

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Katedra rozvojových studií

Iva KOKINOPULOSOVÁ

Zdravotní péče v Ghaně

Diplomová práce

Vedoucí práce: RNDr. Miloš Fňukal, PhD.

OLOMOUC 2014

BIBLIOGRAFICKÉ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

KOKINOPULOSOVÁ, Iva. *Zdravotní péče v Ghaně*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

ABSTRAKT

Práce se snaží podat ucelený pohled na problematiku zdravotní péče v Ghaně, nastiňuje více témat souvisejících se zdravím. Důraz je kladen na zdravotní stav obyvatelstva, aspekty hygieny, zdravotnický systém v zemi, dostupnost a kvalitu zdravotní péče. Práci doplňují informace o tradiční alternativní medicíně i rozvojovém kontextu, zejména v souvislosti se splněním rozvojových cílů tisíciletí v oblasti zdraví.

Klíčová slova

Zdravotní stav obyvatel, hygiena, časté nemoci, dostupnost a kvalita zdravotní péče, zdravotní politika, alternativní medicína, rozvojový kontext zdravotní péče.

BIBLIOGRAPHIC IDENTIFICATION DATA

KOKINOPULOSOVÁ, Iva. *Health care in ghana*. Olomouc, 2014. Diploma thesis. Palacky University in Olomouc.

ABSTRACT

This study addresses the issue of health care in Ghana in a comprehensive way, trying to outline different topics corresponding to the health care. Emphasis is put on the health of Ghana's population, hygiene aspects, healthcare system in the country, the availability and quality of health services. Paper is supplemented with information about traditional medicine as well as development context particularly in relation with Millenium Developent Goals fulfillment.

Key words

Health status of the population, hygiene, common diseases, availability and quality of health services, health policy, traditional alternative medicine, development context of health care.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem veškeré použité zdroje.

V Olomouci dne 17. prosince 2014

Podpis

Děkuji vedoucímu své diplomové práce RNDr. Miloši Fňukalovi, PhD. za jeho cenné rady a připomínky.

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Iva KOKINOPULOŠOVÁ**
Osobní číslo: **R110088**
Studijní program: **N1301 Geografie**
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**
Název tématu: **Zdravotní péče v Ghaně**
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 bude zmapování a analýza problematiky zdravotní péče v Ghaně a jejich "rozvojových" souvislostí. Autorka se zaměří na problémy zdravotního stavu obyvatel v závislosti na jejich bydlišti (venkov - město) a sociálním postavení, dostupnosti lékařské péče, úrovni hygieny, prevence a na otázky domorodého léčení. Samostatná kapitola bude věnována činnosti mezinárodních organizací a NGOs zabývajících se zdravím obyvatelstva v Ghaně.

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

Vedoucí diplomové práce: **RNDr. Miloš Fňukal, Ph.D.**
Katedra geografie

Datum zadání diplomové práce: **2. ledna 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2013**

L.S.

Prof. RNDr. Juraj Ševčík, Ph.D.
děkan

Doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.
vedoucí katedry

V Olomouci dne 26. ledna 2012

Příloha zadání diplomové práce

Seznam odborné literatury:

- Dostupné publikace věnující se problematice, namátkou:
- ODEYEMI, Isaac A. O. a John NIXON. Assessing equity in health care through the national health insurance schemes of Nigeria and Ghana: a review-based comparative analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2013, roč. 12, č. 1, s. 9-26. DOI: 10.1186/1475-9276-12-9.
- BLANCHET, N. J., G. FINK a I. OSEI-AKOTO. THE EFFECT OF GHANA'S NATIONAL HEALTH INSURANCE SCHEME ON HEALTH CARE UTILISATION. *Ghana Medical Journal*. 2012, roč. 46, č. 2, s. 76-84.
- DUYSBURGH, E., W-H. ZHANG, M. YE, A. WILLIAMS, S. MASSAWE, A. SIÉ, J. WILLIAMS, R. MPEMBENI, S. LOUKANOVA a M. TEMMERMAN. Quality of antenatal and childbirth care in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania: similar finding. *Tropical Medicine & International Health*. 2013, roč. 18, č. 5, s. 534-547. DOI: 10.1111/tmi.12076.
- LAAR, Amos Kankponang. Reproductive rights and options available to women infected with HIV in Ghana: perspectives of service providers from three Ghanaian health facilities. *BMC Women's Health*. 2013, roč. 13, č. 1, s. 1-8. DOI: 10.1186/1472-6874-13-13.
- PELL, Christopher, Arantza ME?ACA, Florence WERE, Nana A. AFRAH, Samuel CHATIO, Lucinda MANDA-TAYLOR, Mary J. HAMEL, Abraham HODGSON, Harry TAGBOR, Linda KALILANI, Peter OUMA a Robert POOL. Factors Affecting Antenatal Care Attendance: Results from Qualitative Studies in Ghana, Kenya and Malawi. *PLoS ONE*. 2013, roč. 8, č. 1, s. 1-11. DOI: 10.1371/journal.pone.0053747.
- FRIMPONG, Jemima A., Stéphane HELLERINGER, John Koku AWOONOR-WILLIAMS, Francis YEJI a James F. PHILLIPS. Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the Upper East Region of Ghana. *Tropical Medicine & International Health*. 2011, roč. 16, č. 10, s. 1225-1233. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2011.02824.x.
- ABIRO, Gilbert Abotsem a Di MCINTYRE. Achieving universal health care coverage: Current debates in Ghana on covering those outside the formal sector. *BMC International Health & Human Rights*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 25-30. DOI: 10.1186/1472-698X-12-25.
- KUMAR, Santosh a Kapil MEHTA. Impact of Free Delivery Care on Health Facility Delivery and Insurance Coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLoS ONE*. 2012, roč. 7, č. 11, s. 1-9.
- ADJEI, Prince Osei-Wusu a Daniel BUOR. From poverty to poor health: Analysis of socio-economic pathways influencing health status in rural households of Ghana. *Health Sociology Review*. 2012, roč. 21, č. 2, s. 232-241.
- Inequities in maternal and child health outcomes and interventions in Ghana. *BMC Public Health*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 252-261. DOI: 10.1186/1471-2458-12-252.
- GETHING, Peter W., Fifi AMOAKO JOHNSON, Faustina FREMPONG-AINGUAH, Philomena NYARKO, Angela BASCHIERI, Patrick ABOAGYE, Jane FALKINGHAM, Zoe MATTHEWS a Peter M. ATKINSON. Geographical access to care at birth in Ghana: a barrier to safe motherhood. *BMC Public Health*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 991-1003. DOI: 10.1186/1471-2458-12-991.
- AKAZILI, James, John GYAPONG a Diane MCINTYRE. Who pays for health care in Ghana?. *International Journal for Equity in Health*. 2011, roč. 10, č. 1, s.

26-38. DOI: 10.1186/1475-9276-10-26.

BHANA, Arvin, Inge PETERSEN, Kim L. BAILLIE a Alan J. FLISHER.
Implementing the World Health Report 2001 recommendations for integrating
mental health into primary health care: A situation analysis of three African
countries. International Review of Psychiatry. 2010, roč. 22, č. 6, s. 599-610.
DOI: 10.3109/09540261.2010.536152

Dále budou využity internetové prezentace ghanského ministerstva
zdravotnictví, WHO, místního tisku a "zájmových" NGOs.

| | |
|---|----|
| OBSAH | 1 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK..... | 4 |
| SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ..... | 6 |
| ÚVOD..... | 7 |
| 1. GHANA – ZÁKLADNÍ FAKTA | 8 |
| 1.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ZEMĚ..... | 8 |
| 1.2 NÁSTIN HISTORIE..... | 10 |
| 1.3 EKONOMICKÁ SITUACE..... | 13 |
| 1.4 OBYVATELSTVO..... | 14 |
| 1.4.1. Základní demografické ukazatele..... | 14 |
| 1.4.2. Vzdělání..... | 14 |
| 1.4.3. Kmeny a jazyky..... | 15 |
| 1.4.4. Náboženství..... | 17 |
| 1.5 SOUČASNÁ POLITICKÁ SITUACE..... | 17 |
| 2. ÚROVEŇ HYGIENY V GHANĚ | 19 |
| 2.1 VLIV HYGIENY NA ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA..... | 19 |
| 2.2 PITNÁ VODA..... | 20 |
| 2.3 SANITACE..... | 23 |
| 2.4 VÝSKYT PARAZITŮ..... | 24 |
| 3. ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATEL | 25 |
| 3.1 DEMOGRAFICKÉ A ZDRAVOTNÍ CHARAKTERISTIKY OBYVATELSTVA... 25 | |
| 3.1.1. Fertilita..... | 27 |
| 3.1.2 Výživa..... | 28 |
| 3.1.3 Očkování..... | 30 |
| 3.2 PŘEHLED ČASTÝCH INFEKČNÍCH NEMOCÍ V GHANĚ..... | 30 |
| 3.2.1 Malárie..... | 31 |
| 3.2.2 Průjmová onemocnění..... | 32 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.2.3 | Respirační onemocnění a tuberkulóza..... | 34 |
| 3.2.4 | HIV/AIDS..... | 34 |
| 3.3 | STAV NEINFEKČNÍCH CHOROB V GHANĚ..... | 35 |
| 3.4 | ZAPOMENUTÉ TROPICKÉ NEMOCI (NTDs)..... | 36 |
| 4. | ZDRAVOTNÍ POLITIKA..... | 39 |
| 4.1 | SYSTEM ZDRAVOTNÍ PÉČE..... | 39 |
| 4.2 | NÁRODNÍ PROGRAMY NA PREVENCI A KONTROLU NEMOCÍ..... | 44 |
| 4.2.1 | Národní program na kontrolu malárie..... | 44 |
| 4.2.2 | Národní program na kontrolu tuberkulózy..... | 45 |
| 4.2.3 | Národní program na kontrolu NTDs..... | 45 |
| 4.2.4 | Národní imunizační program..... | 46 |
| 4.3 | POSOUZENÍ SILNÝCH A SLABÝCH STRÁNEK GHANSKÉ ZDRAVOTNÍ POLITIKY..... | 47 |
| 5. | DOSTUPNOST A KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE..... | 49 |
| 5.1 | REGIONÁLNÍ ROZDÍLY VE ZDRAVOTNICKÉ INFRASTRUKTUŘE..... | 49 |
| 5.2 | DOSTUPNOST A KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V HLAVNÍM MĚSTĚ..... | 54 |
| 5.3 | PROBLEMATIKA PÉČE O SPECIFICKÉ SKUPINY PACIENTŮ..... | 56 |
| 5.3.1 | Těhotné ženy a novorozenci..... | 56 |
| 5.3.2 | Senioři..... | 58 |
| 5.3.3 | Zdravotně postižení lidé..... | 59 |
| 5.3.4 | Lidé s duševními chorobami..... | 60 |
| 5.4 | ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL..... | 61 |
| 6. | TRADIČNÍ MEDICÍNA JAKO PARALELNÍ SYSTEM ZDRAVOTNÉ PÉČE..... | 64 |
| 6.1 | ASPEKTY TRADIČNÍ MEDICÍNY..... | 64 |
| 6.2 | ROZDĚLENÍ TRADIČNÍCH LÉČITELŮ..... | 65 |
| 6.3 | OFICIÁLNÍ RÁMEC TRADIČNÍ MEDICÍNY..... | 68 |
| 6.4 | LIDOVÉ LÉČITELSTVÍ VERSUS MODERNÍ MEDICÍNA..... | 70 |

| | |
|---|----|
| 7. ZDRAVOTNÍ PÉČE V ROZVOJOVÉM KONTEXTU | 72 |
| 7.1 GHANA A NAPLŇOVÁNÍ ROZVOJOVÝCH CÍLŮ TISÍCILETÍ SE ZDRAVOTNÍ TÉMATIKOU..... | 72 |
| 7.1.1 Cíl 1: Odstranit extrémní chudobu a hlad..... | 73 |
| 7.1.2 Cíl 4: Snížit dětskou úmrtnost..... | 74 |
| 7.1.3 Cíl 5: Zlepšit zdraví matek..... | 75 |
| 7.1.4 Cíl 6: Bojovat s HIV/AIDS, malárií a ostatními nemocemi..... | 76 |
| 7.1.5 Cíl 7: Zajistit environmentální udržitelnost..... | 77 |
| 7.1.6 Cíl 8: Budovat globální partnerství pro rozvoj..... | 78 |
| 7.2 ZAHRANIČNÍ PARTNEŘI PŮSOBÍCÍ V GHANĚ V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ | |
| 7.2.1 Vládní rozvojové agentury a zaměření jejich zdravotnických projektů..... | 79 |
| 7.2.2 Nevládní organizace a zaměření jejich zdravotnických projektů..... | 81 |
| ZÁVĚR..... | 83 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 85 |
| PŘÍLOHY - INTERVIEW – DR. RICHMOND OKRONIPA..... | 94 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|--------|---|
| ACT | Artemisin combination therapy Léčba v kombinaci s artemisinem |
| AMA | Accra Metropolitan Assembly Metropolitní shromáždění Akkry |
| CIA | Central Intelligence Agency Americká ústřední zpravodajská služba |
| CHPS | Community Health Planning and Services Komunitní plánování zdraví a služeb |
| CIDA | Canadian International Development Agency Kanadská mezinárodní rozvojová agentura |
| DANIDA | Danish International Development Agency Dánská mezinárodní rozvojová agentura |
| DFID | Department for International Development Oddělení mezinárodního rozvoje Spojeného království |
| ECOWAS | Economic Community of West African States Hospodářské společenství západoafrických států |
| GDHS | Ghana Demographic and Health Survey Demografický a zdravotní průzkum v Ghaně |
| GHS | Ghana Health Service Ghanská zdravotnická služba |
| GSS | Ghana Statistical Service Ghanský statistický úřad |
| HDI | Human Development Index Index lidského rozvoje |

| | |
|-------|---|
| MDGs | Millenium Development Goals Rozvojové cíle tisíciletí |
| MOH | Ministry of Health (Ghana) Ghanské ministerstvo zdravotnictví |
| NHIA | National Health Insurance Authority Úřad pro národní zdravotní pojištění |
| NHIL | National Health Insurance Levy Daň na národní zdravotní pojištění |
| NHIS | National Health Insurance Scheme Systém národního zdravotního pojištění |
| NGOs | Non-governmental Organizations Nevládní neziskové organizace |
| NTDs | Neglected tropical diseases Opomíjené tropické nemoci |
| SAM | Service Availability Mapping Mapování dostupnosti služeb |
| SSNIT | Social Security and National Insurance Trust Fond sociální bezpečnosti a národního pojištění |
| UNDP | United Nations Development Programme Rozvojový program Spojených národů |
| UNFPA | United Nations Population Fund Populační fond Spojených národů |
| USAID | United States Agency for International Development Agentura Spojených států pro mezinárodní rozvoj |
| WHO | World Health Organization Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tab. 1: Ghanské regiony, jejich hlavní města a počet obyvatel regionů k roku 2010

Tab. 2: Vybrané demografické ukazatele Ghany k roku 2011

Tab. 3: Vybrané zdravotní charakteristiky obyvatel, srovnání let 2000-2004 a 2011- 2013

Tab. 4: Rozdílná porodnost v jednotlivých ghanských regionech za rok 2008

Tab. 5: Výživový status u ghanských dětí, srovnání let 2006 a 2011

Tab. 6: Počet zdravotnických zařízení v regionech a jejich přepočítání na 100 000 obyvatel za rok 2010

Tab. 7: Počty větších zdravotnických zařízení a jejich zastoupení v regionech za rok 2010

Tab. 8: Počty menších zdravotnických zařízení a jejich zastoupení v regionech za rok 2010

Tab. 9: Počet porodů ve zdravotnických zařízeních v Ghaně dle typu zařízení v roce 2010

Tab. 10: Cíl 1, vybraný úkol, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů v roce 2011 v Ghaně

Tab. 11: Cíl 4, vybraný úkol, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů 2010-2013 v Ghaně

Tab. 12: Cíl 5, vybraný úkol, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů za roky 2008 a 2013 v Ghaně

Tab. 13: Cíl 6, vybraný úkol, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů v roce 2006 v Ghaně

Tab. 14: Cíl 7, vybraný úkol, vybraný indikátor a hodnota indikátoru do roku 2014 v Ghaně

Obr. 1: Rozmístění regionů

Obr. 2: Pevnost Elmina dnes

Obr. 3: Asantehene Osei Tutu II.

Obr. 4: Manhyia Palace

Obr. 5: Příčiny úmrtí dětí do 5 let v Ghaně za rok 2008

Obr. 6: Složení účastníků NHIS k roku 2012

Obr. 7: Podíl účastníků NHIS dle regionů k roku 2012

ÚVOD

V diplomové práci jsem se chtěla věnovat svým „srdečním záležitostem“. Proto jsem si vybrala Ghanu, kterou považuji za svůj druhý domov a téma zdraví, o které se soukromě z různých úhlů zajímám několik let, ať už se jedná o klasickou či alternativní medicínu. Název tématu mé práce je obecný úmyslně, snažím se o komplexní pohled na problematiku zdravotní péče v Ghaně a vše co s ní souvisí. Jednotlivé podkapitoly a témata nám jako mozaika skládají ucelenou představu o tom, jak ghanské zdravotnictví funguje. Stanovila jsem si 5 hlavních cílů: mapování úrovně hygieny obyvatel Ghany a analýza jejich zdravotního stavu; podrobnější popsání dostupnosti, kvality a specifík zdravotní péče; poukázání na ghanskou zdravotní politiku; představení ghanské tradiční medicíny a zasazení zdravotní problematiky do rozvojového kontextu, zejména v rámci rozvojových cílů tisíciletí a jejich naplnění do roku 2015.

Před psaním své diplomové práce jsem si položila tyto výzkumné otázky: Jaké jsou nejčastější zdravotní problémy obyvatel Ghany? Na jakém principu funguje systém zdravotní péče? Jaké jsou rozdíly v dostupnosti zdravotní péče mezi městem a venkovem? Co je to ghanská tradiční medicína? Kdo všechno je zapojen do rozvoje ghanského zdravotnictví? Na tyto otázky jsem se snažila odpovědět kompilací a analýzou dostupných zdrojů. Díky svému 9 měsíců trvajícímu pobytu v Ghaně jsem měla možnost vidět, jak ghanské zdravotnictví funguje v praxi, a měla jsem možnost udělat rozhovor s ghanským lékařem, který jsem zařadila nakonec do přílohy.

. U Ghany záleží, s jakým státem ji srovnáváme. Pokud vezmeme například její okolní státy, ghanské zdravotnictví je jistě popředu. Pokud ji srovnáváme s vyspělými státy, pak je úroveň samozřejmě slabá, ale i tak jsem byla pozitivně překvapená se zdravotní péčí, se kterou jsem se v různých zdravotnických zařízeních setkala. V Ghaně jsou však velké rozdíly mezi regiony, zejména severní regiony jsou velmi chudé, ty jižní jsou na tom o mnoho lépe a možnosti zdravotní péče v Akkře bych hodnotila jako velmi dobré. Proto se taky snažím o komparaci ghanských regionů a jejich zdravotní péče. Zaměřuji se i na dostupnost vody a sanitace, které jsou naprosto klíčovými prvky pro rozvoj zdravotnictví, ale v této oblasti bohužel Ghana pokulhává. V čem se jí naopak daří, je postupné naplňování rozvojových cílů tisíciletí, i když většinou s mírným časovým zpožděním.

1 GHANA – ZÁKLADNÍ FAKTA

1.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ZEMĚ

Republika Ghana leží v Západní Africe, na pobřeží Guinejského zálivu. Její rozloha činí 238 533 km² (CIA, 2013). Sousedí s Burkinou Faso na severu, Togem na východě a Pobřežím slonoviny na západě.

Většina reliéfu země dosahuje výšek pouze 150 až 300 m n.m. Nejvyšší horou je Mount Afadjoto v Tožském pohoří, která dosahuje výšky 885 m n.m a leží severovýchodně od Accry. Podél písčitého pobřeží se táhnou nížiny, střed Ghany vyplňuje Aframská nížina. Nejvýznamnější řekou je Volta, do jejíhož povodí náleží 70 % území Ghany (Kartografie Praha, 2005, 116).

Na soutoku Bílé a Černé Volty byla mezi roky 1961 a 1965 vybudována přehrada Akosombo, jejíž vodní nádrž (označována jako *Lake Volta*) s rozlohou 8 502 km² patří mezi největší umělé vodní nádrže na světě. Přehrada je využívána také jako hydroelektrárna, elektrická energie je vyvážena i do Toga a Beninu (Britannica, 2013).

Klima je na celém území tropické a horké, na východě a severu země poměrně suché s ročním úhrnem srážek okolo 700 mm, v západní části se průměrné roční srážky pohybují okolo 1400–2000 mm (Kartografie Praha, 2005, 116). V období od Vánoc až do března podnebí ovlivňuje velmi suchý vítr vanoucí ze Sahary tzv. „hamatan“, přinášející nejen sucho, ale také výrazné zvýšení prašnosti.

Dle ghanského statistického úřadu měla země v roce 2010 24 658 823 obyvatel (Ghana Statistical Service, 2010).



Obr. 1: Mapa Ghany. Převzato z CIA, 2013

Hlavním a největším městem je Accra, ležící na pobřeží Guinejského zálivu. Dalšími významnými sídly jsou: druhé největší město a kulturní centrum Ašantů Kumasi, dále rychle se rozvíjející souměstí Takoradi-Sekondi, největší přístav Tema, či turisticky vyhledávané pobřežní město Cape Coast. Ghana se administrativně dělí na 10 regionů. V tab. 1 je uveden přehled regionů, jejich hlavní města a počet obyvatel.

Tab. 1: Ghanské regiony, jejich hlavní města a počet obyvatel regionů k roku 2010.

| Region | Hlavní město regionu | Počet obyvatel regionu |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| Greater Accra Region | Accra ¹ | 4 010 054 |
| Central Region | Cape Coast | 2 201 863 |
| Eastern Region | Koforidua | 2 633 154 |
| Western Region | Takoradi-Sekondi | 2 376 021 |
| Ashanti Region | Kumasi | 4 780 380 |
| Volta Region | Ho | 2 118 252 |
| Brong-Ahafo Region | Sunyani | 2 310 983 |
| Northern Region | Tamale | 2 479 461 |
| Upper East Region | Bolgatanga | 1 046 545 |
| Upper West Region | Wa | 702 110 |

Zdroj: upraveno podle Ghana Statistical Service (2010)



Obr. 1: Rozmístění regionů, Zdroj: Ghanaweb (1994-2014)

¹ Accra metropolis má 1 848 614 obyvatel (Ghana Statistical Service 2010).

1.2 NÁSTIN HISTORIE

Název Ghana nesla v 8.–11. století mocná říše, rozkládající se na části dnešních území Mali, Mauritánie a Senegalu. Podle údajů středověkých arabských autorů založily tuto říši Soninkové. Věnovali se nejen transsaharskému obchodu, ale také prodávali zlato, otroky, sůl a měď. Prosperující říše zanikla dobytím muslimskými Almorávidy a také v důsledku dlouhotrvajícího sucha (BBC, 2014). Když v roce 1957 získala nezávislost anglická kolonie Zlaté pobřeží, obyvatelé ji pojmenovali shodným názvem – Ghana – stejně jako předchozí středověká říše. I když územně se středověká a moderní Ghana liší, mají společné to, že původní Ghana byla prvním známým státem subsaharské Afriky a moderní Ghana si zase jako první ze subsaharských kolonií vydobyla nezávislost (Beneš, 1983,8).

V období mezi 10. a 13. století přišly na území dnešní Ghany akanské kmeny, které tvoří největší podíl současného obyvatelstva, ve 13.–14. století přišly od východu kmeny Ga-Adangbe a Ewe, ve stejné době Akanové asimilovali původní obyvatelstvo Guanů a vytvořili asi třicet drobných státek. Obchodovali s kmeny Ga a napojili se také na transsaharský obchod, kde směňovali zlatý prach, otroky a kola oříšky za arabské a evropské zboží (Beneš, 1983, 9). V 17. století vznikla velmi mocná říše Ašantů (Ašantové patří k Akanským kmenům) v čele s významným náčelníkem (asantehe) Osei Tutu I. Ten rozšiřoval území Ašantské říše a šířil svou nadvládu výboji na všechny strany, postupně si Ašantové vybudovali nadřazenost nad ostatními kmeny. Jeho nástupce Opoku Ware I. založil město Kumasi, které je dodnes centrem jejich kultury. Ašantové svedli mnoho válek se sousedním kmenem Fante, který rovněž řadíme mezi akanské kmeny (Klíma, 2003, 21). Na severu Ghany existovaly různé kmenové státek, z nichž nejvýznamnější byly Dagomba a Mamprusi. Dagombové byli v 18. století poraženi Ašanty. (Beneš, 1983, 10.).

Roku 1471 připluli na Zlaté pobřeží Portugalci, kteří zde budovali opěrné body pro své cesty do Asie. Jedním z nich byla dodnes turisty navštěvovaná pevnost Elmina ve městě Cape Coast. V 16. století přišli na scénu Angličané a Holanďané, o století později také Dánové, Švédové a Braniboři. Všechny tyto mocnosti přilákala vidina zisku. Vzkvétal zde obchod s otroky (16.–19. století), na kterém se podíleli mimo jiné i místní náčelníci, kteří prodávali zajatce Evropanům, tohoto obchodu se účastnili i arabští obchodníci. Ašantové byli spojenci Holanďanů, Fantové zase Britů (Klíma, 2003, 9-25). Dle BBC bylo v době největšího rozkvětu obchodu s otroky na Zlatém pobřeží ročně prodáno 6–7 tis. lidí (BBC, 2014)



Obr. 2: Pevnost Elmina dnes. Vlastní foto.

V bojích o Zlaté pobřeží byli nakonec nejúspěšnější Angličané, kteří Ašantům vnutili svůj protektorát a v roce 1900 si porobili i severní oblasti. V jižních částech Ghany zavedli monokulturní pěstování kaka. Výkupní ceny určovaly cizí společnosti. Rozrůstala se ale i místní buržoazie, zejména v přístavních městech. V roce 1947 vznikla v Ghaně první politická strana UGCC (United Gold Coast Convention), která měla v programu přijetí nové ústavy zaručující africkou samosprávu. Strana ale narazila na represe koloniálních úřadů a rozštěpila se. Generální tajemník UGCC Kwame Nkrumah založil o 2 roky později novou stranu – CPP (Convention People's Party), která žádala samosprávu ihned. Od roku 1950 byl vyhlášen program „pozitivní akce“, jenž zahrnoval nenásilný boj, bojkoty a stávky proti koloniálním úřadům. Nkrumah a jeho spolupracovníci („Big Six“²) byli Angličany uvězněni. Po volbách v roce 1951 byl Nkrumah propuštěn, protože jeho CPP získala většinu volitelných poslaneckých míst. V parlamentu zasedali také kmenoví náčelníci, o něž se Britové opírali a guvernérem jmenovaní Evropané. Ústava z roku 1954 dala volební právo všem obyvatelům. Parlamentní volby v roce 1956 vyhrála Nkrumahova CPP. Proti ní vystupovala fantská opozice i náčelníci ze severu. Britové se rozhodli vyhovět hlasu lidu a Ghana získala v rámci Commonwealthu nezávislost i přes odpor opozice. Stalo se tak 6.3.1957 (Beneš, 1983, 11-13). Ghana se stala inspirací a příkladem pro ostatní africké země.

Po získání nezávislosti si Ghana prošla několika vojenskými převraty a násilnými změnami vlády. 1. července 1960 se Ghana stala republikou, jejím prvním prezidentem se stal Kwame Nkrumah, který vládl až do roku 1966, kdy byla jeho vláda svržena armádou a policií

² Takto je přezdívána šestice velkých mužů – státníků Ghany, byli jimi: Danquah, Nkrumah, Akkufu-Addo, Lamptey, Ofori-Atta a Ako-Adjei (Ghana Embassy, 2012).

v čele s vysokými důstojníky a generály Kotokou, Ankrahem a Afrifou (Ghana embassy, 2012). Prezident Nkrumah byl v době puče na oficiální návštěvě na Blízkém východě, do Ghany už se nevrátil a zemřel roku 1972 v exilu v Guineji. Nkrumah je dodnes rozporuplnou osobou, má své obdivovatele i odpůrce, byl zastáncem myšlenky panafricanismu³ a někteří lidé se stále hlásí k jeho odkazu (Klíma, 2003, 56-57).

Vojenská vláda byla roku 1969 nahrazena vládou civilní, volby vyhrála Progressive Party (PP) v čele s Kofim Busiou. Prezidentem se stal jeden z mužů „Big Six“ Akufo-Addo. Tato vláda byla roku 1972 svržena nekrvavým vojenským pučem v čele s generálem Acheampongem (Ghana embassy, 2012). Vojenská vláda byla u moci 7 let. O další převrat se na konci 70. let pokusil poručík letectva Jerry John Rawlings, ten byl ale neúspěšný a Rawlings byl hned zatčen a měl být popraven. Během čekání na popravu proběhl úspěšný puč provedený jeho stoupenci, a tím pádem se Rawlings (syn ghanské matky a skotského otce) dostal do čela nového vojenského režimu. Rawlingsovo převzetí moci bylo krvavé. Rawlingsova Revoluční rada ozbrojených sil (AFRC) přislíbila návrat k civilní vládě. Tak se také stalo a po volbách se v roce 1979 stal prezidentem Hilla Limann. Toto období je označováno jako Třetí republika a během ní nastala obrovská inflace a těžká ekonomická situace (Klíma, 2003, 62-64).

Rawlings poměry v zemi kritizoval a vlády se znovu ujal, tentokrát nekrvavým pučem v roce 1981. Chtěl změnit ekonomický a sociální řád a zvýšit životní úroveň v zemi. Byl předsedou Prozatímní rady národní obrany (PNDC). Až do počátku 90. let byly v Ghaně jiné politické strany zakázány. Rawlings slíbil pomalý přechod ke čtvrté republice, ale až po odstranění „nepořádku“. Rawlingsova strana PNDC byla přejmenována na Národně demokratický kongres (NDC – dnes vedoucí politická strana) a v roce 1992 byla ustavena nová ústava a konaly se nové prezidentské a parlamentní volby, znovu začaly vznikat politické strany. Volby vyhrál Rawlings a NDC. Stejně vítězství se opakovalo i ve volbách v roce 1996 (Klíma, 2003, 69-72).

Další volby se konaly v roce 2000 a vyhrála v nich opoziční strana NPP (New Patriotic Party) v čele s Johnem Kufuorem. Kufuor byl zvolen i v dalších volbách, ke změně došlo až v roce 2008, kdy se zpět k moci dostala NDC a prezidentem se stal John Atta Mills (Ghana embassy, 2012).

³ Panafricanismus - myšlenka politické, ekonomické a kulturní celistvosti afrického kontinentu. Jejím projevem bylo například vytvoření Organizace africké jednoty (OAJ) v roce 1963, která však nebyla úspěšná, státy se tedy později přiklonily spíše ke spolupráci v rámci menších regionálních uskupení, jejichž členství se různě překrývají (Piknerová, 2012). V roce 2002 se nástupcem OAJ stala Africká unie (AU), jejímiž členy jsou všechny africké státy kromě Maroka. Institucionální model Africké unie je inspirován Evropskou unií (Encyklopedie rozvojových studií, 2011).

1.3 EKONOMICKÁ SITUACE

Dle dat Světové banky se HDP na jednoho obyvatele (PPP) pohybuje okolo 1 570 \$ (World Bank, 2011).

Ghana má velké zásoby nerostných surovin, těží se například zlato, diamanty, bauxit a mangan. V roce 2010 byla zahájena těžba ropy. Vyváží se zejména zlato, kakaové boby, dřevo a bauxit. Vnitřní ekonomika je stále orientovaná na zemědělství, které zaměstnává 55 % obyvatel (MZV ČR, 2012). Zemědělství tvoří asi 26 % HDP (World Bank, 2011). Ghana patří společně s Pobřežím slonoviny k největším vývozcům kakaa na světě. Kromě tradičních plodin jako jsou yam⁴, plantain⁵, kasava⁶, banány a ananasy, se rozšiřuje pěstování manga, rajčat, pomerančů, kešu a shea oříšků, rýže a bavlny. Běžný je chov hovězího dobytka, koz a drůbeže. (MZV ČR, 2012).

Průmysl se na tvorbě HDP podílí 26 %. (World Bank, 2011). Nejvýznamnější je těžební, dále potravinářský, textilní a kožedělný. Výkonnost průmyslu je charakterizována malou přidanou hodnotou výrobků a nízkou produktivitou práce. Dynamicky se rozvíjí stavebnictví, a to zejména v Akkře a celém pobřežním pásu. Podíl stavebnictví na celkovém objemu průmyslu roste ročně o 7 %, také díky financím ghanské diasporu a zahraničních donorů (MZV ČR, 2012).

Služby se na tvorbě HDP podílí asi 49 % (World Bank, 2011). Jedná se zejména o odvětví telekomunikace, dopravy a turistiky (MZV ČR, 2012). Hodnota exportu všech služeb a zboží z Ghany do ostatních zemí tvoří 38 % HDP (pro srovnání u České republiky je export zboží a služeb 73 % HDP) (World Bank, 2011).

Přestože výše uvedená data vyznívají poměrně optimisticky, potýká se ghanská ekonomika s řadou problémů. Na některé z nich upozorňuje například zpráva Ghanské asociace průmyslu za 1. čtvrtletí roku 2013. Zmiňuje v ní hlavní překážky rozvoje soukromého sektoru jak v průmyslu a zemědělství, tak ve službách i stavebnictví. Jsou jimi: nedostatečná dodávka elektrické energie, přístup k úvěrům a jejich cena, u stavebnictví jsou to častá zpoždění v platbách a také vysoká cena materiálu, u služeb je zdůrazněna také devalvace ghanské měny cedi vůči dolaru (Association of Ghana Industries, 2013).

K prudké devalvaci cedi v současné době dochází, protože Ghana prochází ekonomickou krizí, která je doprovázena vysokou inflací. Dle Čecha (2014) vláda na ekonomické potíže

⁴ Yam je kořenová zelenina všestranně používaná v africké kuchyni.

⁵ Plantain vypadá jako velký banán, ale před konzumací se tepelně upravuje – vaří, smaží nebo griluje.

⁶ Kasava je hlíza manioku jedlého, používá se k vaření a výrobě alkoholu, obsahuje hodně škrobu.

reaguje úspornými opatřeními (zdražení elektřiny, omezení subvence paliv). Růstu státního dluhu pak mají zabránit úpravy daňového systému (zvýšení DPH, zvýšení daní pro nerezidentní nájemce, jiný způsob zdaňování ropných produktů atd.).

1.4 OBYVATELSTVO

Jak již bylo řečeno, v Ghaně žije okolo 25 milionů obyvatel. Úředním jazykem je angličtina, ale Ghaňané se mezi sebou dorozumívají místními jazyky, z nichž nejrozšířenější je twi. Hustota osídlení činí přibližně 103 obyv./km². Urbanizace je 52 %.

1.4.1 Základní demografické ukazatele

Tab. 2: Vybrané demografické ukazatele Ghany k roku 2011

| | |
|--|--------|
| Podíl obyvatelstva ve věku 0-14 let | 38 % |
| Podíl obyvatelstva ve věku 15-64 let | 58 % |
| Podíl obyvatelstva ve věku nad 65 let | 4 % |
| Předpokládaná délka dožití při narození - ženy | 65 let |
| Předpokládaná délka dožití při narození - muži | 63 let |
| Fertilita | 4,1 |
| Celkový přírůstek obyvatelstva | 2,3 % |

Zdroj: World Bank (2011)

Z tab. 2 vyplývá, že nejvyšší podíl obyvatelstva tvoří obyvatelstvo v produktivním věku, a to 58 %. Podíl obyvatelstva do 14 ti let je významný (38 %), naopak podíl obyvatelstva ve věku nad 65 let je velmi malý, jen 4 %. Fertilita je 4,1 dětí na jednu ženu v plodném věku. Celkový přírůstek obyvatelstva je díky stále vysoké fertilitě kladný, asi 2,3 %. Ženy mají o 2 roky delší předpokládanou délku života než muži (65 vs. 63 let).

1.4.2 Vzdělání

Dle CIA (2010) se gramotnost obyvatel nad 15 let pohybuje okolo 71,5 %, přičemž je zde patrný rozdíl mezi muži (78,3 %) a ženami (65,3 %). V roce 2011 navštěvovalo základní školu

84 % dívek a 84 % chlapců (Net Enrollment Ratio⁷), což představuje výrazné zlepšení oproti minulosti, v roce 2002 to bylo jen 61 % dívek a 62 % chlapců (UNESCO, 2011).

Vzdělávací systém v Ghaně je založen na modelu 6 – 3 – 4 – 4, což znamená prvních 6 let základní škola, dále 3 roky „Junior High School“, 4 roky „Senior High School“. Po skončení tohoto stupně vzdělání studenti skládají státní zkoušku WASSCE, která je administrována Západoafrickou radou pro zkoušky (WAEC) a jejímž výstupem je závěrečný certifikát. Další 4 roky jsou minimem pro získání titulu na univerzitě. Vyučovacím jazykem je angličtina, v angličtině jsou také všechny studijní materiály. I když na některých základních školách se první tři roky děti mohou setkat s vyučováním v některém z 11 lokálních jazyků a poté se přejde na angličtinu. Z cizích jazyků se běžně vyučuje francouzština. V Ghaně je 7 veřejných univerzit (University of Ghana v Akkře, Kwame Nkrumah University of Science and Technology v Kumasi, University of Cape Coast, University of Education ve Winnebě, University of Development Studies v Tamale, Ghana Institute of Management and Administration v Akkře a University of Mines and Technologies v Tarkwě). Dále je zde 21 soukromých institucí (daly by se srovnat s vyšší odbornými školami v ČR), nabízející tříleté studijní programy zakončené odborným diplomem (US Embassy in Accra, 2013). Docházka do základní školy je bezplatná, ale další vzdělávací instituce jsou již pro studenty zpoplatněny. V Ghaně je povinnost nosit školní uniformy a dívky ve státních školách musí nosit krátký sestřih vlasů (neplatí pro univerzity a soukromé instituce).

1.4.3 Kmeny a jazyky

V roce 1960 bylo v Ghaně evidováno přes 100 jazykových a kulturních skupin obyvatel. V později provedených sčítání lidu již nebylo bráno v potaz tak detailní rozdělení obyvatel a kmeny byly sloučeny do větších celků. V dnešní době rozdělujeme 5 hlavních etnických skupin, které jsou dále rozděleny na mnoho podskupin. Jsou jimi Akan, Ewe, Ga-Adangbe, Guan a Mole-Dagbane. Podskupiny těchto hlavních etnických skupin sdílejí společnou historii, původ,

⁷ Net Enrollment Ratio – počet dětí (zapsaných do škol) určité věkové skupiny, která má v ten daný věk oficiálně navštěvovat základní školu děleno všechny děti té stejné věkové skupiny (UNICEF, 2014).

tradice, zvyky, jazyky a kulturu. Nejpočetnější je skupina Akan, v Ghaně cca 12 milionů lidí, tedy skoro polovina obyvatel (Ghanaweb, 1994-2014).

Pochopit místní etnicko-kulturně náboženský kontext pro cizince není jednoduché. Uvádíme zde proto pouze větší kmeny. Každý kmen má svou tradiční sídelní oblast, ale v důsledku migrací za prací a do měst žijí jejich příslušníci i mimo svá tradiční teritoria. Původní kmenové rozdělení můžeme vidět ve venkovských oblastech. K Akanům patří například kmen Ashanti (Ašantové), pocházející z centrální části země, jejichž jazykem je twi, což je hlavní mezinárodní dorozumívací jazyk v Ghaně. K dalším akanským kmenům patří Fante či Akuapem. Ke stupině Ga-Adangbe patří kmen Ga se stejnojmenným jazykem a tito lidé jsou původními obyvateli Akkry a přilehlého pobřeží. Každý kmen má svého tradičního krále a náčelníka (v Ghaně se jim říká „Chief“), dokonce je pro tuto problematiku zřízeno Ministerstvo (Ministry of Chieftaincy and Traditional Affairs), které řeší například spory mezi náčelníky. Náčelníci a králové patří k nejváženějším a nejbohatším lidem v zemi (vlastní názor).

Nejznámějším králem je král Ašantů, který používá titul asantehene. Současný král se jmenuje Otumfuo Osei Tutu II. V rozhovoru pro BBC Africa Live vysvětluje svou pozici – úkolem králů je vést svůj lid správným směrem, usilovat o jejich blahobyt, vzdělání a zdraví. Role králů je také spolupracovat s vládou na rozvoji země. Rozdíl mezi vládou a králi je takový, že zatímco vlády se střídají, králové zůstávají. Podle ústavy se králové a náčelníci nemohou vměšovat do oficiální politiky (BBC, 2005).



Obr. 3: Asantehene Osei Tutu II. Zdroj:ModernGhana, 2013.



Obr.4: Manhyia Palace⁸. Zdroj:Manhyia palace museum, 2014.

⁸ Manhyia Palace je sídlem ašantského krále, konají se zde různé tradiční akce, přijímá zde návštěvy a palác slouží i jako muzeum ašantské kultury. Nachází se v Kumasi, hlavním městě ašantského království (Manhyia Palace Museum, 2014).

V Ghaně se běžně nevyskytují mezietnické konflikty, ale například v roce 1994 došlo výjimečně k bojům mezi kmenem Konkomba a kmeny Nanumba, Dagomba a Gonja, při kterých bylo zabito přes 1000 osob a asi 150 000 lidí muselo opustit své domovy. Příčinou byly dlouholeté spory v otázkách vlastnictví půdy a výsad náčelníků (Ghanaweb, 1994-2014).

Dle Bodomo (1999) můžeme ghanské domorodé jazyky rozdělit do deseti skupin a řady podskupin. Některé z nich zahrnují značně větší počet mluvčích než ostatní. Nejrozšířenější jsou akanské jazyky, které jsou mateřským jazykem pro asi 39 % populace (patří sem např. twi či fante), dále skupina Mabilia (těmito jazyky mluví většina populace na severu, celkově asi 16 % obyvatel). Gbe skupina, jíž dominuje jazyk ewe, se soustředí v jižní části, zejména regionu Volta a je mateřským jazykem pro 1,5 milionu mluvčích. Další skupinou je Ga-Dangbe, jazyky rozšířené v regionu Greater Accra. Dále skupina Gurma, zahrnující několik jazyků obyvatel žijících na severu země. Ostatní skupiny jazyků (Guang, Nzema, Grusi, Buem a Nafaanra) mají menší počet rodilých mluvčích (v řádech desetitisíců a tisíců). Všechny výše zmíněné jazyky patří do nigero-konžské jazykové rodiny (Bodomo, 1999). Oficiálním jazykem je angličtina, často se používá i tzv. „broken English“ neboli pidgin. Obyvatelé většinou rozumí více lokálním jazykům.

1.4.4. Náboženství

Náboženství hraje v Ghaně (stejně jako ostatních afrických zemích) velmi důležitou roli. Je nedílnou součástí každodenního života. Lidé většinou vyznávají křesťanství nebo islám, ale zároveň jsou ovlivňováni i tradičními africkými náboženstvími, také například vúdú. GSS (2010) uvádí, že 71,2 % obyvatel se hlásí k různým odnožím křesťanství (z toho nejvíce patří k různým letničním církvím – 28,3 %, dále k protestantům 18,3 %, katolíkům 13,1 % a ostatním církvím (Metodisté, Svědci Jehovovi a další) 11,4 %. Počet obyvatel vyznávající islám je přibližně 17,6 %. K tradičnímu náboženství se přihlásilo 5,2 % lidí, 5,3 % obyvatel se k žádnému náboženství nehlásí.

1.5 SOUČASNÁ POLITICKÁ SITUACE

Ghana je republikou prezidentského typu. Prezident má značné pravomoci, volební období trvá čtyři roky a prezident může být zvolen maximálně dvakrát za sebou. Moc zákonodárná se soustředí v jednokomorovém parlamentu. Celkem je 230 poslanců, v parlamentu

jsou podle počtu obyvatel poměrně zastoupeny všechny regiony. Současná politická situace v Ghaně je stabilní, probíhá dialog mezi politickými stranami i NGOs a jednotlivými občany (MZV ČR, 2012).

Prezident Atta-Mills nečekaně v červenci roku 2012 zemřel, jeho prozatímním nástupcem se stal John Dramani Mahama ze strany National Democratic Congress (NDC), který svůj mandát obhájil i v prosincových volbách téhož roku, kdy v prvním kole těsně zvítězil nad svým protikandidátem, Nana Akufo-Addem z opoziční strany National Patriotic Party (NPP). Kampaně obou kandidátů probíhaly opravdu masivně, oba objížděli všechny regiony, měli velkou marketingovou kampaň a ghanský tisk jim dával zhruba stejné šance. Situace v zemi byla napjatá, sociálně slabší obyvatelé volili tradičně NDC a současného prezidenta Mahamu, střední vrstva a podnikatelské kruhy se přikláněly k NPP a Akufo Addovi. Mezi hlavní sliby NDC patřilo vytvoření nových pracovních míst a snížení chudoby, NPP zase propagovala zrušení placené školní docházky na středních školách. Ke zvolení prezidentem musí jeden z kandidátů dosáhnout více jak 50 % hlasů. Mnoho lidí předpokládalo, že prezident vzejde až z druhého kola, ale Mahama nakonec získal 50,7 % hlasů. I přesto, že byli Ghaňané rozděleni zhruba na půl co se týče podpory NPP a NDC, po volbách nenastaly žádné nepokoje. Během nich také probíhala kampaň za poklidné volby jak v tisku, tak televizi i na billboardech po celé Ghaně. Ghaňané jsou pyšní na to, že oproti jiným africkým zemím stále udržují mír, a proto ať už byl výsledek voleb jakýkoliv, lidé jej přijali a zastánci opozice již plánují lepší kampaň pro další volby (Vlastní náhled).

Ghana patří s dalšími 14 západoafrickými státy do hospodářského společenství západoafrických států (Economic Community of West African States – ECOWAS). Jedná se o ekonomickou integraci států ve všech sférách ekonomických aktivit a také v sociální a kulturní oblasti. ECOWAS má následující instituce: Komisi, Parlament, Soudní dvůr a Banku pro investice a rozvoj. Společenství bylo založeno v roce 1975 a hlavní sídlo má v nigerijské Abují. Kromě hlavních jmenovaných institucí má ECOWAS různé specializované agendy např. Západoafrickou zdravotnickou organizaci, Západoafrický energetický svaz či Západoafrický měnový institut, který má vést k založení centrální banky s jednotnou měnou. Mez členskými státy probíhá zjednodušený pohyb osob, zboží a služeb. (ECOWAS, 2007).

2 ÚROVEŇ HYGIENY V GHANĚ

Problematika hygieny je velmi důležitá, protože patří mezi základní předpoklady zdravého života. Podle WHO je definice hygieny následující: „*Hygiena znamená podmínky a postupy, které přispívají k udržení zdraví a prevenci šíření nákaz. Zdravotnická hygiena proto zahrnuje určitý soubor postupů spojených s ochranou zdraví, například sterilizace nástrojů, řádné mytí rukou, udržování čistoty, čistá voda, sanitace a likvidace zdravotnického odpadu.*“ (WHO, 2014).

K udržení zdraví jsou nezbytné dobré hygienické návyky, čistá voda, nezávadné jídlo, čistota prostředí, dostupnost sanitárních zařízení a to nejen toalet a umýváren, ale rovněž likvidace tuhých odpadů a čištění odpadních vod. Tato kapitola se zaměří na čtyři základní témata. V první podkapitole, která má název Vliv hygieny na zdravotní stav obyvatelstva, si ukážeme několik statistických údajů a konkrétní případy vlivu hygieny na zdraví. Druhá podkapitola se bude věnovat kvalitě a dostupnosti pitné vody, třetím tématem bude dostupnost sanitárních zařízení a poslední téma se týká výskytu parazitů. Problematika parazitů je zde zahrnuta proto, že paraziti mají významný podíl na různých nemocech a zároveň zde můžeme pozorovat úzké propojení právě s hygienickými návyky.

2.1 VLIV HYGIENY NA ZDRAVÍ OBYVATEL

WHO uvádí, že 88 % všech průjmových onemocnění je způsobeno kontaminovanou vodou, nedostatkem sanitárních zařízení či špatnou hygienou (WHO in Arnold et al., 2013) Řádná hygiena rukou může snížit průjmová onemocnění a pneumonii o 50 %, ale méně než 15 % ghanských domácností má k dispozici umývací zařízení. Jeden z pěti obyvatel nemá přístup k toaletám. V severních regionech je situace značně horší, zde se uvádí až 70 % obyvatel bez přístupu k toaletám, přitom používání hygienicky bezpečných sanitárních zařízení by snížilo výskyt průjmových onemocnění o 36 % (UNICEF Ghana, 2010). Umývání rukou vodou a mýdlem je nejjednodušším a nejlevnějším způsobem jak se chránit před průjmovými nemocemi. Pro propagaci tohoto základního hygienického návyku byl za účasti několika mezinárodních stakeholderů (oficiální agentury, univerzity, obchodní společnosti) založen Mezinárodní den umývání rukou (Global Handwashing Day), který byl stanoven na 15. října a určen zejména pro děti a je propagován primárně mezi dětmi ve školách. Mezi hlavní myšlenky patří, že řádná hygiena rukou je tou nejdostupnější a nejefektivnější cestou, jak se vyhnout průjmovým onemocněním, protože lidské výkaly jsou hlavním zdrojem patogenů, které způsobují nemoci

(tyfus, cholera, různé gastroenterické infekce). Orálně-fekální cestou se mohou přenášet i různá respirační onemocnění, pneumonie i chřipka (Global Handwashing Day, 2014). Z hygienického hlediska si můžeme nemoci rozdělit na tři způsoby přenosu: znečištěnou vodou (water-borne diseases), orálně-fekální cestou (tedy nedodržování hygienických návyků) a nedostatečně upraveným nebo znečištěným jídlem (food-borne diseases).

V Ghaně byl v roce 2009 proveden průzkum a následný trénink mezi pouličními prodavači jídla (Donkor, 2009). V Ghaně, stejně jako v celé Africe, je velmi rozšířeným zvykem vařit, prodávat a konzumovat jídlo na ulici. Jen v Akkře je přes 60 tisíc pouličních prodejců jídla. V průzkumu se zjišťovalo, jestli prodejci dodržují vlastní hygienu a také to, jak zacházejí s jídlem, které prodávají. Dále se zjišťovaly rizikové faktory přenosu patogenů orálně-fekální cestou. Vzorek se skládal ze 127 prodejců. Výsledky byly následující: 98 % z nich si po toaletě vždy umyli ruce vodou a mýdlem, 98,4 % z nich mělo povědomí o přenášení nemocí orálně-fekální cestou. 28,8 % prodejců ale po umytí rukou použilo stejnou vodu na umytí nádobí, nebo opětovné umytí rukou, což může mít také vliv na šíření nemocí. Co se týkalo čistoty prostředí prodejního vybavení, 16,5 % bylo zhodnoceno jako slabé, 47,2 % jako průměrné, a 34,6 % jako dobré. V oddílu manipulace s jídlem 57 % prodavačů si vždy před přípravou jídla umývá ruce, 12 % si většinou umývá ruce a 31 % ne příliš často. Skladování syrového a uvařeného jídla, asi 27 % dotázaných je vždy skladuje zvlášť, 23 % je skladuje zvlášť po většinu času, 49 % ne příliš často a 1 % se tímto vůbec nezabývá. Jako vodní zdroj pro vaření používá 99 % prodavačů vodu z potrubí, 1 % vodu ze studny. 81,9 % dotázaných skladuje jídlo přes noc a prodává další dny, 55,9 % z nich používá k tomuto účelu ledničku. S cílem zvýšit hygienu na ulici prodávaného jídla prošlo 250 pouličních prodavačů tréninkem o bezpečnosti jídla podle WHO. Ten zahrnoval 5 klíčových složek: udržovat čistotu, odděleně skladovat vařené a syrové jídlo, vařit důkladně (dostatečně dlouho), uchovávat jídlo při bezpečné teplotě a používat bezpečnou vodu a bezpečné suroviny.

2.2 KVALITA A DOSTUPNOST PITNÉ VODY

Dle dat Světové banky mělo v Ghaně v roce 2012 přístup k upraveným zdrojům vody⁹ 86 % všech obyvatel, na venkově 81 % obyvatel, u městské populace 93 % (World Bank, 2012). Zdroje pitné vody jsou různé. Jedná se o kohoutkovou vodu, vrtané zdroje vody, studny,

⁹ Upravené zdroje vody (Improved water sources) zde zahrnují pitnou vodu z vodovodu v obydlích či na pozemcích, dále veřejné zdroje potrubní vody (standpipes), vrty (boreholes), trubkové studny (tube wells), chráněné kopané studny (protected dug wells), chráněné prameny a sběr dešťové vody (World Bank, 2012).

povrchové zdroje, kupovanou vodu z lahví a sáčků¹⁰, cisterny, dešťovou vodu. Problémem měst je zastaralý vodárenský systém. Například ve městě Cape Coast byl vodárenský systém vybudován v letech 1927–28 pro potřeby tehdy 20tisícové populace. Dnes má Cape Coast okolo 170 tisíc obyvatel, ale vodárenský systém je původní. Často tedy dochází k výpadkům vody a není možno pokrýt poptávku (McGarvey et al., 2008). Podobná situace je v celé zemi. V Akkře je kvůli provozním problémům s dodávkami vody tato voda dostupná každodenně pouze pro čtvrtinu obyvatel. Udává se, že až pro 35 % obyvatel je voda k dispozici jen 2 dny v týdnu (WaterAid, 2005 in Arnold et al, 2013). Proto mají všichni lidé, kteří si to mohou dovořit, u svých domů zásobníky na vodu (water tanks). Na venkově v regionu Ashanti, kde jsou nainstalovány veřejné vodovodní kohoutky, jsou tato zařízení mimo provoz týdny i měsíce, pokud voda teče, tak zejména v nočních hodinách. Voda vždy přestane téct společně s výpadkem elektřiny. Lidé musí proto spoléhat na jiné zdroje vody (Arnold et al., 2008).

V regionech proběhla různá měření kvality a dostupnosti vody. Podle McGarvey et al. (2008) v Centrálním regionu (pobřežní oblast, venkov i větší města Winneba a Cape Coast) z celkového počtu 703 respondentů odebírá vodu z kohoutku 61,5 % z nich, z vrtů (boreholes) 14,1 %, z povrchových zdrojů 9,2 %, ze studny 8,2 %, z plastových lahví a sáčků 4,3 %, z cisteren 2 % a z jímek na dešťovou vodu 1%. Průměrná doba k dosažení vodního zdroje je 13 minut. 21 % domácností potřebuje více než 30 minut k dosažení zdroje pitné vody. Průzkum zjišťoval zejména přítomnost a množství bakterie *E.coli*¹¹ ve vodě. V 74 % odebraných vzorků byla zjištěna zvýšená přítomnost *E.coli*. Nejlépe dopadla voda z plastových lahví, dále kohoutková voda, dešťová voda, potom voda z vrtů, nejhůře dopadla studniční voda (wells), která skončila i za povrchovou vodou s velkým rozdílem za vodou z vrtů. Jelikož dešťová voda dopadla v testu dobře, autoři navrhují sběr dešťové vody jako alternativu k jiným zdrojům. Záleželo by ale na mechanismu sběru a skladování, aby byla voda bezpečná (McGarvey et al., 2008).

V regionu Ashanti (vzorek 226 vodních zdrojů z 8 vesnic) je dle průzkumu Arnold et al. (2013) hlavním zdrojem pitné vody veřejná kohoutková voda (standpipes) u 42 % obyvatel (ale třetina z nich nebyla v provozu týdny či měsíce), 40 % obyvatel má jako zdroj vody hlubší kopanou studnu cca 3–25 metrů hlubokou (dug wells), z čehož 9 % je opatřeno ruční pumpou, 5

¹⁰ Voda v sáčcích (Sachet water) je velmi rozšířený a levný zdroj pitné vody mezi obyvateli Ghany a slouží zejména v dobách častých odstávek veřejného vodárenského systému. Dle Kwakye-Nuako et al. (2005) však studie různých značek sáčkových vod odhalila ve 21 z 27 vzorků parazitické prvky v různých stádiích (Kwakye-Nuako et al., 2005).

¹¹ *Escherichia coli* je bakterie běžně se vyskytující ve střevní mikroflóře teplokrevných živočichů i člověka, proto je její výskyt ve vodě indikátorem přítomnosti fekálního znečištění (CDC, 2014).

% mělkou studnu (shallow wells), 8 % obyvatel uvedlo jako primární zdroj vody vrty, 5 % řeku. Z bakteriologického hlediska byla ve vzorcích těchto vod zkoumána přítomnost koliformních bakterií s důrazem na *E.coli* podobně jako v předchozím průzkumu. V tomto regionu jsou výsledky odlišné. Analýza proběhla u 78 z 226 vodních zdrojů. Z výsledků vyplynulo, že všechny zdroje kohoutkové vody obsahují zvýšený výskyt koliformních bakterií, z toho v 61 % byla přítomna *E. coli*, 10 % vrtů obsahovalo koliformní bakterie, ale žádná z nich *E. coli*, v případě hlubokých studen 87 % mělo koliformní bakterie, z čehož 28 % *E. coli*, všechny zkoumané říční vzorky a mělké studny obsahovaly koliformní bakterie, v 80 % mělkých studen a 67 % říční vody byla přítomna *E. coli*. Lidé byli přesvědčeni, že veřejná kohoutková voda je nejbezpečnější zdrojem vody a není ji třeba upravovat. Kvůli jejím častým výpadkům dotazované ženy uváděly problémy s klouby kvůli vzdálenosti alternativních zdrojů vody (Arnold et al., 2013).

Porovnání obou průzkumů je problematické, jelikož autoři nerozdělují zdroje vody shodně. McGarvey et al. (2008) nerozděluje studny na hluboké a mělké, které však v průzkumu Arnold et al. (2013) dopadly velmi rozdílně. Z obou průzkumů však vyplynulo, že riziko kontaminace bakterie *E. coli*, z nichž některé typy jsou patogenní, je značné. Podle Centra na kontrolu a prevenci nemocí (2012) může patogenní *E. coli* způsobit průjemová onemocnění (i krvavá) a zvracení, je nebezpečná pro malé děti a staré lidi (CDC, 2012). Znečištěnou vodou (lidské a zvířecí fekálie, mikroorganismy, chemikálie) se mohou kromě průjemových onemocnění přenášet i další nemoci jako cholera, žloutenka, leptospiróza, tyfus. Voda slouží jako rezervoár i u nemocí jako malárie, legionelóza, schistosomóza (WHO, 2014).

V souvislosti s nemocemi ze znečištěné vody je třeba dodat, že velkým problémem měst, dokonce i hlavního města Akkry jsou otevřené stoky odpadních vod v ulicích podél cest. Zvláště nebezpečné jsou pro děti, které si hrají venku. Dle Labite et al. (2010) byly zjištěny občasné výpadky ve dvou hlavních čistírnách vody v Akkře a jelikož byly dle výzkumů ve vodě (která je před procesem čištění) běžně zjištěny patogeny (rotaviry, salmonella, kampylobakterie atd.) může veřejný vodárenský systém v Akkře pro její obyvatele představovat zdroj průjemových onemocnění. (Labite et al., 2010). Na další problém týkající se vody v Akkře poukazuje Silverman et al. (2013). V městském a příměstském zemědělství se totiž na zavlažování zeleniny běžně používá neupravená odpadní voda, která se do nádrží, určených pro zavlažování, dostává právě stokami.

2.3 SANITACE

Podle Světové banky mělo v Ghaně v roce 2012 přístup k sanitárnímu zařízení¹² pouze 14 % všech obyvatel (v roce 2000 jen 10 % obyvatel), ve městech je to 20 % obyvatel (World bank 2012). Freeman (2010) upozorňuje na paradox, že přestože je Ghana v mnoha směrech úspěšnější než ostatní africké země, podle kvality sanitace ji WHO a UNICEF ohodnotily jako čtvrtou nejhorší v Africe. Dostupnost a kvalita sanitárních zařízení patří mezi nejpalčivější ghanské problémy (Freeman, 2010).

Podle Ashley Murray, ředitelky firmy Waste Enterprises, není největší problém v počtu toalet, ale v likvidaci splašků a fekálií, které končí ve stokách podél celé Akkry. Proto Murray přišla s nápadem, jak tuto „sanitační krizi“ vyřešit. Založila firmu, která se zabývá přeměnou tohoto odpadu na biopalivové pelety¹³, které jsou dále prodávány do zemí EU. Technologie splňuje přísné standardy a při současné výrobě 5 tun paliva denně se použije až 95 tun surových splašků. Pokud bude tato technologie v Ghaně úspěšná, plánuje se rozšíření výroby do dalších rozvojových zemí (Lapowsky, 2012). Freeman (2010) zdůrazňuje, že během období dešťů se stoky vylévají vedle lidských obydlí a právě chybějící a nekvalitní sanitace může za to, že v Ghaně jsou nejčastější příčinou smrti infekční nemoci a malárie (kvůli stojaté vodě). Nemoci se šíří také proto, že pokud už sanitární zařízení existuje, je sdíleno mnoha lidmi a riziko nakažení nemocemi se tedy zvyšuje. V roce 2008 chyběla sanitární zařízení v polovině škol v zemi (Freeman, 2010).

Jedním z řešení na adekvátní sanitaci pro rozvojový svět (zejména při prudké urbanizaci) může být příklad sociálního podnikání ghanské firmy Clean Team, která nabízí rodinám pronájem kvalitní přenosné toalety a k tomu zajišťuje odvoz odpadu z této toalety třikrát týdně na místa zpracování městského odpadu. V plánu je rozšíření na výrobu hnojiv z tohoto odpadu a následný prodej na farmy (Clean Team, 2014). Toto řešení je jistě mnohem hygieničtější, než návštěva veřejných latrín, které jsou v mnoha případech přímo hazardem se zdravím. Zlepšení kvality pitné vody a sanitace je základním předpokladem lepšího zdraví obyvatel.

¹² Sanitárním zařízením myšleno: splachovací nebo zalévací toalety napojené na kanalizaci či septik, různé typy latrín, kompostovací toalety (suché) (World bank, 2012).

¹³ Biopalivové pelety je zhutněné biopalivo vyrobené z práškové biomasy s nebo bez lisovacích přísad, běžně ve válcové formě náhodné délky, typicky od 5 mm do 30 mm s ulomenými konci (MŽP Slovenské republiky, 2013).

2.4 VÝSKYT PARAZITŮ

Prevalence parazitů je spojena s nedostatečnou sanitací, nízkou úrovní vzdělání a neadekvátní zdravotní péčí. Mezi nejrozšířenější střevní parazity v Ghaně patří škrkavky, měchovci a tenkohlavci. Napadení těla parazity způsobuje podvýživu (potlačení chuti k jídlu, ztrátu živin a snížení vstřebání živin a jejich využití v těle). Parazitární onemocnění mohou narušit fyzický růst, rozvoj mozku, mohou způsobit anémii (nedostatek železa). Snižují fyzickou aktivitu obyvatel a způsobují problémy v těhotenství. Vajíčka parazitů se vyskytují v lidské stolici a špatnou sanitací a hygienou se mohou mezi lidmi rychle šířit. Například neumýváním rukou po toaletě a před jídlem, ale také nedostatečně uvařeným masem. Proti parazitárním onemocněním se dá jednoduše bojovat užíváním antiparazitárních léků (antihelmintik), zvýšenou hygienou a zdravotní výchovou. Antihelmintika způsobí odumření a následné vypuzení parazitů z těla (Vibe Ghana, 2013). V roce 2007 v Ghaně zemřelo na nákazu střevními parazity 208 429 lidí (Freeman, 2010). Mezi obyvateli Akkry je rozšířené užívání antihelmintik. Běžně se bere jedna odčervovací pilulka každé 3 měsíce, pro děti jsou speciální sirupy.

V Ghaně se podařilo eradikovat velmi vážné parazitární onemocnění způsobené vlasovcem medinským (Guinea worm). Tento parazit dorůstá délky až jednoho metru a jeden jedinec naklade až milion vajíček. Může se vynořovat skrze kůži (většinou na nohou a chodidlech) ven z těla, což je velmi bolestivý proces, při němž nemocný člověk není schopen chůze až 3 měsíce. Neexistuje léčba, ani vakcína. Tato nemoc v 80. letech zaujala pozornost tehdejšího amerického prezidenta Nicka Cartera (viděl, jak dlouhý červ vylézá z prsou ghanské ženy), který se rozhodl spolupracovat s ghanskou vládou na vymýcení tohoto onemocnění. Za rok 1989 bylo v Ghaně hlášeno 180 000 případů nakažení tímto červem. V roce 2007 se objevilo asi 1000 případů v severní Ghaně. V roce 2011 Ghana oslavovala vymýcení nemoci v zemi poté, co splnila kritérium 14 po sobě jdoucích měsíců bez hlášení jediného případu. Nemoc se přenáší zejména znečištěnou a neupravenou vodou, ve které se mohou nacházet mikroskopické vodní blechy, v nichž jsou nakladena vajíčka. Eradikace tedy probíhala pomocí dodání vodních filtrů a jemných pesticidů, které zabíjejí vodní blechy a poučení obyvatel o používání upravené vody. Tento problém se vyskytoval zejména na severu země (Kokutse, 2011).

3 ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATEL

Tato kapitola se zaměří na základní statistiky o zdravotním stavu, které jsou detailněji rozepsány v tématech fertilita, výživa a očkování. Další podkapitolou je Přehled infekčních nemocí a ty nejčastější z nich jsou rozebrány podrobněji. Jedná se o malárii, průjmová onemocnění a respirační onemocnění. Tyto tři nemoci mají na svědomí nejvíce dětských životů. Dále se podíváme na tuberkulózu a HIV/AIDS. S nástupem ekonomického růstu a rozvoje začíná infekčních nemocí ubývat a neinfekčních, takzvaně civilizačních nemocí, naopak přibývat. Tyto nemoci jako například hypertenze, cukrovka či rakovina jsou spojeny s nezdravým životním stylem a stresem a zdaleka už nejsou problémem jen ve vyspělých zemích. Poslední podkapitola je věnována „zapomenutým“ tropickým nemocem (Neglected Tropical Diseases).

3.1 DEMOGRAFICKÉ A ZDRAVOTNÍ CHARAKTERISTIKY OBYVATELSTVA

Mnohé zdravotní statistiky jsou u ghanského obyvatelstva lepší než u obyvatel okolních států či států v západoafrickém sub-regionu. Například u ukazatelů kojenecké úmrtnosti (nejhorší je situace v Mali, kde je 96 úmrtí na 1000 živě narozených, dále Sierra Leone 89/1000, Niger 81/1000), dětské úmrtnosti (nejhorší je Niger 198 na 1000 dětí do 5 let, dále Mali 191/1000 a Nigérie 156/1000) a dětské proočkovanosti (většina států má tento ukazatel méně než 50 %)(GDHS, 2008). Vybrané ukazatele pro Ghanu jsou uvedeny v tabulce 3.

Tab. 3: Vybrané zdravotní charakteristiky obyvatel, srovnání let 2000-2004 a 2011-2013

| Zdravotní charakteristika | Stav na začátku 21. století | Současná situace |
|---|-----------------------------|----------------------|
| Průměrná délka života (počet let) | 58,5 (rok 2000) | 63,5 (rok 2011) |
| Kojenecká úmrtnost (na 1000 živě narozených) | 64 (rok 2003) | 50 (rok 2011) |
| Úmrtnost dětí do 5ti let (na 1000 narozených) | 95 (rok 2002) | 78 (rok 2013) |
| Počet hlášených případů malárie | 475 441 (rok 2004) | 3 755 166 (rok 2012) |
| Počet hlášených úmrtí na malárii | 1575 (rok 2004) | 2855 (rok 2013) |

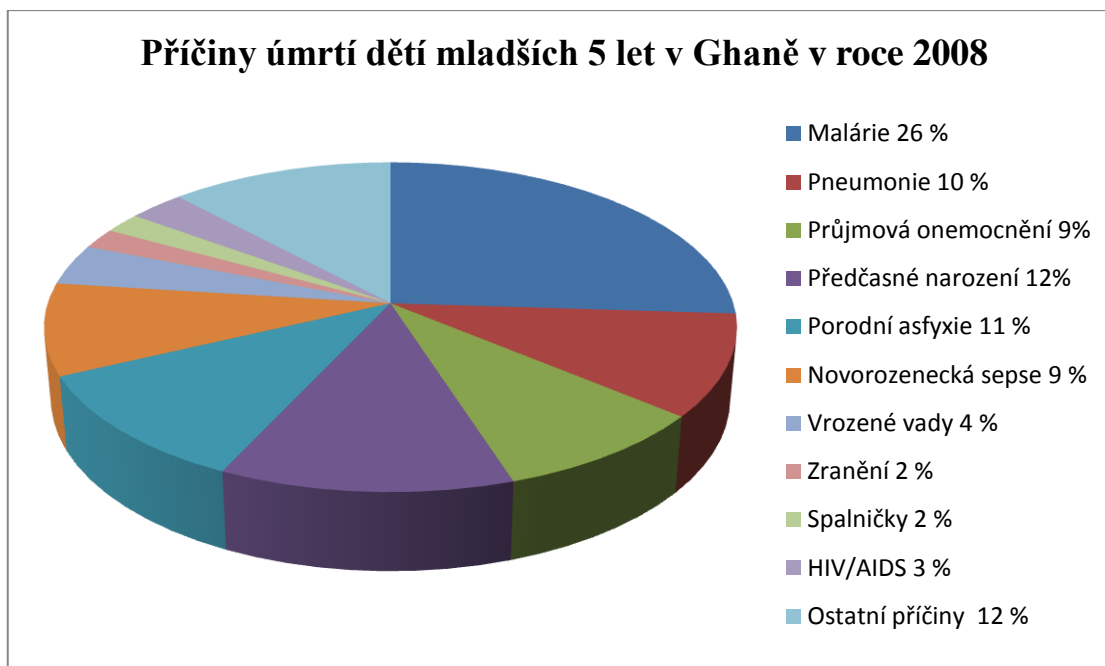
| | | |
|---|----------------|------------------|
| Prevalence tuberkulózy (na 100 000 obyvatel) | 201 (rok 2002) | 71 (rok 2013) |
| Mateřská úmrtnost (na 100 000 porodů) | 470 (rok 2005) | 380 (rok 2013) |
| Prevalence HIV mezi dospělými ve věku 15-49 let (%) | 1,9 (rok 2006) | 1,4 % (rok 2012) |

Zdroj: WHO (2002-2013).

Z tab. 3 vyplývá, že za období 2000-2014 se průměrná délka života prodlužuje; kojenecká, dětská a mateřská úmrtnost klesá, stejně jako prevalence tuberkulózy a HIV/AIDS. U počtu hlášených případů malárie můžeme vidět naopak velký nárůst (který ale může být způsoben nedostatečným ohlašováním malárie v předchozích letech).

GHS ve své výroční zprávě z roku 2007 uvádí, že celostátně byly nejčastější příčinou úmrtí malárie (13,6 %), HIV/AIDS a k tomu vztážené komplikace (7,4 %), anémie (7,3 %), cévní mozkové příhody (6,4 %), pneumonie (6,2 %), sepse (5,1 %), hypertenze (4,1 %), srdeční choroby (4 %), meningitida (2,3 %) a průjmová onemocnění (2,3 %). Jiné než výše jmenované příčiny tvořily 41,5 % všech úmrtí. Malárie, průjmová onemocnění, anémie a komplikace spojené s těhotenstvím jsou dle GHS nejčastějšími příčinami celostátní morbidity.

Co se týče dětské úmrtnosti, rovněž vede malárie. Dle WHO (2010) je to až 26 % všech úmrtí způsobených malárií. Dalšími častými příčinami úmrtí u malých dětí jsou pneumonie 10 %, průjmová onemocnění 9 %, novorozenecká úmrtí a komplikace při porodu jako porodní asfyxie (vážná poškození organismu z důvodu z nedostatku kyslíku) 11%, novorozenecká sepse 9 %, či nedonošenost plodu 12% a také vrozené vady 4%. Dalšími příčinami jsou HIV/AIDS 3%, spalničky 2%, zranění 2% a ostatní příčiny 11 % (WHO, 2010).



Obr. 5: Příčiny úmrtí dětí mladších 5 let v Ghaně za rok 2008. Zdroj: WHO, Regional Office for Africa, 2010.

3.1.1 Fertilita

Ghanská vláda iniciovala první program národní populační politiky již v roce 1969¹⁴ pro udržení ekonomického růstu a zvýšení kvality života obyvatel. V roce 1994 byl tento program revidován s důrazem na snížení porodnosti, protože za 25 let nedošlo k žádné změně. Cílem bylo do roku 2000 snížit plodnost z 5,5 dítěte/na ženu v plodném věku na 5 dětí a dále na 4 děti do roku 2010. Tento cíl byl splněn s dvouletým předstihem. Míra porodnosti byla v roce 2008 4 děti na 1 ženu, na venkově 4,9 a ve městech 3,1. Do roku 2020 se počítá se snížením plodnosti na 3 děti na ženu. V rámci subsaharské Afriky se jedná o nižší míru plodnosti. Míra plodnosti mezi venkovskými ženami je nejvyšší mezi jejich 20-24 lety, kdežto u městských žen je to mezi 25-29 lety. V míře porodnosti hraje tedy rozdíl město x venkov, vzdělání žen (ženy bez vzdělání mají v průměru 6 dětí, kdežto ženy s ukončeným středoškolským vzděláním průměrně 3,1) a také regionální rozdíly (GDHS, 2008).

¹⁴ Dle dat UNICEF byla v tomto roce průměrná porodnost 7 dětí na 1 ženu (UNICEF, 2013).

Tab. 4: Rozdílná plodnost v jednotlivých ghanských regionech za rok 2008

| Region | Celková plodnost (počet dětí na 1 ženu v plodném věku) | Podíl těhotných žen z celkového počtu žen (15-49 let) v % |
|---------------|--|---|
| Western | 4,2 | 7,5 |
| Central | 5,4 | 7,8 |
| Greater Accra | 2,5 | 7,0 |
| Volta | 3,8 | 6,7 |
| Eastern | 3,6 | 5,3 |
| Ashanti | 3,6 | 7,6 |
| Brong Ahafo | 4,1 | 4,8 |
| Northern | 6,8 | 12,2 |
| Upper East | 4,1 | 6,9 |
| Upper West | 5,0 | 7,1 |

Zdroj: GDHS, 2008

Z tabulky 4 jsou patrné velké rozdíly v plodnosti v závislosti na regionu. Nejvyšší porodnost má region Northern (až 6,8 dětí na 1 ženu v plodném věku), který řadíme k nejhudším regionům. V době průzkumu, v roce 2008 zde byl také největší podíl aktuálně těhotných žen (12,2 %). Naopak nejnižší porodnost je v regionu Greater Accra (jen 2,5 dětí na 1 ženu v plodném věku). Ostatní regiony se pohybují v hodnotách 3,6 – 5,4 dětí na 1 ženu v plodném věku. Ukazatel podílu těhotných žen musíme brát s rezervou, protože se běžně stává, že žena své těhotenství nechce z různých důvodů prozradit nebo neví, že je těhotná.

3.1.2. Výživa

Co se týče výživy, většinou se udávají data pro ženy a děti, jakožto rizikové skupiny. U žen ve věku 15-49 let má 61 % žen normální váhu, 9 % podváhu, 21 % naopak nadváhu a až 9 % obezitu (GDHS, 2008). S nízkou porodní váhou (méně než 2500 kg) se v roce 2011 narodilo 11 % dětí (WHO, 2011). Výživové odchylky u dětí jsou uvedeny v tabulce 5. Nutriční status je u dětí měřen podle jejich vzrůstu a váhy a je přímo ovlivněn příjmem potravy a nemocemi. Je zkoumán obecný zdravotní a nutriční status, tedy podváha (underweight), dále chronická

podvýživa (stunting), která by se dala přeložit jako zakrnění a akutní podvýživa (wasting) (GDHS, 2008).

Tab. 5: Výživový status u ghanských dětí, srovnání let 2006 a 2011

| | 2006 (%) | 2011(%) |
|---|----------|---------|
| Underweight (podváha, váha vzhledem k věku) | 13,9 | 13,4 |
| Stunting (nízký vzrůst vzhledem k věku) | 28,1 | 22,7 |
| Wasting (nízká váha vzhledem k výšce) | 6,1 | 6,2 |
| Overweight (nadváha) | 2,6 | 2,6 |

Zdroj: WHO, 2012

Z tabulky číslo 5 vyplývá, že nejčastější nutriční odchylkou je mezi ghanskými dětmi stunting, neboli příliš nízký vzrůst vzhledem k věku, tím trpí více než 22 % ghanských dětí, i když od roku 2006 došlo k určitému zlepšení. Podváhou (underweight) trpí 13,4 % dětí, tady došlo od roku 2006 pouze k velmi mírnému zlepšení. K mírnému zhoršení naopak došlo v kategorii wasting, tedy přílišné hubenosti vzhledem k výšce. Nadváhu má pouze 2,6 % dětí a tato hodnota zůstala po 5 let neměnná.

Z regionálního hlediska jsou na tom nejhůře regiony Upper East , Eastern, Central a Northern, kde trpí chronickou podvýživou (tedy že jsou příliš malé vzhledem ke svému věku) více než třetina dětí. Výživa souvisí i se vzděláním. Bylo prokázáno, že děti matek bez vzdělání mají častěji chronickou podvýživu (32%) než děti matek se středním a vyšším vzděláním (18%) (GDHS, 2008).

Dle WHO je velkým problémem dětí a těhotných žen anémie¹⁵, která má různé příčiny. V rozvojovém světě nejčastěji souvisí s nedostatkem železa, minerálů a vitamínů (A, B₉ a B₁₂) ve stravě. V roce 2003 jí trpělo 76,1 % dětí a 64,9 % těhotných žen. Dle dat WHO z roku 2012

¹⁵ Anémie neboli chudokrevnost nastává, když je koncentrace hemoglobinu v krvi pod normou. Anémie související s nedostatkem železa zvyšuje dětskou a mateřskou úmrtnost. Snižuje fyzickou sílu (tedy pracovní produktivitu dospělých) a rozvoj mozku u dětí. Asi 25 % světové populace je postiženo anémií, především v chudých oblastech, vyšší prevalence anémie se vyskytuje v oblastech s infekčními nemocemi (malárie, tuberkulóza, HIV/AIDS, střevní paraziti atd. (WHO, 2008).

byla 17 % dětí ve věku 6-59 měsíců podána 1 nebo 2 dávky vitamínu A¹⁶ (WHO, 2012). Trendy v kojení zůstávají stejné, v posledních letech se podíl kojených dětí pohybuje mezi 97-98 %. Průměrná délka kojení je 20 měsíců (WHO doporučuje 24 měsíců), přičemž mateřské mléko jako jediný zdroj obživy zůstává průměrně 3,4 měsíce (WHO doporučuje alespoň 6 měsíců). Kojení se doporučuje jako nejbezpečnější výživa, která nemůže být kontaminována (na rozdíl od vody, ovoce atd.) (GDHS, 2008).

3.1.3 Očkování

Ghanská vláda přijala směrnice WHO a UNICEF ohledně očkování dětí. Děti by v prvních letech života měly obdržet tato očkování: jednu dávku proti tuberkulóze (první očkování po narození), jednu proti spalničkám, tři dávky proti dětské obrně a tři dávky DPT (diphtheria, pertusis, tetanus). Společně k očkování proti spalničkám se doporučuje současně očkování proti žluté zimnici (cca v 9. měsíci věku). V roce 2002 vakcínu DPT nahradila vakcína DPT/HepB/HiB (+ hepatitida B a *Haemophilus influenzae* typu B). Po naočkování všemi těmito vakcínami je dítě považováno za plně očkované. Dle průzkumu z roku 2008 bylo 79 % ghanských dětí ve věku 12-23 měsíců plně očkováno. Jen 1 % dětí nebylo očkováno vůbec a 20 % částečně. Stejně jako v ostatních případech i zde můžeme vidět regionální rozdíly (v Northern regionu je plně očkováno jen 58 % dětí). Vliv má i vzdělání matky a ekonomický status (GDHS, 2008). V Ghaně byla v současné době zavedena dvě nová očkování pro děti, a to proti rotavirům, které způsobují průjmy a proti pneumokokovým infekcím, způsobující pneumonii nebo zánět středního ucha. Právě pneumonie celosvětově zabíjí nejvíce dětí do věku 5ti let (více než tuberkulóza, AIDS a malárie dohromady). Těmito dvěma novými očkováními se Ghana snaží naplnit 4. Cíl MDGs: snížit dětskou úmrtnost (MOH, 2012).

3.2 PŘEHLED ČASTÝCH INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ V GHANĚ

Infekční nemoci jsou poruchy způsobené mikroorganismy a organismy jako viry, bakteriemi, houbami nebo parazity. Infekční nemoci se přenášejí buď z člověka na člověka, kousnutím hmyzem či zvířetem, kontaminovanou vodou a jídlem, nebo když jsou lidé vystaveni mikroorganismům ve svém životním prostředí. Tyto organismy se nachází všude a některé jsou

¹⁶ Celosvětově se doporučuje podávat dětem v postižených oblastech ve věku 6-59 měsíců každé 4-6 měsíců vitamín A, který zvyšuje odolnost malých dětí proti nemocem a snižuje dětskou úmrtnost (UNICEF in WHO, 2014).

nedílnou součástí lidského těla, kde působí neškodně, například některé bakterie ve střevech pomáhají trávení atd. Mezi hlavní bakteriální infekce patří tuberkulóza, infekce streptokoky nebo zánět močového ústrojí. Infekcí, jejichž původem jsou viry, je celá řada. Od nachlazení přes spalničky, ebolu, HIV/AIDS. Na viry nezabírají antibiotika. Mezi houbové infekce patří plísně, například candida, která může napadat kůži, ústa a hrdlo. Infekce přenášené parazity typu protozoa (jednobuněčné organismy) jsou malárie nebo toxoplazmóza, velcí parazité (obecně červi) napadají trávicí ústrojí, plíce, játra, mozek nebo kůži, a odebírají lidem důležité živiny. Symptomy infekcí se liší, ale často zahrnují horečku a únavu. Některým lze předcházet očkováním (například spalničkám, planým neštovicím, pneumokokovým a rotavirovým infekcím atd.). Správná hygiena rukou rovněž přispívá ke snížení počtu infekcí (Mayo clinic, 2014).

3.2.1 Malárie

Malárie je infekce způsobená prvoky *Plasmodium (falciparum, vivax, ovale, malariae)* a přenáší ji samičky komára *Anopheles*. Infikovaný komár přenesení parazita do těla člověka a ten začne napadat jaterní buňky a množit se. Dále se přemístí do červených krvinek, kde roste a opět se množí. Napadené zvětšené krvinky začnou praskat a uvolňuje se toxin, který způsobuje klinické příznaky malárie, mezi něž patří horečky, zimnice, bolesti, průjem, zvracení a únava. Pokud se včas neléčí (zejména typ *falciparum*), může dojít až selhání ledvin, neurologickému záchvatu, bezvědomí a smrti. Typy *ovale* a *vivax* se mohou skrývat v jaterních buňkách člověka až 4 roky bez jakýchkoliv příznaků. Přítomnost malárie se zjišťuje krevními odběry¹⁷ (Petráš, 2012). Ghana patří do malarické endemické oblasti. Ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že každoročně je ve zdravotních střediscích hlášeno 3 miliony případů malárie, z čehož 900 000 jsou děti do 5 let. Malárie je příčinou úmrtí 26 % všech úmrtí dětí do 5 let a 9 % mateřských úmrtí (GDHS, 2008). Případů malárie je mnohem víc, ne všechny jsou hlášeny, protože většina obyvatel léčí malárii doma. Národní program kontroly malárie je zaměřen především na malé děti a těhotné ženy a je implementován ve zdravotních střediscích. Hlavní náplní programu je preventivní terapie pro těhotné ženy a malé děti, která spočívá v odstranění stávajících parazitů a preventivní profylaxi. Dále se jedná o distribuci moskytiér ošetřených insekticidy těhotným ženám při preventivních lékařských prohlídkách a distribuce moskytiér matkám malých dětí, které s nimi přicházejí na očkování. V Ghaně probíhá i osvěta ve školách (Ayí, 2010). Podle statistik Ghana Health Service se míra dětské úmrtnosti do 5 let na malárii mezi lety 2002 – 2009

¹⁷ Testy na malárii se v Ghaně dělají prakticky při jakýchkoliv příznacích, aby se vyloučila možnost malárie.

snížila až o 50 % a to z 3,7 % na 1,7 % (GHS, 2009). Průzkum GDHS (2008) uvádí, že 45 % ghanských domácností vlastní 1 moskytiéru, 19 % domácností dvě a více, přičemž častěji vlastní moskytiéry lidé na venkově než ve městech, nejvíce v regionu Upper West (72 %), nejméně v regionu Greater Accra (jen 32 %). Průzkum mimo jiné prokázal, že s vyšším ekonomickým statutem klesá používání moskytiér, což zřejmě souvisí s tím, že bohatší lidé mají sítě v oknech a dveřích (GDHS, 2008). Celonárodně klesl počet úmrtí na malárii z 3259 případů v roce 2011 na 2815 v roce 2012 (GHS in GhanaWeb, 2013). Více bude popsáno v další kapitole o národních programech kontrol nemocí.

3.2.2 Průjmová onemocnění

Jelikož průjmová onemocnění patří k jedné z vedoucích příčin úmrtí u dětí do 5 ti let v Ghaně, bylo provedeno několik regionálních výzkumů. Výzkum Reithera et al. (2007) proběhl v Tamale v regionu Northern. Bylo zkoumáno 243 dětí s akutním průjmem a k tomu kontrolní skupina 124 dětí. Průměrný věk 10 měsíců. Mezi symptomy nemocných dětí převládala vodnatá stolice, horečka, slabost a vpadlé oči. V laboratoři se zjistilo, že 15 % kojenců mělo malárii, 91 % mělo anémii a střevní mikroorganismy mělo 77 % kojenců ve skupině s akutním průjmem a 53 % kojenců v kontrolní skupině. 22 % dětí mělo podváhu. Nejrozšířenějším patogenem byl rotavirus (55 %), dále adenovirus (28 %), norovirus (10 %), střevní parazity mělo 5 % dětí a 5 % dětí mělo bakterie. Z výzkumu jasně vyplynulo, že v této oblasti byl hlavní příčinou průjmů rotavirus. Ze střevních parazitů převládala *Giardia lamblia* a z bakterií *Salmonella enterica*. Rotavirus je spojen s nízkým věkem dětí, průjmem a horečkou (Reither et al., 2007). Dle průzkumu Enweronu-Laryea et al. (2013) v Akkře, byl z 2277 hospitalizovaných dětí (0-59 měsíců) s průjmem identifikován rotavirus u 48,2 % z nich. Byly zjištěny různé typy rotavirů (nejčastěji G1P8 nalezen u 28 % dětí). Z průzkumu vyplynulo, že se tyto typy rotavirů vyskytují sezónně (tento nejčastější genotyp způsobil nejvíce průjmových onemocnění v období dešťů 2009, kdežto ve stejném období v letech 2008 a 2010 se prakticky vůbec nevyskytoval). Průzkum byl proveden v souvislosti s představením nové vakcinační látky proti rotavirům, která však nemusí fungovat na všechny existující typy rotavirů (Enweronu-Laryea et al., 2013).

Parazitickými příčinami průjmů u dětí v Ghaně se zabýval výzkum Nkrumaha a Nguaha (2011). Proběhl v obci Akim v Ashanti regionu. Jako hlavní příčina průjmu u dětí byla identifikována *Giardia lamblia*. Byl zkoumán vzorek 1080 dětí. Prevalence jakéhokoliv parazita mezi dětmi ve věkové skupině 2-17 let byla zjištěna u 114 na 1000 dětí, z čehož až 89,5 %

představovala právě *Giardia lamblia*. U starších dětí (15-17 let) byla prevalence na jakékoli parazity vyšší, 169/1000, u dětí do 1 roku byla prevalence parazitů nižší, 13/1000. S věkem se tedy pravděpodobnost výskytu parazitů v těle zvyšuje. Ohroženy jsou nejen venkovské děti, které běžně pasou zvířata (ta jsou přenašečem), ale také městské děti, protože *Giardia lamblia* se vyskytuje i v kontaminované vodě, ovoci, půdě. Může se přenést i přímo z člověka na člověka, přičemž někteří lidé jsou bezpříznakoví nosiči. Nejúčinnější ochranou je správná hygiena (Nkrumah a Nguah, 2011).

Mezi časté průjmové onemocnění patří břišní tyfus, který řadíme v Ghaně mezi 20 nejčastějších nemocí. Způsobuje jej bakterie *Salmonella typhi*. Problémem je už vůbec určení této nemoci, těžké stavy břišního tyfu mohou být zaměněny za malárii (Marks et al., 2010). Naopak některá jiná onemocnění bývají zaměňována právě za tyfus, protože ten je většinou lékařů zjišťován tzv. Widalovým testem¹⁸, který je velmi nespolehlivý a může ukazovat falešné pozitivní výsledky. Kvůli nadměrnému předepisování antibiotik na tyfus, i když nemoc byla jiná, se *Salmonella typhi* stala velmi rezistentní. Stejně jako ostatní průjmová onemocnění, i zde jsou příčinou špatné hygienické podmínky (MOH, 2004).

V Ghaně se někdy vyskytují epidemie cholery. Toto onemocnění sem bylo poprvé zavlečeno v 70. letech občanem tožské národnosti, který přicestoval z Guiney. Nejhorší případy se vyskytly ve vesnicích Akplabanya a Nyanyano. Sem byla cholera přivlečena příbuznými z Toga a Guiney, kteří přicestovali na pohřeb. Pokusy o kontrolu cholery nebyly kvůli nedostatečnému vodárenskému a sanitačnímu systému úspěšné. Cholera se tedy vrací v cyklických epidemiích. V současné době se tento problém týká zejména těch nejchudších městských obyvatel, žijících ve slumech. Vysoká míra úmrtnosti je spojena s neschopností zdravotnického systému epidemie zastavovat a úmrtí zdravotníků ještě zvyšují obavy z této nemoci (Ofori-Adjei a Koram, 2014). V říjnu 2010 došlo k vypuknutí cholery ve skupině drobných těžařů zlata v Eastern regionu. Zdrojem nákazy byla řeka Birim, která sloužila jako umývárna, toaleta i jako zdroj pitné vody. Cholera je způsobena bakterií *Vibrio cholerae* a má krátkou inkubační dobu, 2 hodiny až 5 dní. Je přenášena skrze fekální kontaminaci vody nebo jídla, způsobuje těžké vodnaté průjmy, a pokud není řádně léčena (rehydratační roztoky, tekutiny, minerály, u těžkých případů antibiotika) může vést až ke smrti. V roce 1999 bylo v Ghaně nahlášeno 9000 případů cholery, z čehož 250 skončilo smrtí (Opare et al., 2010).

¹⁸ Pozn. aut.: Na klinice v Akkře mi byla Widalovým testem z krve určena diagnóza břišního tyfu, později se ukázalo, že příčina byla jiná.

3.2.3 Respirační onemocnění a tuberkulóza

Mezi nejvážnější a zároveň nejčastější plicní choroby v Ghaně patří pneumokokové nákazy (zejména u dětí, dále pak u starších lidí) a tuberkulóza. Nemocnice Korle-Bu v Akkře v roce 2002 zaznamenala 3085 pacientů s onemocněním dýchacího traktu a 1295 úmrtí, což značí vysoké procento úmrtnosti na tyto choroby (GhanaWeb, 2004). Pneumonie je jednou z hlavních příčin úmrtí dětí do 5 let v Ghaně (i celosvětově). Ročně je v zemi evidováno až 72 000 případů, z čehož až 4300 končí úmrtím. Vakcína proti pneumokokovým infekcím je dostupná od roku 2012 (GHS in Modern Ghana, 2012).

I když Ghana nepatří mezi tuberkulózu nejvíce zatížené země, vzhledem k jejímu dlouhodobému výskytu je třeba neustálý dohled nad touto nemocí. V roce 2010 bylo zjištěno 15 145 případů tuberkulózy (nových případů i relapsů). Úmrtnost je 8,7/ 100 000 lidí. Úspěšnost léčby stoupla z 60 % v roce 2002 na 76 % v roce 2006 a 85 % v roce 2009. Úmrtnost je fatální ve spojení tuberkulózy a HIV/AIDS. Na tuto kombinaci je až 7 % úmrtí z celkového počtu úmrtí (Amo-Adjei a Kumi-Kyereme, 2013). Z regionálního hlediska byla podle statistik GHS za rok 2008 nejvyšší prevalence tuberkulózy (na 100 000 obyvatel) v regionech Volta (88), Central (84) a Ashanti a Greater Accra (81), naopak nejnižší v regionu Upper West (42). V současné době se proti tuberkulóze bojuje dle celosvětové strategie Stop TB, jenž zahrnuje informovanost jednotlivců a komunit o přenosu a léčbě tuberkulózy, hlášení této nemoci a zastavení stigmatizace této nemoci (Amo-Adjei a Kumi-Kyereme, 2013).

3.2.4 HIV/AIDS

Za rok 2009 se v testovacích centrech nechalo prověřit 865 058 lidí, což byl oproti předchozímu roku 85% nárůst zájmu lidí o testy. Z těchto osob mělo 4,2 % pozitivní nález (GHS, 2009). Dle Afranie et al. (2012) je HIV/AIDS tradičně spojena s velkou stigmatizací. Na toto téma se v Ghaně uskutečnil průzkum (ve třech administrativních okresech mezi 45 pacienty, 46 členy rodin pacientů a 184 neovlivněných členů komunit). 46, 7 % účastníků přiznalo, že členové jejich komunity vnímají HIV/AIDS jako prokletí a 53,3 % jako trest od Boha. Více než 86 % pacientů tvrdí, že se jejich blízcí cítí ohroženi touto nemocí. Nejčastější forma stigmatizace je opuštění rodinou/partnerem/přítelem (66,6 %) a vyloučení z rodinných nebo sociálních funkcí (51,1 %). Podle Patterson (2010) ghanské prostředí a mentalita přispívají ke stigmatu. Nízká

prevalence HIV/AIDS v Ghaně znamená, že většina obyvatel se s člověkem nakaženým HIV nikdy nesetkala. V roce 2004 19 % obyvatel uvedlo, že zná nebo slyšelo o někom s HIV. Po snížení prevalence ze 3,3 % z roku 2003 na 1,9 % roku 2007 náboženští lídři i zdravotní pracovníci upozorňovali, že by se měl dát prostor pro povědomí o více rozšířených nemocech jako malárii, průjmových onemocnění, mateřských úmrtí či nemocí srdce (Patterson, 2010). Ale statistická data GHS ukazují, že prevalence HIV mezi těhotnými ženami se od roku 2007 zvýšila ze 2,6 % na 2,9 % v roce 2009, přičemž ve věkové skupině 40-44 let hodnota vzrostla na 4 % (GHS, 2009).

V Ghaně se vir HIV poprvé objevil v roce 1986 (první oficiální hlášené případy ve světě od počátku 80. let). Odpovědí ghanské vlády byly mediální kampaně k rozšíření povědomí o této problematice, zejména riziko předmanželského pohlavního styku a nebezpečí střídání partnerů. Později začala propagace testování na HIV. V roce 2002 vznikla v Ghaně skupina Ghana AIDS Treatment Access Group (GATAG), která se později s dalšími vznikajícími organizacemi snažila o osvětu HIV/AIDS. Ve stejném roce Ghana ve spolupráci s donorem USAID uvedla antiretrovirální léčbu v asi 100 zdravotnických zařízeních. Náklady na měsíční léčbu těmito léky byly v roce 2008 pro pacienty 5 cedi (cca 50 Kč), zbytek pokryl program národního zdravotního pojištění. Data z roku 2009 ukazují, že 79 % financování aktivit spojených s HIV/AIDS bylo ze zahraničních zdrojů (zejména z Fondu pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií). Průzkum zaměřený na spolupráci církví v otázce boje proti HIV/AIDS ukázal, že duchovní zdůrazňují morální stránku věci (pokud se nezmění chování, nevymizí ani HIV), brojí proti předmanželským pohlavním stykům, otázce používání kondomů se ale nevěnují. Dříve byli lidé přesvědčeni, že riziko HIV hrozí pouze při kontaktu se prostitutkou/prostitutem nebo lidem, kteří vycestovali mimo Ghanu a měli tam pohlavní styk. I když od roku 2000 probíhala kampaň pro pastory a náboženské lídře (zapojeno přes 3000 lidí), jak zapojit otázku prevence HIV právě do jejich kázání, která jsou lidmi velmi hojně navštěvována (Patterson, 2010).

3.3 STAV NEINFEKČNÍCH CHOROB V GHANĚ

Historie chronických neinfekčních chorob je v Ghaně delší než bychom mohli předpokládat. Rakovina jater byla roku 1817 zaznamenána u ašantské komunity, 1866 se objevila srpkovitá anémie¹⁹. Po otevření nemocnice Korle-Bu v Akkře ve 20. letech zde byly léčeny mrtvice. Právě

¹⁹ Srpkovitá anémie je vrozená genetická mutace, v krvinkách, které mají tvar srpku, je jiný typ hemoglobinu. Při průchodu malými cévami se tato deformovaná krvinka poškozují a snadno se rozpadá. Vyskytuje se hlavně v Africe. Pro nemoc jsou typické náhlé záchvaty s rozpadem většího množství červených krvinek, které vznikají

záznamy z této nemocnice ukazují jak stálý nárůst kardiovaskulárních chorob, tak i diabetu (v 80. letech se počet pacientů s diabetem zdvojnásobil oproti 70. letům). V 70. letech začala WHO monitorovat výskyt hypertenze. V roce 1998 prevalence hypertenze stoupla na 27,8 % (výzkum ze 70. let uváděl 13 %). Zdravotnická zařízení v roce 1989 evidovala 58 677 případů, v roce 2005 se jednalo o více než 250 000 případů. Od 50. let se v Akkře kardiovaskulární nemoci posunuly ze 7. - 10. místa v žebříčku nejčastějších úmrtí na 1. místo v roce 2001. Od roku 2003 patří mrtvice, infarkt, hypertenze, cukrovka nebo rakovina mezi 10 nejčastějších příčin úmrtí ve všech regionech. Jedním z rizikových faktorů pro rozvoj těchto nemocí je obezita. Čtvrtina ghanských žen má nadváhu, nejvíce v Akkře. Z průzkumu mezi 3200 ženami v Akkře vyplynulo, že 61 % z nich mělo nadváhu a přes 6 % bylo vážně obézních. To souvisí s urbanizací, modernizací, rostoucím blahobytem a změnou životního stylu, která zahrnuje také například více sedavých zaměstnání a změnu jídelníčku kvůli širší škále importovaných „západních“ potravin. Spolu s městským blahobytem je rizikovým faktorem i chudoba. U chudých lidí je větší prevalence infekčních nemocí a bylo dokázáno, že právě ty mohou uspišit nástup chorob neinfekčních, navíc chudí lidé nemají přístup ke kvalitní lékařské péči. (Aikins, 2007).

3.4 OPOMÍJENÉ TROPICKÉ NEMOCI (NTDs)

Kwadwo Biritwum, ředitel programu pro NTDs v Ghaně, poukázal, že 10 ze 17 NTDs²⁰ vyskytující se v rozvojovém světě, zejména v Africe, stále ohrožuje obyvatele Ghany. Jedná se o parazitické a bakteriální infekce, které se vyskytují více u venkovského obyvatelstva, ale také městské chudiny. Alespoň tři nemoci z této skupiny se vyskytují ve všech ghanských regionech. Mezi nejčastější patří lymfatická filarióza (elefantiáza), onchocerciáza (říční slepotu), trachoma, schistosomiáza a střevní paraziti (Biritwum in GhanaWeb, 2014). Zranitelnou skupinou jsou děti a obecně chudí lidé. Jako prevence pro tyto nemoci se doporučuje správná hygiena, omezení koupání v řekách a používání moskytiér (přenašečem některých nemocí je hmyz).

Lymfatická filarióza je vážná nemoc přenášena komáry *Anopheles*, *Aedes* nebo *Culex*, kdy parazit vlasovec ucpává lymfatický systém člověka. To později způsobuje bolestivé natékání a zvětšování částí těla, které vede k invaliditě a tím spojené chudobě a stigmatizaci. WHO

jako doprovod zátěžových stavů a infekcí. Tato mutace může mít jednu výhodu – červené krvinky nosičů tohoto genu jsou většinou odolné vůči malárii (Mudr. Jiří Štefánek, 2011).

²⁰ WHO rozlišuje těchto 17 opomíjených tropických nemocí: 2 virové: horečka dengue a vzteklna, 3 způsobené prvokem: Chagasova nemoc, africká trypanosomiáza (spavá nemoc), leishmanióza, 8 způsobených červy: lymfatická filarióza, dracunculiasis (guinejský červ), cysticercóza, echinokokóza, trematodiáza (motolice), onchocerciáza, schistosomiáza, střevní paraziti a 4 bakteriální: buruli ulcer, lepra, trachoma a frambezie (WHO, 2014).

doporučuje preventivní medikamentózní léčbu (jedna dávka 2 tablet albendazolu a ivermectinu nebo diethylcarbamazinu ročně pro rizikové populace) a mechanickou ochranu před komáry (WHO, 2014). Dle Souza et al. (2013) se v Ghaně prokázala genetická variabilita vlasovce *Wuchereria bancrofti*, který tuto nemoc způsobuje. Lidé v severních regionech mají jiné projevy nemoci než lidé v jižních regionech a na severu je prevalence vyšší než na jihu a to zejména skrotálního otoku²¹ a mikrofilárie²². Dalšími projevy jsou tzv. sloní noha (elefantiáza) nebo otok prsou (Souza et al., 2013).

Onchocerciáza je způsobena parazitem *Onchocerca volvulus*, přenášena mouchou rodu *Simulium*. Jedná se o kožní a oční nemoc. Larvy se v podkožní tkáni pohybují po lidském těle, což vyvolává intenzivní zánětlivé reakce. U některých nakažených se projevuje postupné zhoršování zraku, které může vést k úplné slepotě. Doporučená prevence je jedna dávka ivermectinu ročně po dobu 10-15 let (WHO, 2014). V Ghaně je dle odhadů předpokládáno, že onchocerciáza ohrožuje přes 3,4 miliony obyvatel v 66 endemických distriktech ve všech regionech kromě regionu Greater Accra (MOH, 2007).

Trachoma je neustále se vracející nemoc oční spojivky, která souvisí se špatnou hygienou a nedostatkem čisté vody. Infekci způsobuje bakterie *Chlamydia trachomatis*. Trachoma typicky postihuje chudé komunity, které žijí v suchém, prašném a špinavém prostředí. Může se přenášet dotekem nebo kontaminovanými předměty, ale také hmyzem (mouchy). Opakování nemoci může vést k trichiáze neboli stavu, kdy se oční víčko stočí dovnitř a řasy třou o oční bulvu, což může vést a ke ztrátě zraku. Oslepnutí může zabránit chirurgický zákrok. V Ghaně se trachoma vyskytuje v regionech Northern a Upper West. V některých distriktech těchto regionů byla prevalence přes 10 %, prevalence trichiázy se v distriktech pohybovala v rozmezí 0,4-8,4 %, častější výskyt byl zaznamenán u žen. Celkově je ohroženo asi 2,6 milionu obyvatel (MOH, 2007).

Schistosomiáza (starší název bilharioza) je také nemocí chudoby. Přenáší se kontaktem s infikovanou vodou, která obsahuje larvy motolic *schistosoma* (krevnička). V těle člověka tyto parazity přežívají v žilách, které zásobují vnitřnosti a močové ústrojí a jejich vajíčka, opatřená bodlinami pronikají do tkání a reakce těla na tato vajíčka může způsobit obrovské škody (WHO, 2014). V Ghaně je rozšířena *Schistosoma haematobium*, způsobující postižení urogenitálního traktu, v nejtěžších případech vedoucí k rakovině močového měchýře či selhání ledvin. Dalším rozšířeným typem je střevní schistosomóza, zapříčiněná *Schistosomou mansoni*. Typickými

²¹ Skrotální otok znamená otok šourku, v severních regionech takto vyúští až 20 % filarióz (Souza et al., 2013).

²² Mikrofilárie jsou drobné larvy vlasovce cirkulující v krevním oběhu (Velký lékařský slovník, 2008).

projevy jsou krvavé průjmy a bolesti břicha, zvětšování jater a sleziny. Ukládání vajíček ve střevech může vést až k jejich ucpání a pokud se dostanou do jater, tak k cirhóze. Ohroženy jsou obecně zejména komunity, žijící podél řek a jezer (MOH, 2007). Účinnou prevencí jsou anthelmintika, v tomto případě lék Praziquantel jednou ročně (WHO, 2014).

Parazitární infekce přenášené půdními červy (Soil transmitted helminths) jsou další z pěti nejrozšířenějších opomíjených tropických nemocí v Ghaně. Jedná se o několik druhů červů (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichuria*, *Necator americanus* a *Acylostoma duodenale*), kteří způsobují anémii, podvýživu, zastavení růstu a masivní snižování imunity. Všechny 138 ghanských distriktů je endemických, ale podrobnější studie prevalence zatím nebyla vypracována (MOH, 2007). Dle WHO je tato nemoc celosvětově nejrozšířenější mezi těmi nejchudšími, vajíčka parazitů se vyskytují v lidské stolici a kvůli neexistující nebo nedostatečné sanitaci kontaminují okolí a roznášejí se dál (WHO, 2014).

Ghanská vláda má vypracován strategický plán boje proti těmto pěti nemocem, který bude rozebrán v další kapitole. V Ghaně se v nízké prevalenci můžeme setkat i s dalšími nemocemi z této skupiny. Dle GHS (2014) je Ghana ve fázi eliminace lepry, v současné době je prevalence jen 0,18 / 10 000 obyvatel (GHS in Ghana News Agency, 2014). Africká trypanosomiáza (spavá nemoc přenášená mouchou tse tse) je také na ústupu (WHO, 2014). Vážnější je situace s Buruli ulcer (vředy Buruli), což je znovu se vynořující nemoc v celé Západní Africe a ohrožuje zejména děti do 15ti let. V Ghaně je v některých vesnicích prevalence vyšší než u tuberkulózy, v průměru se objevuje asi 1000 případů ročně. Nemoc je způsobena bakterií *mycobacterium ulcerans*, ale způsob přenosu je zatím pořád otázkou výzkumu. Onemocnění obvykle začíná jako uzlík pod kůží v místě poranění. Pokud se neléčí, může prorůst ke kostem a v nejhorších případech způsobit i amputaci končetin. Jelikož jsou pacienti většinou lidé z rurálních oblastí, léčba je pro ně náročná, protože se musí po 56 dní docházet do zdravotního střediska pro antibiotika a injekce. Prevence zatím neexistuje, ale pokud se lidé začnou léčit včas, léčba je velmi úspěšná (Ahorlu et al., 2013).

4 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika je stejně jako v jiných zemích řízena Ministerstvem zdravotnictví. Ministerstvo uvádí, že jeho hlavní vizí je mít *zdravou populaci pro národní rozvoj*. Jeho misí je *přispívat k socioekonomickému rozvoji a rozvoji lokálních zdravotnických služeb, skrze podporu a propagaci zdraví, tím že zajistí přístup ke zdravotní péči všem obyvatelům Ghany*. Hlavní myšlenkou sektorové politiky je *snížit nerovnosti v přístupu k péči a zvýšit její pokrytí a kvalitu, také rozšířit využití zdravotnických služeb a tímto zlepšit zdravotní stav populace* (MOH, 2012). Současným ministrem zdravotnictví je Dr. Kweku Agyemang-Mensah (Government of Ghana, 2014).

4.1 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Za implementaci národní zdravotní politiky je zodpovědná Ghanská zdravotnická služba (Ghana Health Service). Jedná se o autonomní výkonnou agenturu pod dohledem Ministerstva zdravotnictví, která funguje od roku 1996 a byla vytvořena v rámci zdravotnické reformy. Součástí reformy byla i decentralizace, tedy přenesení odpovědnosti na distrikty (okresy) a nemocnice. GHS získává finanční prostředky z veřejných financí, a ty i nadále zůstávají ve veřejném sektoru. Pod GHS nespádají fakultní, soukromé a misijní nemocnice. GHS má mandát zajistit a řídit komplexní a dostupné zdravotnické služby na úrovni regionů, distriktů a sub-distriktů v souladu se schválenou vnitrostátní politikou (GHS, 2014).

GHS má tyto cíle: *realizace schválených politik pro poskytování zdravotní péče v zemi, zlepšení přístupu ke kvalitní zdravotní péči a uvážlivá správa prostředků pro zdravotní péči*. Mezi funkce GHS patří: *poskytování komplexních zdravotnických služeb přímo na všech úrovních a uzavírání smluv s jinými zprostředkovateli, rozvíjení vhodných strategií a nastavení technických pokynů k dosažení cílů národní zdravotní politiky, správa a řízení finančních prostředků v rámci GHS, podpora zdravého způsobu bydlení a dobrých zdravotních návyků obyvatel, vytváření účinných mechanismů pro sledování chorob a jejich prevenci a kontrolu, určování poplatků za zdravotní služby se souhlasem ministra zdravotnictví, podporovat zdravotnického vzdělání, další funkce vedoucí k ochraně a podpoře zdraví* (GHS, 2014).

Administrativně se GHS dělí na 3 úrovně – národní, regionální a okresní. Funkčně se kromě těchto tří úrovní dále dělí i na úroveň mikroregionů a komunit. GHS je řízena 12ti

člennou radou, jejíž hlavní funkcí je zařídit bezproblémový chod GHS a spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví (poradní orgán pro ministra), dále je na národní úrovni zřízen úřad generálního ředitele a zástupce generálního ředitele GHS a 8 divizních ředitelů. V rámci regionů funguje 10 regionálních ředitelů zdravotnických služeb s podporou regionálních týmů pro zdraví (Regional Health Management Teams) a regionálních zdravotních výborů (Regional Health Committees). V rámci okresů je struktura obdobná, všechny okresy mají své ředitele, týmy a výbory. Tyto administrativní úrovně jsou organizovány jako střediska řízení a rozpočtu pro účely spravování vládních fondů a fondů rozvojových partnerů. Těchto středisek je celkem 223, z toho 8 regionálních nemocnic, 110 okresních zdravotních správ a 95 okresních nemocnic (GHS, 2014).

Na úrovni mikroregionů jsou zdravotní služby poskytovány ve zdravotnických centrech, poliklinikách a pro odlehlejší oblasti terénními službami. Pro běžné zdravotní potíže se obvykle využívají znalosti na úrovni domácností a komunit. Nezastupitelnou roli mají tradiční léčitelé a „porodní báby“. Zdravotní střediska jsou tradičně prvním bodem kontaktu mezi obyvateli a formálním systémem poskytování zdravotní péče. V čele střediska stojí zdravotník a další zaměstnanci jsou z oborů porodnictví, veřejného zdraví, výživy a laboratorní techniky. Pod každé zdravotní středisko spadá přibližně 20 tisíc obyvatel. Je zde poskytována základní léčebná a preventivní medicína a také služby reprodukčního zdraví, některá střediska nabízí terénní služby. Ve městech jsou polikliniky, které nabízejí širší škálu služeb než venkovská zdravotní střediska a v jejich čele stojí lékaři. Supervizi nad středisky mikroregionu provádí okresní zdravotnická správa (District Health Administration). V okresním měřítku poskytují zdravotní služby okresní nemocnice, z nichž mnoho je misijních nebo církevních. Okresní nemocnice poskytují péči pro 100–200 tisíc obyvatel ve vymezeném geografickém prostoru. Počet lůžek na nemocnici se obvykle pohybuje mezi 50–60. Tyto nemocnice jsou obsazeny kvalifikovanějším personálem než polikliniky a měly by nabízet léčebné techniky, které nejsou dostupné ve střediscích jako například chirurgické zákroky. Supervizi nad zařízeními okresní velikosti provádí regionální zdravotnická správa nebo ředitelství (GHS, 2014). V Ghaně je celkem 3217 zdravotnických zařízení, z čehož téměř 50 % patří pod správu GHS, zbytek tvoří soukromé a misijní instituce (GHS, 2010).

V rozvojovém světě je problémem finanční dostupnost zdravotnických služeb. V roce 2005 byla Shromážděním WHO vydána rezoluce (WHA58.33) naléhavě vyzývající její členy zavést plán přechodu všech obyvatel pod všeobecné zdravotní pojištění. Hlavními body byly

ochrana finančních rizik, spravedlivé financování zdravotnických služeb a schopnost občanů si takovéto pojištění koupit (Akazili et al., 2011).

V Ghaně je od roku 2003 uzákoněn systém národního veřejného zdravotního pojištění. V současné době je v něm zapojeno 8,8 milionu obyvatel (tedy zhruba 35 % populace).. Systém národního zdravotního pojištění (NHIS) je řízen Úřadem pro národní zdravotní pojištění (NHIA). Úřad je zodpovědný za registraci nových členů, vydávání karet, udělování licencí a regulaci národního zdravotního pojištění v zemi, monitorování a evaluaci zdravotnických zařízení a jejich výsledků, dále řídí Fond národního zdravotního pojištění a koncipuje mechanismy dostupnosti tohoto pojištění i pro nemajetné obyvatele (NHIA, 2012).

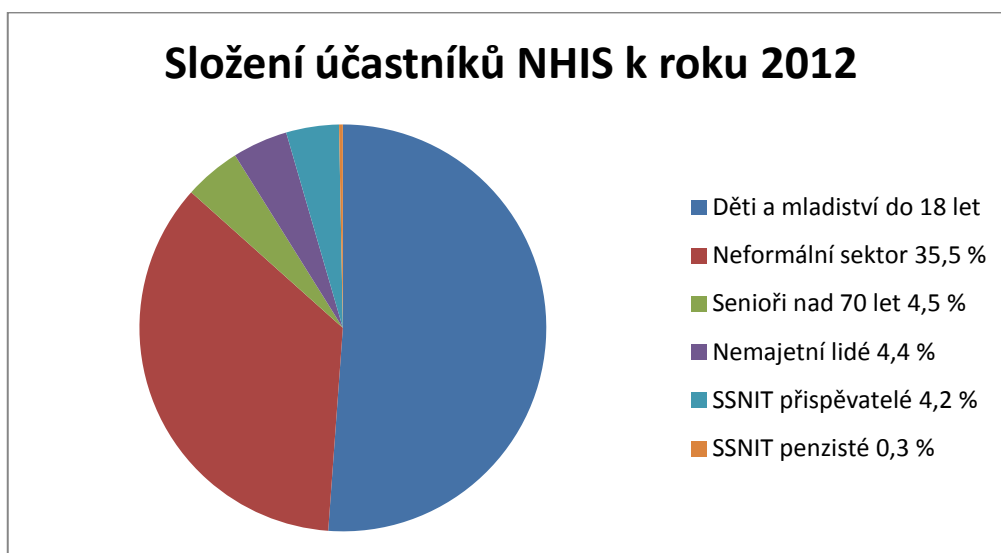
Akazili et al. (2011) upozorňuje, že placení zdravotních služeb v hotovosti, bez zdravotního pojištění, neúměrně zatěžuje zejména chudé obyvatelstvo. Zároveň zdůrazňuje, že systém všeobecného zdravotního pojištění je nezbytný ke splnění zdravotních témat MDGs k roku 2015. Z jeho výzkumu, zabývajícího se financováním zdravotní péče v Ghaně, vyplývá, že z cca 50 % je zdravotní péče financována z daní (daň z příjmů fyzických osob, daň z příjmu právnických osob, daň z přidané hodnoty (VAT), poplatek národního zdravotního pojištění (NHIL)²³, dovozní cla, palivový poplatek a ostatní poplatky) z 5 % je financováno systémem národního zdravotního pojištění a 45 % platbami v hotovosti (Out-of-pocket payments). Ghanský systém financování zdravotní péče hodnotí jako progresivní (z hlediska daní), ale regresivní z hlediska počtu out-of-pocket payments lidí z neformálního sektoru. Autoři navrhují rozšíření pokrytí předplacením zdravotních služeb všem lidem v neformálním sektoru financováním jejich příspěvků výhradně z daní, aby se dosáhlo plného pokrytí univerzálním zdravotním pojištěním a také se více zabývat problémy, které zabraňují celonárodnímu rozšíření zdravotního pojištění (Akazili et al., 2011). Dle dat NHIA (2012) je Fond pro NHIS jako takový financován penězi z NHIL, příspěvky SSNIT²⁴, transfery ze státního rozpočtu schválené parlamentem, granty a dobrovolnými dárci, úroky nabíhajícími z investic NHIA, poplatky účtovanými NHIA vyplývajícími z funkcí tohoto úřadu a příspěvky členů systému.

NHIS pokrývá ambulantní péči (konzultace u všeobecných i specializovaných lékařů, všeobecné a specializované diagnostické testy, laboratorní vyšetření, ultrazvuk, rentgen, léky na seznamu NHIS, chirurgické operace jako například operace kýly, fyzioterapie) a hospitalizaci

²³ Poplatek národního zdravotního pojištění je součástí daně z přidané hodnoty a tvoří 2,5 % (na standardně hodnocené zboží a služby). VAT je 15 % (Akazili et al., 2010).

²⁴ Příspěvky SSNIT – 2,5 % z příspěvků, které jsou pracovníkům strhávány ze mzdy na důchodové pojištění do Fondu sociální bezpečnosti a národního pojištění (5,5 % strženo ze základní mzdy pracovníkovi, 13% zaměstnavateli) jdou na fond národního pojištění (SSNIT, 2014).

v nemocnici (obecná i specializovaná péče, diagnostické testy, léky na seznamu NHIS, krev a krevní produkty, chirurgické operace, fyzioterapie, pobyt na standardním nemocničním pokoji, jídlo – pokud je k dispozici), dále zahrnuje péči o zuby (základní úkony úlevy od bolesti, spravení zubu – jednoduché výplně amalgamem), péči o těhotné ženy (předporodní prohlídky, porod, císařský řez, poporodní péče), základní zákroky oční medicíny a urgentní medicínu (chirurgické zákroky, dopravní nehody, pediatrické a gynekologické neodkladné případy). Uvádí se, že více než 95 % chorobných stavů, které postihují obyvatelstvo, je pokryto NHIS. Od roku 2008 mají registrované těhotné ženy nárok na zdravotní péči zdarma, k tomuto kroku se přistoupilo pro dosažení MDGs. V roce 2008 bylo registrováno 421 234 těhotných žen, v roce 2012 už to byl téměř dvojnásobek (754 658 žen). NHIS je zdarma i pro děti (registrovaných rodičů) do 18ti let a registrované seniory nad 70 let (NHIA, 2012). Těhotné ženy bylo možno osvobodit od plateb díky grantu vlády Spojeného království (Amporfu, 2013).



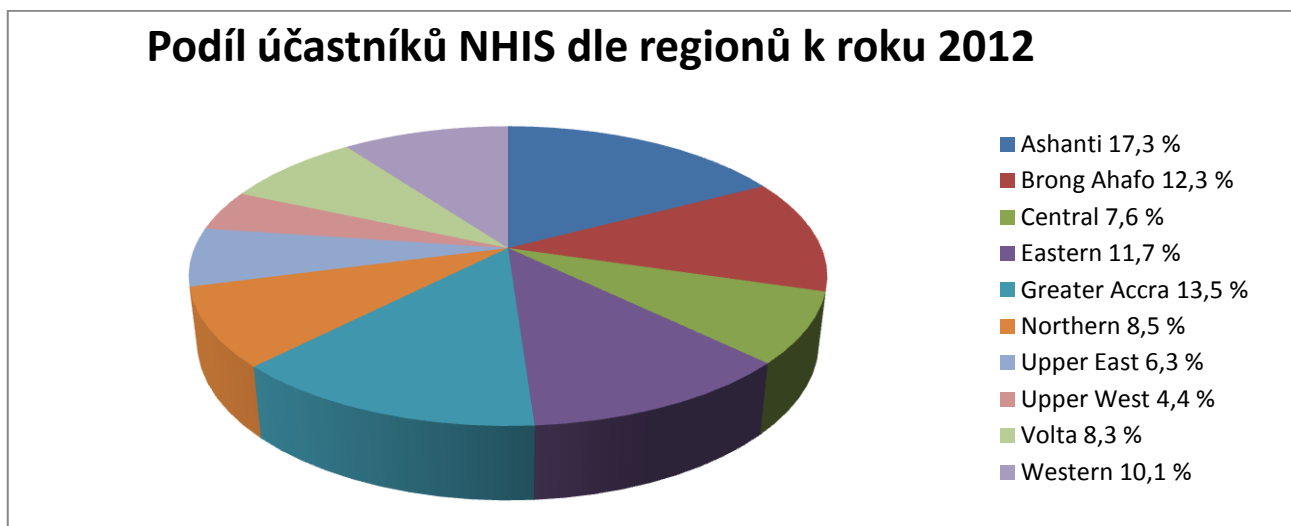
Obr. 6: Složení účastníků NHIS k roku 2012 Zdroj: Upraveno podle NHIA, 2012.

Na obrázku je znázorněno složení účastníků NHIS dle kategorie jejich příspěvků. Více než polovinu (51,2 %) tvoří děti a mladiství do 18 let; 35,5 % tvoří dospělí lidé z neformálního sektoru²⁵; 4,5 % senioři nad 70 let; 4,4 % nemajetní lidé; 4,2 % SSNIT přispěvatelé a 0,3 % SSNIT penzisté.

Pouze 35,5 % obyvatel je přímým plátcem pojištění (neformální sektor), ostatní zobrazené skupiny tvoří výjimky, protože v rámci NHIS existují různé typy pojistného dle příjmových skupin. To znamená, že chudší obyvatelé platí méně než bohatší. Nemajetní lidé

²⁵ Až 90 % obyvatel pracuje v neformálním sektoru, pouze 10 % obyvatel ve formálním (Amporfu, 2013).

tvoří rovněž výjimku a neplatí pojistné²⁶. Platby za členství se pohybují dle platební schopnosti od 4,8 USD do 32 USD. Pro úřady je však velmi těžké zjistit rozpočet obyvatel neformálního sektoru, určit tedy konečnou cenu za členství v NHIS je problematické. NHIS je pro občany povinný, ale jelikož ne všichni lidé z neformálního sektoru mohou takovéto peníze vydat, vláda je nemá jak donutit se NHIS účastnit (Amporfu, 2013).



Obr. 7: Podíl účastníků NHIS dle regionů k roku 2012. Zdroj: Upraveno podle NHIA, 2012.

Na obrázku je uvedeno složení účastníků NHIS dle regionů. Nejvíce pojištěných obyvatel je z Ashanti regionu (cca 1,5 milionu z 8,8 milionu pojištěných obyvatel Ghany, tedy 17,3 %), dále Greater Accra (13,5 %), Brong Ahafo (12,3 %), Eastern (11,7 %), Western (10, 1%), Northern (8,5 %), Volta (8,3 %), Upper East (6,3 %) a nejméně Upper West (4,4%) na celkovém počtu pojištěných obyvatel.

V Ghaně samozřejmě existují i soukromé společnosti poskytující zdravotní pojištění (NHIS pokrývá jen základní péči), ale to se týká spíše bohatších obyvatel či zaměstnavatelů. Jedná se například o First Fidelity Health Insurance, Med-X Health Systems nebo Momentum Africa, Tyto společnosti nabízejí různě cenově odstupňované balíčky (i balíčky pro firmy) v závislosti na množství krytých zdravotnických úkonů (Just Landed, 2003-2014).

Mezi další zúčastněné strany zdravotnického systému v Ghaně patří například Národní záchranná služba (v případě dopravních nehod a mimořádných událostí, spolupracuje s hasiči a nemocnicemi), dále Úřad pro potraviny a léky (Food and Drugs Authority) zabývající se regulací

²⁶ Což se vyrovnává tím, že v rámci DPH na zdravotní péči přispívají všichni (2,5 % z DPH, čili již zmiňovaný NHIL).

potravin, léků, potravinových doplňků, přírodní a homeopatické medicíny, chemickými substancemi, tabákovými výrobky atd. V neposlední řadě zde funguje Křesťanská zdravotnická organizace (Christian Health Association of Ghana), která zastřešuje a koordinuje všechny křesťanské instituce poskytující zdravotní péči. Své aktivity orientuje hlavně na venkov, ale pracuje i ve městech, zejména ve slumech. V roce 2012 bylo v provozu 53 církevních nemocnic, 83 základních zdravotních středisek a 8 školících středisek pro zdravotnický personál (MOH, 2012).

4.2 STÁTNÍ PROGRAMY NA PODPORU PREVENCE A KONTROLY NEMOCÍ

Ghanská vláda realizuje několik oficiálních státních programů na podporu prevence a kontroly nemocí. Jedná se o programy na očkování, na zastavení rozšířených nemocí jako malárie či tuberkulóza a v neposlední řadě i na boj proti NTDs. Tímto způsobem kontroly nemocí došlo k výraznému zlepšení situace (viz kapitola 3: Zdravotní stav obyvatel).

4.2.1 Národní program na kontrolu malárie

Jelikož malárie dlouhodobě patří mezi nejčastější nemoci vedoucí k úmrtí, programy na její kontrolu probíhají už od 50. let a zahrnují insekticidní postřiky proti komárům, masovou chemoprophylaxi i zlepšení kanalizačních systémů. Na zastavení malárie je tedy třeba spolupráce několika sektorů. Od roku 1999 se Ghana připojila k iniciativě „Roll Back Malaria“²⁷ s cílem do roku 2015 snížit nemocnost a úmrtnost na malárii o 50 %. K tomu byly vytvořeny čtyři doplňující se strategie: podporovat více prevenci (propagace chemicky ošetřených moskytiér, chemoprophylaxe v těhotenství a péče o životní prostředí), zlepšit celkový management opatření k boji s malárií od domácností po zdravotnická zařízení, podporovat výzkum účinnějších způsobů ničení přenašečů a zlepšit partnerství se všemi zúčastněnými stranami. Na základě zkušeností s touto iniciativou v současné době probíhá Program národní kontroly malárie, který počítá se snížením nemocnosti a úmrtnosti na malárii až o 75 % (rovněž pro dosažení MDGs). Tento výsledek má být dosažen zlepšením zdravotnického sektoru, zlepšením strategického investování na boj proti malárii, zvýšením pokrytí univerzálního přístupu k preventivním opatřením a léčbě malárie. Program má 12 specifických cílů, mezi něž patří například: 100 % domácností vlastní alespoň jednu insekticidy ošetřenou moskytiéru, všechny těhotné ženy obdrží

²⁷ Roll back znamená vrátit zpět, snížit.

vhodnou preventivní chemoprophylaxi, 85 % dětí do 5-ti let a těhotných žen bude spát pod insekticidy ošetřenou moskytiérou, 100 % zdravotnických zařízení je schopno poskytnout okamžitou a efektivní léčbu, 90 % rodičů a dětských pečovatelů bude schopno rozeznat počáteční příznaky malárie, 90 % dětí do 5-ti let s horečkou obdrží do 24 hodin ACTs²⁸ a další. Strategie dosažení jsou následující: vybavit všechna zdravotnická zařízení diagnostickým vybavením (mikroskopy a rychlými diagnostickými testy) a efektivními léky, posílit kvalitu lidských zdrojů ve zdravotnických zařízeních, rozšířit léčbu nekomplikované malárie na úrovni komunit do všech distriktů ve venkovských oblastech nebo oblastech s omezeným výskytem zdravotnických zařízení, zvýšit přístup k moskytiérám s dlouhotrvajícím insekticidním účinkem, masivní rozšíření insekticidních sprejů do domácností, posílení systému rutinního sběru dat pro získání spolehlivých informací a upevnit partnerství a mechanismy mezi odděleními a programy uvnitř i vně zdravotnického sektoru. Tento program je financován ghanskou vládou, z Globálního fondu na boj proti malárii, tuberkulóze a HIV/AIDS a dalšími partnery jako WHO, UNICEF, USAID a DFID (GHS, 2014).

4.2.2 Národní program na kontrolu tuberkulózy

V roce 1994 byl ve spolupráci s DANIDA implementován program boje proti tuberkulóze a plicním nemocem. Ve stejném roce se v zemi začala uplatňovat i strategie DOTS (Directly Observed Treatment Short Course); což znamená diagnóza dle stěru hlenu pod mikroskopem, léčba pod dohledem, nepřetržitá dodávka léků a přesný systém vykazování nemoci. V roce 2000 Ghana dosáhla 100 % pokrytí strategie DOTS a nyní je v udržovací fázi. Aktuálnějším programem je iniciativa WHO Stop TB, zahrnující rozšířený počet specifických cílů a aktivit a navazující na DOTS (např. neopomíjet rizikové skupiny jako jsou uprchlíci nebo vězni, zaměřit se na podporu výzkumu a vývoje, zaměření se na konfekci TB a HIV/AIDS atd.). Financování je zajištěno Globálním fondem na boj proti malárii, TB a HIV/AIDS a ghanskou vládou (GHS, 2014).

²⁸ Artemisin-combination therapies – v současné době celosvětově nejrychlejší standardní léčba pro nejnebezpečnější typ malárie *Plasmodium falciparum*. Pro zamezení rezistence se lék artemisin vždy podává v kombinaci s jiným lékem (WHO, 2014).

4.2.3 Národní program na kontrolu NTDs

Programů na kontrolu NTDs probíhalo a probíhá několik, vzájemně se doplňují, a ve všech hrají roli mezinárodní partneři. Záměrem současného programu pro NTDs je do roku 2015 snížit prevalenci natolik, že se v národním měřítku stanou zcela bezvýznamnými (těmito nemocí lidé trpí po staletí). Jedná se o těchto 5 nemocí: trachoma, lymfatická filarióza, onchocerciáza, schistosomóza a půdní červi. Hlavní strategie je postavena na pěti hlavních pilířích, jimiž jsou: finanční a geografická dostupnost, kvalita péče, efektivita, partnerství a spravedlivé rozdělení zdrojů. V tomto případě zajištění přístupu k adekvátní lékům (MOH et al., 2007). Preventivní chemoterapie (Mass drug distribution) byla zvolena jako nejúčinnější řešení (cílem bylo jimi pokrýt 80 % obyvatel postižených distriktů léky Albendazole, Ivermectin a Praziquantel. Léky byly distribuovány několika způsoby: ve školách, v domácnostech (house-to-house system) a pro specifické skupiny obyvatel. Program ukázal, že míra odmítnutí preventivní péče obyvateli klesla z 3,5 % v roce 2005 na 1,3 % v roce 2008, což je připisováno zvýšenému povědomí o této problematice mezi obyvateli. Součástí programu bylo i šíření osvěty (GHS, Upper East region directorate, 2008).

4.2.4 Národní imunizační program

Tento program patří mezi nejúspěšnější. Jeho cílem je ochránit všechny děti a těhotné ženy před nemocemi, kterým se dá zabránit očkovaním. Jedná se o tuberkulózu, dětskou obrnu, záškrť, tetanus, černý kašel, hepatitidu B, *Haemophilus influenzae B*, spalničky a žlutou zimnici, nově také proti pneumokokovým a rotavirovým infekcím. Plán na období 2010-2014 zahrnuje tyto závazky: zajištění, že každé dítě v každém distriktu je naočkováno (zaměřit se na hůře dosažitelné oblasti); posílení bezpečných injekčních postupů a nakládání s odpady; dosažení nezávislé vakcinace skrze pokračující mobilizaci finančních prostředků (navýšení vládních financí do zdravotnictví, pokračující spolupráce s partnery) a další. V Ghaně byl zaveden Týden propagace dětského zdraví (každý druhý týden v květnu), kde je hojně propagováno právě očkování dětí, ale také osvěta ohledně malárie, střevních parazitů a dávkách vitamínu A (MOH, 2009).

4.3 POSOUZENÍ SILNÝCH A SLABÝCH STRÁNEK GHANSKÉ ZDRAVOTNÍ POLITIKY

Ghanská zdravotní politika má za sebou velmi úspěšné kroky, ale zároveň několik ambiciózních programů, které nedosáhly požadovaného výsledku nebo nefungují přesně tak, jak by měly, popřípadě se u nich projevily neočekávané důsledky. Vzhledem k nedostatečné infrastruktuře, jak dopravní, tak kanalizační, čelí zdravotnictví velkým výzvám. Pro lepší přehlednost budou silné a slabé stránky (některé vyplývající z předchozích kapitol) uvedeny v odrážkách. Slabé stránky z velké části souvisí s tím, že se jedná o rozvojovou zemi a potýká se tedy s typickými problémy jako nedostatečná infrastruktura, neustále výpadky elektřiny, chudoba, korupce a samozřejmě nedostatek financí. Dle dat Světové banky v roce 2012 tvořily v Ghaně výdaje na zdravotnictví²⁹ 5,2 % z celkového HDP. V přepočtu na jednu osobu to činí 83 USD (pro srovnání v České republice to bylo 1 432 USD/per capita (World Bank, 2012).

Silné stránky, úspěchy

- Snížení porodnosti
- Snížení kojenecké i dětské úmrtnosti
- Snížení dětské úmrtnosti na malárii
- Snížení mateřské úmrtnosti
- Rozšíření imunizace pro děti
- Eradikace jedné z NTDs (dracunculiasis – Guinea worm)
- Výrazné snížení prevalence a úmrtnosti na nemoci jako tuberkulóza, HIV/AIDS a NTDs
- Změna zákona o zdravotním pojištění (2012) nařizující povinnou účast obyvatel v NHIS a tedy univerzální krytí zdravotních výloh pro všechny (NHIA, 2012)
- Dostupnost zdravotního pojištění pro chudé
- Zavedení služeb call centra pro registrované občany v NHIS (NHIA, 2012)
- Možnost terénních zdravotnických služeb v odlehlých oblastech
- Inovace - zdravotní služby založené na komunitním přístupu³⁰
- Zájem zahraničních stakeholderů zapojit se do rozvoje ghanského zdravotnictví (USAID, UNICEF, WHO, DFID etc.)

²⁹ Započítávají se výdaje veřejné i soukromé, není zahrnuta distribuce vody a sanitace (World Bank, 2012).

³⁰ Ghana Community-based Health Planning and Services – iniciativa národní politiky rozšířit zdravotnické vzdělání do komunit v odlehlých oblastech, toto téma bude detailněji vysvětleno v další kapitole (pozn. aut.).

Slabé stránky, neúspěchy

- Zásadní problém nedostatečného sanitárního systému a přístup k nezávadné pitné vodě
- Nedostatek financí
- Nízké platy zdravotnického personálu
- Chybějící zdravotnický personál (zejména v odlehlejších oblastech)
- V rámci NHIS není kryta léčba všech chorob
- Pozdní platby pro poskytovatele zdravotní péče v rámci NHIS (Nguyen et al., 2011)
- Problematická implementace NHIS kvůli nízké motivaci zdravotníků poskytovat služby pacientům s bezplatným pojištěním NHIS (malé děti, staří lidé, chudí) kvůli nejistému proplacení svých služeb od NHIS, následné obavy pacientů z neochoty lékařů, a z toho plynoucí poskytování plateb lékařům i v případě těchto osob (Agyepong, 2011)
- Zmatky v rámci NHIS (zpoždění při vydávání členských karet, delší čekací doby pro členy NHIS kvůli administraci)(Nguyen et al., 2011)
- Špatně fungující rychlá záchranná služba³¹
- Nedostatečné vybavení zdravotnických zařízení
- Nedostatečná osvěta a s tím spojená stigmatizace některých nemocí (např. HIV/AIDS)
- Velmi podfinancovaná a nerozvinutá léčba duševních chorob (Dixon, 2012)
- Diskriminace mentálně i fyzicky postižených obyvatel (Bemah, 2014)

³¹ Bylo mi řečeno, že obyvatelé služeb ambulance příliš nevyužívají (pouze v rámci např. dopravních nehod), spíše využívají pro přepravu nemocného či raněného do nemocnice taxi, nebo pokud je v okolí dostupné auto. V Akkre je to způsobeno také masivními dopravními zácpami, sanitka by se mnohdy na určené místo neměla šanci dostat včas (Pozn. aut.).

5 DOSTUPNOST A KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Další kapitola se zabývá hodnocením dostupnosti a kvality zdravotní péče, což zahrnuje nejen regionální srovnání počtů a typů zdravotnických zařízení, ale také ukázkou příkladu dostupnosti a kvality zdravotní péče v hlavním městě Akkře. Měřítkem kvality může být kromě úspěšných výsledků (snížení úmrtnosti, nemocí atd.) i počet, specializace a vzdělání zdravotnického personálu a také vybavení zdravotnických zařízení. Do této kapitoly jsou zařazena i témata jako péče o specifické skupiny pacientů (těhotné ženy a novorozenci, senioři, tělesně a mentálně postižení lidé a lidé s duševními chorobami).

5.1 REGIONÁLNÍ ROZDÍLY VE ZDRAVOTNICKÉ INFRASTRUKTUŘE

V předchozí kapitole již bylo zmíněno, že ghanský zdravotnický systém je decentralizovaný. Odpovědnost v řízení zdravotnického sektoru tedy přebírají v rámci GHS regiony a okresy. Pod okresy jsou ještě mikroregiony a pod nimi komunity. V hierarchii ghanského zdravotnického systému hrají komunity důležitou roli. Dle Nyongator et al. (2005) byla díky politice založené na důkazech (evidence-based approach) vyplněna mezera mezi výzkumy a implementacemi národních programů právě vznikem komunitní primární zdravotní péče (Community Health Planning and Services). CHPS je výstupem téměř dvacetileté debaty, jak provozovat primární zdravotní péči v odlehlejších oblastech (v roce 1990 žilo více než 70 % obyvatel více než 8 kilometrů od nejbližšího zdravotnického zařízení a míra úmrtnosti dětí na vesnicích byla dvojnásobná oproti míře úmrtnosti dětí ve městech). Dříve ve vesnicích fungovali poskytovatelé zdravotní péče jako dobrovolníci, tento neefektivní systém byl nahrazen komunitními zdravotními sestrami, které měly větší kredibilitu. V 90. letech bylo na tuto práci připraveno 2000 zdravotních sester, ale problémem bylo, že většinou zůstávaly pracovat v zdravotnických centrech a z důvodu logistických potíží se málo dostávaly do terénu, tedy původní myšlenka ztratila na významu, protože obyvatelé nevěděli, kdy pro ně budou zdravotnické služby k dispozici. V roce 1994 tedy vznikla pozice úředníka komunitního zdraví a vznikla také centra pro komunitní zdraví (Community Health Compounds), která byla postavena pomocí komunit z lokálního materiálu, přesně pro lokální potřeby. Tato centra byla vybavena motocyklem pro snadný pohyb sester do terénu a dohlížela na ně komise pro komunitní zdraví. Tento systém se osvědčil. Zjistilo se, že například pomohl ke zvýšení imunizace v komunitách, snížení dětské úmrtnosti (o třetinu) a snížení porodnosti v testovaných komunitách o jedno dítě. Pro úspěšné výsledky byl systém dál ghanskou vládou modifikován a rozšířen do všech okresů.

Hlavním cílem je snížit geografické bariéry v přístupu ke zdravotní péči a nabídnout řešení pro obyvatele těžko přístupných a vzdálených lokalit. CHPS je vládní iniciativou, která je také součástí národní strategie pro snižování chudoby. Základem úspěchu je, aby CHPS podporovali tradiční náčelníci komunit, protože v tomto případě je velmi důležitá participace. Současný model CHPS je, že zdravotnický personál poskytuje prevenci i léčbu mobilním způsobem, tedy že objíždějí domácnosti na motocyklech. Tento zdravotnický personál (health officers) pokrývá vždy území s cca 3000 obyvateli a zahrnuje služby jako plánování rodiny, prohlídky těhotných žen, asistenci při porodu, očkování, léčbu lehkých chorob a osvětu pro prevenci. Nezbytnou součástí této práce jsou dobrovolníci, kteří pomáhají s mobilizací komunity nebo administrativou (registrací) atd. (Nyonator et al., 2005).

Zdravotnická zařízení jsou rozdělena do několika úrovní podle typu služeb, které poskytují a administrativní zóně, kde se vyskytují. Nejvyšší jsou fakultní nemocnice, dále regionální nemocnice, okresní nemocnice, zdravotnická centra a CHPS (SAM, 2007). V následujících tabulkách jsou uvedeny detaily, týkající se rozšíření zdravotnických zařízení v regionech. V tabulce č. 6 jsou vyjádřeny počty zdravotnických zařízení v regionech, dále je počet těchto zařízení přepočten na 100 000 obyvatel; pro počty obyvatel regionů jsou použity údaje z tabulky číslo 1 v první kapitole (tedy údaje ghanského statistického úřadu). V tabulce č. 7 budou ukázány počty fakultních nemocnic, regionálních nemocnic, psychiatrických nemocnic a menších nemocnic dle typu vlastnictví. V tabulce č. 8 budou zastoupena menší zdravotnická zařízení jako polikliniky, menší zdravotnická centra a kliniky, mateřské (porodní) domy a CHPS rovněž v rámci regionů a podle typu vlastnictví (státní, kvazi-státní³², soukromé a náboženské, které jsou navíc rozdělené na křesťanské a islámské).

³² Kvazi-státní nemocnice jsou podporovány vládou, ale řízeny soukromě (v Akkře se jedná například o Vojenskou nemocnici či Policejní nemocnici) (GHS, 2014).

Tab. 6: Počet zdravotnických zařízení v regionech a jejich přepočítání na 100 000 obyvatel za rok 2010.

| Region | Celkový počet zdrav. zařízení | Počet zdrav. zařízení na 100 000 obyvatel |
|---------------|-------------------------------|---|
| Ashanti | 548 | 11,5 |
| Brong Ahafo | 268 | 11,6 |
| Central | 267 | 12,1 |
| Eastern | 372 | 14,1 |
| Greater Accra | 466 | 11,6 |
| Northern | 300 | 12,1 |
| Upper East | 144 | 13,7 |
| Upper West | 135 | 19,2 |
| Volta | 296 | 13,5 |
| Western | 421 | 17,7 |
| Celá země | 3217 | 13 |

Zdroj: GHC, 2010 a Ghana Statistical Service, 2010.

Z tabulky č. 6 vyplývá, že nejvyšší hustota zdravotnické infrastruktury je v regionu Upper West, což je rurální region s nejmenším počtem obyvatel, nejnižší je v regionu Ashanti, což je naopak region s největším počtem obyvatel. Národní průměr je 13 zdravotnických zařízení na 100 000 obyvatel. Z této tabulky vyplývá kvantita (související s dostupností), ale ne kvalita zdravotnických zařízení.

Tab. 7: Počty větších zdravotnických zařízení dle jejich zastoupení v regionech za rok 2010

| Region | Fakultní nemocnice státní | Regionální nemocnice státní | Psychiatrická nemocnice státní | N e m o c n i c e | | | | |
|-------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------|--------|--------|------|
| | | | | vlád. | kvazi státní | soukr. | křest. | isl. |
| Ashanti | 1 | 0 | 0 | 22 | 2 | 48 | 17 | 3 |
| Brong Ahafo | 0 | 1 | 0 | 8 | 1 | 6 | 10 | 1 |
| Central | 0 | 1 | 1 | 9 | 1 | 7 | 4 | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|----|----|-----|----|----|
| Eastern | 0 | 1 | 0 | 12 | 3 | 5 | 5 | 0 |
| Greater Accra | 1 | 1 | 2 | 7 | 6 | 79 | 3 | 2 |
| Northern | 1 | 1 | 0 | 9 | 2 | 0 | 6 | 0 |
| Upper East | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Upper West | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| Volta | 0 | 1 | 0 | 11 | 1 | 7 | 8 | 0 |
| Western | 0 | 1 | 0 | 11 | 6 | 3 | 3 | 1 |
| Celá země | 3 | 9 | 3 | 96 | 22 | 156 | 59 | 10 |

Zdroj: GHS, 2010.

Tab. 8: Počty menších zdravotnických zařízení a jejich zastoupení v regionech za rok 2010

| Region | Polikliniky státní | Zdravotnická centra a kliniky | | | | | Mateřské domy soukromé | CHPS státní |
|---------------|--------------------|-------------------------------|-------------|-------|--------|--------|------------------------|-------------|
| | | stát. | kvazi stát. | soukr | křesť. | islám. | | |
| Ashanti | 0 | 141 | 9 | 161 | 32 | 2 | 106 | 4 |
| Brong Ahafo | 1 | 149 | 2 | 24 | 11 | 0 | 46 | 8 |
| Central | 0 | 80 | 2 | 75 | 9 | 0 | 34 | 43 |
| Eastern | 0 | 166 | 7 | 63 | 19 | 0 | 47 | 44 |
| Greater Accra | 7 | 44 | 17 | 232 | 5 | 1 | 55 | 4 |
| Northern | 0 | 122 | 3 | 20 | 33 | 0 | 8 | 95 |
| Upper East | 0 | 54 | 1 | 11 | 15 | 0 | 2 | 55 |
| Upper West | 0 | 60 | 0 | 4 | 14 | 3 | 6 | 39 |
| Volta | 1 | 192 | 0 | 23 | 9 | 0 | 24 | 19 |
| Western | 2 | 98 | 28 | 119 | 21 | 2 | 61 | 65 |
| Celá země | 11 | 1106 | 69 | 732 | 168 | 8 | 389 | 379 |

Zdroj: GHS, 2010.

Pokud si spojíme data ze všech tří tabulek, vyplyne nám několik důležitých skutečností:

1. Region Upper West má sice v přepočtu na obyvatele nejvíce zdravotnických zařízení, musíme se ale podívat, jakého typu. Nejvíce jsou zastoupena menší vládní zdravotnická

centra (60), CHPS (39) a křesťanská zdravotnická centra (12) což znamená, že se jedná o odlehlou rurální oblast a poskytovaná péče je zejména primární a často na komunitní úrovni. Je zde celonárodně největší počet islámských zdravotnických center (3), z toho můžeme soudit, že v tomto regionu je vyšší zastoupení obyvatel muslimského vyznání (jsou tady ještě další 2 islámské větší nemocnice).

2. Region Upper East má podobnou statistiku. Zde je péče na komunitní úrovni nejrozšířenějším type zdravotnického zařízení (55 CHPS), dále jsou rozšířena menší vládní zdravotnická střediska (54) a křesťanská zdravotnická centra (15). Je zde nejmenší počet porodních domů (jen 2), z čehož je možno usuzovat, že převládají porody doma.
3. Northern region je svou velikostí nejrozsáhlejším regionem. Vzhledem k počtu CHPS (95) se rovněž jedná o region s odlehlými a těžko přístupnými oblastmi. Nejen počet CHPS, ale i počet křesťanských zdravotnických center je nejvyšší v celé zemi (33). Jako jeden ze dvou regionů má fakultní i regionální nemocnici (spolu s regionem Greater Accra).
4. V regionu Brong Ahafo je relativně velký počet menších vládních zdravotnických středisek (149) a porodních domů (46) a malý počet CHPS (8). Počet větších křesťanských nemocnic je druhý nejvyšší v zemi (10).
5. V regionu Volta se objevuje celostátně největší výskyt vládních menších zdravotních středisek (192) a stejně jako regiony Upper East, Northern a Eastern nemá žádný typ islámského zdravotnického zařízení.
6. Eastern region má je v přepočtu na obyvatele třetí region s nejvyšší hustotou zdravotnické infrastruktury. Má druhý největší počet menších vládních zdravotnických center (166) a relativně velký počet CHPS (44).
7. Region Ashanti jako jediný nemá regionální nemocnici, zato má jednu nemocnici fakultní. Vzhledem k tomu, že se jedná o nejlidnatější region, je zde v porovnání s ostatními větší počet vládních (22), křesťanských (17) i islámských (3) nemocnic. Je zde i druhé největší množství soukromých zdravotnických zařízení (hned po regionu Greater Accra) a je zde vůbec nejvyšší počet porodních domů (106). Přestože má dohromady nejvíce zdravotnických zařízení (celkem 548), v přepočtení na obyvatele dostaneme nejnižší hustotu zdravotnické infrastruktury v zemi.
8. Region Western má v přepočtu na obyvatele druhou nejvyšší hustotu zdravotnické sítě. Je zde, stejně jako v regionech Ashanti a Greater Accra, vyšší počet soukromých než vládních zdravotních středisek a druhý největší počet CHPS (66).

9. Region Central je mimo region Greater Accra jediným, kde je zřízena psychiatrická nemocnice. Poměr vládních a soukromých subjektů je zde zhruba půl na půl s mírnou převahou vládních. Je zde relativně velký počet CHPS (43).
10. Nejen z tabulky, ale i z faktu, že do regionu Greater Accra patří hlavní město Accra, je pochopitelné, že zde najdeme nejkomplexnější služby, jelikož zde máme všechny typy zdravotnických zařízení s velkou převahou těch soukromých (79 soukromých nemocnic a 232 soukromých klinik). Že se jedná o urbanizovaný region, značí i nepatrný počet CHPS (4).

V roce 2007 proběhl výzkum Service Availability Mapping (SAM), do kterého bylo zapojeno 1832 zdravotnických zařízení v Ghaně. Zkoumala se, mimo jiné, úroveň a funkčnost jejich vybavení a také zda je v nich přístupná voda z kohoutku a elektřina. Co se týče těchto aspektů kvality, výsledky nedopadly příliš povzbudivě: 90 % zkoumaných zařízení mělo funkční kyslíkový přístroj, 61 % funkční rentgen, 82 % přístroj pro anestezii. Kohoutková voda je nejvíce rozšířená v nemocnicích v Greater Accra (90 %), dále v Central region (60 %) a Brong-Ahafo (51 %), nejméně v zařízeních regionu Upper East (jen 16%), Northern (26%) a Upper West (31 %). V ostatních regionech je to v průměru 45 %. Tyto výsledky jsou u elektřiny: Greater Accra (95%), Central region (82 %), Ashanti a Volta (78 %), Brong Ahafo a Eastern (76 %), Western (70 %). U ostatních regionů je slabé pokrytí zdravotnických zařízení elektřinou: Upper West (32 %), Upper East (33 %), Northern (43 %)(SAM, 2007).

5.2 DOSTUPNOST A KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V HLAVNÍM MĚSTĚ

Akkra leží na pobřeží Guinejského zálivu a je to místo plné kontrastů. Najdeme zde bídné slumy, střední třídu, milionářské čtvrti rostoucí na okraji, velkou skládku nebezpečného odpadu v centru města, stejně jako luxusní hotely a sídla mnoha mezinárodních společností. Akkra se potýká s velmi špatnou dopravní situací. Vzhledem k rostoucímu počtu obyvatel a automobilů, jsou každodenním problémem masivní dopravní zácpy. Pokud je nějaký zdravotní zákrok neodkladný (například porod), není jisté, že se člověk dostane do zdravotnického zařízení včas, právě kvůli dopravní zácpě.

Jak jsme již uvedli v první kapitole, oficiálně má Akkra okolo 1,8 mil. obyvatel. Dle Pehr (2010) se odhaduje, že obyvatel je ve skutečnosti přes 3 miliony. V roce 1957 zde žilo jen okolo 190 000 lidí, ale postupem času, zejména v 80. letech probíhal urbanizační boom, který v podstatě probíhá dodnes. Osídlování probíhá rychle a nekontrolovatelně, důsledkem je

nedostatečná městská infrastruktura nejen dopravní, ale také vodní, sanitační, vzdělávací a zdravotnická, a to zejména v chudých částech města (Pehr, 2010).

AMA (Accra Metropolitan Assembly) in Pehr (2010) vytyčila základní problémy zdravotní péče v Akkře: nedostatečná fyzická infrastruktura, nedostatek kvalifikovaných zkušených lékařů (1 lékař na 12 000 obyvatel, 1 zdravotní sestra na 1837 obyvatel), neúplné vykazování dat, nedostatečná rychlá záchranná služba, chybějící kanceláře a ubytovací kapacity pro zdravotnický personál, nedostatečný počet lůžek. Další problémy souvisí zejména s rostoucí populací: environmentální znečištění (růst nemocí dýchacího ústrojí z neustále inhalace zplodin z aut i skládek), velké hlukové zátěže, velký problém lidského odpadu (až 70 % Akkřanů nemá přístup k toaletám, dochází k defekacím například do stok a v blízkosti pláží). Akkra leží v endemickém malarickém pásu, hojně rozšířené stoky tedy slouží i jako líhně komárů. V porovnání s ostatními částmi Ghany má ale Akkra díky větším lékařským možnostem mnohem nižší kojeneckou, dětskou i mateřskou úmrtnost (AMA in Pehr, 2010).

Akkra byla původně rozdělena na 6 správních částí (Ablekuma, Okai Koi, Ashiedu Keteke, Osu Klottey, Ayawaso a Kpeshie), kterým odpovídala i zdravotnická infrastruktura. V roce 2004 byla Akkra nově rozčleněna na 13 správních částí, ale přizpůsobit infrastrukturu zdravotní se nepodařilo a dále funguje, jako by bylo administrativních jednotek jen 6. V každé z těchto jednotek se nachází jedna veřejná poliklinika. V Akkře se nachází největší nemocnice – fakultní nemocnice Korle-Bu, dále nemocnice regionálního významu Ridge Hospital³³, 3 další veřejné nemocnice (Maria Luisa Children's Hospital, La General Hospital a Achimota Hospital) a 5 polostátních (37 Military Hospital³⁴, Police Hospital, Trust Hospital, University Hospital a Cocoa clinic), dále velké množství menších veřejných a hlavně soukromých klinik (GHS, 2014).

V Akkře najdeme několik specializovaných soukromých klinik („západního typu“) na opravdu vysoké úrovni. Například Lister Hospital and Fertility Centre se specializuje na obory jako gynekologie, porodnictví, léčba neplodnosti³⁵, urologie, neurochirurgie, ortopedie i plastická chirurgie, má k dispozici jednotku intenzivní péče pro novorozence a patří k nejlepším poskytovatelům soukromé zdravotní péče v západní Africe (Lister Hospital, 2008). V roce 2012 byla otevřena soukromá ortopedická nemocnice FOCOS (Foundation of Orthopedic and Complex Spine) (FOCOS, 2014). Nachází se zde i onkologické centrum, pokrývající všechny

³³ Vzhled této nemocnice je katasrofální, připravují se plány na její rekonstrukci (pozn. aut.)

³⁴ Obyvatelé obecně považují tuto nemocnici za nejkvalitnější (pozn. aut.)

³⁵ Na předměstí Akkry je i další klinika – Finney Hospital and Fertility Centre- specializující se na umělé oplodnění (IVF, 1997-2014).

typy léčby rakoviny, které funguje ve spolupráci se švédskými partnery a jmenuje se Sweden Ghana Medical Centre (SGMC, 2007-2014).

5.3 PROBLEMATIKA PÉČE O SPECIFICKÉ SKUPINY PACIENTŮ

Tato podkapitola se bude zabývat otázkou, za jakých podmínek v Ghaně existuje péče pro specifické skupiny pacientů, jako jsou těhotné ženy a novorozenci, senioři, tělesně postižení lidé a lidé s duševními poruchami. Všechny tyto skupiny obyvatel vyžadují zvláštní péči, která bývá obecně v rozvojových zemích přinejmenším opomíjená (zejména péče o zdravotně postižené obyvatele a obyvatele s duševními poruchami), péče o těhotné ženy a novorozence stejně jako péče o seniory se v Ghaně velmi zlepšuje.

5.3.1 Těhotné ženy a novorozenci

V roce 2010 proběhlo na popud Ministerstva zdravotnictví rozsáhlé celonárodní zhodnocení akutní porodnické a neonatální péče. Do této agendy byli zapojeni i mezinárodní partneři (WHO, UNICEF, Columbian University etc.). Zjišťovaly se veškeré detailní údaje, týkající se této problematiky. Z průzkumu vyplynuly následující skutečnosti: 58 % všech porodů probíhá v zdravotnickém zařízení (v regionu Greater Accra až 80 % porodů, naopak v regionu Northern jen 29 % porodů), podíl císařských řezů je asi 7 % (16 % v Greater Accra, 2 % v Northern regionu). Podle národních standardů dělíme zdravotnická zařízení dle 2 typů akutní porodní péče, se základními a rozšířenými službami. Zařízení se základními službami musí být schopny poskytnout těchto 7 úkonů: 1) Parenterální³⁶ podání antibiotik. 2) Podání uterotonik³⁷, například oxytocinu. 3) Zvládnutí případů preeklampsie³⁸ a eklampsie³⁹, 4) Ruční odstranění placenty. 5) Vyčištění dělohy po porodu. 6) Provedení asistovaného porodu (například s pomocí kleští, vakuové extrakce etc.). 7) Provedení základní neonatální resuscitace. Zařízení s rozšířenými službami musí navíc splňovat 2 další kritéria, a to provádění operací (například císařský řez) a provádění krevní transfuze. Dle standardů by mělo fungovat minimálně 5 porodnických zařízení (splňující popsaná kritéria) na 200 000 obyvatel, z čehož alespoň jedno s rozšířenými službami. V případě Ghany by to znamenalo, že by zařízení obou typů muselo být

³⁶ Parenterální znamená mimostřevní, tedy nitrožilní, nitrosvalové a podkožní podání léků pro nastolení rychlého účinku (Velký lékařský slovník, 2008).

³⁷ Uterotonický znamená zvyšující sílu kontrakcí děložního svalstva (Velký lékařský slovník, 2008).

³⁸ Velmi závažný stav v těhotenství, vyznačující se zvýšeným tlakem, dochází ke zúžení cév (Vitalion, 2014).

³⁹ Život ohrožující stav, provázený záchvaty křečí (Vitalion, 2014).

celkem 606, ale ve skutečnosti tato kritéria splňuje jen 89 zdravotnických zařízení (z toho 13 základních a 76 rozšířených), ostatní zařízení kritéria nesplňují. V celé zemi poskytuje jen 20 % zdravotnických zařízení porodnické operace a anestezii. Rodička odchází z nemocnice domů v průměru po 24 hodinách. Co se týče zdravotnického personálu, ne v každém zdravotním zařízení je přítomen porodník nebo porodní asistentka, poměr gynekologů-porodníků je celonárodně 1 na 100 000 obyvatel (9 % v regionálních nemocnicích, 11 % ve fakultních nemocnicích a 80 % v okresních a jiných nemocnicích, z čehož více než polovina pracuje v soukromém sektoru), podíl přítomnosti školených porodních asistentek u porodu je celonárodně 10,9 na 1000 porodů (GHS, WHO, John Hopkins University, 2011).

Tab. 9: Počet porodů ve zdravotnických zařízeních v Ghaně dle typu zařízení v roce 2010

| Typ zdravotnického zařízení | Počet porodů |
|---------------------------------|--------------|
| Fakultní nemocnice | 29 403 |
| Regionální nemocnice | 30 435 |
| Okresní a další větší nemocnice | 223 916 |
| Zdravotní centra | 99 712 |
| Malé kliniky | 19 523 |
| Porodní domy | 26 959 |
| CHPS | 4 560 |
| Celkem | 434 508 |

Zdroj : GHS, WHO, John Hopkins University, 2011.

Z tabulky č. 9 vyplývá, že více než polovina porodů v institucích připadá na okresní a podobně velké nemocnice a nejmenší podíl v zařízení CHPS.

Ve třetí kapitole bylo již zmíněno, jaké je procentuální zastoupení příčin úmrtí dětí do 5 ti let v Ghaně. Kdybychom příčiny rozdělili do skupin, největší skupinu by tvořila právě neonatální úmrtí (12% nedonošenost plodu, 11 % asfyxie a 9 % sepse⁴⁰ a 4 % vrozené vady), celkem se tedy jedná o 36 %⁴¹. Ghanská vláda (GHS) ve spolupráci s WHO a americkou Hopkinsovou univerzitou vypracovala projekt Ghana Neonatal Quality Improvement Initiative s podporou nadace Billa a Melindy Gatesových. Iniciativa zdůrazňuje, že příčinám jako asfyxie a sepse lze

⁴⁰ Novorozenecká sepse je stav těžké infekce, nejčastějším původcem je *Streptococcus agalactiae*, proto je důležité sledovat matku v průběhu těhotenství a testovat ji na tuto bakterii a následně před porodem poskytnout profylaxi (antibiotika), která zabrání přenosu infekce na dítě. Dalšími původci sepse mohou být například *E.coli*, *haemophilus influenzae* a další (Laštovičková, 2009).

⁴¹ Celosvětově je to 41 % (OSN, 2011).

předcházet tím, že se do ghanského zdravotnictví implementují směrnice WHO, týkající se neonatální péče. Projekt se zaměřil na 3 okresní nemocnice (Navrongo – Upper East, Kintampo – Brong Ahafo a Dodowa – Greater Accra) s důrazem právě na asfyxii a sepsi. WHO programy, zaměřené na novorozence se zabývají: přednostním podáním léků pro novorozence, směrnicemi pro dávkování vitamínu A, směrnicemi pro HIV/AIDS, pokyny pro krmení, přístupem k akutní porodnické a neonatální péči, Kangaroo care pro nedonošené děti (česky „klokánkování“⁴²) a distribuci příruček péče o novorozence. Součástí projektu bylo školení zdravotnických pracovníků (v oblastech resuscitace novorozenců, předcházení sepse, klokánkování), monitorování příčin nemocnosti a úmrtnosti, zapojení místních expertů a stakeholderů na všech úrovních (vedení GHS, regionální ředitelství, okresní projektoví manažeři, nemocnice), monitorování implementačních snah, zpracování osnov neonatální péče odborníky na neonatologii z Hopkinsovy univerzity, pediatrů z Ghany a expertů WHO a dle WHO příruček nemocniční péče o novorozence. Předpokládanými výstupy⁴³ jsou: úspěšné vytvoření iniciativy pro zkvalitnění neonatální péče, která reflektuje domácí priority (přičemž GHS stanovila prioritami distribuci, přístup a použití léků a vybavení, a praktiky case managementu⁴⁴ pro nemocné novorozence); vertikální i horizontální integraci programu (nejen na různých úrovních, ale i spolupráce zdravotnických zařízení na stejné úrovni) a důraz na zlepšení systému ve zdravotnických zařízeních rozšiřováním služeb (MOH et WHO, 2011).

5.3.2 Senioři

UNFPA uvádí, že celosvětově je podíl seniorů (tedy lidí nad 60 let) 11,5 %, přičemž v Evropě je to až 22 %. Předpokládá se, že Afrika jako kontinent bude mít v roce 2050 10 % populace starší 60-ti let (UNFPA, 2013). Proces stárnutí probíhá v době, kdy jsou tradiční systémy, podporující péči o seniory, transformovány procesy globalizace a modernizace, ale zároveň při absenci veřejné sociální péče, protože obecně subsaharské země nestihly učinit dostatečný ekonomický pokrok a na stárnutí populace nejsou připraveny (GSS, 2013). Ghanský statistický úřad (na základě sčítání lidu v roce 2010) uvádí, že v zemi je více než 1,6 milionu seniorů, z čehož 56 % tvoří ženy a 44 % muži a 54 % všech seniorů žije na venkově. 3/4 mužů a 1/3 žen žije v manželství, 49 % žen a 8,8 % mužů ovdovělo. Drtivá většina (95 % žen a 91 %

⁴² Jedná se o bazální stimulaci předčasně narozených miminek, kdy se nahé miminko přikládá na hrudník matky (jak dlouho, záleží na jeho zdravotním stavu). Díky této technice se miminkům stabilizuje srdeční rytmus, zlepšuje okysličení, teplota méně kolísá atd. (FN Ostrava, 2009).

⁴³ Evaluace projektu zatím není k dispozici (pozn. aut.)

⁴⁴ Case management znamená koordinovanou činnost k potřebám pacienta za účasti a spolupráce všech dostupných zdrojů a zainteresovaných stran (odborníci, rodina, vybavení, postupy) (Nevládka, 2013).

mužů) jsou členy náboženské komunity. Kostely, mešity, náboženské instituce a organizace nabízejí ochranu pro seniory a jejich rodiny. Ekonomicky aktivních je 58 % seniorů, přičemž 63 % z nich pracuje v zemědělství. Hlavní zdravotní potíže ghanských seniorů jsou: zrakové (29 %), fyzické (18,4 %), emocionální (13,4 %), intelektuální (11 %) a sluchové potíže (10,8 %)(Ghana Statistical Service, 2013). Dle průzkumu WHO mezi seniory v Ghaně, staří lidé trpí těmito problémy: nediodagnostikované a neléčené hypertenze, sociální izolace, problémy při provádění každodenních činností, slabé využití zdravotnických služeb, nepřipravenost zdravotnického personálu pro péči o seniory, neřešené problémy se zhoršeným zrakem a sluchem. Na základě tohoto výzkumu bylo vládě doporučeno zaměřit se na školení zdravotnického personálu v potřebách seniorů, rozšíření pokrytí zdravotním pojištěním a zpřístupnění brýlí a naslouchátek (WHO, 2013). Ghanská vláda schválila koncepci Národní politiky stárnutí v roce 2010. Koncept vychází z Madridského akčního plánu⁴⁵ a obsahuje také výše popsaná doporučení WHO (GSS, 2013). Vláda se například zavázala zřídit jakási centra pro seniory, kde by kromě setkávání se s vrstevníky byly k dispozici i zdravotnické prohlídky. V Ghaně je ale obecným zvykem, že o seniory se automaticky starají členové rodiny a senioři ve většině případů žijí v rodinném kruhu (obvykle s rodinou některého ze svých dětí, se sourozenci nebo ostatními příbuznými). Senioři mají v rodinách často role rádců a jsou aktivními členy ve svých církvích (Dosu, 2014).

5.3.3 Zdravotně postižení lidé

V rozvojovém světě patří tělesně postižení lidé do skupiny obyvatel nejvíce ohrožených chudobou. Jsou diskriminováni, zatracováni a téměř se na ně nezaměřuje pozornost. V Ghaně je 10,6 % populace zdravotně postiženo⁴⁶ (celosvětově je to 10 %). Příčiny postižení mohou být vrozené, v důsledku nehody, nemoci i v důsledku chudoby, kdy například není poskytnuta řádná péče v těhotenství a po narození dítěte (Masset, White, 2004). V Ghaně je mezi obyvateli rozšířený názor, že za postižení mohou spirituální důvody. Například že zemřelý předek rodiny udělal něco špatného, proto přišla odplata v podobě postiženého člena rodiny. Rozšířené jsou i pověry, že postižené děti jsou čarodějové, nebo že poruchy jako autismus a Downův syndrom

⁴⁵ Madridský akční plán pro problematiku stárnutí byl přijat v roce 2002 ve Vídni na prvním Světovém shromáždění pro problematiku stárnutí. Vznikl soubor zásad OSN pro seniory, obsahující péči, seberealizaci a důstojnosti (MPSV, 2002).

⁴⁶ Zdravotním postižením zde myslíme postižení tělesné, zrakové, sluchové, řečové, ztrátu citu v těle, záchvaty a křeče, psychické poruchy (Masset, White, 2004).

jsou nakažlivé, proto by se ženy těchto dětí neměly dotýkat, aby taky samy neporodily postižené dítě. Rodiny s postiženým dítětem mohou zažívat sociální stigma. V ghanské společnosti chybí osvěta této problematiky (Reynolds, 2010). Od června 2006 v Ghaně existuje zákon o problematice zdravotního postižení (Disability Act), který má za cíl integrovat postižené občany do většinové společnosti, zpřístupnit jim vzdělání, pracovní příležitosti, přístup ke zdravotní péči a další. Po zavedení tohoto zákona se téměř nic nezměnilo a postižení lidé dále čelí sociální deprivaci a často končí na ulici (Bemah, 2011). V Ghaně prakticky neexistují rehabilitační centra pro postižené občany, vzhledem k nákladnosti péče a nedostatku financí je toto téma přehlíženo. I když jsou v Ghaně k dostání zdravotní pomůcky jako například protézy a korzety a jsou z velké části financovány vládou, lidé si je pořád nemohou dovolit. 95 % postižených občanů nemá přístup ke zdravotním službám požadovaného typu. Autor vyzdvihuje pozitivní krok vlády v této problematice, a to založení Školy zdravotnických věd při Lékařské fakultě Ghanské univerzity a otevření oboru fyzioterapie s tím, že postupně budou otvírány další obory. Ve spolupráci s WHO, UNDP, švédskými a norskými partnery byl v praxi uveden Komunitní rehabilitační program, který umožňuje přístup zdravotních služeb, tréninků dovedností a pracovních příležitostí a sociálních služeb pro postižené. Program nebyl úspěšný z důvodu nedostatku dat, slabou spoluprací mezi agenturami a nejasnou udržitelností. Některým postiženým lidem však přinesl sociální přijetí od komunity a větší sebedůvěru. V zemi funguje několik nevládních organizací, na které nabízejí služby pro zdravotně postižené občany, například Disability Options Ghana nebo Volunteers Service Overseas, většina pomáhajících organizací se zaměřuje na jiná témata (Tinney et al., 2007)

5.3.4 Lidé s duševními chorobami

Dle WHO (2011) jsou duševní choroby celosvětově nejvíce podceňovanými zdravotními problémy. WHO uvádí, že v Ghaně žije 2 miliony obyvatel s lehkou až střední duševní poruchou a 650 tisíc obyvatel s vážnou duševní chorobou, přičemž 98 % ze všech nemocných není vůbec léčeno. Dixon (2012) uvádí, že v Ghaně je pouze 14 psychiatrů a ti všichni pracují v jediných třech psychiatrických zařízeních v zemi (všechny jsou na jihu). Podle Human Rights Watch (2012) jsou ale tato zařízení ve špatném stavu a panují zde nelidské a nehygienické podmínky a pacienti zde většinou nastupují léčbu proti své vůli a dle Dixon (2012) je zde také nedostatek lůžek, chaos a většině pacientů je zde diagnostikována schizofrenie. Pacienti v rozvojových zemích jsou obecně většinou necháni sami sobě napospas a čelí sociálnímu stigmatu. Zdravotnický personál, se kterým se postižení lidé setkají, jsou většinou praktičtí lékaři,

komunitní zdravotní sestry nebo lékárníci, a ti nemají dostatečné znalosti o této problematice. Mezeru v nedostatku lékařského personálu vyplňují tradiční léčitelé, které můžeme najít napříč celou zemí, zejména pak v rurálních oblastech. Praktiky těchto léčitelů jsou ale mnohdy kontroverzní a nebezpečné, zahrnující bití, hladovění nebo připoutávání k řetězům. Nikdo se nepozastavuje nad tím, jak tito léčitelé porušují základní lidská práva (Dixon, 2012). HRW (2012) přinesl rozhovor s jedním z léčitelů a ten uvedl, že lidé postižení duševní poruchou v sobě mají ďábla a s pomocí léčitele (náboženského vůdce) skrze metodu půstu, je Bůh vyléčí. Léčitelé či náboženští vůdci totiž provozují náboženské tábory (prayer camps), ve kterých nemocní lidé stráví týdny, měsíce i roky a tam za nelidských podmínek podstupují výše zmíněné i další metody „léčby“. HRW apeluje na vládu, aby tyto tábory regulovala. Podle Dixon (2012) Ghana potřebuje legislativní rámec a finance pro léčbu těchto nemocí. Autorka pokládá stigma za největší překážku k podpoře duševně nemocných lidí. Také zahraniční pomoc se tomuto tématu vyhýbá, zřejmě proto, že není součástí vládních priorit a také proto, že neexistuje dostatečný průzkum. Pokud se vzácně nějaký politický návrh objeví, většinou není implementován. Roku 2004 byl navrhnout zákon o této problematice (Comprehensive Mental Health Bill), zahrnující zachování základních lidských práv, osvětu v komunitách a rozšíření péče v rámci NHIS. Tento návrh zákona byl v parlamentu projednáván až v roce 2012, do té doby ležel na Ministerstvu zdravotnictví. WHO (2011) apeluje, že pokud by se duševní poruchy začaly řádně léčit, mělo by to pozitivní dopad na celou společnost (například by se snížilo zneužívání návykových látek, snížil by se počet dopravních nehod a také chudoba, protože takto postižení lidé se většinou nacházejí v bludném kruhu chudoby. HRW (2012) podporuje návrh, aby se vláda v tomto případě zaměřila více na komunitní péči, aby byl postižený člověk v domácích podmínkách a hlavně, aby komunita znala jeho potíže a pomáhala mu.

5.2 ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL

Jeden z nejpálčivějších problémů ghanského zdravotnictví, je nedostatek zdravotnického personálu, chybí zejména lékaři-specialisté. U ghanských studentů medicíny je typický „brain-drain“. Pokud studují v zahraničí, nemají takovou motivaci vrátet se zpátky, protože z důvodu velmi chudého vybavení nemocnic a nedostatku financí by zde nemohli plně rozvinout svůj um. Studenti medicíny na Ghanské univerzitě v Akkře absolvují na konci studia zahraniční stáž, většinou ve Spojených státech nebo v Evropě – což je posléze také důvodem jejich odchodu, protože ve své zemi mají špatné podmínky pro osobní rozvoj. Pokud zůstanou v Ghaně, dříve nebo později u nich dojde ke stagnaci a ztrátě „lékařského talentu“. Platy lékařů se pohybují

okolo 500 USD/ měsíc. Na některé specializace se v celé zemi nacházejí jen 1-2 lékaři, čili předávání zkušeností mezi kolegy zde taky není ve všech oborech možné. Pacienti mnohdy čekají měsíce, než se na ně dostane řada. Nejvíce specialistů se soustředí v největší nemocnici v zemi s kapacitou 1500 lůžek – Korle-Bu Teaching Hospital v Akkře (Tinney et al. 2007).

Dle MOH a WHO (2007) bylo v roce 2005 v Ghaně 1241 lékařů a 6599 zdravotních sester. Na počet 100 000 obyvatel jsou v zemi průměrně 3 lékaři a 35 sester. Jejich zastoupení není rovnoměrné. Nejnižší podíl lékařů i sester má region Brong Ahafo. Na 100 000 obyvatel jen 0,8 lékaře a 4,1 sestry. Naopak největší hustota lékařů je v regionu Greater Accra (8,2 na 100 000 oby.) a největší hustota zdravotních sester je v regionu Upper East (52,8 na 100 000 oby.). Právě v roce 2005 došlo ke tří až šestinásobnému zvýšení platů⁴⁷ zdravotnických pracovníků (WHO, 2009). GHS ve své výroční zprávě za rok 2011 uvádí, že během let 2009-2011 došlo k výraznému navýšení zdravotnických pracovníků, například v regionu Northern došlo k navýšení počtu lékařů o 65 % (nárůst proběhl zejména ve Fakultní nemocnici v Tamale). GHS se snaží hledat řešení jak motivovat lékaře jít pracovat do regionů jako Upper East a Upper West, což absolventi medicíny dlouhodobě odmítají. Došlo také ke zvýšení počtu dalšího zdravotnického personálu, jako jsou porodní asistentky či laboratorní technici. V některých regionech (Eastern, Western, Upper West, Northern a Volta) dochází k poklesu počtu porodních asistentek (k poměru počtu žen ve fertilním věku) z důvodu jejich vysokého věku (GHS, 2011).

V Ghaně (stejně jako v mnoha jiných rozvojových zemích) je závažná problematika nejen lékařů, ale i zdravotních sester⁴⁸. I přes zlepšení situace, je jich stále nedostatek. Donkor et al. (2011) uvádí, jako hlavní problémy zdravotních sester nedostatečnou kapacitu vzdělávacích institucí, nízkou pracovní morálku, nedostatek personálu a nedostatek praxe a také rozšířenou migraci za prací do zahraničí. Mezi lety 1995-2002 migrovalo 20 % zdravotních sester a porodních asistentek vystudovaných v Ghaně za prací do zahraničí. Autoři apelují na nutnost modernizace vzdělání zdravotních sester, protože pro výuku jsou k dispozici většinou zastaralé učební materiály a jednorázové zdravotnické pomůcky, sloužící pro výuku, nejsou k dispozici téměř vůbec. Ve vzdělání stále převládají stereotypy, že sestry by měly „sloužit“ pacientům a že pacient by měl být vždy submisivní. Vzhledem k vymoženostem 21. století, jako je například získávání informací o zdraví na internetu, vzdělanější populace či znalosti o lidských právech, by

⁴⁷ Plat zdravotní sestry v roce 2005 stoupl ze 100 GH cedis na 600 GH cedis, plat lékařů stoupl v průměru z 300 GH cedis na 1000 GH cedis - počítáno s kurzem, kdy 1 GH cedi bylo 0.98 US dolarů (WHO, 2009).

⁴⁸ V 19. století existovali zejména zdravotní bratři, protože lokální zvyky neumožňovaly ženám starat se o cizí lidi mimo vlastní rodinu. Na počátku 20. Století došlo k příchodu velkého množství britských zdravotních sester, ale po vyhlášení nezávislosti, kdy probíhala politika „afrikanizace“ byli zahraniční pracovníci postupně nahrazováni Ghaňany (Donkor et al., 2011).

sestry měly vidět pacienty jako partnery, ne jako submisivní a pasivní klienty. Bylo by také vhodné budovat partnerství se zahraničními institucemi a tím modernizovat vzdělání sester (taková spolupráce probíhá například mezi Ghanskou univerzitou a Univerzitou Alberta v Kanadě) a celkově se snažit přitáhnout investice do vzdělávacích institucí pro zdravotní sestry a zapojit do jejich vzdělání profesionální etiku. Autor dále dodává, že sestry čelí mnoha výzvám, zejména stresu, vzhledem k nevybavenosti zdravotnických zařízení, nedostatku personálu a také tomu, že jsou jim přidělována místa bez možnosti výběru (Donkor, 2011).

6 TRADIČNÍ MEDICÍNA JAKO PARALELNÍ SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Šestá kapitola se věnuje tradiční medicíně. V západním světě je jakákoli nekonvenční medicína spíše okrajovým proudem, kdežto v Ghaně a Africe obecně, se jedná o velmi významný a rozšířený typ zdravotní péče, v rurálních oblastech často jediný. Tradiční medicína má kořeny v tradičním náboženství. *Přestože většina obyvatel Ghany se hlásí ke křesťanské víře, tradiční náboženství představuje hodnotový systém, vnitřní sociální uspořádání a kulturní historii Ghany.* (Tabi et al., 2006)

WHO uvádí, že až 80 % populace afrického kontinentu používá tradiční medicínu (WHO 2000 in Gyasi et al., 2011). Oficiální definice WHO zní: *Tradiční medicína může zahrnovat různé zdravotní praktiky, přístupy, znalosti, víru, přírodní medicínu (na rostlinné, živočišné a minerální bázi), spirituální terapii, manuální techniky a cvičení, tyto metody jsou aplikovány samostatně nebo v kombinaci a slouží k prevenci a léčbě nemocí a udržení zdraví a pohody* (WHO, 2002 in Gyasi, 2011).

Kapitola o tradiční medicíně je rozdělena na čtyři podkapitoly. První podkapitola vysvětluje koncept a aspekty ghanské tradiční medicíny, stejně jako příčiny nemocí z tradičního pohledu. Druhá podkapitola se věnuje rozdělení tradičních léčitelů podle jejich metod léčby a specializace. Třetí podkapitola se zabývá oficiálním rámcem tradiční medicíny v Ghaně a nahlíží na možnosti její integrace do zdravotnického systému země. Poslední podkapitola pojednává o pohledu obyvatel na tradiční medicínu ve srovnání s medicínou klasickou. Vysvětluje, jaké jsou jejich motivace pro zvolení té či oné možnosti léčby a co všechno je ovlivňuje při rozhodování, zda využít služeb lékaře či tradičního léčitele.

6.1 ASPEKTY TRADIČNÍ MEDICÍNY

Tradiční medicína je holistický systém, který v sobě integruje národní kulturní hodnoty, náboženské aspekty a sociální etiku. Zdraví člověka je spojeno s metafyzickým i nadpřirozeným světem, jehož součástí je Stvořitel, božstva a duše předků. Nemoci mají spirituální dimenzi. Přestože je v Ghaně západní moderní medicína rozšířená, tradiční medicína i nadále zůstává velmi důležitou součástí života většiny Ghaňanů. V tradiční léčbě se používají rostliny a další přírodní produkty, stejně jako spirituální a magické síly. Tradiční víra stojí na základu, že svět byl tvořen dvěma systémy – fyzickým a spirituálním. Fyzický (přirozený) svět je ten, který

vidíme a spirituální (nadpřirozený) svět je ten, který sice nevidíme, ale cítíme jeho silné vlivy na fyzický svět. Pro tradiční medicínu je zásadní hlavně svět spirituální (Addy, 2010). Podle tradiční medicíny mají nemoci zejména spirituální příčiny. Evans-Anfom (1984) popisuje těchto 7 příčin nemocí: rozzlobená božstva, která trestají provinilce (například ty, kteří porušili nějaké tabu); předci a další duchové, kteří cítí, že byli příliš brzy zapomenuti nebo nebyli rozpoznáni; čarodějové a čarodějnice, pracující na cizí popud nebo z osobních důvodů (například pokud chce nějaký člověk zkazit jinému člověku život); ztráta duše, která přišla po nějakém zděšení nebo strachu nebo jako důsledek nadpřirozeného ducha; vniknutí nějakého objektu do těla; ztráta tělesné rovnováhy z důvodu vstupu nadměrného tepla nebo chladu do těla; d'áblovlo oko (Evans-Anfom, 1984 in Addy, 2010).

Každý kmen dodává této základní tradiční kultuře něco svého. Známostou odnoží tradiční medicíny je akanská medicína, která nemá jasné rozlišení mezi fyzickým a nadpřirozeným světem. Zdraví podle ní znamená zdraví mysli, těla, duše a žití v harmonii se sousedy, s přírodou a sebou samým. Dochází tedy k úplné harmonii, která zahrnuje fyzickou, sociální, duševní, přírodní a nadpřirozenou realitu. Pokud je tato harmonie narušena, nastává onemocnění. Akanové rozdělují pět hlavních příčin nemocí: *Sunsum mu yadee* (spirituální příčina, může zahrnovat čarodějnictví a destruktivní síly), *Dua bo* (kletba od bohů, nepřítel poprosil bohy, aby přinesli nemoc někomu, kdo jej urazil), *Efie yadee* (domácí nemoc, způsobena rodinnými problémy), *Ho nam mu yadee* (nemoci těla vycházející z břicha nebo centra těla) a *Mogya mu yadee* (nemoci krve) (Agyapong, 2000 in Abel, Busia, 2005). Spirituální nemoci mohou být způsobeny také žárlivostí. Spirituální nemoci mohou být vyléčeny pouze cestou tradiční medicíny, protože léčitel dokáže odehnat zlé vlivy a před těmito vlivy pacienta ochránit (Tabi et al., 2006).

6.2 ROZDĚLENÍ TRADIČNÍCH LÉČITELŮ

Tradiční medicína musí odkazovat na víru, myšlenky a postupy osoby, která je uznávána komunitou, ve které žije, jako kompetentní a kvalifikovaná osoba k poskytování zdravotní péče pomocí přírodně se vyskytujících látek. To může zahrnovat i další metody, založené na kulturním a náboženském podkladu, stejně jako na znalostech, postojích a názorech, které jsou ve společnosti rozšířené. Díky rozmanitosti populace zde v různých regionech najdeme různé typy léčitelů, kteří se váží přímo k etnickým skupinám (například Dagbon medicína, medicína

Sissala). Problémem je, že díky příliš obecné definici tradičních léčitelů je zde velký prostor pro podvodníky a šarlatány (Addy, 2010).

Autoři (Addy, 2010; Abel, Busia, 2005; Tabi et al., 2006) rozlišují léčitele podobně, a to podle toho, zda se zaměřují na fyzické příčiny nemocí nebo spirituální, popřípadě může být kombinace obojího. Addy (2010) rozděluje léčitele následovně. První skupinou jsou bylinkáři (herbalisté). Ti zdůrazňují fyzické aspekty nemocí, které léčí pomocí léčivých rostlin a vyhýbají se černé magii. V různých kmenech mají bylinkáři jiné názvy: *gbedala* (Ewe), *klima* (Dagomba), *odunsini* (Akan), *tsofatse* (Ga). Technologie zpracování jejich produktů je nízká. Léčivé přípravky nejsou standardizované a jejich kvalita může být z hygienického hlediska různá, mohou se prodávat i na trhu (tedy mnohdy na přímém slunci). Druhou skupinou jsou bylinkáři-spiritualisté, kteří kombinují fyzické a spirituální aspekty nemoci a používají okultní praktiky. Nazývají se například *bonokowo* (Ewe) nebo *okomfo* (Akan). Řadí se zde i podskupina jasnovidci a věštcí, kteří vysvětlují, proč některé choroby vznikly a mohou předpovědět i jejich výsledek (tito léčitelé převládají zejména v severních regionech). Další podskupinou jsou *mallams* neboli islámští učitelé. Můžeme je dále rozdělit na ty, kteří k léčení používají modlitby a verše z Koránu a na ty, jež kombinují byliny a modlitby. Další podskupinou jsou léčitelé oddaní svatyni (shrine devotees). Ti oddali svůj život bohu nebo bohyni, kteří dí ve svatyni. Tyto léčitele poznáme podle vzhledu (mají buďto vyholenou hlavu nebo dredy, nosí různé amulety, mají viditelné šrámy z pořezání na pažích, hrudníku nebo obličeji, většinou chodí bosí). Mají přísná pravidla ohledně jídla a dodržují celibát, pořádají pravidelné oslavy pro bohy. Konzultační hodiny těchto léčitelů jsou stanoveny bohy, kterým slouží a svatyně je místem, kam jsou přinášeni nemocní. Další skupinou jsou tradiční porodní báby (Traditional Birth Attendants), což jsou starší ženy asistující u porodu.

Abel, Busia (2005) rozdělují léčitele taktéž do dvou velkých skupin. První skupina jsou léčitelé, kteří pracují se spiritualismem a sem patří spiritualisté a jasnovidci⁴⁹, léčitelé oddaní svatyni a léčitelé uzdravující vírou (Faith Healers). Druhá skupina jsou léčitelé, kteří pracují více na fyzických příčinách nemocí, a řadíme sem bylinkáře, léčitele kostí (bonesetters, specializují se na zlomeniny, kloubní problémy, vykloubení končetin atd.) a porodní báby. Dle Addy (2010) jsou nejrozšířenějším typem léčitelů bylinkáři, ale dle Tabi et al. (2011) jsou mezi léčiteli nejvíce zastoupeni duchovní, kteří věští, prorokují a používají k léčbě různé rituály. Tabi et al. (2006) doplňuje poslední podskupinu léčitelů, které můžeme řadit mezi bylinkáře, a to podomní

⁴⁹ Jasnovidci jsou většinou kněží, kteří po uchopení pacientovy ruky vidí, o jakou nemoc se jedná a která bylina by pomohla tuto nemoc vyléčit (Abel, Busia, 2005).

obchodníky s bylinami (Peddlers), kteří cestují do měst a vesnic, kde prodávají léčivé rostliny (chodí do domácností, do firem, prodávají i na ulici).

Někteří léčitelé se specializují jen na určité nemoci, někteří léčí obecně vše. Někteří mají léčitelství jako primární profesi, většina jako sekundární (Tabi et al., 2006). Léčitelé na plný úvazek (většinou bylinkáři) jsou nejčastěji muži sídlící ve městech, menší část z nich má herbalistickou kliniku i s laboratoří na testování krve a moči (Abel, Busia, 2005). Znalostí o léčivých rostlinách většinou léčitelé získávají od rodičů a prarodičů, nebo že měli například zjevení ve snu. Někteří léčitelé dodržují při sběru bylin rituály, jako například neříkat se dozadu a po cestě zpět s nikým nemluvit (Addy, 2010). Wodah, Asase (2010) provedli průzkum mezi tradičními léčiteli Sissala⁵⁰ v regionu Upper West. Vzorek zahrnoval 30 léčitelů⁵¹. 65 % z nich byli muži; 81,3 % z nich získalo léčitelské znalosti od svých rodičů; 6,3 % od jiných příbuzných; 6,3 % od přátel; 3,1 % skrze vlastní nemoc a dalších 3,1 % dostalo trénink od léčitele, jejich předchůdce. Předávání zkušeností probíhá ústním sdělením. 96,8 % léčitelů bylo starších 38 let; 80,7 % nemělo žádné formální vzdělání; 87,1 % z nich bylo zároveň farmáři; podle specializace bylo 77,4 % bylinkářů, 17,2 % spirituálních léčitelů a 6,5 % bonesetters. Těchto 30 léčitelů dohromady ke své praxi využívá 35 druhů rostlin⁵² (z nich 27 léčivých přípravků) pro 24 nemocí. Nejčastěji se využívá list a kořen. 55 % rostlin je sbíráno v buši; 32,5 % je sbíráno kdekoli v okolí; 7,5 % na vlastní zahrádce; 5 % na zemědělské půdě. Léčitelé tvrdili, že rostlin je zatím dostatek, ale přesto se kvůli vypalování lesa za účelem získání půdy pro zemědělství, může čas od času vyskytnout nedostatek některých rostlin. Nejčastěji se rostliny užívají orálně (vypije se odvar, nebo se přidají do jídla), nebo se s nimi masíruje či potírá tělo. 12,9 % léčitelů uvedlo, že před sběrem rostlin dodržují rituály.

Co se týče vztahu léčitele a pacienta, léčitel má tradičně pozici silné autority, zná i osobní problémy svého klienta, klient může pociťovat pocity tajemna i strachu, což je pro jeho dobro, aby opravdu léčitele poslouchal, aby se například nepředávkovat s úmyslem urychlení léčby. Konzultace bývají většinou jedenkrát týdně a mohou trvat až 6 měsíců v závislosti na nemoci (Abel, Busia, 2005).

⁵⁰ Lidé kmenu Sissala sídlí v severozápadní Ghaně, menší skupinky se vyskytují i v Burkině Faso (Wodah, Asase, 2012).

⁵¹ Léčitelé se většinou zdráhají mluvit o svých metodách, nechtějí je prozradit, protože by je mohl stihnout trest, nebo dokonce i smrt, jak dokazuje případ známého spirituálního léčitele a náčelníka Nana Kofi Droba, jenž tvrdil, že dokáže vyléčit HIV/AIDS, ale poté, co se o spolupráci s ním začalo zajímat Ministerstvo zdravotnictví, tedy aby léčbu odhalil, on za záhadných okolností zemřel (Addy, 2010).

⁵² V Ghaně se pro léčbu využívá 1360 druhů rostlin (Wodah, Asase, 2012).

6.3 OFICIÁLNÍ RÁMEC TRADIČNÍ MEDICÍNY

Tradiční léčitelství do národní politiky zahrnul už první ghanský prezident Kwame Nkrumah, který v roce 1960 založil Ghanskou asociaci duševního a tradičního léčení⁵³. Jelikož víra a praktiky různých léčitelů se od sebe lišily, léčitelé bojovali i proti sobě. Proto vzniklo několik dalších asociací (Ghanská národní asociace tradičních léčitelů⁵⁴, Asociace rostlinné medicíny, Asociace tradičních služeb a Asociace regionu Northern). V roce 1999 Ministerstvo zdravotnictví založilo Ghanskou federaci tradiční medicíny, která zastřešuje výše jmenované organizace (Addy, 2010).

Mezi oficiální stakeholdery tradiční medicíny v současné době patří: Ředitelství tradiční a alternativní medicíny Ministerstva zdravotnictví (stará se o koordinaci a monitorování aktivit), Ghanská federace tradiční medicíny (zastřešující organizace pro roztržité asociace), Rada pro tradiční zdravotní praxi (založena v roce 2000 zákonem č. 575, aby dohlížela a následně regulovala praktiky tradičního léčitelství, zabývá se také registrací léčitelů, udělování licencí a regulací prodeje rostlinných léčivých přípravků), Rada pro potraviny a léky (regulace léčivých přípravků) a Centrum pro vědecký výzkum rostlinné medicíny (funguje od roku 1975) (Addy, 2010).

Mezi hlavní problémy ovlivňující praxi tradiční medicíny negativní způsobem patří chybějící kvalifikace léčitelů, nedostatek jejich vzdělání, registrace, nedostatečné zařízení pro vykonávání praxe a diagnózu, nedostatečné záznamy léčitele o pacientech a používání nestandardizovaných produktů (MOH, 2005). Barimah (2013) dodává i nedostatečnou organizaci, kooperaci a uznání od vlády. Addy (2010) apeluje, že by bylo třeba dobře strukturovaného tréninku pro léčitele, založeném na důkazných metodách, aby se předešlo praxi podvodníků. Jako příklady úspěšných kroků směrem ke zlepšení situace a akreditaci autor považuje například otevření studijního oboru Rostlinná medicína na Univerzitě Kwame Nkrumaha a dále vydání publikace Ghanský lékopis rostlin (Ghana Herbal Pharmacopoeia), obsahující informace o padesáti léčivých rostlinách.

Mensah (2005) navrhuje, aby Ministerstvo identifikovalo ty léčitele, kteří jsou známí a uznávání pro své schopnosti a úspěchy léčit vybrané nemoci. Každému takto vybranému léčiteli a jeho rodině by měla vláda poskytnout zařízení pro vykonávání praxe, na oplátku by ale museli sdílet znalosti v oblasti jejich specializace a učit malé skupinky lékařů a vědců, kteří by vše

⁵³ Ghana Psychic and Traditional Healing Association

⁵⁴ Ghana Federation of Traditional Medicine Practitioners Associations

řádně zdokumentovali⁵⁵. Cílem by bylo rozvinout tradiční medicínu na vědeckém základě (Mensah 2005 in Barimah, 2013). Barimah (2013) uvádí, že proběhlo několik konzultací s vládou ohledně zahrnutí tradičního léčitelství do NHIS, ale vzhledem k roztržitosti systému tradiční medicíny, k tomu dosud nedošlo. Autor by zahrnutí léčitelství do NHIS považoval za krok správným směrem, vzhledem k tomu, kolik obyvatel tradiční medicínu využívá. Autor připouští, že proti tomuto kroku by se našlo hodně odpůrců, kteří by to považovali spíše za zpátečnické. Zároveň navrhuje Ghanské federaci tradiční medicíny, aby spolupracovala i s GHS a WHO a také aby se zvýraznila role Rady pro tradiční zdravotní praxi. Gyasi (2011) dodává, že tradiční medicína by neměla skončit na polemice politiků, ale měla by probíhat reálná, konkrétní a opakující se akce pro uznání přispění tradiční medicíny do ghanského zdravotnického systému.

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2005 vydalo dokument o rozvoji tradiční medicíny, který se stal obecným vodítkem této problematiky pro všechny organizace. Vláda se v tomto dokumentu zavázala pokračovat ve výzkumu a rozvoji tradičního léčitelství. Cílem je směrnice obecné politiky, na niž budou navazovat krátkodobé a dlouhodobé cíle vlád. Směrnice se vztahuje na těchto 12 oblastí zájmu: 1.) Praxe tradiční medicíny a její legislativa, 2.) Reorganizace a management asociací tradiční medicíny, 3.) Ochrana práv intelektuálního vlastnictví, 4.) Profesionalizace tradiční medicíny skrze formální trénink, 5.) Výzkum a vývoj léčivých produktů, 6.) Zaměření se na Informace, vzdělání a komunikaci k racionálnějšímu použití tradiční medicíny, 7.) Standardizace, zajištění kvality a produkce léčivých přípravků ve velkém měřítku 8.) Dokumentace, výměna informací a sběr dat, 9.) Zachování biodiverzity a udržitelné sklizně, 10.) Globální spolupráce, 11.) Transfer technologií a komercializace nejúspěšnějších metod a produktů, 12.) Integrace tradiční medicíny do oficiálního systému zdravotní péče (MOH, 2005).

V Ghaně od roku 2000 existuje Týden tradiční medicíny (založen u příležitosti 25. Výročí fungování Centra pro vědecký výzkum rostlinné medicíny) a od roku 2003 je součástí kalendáře i Den tradiční africké medicíny (Addy, 2010).

⁵⁵ Což je ale v rozporu s etikou tradiční medicíny, která je po staletí předávána ústně a zahalena tajemstvím (pozn. aut.).

6.4 LIDOVÉ LÉČITELSTVÍ VERSUS MODERNÍ MEDICÍNA

Lidové léčitelství existuje v Ghaně od nepaměti, kdežto západní medicína zde funguje až od 19. století. Přinášeli ji misionáři a také britští lékaři, kteří se starali o britské kolonizátory. Tradičních léčitelů je v zemi více než lékařů (Tabi et al., 2011).

V Ghaně byl proveden výzkum (Tabi et al., 2006) v roce 2000 v Cape Coastu (9 dospělých respondentů z různých oblastí původu a různého ekonomického statusu, vzdělání a víry) na téma preferencí občanů pro tradiční nebo moderní medicínu, co ovlivňuje výběr poskytovatele jejich zdravotní péče. Výzkum dospěl k závěru, že pro preferenci tradiční medicíny před tou konvenční mluví tyto faktory: zejména vliv rodiny a přátel, spirituální víra, nižší stupeň dosaženého vzdělání a nižší ekonomický status, snadnější dostupnost. V rurálních oblastech jsou některé vesnice izolované a tato izolace vytvořila silné pouto mezi vesničany a jejich místními léčiteli. Pokud lidé nemají peníze, mohou zaplatit i v naturáliích. Někdy pacient přistoupí k tradičnímu léčitelství, pokud se jeho nemoc nepodařilo vyléčit u lékaře. Záleží také, jakou mají lidé zkušenost s moderní či tradiční medicínou. Vliv může mít také osobní síla a charisma vyzařující z léčitele. Prvořadým vlivem ale zůstává víra rodičů. Naopak pro preferenci konvenční medicíny mluví tyto faktory: urbanizace spojená s vyšším stupněm vzdělání a úspěchem na trhu práce (lidé se stávají nezávislymi a odklánějí se od tradičního vesnického systému a tradičních hodnot) či vlivy zaměstnavatele (někteří zaměstnavatelé akceptují neschopenku pouze od lékaře, například státní správa). Důležitým faktorem je vzdělání, protože vzdělanější lidé pokládají za důležité laboratorní výsledky či výsledky rentgenu, aby se zjistila příčina nemoci, a také jim více záleží na hygieně. Objevila se zajímavá informace, že pokud má léčitel nižší vzdělání než pacient, léčitel tím u pacienta ztrácí na věrohodnosti. Autor pojmenoval tento jev větou: „*Vzdělání je bariérou k tradičnímu léčení*“. Dalším aspektem k výběru moderní medicíny se ukázal být strach z té tradiční. Konkrétně strach, že osobní síla léčitele může být démonická a spojená s ďáblem. Preference moderní medicíny je tedy vyšší u křesťanů a muslimů než u lidí, vyznávající tradiční africká náboženství, právě kvůli spojitosti tradiční medicíny s démony.

I další výzkum (vzorek 120 obyvatel, zahrnující i 70 léčitelů a 20 zdravotníků konvenční medicíny v distriktu Sekyere, region Ashanti) zabývající se, mimo jiné, i volbou tradiční nebo moderní medicíny, přinesl podobné výsledky. Tradiční léčitelé jsou pro obyvatele venkovských oblastí mnohem dostupnější a levnější (některé vesnice mají nejbližší zdravotní středisko 25 km, přičemž silnice nemusí být vždy sjízdné a chudí lidé nemají peníze na to, aby se tam dopravili). Někteří vesničané celý svůj život využívají pouze tradiční léčitele. Jako nevýhody tradičního léčitelství uvedli respondenti špatné hygienické podmínky, nepřesné dávkování léčiv,

nevzdělanost léčitelů (například že by mohly být použity nebezpečné substance) a fakt, že někteří z nich léčí metodou „pokusu a omylu“. 60 % uživatelů tradiční medicíny prohlásilo, že je velmi dobrá. Z výzkumu také vyplynulo, že tradiční medicína dokáže vyléčit nemoci jako malárie, tyfus, artritida, žloutenka, impotence, neplodnost, zlomeniny, vředy či duševní choroby, ale její bezpečnost není standardizovaná (Gyasi et al., 2011). Mezi další nemoci často léčené tradičními léčiteli mimo výše jmenované patří: hemeroidy, šedý zákal, potíže související s menstruací, bolesti hlavy, sexuálně přenosné choroby, revma a křeče u dětí (Barimah, 2013). Volba tradiční nebo moderní medicíny závisí i na tom, která z nich je pro pacienta „více po ruce“ (Ventevogel 1996 in Barimah, 2013). Většina komunit používá pro speciální péči o ženy po porodu byliny „*abeduru*“, což je místní název pro skupinu bylin určených pro postnatální péči (Kuffuor et al., 2011).

Již zmíněný výzkum Gyasiho et al. (2011) se zabýval také interakcemi mezi představiteli tradiční a moderní medicíny. 40 % léčitelů v průzkumu uvedlo, že pacienta poslalo k lékaři a 15 % lékařů uvedlo, že pacienta neoficiálně poslali k léčiteli. 95 % léčitelů souhlasilo pro integraci tradiční medicíny do NHIS a 96,7 % z nich je ochotno kvůli tomu podstoupit školení. Byla zde sledována spíše rivalita než spolupráce mezi oběma systémy. Tabi et al. (2006) dodává, že mnohdy se jedná o pohrdání jedněch druhými.

7 ZDRAVOTNÍ PÉČE V ROZVOJOVÉM KONTEXTU

Poslední kapitola se věnuje zdravotní péči v rozvojovém kontextu. Nejdříve budou rozebrány rozvojové cíle tisíciletí, přímo se vztahující ke zdravotní problematice, a s jakým úspěchem se je daří v Ghaně naplňovat, popřípadě jaká opatření jsou nastavena pro jejich dosažení. Dále bude pozornost zaměřena za zahraniční partnery, tedy vládní i nevládní agentury a organizace, zabývající se situací zdravotní péče v Ghaně a přispívající k jejímu zlepšení. Stručně budou nastíněna témata jejich zdravotnických projektů.

7.1 GHANA A NAPLŇOVÁNÍ ROZVOJOVÝCH CÍLŮ TISÍCILETÍ SE ZDRAVOTNÍ TÉMATIKOU

V roce 2000 se na miléniovém summitu OSN všechny členské státy OSN podpisem miléniové deklarace zavázaly, že budou společně s mezinárodními organizacemi bojovat proti odstranění nejpálčivějších problémů rozvojového světa. Bylo stanoveno 8 prioritních cílů, které byly dále rozpracovány na jednotlivé úkoly. Závazky a cíle této agendy by měly být splněny do roku 2015 (UN, 2014). Všech 8 rozvojových cílů tisíciletí se buď přímo, nebo nepřímo vztahuje ke zdravotní problematice. Pro účely této práce jsou vybrány jen cíle, úkoly a indikátory s přímou vazbou na zdraví. Jedná se o tyto cíle: odstranění extrémní chudoby a hladu; snížení dětské úmrtnosti; zlepšení zdraví matek; boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi; zajištění environmentální udržitelnosti a budování globálního partnerství pro rozvoj. Zbývající 2 cíle a jejich úkoly, zabývající se vzděláním a genderovou rovností (dosažení univerzálního primárního vzdělání pro všechny a podpora genderové rovnosti a posílení role žen ve společnosti) nebudou detailněji rozebrány, protože se zdravím souvisí až druhotně.

7.1.1 Cíl 1: Odstranit extrémní chudobu a hlad

K plnění prvního cíle napomohl růst HDP podpořený vládními výdaji na rozvoj, odpuštění dluhů i přímé zahraniční investice. Veřejné výdaje, financované iniciativou Světové banky a Mezinárodního měnového fondu pro těžce zadlužené chudé země (HIPC), iniciativou odpuštění dluhů (MDRI) a zahraničními zdroji, se od roku 2008 zvedly z 15% (podíl z celkových veřejných výdajů) na 23 % v roce 2009 a poté klesly na 18 % v roce 2010. Byly provedeny specifické intervence proti chudobě, například Ghana School Feeding Programme, se zaměřením na severní regiony, v některých těžko přístupných částech země byla vybudována nová dopravní infrastruktura. Ve srovnání s ostatními subsaharskými státy je Ghana první zemí, které se podařilo snížit počet chudých lidí na polovinu a dosáhnout výrazného zlepšení v odstranění extrémního hladu (UNDP, 2014).

Tab. 10: Cíl 1, vybraný úkol, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů v roce 2011 v Ghaně

| Cíl | Úkol | Indikátor | Hodnota indikátoru |
|--------------------------------------|--|--|--------------------|
| 1: Odstranit extrémní chudobu a hlad | 1.C: Mezi lety 1990 a 2015 snížit na polovinu počet lidí trpících hladem | Podíl dětí do 5 ti let s nízkou váhou vzhledem k jejich věku (underweight) | 13,4 % |
| | | Podíl dětí do 5 ti let s nižším vzrůstem než odpovídá jejich věku (stunting) | 22,7 % |
| | | Podíl dětí do 5 ti let s nízkou váhou vzhledem k jejich výšce (wasting) | 6,2 % |

Zdroj: GDHS, 2009; WHO, 2012.

V tabulce č. 10 jsou uvedeny hodnoty pro tři dílčí indikátory ukazující podíl dětí do 5 ti let s podvýživou v této věkové skupině. Dle UNDP (2014) Ghana splní závazky vztahující se k prvnímu a třetímu indikátoru, ale musela by vyvinout velké úsilí, aby došlo k výraznému zlepšení druhého indikátoru. Dle WHO (2011) došlo v prvním indikátoru (underweight) k posunu od roku 1999 ze 20 % podvyživených dětí do současnosti (13%) k výraznému zlepšení. Právě 13 % je hraniční hodnota splnění cíle podílu podvyživených dětí do 5 ti let pro tuto

věkovou skupinu. V druhém indikátoru (stunting) došlo také ke zlepšení (v roce 2006 28,1 %, v současnosti 22,7 %), ale podíl dětí s nízkým vzrůstem vzhledem k věku je stále poměrně vysoký. Hodnota třetího indikátoru (wasting) od roku 2006 zůstává víceméně stejná. UNDP (2014) upozorňuje, že zlepšení by se mělo týkat zejména severních regionů (Northern, Upper East a Upper West), které patří mezi nejchudší regiony v zemi. Mezi klíčové výzvy související s podvýživou patří například nízká produktivita zemědělství a kolísající ceny zemědělských komodit a na to navazující nízké příjmy farmářů.

7.1.2 Cíl 4: Snížit dětskou úmrtnost

Ke snížení dětské úmrtnosti přispěly programy Politika dětského zdraví (Child Health Policy) a Strategie dětského zdraví (Child Health Strategy). Jedná se například o vylepšenou léčbu průjmových onemocnění pomocí vylepšených orálních rehydratačních solí v kombinaci s podáním zinku, tato kombinace byla zásadní ve snižování úmrtnosti zapříčiněné průjmy. Dalším úspěšným opatřením snižující úmrtnost dětí bylo zavedení dvou nových vakcín pro kojence – proti rotavirům a pneumokokovým infekcím (UNDP, 2014; WHO, 2014).

Tab. 11: Cíl 4, vybrané úkoly, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů 2010-2013 v Ghaně

| Cíl | Úkol | Indikátor | Hodnota indikátoru |
|----------------------------|---|--|--------------------------------|
| 4: Snížit dětskou úmrtnost | 4.A: Snížit mezi lety 1990-2015 míru úmrtnosti dětí do 5 ti let o 2/3 | Míra úmrtnosti dětí do 5 ti let | 78/1000 (2011) |
| | | Kojenecká míra úmrtnosti | 50/1000 živě narozených (2013) |
| | | Podíl dětí do 1 roku očkovaných proti spalničkám | 87,7 % (2010) |

Zdroj: GHS, 2008; WHO 2013; UNDP 2014.

U všech tří zmiňovaných indikátorů došlo oproti minulosti k výraznému zlepšení. Dle UNDP (2014) došlo ke snížení dětské úmrtnosti ze 122/1000 v roce 1990 na 80/1000 v roce 2008 a následně na 78/1000 v roce 2011. V kojenecké úmrtnosti rovněž nastal pozitivní posun, ze 64/1000 v roce 2003 na 50/1000 v roce 2008, tato hodnota zůstala do současnosti. Kojenecká úmrtnost je vyšší na venkově (60/1000). Zlepšení nastalo i v imunizaci proti spalničkám z 68,8

% v roce 1998 na současných 87,7 %. I přes zlepšení situace dětské mortality je velice nepravděpodobné, že by Ghana dosáhla snížení dětské úmrtnosti o 2/3. Klíčovými výzvami cíle číslo 4 i nadále zůstávají: nedostatek zdravotnického personálu pro postnatální péči, neudržitelné financování očkovacího schématu a nízká vzdělanost žen – matek, zejména ve vesnických oblastech.

7.1.3 Cíl 5: Zlepšit zdraví matek

Ke zlepšení zdraví matek a snížení jejich úmrtnosti v těhotenství či při porodu výrazně napomohly zdravotní programy pro matky iniciované ghanskou vládou. Jedná se o celoplošné zavedení bezplatné zdravotní péče pro těhotné v rámci NHIS, program „Roll back Malaria“, v rámci něhož dostávají matky moskytiéry a antimalarika jako preventivní profylaxi, vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti porodnické a neonatální péče a další (UNDP, 2014).

Tab. 12: Cíl 5, vybrané úkoly, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů za rok 2008 a 2013 v Ghaně

| Cíl | Úkol | Indikátor | Hodnota indikátoru |
|-------------------------|--|--|---------------------------|
| 5: Zlepšit zdraví matek | 5.A: Snížit mateřskou úmrtnost o $\frac{3}{4}$ | Míra mateřské úmrtnosti | 350/100 000 porodů (2013) |
| | 5.B: Dosáhnout univerzálního přístupu k reprodukční zdravotní péči | Podíl porodů za asistence zdravotnického personálu | 58,7 % (2008) |

Zdroj: GDHS, 2008; WHO, 2013.

Současná hodnota mateřské úmrtnosti je 350 úmrtí matek na 100 000 porodů. Od roku 1990 došlo k velkému zlepšení, a to z 630 mateřských úmrtí na 100 000 porodů (WHO, 2013). UNDP (2014) uvádí zvlášť statistiku pro mateřskou úmrtnost na porody probíhající ve zdravotnických zařízeních, v roce 1990 se jednalo o 216 úmrtí na 100 000 porodů, v roce 2010 to bylo 110/100 000. Ghana do roku 2015 nedosáhne požadovaného cíle, kterým je snížení na celkových 158/100 000 nebo 54/100 000 (pokud bereme v potaz jen porody ve zdravotnických zařízeních).

Klíčovými výzvami k dosažení tohoto cíle jsou nedostatek financí, personálu a vybavení nemocnic pro odbornou gynekologicko-porodnickou péči.

7.1.4 Cíl 6: Bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem

Zejména masivní pomoc zahraničních partnerů v této zdravotní problematice pomohla snížit prevalenci nemocí HIV/AIDS, malárie i tuberkulózy. V první řadě se jedná o Globální fond, dále o Světovou banku, oficiální zahraniční agentury pro rozvojovou pomoc a velké množství nevládních neziskových organizací. Ti všichni přispěli ke zdravotním programům ghanské vlády omezit tyto nemoci (UNDP, 2014).

Tab. 13: Cíl 6, vybrané úkoly, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů za rok 2008 v Ghaně

| Cíl | Úkol | Indikátor | Hodnota indikátoru |
|---|--|---|------------------------------------|
| 6: Bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem | 6.A: Do roku 2015 zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS | Podíl uživatelů prezervativu při pohlavním styku | 29,6 % -muži 11,3 % -ženy |
| | | Podíl populace mezi 15 a 24 lety s kompletní správnou znalostí o HIV/AIDS | 34,2 % -muži 28,8 % -ženy |
| | 6.C: Do roku 2015 zastavit a zvrátit výskyt malárie a ostatních závažných nemocí | Podíl dětí do 5 ti let spící pod insekticidy upravenou moskytiérou | 38,7 % |

Zdroj: GDHS, 2008; UN, 2014.

V tabulce jsou znázorněny hodnoty dvou indikátorů úkolu 6.A. Dle výzkumu GDHS v roce 2008 29,6 % mužů a 11,3 % žen uvedlo, že při pohlavním styku pravidelně používají prezervativ, což je účinná ochrana proti šíření HIV/AIDS. Mezi respondenty ve věkové skupině 15-24 let byla zjišťována znalost o HIV/AIDS. Z odpovědí vyplynulo, že 34,2 % mužů a 28,8 % žen má tuto znalost správnou a kompletní. UNDP (2014) uvádí, že prevalenci HIV/AIDS se daří snižovat (z 3,2 % v roce 2003 na 2% v roce 2010), situace se tedy začíná stabilizovat. Klíčovými

výzvami pro zlepšování i nadále zůstávají zejména stále silná stigmatizace a nesprávné znalosti o HIV/AIDS u velkého množství lidí. Co se týče malárie, průzkum GDHS (2008) uvádí, že jen 38,7 % dětí do 5ti let spí pod insekticidy upravenou moskytiérou. Právě spánek malých dětí pod moskytiérou je důležitým indikátorem pro boj s malárií. Jednou z výzev do budoucna je dle UNDP (2014) rozhodně nedostatečná kanalizace, která způsobuje vyšší líheň komárů ve stokách, se kterými se setkáme zejména v chudých částech měst.

7.1.5 Cíl 7: Zajistit environmentální udržitelnost

Ze sedmého cíle je vybrána problematika pitné vody a sanitace, obojí má přímý vliv na zdraví obyvatel. Vláda i zahraniční partneři podnikli několik intervencí pro zlepšení přístupu obyvatel k pitné vodě a sanitárním zařízením.

Tab. 14: Cíl 7, vybraný úkol, vybrané indikátory a hodnoty indikátorů za rok 2008 v Ghaně

| Cíl | Úkol | Indikátor | Hodnota indikátoru |
|---|---|---|--|
| 7.Zajistit environmentální udržitelnost | 7.C Do roku 2015 snížit na polovinu počet obyvatel, kteří nemají přístup k pitné vodě a základní sanitaci | Podíl obyvatel s přístupem k upraveným vodním zdrojům ⁵⁶ | 84,8 % 93 % (města) 76,6 % (vesnice) |
| | | Podíl obyvatel s přístupem k upraveným sanitárním zařízením ⁵⁷ | 13 % 17,9 % (města) 8,1 % (vesnice) |

Zdroj: GDHS, 2008; UN, 2014

Dle GDHS (2008) má k pitné vodě přístup asi 85 % obyvatel, ale k sanitárnímu zařízení (toaletám) má přístup pouze 13 % lidí, ve venkovských oblastech je situace mnohem horší. UNDP (2014) uvádí, že v přístupu k upravené pitné vodě došlo ke zlepšení spíše v rurálních oblastech než ve městech. Polovina sedmého cíle, týkající se přístupu k pitné vodě byla splněna ještě před rokem 2015, ale druhá polovina, týkající se toalet, splněna určitě nebude. Plánovalo se,

⁵⁶ Do této kategorie vodních zdrojů jsou počítány tyto zdroje: voda z veřejného vodovodu, kohoutku, vodní pumpy, vrty, chráněné studny, chráněné prameny, chráněná dešťová voda. Nepatří zde: kupovaná voda v lahvích, nechráněné prameny, cisterny s vodou.

⁵⁷ Zařízení, která hygienicky oddělují lidské výkaly od lidí, od kontaktu se zvířaty a hmyzem. Jedná se o kanalizační toalety, septiky, splachovací i jednoduché latríny (neveřejné)

že v roce 2015 by mělo mít přístup k toaletám 52 % obyvatel, ale podle optimistických odhadů to bude maximálně 21 %. Klíčovými výzvami ve zlepšování situace jsou například stále rostoucí urbanizace a tím zvýšená poptávka po pitné vodě ve městech, nedostatečné finance pro budování kanalizace, znečištění vody, rozdíly v přístupu k pitné vodě mezi jednotlivými regiony a komunitní management pro získávání pitné vody v městských čtvrtích.

7.1.6 Cíl 8: Budovat globální partnerství pro rozvoj

Osmý cíl zahrnuje širší škálu úkolů, týkajících se zejména rozvojové spolupráce. Se zdravím souvisí pouze úkol 8. E, zabývající se přístupem k základním lékům pro všechny obyvatele. Vlášda se snažila tuto situaci řešit pomocí zavedení NHIS. WHO (2009) uvádí, že 40 % financí z NHIS je použito právě na zaplacení léků.

Tab. 15: Cíl 8, vybraný úkol, vybraný indikátor a hodnota indikátoru do roku 2014 v Ghaně

| Cíl | Úkol | Indikátor | Hodnota indikátoru |
|--|---|--|---|
| 8. Budovat globální partnerství pro rozvoj | 8.E Ve spolupráci s farmaceutickými firmami poskytnout přístup k základním lékům v rozvojových zemích | Podíl populace s přístupem k základním lékům | Hodnota tohoto indikátoru zatím není k dispozici. |

Zdroj: UN 2014, WHO, 2014.

Nedostatečný přístup k základním lékům úzce souvisí s nedostatečným přístupem ke zdravotnickým službám obecně, zejména pro obyvatele s nízkým socioekonomickým statusem v rurálních oblastech. Doposud nebylo identifikováno, jaký podíl obyvatel nemá přístup k základním lékům. WHO (2009) uvádí, že statistiky o ghanském farmaceutickém trhu jsou neúplné, dle odhadů lidé získají 30 % léků ve volném prodeji. Hodnota trhu s léky za rok 2008 byla asi 300 milionů USD (odhad). Většina léků jsou generika⁵⁸

⁵⁸ Generické léky jsou ekvivalenty originálních léků, pro něž se trh otevře po vypršení patentové ochrany originálních léků. Mají výhodu, že jsou levnější.

7.2 ZAHRANIČNÍ PARTNEŘI PŮSOBÍCÍ V GHANĚ V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ

Na rozvoji zdravotnictví v Ghaně se podílí velké množství zúčastněných stran. Od Světové banky, Mezinárodního měnového fondu, Africké rozvojové banky, WHO, Unicefu a dalších agentur OSN po vládní agentury pro rozvojovou spolupráci vyspělých zemí (USA-USAID, Spojené království-Dfid, Dánsko-DANIDA, Kanada-CIDA a Nizozemí-Ministerstvo pro rozvojovou spolupráci) a mnoho mezinárodních i místních neziskových organizací i soukromých firem. Projekty zahraničních partnerů (mnohdy ve spolupráci s ghanskou vládou) se tematicky zaměřují na rozvojové cíle tisíciletí, ve zdravotním sektoru se nejčastěji jedná o boj s HIV/AIDS a malárií, snížení dětské a mateřské úmrtnosti a snižování extrémního hladu. Velké projekty jsou vždy realizovány ve spolupráci více partnerů a implementace většinou probíhá místními partnery. Prioritním výchozím dokumentem pro zahraniční partnery je strategie snižování chudoby (PRSP) ghanské vlády, který vyzdvihuje zdravotní sektor jako základ socio-ekonomického rozvoje a zdůrazňuje dostupnou a kvalitní primární zdravotní péči.

7.2.1 Vládní agentury a zaměření jejich zdravotnických projektů v Ghaně

Nejvýrazněji zapojenou zahraniční vládní agenturou v Ghaně je USAID, jejíž integrovaný zdravotnický program v rámci americké Globální zdravotní iniciativy (Global Health Initiative) probíhá zejména ve třech regionech: Greater Accra, Central a Western. V současné době se zaměřuje na témata HIV/AIDS, malárie, zdraví matek a dětí a zdravotnické systémy. Program malárie je implementován i v regionu Northern. USAID v roce 2010 provedl školení pro 28 000 zdravotnických pracovníků pro zkvalitnění zdravotní péče. Spolu s GHS spolupracuje na snížení podvýživy ghanských dětí ve 31 distriktech. Nejnovější program se zaměřuje na sprejování vnitřních prostor insekticidy (Indoor Residual Spraying Program). USAID se angažuje i v oblasti zdrojů pitné vody (ve spolupráci s Rotary International a společností Coca-cola) a budování sanitačních zařízení ve školách, na tržištích a ve zdravotnických zařízeních v regionu Volta (USAID, 2014).

Britský Dfid v oblasti zdravotnictví podporuje zejména projekty týkající se snížení dětské a mateřské úmrtnosti. Jako své průřezové priority na období 2011-2015 uvádí ženy a dívky a rozvoj v severních regionech (které silně zaostávají za jižními regiony). Podporované projekty se

zabývají například osvětou v oblasti plánování rodiny (cílem do roku 2015 je vyškolit v této problematice 525 000 obyvatel) a distribucí moskytiér (do roku 2015 distribuovat 4,75 milionů moskytiér). Dfid zaměřuje i na témata související se zdravím nepřímo jako vzdělání (hlavně žen a dívek), snižování chudoby a umožnění startu podnikání (Dfid, 2013).

Ghanské zdravotnictví podporuje dánská vládní agentura DANIDA. Spolupráce ve zdravotnickém sektoru probíhá od poloviny 90. let. Primárně se zaměřuje na chudé a nejvíce zranitelné obyvatele. DANIDA podporuje zdravotnictví dvěma způsoby, a to finanční pomoc Ministerstvu zahraničí jako sektorovou podporu rozpočtu v implementaci jeho strategického plánu, a za druhé finanční pomoc soukromému neziskovému sektoru. V tomto případě největší podporu dostává Křesťanská zdravotnická organizace Ghany (CHAG), u níž se uvádí, že poskytuje 30 – 40 % služeb zdravotní péče (hlavně v rurálních oblastech) a zaměřuje se na nejchudší a marginalizované skupiny obyvatelstva. Na MOH, v CHAG i NHIA jsou kvůli podpoře udržitelnosti zaměstnání dánští poradci. Sektorová podpora zdravotnictví je ve své poslední, páté fázi a od roku 2016 dojde k jejímu postupnému vyřazení z dánských priorit (DANIDA, 2014).

V Ghaně působí i kanadská vládní agentura CIDA. Ghana je v současné době pro Kanadu prioritní zemí. V oblasti zdravotnictví nyní probíhají projekty: Voda, sanitace a hygiena v severní Ghaně; Zlepšení potravinové bezpečnosti a výživy pro zranitelné skupiny obyvatel v severní Ghaně (pro nejvíce postižené distrikty, poskytování výživné stravy pro děti na vybraných základních školách a poskytování jídel s sebou domů, doplňování železa u dospívajících dívek, poskytování potravin, vitamínů a minerálů pro těhotné a kojící ženy a obyvatele s HIV/AIDS); Posílení hygieny, přístupu k pitné vodě a sanitaci ve školách a komunitách v Ghaně (projekt zahrnuje 150 škol); Snižování mateřské a dětské podvýživy (školení a vybavení zdravotníků pro léčbu akutní podvýživy, propagace výživných potravin); „The Leyaata“ – projekt na snížení mateřské, kojenecké a dětské úmrtnosti v 50-ti vesnicích regionu Northern (školení pro zdravotnické pracovníky a komunitní dobrovolníky, distribuce balíčku pro poporodní péči, distribuce moskytiér, balíčky na testování malárie pro zdravotnická centra) a další projekty (CIDA, 2014).

Další partnerskou zemí Ghany je Nizozemí. Rozvojová pomoc funguje ve statusu přechodné spolupráce, do roku 2020 by měla být Ghana z nizozemských priorit postupně vyřazena (Embassy of the Kingdom of the Netherlands Accra, 2014). Nizozemská vláda například financovala projekt MIDA (Migration for Development in Africa), jehož cílem je dočasné vyslání lékařů z ghanské diaspory v Nizozemí, Německu, Spojeném království a dalších

státech EU do Ghany, aby zde místním lékařům mohli předat své zkušenosti. Během druhé etapy projektu 2008-2012 proběhlo 230 misí a stáží (IOM The Netherlands, 2012) Další projekty se dle nizozemského plánu na období 2014-2017 týkají vody, sanitace a hygieny; podpory soukromých poskytovatelů zdravotní péče; podpory zdravotního pojištění a reprodukčního a sexuálního zdraví (Embassy of the Kingdom of the Netherlands Accra, 2014).

7.2.2 Neziskové organizace a zaměření jejich zdravotnických projektů v Ghaně

V roce 1999 se v Akkře konala konference zúčastněných stran v oblasti zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, WHO, zahraniční donoři a neziskové organizace). Na této konferenci se rozhodlo o vzniku jedné organizace, která by zastřešovala všechny nevládní neziskové organizace (NGOs), jenž působí v oblasti zdravotnictví v Ghaně, aby se dosáhlo větší efektivity jejich spolupráce. V březnu roku 2000 byla tedy založena Ghanská koalice nevládních organizací pro zdraví (Ghana Coalition of Non-Governmental Organizations in Health, zkráceně Health Coalition). Členy jsou zahraniční i místní neziskové organizace a občanská sdružení. Nejvyšším orgánem je Valné shromáždění, které se schází jednou ročně a jeho úkolem je schvalovat programy, rozpočet a změny. Dalším orgánem je dozorčí rada, skládající se z deseti regionálních předsedů koalice a pěti volených zástupců z neziskových organizací, které jsou členy koalice (těchto pět zástupců se mění každé 3 roky). Funkcí dozorčí rady je řízení a dohled na záležitosti koalice jménem členských organizací. Každodenní chod koalice zajišťuje management a sekretariát, ti se zodpovídají dozorčí radě a valnému shromáždění (Health Coalition, 2008).

Vizi koalice je: *„Vybudovat silnou a dynamickou zastřešující organizaci občanské společnosti, která bude přispívat ke zdraví ghanských obyvatel a k zastavení nemocí“*. Jejich mise zní: *„ Pozitivně ovlivňovat zdravotní politiku stejně jako praxi a posilovat jistotu členů koalice v zajišťování kvality zdravotních služeb pro všechny obyvatele Ghany“*. Členem koalice se může stát jakákoliv nevládní organizace, která působí v Ghaně v oblasti zdravotnictví. NGOs v koalici primárně zaměřují své projekty na: reprodukční zdraví a plánování rodiny, HIV/AIDS, malárii, tuberkulózu, duševní nemoci, zdravotní průzkumy a lobbying, budování kapacit, protikuřácké a protidrogové programy, civilizační choroby, fyzicky postižené obyvatele, propagace dentální a oční medicíny a propagace zdravotního pojištění (Health Coalition, 2008).

V Ghaně v oblasti zdravotnictví působí velké množství mezinárodních NGOs a občanských sdružení, z těch známějších například Oxfam International (projekty voda a sanitace v regionu Eastern), CARE (voda a sanitace, HIV/AIDS, výživa), World Vision International (prevence přenosu infekčních a parazitárních nemocí, doplňování vitamínu A malým dětem, péče o těhotné ženy a kojence) a další (Oxfam, CARE, WVI, 2014). V Ghaně působí i některé české neziskové organizace, ale nejedná se o sektor zdravotnictví.

ZÁVĚR

Po detailním prostudování problematiky zdravotní péče v Ghaně z širšího pohledu, jsem došla k závěru, že je třeba ještě mnoho let a úsilí, aby se zdravotní péče dostala na vyšší a lepší úroveň. Mé osobní dojmy z ghanského zdravotnictví byly dobré zřejmě proto, že jsem se s ním setkala pouze v Akkře. Situace je diametrálně odlišná v odlehlých oblastech chudých regionů, kde se nejčastěji setkáváme s nemocemi parazitárního původu nebo nemocemi způsobenými špatnou hygienou. Naopak ve větších městech začíná prudký nárůst civilizačních chorob jako je hypertenze, infarkt myokardu, diabetes či mozková mrtvice. Jednoznačným závěrem, vyplývajícím z této práce je, že bydliště, ekonomický status a vzdělání mají vliv na zdravotní stav obyvatelstva a prevalenci častých nemocí. U chudých, nevzdělaných obyvatel, kteří žijí ve venkovských oblastech, jsou rozšířené zapomenuté tropické nemoci, u bohatších lidí s vyšším vzděláním, žijících ve městech jsou rozšířenější civilizační nemoci. Dle mého názoru má Ghana dobře vypracované národní programy na kontrolu nemocí, zejména co se týče malárie, tuberkulózy a HIV/AIDS. Důkazem může být snižování úmrtnosti na tyto choroby.

Ghana je do jisté míry příkladem pro ostatní subsaharské státy v celoplošném zavedení systému zdravotního pojištění. Tento systém, který je k dispozici i pro nemajetné obyvatele sice provází spousta problémů a má i řadu kritiků, ale stále se jedná o snahu správným směrem, protože díky tomu se zdravotní péče stala teoreticky dostupnou pro všechny obyvatele. Zdravotní péče je nedostatečná pro tělesně či mentálně postižené obyvatele. Naopak neustálá zlepšení jsou k vidění zejména u neonatální péče.

Specifikem ghanského zdravotnictví je rozhodně tradiční medicína, založená na bylinách, jasnovidectví a víře. Tradiční medicína je velmi rozšířená a pro mnoho obyvatel jediná možnost zdravotní péče. Pro západní svět a myšlení velmi kontroverzní praktiky a způsoby léčení, pro Ghaňany běžná věc, úzce spojená s jejich vírou. S tímto souvisí i stigmatizace nemocí (HIV/AIDS, schizofrenie, tělesné postižení), protože mohou být spojeny s ďáblem.

Pro rozvoj ghanského zdravotnictví je naprosto klíčové zlepšení přístupu k pitné vodě a toaletám pro všechny obyvatele a s tím spojené vybudování kanalizace, která by zajistila bezpečný odtok lidských odpadů. Dalším klíčovým bodem je počet a vzdělání zdravotnického personálu a potřeba lepšího vybavení klinik a nemocnic. Za důležité považuji i vyšší objasnění národního systému zdravotního pojištění, protože většina obyvatel stále není v tomto systému registrována, což je vzhledem k možnosti bezplatného členství pro nejchudší obyvatele, mírně

zarážející. Tento systém ale stále potřebuje bojovat s nedostatky jako například pozdní placení pohledávek lékařům, což lékařům jistě komplikuje výkon jejich povolání.

Jako pozitivum hodnotím velký pokrok v cestě k naplňování MDGs. Do určeného data sice většina cílů splněna nebude, ale i tak je Ghana s pomocí všech zahraničních stakeholderů (mezinárodních institucí, vládních rozvojových agentur, nevládních neziskových organizací) na velmi dobré cestě ke zlepšení zdraví svých obyvatel a zlepšení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

A Gentle Reminder To Asantehene-Otumfuo Osei Tutu II. In: *Modern Ghana* [online]. 31 March 2013 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://www.modernghana.com/news/455868/1/a-gentle-reminder-to-asantehene-otumfuo-osei-tutu-.html>

About MOH. *Ministry of Health Republic of Ghana* [online]. c2012 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.moh-ghana.org/section.aspx?id=1>

About us. *Ghana Health Service* [online]. 2014 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.ghanahealthservice.org/aboutus.php?inf=Background>

ADDY, Marian Ewurama. *TRADITIONAL MEDICINE*. Accra, 2010.

AFRANIE, Stephen, Isaac BOAFO a Asante Kwaku OPPONG. Epileptic Patient may be pardoned...but for AIDS you should know": HIV/AIDS, Stigma, Discrimination and Biographical Disruption. *Gender & Behaviour*. 2012, č. 1.

AGYEPONG, Irene a Richard NAGAI. "We charge them, otherwise we cannot run the hospital" front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health Policy*. 2011, č. 3.

AHORLU, C., E. KOKA, D. YEBOAH-MANU, I. LAMPTEY a E. AMPADU. Enhancing Buruli ulcer control in Ghana through social interventions: a case study from the Obom sub-district. *BMC Public Health*. 2013, č. 13.

AKAZILI, James, John GYAPONG a Diane MCINTYRE. Who pays for health care in Ghana?. *International Journal for Equity in Health*. 2011, č. 10.

AMA DE-GRAFT AIKINS. Ghana's neglected chronic disease epidemic: a developmental challenge. *Ghana Medical Journal*. 2007, č. 4.

AMO-ADJEI, Joshua a Akwasi KUMI-KYEREME. Myths and misconceptions about tuberculosis transmission in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*. 2013, č. 13.

AMPORFU, Eugenia. Equity of the premium of the Ghanaian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage. *International Journal for Equity in Health*. 2013, č. 4.

ARNOLD, Meghan, James A. VANDERSLICE, Brooke TAYLOR, Scott BENSON, Sam ALLEN, Mark JOHNSON, Joe KIEFER, Isaac BOAKYE, Bernard ARHINN, Benjamin T. CROOKSTON a Daniel ANSONG. Drinking water quality and source reliability in rural Ashanti region, Ghana. *Journal of Water and health*. 2013, č. 1. DOI: 10:2166/wh.2013.104.

Association of Ghana Industries [online]. c2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://agighana.org/Home.aspx>

ASUMENG KOFFUOR, George, Kweku BOADU MENSAH a Kofi ANNAN. Herbs for postnatal care as potential adjuncts to maternal and child healthcare in Ghana. *Journal of Natural Pharmaceuticals*. 2011, č. 2.

At a glance: Ghana. *UNICEF* [online]. 2013 [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: http://www.unicef.org/infobycountry/ghana_statistics.html

AYI, Irene, Daisuke NONAKA, Josiah K. ADJOVU, HANAFUSA, Masamine JIMBA, Kwabena M. BOSOMPEM, MIZOUE, TAKEUCHI, Daniel A. BOAKYE a Jun KOBAYASHI. School-based participatory health education for malaria control in Ghana: engaging children as health messengers. *Malaria Journal*. 2010, č. 9.

BARIMAH, Kofi Bobi. Traditional healers as service providers in Ghana's National Health Insurance Scheme: The wrong way forward?. *Global Public Health*. 2013, č. 2.

Bazální stimulace. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. 2009 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.fno.cz/oddeleni-neonatologie/bazalni-stimulace>

BEMAH, Abena. What happens to people with disabilities. *AfroEuro* [online]. 2014, 8 april [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://afroeuro.org/magazine/?p=576>

BENEŠ, Vratislav. *Ghana*. Praha, 1983.

BODOMO, Adams B. On Language and Development in Africa: The Case of Ghana. *Nordic Journal of African Studies*. 1996, roč. 5, č. 2. Dostupné z: <http://www.njas.helsinki.fi/pdf-files/vol5num2/bodomo.pdf>

BUSIA, Kofi a Caroline ABEL. An Exploratory Ethnobotanical Study of the Practice of Herbal Medicine by the Akan Peoples of Ghana. *Alternativf Medicine Review*. 2005, č. 2.

Case management. Praha: Nevládky.cz, 2013.

ČECH, Martin. Ghanská ekonomika a rozpočtová opatření. In: *Hospodářská komora ČR* [online]. c2013 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: https://www.google.cz/search?q=subvence+paliv+ghana+%C4%8Dech&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:cs:official&client=firefox-a&channel=sb&gfe_rd=cr&ei=D1VVVOGQFoeH8QesxIHQBw

Centers for Disease Control and Prevention [online]. 2014 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/>

Clean Team [online]. c2014 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://cleanteamtoilets.com/>

Community of West African States (ECOWAS) [online]. c2007 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.ecowas.int/>

Danish Development Assistance to Ghana. *Denmark in Ghana: Ministry of Foreign Affairs of Denmark* [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://ghana.um.dk/en/danida-en/danish-development-assistance-to-ghana/>

Data. *UNDP* [online]. 2014 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/data>

Data: Ghana. *World Bank* [online]. c2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/country/ghana>

DFID Ghana [online]. 2013 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/world/organisations/dfid-ghana>

DIXON, Jenna. Improving the Mental Health treatment gap in GHana. *Africa Portal*. 2012, č. 39.

DONKOR, Eric S. Application of the WHO five keys of food safety to improve food handling practices of food vendors in a poor resource community in Ghana. *East African Journal of Public Health*. 2009, č. 2.

DONKOR, N.T. a L.D. ANDREWS. 21st century nursing practice in Ghana: challenges and opportunities. *International Nursing Review*. 2011, č. 58.

DOSU, George Serlom. *Elderly Care in Ghana*. Accra, 2014. Degree Thesis. Arcada-DEPARTMENT OF SOCIAL AND PEDAGOGICAL WORK.

DUŠKOVÁ, L., J. HARMÁČEK, P. KRYLOVÁ, Z. OPRŠAL, M. SYROVÁTKA a S. ŠAFARÍKOVÁ. *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2948-9.

Embassy of the United States Accra [online]. 2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://ghana.usembassy.gov/>

ENWERONU-LARYEA, K. SAGOE, S. DAMANKA, B. LARTEY a G. ARMAH. Rotavirus genotypes associated with childhood severe acute diarrhoea in southern Ghana: a cross-sectional study. *Virology Journal*. 2013, č. 10.

Ethnic groups. *GhanaWeb* [online]. c1994-2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/tribes/>

Finney Hospital and Fertility Centre. *IVF* [online]. 1997-2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.ivf.net/ivf/finney-hospital-and-fertility-centre-o3791.html>

FISCHER WALKER, Christa L., Olivier FONTAINE, Mark W YOUNG a Robert E BLACK. Zinc and low osmolarity oral rehydration salts for diarrhoea: a renewed call to action. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009, 06 August. Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/10/08-058990/en/>

FOCOS: Orthopedic Hospital [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.orthofocos.org/our-hospital/>

Foreign Affairs, Trade and Development Canada: Ghana. *Government of Canada* [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.international.gc.ca/development-developpement/countries-pays/ghana.aspx?lang=eng>

Free nets cause decline in malaria. *Ghana Web* [online]. 2013 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/health/artikel.php?ID=269341>

FREEMAN, Frankie. Ghana: The Waste Land. *World Policy Institute*. 2010.

Ghana Coalition of NGOs in Health [online]. 2008 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.ghanahealthngos.net/>

Ghana Demographic and Health Survey 2008. Accra: ICF Macro, 2009.

Ghana embassy: Washington D.C., U.S.A [online]. c2004-2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://www.ghanaembassy.org/>

Ghana Guide: Private health insurance. *Just Landed* [online]. c2003-2014 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.justlanded.com/english/Ghana/Ghana-Guide/Health/Private-health-insurance>

Ghana has reached leprosy elimination phase. *Ghana News Agency* [online]. 2014 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.ghananewsagency.org/health/ghana-has-reached-leprosy-elimination-phase-otabir-70017>

Ghana Neonatal Quality Improvement Initiative. Accra: GHS, WHO, John Hopkins University, 2011.

Ghana Statistical Service [online]. c2007-2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://www.statsghana.gov.gh/>

Ghana. *CARE International* [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.care-international.org/where-we-work/ghana.aspx>

Ghana. *Ministerstvo zahraničních věcí ČR* [online]. c2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/afrika/ghana/cestovani/other.html

Ghana. *Oxfam International* [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.oxfam.org/en/countries/ghana>

Ghana. *World Vision International* [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.wvi.org/ghana>

Ghana: Health Statistic Profile. Accra: WHO, 2010.

Ghana: looking after its older people. *WHO*. 2013, October. Dostupné z: <http://www.who.int/features/2013/ghana-living-longer/en/>

Ghana: People With Mental Disabilities Face Serious Abuse. *Human Rights Watch*. 2012, October 2.

GHS. *The health sector in ghana: Fact and figures*. Accra: MOH, 2010.

Global Handwashing Day [online]. c2014 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://globalhandwashing.org/ghw-day>

Greater Accra. *Ghana Health Service* [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.ghanahealthservice.org/region.php?dd=4®ion=Greater Accra Region>

GYASI, Razak Mohammed, Charlotte Monica MENSAH, Prince OSEI-WUSU ADJEI a Seth AGYEMANG. Public Perceptions of the Role of Traditional Medicine in the Health Care Delivery System in Ghana. *Global Journal of Health Science*. 2011, č. 2.

Infectious diseases. *Mayo Clinic* [online]. c1998-2014 [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infectious-diseases/basics/definition/con-20033534>

KLÍMA, Vladimír. *Ghana*. Praha: Libri, 2003. Stručná historie států. ISBN 80-7277-156-6.

KOKUTSE, Francis. Guinea Worm Eradicated in Ghana. *Huffington Post* [online]. 07/28/2011 [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: http://www.huffingtonpost.com/2011/07/28/guinea-worm-eradicated-ghana_n_912143.html

KWAKYE-NUAKO, G., P.B. BORKETEY, I. MENSAH-ATTIPOE, R.H. ASMAH a P.F. AYEK-KUMI. Sachet Drinking Water in Accra: The Potential Threats of Transmission of Enteric Pathogenic Protozoan Organisms. *Ghana Medical Journal* [online]. 2007, č. 2 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1976297/>

LABITE, Herve, Isabella LUNANI a Peter VAN DER STEEN. Quantitative Microbial Risk Analysis to evaluate health effects of Interventions in the urban water system of Accra, Ghana. *Journal of Water and Health*. 2010, č. 3.

Lake Volta. In: *Britannica: encyclopedia* [online]. 2013 [cit. 2014-10-31]. Dostupné z: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/632445/Lake-Volta>

LAPOWSKY, Issie. Idea: Let the Market Place Solve the Sanitation Crisis. *INC*. 2012, November.

LAŠTOVIČKOVÁ, Jana. Novorozenecká sepse. *Sestra*. 2009, 10.11. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/novorozenecka-sepse-448168>

Lister hospital and fertility centre [online]. 2008 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.listerhospital.com.gh/thehospital.html>

Madridský akční plán pro problematiku stárnutí 2002. *MPSV* [online]. 2002, [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>

MARKS, F., Y. ADU-SARKODIE, HÜNGER, N. SARPONG, S. EKUBAN, A. AGYEKUM, B. NKRUMAH, N.G. SCHWARZ, M.O. FAVOROV, Ch.G. MEYER a J. MAY. Typhoid Fever among Children, Ghana. *Emerging Infectious Diseases*. 2010, č. 11.

MASSET a Howard WHITE. Are Chronically Poor People being Left Out of Progress Towards the Millennium Development Goals? A quantitative analysis of older people, disabled people and orphans. *Journal of Human Development*. 2004, č. 2.

MCGARVEY, Stephen T., Justin BUSZIN, Holly REED, David C. SMITH, Zarah RAHMAN, Catherine ANDRZEJEWSKI, Kofi AWUSABO-ASARE a Michael J. WHITE. Community and household determinants of water quality in coastal Ghana. *Journal of Water and Health*. 2008, č. 3.

Mental Health Ghana. WHO [online]. 2011 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/policy/country/ghana/en/

MIDA Ghana Health Project. International Organization for Migration, 2012. Dostupné z: <https://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/Country/docs/MIDA-Ghana-Health-Project-2012.pdf>

Mikrofilárie. In: *Velký lékařský slovník* [online]. c2008 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/mikrofilarie>

Millennium Development Goals and beyond 2015. UN [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

Millennium Development Goals. UNDP [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.gh.undp.org/content/ghana/en/home/mdgoverview/>

Ministers. *Government of Ghana Official Portal* [online]. c2014 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.ghana.gov.gh/index.php/2012-02-08-08-18-09/ministers>

MINISTERSTVO ŽIVOTNÉHO PROSTREDIA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Oznámenie o osobitných podmienkach na udelenie národnej environmentálnej značky: Tuhé ušľachtilé biopalivá*. 2013.

MINISTRY OF HEALTH, GHANA HEALTH SERVICE. *Two-year Strategic Plan for Integrated Neglected Tropical Diseases Control in Ghana* [online]. 2007 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.moh-ghana.org/UploadFiles/Publications/Plan%20for%20Pro-Poor%20Diseases120506091943.pdf>

MINISTRY OF HEALTH. *Standard Treatment Guideline* [online]. 2004 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://collections.infocollections.org/whocountry/en/d/Js6861e/15.4.html>

MOH, WHO a DFID. *Service Availability Mapping*. Accra: MOH, 2007.

Multi-Annual Strategic Plan 2014-2017: Ghana. Accra: Embassy of the Kingdom of the Accra, 2014.

NATIONAL HEALTH INSURANCE AUTHORITY. *National Health Insurance Scheme* [online]. 2014 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.nhis.gov.gh>

National Malaria Control Programme. *Ghana Health Service* [online]. c2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.ghanahealthservice.org/malaria_control.php

Neglected tropical diseases prevalent in Ghana. *GhanaWeb* [online]. 2014 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/health/artikel.php?ID=315531>

Neglected Tropical Diseases. *WHO* [online]. c2014 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/

NGUYEN, RAJKOTIA a WANG. The financial protection effect of Ghana National Health Insurance Scheme: evidence from a study in two rural districts. *International Journal for Equity in Health*. 2011, č. 4.

NHIA 2012 Annual Report. Accra: National Health Insurance Authority, 2013

NKRUMAH, Bernard a Samuel B. NGUAH. Giardia lamblia: a major parasitic cause of childhood diarrhoea in patients attending a district hospital in Ghana. *Parasites & Vectors*. 2011, č. 4.

NYONATOR, Frank K., Koku AWOONOR-WILLIAMS, James F. PHILLIPS, Tanya JONES a Robert MILLER. The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation. *HEALTH POLICY AND PLANNING*. 2005, č. 1.

OFORI-ADJEI, David a Kwadwo KORAM. Editorial Commentary on Cholera and Ebola Virus Disease in Ghana. *Ghana Medical Journal*. 2014, č. 3.

OPARE, J.K.L., C. OHUABUNWO, E. AFARI, F. WURAPA, S.O. SACKKEY, J. DER, K. AFAKYE a E. ODEI. Outbreak of Cholera in the East Akim Municipality of Ghana following unhygienic practices by small-scale gold miners. *Ghana Medical Journal*. 2012, č. 3.

PATTERSON, Amy S. Church mobilisation and HIV/AIDS treatment in Ghana and Zambia: a comparative analysis. *African Journal of AIDS Research*. 2010, č. 9.

PEHR, Jennifer. Health Care and Infrastructure in Accra, Ghana. *Advanced Issues in Urban Planning*. 2010, 27 April.

PETRÁŠ, Marek. Malárie. *Cestovní medicína* [online]. 2012 [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: <http://www.vakciny.net/CIZINA/MAL%C1RIE/malarie.htm>

PIKNEROVÁ, Linda. Africká integrace: Od panafrikanismu k subregionalismu (a zpět?). *Rozvojovka* [online]. c2011 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://www.rozvojovka.cz/clanky/1120-africka-integrace-od-panafrikanismu-k-subregionalismu-a-zpet.htm>

Pneumonia, leading cause of under-five mortality-GHS. *Modern Ghana* [online]. 2012 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.modernghana.com/news/399222/1/pneumonia-leading-cause-of-under-five-mortality-gh.html>

POLICY GUIDELINES ON TRADITIONAL MEDICINE DEVELOPMENT. Accra: Ministry of Health, 2005.

Preeklampsie a eklampsie. *Vitalion* [online]. c2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/preeklampsie/>

Preventing intestinal worms. In: *Ghana Vibe* [online]. 2013 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://vibeghana.com/2013/09/18/preventing-intestinal-worms/>

Reality Check: Better pay helps, but more health workers needed in Ghana. *WHO*. 2009, 26 October. Dostupné z: <http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2009/ghanaphoto/en/>

REGIONAL HEALTH DIRECTORATE GHS, Upper East Region. *Report on Neglected Tropical Diseases (NTDs) Mass Drug Administration*. 2008.

Regions. *GhanaWeb* [online]. c1994-2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/geography/region.php>

REITHER, K., R. IGNATIUS, T. WEITZEL, A. SEIDU-KORKOR, L. ANYIDOHO, E. SAAD, A. DJIE-MALETZ, P. ZINIEL, F. AMOO-SAKYI, F. DANIKUU, S. DANOUR, R. OTCHWEMAH, E. SCHREIER, U. BIENZLE, K. STARK a F. MOCKENHAUPT. Acute childhood diarrhoea in northern Ghana: epidemiological, clinical and microbiological characteristics. *BMC Infectious Diseases*. 2007, č. 7.

Respiratory Tract Infections major cause of death in Ghana. *GhanaWeb* [online]. 2004 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/NewsArchive/artikel.php?ID=59689>

REYNOLDS, Stacey. Disability Culture in West Africa: Qualitative Research Indicating Barriers and Progress in the Greater Accra Region of Ghana. *Wiley Online Library*. 2010, 16 September.

ŠÁRA, Pavel a Marek KOŠNÁŘ. *Lexikon zemí světa*. Praha: Kartografie, 2005. ISBN 80-7011-877-6.

Schistosomiáza. *Tropické nemoci* [online]. c2014 [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: <http://www.tropicke-nemoci.cz/schistosomiaza>

SILVERMAN, Andrea I., Mark O. AKRONG, Philip AMOAH, Pay DRECHSEL a Kara L. NELSON. Quantification of human norovirus GII, human adenovirus, and fecal indicator organisms in wastewater used for irrigation in Accra, Ghana. *Journal of Water and Health*. 2013, č. 3.

SOUZA, D., J. OSEI-POKU, J. BLUM, H. BAIDOO, Ch. BROWN, B. LAWSON, M. WILSON, M. BOCKARIE a D. BOAKYE. The epidemiology of lymphatic filariasis in Ghana, explained by the possible existence of two strains of *Wuchereria bancrofti*. *PanAfrican edical Journal*. 2014, č. 17.

Spavá nemoc. *Tropické nemoci* [online]. c2014 [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: <http://www.tropicke-nemoci.cz/spava-nemoc>

SSNIT at a glance. *Social Security and National Insurance Trust* [online]. c2014 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.ssnit.org.gh/ata glance.php>

- ŠTEFÁNEK, Jiří. Srpkovitá anémie. *Medicína, nemoci, studium na I. LF UK* [online]. c2011 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=srpkovita-anemie>
- Sweden Ghana Medical Centre* [online]. 2007-2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.sgmcltd.com/>
- TABI, M.M., M. POWELL a D. HODNICKI. Use of traditional healers and modern medicine in Ghana. *International Nursing Review*. 2006, č. 53.
- The Elderly in Ghana*. Accra: Ghana Statistical Service, 2013.
- The Story of Africa. *BBC* [online]. c2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: http://www.bbc.co.uk/worldservice/africa/features/storyofafrica/index_section4.shtml
- The World Factbook. *Central Intelligent Agency* [online]. 2014 [cit. 2014-10-31]. Dostupné z: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gh.html>
- TINNEY, M.J., A. CHIODO, A. HAIG a E. WIREDU. Medical rehabilitation in Ghana. *Disability and Rehabilitation*. 2007, 11-12.
- Tuberculosis Control Programme. *Ghana Health Service* [online]. c2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.ghanahealthservice.org/about_programmes.php
- UNESCO Ghana* [online]. c2008-2014 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://unescoghana.org/>
- USAID: Ghana* [online]. 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://www.usaid.gov/ghana>
- Velký lékařský slovník* [online]. 2008 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/uterotonicky>
- WHO African Region: Ghana. *World Health Organization* [online]. c2014 [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: <http://www.who.int/countries/gha/en/>
- WHO. *The World Medicines Situation* [online]. 2004 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6160e/9.html>
- WODAH, Daniel a Alex ASASE. Ethnopharmacological use of plants by Sisala traditional healers in northwest Ghana. *Pharmaceutical Biology*. 2012, č. 7.
- World Health Organisation* [online]. c2014 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.who.int/en/>
- 'Yes, it's good to be king'. *BBC News* [online]. 14 October 2005 [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/4294208.stm>

PŘÍLOHA

INTERVIEW S DR. RICHMONDEM OKRONIPOU

Interview s doktorem Okronipou (praktický lékař pro děti i dospělé) se uskutečnilo 4. března 2013 v jeho ordinaci na klinice Odorna v Akkře.

- **S jakými problémy za Vámi chodí pacienti nejčastěji?**

V převážné míře se jedná o malárii, dále u dospělých pacientů je to vysoký tlak a obecně nachlazení.

- **S jakými nemocemi se nejčastěji setkáváte u dětí?**

Malárie.

- **Je zdravotní péče dostupná i pro chudé obyvatele? Lidé mají zdravotní pojištění nebo si péči platí?**

Všichni by měli mít národní zdravotní pojištění (zdravotní kartu), za které se platí jedenkrát ročně 25 GH cedis (v přepočtu cca 250 Kč). Pokud toto pojištění mají, u doktora nic neplatí.

- **Je na počet obyvatel Ghany dostatek zdravotnických zařízení?**

Určitě jich není dostatek. Máme zde většinou malé kliniky s nedostatečným vybavením. Potřebovali bychom více velkých, dobře vybavených nemocnic.

- **Jak je finančně ohodnocená práce lékaře?**

Můj měsíční plat je 1700 GH cedis (v přepočtu k datu 4.3.2013 17 000 Kč).

- **Existují v Ghaně nějaká specializovaná pracoviště pro nemoci jako je například rakovina?**

Záleží na majiteli kliniky, jak chce svou vlastní kliniku specializovat, většina z nich jsou všeobecné kliniky. Tady v Akkře je Ghana-Swedish hospital, dotovaná soukromá klinika, kde je centrum léčby rakoviny, dále je tady jedna klinika v části Cantonments, která se specializuje na kardiologické nemoci. Některé kliniky se specializují na těhotné ženy, ale není jich dostatek (příliš mnoho pacientek).

- **Jaký je stav HIV/AIDS v Ghaně?**

Situace se zlepšuje, léky jsou dostupné, ale lidé většinou neví, že jsou třeba nakaženi.

- **Setkáváte se s případy civilizačních nemocí, jako jsou infarkt myokardu, cukrovka nebo obezita? Pokud ano, je to dáno změnou životního stylu?**

Diabetes se vyskytuje ve městech a ano, může to být dáno změnou životního stylu. Vysoký tlak patří mezi běžné obtíže mých pacientů.

- **Jsou nějaká očkování povinná pro všechny? Pokud ano, jaká?**

Děti se očkují proti tuberkulóze, dětské obrně, hepatitis B, tetanu, spalničkám. Dále žlutá zimnice a možnost očkovat děti proti pneumokokům a rotavirům. Lidé jsou obecně na různá onemocnění adaptovaní.

- **Víte něco o zdravotní péči na venkově?**

Na venkově nejsou kliniky, jen malá zdravotní centra se špatným vybavením a hlavně nedostatek lékařů, protože málokterý doktor chce pracovat na venkově ve špatných podmínkách. Ale v hlavním městě každého regionu je nemocnice.

- **Jakým problémům podle Vás zdravotnictví čelí?**

Nedostatek zařízení a vybavení, a také to že národní zdravotní pojištění nefunguje tak, jak by mělo, stát neplatí pohledávky včas.

- **Co si myslíte o tradiční černé magii používané v medicíně?**

Tradiční medicína a byliny jsou velmi rozšířené, ale toto odvětví je řízeno špatně a dle mého by potřebovalo nějaké regulace. Byliny mohou způsobit problémy trávicího systému. Pokud je nemoc vážná, lidé stejně nakonec skončí na klinice, pokud černá magie nezabírá.