epidemii je tedy důležité zlepšení postavení žen a dívek, přičemž nejvíce účinné je řešit epidemii na národní úrovni. Zmírnění nerovnosti pohlaví vyžaduje změnu sociálních norem, postojů a chování prostřednictvím komplexního souboru politik a strategií.[15]

Úděl žen a očista vdovy

Některé státy již začaly reformovat své zákony v této oblasti, např. v Zambii byl v roce 2005 pozměněn trestní zákoník a staly se tak nezákonné některé kulturní činnosti jako jsou např. očisty vdov.[16] Očista vdov představuje tradiční praxi, v níž se očekává, že vdovy budou mít sexuální vztahy s příbuznými zemřelého manžela za účelem zajištění majetku v rámci rodiny.[17]

Polygamie

V oblastech s vysokou mírou polygamního chování byla nalezena vyšší míra infekce virem HIV a polygamie je tedy považována za jeden z hlavních faktorů, které podporují šíření HIV v Africe. Avšak existují i výjimky, které jsou s tímto tvrzením v rozporu, např. v Ghaně byla v severní části naměřena nejnižší míra infekce, ačkoliv zde téměř 44 % manželství vykazuje polygamní chování. Polygamie může být vytvořena v uzavřené sexuální síti, kde je nižší pravděpodobnost rozšíření infekce.

Domácí násilí včetně znásilnění manželem

Pokud kulturní normy omlouvají mužskou promiskuitu nebo patriarchální kontrolu sexuálních činností manželských párů, jsou vdané ženy vystaveny vysokému riziku nákazy. Ženy jsou povinny mít pohlavní styk kdykoli i za riskantních podmínek, např. muži mají pohlavní styk s jinými ženami, jsou nakaženi pohlavně přenosnou nemocí a vynucují si poté pohlavní styk pod vlivem alkoholu, přičemž trauma způsobené vynuceným sexem zvyšuje pravděpodobnost přenosu HIV. V některých zemích jako např. v Zimbabwe byla přijata právní opatření, které vynucený sex v manželství považují rovněž za znásilnění.

[14] CHGA – Securing our future, str. 18.
[15] UNAIDS – Gender.
[16] CHGA – Securing our future, str. 19.
[17] UNFPA – Women´s rights.

Přehlížení některých skupin obyvatel

Některé kulturní normy a náboženské hodnoty mohou podporovat diskriminaci nebo politické a společenské tabu. To umožňuje HIV, aby se uchýlil ve společnosti z důvodu přehlížení skupin obyvatel, které jsou obzvlášť citlivé na HIV.[18] Z toho vyplývá další významný faktor odpovědný za šíření HIV, a to stigma spojené s onemocněním. Stigma začíná neznalostí nemoci a spojení HIV infekce s jinými nepřijatelnými praktikami a tabu ve společnosti, jako je homosexualita, prostituce, nitrožilní užívání drog. Odmítnutí těchto postupů společností často vede k diskriminaci HIV-infikovaných, kteří jsou automaticky spojeni s těmito praktikami. Společnost tak odrazuje lidi, aby podstoupili testování a hledali potřebné ošetření z obavy, že budou odsouzeni a diskriminováni.[19] Diskriminace a sociální vyloučení by mělo být ve větší míře kompenzováno kulturními normami, které podporují sociální spravedlnost, začlenění a respekt k ostatním.

Právo vlastnit a dědit majetek

V některých kulturách mají vdovy velmi omezená práva při vymáhání rodinného majetku, který je často zabaven rodinou manžela.[20] Konkrétní struktura vlastnictví a zbavení se značně liší i v rámci jednotlivých zemí. Z dostupných důkazů se zdá, že ženy z městských i venkovských oblastí mají výrazně omezen přístup k vlastnictví a jeho kontrole. Kromě toho, že se jedná o narušování lidských práv a individuální důstojnosti, podrývá toho chování také ekonomické zabezpečení ženy, neboť žena musí čelit různým obtížnostem, pokud jde o zajištění bydlení, zachování základních potřeb pro přežití nebo přístupu k ekonomickým příležitostem.

V souvislosti s rychlým šířením HIV/AIDS vyvolává tento přístup začarovaný kruh chudoby a zvyšuje zranitelnost žen. Pro městské i venkovské obyvatele je životně důležitým zdrojem obživy půda, která rovněž poskytuje přístřeší nebo místo, které slouží ke generování příjmů. Nicméně dědičnost pravidel a jiných společenských norem často brání ženám, aby vlastnily pozemky a jiné nemovitosti. Ženy většinou nemají přístup k prostředkům, které by mohly sloužit jako záruka za úvěr a ještě méně žen má přístup k úsporám. V některých částech země je vdova nucena se vdát za bratra svého zesnulého manžela.[21]

[18] CHGA – Securing our Future, str. 19.
[19] ECA – Storing African Leadership for Better Health, str. 8–10.
[20] CHGA – Securing our future, str. 19.
[21] UNDP – Women, HIV/AIDS, Property und inheritance rights, 2005, str. 8.

Škodlivé praktiky jako je mrzačení ženských genitálií

Tradiční postupy zahrnující ženskou obřízku a zmrzačení mohou mít za následek infekci.[22] Podle studie, kterou zveřejnila Světová zdravotní organizace (World Health Organization – WHO) bylo rovněž zjištěno, že obětem sexuálního mrzačení hrozí větší riziko komplikací při porodu nebo úmrtí dítěte. Praktikování ženské obřízky se liší v jednotlivých státech, např. v Senegalu ji podstupuje 20 %, ale v Súdánu až 90 % dívek.[23] V Mali, Senegalu a jiných zemích byla přijata právní opatření na zrušení těchto tradičních metod.[24] Všeobecným problémem ovšem zůstává, že se dodržování zákona zakazujícího ženskou obřízku těžko prosazuje v praxi. Podle WHO převládá velmi špatná situace v Sierra Leone, Súdánu nebo Libérii.[25]

Sexuální praktiky

Jak je zřejmé, velká většina infekcí HIV je sexuálně přenosná. Některé sexuální praktiky a preference mohou přispívat k většímu riziku nákazy HIV, např. starší muži si hledají mladé ženy. Kulturní normy mohou podpořit přenos HIV a zabránit tak účinnosti preventivních zásahů, zároveň ale existují některé tradiční kulturní normy, které naopak působí pozitivně jako reakce na AIDS, např. mužská obřízka, která snižuje riziko přenosu HIV u mužů.

V mnoha afrických zemích se má za to, že největší hnací motor epidemie tvoří mužské sexuální praktiky, postoje a chování vůči ženám. Jak už bylo zmíněno, muži jsou oprávněni vyžadovat pohlavní styk a žena ho nemůže odmítnout ani v případě, že by věděla, že je muž infikovaný. Mnoho mužů zneužívá svého postavení, příjmů a přístupu k jiným zdrojům k nákupu, vynucení nebo výměně sexu od žen a dívek. Své chování pak ospravedlňují na základě kulturních a sociálních norem, což vede k povzbuzení, aby muži měli více sexuálních partnerů. Vdaná žena pak čelí velkému riziku a pro mnoho žen tedy manželství a věrnost nepředstavuje žádnou ochranu před nákazou.

Dalším faktorem, který zvyšuje riziko nákazy HIV, je, pokud mají muži a ženy souběžný sexuální vztah s více partnery v krátkém časovém období. To

[22] CHGA – Securing our future, str. 19.
[23] Aktuálně – Obřízkou jsou mrzačeny miliony dívek.
[24] CHGA – Securing our future , str. 20.
[25] Aktuálně – Obřízkou jsou mrzačeny miliony dívek.

částečně vyplývá ze skutečnosti, že virová zátěž je nejvyšší v týdnech bezprostředně po infekci. Odhaduje se, že více než polovina přenosů infekce mezi heterosexuálními partnery v subsaharské Africe se uskuteční během prvních šesti týdnů od nákazy člověka.

Ženy a dívky se setkávají s mnoha faktory, které ovlivňují přenos viru HIV. Tyto faktory však nevyplývají z individuální volby, ale jsou zapuštěny v sociálních vztazích a materiálních realitách společnosti. V některých zemích nesou riziko nákazy předčasná manželství žen a dívek, neboť u starších partnerů je vyšší pravděpodobnost, že jsou již infikováni. Bylo zjištěno, že v Keni, žádná z manželek, která měla partnera staršího o méně než 3 roky, nebyla nakažena virem HIV. Naopak v případě, že byl partner starší o 10 let a více, polovina manželek byla HIV-pozitivní. Stejně tak pokud má mladá dívka transakční sex se starším mužem, vystavuje se riziku nákazy a v případě, že se poté vdá za partnera, který je jen o pár let starší než ona, může ho infikovat.

Transakční sex je významný faktor při přenosu HIV, který zahrnuje nemanželské sexuální vztahy, v nichž muž nabízí peníze, dárky nebo jiná zvýhodnění výměnou za sex. U žen jsou tyto vztahy provozovány převážně se starším partnerem nebo i s více partnery a mohou trvat i několik měsíců nebo roků. Pro mnoho žen jsou tyto vztahy způsobem, jak přežít v obtížných situacích, ale mohou být také příležitostí k získání hmotných statků, přístupu k zaměstnání a vzdělání. Mnoho žen používají samy sebe poháněny chudobou nebo touhou po lepším životě jako komoditu, kterou vyměňují za zboží, peníze, ubytování a další základní potřeby. Transakční sex tak současně odráží obecně lepší hospodářské postavení mužů a snadnější přístup ke zdrojům. Zejména v městských částech se stávají sexualita, přežití a spotřeba stále více spjaty.

Sexuální práce jsou dalším faktorem, který přispívá k epidemii HIV. Na mnoha místech získala epidemie svůj první opěrný bod u lidí, kteří prodávají sex a jejich klientů, předtím, než se rozšířila do celé populace. Komerční sexuální práce posilují řadu nerovnoměrností a dlouho dobu byly uznávány jako hnací síla HIV a epidemie AIDS. Dokonce i v zemích, kde je výskyt HIV relativně nízký, může dosahovat vysokého počtu u žen, které prodávají sex.[26]

[26] CHGA – Securing our future, str. 20–23.

Ochrana sexuálních pracovníků před infekcí HIV představuje velký potenciál pro prevenci HIV a tedy přínos pro celou populaci. Programy prevence HIV se sexuálními pracovníky jsou vysoce nákladově efektivní. Důkazy ukazují, že zachování nízké hladiny HIV mezi těmito pracovníky zpomaluje epidemii HIV. Aby se docílilo efektivní prevence HIV, mělo by být podporováno používání kondomů při každém sexuálním aktu a zajištění cenově dostupných a kvalitních kondomů. Kromě toho musí mít sexuální pracovníci přístup ke komplexní zdravotní péči s důrazem na kvalitní ošetření sexuálně přenosných infekcí, která by měla zahrnovat také další sexuální a reprodukční zdravotní služby a služby směřující k prevenci přenosu HIV z matky na dítě. Důležitá je také dostupnost poradenství a testování na HIV. Stejně jako u většiny rizikové populace je nutné zajistit sexuálním pracovníkům účast na rozvoji, provádění a sledování preventivních služeb. V zemích s nízkými a koncentrovanými epidemiemi by se strategie měly zaměřit na budování znalostní základny a např. provádění testování HIV v terénu, které by měly zahrnout širší veřejnost, včetně všech dospělých.[27]

1.2.3 Ekonomické faktory

Mezi nejvýznamnější ekonomické faktory patří chudoba. Ačkoliv vztah mezi chudobou a přenosem HIV není jednoduchý, je možné, že tento faktor přispívá u Afričanů k větší náchylnosti k nákaze HIV, ale i jiných pohlavně přenosných nemocí, zvláště pak u žen a dívek.[28] Důležité je, že chudoba představuje nejen příčinu, ale také důsledek nákazy. Téměř polovina lidí v Africe žije s necelým dolarem na den. Trvající chudoba zpomaluje hospodářský růst a přispívá ke špatnému zdraví obyvatel. Chudoba dále posouvá ženy k prostituci a znemožňuje dosáhnout kvalitního vzdělání. Přístup k preventivním opatřením není zdaleka široce a cenově dostupný.[29]

V době, kdy se začíná objevovat AIDS (během uplynulých dvaceti let), postihly většinu obyvatel Afriky velké ekonomické problémy. S těmito ekonomickými problémy souvisí programy strukturálních úprav (Structural Adjustment Programmes – SAP), které prováděly Světová banka (World Bank – WB) a Mezinárodní měnový fond (International Monetary Fund – IMF), které

[27] UNAIDS – Sex workers and clients.
[28] CHGA – Securing our future, str. 23.
[29] ECA – Storing African Leadership for Better Health, str. 8–10.

negativně ovlivnily průběh HIV/AIDS. Tyto programy přispěly k oslabování zemědělského sektoru, zesílily ekonomickou depresi, vedly k prohloubení nerovnosti mezi pohlavími a přispěly rovněž ke zvýšení chudoby. SAP mají také podíl na rozvoji dopravní infrastruktury, která je velice potřebná pro proexportně orientované ekonomiky, ale řada studií ukazuje na to, že právě podél dopravních cest dochází ke zvýšení počtu nakažených HIV. Dále SAP vedly ke snížení výdajů za sociální služby a zdravotní péči, přesto v zemích subsaharské Afriky dochází k nerovnoměrnému přístupu ke zdravotním a sociálním službám, jelikož v důsledku snížení nákladů docházelo k opětovnému používání injekčních stříkaček, což mohlo vést k dalšímu šíření HIV. [30]

Pohyby vojsk v důsledku válek a konfliktů byly a stále jsou přiřazovány mezi hlavní faktory ovlivňující přenos HIV v Africe.[31] V průběhu 90. let došlo ke značnému zvýšení násilí ve velké části subsaharské Afriky. V mnoha státech probíhala mezi roky 1989 a 2000 válka mezi významnější konflikty, jako např. regionální války v Libérii, Rwandě a tehdejším Zairu, nepokoje mezi Eritreou a Súdánem nebo dlouholetá občanská válka v Angole. Právě vojáci jsou považováni za jednu z nejvíce rizikových skupin. V Angole nebo Demokratické republice Kongo je až 60 % ozbrojených sil infikovaných virem HIV.[32]

Velký podíl mobilní populace se skládá z migrujících pracovníků, řidičů nákladních aut a obchodníků.[33] Řidiči nákladních aut jsou při svém zaměstnání vzdáleni od svého domova několik dní nebo týdnů a často se pohybují z jednoho regionu do druhého a podél své trasy se zapojují do sexuálních vztahů s různými ženami. V říjnu roku 2001 byl zahájen program plánované federace Nigérie (The Planned Parenthood Federation of Nigeria – PPFN), který je zaměřen na vzdělávání řidičů o potřebě bezpečného sexu a dalších otázkách týkajících se prevence.[34]

Pracovní migrace rovněž usnadňuje šíření HIV/AIDS. Nedostatek pracovních příležitostí v mnoha venkovských oblastech Afriky nutí muže, aby se stěhovali do městských částí s jinou úrovní mezd. Některé studie ukázaly na to, že výskyt HIV je dvakrát vyšší u migrujících pracovníků než u lidí, kteří nemigrují. Velké rozsáhlé

[30] Collins, J.; Rau, B., 2004.
[31] ECA – Storing African Leadership for Better Health, str. 8–10.
[32] Docking, T., 2001, str. 1, 4–5.
[33] ECA – Storing African Leadership for Better Health, str. 8–10.
[34] Africa Recovery, 2001, str. 8.

migrace z důvodu chudoby, hluboké socioekonomické nerovnosti a sociální dislokace se zdají být ideálním prostředím pro šíření HIV a dalších pohlavně přenosných nemocí. Obzvlášť vysoká úroveň infekce HIV byla zaznamenána v oblastech mimo hlavní dopravní trasy, v blízkosti vojenských základen a okolí a zemědělských usedlostech. Nedávná studie také naznačuje, že ženy, které jsou ponechány s malou nebo žádnou příležitostí k ochraně samy sebe ve venkovském zázemí, se často uchylují k transakčnímu sexu, aby přežily. Rozsáhlé průzkumy v Jižní Africe prokázaly vzájemnou závislost mezi vysokou úrovní HIV a rozšířením transakčního sexu a mnohočetnými ztrátami pracovních míst v oborech náročných na ženskou práci, jako jsou textilní a oděvní průmysl po odstranění cel a dotací.

1.2.4 Politické faktory

Příznivé politické vedení usnadňuje prevenci HIV. Ještě donedávna přetrvávala zdráhavost rozpoznat epidemii, diskutovat o sexuálních otázkách nebo poskytnout odpovídající zdroje pro efektivní programy sloužící k prevenci. Mnoho pozorovatelů ve většině zemí a mezinárodních organizacích věří, že šíření HIV by mohlo být zpomaleno, pokud by afričtí vůdci včas reagovali a byli otevřeni v časných etapách epidemie. Bez silného politického vedení v počátcích epidemie, postrádají preventivní programy politický vliv na vytváření důvěryhodnosti, veřejné podpory a zdrojů.

Mnoho států z oblasti subsaharské Afriky je závislých na cestovním ruchu. Z obavy před ztrátou zahraničních investic a možným poklesem příjmů z turistiky si proto většina afrických vlád odmítala připustit AIDS jako problém. Vlády některých afrických zemí jako např. Namibie nebo Zambie se obávají snížení počtu turistů v případě informování o skutečném rozsahu AIDS. Významnou roli hraje také nedostatečné zaměření na kritické faktory, které pohání epidemie a jejich selektivní dopady. Političtí představitelé na všech úrovních a ve všech odvětvích jsou rozhodující při jednání o rozmanitých faktorech, které ovlivňují epidemii a měli by zaměřit své politiky vůči těmto faktorům. [35]

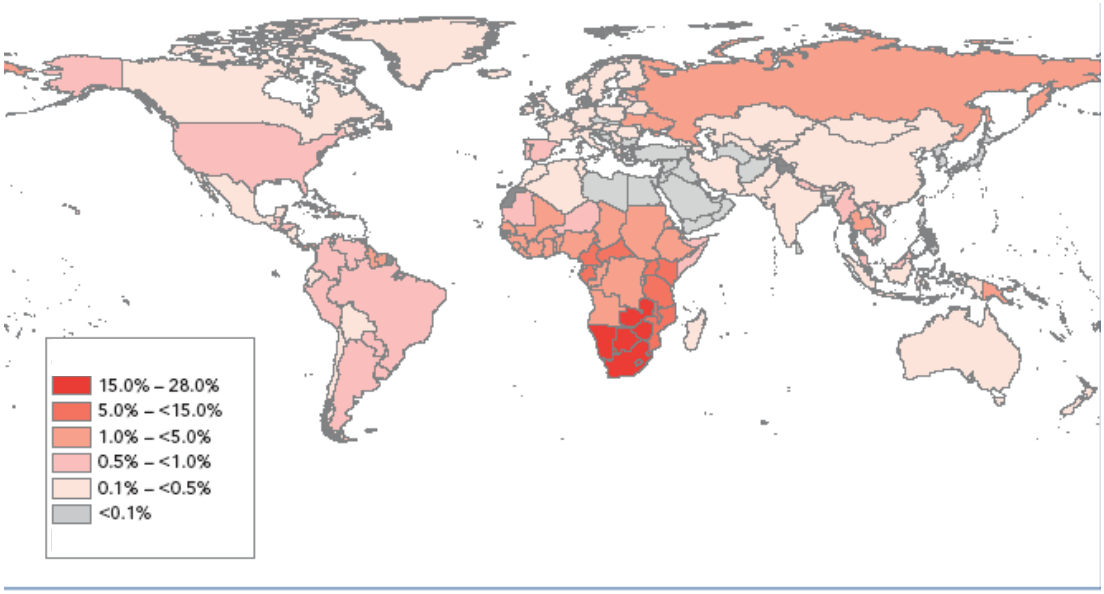
[35] CHGA – Securing our future, str. 24–25.

2. Stav onemocnění AIDS ve zkoumané oblasti: kvantitativní a kvalitativní charakteristika

2.1 Vývoj onemocnění AIDS ve světě a v subsaharské Africe

Globální procento lidí žijících s HIV se od roku 2000 stabilizovalo, avšak na nepřijatelně vysoké úrovni.[36] Podle Světového programu OSN pro HIV/AIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS) byl odhadovaný počet lidí žijících s HIV na celém světě 33 mil. do konce roku 2007, což je o 16 % méně v porovnání s odhadem za rok 2006, kdy počet infikovaných činil zhruba 39,6 %. Navzdory poklesu, onemocnění AIDS patří mezi hlavní příčiny úmrtí na celém světě a představuje hlavní důvod úmrtí v Africe.[37] Počet úmrtí v důsledku AIDS dosáhl v roce 2007 dva miliony lidí. Dále se odhaduje, že počet nově nakažených lidí v roce 2007 činí 2,7 mil.[38] Míra nových infekcí v několika zemích poklesla, avšak globálně jsou tyto trendy alespoň částečně kompenzovány zvýšením počtu infekcí v jiných zemích.[39]

Mapa č. 1: Podíl dospělé populace infikované HIV/AIDS za rok 2007 dle odhadů UNAIDS



Zdroj: UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 5.

[36] UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 5.
[37] UNAIDS – Annual Report 2007 – str. 8.
[38] UNAIDS – Epidemiology slide 2008.
[39] UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 5.

Subsaharská Afrika zůstává nejvíce postiženým regionem epidemií AIDS, žijí zde více než dvě třetiny všech infikovaných lidí a téměř 72 % úmrtí je způsobeno epidemií AIDS.[40] Za rok 2007 se odhaduje počet dospělých a dětí žijících s HIV na 22 milionů, z toho nově nakažení představují asi 1,9 mil. lidí. Počet úmrtí v důsledku onemocnění AIDS se pohybuje okolo 1,5 mil.[41]

Většina národních epidemií v subsaharské Africe se stabilizovala nebo začala klesat[42], avšak existují i výjimky, např. nové informace z Keni naznačují, že v roce 2007 se odhadované procento výskytu pohybovalo mezi 7,1 % a 8,5 % ve srovnání s rokem 2003, kdy procento dosahovalo v odhadu asi 6,7 %.

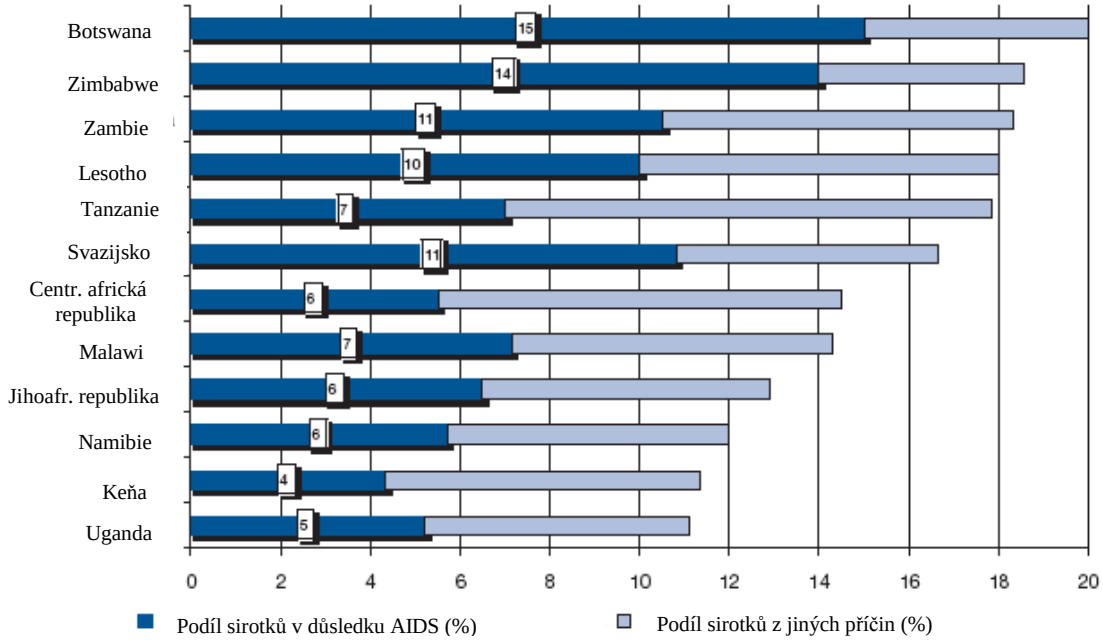
Velmi nerovnoměrně je AIDS rozšířen mezi dospělými lidmi, přičemž dospělí jsou definováni jako muži a ženy starší 15 let. To představuje značnou odlišnost od ostatních studií, kde byli dospělí striktně vymezeni věku 15–49 let, ale vzhledem k tomu, že se epidemie posunula i za tento věk a díky lepšímu přístupu k pomoci, je vhodné sledovat vývoj ve všech věkových skupinách. Míra procentuálního vyjádření však nadále zůstává vyjádřena ve věkové hranici 15–49 let z důvodu lepšího srovnání mezi jednotlivými zeměmi. V subsaharské Africe tvoří podíl dospělé populace v odhadu 20,3 mil. z celkové počtu nakažených. Ve srovnání s rokem 2001 klesla prevalence HIV z 5,7 % na 5 % v roce 2007. Nejvíce postiženými státy v subsaharské Africe jsou Botswana, Lesotho a Svazijsko, kde prevalence HIV dosahuje přes 20 %.[43]

Ženy jsou mnohem více ohroženy než muži. V subsaharské Africe tvoří ženy téměř 60 % všech lidí žijících s HIV/AIDS a v celém kontinentu žije téměř 80 % žen nakažených HIV/AIDS. K větší zranitelnosti zejména mladých žen ve věku 15–24 přispívají hlavně socioekonomické a některé biologické faktory, které byly již zmíněny v první části práce. Podle studií v Kisumu nebo Keni bylo zjištěno, že HIV prevalence ve věku 15–19 let je výrazně vyšší u žen (až 23 %), na rozdíl od mladých mužů (3,5 %).[44] V roce 2007 se odhaduje celkový počet žen starších 15 let žijících s HIV/AIDS na 15,5 mil., z toho 12 mil. žije právě v subsaharské Africe.[45]

[40] UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 5.
[41] UNAIDS – Epidemiology slide 2008.
[42] V příloze č. 1 naleznete odhadované procento výskytu HIV u těhotných žen v zemích subsah. Afriky.
[43] UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 5, 213–215.
[44] Economic Commision for Africa – Securing our future , str. 11.
[45] UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 216.

Děti jsou více ohroženy kvůli dopadům HIV/AIDS. Sociální struktury se mění s tím, jak rodiče umírají v mladším věku a ve větším počtu. Výsledkem je rychle rostoucí počet osiřelých dětí. Podle odhadů osiřelo v roce 1990 v subsaharské Africe 841 000 dětí v důsledku úmrtí jednoho nebo obou rodičů na AIDS, v roce 2005 už to bylo více než 12 milionů dětí, což představuje třináctinásobný přírůstek během 15 let. Podíl osiřelých dětí bude podle odhadů nadále stoupat předtím, než se stabilizuje. Děti osiřelé v důsledku AIDS zabírají stále větší část z počtu všech osiřelých dětí z různých důvodů (viz graf č.1). V polovině zemí subsaharské Afriky zaujímají tyto děti 20 % všech osiřelých, v 10 zemích až 40 % dětí osiří z důvodu AIDS.[46]

Graf č. 1 – Podíl dětí osiřelých v důsledku AIDS na celkovém počtu osiřelých dětí z ostatních důvodů



Zdroj: CHGA – Securing our future, str. 13.

Celkový počet sirotků z důvodu AIDS dosáhl odhadem 15 mil., z toho 11,6 mil. sirotků žije v subsaharské Africe, což představuje téměř dvojnásobek počtu sirotků v roce 2001, který se pohyboval okolo 6,5 mil.[47]

[46] CHGA – Securing our future, str. 13.
[47] UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 218.

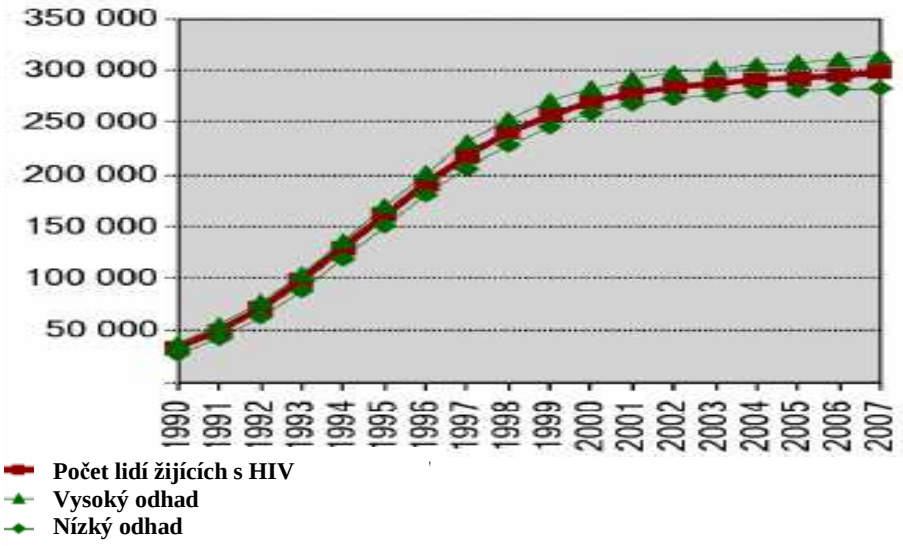
2.2 Vývoj onemocnění AIDS ve vybraných státech subsaharské Afriky

Rozsah a trendy epidemie se značně liší v jednotlivých regionech, přičemž nejvíce postiženou oblast představuje jižní Afrika. V roce 2007 zde byla vyčíslena téměř třetina počtu všech nových infekcí HIV a smrtí v důsledku AIDS. V roce 2005 byla naměřena prevalence HIV u dospělých vyšší než 15 % u osmi států, a to: Botswana, Lesotho, Mosambik, Namibie, Jihoafrická republika, Svazijsko a Zimbabwe. Nikde jinde nedosáhla prevalence HIV takové úrovně, avšak v současné době dochází u některých států ke stabilizaci nebo dokonce poklesu HIV. Výjimku tvoří pouze Mosambik, kde byl zjištěn růst prevalence HIV od posledního měření v roce 2005.[48]

2.2.1 Botswana

V posledních letech klesá v Botswaně hladina infekce HIV mezi těhotnými ženami, které navštěvují prenatální kliniky. Z toho vyplývá, že epidemie dosáhla svého vrcholu a mohla by být na ústupu, avšak na základě jiných dat bylo zjištěno, že každý čtvrtý dospělý obyvatel Botswany je nakažen HIV, což vypovídá o tom, že situace v Botswaně zůstává stále vážná (viz graf č. 2).[49]

Graf č. 2: Vývoj počtu lidí žijících s HIV v jednotlivých letech v Botswaně



Zdroj: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Botswana, str. 4.

[48] 2007 AIDS Epidemic Update – Regional Summary, str. 1.
[49] 2007 AIDS Epidemic Update – Regional Summary, str. 6.

V následující tabulce jsou uvedeny údaje o rozšíření HIV mezi jednotlivými skupinami obyvatel k porovnání v roce 2001 a 2007.

Tabulka č. 1: Odhadovaný počet dospělých a dětí nakažených HIV v Botswaně

	2001	2007
Dospělí (15+) a děti	280 000	300 000
Dospělí (15+)	270 000	280 000
Děti (0–14)	13 000	15 000
Míra dospělých (15–49) (%)	26,5	23,9
Ženy (15+)	160 000	170 000

Zdroj: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Botswana, str. 4.

HIV prevalence ve věku 15–24 let je třikrát větší u mužů než u žen (muži 5,1 a ženy 15,3 %). Odhadovaný počet úmrtí z důvodu AIDS dosáhl v roce 2007 11 000, což je o 5 000 méně než v roce 2001. Naproti tomu, odhadovaný počet sirotků díky AIDS mladších 17 let se v roce 2007 zvýšil na 95 000 z 57 000 v roce 2001.[50]

2.2.2 Lesotho

Prevalence HIV v Lesothu zůstává stále na vysoké úrovni, téměř 23 % dospělých obyvatel bylo HIV pozitivní v roce 2005, přičemž nejvyšší úrovně infekce je dosahováno v městských oblastech. Ženy tvoří okolo 57 % všech osob žijících s HIV (odhadovaná suma lidí nakažených HIV je uvedena v tabulce č. 2). Snahy o prevenci postrádají kvalitu a rozsah potřebný k odvrácení epidemie. Problémem je vysoká neinformovanost, téměř minimální používání prezervativů, zahájení sexuální aktivity v brzkém věku (ještě před 15 rokem) a vyhledávání mimomanželského sexu.[51]

Tabulka č. 2: Odhadovaný počet dospělých a dětí žijících s HIV v Lesothu[52]

	2001	2007
Dospělí (15+) a děti	250 000	270 000
Dospělí (15+)	240 000	260 000
Děti (0–14)	8 000	12 000
Míra dospělých (15–49) (%)	23,9	23,2
Ženy (15+)	140 000	150 000

Zdroj: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Lesotho, str. 4.

[50] UNAIDS – Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Botswana, str. 5, 6.
[51] 2007 AIDS Epidemic Update – Regional Summary, str. 5.
[52] Tabulka upravena podle údajů UNAIDS – Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Lesotho, str. 4.

V roce 2007 se odhaduje počet dospělých a dětí, kteří zemřeli na AIDS na 18 000, což představuje nárůst o 5 000 ve srovnání s rokem 2001. K téměř trojnásobnému nárůstu došlo v počtu osiřelých dětí, který v roce 2001 dosahoval 37 000 dětí a v roce 2007 až 110 000 dětí.[53]

2.2.3 Svazijsko

Svazijsko dosahuje nejvyšší prevalence HIV, která byla kdy naměřena v průzkumech národních obyvatel, a to 26 %. Předporodní a populační průzkumy ukazují pouze malé odlišnosti v prevalenci mezi regiony. Naopak k významným rozdílům dochází v úrovních infekce u mužů a žen, kde HIV-pozitivních je shledáno 20 % mužů a 31 % žen. HIV prevalence účastníků prenatální kliniky patří rovněž k nejvyšším na světě. Na základě průzkumů bylo zjištěno, že každá druhá žena ve věku 20–34 let, která navštěvuje prenatální kliniky je HIV-pozitivní. U dospívajících ve věku 15–19 let čekajících dítě dochází k nákaze HIV u každého čtvrtého. Podobně vysoké úrovně infekce je dosahováno i u mužů, avšak ve starší věkové skupině. HIV-pozitivních je 44 % mužů ve věku 30–34 let a 45 % mužů ve věku 35–39 let.[54]

Tabulka č. 3: Odhadovaný počet dětí a dospělých nakažených HIV v Svazijsku[55]

	2001	2007
Dospělí (15+) a děti	160 000	190 000
Dospělí (15+)	150 000	170 000
Děti (0–14)	10 000	15 000
Míra dospělých (15–49) (%)	26,3	26,1
Ženy (15+)	91 000	100 000

Zdroj: Epidemiological Fact Sheet – Swaziland, str. 4.

Podle odhadů dosáhl počet úmrtí v důsledku AIDS 10 000 dospělých a dětí v roce 2007, v roce 2001 činil asi 7 700 lidí. Počet dětí, které přišly o jednoho nebo oba rodiče, činil v roce 2001 dle odhadů 19 000, v roce 2007 pak 56 000.[56]

2.2.4 Zimbabwe

V Zimbabwe došlo v posledních letech k výraznému poklesu prevalence u těhotných žen navštěvujících prenatální kliniky z 26 % v roce 2002 na 18 % v roce 2006. Nejvyšší úrovně infekce byly vykazovány mezi těhotnými ženami

[53] UNAIDS – Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Lesotho, str. 5, 6.
[54] 2007 AIDS Epidemic Update – Regional Summary, str. 4.
[55] Tabulka upravena dle údajů UNAIDS – Epidemiolog. Fact Sheet – Swaziland, str. 4.
[56] UNAIDS – Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Swaziland, str. 5, 6.

navštěvujícími prenatální kliniky v oblastech těžby a zemědělství. Riziko nákazy HIV se zvyšuje u mužů i u žen v době dospívání až do 30 let. Několik studií ukazuje na klesající trend počtu nakažených lidí v Zimbabwe (viz. tabulka č. 4). Tento trend odráží vysokou úmrtnost a klesající výskyt HIV částečně spojený se změnou chování, např. stále více mužů a žen se vyhýbá sexuálnímu styku s nestálým partnerem a zvyšuje se také používání kondomu při sexu.[57]

Tabulka č. 4: Odhadovaný počet dospělých a dětí žijících s HIV v Zimbabwe[58]

	2001	2007
Dospělí (15+) a děti	1 900 000	1 300 000
Dospělí (15+)	1 700 000	1 200 000
Děti (0–14)	130 000	120 000
Míra dospělých (15–49) (%)	26,0	15,3
Ženy (15+)	1 000 000	680 000

Zdroj: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Zimbabwe, str. 4.

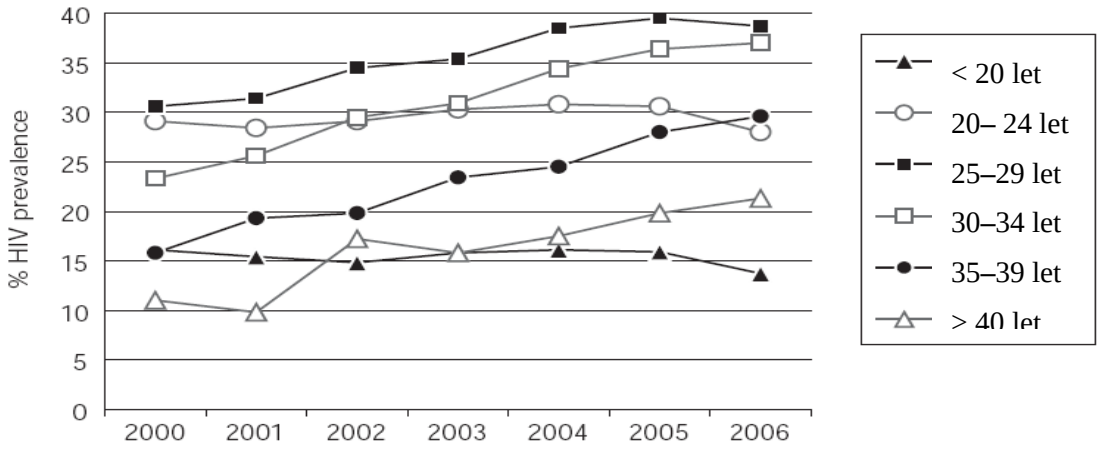
Prevalence HIV mezi mladými lidmi ve věku 15–24 let se odhaduje u mužů asi 2,9 % a u žen 7,7 %. Odhadovaný počet úmrtí v důsledku AIDS poklesl od roku 2001 o 10 000 a v roce 2007 se pohybuje okolo 140 000 dospělých a dětí. Počet sirotků stoupl od roku 2001, kdy dosahoval asi 720 000 dětí mladších 17 let, v porovnání s rokem 2007, kdy se odhaduje počet na 1 000 000 sirotků.[59]

2.2.5 Jihoafrická republika

Jihoafrická republika patří k zemím s největším počtem infekcí HIV na světě. Ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že v roce 2006 žilo 18,3 % dospělých ve věku 15–49 let s infekcí HIV. Poslední data nasbíraná z prenatálních klinik naznačují, že by infekce mohla být na ústupu, jelikož došlo k poklesu prevalence HIV u těhotných žen (jednotlivé prevalence podle věkových skupin jsou uvedeny v grafu č. 3). Epidemie se značně liší mezi provinciemi. Nejnižší prevalence byla zjištěna v provincii Severní Mys (15%), naopak nejvyšší v provincii KwaZulu – Natal (39 %).[60]

[57] 2007 AIDS Epidemic Update – Regional Summary, str. 2.
[58] Tabulka upravena podle údajů UNAIDS - Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Zimbabwe, str. 4.
[59] UNAIDS - Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Zimbabwe, str. 5, 6.
[60] 2007 AIDS Epidemic Update – Regional Summary, str. 3.

Graf č. 3: HIV prevalence podle jednotlivých věkových skupin u návštěvníků prenatálních klinik v Jihoafrické republice v letech 2000–2006



Zdroj: 2007 AIDS Epidemic Update – Regional Summary, str. 3.

Tabulka č. 5: Odhadovaný počet dospělých a dětí nakažených HIV v JAR[61]

	2001	2007
Dospělí (15+) a děti	4 700 000	5 700 000
Dospělí (15+)	4 600 000	5 400 000
Děti (0–14)	150 000	280 000
Míra dospělých (15–49) (%)	16,9	18,1
Ženy (15+)	2 700 000	3 200 000

Zdroj: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – South Africa, str. 4.

Odhadovaný počet úmrtí v důsledku AIDS v roce 2001 dosáhl 180 000 dětí a dospělých, v roce 2007 se počet téměř zdvojnásobil na 350 000. Co se týče počtu sirotků mladších 17 let, od roku 2001 došlo k obrovskému nárůstu, a to ze 400 000 dětí na 1 400 000 dětí v roce 2007.[62]

2.3 Výhled do roku 2009

V mnoha ohledech bude rok 2009 rokem přechodu a zrychlení. Mnoho zemí přezkoumává své národní strategie pro boj proti AIDS. K docílení úspěchu by se státy měly zaměřit zejména na některé klíčové oblasti, které brání pokroku.

V roce 2008 bylo dosaženo několika významných úspěchů v oblasti AIDS. Počet nově nakažených poklesl z 3 mil. v roce 2001 na 2,7 mil. v roce 2007

[61] Tabulka upravena podle údajů UNAIDS – Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – South Africa, str. 4.
[62] UNAIDS – Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – South Africa, str. 5, 6.

a dochází k celkové stabilizaci procenta lidí žijících s HIV. Dále se snižuje počet nově nakažených dětí na 370 000 v roce 2007 ze 450 000 v roce 2000, a to zejména díky většímu pokrytí programů zaměřených na zlepšení prevence přenosu HIV z matky na dítě a stabilizaci prevalence HIV mezi těhotnými ženami. Za poslední rok podstoupilo o milion více lidí léčení HIV v nemocnicích a klinikách. Celkový počet vzrostl na 3 mil. lidí na konci roku 2007, což představuje desetinásobný přírůstek za pět let.

V současné době je v mnoha zemích rozvíjen nový soubor analýz, který identifikuje skupiny lidí, u kterých se vyskytují nové infekce HIV, což by mohlo vést k efektivnějším preventivním programům a zvrátit počet nových infekcí. V mnoha klinikách shledávají, že pacienti velmi dobře reagují na antiretrovirální léčbu, avšak 55 zemí uvedlo, že antiretrovirální léčbu obdrželo v roce 2007 méně než 25 % dětí a dospělých, kteří by ji potřebovali, a 88 ze 115 rozvojových zemí prohlásilo, že méně než polovina matek dostala potřebné služby k zabránění přenosu HIV na dítě. Nejvíce znepokojující je fakt, že na každé dva lidi, kteří navštěvují léčebné programy, připadá 5 lidí, kteří jsou nově nakaženi. Až dosud si epidemie vyžádala více než 25 mil. lidských životů.[63]

Až donedávna se pro většinu lidí v Africe žijících s HIV zdála léčba téměř nemožná, a to zejména z důvodu vysokých nákladů, požadovaných léčebných režimů nebo nedostatku základní zdravotnické infrastruktury. Tyto důvody jsou však již v současné době eliminovány. Prioritou pro africké státy je posunout se od malých projektů je komplexním léčebným programům. Navzdory pokrokům čelí africké země několika překážkám v této oblasti. V první řadě jsou to problémy spojené s omezenou kapacitou zdravotnických systémů, jako např. snižující se počet zdravotních profesionálů, vysoké ceny léků nebo nedostatečné laboratorní vybavení a péče o pacienta. V druhé řadě zvýšení léčby vyžaduje podporu všech zúčastněných stran, a to soukromého sektoru, nevládních organizací, obcí a v neposlední řadě také zajištění rovného přístupu k péči a léčbě a překonání stigma. [64]

Podle UNAIDS je důležité, aby jednotlivé země poznaly svoji epidemii, a to nejen počet nakažených a místa, kde se infekce nachází, ale zejména by měly znát potřebné údaje, které jim umožní porozumět dynamice epidemie a různé sub-

[63] UNAIDS – AIDS Outlook 2009, str. 1–24.
[64] CHGA – Scaling – up AIDS treatment in Africa: issues and challenges, str. 7.

epidemie. V některých zemích, kde jsou k dispozici první výsledky ze studií zabývající se způsoby přenosu, získali již politici nové poznatky a poukázali tak na tři hlavní trendy v epidemii:

- V mnoha zemích subsaharské Afriky s vysokou prevalencí HIV jsou nové infekce výsledkem sexu s několika partnery souběžně a mezi partnery, z nichž jeden je HIV-pozitivní a jeden HIV-negativní. Např. v Ugandě se odhaduje, že 44 % nových infekcí pochází od lidí, kteří mají více partnerů, včetně stálých partnerů a asi 11 % od sexuálních pracovníků. Tato zjištění zdůraznila, že je třeba zaměřit úsilí o prevenci na manželské páry nebo dlouhodobé vztahy. Preventivní strategie by měly zahrnovat poradenství a testování párů, snahy o omezení počtu sexuálních partnerů a zdůraznění používání kondomů.
- V mnoha zemích, dokonce i národech, vzniká významný počet nových infekcí u skupin obyvatel s vysokým rizikem nákazy, včetně sexuálních pracovníků a jejich klientů, infekčních uživatelů drog nebo mužů, kteří mají sex s jinými muži. Např. v Keni prokázaly analýzy nových infekcí v roce 2006 na to, že většina nových infekcí vzniká v běžné populaci v důsledku příležitostného sexu, avšak bylo nalezeno také několik ostatních zdrojů infekce, které byly z velké části v zemi přehlíženy, a to infekční uživatelé drog a muži, kteří mají sex s muži. Navíc byly v Keni zjištěny mezery v preventivních strategiích. Nové infekce jsou stále komplikovanější a vyskytují se v mnoha regionálních variantách.
- Modely epidemie se mohou a pravděpodobně i budou časem měnit a je tedy nutné provádět pravidelně tyto analýzy.

V roce 2009 budou existovat nové příležitosti ke změně tempa šíření epidemie AIDS. Globálním cílem je, aby se stále více infikovaných lidí podrobilo léčbě, nicméně celý svět se může snažit, aby nově nakažených lidí ubývalo, např. výstavbou center, které budou poskytovat informace o tom, jakými způsoby dochází k šíření infekce. Země si budou moci zvolit efektivní formu prevence. Tento přístup přispěje nejen k prevenci nákazy, ale rovněž pomůže efektivněji nakládat s penězi, které jsou určeny na aktivity proti AIDS.[65]

[65] UNAIDS – AIDS Outlook 2009, str. 1–24.

3. Ekonomické, sociální a jiné důsledky AIDS pro danou oblast (případně pro svět)

V případě, že se zemi zasažené epidemií AIDS nepodaří zvrátit její průběh vhodnými intervencemi, následují obvykle čtyři fáze. První fáze začíná nárůstem výskytu oportunních infekcí a zvyšuje se počet lidí nakažených HIV/AIDS a úmrtí v důsledku tohoto onemocnění. V druhé fázi se mění demografické složení obyvatel i společenské struktury a roste počet osiřelých dětí a starých lidí. Ve třetí fázi dochází k výraznému projevu nedostatku pracovních sil, což ve čtvrté fázi vede k rozšíření chudoby, sociální a ekonomické nestabilitě a v konečném případě hrozí politické a společenské nepokoje.

V zásadě lze důsledky AIDS rozdělit do tří skupin na demografické, sociální a ekonomické. Z časového hlediska se jedná jak o okamžité dopady, např. ztrátu pracovních míst, tak dlouhodobé následky na úrovni jednotlivých domácností i celé společnosti.[66]

3.1 Demografické důsledky

Absolutní počet lidí nakažených HIV/AIDS se stále zvyšuje. To je částečně způsobeno populačním růstem, který je kompenzován malými poklesy v prevalenci a z části díky dostupnosti léčby, která může prodloužit život lidem s HIV. Podmínky pro šíření HIV/AIDS stále zůstávají, a proto nadále dochází i k růstu demografických důsledků, jako např. v počtu úmrtí dospělých, počtu osiřelých dětí, nepřiměřeného tlaku na ženy a v neposlední řadě také snižování průměrné délky života. V zemích s vysokou národní prevalencí HIV dochází k významným demografickým změnám.[67] Při absenci širokého přístupu k léčbě bude mít HIV/AIDS za následek výrazné změny ve velikosti a struktuře obyvatel v nejchudších zemích Afriky.

3.1.1 Úmrtnost

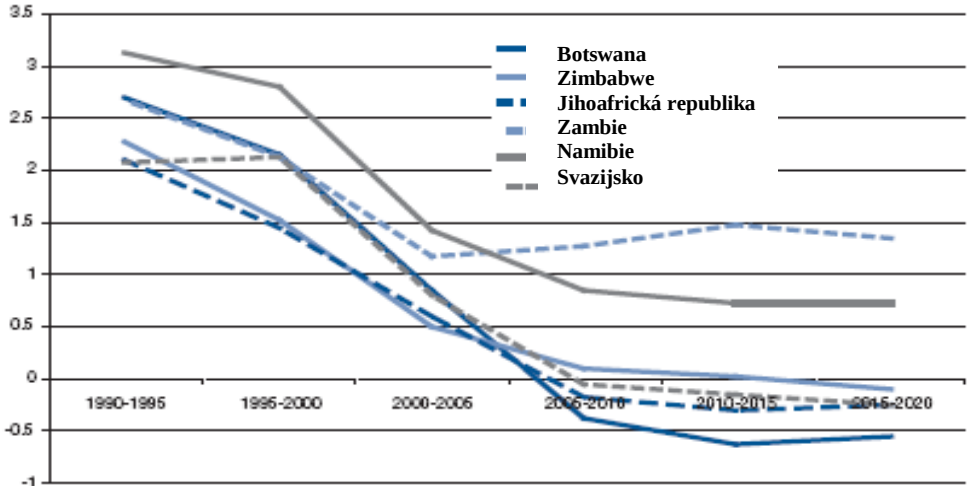
Mezi nejpřímější dopady AIDS patří rapidní zvýšení počtu úmrtí. Z důvodu dlouhého časového prostoru mezi nákazou a smrtí se předpokládá, že úmrtnost spojená s HIV bude dále stoupat v mnoha státech během následujících let, tzn. že

[66] Kašová, K., Dvořáček J., Mojžíšová A., str. 19.
[67] CHGA – Securing our future, str. 7–9.

dopady na společnost a ekonomiku se budou pravděpodobně zhoršovat.[68] HIV/AIDS výrazně zpomaluje tempo růstu populace. Očekává se, že některé státy budou za několik let čelit nulovému populačnímu růstu a do roku 2015 bude obyvatelstvo Botswany, Lesotha, Jihoafrické republiky, Zimbabwe a Svazijska stagnovat, jelikož počet úmrtí se bude téměř rovnat počtu narození (viz graf č. 4).[69] Jako přímý následek nižších temp růstu populace bude populace v budoucnosti stále menší než jak by tomu bylo v případě neexistence AIDS v mnoha postižených státech. Příkladem může být Botswana, kde se očekává pokles populace o 12 % mezi lety 2000 a 2050 a v roce 2050 se předpokládá, že populace bude o 67 % nižší než v případě absence HIV/AIDS.

K úmrtím v důsledku AIDS dochází zejména mezi mladými a dospělými ve věku 24–50 let. Ženy obecně umírají v mladším věku (20–35), muži pak déle (30–45). Vyšší prevalence HIV mezi dospělými ženami je shledávána jak v městských, tak venkovských částech. Např. v Zambii činí prevalence 12 % u žen a 9 % u mužů ve venkovských částech a 26 % a 19 % v městských částech. V jiných regionech světa ale naopak tvoří muži většinu populace nakažené virem HIV.[70]

Graf č. 4: Roční tempa růstu ve vybraných zemích jižní Afriky (v %)



Zdroj: Economic Commission for Africa – Securing our future, str. 9.

Velice důležitým ukazatelem je úmrtnost dospělých, poněvadž lidé ve věku 15–49 let jsou považováni za nejproduktivnější a reprodukční skupinu populace,

[68] IMF – Epstein, G., B. – The Demographic impact of HIV/AIDS, str. 18–20.
[69] CHGA – Securing our future, str. 7–9.
[70] IMF – Epstein, G., B. – The Demographic impact of HIV/AIDS, str. 16–17, 29.

jelikož pracují a vydělávají peníze, zakládají rodiny a starají se o seniory. Úmrtnost je mírně vyšší u dětí mladších jednoho roku, během dospívání je velmi nízká, avšak v dospělosti stabilně stoupá po středním věku. Odhaduje se, že k více než polovině všech úmrtí v Botswaně, Namibii a Jihoafrické republice a přes 40 % úmrtí v Keni, Mosambiku a Zambii dochází u dospělých. Dramatický růst v úmrtnosti dospělých může mít dalekosáhlé negativní efekty, přičemž nejvíce zřejmý je důsledek zvýšeného počtu sirotků, následné změny kompozice domácností, poklesu pracovních sil nebo zvýšení poptávky a nákladů po sociálních službách.

V subsaharské Africe je více než 30 % dětí narozených HIV-pozitivním matkám, nakaženo virem HIV během porodního procesu nebo při kojení.[71] Bez vhodných léčebných prostředků žije většina z těchto nakažených dětí jen krátkou dobu, obvykle méně než 3 roky. Dokonce i v případě, že jsou děti ochráněny před infekcí, ale jejich rodiče si nemohou dovolit účinnou léčbu, aby přežili, zanechávají své děti osiřelé.[72] Dopad AIDS na dětskou úmrtnost závisí na národní prevalenci HIV. Např. v Botswaně s prevalencí téměř 40 % činila odhadovaná dětská úmrtnost 55 dětí na 1 000 nově narozených v roce 2005. V Jihoafrické republice vzrostla odhadovaná dětská úmrtnost na 40 % jako důsledek AIDS.

V zemích s očekávaným negativním populačním růstem způsobí úmrtnost spojená s AIDS pravděpodobně změny v populační pyramidě. Se zvyšující se úmrtností dospělých ve věku 15–49 let se v zemích s vysokou prevalencí HIV mění populační struktury z typického tvaru pyramidy spíše do tvaru komínu. Např. v Botswaně se očekává, že muži mladší 20 let a ve věku mezi 25 a 55 převýší počet žen v každé pětileté věkové skupině do roku 2025 (viz graf č. 5).[73]

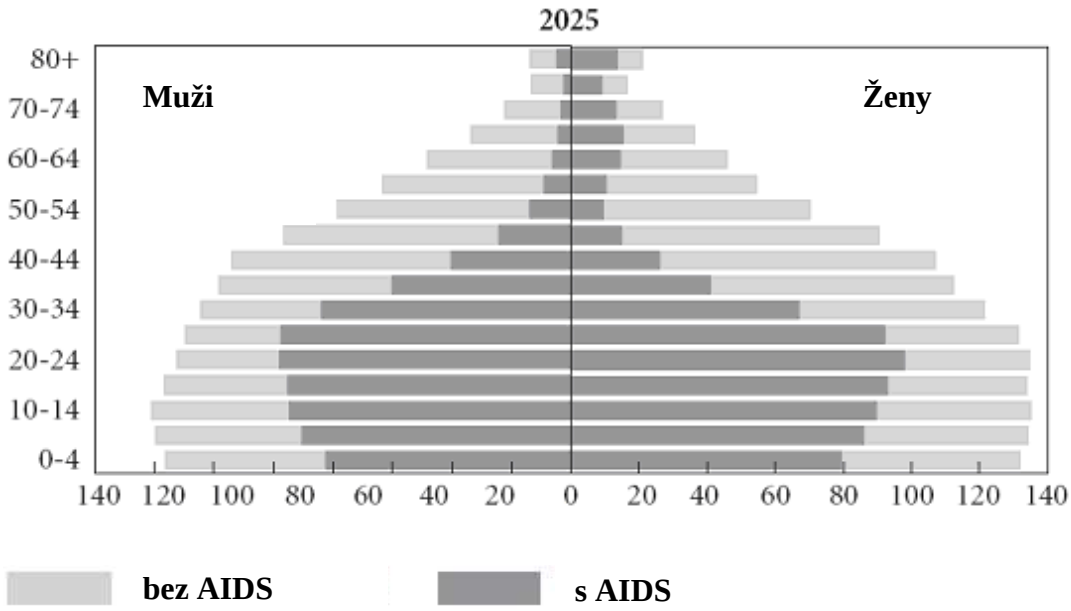
3.1.2 Očekávaná délka života

Jednu z nejděsivějších známek demografických dopadů úmrtnosti v důsledku AIDS představuje očekávaná délka života. V rozvojových zemích byla očekávaná délka života obzvlášť nízká hlavně z důvodu vysoké dětské úmrtnosti, avšak v současné době v zemích subsaharské Afriky je očekávaná délka života zkrácena na polovinu zejména kvůli úmrtnosti mezi dospělými.[74] Nyní se průměrná délka života

[71] IMF – Epstein, G., B. – The Demographic impact of HIV/AIDS, str. 20–26, 31
[72] CHGA – Securing our future, str. 10
[73] IMF – Epstein, G., B. – The Demographic impact of HIV/AIDS, str. 26–31
[74] IMF – Epstein, G., B. – The Demographic impact of HIV/AIDS, str. 24–25

v subsaharské Africe pohybuje okolo 48 let, což je o 14 let méně než v letech 1990–1995. V zemích jako např. Lesotho, Botswana, Malawi, Svazijsko, Zambie a Zimbabwe dosáhne průměrná délka života méně než 40 let. Odhaduje se, že bez epidemie AIDS by v těchto zemích očekávaná délka života byla 53 let.[75]

Graf č. 5: Populační pyramida mužů a žen bez AIDS a s AIDS podle věku v Botswaně



Zdroj: Epstein, G., B. – The Demographic impact of HIV/AIDS, str. 32.

3.1.3 Změna složení domácnosti

Současně se změnou struktury obyvatelstva se mění také velikost a složení domácnosti. Dopad smrti dospělého člena na složení domácnosti závisí na postavení zemřelého. Ve venkovských částech Keni má významný dopad na velikost domácnosti úmrtí dospělé ženy, neboť chlapci bývají posláni k příbuzným a dívky jsou provdány. Smrt dospělého muže má menší, ale rovněž významný vliv na pokles velikosti domácnosti. Ovdovělý muž čelí lepším podmínkám, např. je větší pravděpodobnost, že se ožení, než u ovdovělé ženy. Po smrti dospělého dochází v domácnosti k určitým změnám a rozeznáváme několik forem, které mohou nastat:

- Domácnosti, kde se nacházejí v čele starší lidé, kteří pečují o malé děti.
- Velké domácnosti přijímající do rodiny nepodporované nebo osiřelé děti.

[75] CHGA – Securing our future, str. 10, 11.

- Domácnosti, ve kterých je o skupinu dětí postaráno formálně nebo neformálně sousedy.
- Domácnosti svobodné bezdětné dospělé ženy nebo muže.
- Domácnosti, kde stojí v čele žena.
- Domácnosti v čele se staršími dětmi, někdy spíše mladými dospělými pečující o mladší sourozence.
- Domácnosti rozpustí své členy rozptýleně.

Zajímavostí je, že v Senegalu, kde je nízká prevalence HIV, spěje tendence domácností spíše k rozptýlení po odchodu muže jako hlavy rodiny. Epidemie však vytváří mnohem větší počet domácností v čele se ženami.[76] Průzkumy prováděné v Botswaně naznačují, že téměř 7 % všech domácností, obzvláště malých, zmizí do roku 2008 v důsledku ekonomického strádání, smrti rodičů nebo úplného rozptýlení dětí.[77]

3.2 Ekonomické důsledky

Ekonomický dopad může být definován odklonem zdrojů na výdaje, které by nemusely být použity v případě absence HIV/AIDS a sníženou produkcí v důsledku onemocnění. Za určitých okolností mohou mít ekonomické dopady positivní efekt, např. v případě, že umírá ekonomicky neproduktivní obyvatelstvo a zdroje tak mohou být rozděleny mezi menší část obyvatel, takže ve výsledku celková suma pro jednotlivce stoupá.[78]

3.2.1 Makroekonomické dopady

Odhadování makroekonomických dopadů se velmi těžko určuje, např. jak působí HIV/AIDS na úspory, míru investic, zda postihuje spíše velmi vzdělané obyvatelstvo nebo jinou skupinu. Některé studie poukazují na velmi malý dopad na úroveň domácností a firem, zvláště při velké nabídce pracovní síly.[79] Podle mnoha studií v 90. letech byl v deseti zemích odhadován dopad na průměrný roční růst HDP na obyvatele v rámci poklesu o 0,3–1 % až do roku 2025. Jinými slovy, navzdory rychlosti a intensitě infekce HIV a s ní spojenými úmrtími, očekávaný dopad se zdá

[76] CHGA – Securing our future, str. 14–15.
[77] CHGA – The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa, str. 7.
[78] UNAIDS – Guidelines for Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS, str. 44.
[79] UNAIDS – Guidelines for Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS, str. 25.

být nepatrný.[80] Rozsah makroekonomických dopadů závisí částečně také na struktuře ekonomiky. Je pravděpodobné, že nejvíce budou zasaženy ekonomiky založené na těžebním průmyslu a exportním zemědělství.

3.2.2 Dopad na zdravotnictví

Sektor zdravotnictví se zdá být prvním dopadem AIDS. Je zřejmé, že lidé trpící dlouhodobě nemocemi, vyhledávají lékařskou péči. Při odhadování dopadů AIDS je důraz kladen zejména na veřejný systém zdravotní péče. Pro soukromý sektor představuje zvýšený počet nemocí z krátkodobého hlediska spíše příležitost než hrozbu. Jak se epidemie rozvíjí a jednotlivci vyčerpávají své zdroje a stávají se neschopnými platit zdravotní pojištění z důvodu ztráty zaměstnání, musí se rozhodnout, jestli budou nadále žít bez potřebné lékařské péče nebo vyhledají veřejný sektor zdravotnictví.[81]

3.2.3 Dopad na domácnosti

Jeden z následků spojených s AIDS představuje chudoba mezi domácnostmi. V Africe je nejvíce zranitelná skupina ekonomicky aktivního obyvatelstva. Při úmrtí aktivního člena domácnosti se musí rodina vyrovnat se situací nejen z emociálního, ale rovněž z ekonomického hlediska. S odchodem živitele rodiny roste chudoba a úspory jsou využity v období nemoci. S postupujícím úbytkem úspor se začíná rodina rozpadat po ekonomické stránce. Jedním z průvodních jevů takového rozpadu rodiny je zvyšující se počet sirotků na celém kontinentě.[82]

Ztráta příjmu představuje významný ekonomický dopad HIV/AIDS. Podle studií v Jihoafrické republice bylo zjištěno, že měsíční příjmy domácností, které byly zasaženy HIV/AIDS byly o jednu třetinu nižší, než v domácnostech, které nebyly postihnuty epidemií. Zátěž v podobě výdajů na zdravotní péči a s další s tím spojené náklady vyvolává změny obvyklé struktuře rodinných výdajů. Např. ve Rwandě bylo zjištěno, že v postihnutých domácnostech dosáhly výdaje 20krát vyšší hodnoty než v případě absence HIV. Domácnosti tak musí redukovat své výdaje pouze na nezbytnosti. Ve většině případů dochází ke snížení výdajů za oblečení, elektřinu a jiné služby. Výdaje na zdravotní péči jsou vyšší ve venkovských částech než

[80] CHGA – Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS, str. 5.
[81] UNAIDS – Guidelines for Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS, str. 25, 28.
[82] CHGA – Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS, str. 6.

v městských oblastech, avšak v obou případech jsou tyto výdaje 6-12x vyšší než národní průměr.[83]

Tento proces se nadále promítá do dalších generací, neboť nedostatečné vzdělání dnešních dětí se odráží v nízké produktivitě dospělých v následující generaci. To představuje důležité sociální a fiskální důsledky pro politiku. V první řadě se jedná o hrozbu zvyšující se nerovnosti. Pokud není sirotkovi umožněna dostatečná péče a vzdělání v rodině s neinfikovanými lidmi, nastanou nerovnosti v dospělosti a v nové rodině, kterou sirotci vybudují. V druhé řadě s rostoucím počtem úmrtí mladých lidí oslabuje AIDS vážně daňovou základnu a snižuje tak její schopnost financovat veřejné výdaje včetně takových jako jsou výdaje na vzdělání nebo zdravotní péči. Z dlouhodobého hlediska se tak zintenzivňuje negativní dopad AIDS na hospodářský růst. Pod pojmem pomalejší hospodářský růst si můžeme představit pomalejší růst daňové základny a zároveň vláda čelí vysokým požadavkům na péči o nemocné a sirotky.[84]

V souhrnu lze říci, že dopad na domácnosti a komunity má dalekosáhlé následky a je pravděpodobné, že se bude v příštích dekádách dále zhoršovat. Při absenci dotací na lékařskou péči a potřebné léky budou domácnosti muset utratit významnou část svých příjmů za zdravotní péči a prodat svůj majetek.[85]

3.2.4 Dopad na sektory

Strukturální dopady úmrtí spojeného s HIV na veřejné služby se zdají být docela těžké. Zaměstnanecká úmrtnost vyplývající z nemoci klade požadavek na nutnost náhrady chybějících zaměstnanců nebo provozu s menším počtem zaměstnanců. K úmrtí nemocného dochází až po určité době, takže jejich práce zůstává nedodělaná nebo musí práci dokončit ostatní zaměstnanci vedle své vlastní práce. Úmrtnost by tak mohla vést ke ztrátě zkušených pracovníků a z toho vyplývající snížení kvality práce.

V době nákazy zaměstnance nevznikají veřejnému sektoru žádné náklady, jelikož dopady na jednotlivce se nepromítnou do aktivit sektoru. V průběhu 1–5 let se infekce začne napadat zdraví jednotlivce, který musí vyhledat lékařskou péči a ve výsledku to znamená snížení produktivity nebo více práce pro ostatní zaměstnance.

[83] CHGA – The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa, str. 15.
[84] CHGA – Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS, str. 6.
[85] CHGA – The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa, str. 21.

V tomto případě vznikají veřejnému sektoru náklady na lékařskou péči, pojištění a najmutí dodatečné pracovní síly, aby se předešlo snížení produktivity. V období mezi 6–7 rokem, kdy se zaměstnanec rozhodne odejít z práce nebo zemře, zahrnují náklady sektoru výdaje na ukončení činnosti, jako např. důchodové zabezpečení, zaopatřovací fondy, pohřební výdaje a ostatní. Mezi náklady, které nelze vyčíslit, patří zejména ztráta morálky, zkušeností a soudržnosti práce.

Z dlouhodobého hlediska se tento scénář může ještě zhoršit, pokud soukromý sektor začne najímat pracovníky z veřejného sektoru, aby nahradili chybějící místa. Jiný dlouhodobý dopad na veřejný sektor vyplývá ze skutečnosti, že po smrti zaměstnance jsou zanecháni sirotci bez nároku na kvalitní vzdělání.[86]

3.3 Sociální důsledky

Je velmi obtížné rozlišovat sociální důsledky pro celou společnost v takovém měřítku, k identifikaci dopadů je nutno přistupovat jak z makroekonomického, tak z mikroekonomického hlediska. Tady ovšem vyvstává otázka, jaké skupiny lidí, organizací a sociálních institucí jsou nejvíce náchylní k infekci a které z těchto skupin jsou nejvíce citliví na dopady AIDS.[87]

3.3.1 Dopad na ženy a dívky

Jak již bylo zmíněno, ženy jsou obecně více náchylnější k infekci virem HIV než muži, a proto dopad epidemie na ženy a dívky je zvláště markantní. Většina žen v nejvíce postihnutých státech čelí těžkému ekonomickému, právnímu, kulturnímu a sociálnímu znevýhodnění, což přispívá k nákaze. Ženy často ztrácejí půdu a majetek po smrti manžela a nedokážou rodinu samy uživit a uchylují se tak k transakčnímu sexu. A co víc, žena, která přizná, že je nakažena HIV, může být rodinou odsuzována a jelikož je žena většinou první v rodině, která se odhalí svůj status, je často považována za zdroj infekce v celé rodině.[88]

Kromě toho jsou ženy a dívky předmětem sexuálního vykořisťování a zneužívání. Podle studie uskutečněné v Keni bylo zjištěno, že důvodem pro vysoké sazby infekce u dívek je frekvence pohlavního styku se staršími muži. Rovněž

[86] CHGA – Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS, str. 7–9.
[87] UNAIDS – Guidelines for Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS, str. 33.
[88] UNAIDS – Global Report 2004, str. 43–44.

domácí násilí je stále více dokumentováno ve spojení s HIV/AIDS a kvůli nedostatku vhodných právních mechanismů pro řešení takového zneužívání se vytváří podmínky pro jeho pokračování. V Botswaně bylo zjištěno, že mezi dětmi ve věku 5–15 let je považováno sexuální zneužívání mužů za původce většiny, ne-li všech nových infekcí HIV.

HIV/AIDS přispívá k dramatickému nárůstu domácností, v jejichž čele stojí žena a mnohé z těchto žen jsou velmi mladé. Domácnosti v čele se ženou patří ve většině případů k nejchudším domácnostem ve všech obcích Afriky. Opět platí, že se dopady HIV/AIDS stupňují, ne-li prohlubují s rostoucí nerovností mezi pohlavími ve společnosti. V západní Keni bylo zjištěno, že některé domácnosti se vyrovnávají se ztrátou dospělého člena rodiny tím, že podporují své dospívající dcery, aby se vdaly a získaly tak finanční prostředky.[89]

V mnoha zemích přestavují ženy strážce rodinného života a tudíž nesou největší zátěž AIDS. Mladé dívky mohou být vyzvednuty ze školy dříve než chlapci, aby se staraly o členy rodiny infikované HIV, domácí práce nebo podporu rodinných příjmů.[90] Průzkumy domácností postižených HIV/AIDS v několika provinciích Jihoafrické republiky poukázaly na to, že ve více než dvou třetinách domácností platí ženy a dívky jako primární pečovatelé. Téměř čtvrtina (23 %) všech pečovatelů byla starší 60 let a téměř tři čtvrtiny z nich byly ženy. Podobné nálezy byly zjištěny také v Zimbabwe, kde většina lidí pečujících o sirotky v důsledku HIV/AIDS byla starší 50 let věku a téměř 70 % z nich bylo 60 let a více.

Stres vyplývající z poskytované péče je zřejmý. Ženy jako pečovatelky podléhají každodenním obavám kvůli nedostatečným zásobám jídla a oblečení, vysokým nákladům na zdravotnické poplatky a neschopnosti platit školné za sirotky. Poskytování péče zahrnuje rovněž náklady obětované příležitosti, neboť např. v Jihoafrické republice si 40 % pečovatelů bere volno ze svého zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.[91]

[89] CHGA – The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa, str. 13–14.
[90] UNAIDS – Global Report 2004, str. 43–44.
[91] CHGA – The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa, str. 8.

3.3.2 Dopad na osiřelé děti

Rostoucí počet osiřelých dětí je nejvíce zřejmý v jižní a východní Africe, avšak osiřelé děti můžeme nalézt kdekoliv, kde je přítomna epidemie AIDS. Přestože absolutní počty osiřelých dětí jsou důležitá, ještě důležitější se zdá být rychlost, s jakou se počet dětí zvyšuje, což představuje významný tlak na domácnosti, obce, státní služby a občanskou společnost s cílem reagovat na potřebu péče o takto osiřelé děti. Kromě každodenní péče o lidi nakažené virem HIV a s tím spojenými nemocemi představuje péče o osiřelé děti velkou zátěž pro rodinný systém. Rodiny se musí starat o stále větší počet sirotků. Změny v bydlení, blahobytu a příležitostech pro zajištění budoucnosti dětí představují jedny z nejvýznamnějších dlouhodobých výsledků pandemie HIV/AIDS.

Děti čelí stresu z důvodu nemoci rodičů, hluboký emocionální otřes z toho, že vidí umírat své rodiče, může zanechat v dítěti pocit opuštěnosti a zvyšuje se tak náchylnost dětí k sexuálnímu zneužívání. Některé studie v Jihoafrické republice poukázaly na to, že nemoc nebo smrt rodičů měla za následek, že 12 % domácností poslalo své děti žít někam jinam. Některé děti jsou rodiči nebo pěstouny podporovány, aby pomáhaly doplnit příjmy domácnosti. Již tak špatnou situaci zhoršuje skutečnost, že jsou děti často nuceni vykonávat nejhorší dětskou práci. Např. studie v Zimbabwe nebo Zambii potvrdily vzájemnou vazbu mezi osiřelostí v důsledku AIDS a pravděpodobností, že děti často musí pracovat mimo domácnost a za podmínek, které sexuálně a ekonomicky vykořisťující a náchylné k sexuálnímu obtěžování nebo násilí.

Dále se odhaduje, že téměř 2 mil. domácností v Zambii existují bez přítomnosti jakéhokoliv dospělého člena a v čele rodiny stojí dívka nebo chlapec ve věku 14 let a méně. Mnoho dětí, které se stanou hlavou rodiny, se snaží najít si práci, aby mohly zajistit sobě a svým sourozencům peníze na vzdělání, avšak pro mnoho dětí se další vzdělávání stává velice problematické.[92]

[92] CHGA – The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa, str. 8–11.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou AIDS, a to příčinami, stavem a důsledky nemoci, přičemž cílem práce bylo právě analyzovat nejčastější důvody vzniku infekce HIV, popřípadě AIDS a shrnout dopady, které rozšíření epidemie nejčastěji vyvolává.

Šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe způsobuje zejména několik faktorů, které se navzájem ovlivňují a doplňují. Ženy jsou obecně více náchylné k nákaze HIV než muži. Této skutečnosti přispívají zejména biologické a fyziologické aspekty, které dovolují nemoci se lépe uchytit v ženském těle. Nemalý podíl na tom mají rovněž ekonomické a sociální faktory, a to hlavně postavení žen ve společnosti, nerovnost pohlaví, stigma a různé sexuální praktiky, které upírají ženám právo na odmítnutí sexuální styku nebo po smrti manžela jsou ženám odpírány práva na majetek, což často nutí ženy, aby se uchýlily k transakčnímu sexu a získaly tak potřebné prostředky pro zajištění rodiny. V současné době je již při výzkumu příčin šíření kladen větší důraz rovněž na ekonomické a politické souvislosti. Chudoba jako nejvýznamnější ekonomický faktor znesnadňuje přístup ke kvalitnímu vzdělání a společně s pracovní migrací tak vytváří ideální prostředí pro rozvoj nemoci. Šíření HIV/AIDS v regionu je úzce spjato také se změnou tradičního chování obyvatel a procesem urbanizace.

Navzdory stabilizaci nebo mírnému poklesu procenta nakažených lidí zůstává počet lidí žijících s HIV/AIDS stále vysoký a epidemie AIDS představuje nadále hlavní příčinu úmrtí v Africe. Ženy obecně umírají v mladším věku než muži. V důsledku vysoké úmrtnosti se zvyšuje i počet osiřelých dětí, které musí být umístěny do náhradních rodin a dochází tak ke změnám velikosti a struktury domácností. Trendy v rozšíření nemoci a její rozsah se liší podle jednotlivých regionů, v zásadě je však nejvíce postiženou oblastí jižní Afrika. Ačkoliv se prevalence HIV u většiny států stabilizovala, u států, jako např. Botswana, Lesotho, Svazijsko, Zimbabwe nebo Jihoafrická republika dosahuje nepřiměřeně vysoké úrovně.

Důsledky rapidního šíření epidemie se navzájem překrývají, avšak v zásadě je lze rozdělit na ekonomické, sociální a demografické. V rámci demografických změn dochází v důsledku vysoké úmrtnosti ke zkrácení očekávané délky života, snížení

populačních přírůstků, výrazným změnám v populační pyramidě. Jelikož epidemie postihuje obzvlášť ekonomicky aktivní obyvatelstvo, dochází k významnému tlaku na jednotlivé domácnosti a obce, které ztrácejí část svého příjmu, který musí být použit na potřebné výdaje za zdravotní služby. Epidemie HIV/AIDS výrazně ovlivňuje také sektory hospodářství a to zejména sektor zdravotnictví a trh práce a způsobuje tak obecně snížení produktivity práce a zvyšování nákladů spojených s nahrazením chybějících pracovníků.

Použitá literatura

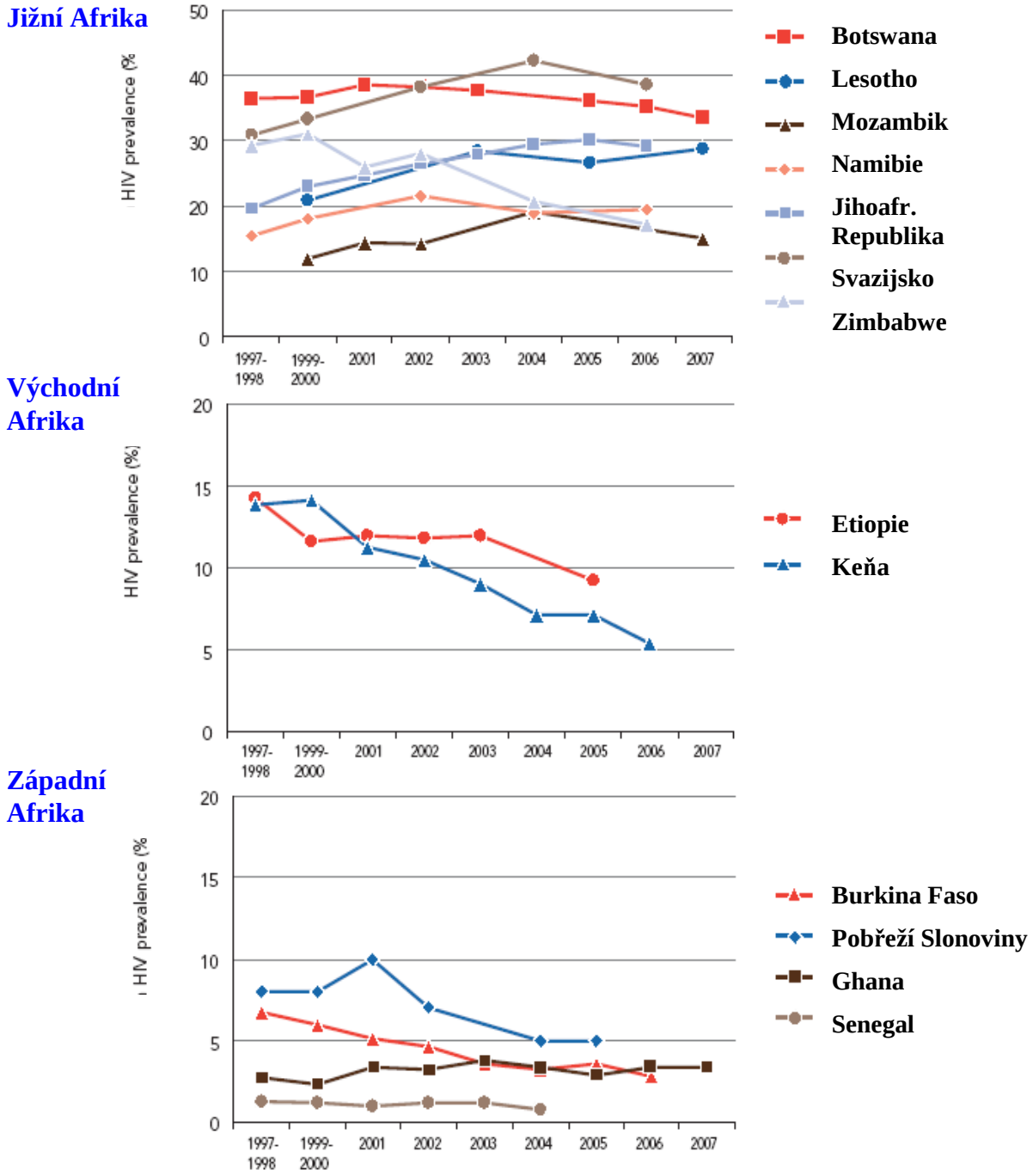
- ✓ Aktuálně.cz. *Obřízkou jsou mrzačeny miliony dívek*, 2006. [online]. [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: http://aktualne.centrum.cz/zahranici/afrika/clanek.phtml?id=167639
- ✓ Africaonline.cz. *AIDS v Africe*, 2001. [online]. [cit. 2009-05-01]. Dostupný z WWW: http://www.afrikaonline.cz/view.php?cisloclanku=2001120201
- ✓ Africa Recovery. Nwanma, V. *In AIDS fight, men make a diference. Campaigns in Africa seek to change male behaviour*, 2001. [online]. [cit. 2009-03-18]. Dostupný z WWW: http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no4/154aids.htm
- ✓ Collins, J., Rau, B. Africa: *HIV/AIDS and Failed Development* [online]. 2004 [cit. 2009-03-18]. Dostupný z WWW: http://www.africaaction.org/docs00/rau0010.htm
- ✓ Docking, T. *AIDS and Violent Conflict in Africa*, [online]. 2001 [2009-03-18]. Dostupný z WWW: http://www.usip.org/pubs/specialreports/sr75.pdf
- ✓ ECA. *Storing African Leadership for Better Health. Africa´s Health Scorecard – Worsening*. [online]. [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: http://www.uneca.org/eca_resources/Publications/Scoring/chapter1.pdf
- ✓ ECA. *Communicating Evidence Based Research Information for Change of Behaviour – The Case of Malaria and HIV/AIDS*, 2007. [online]. [cit. 2009-03-05]. Dostupný z WWW: www.uneca.org/codi/codi5/content/CODI-V-KLIS-Communicating_Research_Change_Behaviour_Malaria_HIV_AIDS-Akum-EN.pdf
- ✓ CHGA. *The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa*. [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: http://www.uneca.org/chga/doc/impact_family.pdf
- ✓ CHGA. *Securing our future. HIV and AIDS the issues for Africa*, 2008 [online]. [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: http://www.uneca.org/chga/Report/index.htm
- ✓ CHGA. *Scaling – up AIDS treatment in Africa: issues and challenges*, 2004. [online]. [cit. 2009-04-09]. Dostupný z WWW: http://www.uneca.org/chga/doc/scaling%20up_bg_nw_2.pdf
- ✓ CHGA. *Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS*. [online]. [cit. 2009-04-23]. Dostupný z WWW: http://www.uneca.org/chga/doc/SOCIO_ECO_IMPACT.pdf
- ✓ IMF. Epstein, G. B. *The Demographic impact of HIV/AIDS*. [online]. [cit. 2009-04-15]. Dostupný z WWW: http://www.imf.org/external/pubs/ft/aids/eng/chapter1.pdf
- ✓ Kašová, K., Dvořáček J., Mojžíšová A. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*, 2003. [online]. [cit. 2009-04-10]. Dostupný z WWW: http://www.clovekvtisni.cz/download/pdf/29.pdf

- ✓ NPBPA. *Detailně o AIDS*. [online]. [cit. 2009-03-01] Dostupný z WWW: http://www.aids-hiv.cz/index.html
- ✓ Plesník, V. *Příčiny a dopady šíření AIDS v Africe*, 2002. [online]. [2009-03-02]. Dostupný z WWW: http://www.zuova.cz/informace/smd/smd133.pdf
- ✓ Policy.euweb.cz. *Konflikty subsaharské Afriky*, 2004. [online]. [2009-05-01]. Dostupný z WWW: http://policy.euweb.cz/view.php?id=23
- ✓ UNAIDS. *Annual Report 2007*. [online]. [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_en.pdf
- ✓ UNAIDS. *Epidemiology slides*, 2008. [online]. [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epidemiologySlidesAuto.asp
- ✓ UNAIDS. *Gender*. [online]. [cit. 2009-03-12]. Dostupný z WWW: http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Gender/default.asp
- ✓ UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic* 2008. [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupný z WWW: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- ✓ UNAIDS. *AIDS Epidemic Update. Regional Summary*, 2007. [online]. [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/JC1526_epibriefs_subsaharanafrica_en.pdf
- ✓ UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Botswana*, 2008 [online]. [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_BW.pdf
- ✓ UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Lesotho*, 2008 [online]. [cit. 2009-04-03]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_LS.pdf
- ✓ UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Swaziland*, 2008 [online]. [cit. 2009-04-03]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_SZ.pdf
- ✓ UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Zimbabwe*, 2008 [online]. [cit. 2009-04-05]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_ZW.pdf
- ✓ UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. South Africa*, 2008 [online]. [cit. 2009-04-05]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_ZA.pdf

- ✓ UNAIDS. *AIDS Outlook 2009*. [online]. [cit. 2009-04-09]. Dostupný z WWW: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1648_aids_outlook_en.pdf
- ✓ UNAIDS. *Sex workers and clients*. [online]. [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/SexWorkers/
- ✓ UNAIDS. *Guidelines for Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS*, 2000. [online]. [cit. 2009-04-21]. Dostupný z WWW: http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/a81402.pdf
- ✓ UNAIDS. *Global Report 2004*. [online]. [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf/UNAIDSGlobalReport2004_en.pdf
- ✓ UNDP. Ashenafi, M., Zenebeworke, T. *Women, HIV/AIDS, Property und inheritance rights*, 2005. [online]. [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: http://content.undp.org/go/cms-service/download/asset/?asset_id=1706393
- ✓ UNFPA. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. Women´s rights.* [online]. [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: http://www.unfpa.org/hiv/women/report/chapter7.html
- ✓ WHO.*Health Topics. HIV/AIDS*. [online]. [2009-03-01]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/

Příloha

Odhadovaná prevalence HIV u těhotných žen navštěvujících prenatální kliniky v zemích subsaharské Afriky v letech 1997–2007



Zdroj: UNAIDS: Report on the global AIDS epidemic 2008, str. 41.