

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Katedra politologie

Příčiny a dopady šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe

Diplomová práce

Autor: Bc. Andrea Křivánková
Studijní program: K-NPAST
Studijní obor: Politologie – africká studia, kombinovaná forma
Vedoucí práce: Mgr. Jan Prouza, PhD.

Hradec Králové

2016

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Zadání diplomové práce



Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta

Zadání diplomové práce

Autor: Bc. Andrea Křivánková

Studium: F13252

Studijní program: N6701 Politologie

Studijní obor: Politologie - africká studia

Název diplomové práce: Příčiny a dopady šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe

Název diplomové práce AJ: Causes and Impacts of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa

Anotace:

HIV/AIDS již od 90. let 20. století představuje jednu z nejpálčivějších otázek, se kterými se potýká africký kontinent, zejména pak subsaharská Afrika. HIV/AIDS dnes již však zdaleka není chápán jen jako problém zdravotní či sociální, který bezprostředně postihuje životy běžných obyvatel, ale stále více je vnímán především jako problém socioekonomický a politický, který může mít zásadní vliv na fungování a rozvoj afrických států. Cílem diplomové práce je zjistit, jaké negativní dopady může mít HIV/AIDS na fungování a rozvoj vybraných zemí subsaharské Afriky, resp. na jednotlivé socioekonomické oblasti států, jako je např. průměrná délka života, produktivita práce, vzdělanost apod. Výsledkem práce by současně měla být odpověď na otázku, zda existuje přímá souvislost mezi počtem nakažených HIV/AIDS a rozvojem země. Diplomová práce bude rozdělena do dvou hlavních částí. První část bude zaměřena na obecné lékařské aspekty nemoci a příčiny rychlého šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe. Ve druhé části práce pak bude zanalyzován negativní dopad HIV/AIDS na jednotlivé socioekonomické oblasti vybraných států a s tím související fungování a růst těchto států. Základní použitou metodou diplomové práce bude případová studie, přičemž bude využita dostupná odborná literatura zabývající se tématem HIV/AIDS v socioekonomickém kontextu a rovněž internetové stránky vládních i nevládních organizací zabývajících se touto problematikou. Základní literatura: AHWIRENG-OBENG, Fred, AKUSSAH, George, The Impact of HIV/AIDS on African Economies, Africa Institute of South Africa, Pretoria 2003 CORIAT, Benjamin, The political economy of HIV/AIDS in developing country: TRIPS, public health systems, and free access, Edward Elgar, Cheltenham 2008 MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, KAŠOVÁ Kateřina a kolektiv, Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky, Triton, Praha 2004 Aids in Africa: Three Scenarios to 2025, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS, 2005 POKU, Nana, WHITESIDE, Alan, The Political Economy of AIDS in Africa, Ashgate Press, 2002

Garantující pracoviště: Katedra politologie,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Jan Prouza, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 12.5.2014

Datum odevzdání závěrečné práce: 27. 6. 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Jana Prouzy, PhD. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Novém Brázdímě dne 27. 6. 2016

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Janu Prouzovi PhD. za odborné vedení a poskytování cenných rad a připomínek při zpracování této diplomové práce.

Anotace

KŘIVÁNKOVÁ, Andrea. *Příčiny a dopady šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe*.

Filozofická fakulta Univerzity Hradec Králové, Hradec Králové 2016. 106 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zaměřuje na analýzu příčin masivního šíření onemocnění HIV/AIDS v subsaharské Africe a dopadů, které má v tomto regionu epidemie HIV/AIDS na úrovni domácností a států. Diplomová práce je rozdělena do tří hlavních částí. První část práce se zaměřuje na obecný úvod do problematiky HIV/AIDS a zahrnuje kapitoly věnované historii onemocnění, lékařským aspektům nemoci a epidemii HIV/AIDS v subsaharské Africe v číslech. Druhá část práce zkoumá příčiny rozdílné prevalence onemocnění HIV/AIDS v subsaharské Africe oproti vyspělým zemím, přičemž teoretické příčiny jsou rozděleny do pěti kategorií: environmentální, epidemiologické, politicko-ekonomické, socio-kulturní a behaviorální. Východiskem pro analýzu příčin epidemie je teorie profesorky Eileen Stillwaggon, podle které jsou příčinou epidemie HIV/AIDS na africkém kontinentě celkově nevyhovující hygienické podmínky a celkově špatný zdravotní stav místních obyvatel. Třetí část práce je pak věnována dopadům epidemie HIV/AIDS jak na úrovni domácností, tak na úrovni států. Dopady jsou rozděleny do tří kategorií: demografické, sociální a hospodářské. Metodou použitou při psaní diplomové práce je případová studie, která umožňuje důkladnou analýzu jednotlivých zkoumaných aspektů a následné vyvození závěrů.

Klíčová slova: HIV/AIDS, epidemie, subsaharská Afrika, příčiny, dopady

Annotation

KŘIVÁNKOVÁ, Andrea. *Causes and impacts of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*.

University of Hradec Králové, Faculty of Philosophy, Hradec Králové 2016. 106 pp. Diploma degree thesis.

The thesis focuses on the analysis of the causes of massive spread of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa and the impacts of the HIV/AIDS epidemic in the region at the household and states level. The thesis is divided into three main parts. The first part focuses on a general introduction to the issue of HIV/AIDS and includes chapters devoted to the history of the disease, the medical aspects of the disease and the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa in numbers. The second part examines the causes of different prevalence of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa compared with developed countries. The theoretical causes are divided into five categories: environmental, epidemiological, political and economic, sociocultural and behavioral. The starting point for analyzing the causes of the epidemic is the theory of Professor Eileen Stillwaggon, who considers generally poor hygienic conditions and overall poor health of local residents as main causes of epidemic of HIV/AIDS in Africa. The third part is devoted to the impacts of HIV/AIDS both at household level and at national level. The impacts are divided into three categories: demographic, social and economic. Method used in this thesis is a case study that allows a thorough analysis of the various reviewed aspects and subsequent drawing a conclusion.

Keywords: HIV/AIDS, epidemic, Sub-Saharan Africa, causes, impacts

OBSAH:

OBSAH:	7
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	9
1. ÚVOD	10
2. ÚVOD DO PROBLEMATIKY HIV/AIDS	14
2.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ	14
2.2 LÉKAŘSKÉ ASPEKTY NEMOCI	15
2.2.1 Virus HIV	15
2.2.2 Onemocnění AIDS	16
2.2.3 Přenos HIV/AIDS	17
2.2.3.1 Způsoby přenosu HIV	17
2.2.3.2 Vzorce šíření HIV/AIDS	18
2.2.4 Léčba HIV/AIDS	19
2.2.5 Prevence přenosu HIV	20
2.3 EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE V ČÍSLECH	21
2.3.1 Vývoj epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe	23
2.3.1.1 Lidé žijící s HIV/AIDS	23
2.3.1.2 Nově infikovaní HIV	26
2.3.1.3 Úmrtí v důsledku AIDS	27
2.3.2 Struktura obyvatelstva subsaharské Afriky nakaženého HIV/AIDS	29
2.3.2.1 Podíl žen na počtu HIV pozitivních	29
2.3.2.2 Podíl dětí na počtu HIV pozitivních	30
3. PŘÍČINY EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE	32
3.1 TEORETICKÉ VÝCHODISKO PODLE EILEEN STILLWAGGON	32
3.1.1 Klíčové faktory šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe podle E. Stillwaggon. 34	
3.1.1.1 Podvýživa a nutriční deficit	36
3.1.1.2 Parazitická onemocnění	36
3.1.1.3 Sexuálně přenosné choroby	37
3.2 ANALÝZA MOŽNÝCH PŘÍČIN EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE	38
3.2.1 Environmentální faktory	40
3.2.1.1 Geografické a klimatické podmínky a přítomnost tropických onemocnění... 40	
3.2.2 Epidemiologické faktory	45
3.2.2.1 Vzájemná interakce HIV/AIDS a „opomíjených“ tropických nemocí..... 45	

3.2.2.2	Vzájemná interakce HIV/AIDS a sexuálně přenosných nemocí.....	47
3.2.2.3	Vliv podvýživy/nedostatečné výživy na nákazu virem HIV	53
3.2.3	Politicko-ekonomické faktory	57
3.2.3.1	Vliv násilných konfliktů na šíření epidemie HIV/AIDS	58
3.2.3.2	Vliv vládnutí na vývoj epidemie HIV/AIDS	61
3.2.3.3	Vliv chudoby a výše národního příjmu na vývoj epidemie HIV/AIDS	63
3.2.3.4	Vliv pracovní migrace, urbanizace a rizikových skupin pracovníků na vývoj epidemie HIV/AIDS.....	65
3.2.3.5	Vliv dostupnosti zdravotní péče na vývoj epidemie HIV/AIDS	69
3.2.3.6	Vliv vzdělání a přístupu k informacím na vývoj epidemie HIV/AIDS	71
3.2.4	Socio-kulturní faktory	72
3.2.4.1	Vliv náboženství na vývoj epidemie HIV/AIDS	72
3.2.4.2	Vliv stigmatizace a diskriminace HIV pozitivních na vývoj epidemie HIV/AIDS	75
3.2.4.3	Vliv nerovného postavení žen na vývoj epidemie HIV/AIDS	76
3.2.5	Behaviorální faktory.....	78
3.2.5.1	Vliv sexuálního chování na vývoj epidemie HIV/AIDS	79
3.2.5.2	Vliv používání kondomů na vývoj epidemie HIV/AIDS	82
4.	DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE.....	83
4.1	DEMOGRAFICKÉ DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS.....	84
4.2	SOCIÁLNÍ DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS	87
4.3	HOSPODÁŘSKÉ DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS.....	88
4.3.1	Dopady epidemie HIV/AIDS na soukromý sektor	88
4.3.2	Dopady epidemie HIV/AIDS na sektor školství	89
4.3.3	Dopady epidemie HIV/AIDS na sektor zdravotnictví	90
4.3.4	Dopady epidemie HIV/AIDS na sektor zemědělství	93
4.3.5	Dopady epidemie HIV/AIDS na rozvoj států subsaharské Afriky	94
5.	ZÁVĚR	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ:	100
	PŘÍLOHY:	105

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABC strategy	abstinence, be faithful, use a condom
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
ART	antiretroviral therapy
AVERT	Averting HIV and AIDS
CART	combination antiretroviral therapy
DRC	The Democratic Republic of Congo
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
GNI	gross national income
GRID	gay-related immune deficiency
HAART	highly active antiretroviral therapy
HIV	human immunodeficiency virus
HIV-1	human immunodeficiency virus type 1
HIV-2	human immunodeficiency virus type 2
HSV-2	herpes simplex virus 2
HTC	HIV testing and counselling
IICBA	International Institute for Capacity Building in Africa
IOM	International Organization for Migration
NAIDS	nutritionally acquired immunodeficiency syndrome
NTDs	neglected tropical diseases
PEM	protein energy malnutrition
PLHIV	People Living with HIV Stigma Index
SSA	Sub-Saharan Africa
STDs	sexually transmitted diseases
STH	soil-transmitted helminthiases
UN	The United Nations
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNICEF	The United Nations Children's Fund
USA	The United States of America
USD	United States dollar
WHO	World Health Organization

1. ÚVOD

Celosvětová pandemie HIV/AIDS představuje spolu s chudobou jeden z nejzávažnějších problémů novodobé historie, kterým lidstvo v současnosti čelí. I přes intenzivní bádání lékařů a vědců trávající téměř tři desetiletí nebyl až dosud objeven lék na vyléčení této smrtelné nemoci. Na africkém kontinentu, především pak v subsaharské Africe, dosáhla epidemie HIV/AIDS během několika let závratných rozměrů. V zemích jako je Botswana, Svazijsko či Lesotho je více než 20 procent dospělých ve věku 15 až 49 let HIV pozitivních. Přestože počet nově nakažených v posledních letech pozvolna klesá, počty nově nakažených jsou stále alarmující a devastující dopady epidemie na africký kontinent jsou zřejmé. Problematika HIV/AIDS proto v současné době představuje jednu z největších výzev, na jejíž řešení by se měla zaměřit pozornost nejen subsaharské Afriky, ale i celého světa. Jelikož se však jedná o problém velmi komplexní a složitý, bude tato diplomová práce zaměřena především na jeho dva aspekty, a sice příčiny masívního šíření HIV/AIDS v podmínkách subsaharské Afriky a dopady, které má epidemie nejen na běžné obyvatele a jejich rodiny, ale i na celé státy, jejich fungování a rozvoj.

Pro postupný pokles pandemie HIV/AIDS nebo dokonce její úplné vymýcení, které je však spíše hudbou budoucnosti, jsou rozhodující dva faktory. Prvním z nich, který je i přes značné pokroky stále ve fázi bádání, je vývoj účinného léku proti HIV/AIDS. Druhým, v současnosti klíčovým faktorem, je pak prevence, která na rozdíl od léku může být aplikována již dnes. Prakticky od počátku objevu HIV/AIDS v 80. letech 20. století se na ni zaměřují všechny mezinárodní organizace, zabývající se touto problematikou, přesto jsou však její výsledky v rozvinutých a rozvojových zemích zcela rozdílné. Zatímco ve vyspělých zemích se HIV pozitivní omezují spíše na rizikové skupiny a představují velmi malé procento populace, v rozvojových zemích subsaharské Afriky je infikována velká část běžné populace v produktivním věku. Co je příčinou těchto rozdílů? Aby mohla být prevence úspěšně aplikována, je třeba nejprve porozumět specifikům jednotlivých zemí, resp. kontinentů, a příčinám, které mají za následek epidemii HIV/AIDS takového rozsahu. Teprve pochopení, omezení či úplné odstranění těchto příčin může výrazně přispět k účinkům prevence a následné eliminaci dalšího šíření této nemoci. Jedním z klíčových úkolů této diplomové práce je proto analýza příčin masívního šíření HIV/AIDS v regionu subsaharské Afriky, přičemž zásadní roli zde pravděpodobně hrají kulturní a náboženské zvyklosti, stigmatizace spojená s HIV/AIDS, nízká vzdělanost velké části obyvatelstva, chudoba, pracovní migrace, podřízené postavení žen ve společnosti, ozbrojené konflikty a výskyt ostatních nemocí v populaci.

Otázkou příčin epidemie HIV/AIDS nejen v subsaharské Africe, ale i v Latinské Americe a ostatních rozvojových zemích se kromě jiných intenzívně zabývá i profesorka americké Gettysburg College Eileen Stillwaggon. Ta za hlavní faktory mající vliv na šíření nejen HIV/AIDS, ale i jiných infekčních onemocnění, považuje především špatné hygienické a ekonomické podmínky v oblastech zasažených epidemií. Klíčovou roli zde přitom podle ní hrají především chudoba, podvýživa a nedostatek hygieny a péče o nakažené, které představují společného jmenovatele epidemie HIV/AIDS nejen v subsaharské Africe, ale i v jiných chudých rozvojových oblastech světa. Pokud bychom měli stručně shrnout její hlavní myšlenku, tak „*HIV/AIDS se úspěšně šíří tam, kde lidé umírají i na jiné nemoci.*“. Součástí této diplomové práce proto bude rovněž ověření a následné potvrzení či vyvrácení teorie profesorky Stillwaggon, že epidemie HIV/AIDS se nejvíce šíří v oblastech se špatnými hygienickými a ekonomickými podmínkami.

Epidemie HIV/AIDS má svým rozsahem a rychlostí šíření pro region subsaharské Afriky dalekosáhlé důsledky. Tato nemoc však již zdaleka není chápána jen jako problém zdravotní či sociální, ale stále více je vnímána především jako problém socioekonomický a politický. Přestože HIV/AIDS bezprostředně postihuje životy nemocných a jejich rodin, v důsledku se jedná o problém komplexní, který má vzhledem k rozsahu epidemie výrazné negativní dopady na fungování a rozvoj jednotlivých států subsaharské Afriky. Nemoc či péče o nemocné má za následek výpadky příjmů a zvyšování výdajů na úrovni domácností, což vede nejen k prohlubování chudoby, ale v řadě případů i k poklesu školní docházky u dětí z takto postižených rodin. Rovněž se tím zvyšuje riziko prostituce u žen, která často představuje dodatečný příjem rodiny nezbytný pro přežití, který však dále zvyšuje riziko nakažení HIV/AIDS. Vzhledem k faktu, že HIV/AIDS jsou nejvíce zasaženi lidé v produktivním věku, v některých odvětvích chybí v důsledku nemoci kvalifikované pracovní síly nebo se snižuje jejich produktivita práce. Z tohoto hlediska jsou nejvíce postiženými oblastmi školství, zdravotnictví a zemědělství. V souvislosti s velkým počtem nakažených jsou rovněž vynakládány velké finanční prostředky na zdravotní péči, což má devastující vliv na rozpočty jednotlivých států. Všechny tyto faktory pak mají v řadě zemí za následek zpomalení či dokonce stagnaci hospodářského a sociálního růstu. Právě uvědomění si těchto závažných důsledků epidemie HIV/AIDS může napomoci lokálním vládám i běžným občanům více pochopit důležitost tohoto problému a věnovat větší pozornost preventivním opatřením, ať už na úrovni státu či jednotlivce. Druhým klíčovým úkolem této diplomové práce je proto

analýza konkrétních dopadů HIV/AIDS na jednotlivé oblasti života, resp. státu, v subsaharské Africe.

Vzhledem k výše uvedenému jsou proto hlavní výzkumné otázky následující:

- Co je příčinou takto rozsáhlé epidemie HIV/AIDS v regionu subsaharské Afriky a proč je právě africký kontinent v porovnání se zbytkem světa zasažen epidemií HIV/AIDS v takové míře?
- Jak HIV/AIDS negativně ovlivňuje životy nakažených a jejich rodin a jaké má epidemie HIV/AIDS negativní dopady na fungování a rozvoj států subsaharské Afriky?

Kromě hlavních výzkumných otázek se diplomová práce zabývá ještě dílčími výzkumnými otázkami:

- Jakou tendenci (klesající, konstantní, rostoucí) má epidemie HIV/AIDS v regionu subsaharské Afriky?
- Šíří se epidemie HIV/AIDS nejvíce v těch oblastech, kde jsou špatné hygienické a ekonomické podmínky? Cílem této výzkumné otázky je potvrdit či vyvrátit výše uvedenou teorii profesorky Eileen Stillwaggon.

Metodou použitou při vypracování této diplomové práce bude případová studie zaměřená na analýzu příčin a dopadů epidemie HIV/AIDS v rámci regionu subsaharské Afriky, který představuje ze světového hlediska smutný fenomén, pokud jde o rozsah a rychlost šíření nemoci a její devastující dopady na jednotlivé africké rodiny i státy. Kvalitativní studie se pro zkoumání tohoto fenoménu jeví jako nejvhodnější, jelikož umožňuje analyzovat danou problematiku do hloubky v jejím skutečném kontextu (v rámci relevantních aspektů a vymezeného regionu) a přispět tak k jejímu porozumění. Využití kvalitativního výzkumu nám rovněž umožní získat odpovědi na výzkumné otázky a na základě těchto odpovědí následně vyvodit obecné závěry a teorie pro zkoumané aspekty v daném regionu.

Přestože v zahraničí můžeme nalézt poměrně velké množství odborných publikací a článků, které se problematikou HIV/AIDS v subsaharské Africe zabývají z různých úhlů pohledu, na české scéně taková literatura dosud víceméně chybí. Drtivá většina odborné česky psané literatury se totiž omezuje buď na lékařskou literaturu nebo na literaturu zabývající se problematikou HIV/AIDS v rámci České republiky, případně v evropském kontextu. V případě afrického kontinentu však mnoho českých odborných publikací na toto téma dosud neexistuje. Smyslem této diplomové práce by tedy mělo být i přispění k diskusi zabývající se

problematikou HIV/AIDS na africkém kontinentě v rámci česky psané odborné literatury. Výjimku mezi česky psanou literaturou zabývající se problematikou HIV/AIDS v africkém kontextu představuje publikace Adély Mojžíšové a Kateřiny Kašové s názvem „*Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*“, ze které bude čerpáno při psaní této diplomové práce, a to zejména při zpracování jedné z hlavních výzkumných otázek zabývající se negativními dopady HIV/AIDS na životy nakažených a jejich rodin. Pro přiblížení lékařských aspektů HIV/AIDS pak bude využita zejména odborná publikace Davida Jilicha a Veroniky Kulířové „*HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*“, která je určena pro širokou odbornou veřejnost a přináší cenné informace o viru HIV a onemocnění AIDS.

Ze zahraniční odborné literatury se pak problematikou HIV/AIDS v rámci regionu subsaharské Afriky zabývá poměrně velké množství anglicky psaných publikací a článků. Pro účely této diplomové práce budou využita zejména následující díla: práce Eileen Stillwaggon „*AIDS and the Ecology of Poverty*“ zabývající se příčinami rozsáhlé epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe; studie Chrystelle Tsafack Temah s názvem „*What Drives HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa?*“, která rovněž analyzuje možné příčiny epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe; články Petera J. Hoteze a kol. zabývající se epidemiologickými souvislostmi onemocnění HIV/AIDS „*Forgotten People, Forgotten Diseases: The Neglected Tropical Diseases and Their Impact on Global Health and Development*“, „*Neglected Tropical Diseases in Sub-Saharan Africa: Review of Their Prevalence, Distribution, and Disease Burden*“ a „*Incorporating a Rapid-Impact Package for Neglected Tropical Diseases with Programs for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria*“; studie Justina O. Parkhursta „*Understanding the correlations between wealth, poverty and human immunodeficiency virus infection in African countries*“ zkoumající vztah mezi bohatstvím/chodobou a onemocněním HIV/AIDS, práce Julie Castro „*AIDS, Africa, and the Myth of „Sexual Behavior*““ analyzující poznatky v oblasti sexuálního chování Afričanů a řada dalších odborných článků a publikací.

Významný zdroj informací pak představují elektronické zdroje, a to zejména webové stránky mezinárodních organizací, jako jsou *World Health Organization* (www.who.int), *UNAIDS* (www.unaids.org), *World Bank* (www.worldbank.org), *United Nations* (www.un.org), *International Organization for Migration* (www.iom.int), *The People Living with HIV Stigma Index* (www.stigmaindex.org), *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (www.fao.org) nebo *AVERT* (www.avert.org), které nabízí množství přehledných a především

aktuálních informací, publikací, reportů, výročních zpráv a statistických dat vztahujících se k problematice HIV/AIDS nejen v rámci regionu subsaharské Afriky. Z těchto a podobných elektronických zdrojů budou čerpány nejen obecné informace k danému tématu, ale zejména konkrétní statistická data, fakta, obrázky, grafy či tabulky.

Diplomová práce bude rozdělena do tří hlavních částí. První část práce bude zaměřena na obecný úvod do problematiky HIV/AIDS a bude zahrnovat kapitolu věnovanou historii onemocnění a kapitolu zabývající se lékařskými aspekty nemoci, které jsou nezbytné pro pochopení celé problematiky, a dále pak kapitolu mapující epidemii HIV/AIDS v subsaharské Africe v číslech, v rámci které bude nastíněn vývoj epidemie a struktura HIV pozitivního obyvatelstva. Druhá část diplomové práce bude věnována příčinám epidemie HIV/AIDS a bude obsahovat kapitoly analyzující jednotlivé možné aspekty mající vliv na masivní šíření nemoci v rámci regionu subsaharské Afriky. V této části práce bude současně ověřována teorie profesorky Eileen Stillwaggon, že HIV/AIDS se nejvíce šíří v těch oblastech, kde jsou špatné hygienické a ekonomické podmínky. Cílem bude tuto teorii potvrdit či vyvrátit. Třetí část práce se pak bude věnovat dopadům epidemie HIV/AIDS na africký kontinent a bude zahrnovat kapitoly popisující konkrétní důsledky epidemie jak na úrovni domácností, tak na úrovni států.

2. ÚVOD DO PROBLEMATIKY HIV/AIDS

2.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ

První zmínky o tehdy ještě zcela neznámém onemocnění se datují do roku 1981, kdy americký lékař v Los Angeles objevil pět případů vzácného typu zápalu plic způsobeného *pneumocystovou pneumonií*¹. Ve všech případech se jednalo o mladé homosexuální muže ve věku 29–36 let, z nichž dva krátce na to zemřeli. Podobné případy pneumocystového zápalu plic se tou dobou objevily i v San Franciscu, rovněž u homosexuálních mužů. V té době byla poprvé vyslovena hypotéza, že se jedná o sexuálně přenosné onemocnění. Následně bylo identifikováno dalších 26 příslušníků gay komunity s pneumocystovým zápallem plic doprovázeným rozvratem imunity nezjistitelného původu. U některých případů byl rovněž pozorován výskyt *Kaposiho sarkomu*.² Kaposiho sarkom se objevil už v březnu 1981 i u dvou

¹ Původcem *pneumocystové pneumonie* je mykotický mikroorganismus *Pneumocystis jiroveci*. Tento typ pneumonie často bývá prvotním příznakem rozvinuté infekce HIV, který se objevuje týdny i měsíce před ostatními příznaky (únava, horečka, úbytek hmotnosti).

² *Kaposiho sarkom* je nádorové onemocnění kůže způsobené virem herpes.

dalších mužských homosexuálních pacientů. Vzhledem k tomu, že všechny případy pocházely z komunity gayů, neznámá porucha imunitního systému získala zpočátku označení GRID (*gay-related immune deficiency*) (Jilich et al 2014: 17).

Později se však stejné onemocnění objevilo i na Floridě u přistěhovalců z Haiti, mezi kterými byly i ženy, což zapříčinilo zásadní obrat v pohledu na způsob šíření nemoci. Následně se nemoc rozšířila i v New Yorku, a to především mezi injekčními uživateli drog a současně byl zaznamenán přenos nemoci z matky na plod. V roce 1983 byl pak potvrzen první přenos viru HIV krevní transfúzí, přičemž při následném zkoumání bylo zjištěno, že k přenosu krevní transfúzí došlo již v roce 1978.

Neznámý virus se začínal rychle šířit nejen v USA, ale již v prosinci 1982 bylo hlášeno 711 nakažených osob v 16 zemích světa. Tehdy bylo onemocnění s neznámým původem pojmenováno jako syndrom získaného selhání imunity, označovaný zkratkou AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*). V letech 1983–1984 se dvěma nezávislým výzkumným týmům z Francie a USA podařilo objevit původce onemocnění, retrovirus lidské imunodeficiency, zkráceně HIV (*human immunodeficiency virus*) (Jilich et al 2014: 18).

Při pátrání po prvotním zdroji viru HIV bylo v 90. letech 20. století objeveno, že virus HIV je příbuzný s opičím retrovirem a k přenosu na člověka došlo pravděpodobně při lovu a porcování opic v domorodých afrických kmenech. Odhaduje se, že zmutovaný virus opičí imunodeficiency, dnes známý jako HIV-1, byl na člověka přenesen ve Středoafričské republice pravděpodobně již kolem roku 1930. Druhým typem viru, dnes nazývaným HIV-2, byl pravděpodobně člověk infikován v roce 1960 v Guinea-Bissau přenosem z mangabeje (AVERT 2015). Ze západní Afriky se už virus začal šířit v lidské populaci nejprve do afrických měst, později díky migraci afrického obyvatelstva a rozvoji turismu i do USA a Evropy. Nejpravděpodobnější hypotézou rozšíření viru z Afriky se jeví migrace obyvatel belgického Konga na karibský ostrov Haiti a odtud do USA.

2.2 LÉKAŘSKÉ ASPEKTY NEMOCI

2.2.1 Virus HIV

Původcem způsobující onemocnění AIDS je retrovirus HIV, který při proniknutí do krevního systému napadá T-lymfocyty CD4 (druh bílých krvinek), které v lidském těle koordinují tvorbu protilátek a fungování obranného systému, a mění strukturu jejich DNA (Mojžisová et al 2004: 15). To v konečné fázi vede k úplnému selhání imunitního systému.

Retrovirus HIV se vyskytuje ve dvou mutacích označovaných jako HIV-1 a HIV-2. Obě formy viru se od sebe vzájemně liší stupněm virulence a pravděpodobností nákazy. Celosvětově nejrozšířenějším je typ HIV-1, který se vyskytuje v Evropě, Americe, Asii a jižní Africe. Typ HIV-2 se vyskytuje zejména v oblasti západní Afriky, ve výrazně menší míře pak v Angole, Mosambiku, Zimbabwe a Jihoafrické republice. Oba typy mohou u člověka způsobit nemoc AIDS, přičemž asi 95 % případů onemocnění je vyvoláno virem HIV-1, v 5 % virem HIV-2 (Jilich et al 2014: 17). U HIV-2 se však onemocnění AIDS zpravidla projeví za delší dobu a jeho průběh bývá pomalejší.

2.2.2 Onemocnění AIDS

V prvotní *akutní fázi* je virus HIV v těle nově nakaženého člověka ve velmi vysoké koncentraci, která je zpravidla doprovázena horečkou, zvětšením lymfatických uzlin a bolestí v krku. Tyto příznaky jsou však tak málo charakteristické, že i pokud infikovaný vyhledá odbornou pomoc, na možnost HIV infekce bývá pomýšleno jen u malého procenta nemocných. V této fázi je infikovaný vysoce nakažlivý. Eliminace viru HIV z těla je po nákaze již prakticky nemožná, výjimkou jsou pouze tři dosud známé případy, kdy k jeho eliminaci došlo.

Po uplynutí této akutní fáze, která trvá přibližně 3 měsíce, organismus vyprodukuje velké množství protilátek, které výrazně sníží množství viru v krvi a dalších tělních tekutinách, tzv. *virovou nálož*. Následuje *chronická nebo také asymptomatická fáze*, která trvá zpravidla 2–8 let, kdy je infikovaný obvykle bez jakýchkoli příznaků a imunitního postižení, a teprve poté dojde k rozvoji onemocnění AIDS. I během této doby je nakažený virem HIV infekční a může šířit nákazu dále. Přibližně u 50 % nakažených virem HIV se AIDS rozvine do 10 let.

Poté se nakažený dostane do fáze, kdy začíná trpět mírně nebo středně významným imunodeficientem. Během této fáze se u něj obvykle začínají projevovat častá infekční onemocnění, která u pacienta s dosud neodhaleným HIV mohou ukázat na jeho přítomnost. Existují však pacienti, kteří i tuto fázi překonají zcela bez příznaků.

Při vypuknutí onemocnění významně poklesne množství protilátek v těle a současně vzroste množství viru HIV v krevním systému. Dostaví se tzv. *AIDS-related complex*, který se projevuje horečkou, zduřením mízních uzlin, nechutenstvím, průjmami, hubnutím a únavou. Nakažený začíná trpět těžkou poruchou obranyschopnosti organismu, na jejímž základě se objeví tzv. *oportunní infekce* nebo nádorová onemocnění, na které nemocný později umírá.

Mezi nejčastější oportunní infekce patří pneumocystová pneumonie, *mozková toxoplazmóza*³, *mozkový lymfom*⁴ nebo již zmíněný Kaposiho sarkom. V Africe jsou nejčastějšími oportunními onemocněními tuberkulóza, chronická *kryptosporidióza*⁵, pásové opary kombinované s kožními infekcemi a onemocněními dutiny ústní a záněty nosohltanu (Mojžíšová et al 2004: 15).

Zatímco ve vyspělých zemích světa obvyklá doba mezi nákazou virem HIV a smrtí dosahuje 10 i více let, v rozvojových zemích nakažení HIV obvykle umírají průměrně za 6 až 9 let.

2.2.3 Přenos HIV/AIDS

2.2.3.1 Způsoby přenosu HIV

Virus HIV se přenáší třemi způsoby – sexuálně (tzv. *horizontálním přenosem*), krví (zpravidla při krevních transfúzích a nitrožilních injekcích) a z matky na plod (tzv. *vertikálním přenosem*). HIV se naopak nepřenáší vzduchem, kašláním, kýčáním, podáním ruky, polibkem (ani tzv. „francouzským“), používáním společných věcí (nádobí, ručník, ložní prádlo, šatstvo), použitím společných toalet, při koupání nebo v sauně.

Virus HIV je u infikovaných osob přítomen v krvi (i menstruační), tkáních, spermatu a vaginálním sekretu. Určité riziko představují i mozkomíšní mok, výpotky a plodová voda. Ve slinách, potu, moči, stolici, zvratkách a slzách se HIV vyskytuje jen v minimálním množství a riziko přenosu je tedy malé (Jilich et al 2014: 100).

Po celém světě převládá přenos HIV sexuální cestou, a to jak při homosexuálním, tak při heterosexuálním styku. Nejrizikovější je přitom anální pohlavní styk, při kterém může snadno dojít k poranění sliznice, která je velmi tenká a virus se tak snadno dostane do krevního oběhu. Určité, byť podstatně menší, riziko představuje i orální sexuální styk.

Přenos HIV krví probíhá ve vyspělých zemích zejména mezi injekčními uživateli drog, kteří se infikují použitou injekční jehlou, v rozvojových zemích však i prostřednictvím krevních transfúzí. Ve vyspělých zemích jsou již v současné době všichni dárce krve, kostní dřeně, orgánů nebo mateřského mléka testováni, čímž bylo riziko nákazy touto cestou sníženo na

³ *Mozková toxoplazmóza* je parazitární onemocnění, jehož původcem je prvok *Toxoplasma gondii*.

⁴ *Lymfom* je zhoubný nádor vycházející z lymfatické tkáně.

⁵ *Kryptosporidióza* je parazitární onemocnění, jehož původcem je kokcidie *Cryptosporidium*. U nemocných AIDS se nemoc projevuje vysilujícími vodnatými průjmy, dehydrací a některých případech může vést i ke smrti.

minimum (cca 1:500 000 až 1:1 000 000). Určité riziko přenosu existuje i při tetování, piercingu nebo akupunktúře, proto je třeba dodržovat určité hygienické standardy. Naopak přenos HIV krev sajícím hmyzem dosud nebyl prokázán.

Přenos z matky na plod představuje vysoké riziko zejména v rozvojových zemích. Ve vyspělých zemích se pravděpodobnost přenosu touto cestou díky účinným preventivním programům výrazně snížila.

Tabulka níže ukazuje míru rizika přenosu HIV za normálních okolností u jinak zdravých jedinců u jednotlivých způsobů přenosu:

Tabulka č. 1: *Riziko přenosu HIV infekce při různých typech expozice*

Způsob přenosu	Riziko
Transfúze HIV pozitivní krve	> 95 %
Vertikální přenos z matky na dítě	20-25%
Intravenózní (nitrožilní) expozice	0,67%
Anální sex - pasivní partner	0,50%
Drobné poranění kůže	0,40%
Vaginální sex - riziko u ženy	0,30%
Anální sex - aktivní partner	0,06%
Vaginální sex - riziko u muže	0,05%

Zdroj: Vlastní tabulka, data převzata z www.hiv.cz

2.2.3.2 Vzorce šíření HIV/AIDS

Ze společenského hlediska existují tři vzorce šíření epidemie HIV/AIDS, které jsou typické pro určité sociální skupiny a regiony.

Vzorec I. je typický šířením onemocnění mužským homosexuálním stykem a používáním infikovaných injekčních stříkaček mezi narkomany. Nakažení patří k vysoce rizikovým skupinám, většinu nakažených tvoří muži. Tento typ šíření infekce převažuje zejména v USA, západní Evropě a Austrálii, na začátku 80. let 20. stol. byl rovněž rozšířený mezi bělošskou homosexuální menšinou v Jihoafrické republice.

Vzorec II. je charakteristický šířením infekce heterosexuálním stykem a přenosem onemocnění z matky na dítě během těhotenství, porodu či kojení. Infekcí je zasažena běžná populace, poměr nakažených mužů a žen je přibližně jedna ku jedné. Tento vzorec převládá v zemích subsaharské Afriky, Latinské Americe a Indii.

Vzorec III. má z hlediska šíření epidemie HIV/AIDS pouze nepatrný vliv a zahrnuje nákazu infikovanými krevními deriváty či jehlami ve zdravotnických zařízeních.

2.2.4 Léčba HIV/AIDS

Ačkoli je léčba HIV/AIDS i vývoj účinné vakcíny proti tomuto onemocnění předmětem bádání lékařů a vědců po celém světě již celé tři desítky let, účinná látka, která by dokázala zbavit organismus viru HIV nebo jej před ním ochránit, dosud neexistuje. Přesto však lékařská věda v této oblasti pokročila natolik, že nemocní mohou se svým onemocněním díky moderním lékům žít takřka plnohodnotný život i několik desítek let. To se však týká především vyspělých zemí, kde je tato léčba dostupná, což se zdaleka nedá říct o rozvojových zemích, které jsou touto chorobou zasaženy nejvíce. Odhaduje se, že v současnosti má k účinným lékům přístup jen necelá třetina HIV pozitivních, a to především kvůli jejich vysoké ceně.

Zatímco na konci 80. let 20. století se léčba nakažených HIV omezovala pouze na léčbu průvodních infekčních onemocnění, v současnosti již existují léky, které dokáží účinně omezit množení viru HIV v těle, čímž posilují imunitní systém nemocného, který je pak odolnější vůči oportunním infekcím.

Současná medicína využívá k léčbě HIV infekce tzv. *antiretrovirotika (ART)*, což jsou synteticky připravené látky, které zastavují proces virového množení a tím i prohlubování poruchy obranyschopnosti organismu. Pokud antivirová léčba reaguje správně a je aplikována bez přerušení, je útlum virového množení dlouhodobý a imunitní systém začíná reparovat vzniklou poruchu. Vzhledem k tomu, že většina závažných onemocnění provázejících pokročilou infekci HIV souvisí právě s hlubokým deficitem imunity, je tato „obnova“ imunitního systému účinným léčebným opatřením (Jilich et al 2014: 68–69). Pokud je antivirová léčba zahájena v počáteční fázi onemocnění, může se imunitní systém nemocného po určité době léčby dostat na úroveň srovnatelnou s imunitním systémem zdravého člověka.

Léky používané při léčbě HIV lze rozdělit do šesti skupin na základě mechanismu jejich účinku. Od 2. poloviny 90. let 20. stol. se dodržuje princip tzv. vysoce účinné antiretrovirové terapie (*highly active antiretroviral therapy – HAART*), v posledních letech častěji nazývané jako kombinovaná antiretrovirová terapie (*combination antiretroviral therapy – CART*), jejímž principem je kombinace tří nebo více léků alespoň ze dvou těchto skupin (Jilich et al 2014: 69). Tento nový způsob léčby významným způsobem zvyšuje kvalitu života HIV

pozitivních a výrazně zpomaluje průběh onemocnění a přechod do stadia AIDS, čímž značně prodlužuje délku jejich života. Podmínkou úspěšné léčby je však užívání těchto léků v přesně stanovených dávkách a časových intervalech. Rovněž není vhodné léčbu přerušovat. Nezodpovědný přístup k užívání léků může způsobit nejen nedostatečný léčebný efekt, ale i tzv. *virovou rezistenci*, což je schopnost HIV množit se i v přítomnosti antiretrovirotika.

Kromě dostupnosti výše zmíněných medikamentů má však výrazný vliv na průběh onemocnění i plnohodnotná výživa, správná životospráva a zdravý životní styl. V případě absence těchto aspektů, které jsou velmi problematické zejména v rozvojových zemích, trpí pacienti nepříjemnými vedlejšími účinky léků v podobě silných nevolností, kvůli kterým mnozí z nich léčbu přerušují. Opětný návrat k léčbě je pak již velmi komplikovaný, a to především vzhledem k již zmíněné hrozbě virové rezistence.

2.2.5 Prevence přenosu HIV

I přes výše uvedené pokroky v léčbě HIV pozitivních zůstává prevence nejučinnějším nástrojem boje proti HIV/AIDS. Prevencí se rozumí soubor takových opatření, která mají zabránit nežádoucím událostem, a lze ji rozdělit na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence má za úkol zabránit nákaze virem HIV, důležitou roli zde proto hraje osvěta a vzdělávání. Jejím cílem je upozornit mladé lidi již ve školách na rizika spojená s HIV/AIDS a způsoby prevence nákazy. Do primární prevence lze rovněž zařadit bezplatnou výměnu injekčních stříkaček u drogově závislých nebo testování dárců krve a orgánů na HIV.

Sekundární prevence je cílena na osoby, které jsou již HIV pozitivní. Patří sem testování na přítomnost HIV, jehož cílem je včas odhalit infikované, aby tito nemohli šířit virus dále. Rovněž čím dříve je u nakaženého virus odhalen, tím dříve může být zahájena léčba a nemocný má tak větší šanci na prožití kvalitního života.

Terciální prevence má pak za úkol naučit HIV pozitivní pacienty žít co nejkvalitnější život. Klade důraz především na dodržování léčby a pravidelné kontroly.

Nejspolehlivějším prostředkem proti nákaze HIV sexuální cestou je kondom, který by měli nakažení používat při vaginálním, análním i orálním styku. Je však třeba brát v potaz, že i u prezervativu může dojít k poškození, např. protržením. Pokud se tak stane, riziko infekce se snižuje osprchováním pohlavních orgánů. Nedoporučuje se však výplach pochvy, jelikož zde hrozí riziko poranění a snazšího proniknutí viru. Riziko prasknutí kondomu snižují lubrikační gely. Při pohlavním styku trvajícím déle než 30 minut je pak třeba vyměnit kondom za nový.

Při orálním styku je riziko nákazy menší, sperma by se však nemělo dostat do úst. Pokud se tak stane, je třeba provést výplach dutiny ústní. Prezervativ by měl být používán i tehdy, jsou-li oba partneři HIV pozitivní. Každý z partnerů totiž může mít jiný typ viru HIV a hrozí tak nakažení partnera dalším typem nebo mutace obou virů. Kondom rovněž účinně chrání před dalšími pohlavně přenosnými infekcemi, které mohou negativně ovlivnit zdravotní stav nemocného.

Spolehlivou ochranou před přenosem HIV je rovněž sexuální abstinence, většina HIV pozitivních však touží vést i nadále sexuální život. Významnou roli při zabránění šíření HIV hraje i sexuální věrnost partnerovi.

Jak již bylo řečeno, riziko přenosu HIV krví hrozí zejména u injekčních uživatelů drog, kde hrozí nákaza infikovanou jehlou. Ve vyspělých zemích proto fungují programy, v rámci kterých uživatelé drog výměnou za použité injekční jehly dostávají nové. Pokud jde o přenos prostřednictvím krevních transfúzí, je nezbytné, aby byli všichni dárci krve a krevních derivátů testováni na přítomnost viru HIV.

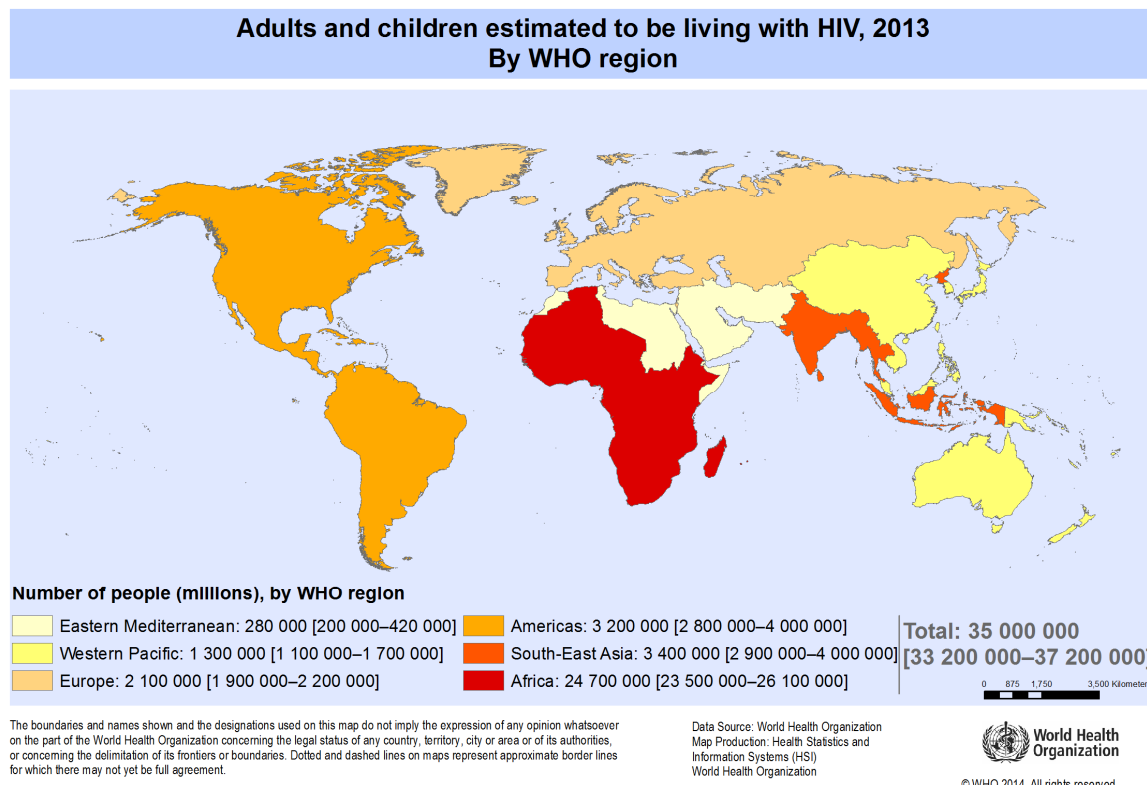
Přenos z matky na plod představuje vysoké riziko zejména v rozvojových zemích, kde je často velmi obtížné dodržovat nezbytnou léčbu a režim během těhotenství. Ve vyspělých zemích se však HIV pozitivním matkám v drtivé většině případů díky pravidelné léčbě a lékařskému dohledu rodí zdravé děti. Pro HIV pozitivní těhotnou ženu je nezbytné dodržování léčebného režimu, sledování jejího zdravotního stavu, zajištění porodu císařským řezem a následné nahrazení kojení umělou stravou.

2.3 EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE V ČÍSLECH

Přestože epidemie HIV/AIDS v posledních dvou desetiletích představuje celosvětový problém, nejvíce zasaženou oblastí stále zůstává subsaharská Afrika, zejména pak oblast jižní a východní Afriky. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace (*WHO – World Health Organization*) žilo v roce 2013 v Africe přibližně 24,7 mil. osob nakažených virem HIV (z toho přibližně 2,9 mil., tedy více než 10 %, tvořily děti do 15 let), z celkového odhadovaného počtu 35 mil. infikovaných na světě, viz Obrázek č. 1 (WHO 2015). To při celkové populaci Afriky, která čítá přibližně 1,1 mld. obyvatel, představuje téměř čtvrtinu jejího obyvatelstva nakaženou HIV/AIDS. Z celkového počtu nakažených na celém světě pak HIV pozitivní Afričané tvoří více než 70 %. Jen v roce 2013 zemřelo v Africe na následky AIDS 1,1 mil. lidí a nově se nakazilo přibližně 1,5 mil. osob. Přestože již v současnosti

existuje léčba, která dokáže významně prodloužit a zkvalitnit životy HIV pozitivních osob, k této léčbě má v rozvojových zemích dosud přístup jen zhruba 36 % osob. Svým rozsahem a následky lze epidemii HIV v subsaharské Africe přirovnat pouze k epidemii dýmějového moru, která zasáhla Evropu ve 14. století a následkem které tehdy během pár let zemřela polovina jejích obyvatel.

Obrázek č. 1: *Dospělí a děti žijící s HIV v roce 2013*



Zdroj: World Health Organization, *Adults and children estimated to be living with HIV, 2013, by WHO region*

Rozsah epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe se však liší nejen v rámci regionů a zemí, ale i uvnitř jednotlivých států. Počty nakažených se rovněž liší, porovnáme-li město a venkov, přičemž z dosavadních výzkumů vyplývá, že epidemie na venkově je za městy zpožděna v průměru o sedm let (Mojžíšová et al 2004: 19). Počty nakažených HIV/AIDS se mění i v čase v závislosti na fázi, v jaké se epidemie v daném regionu, resp. státě právě nachází – zda je teprve v počátečním stadiu, kulminuje nebo už dochází k jejímu poklesu. Významnou roli v tomto ohledu hrají i opatření přijatá místními vládami a mezinárodními organizacemi pro boj s HIV/AIDS, která výrazně přispívají ke snižování prevalence HIV/AIDS. Z hlediska věkového složení jsou epidemií HIV/AIDS nejvíce zasaženi lidé v produktivním věku (15–49 let), kteří jsou nevíce sexuálně aktivní. Z genderového hlediska jsou pak ve většině afrických

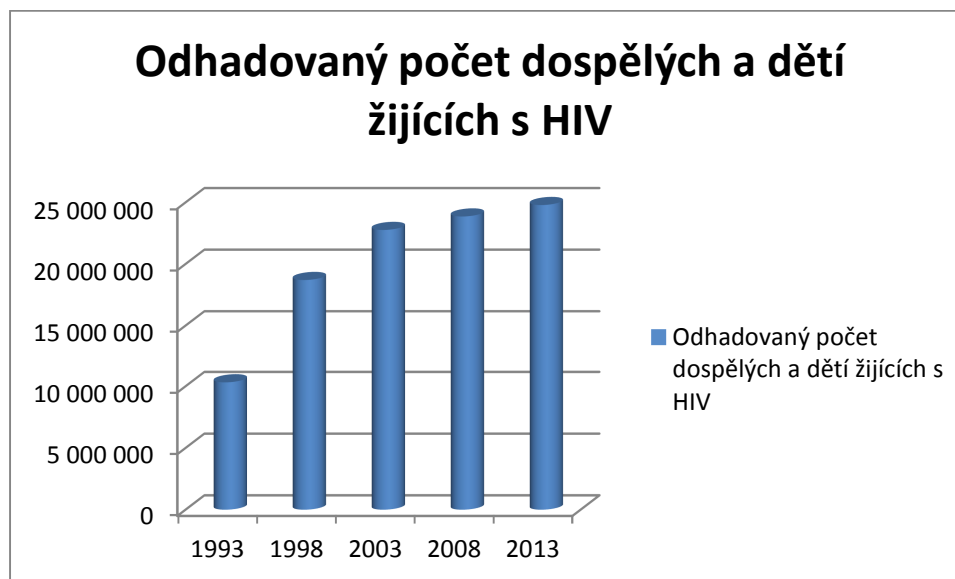
zemí více ohroženy ženy, a to vzhledem k jejich postavení ve většině afrických společností, ale i z fyziologických důvodů.

2.3.1 Vývoj epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe

2.3.1.1 Lidé žijící s HIV/AIDS

Dle odhadovaných statistik v celé subsaharské Africe v současnosti (údaje k roku 2013) žije přibližně 24 787 600 osob infikovaných HIV/AIDS, viz tabulka v Příloze č. 1 (UNAIDS 2015). Tabulka sleduje vývoj počtu HIV pozitivních dospělých a dětí bez rozdílu pohlaví žijících v jednotlivých státech subsaharské Afriky od roku 1993 do roku 2013 v pětiletých cyklech. Z údajů vyplývá, že celkový počet těchto osob za posledních 20 let vzrostl přibližně o 140 % z původních cca 10,3 mil. na současných 24,8 mil. Z tabulky je rovněž patrné, že v celkovém měřítku se počet nakažených HIV/AIDS stále zvyšuje, i když pomaleji, než tomu bylo v minulosti (graficky znázorněno v Grafu č. 1). Přibližně u poloviny států subsaharské Afriky pak již dochází k postupnému poklesu počtu HIV pozitivních.

Graf č. 1: Odhadovaný počet dospělých a dětí žijících s HIV, 1993-2013



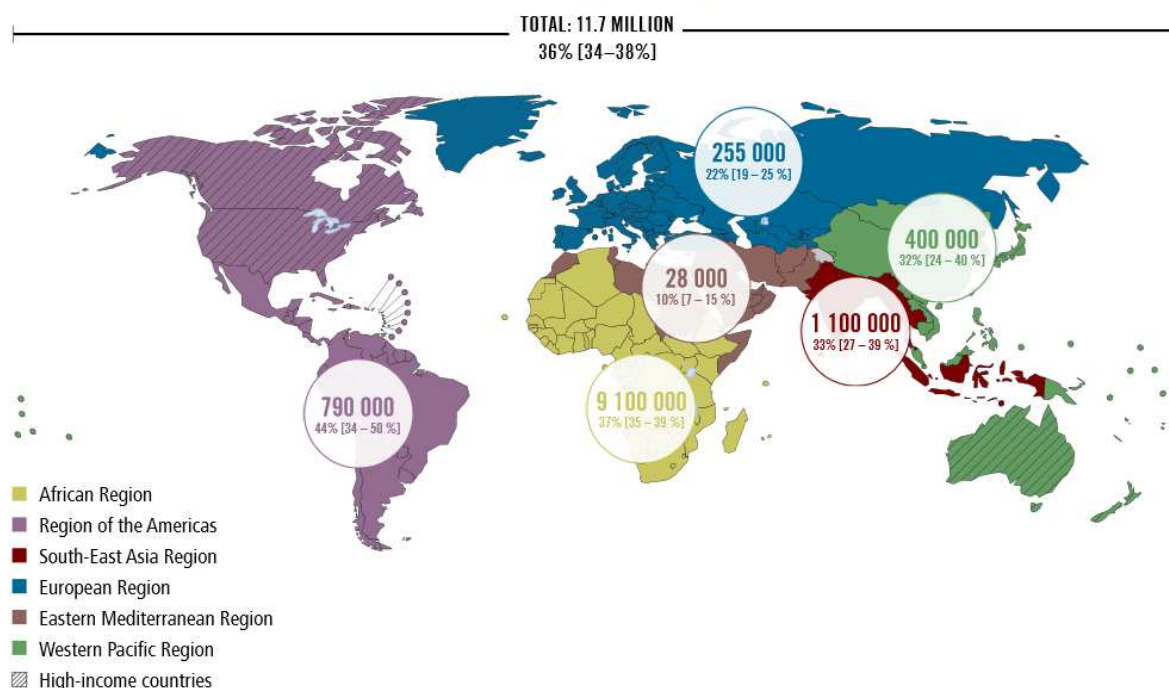
Zdroj: Vlastní graf, data převzata z UNAIDS, *AIDSinfo – People living with HIV*

Tato čísla však sama o sobě nemusí vypovídat nic o trendu, jakým se epidemie HIV/AIDS vyvíjí. Celkový rostoucí počet žijících HIV pozitivních osob v subsaharské Africe totiž nemusí být nutně způsoben rozšiřující se epidemií, ale tato čísla mohou být ovlivněna dvěma významnými faktory. Prvním z nich je stále účinnější léčba, která při správné aplikaci může

nakaženým HIV/AIDS výrazně prodloužit život. V současnosti má v subsaharské Africe k antiretrovirální terapii přístup přibližně 9,1 mil. HIV pozitivních, což představuje přibližně 37 % nakažených v tomto regionu, viz Obrázek č. 2 (WHO 2014: 5). Jedním z cílů WHO je pak tento trend nadále zvyšovat.

Obrázek č. 2: *Přístup HIV pozitivních z nízké a středně příjmových zemí k ART, 2013*

Number of people receiving ART and percentage of all people living with HIV receiving ART in low- and middle-income countries overall and by WHO region, 2013^a



^aCountry income classification by the World Bank at the time of the 2011 Political Declaration on HIV and AIDS.

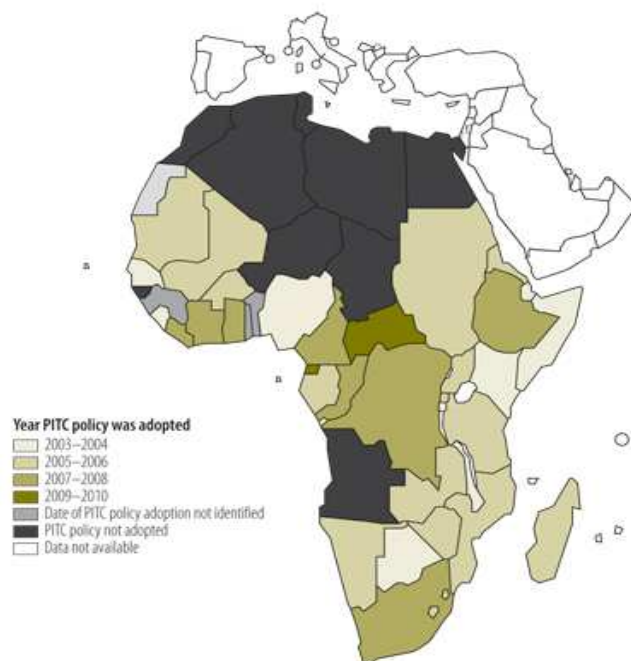
Source: Global AIDS Response Progress Reporting (WHO/UNICEF/UNAIDS).

Zdroj: World Health Organization, *Number of people receiving ART and percentage of all people living with HIV receiving ART in low- and middle-income countries overall and by WHO region, 2013*

Druhým faktorem, který může mít za následek zvyšující se počty HIV pozitivních osob žijících v subsaharské Africe, může být větší počet HIV pozitivních odhalených díky snadnějšímu testování, které se od konce 90. let 20. stol. provádí rychlým rozborem kapky krve z prstu, kdy je krátce nato zjištěn výsledek testu. Toto testování navíc může probíhat i mimo zdravotnická a laboratorní zařízení, například na pracovištích, ve školách, kostelech, mobilních laboratořích či přímo v domácnostech, což umožňuje snadnější přístup širokému počtu potenciálně nakažených k testování. Světová zdravotnická navíc v roce 2003 zavedla strategii týkající se testování a poradenství (*HIV testing and counselling*

– HTC), kterou během let 2003 až 2010 postupně přijalo 42 z 53 afrických zemí, viz Obrázek č. 3. Cílem této strategie je odhalit co největší počet infikovaných HIV, aby tito nešířili virus dále (před přijetím HTC vědělo o své nákaze pouhých 10 % HIV pozitivních) a mohli zahájit včasnou léčbu prostřednictvím ART (WHO 2015).

Obrázek č. 3: Africké země, které v letech 2003 až 2010 přijaly strategii HTC

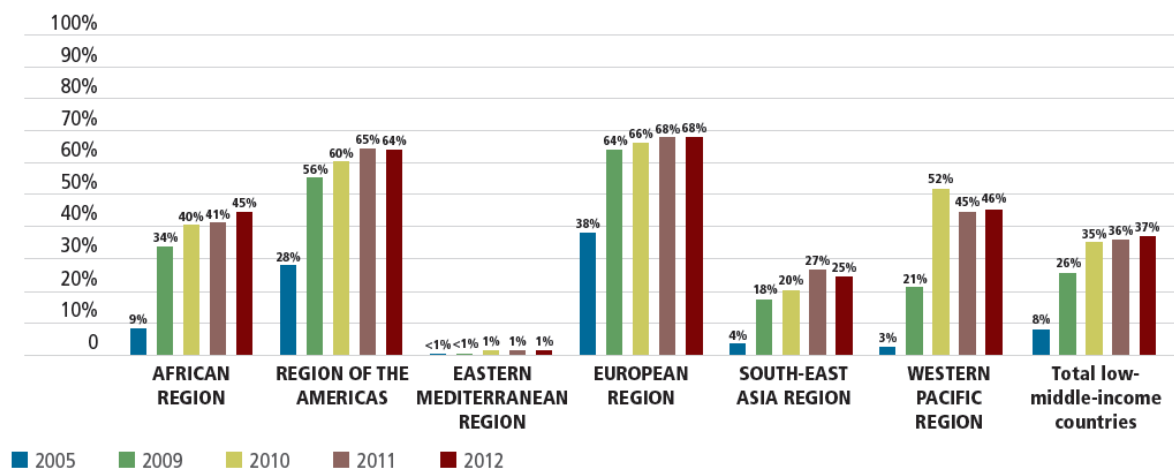


Zdroj: World Health Organization, *Adoption of a policy on provider-initiated HIV testing and counselling, Africa, 2003-2010*

V posledních letech navíc narůstá počet těhotných žen testovaných na HIV, který od roku 2005 do roku 2012 vzrostl z původních 9 % v roce 2005 na 45 % testovaných v roce 2012, tedy o celých 36 %, viz Obrázek č. 4.

Obrázek č. 4: *Odhadované procento těhotných žen testovaných na HIV v letech 2005–2012*

Fig. 3.5. Estimated HIV testing and counselling coverage among pregnant women, low- and middle-income countries overall and by WHO region, 2005 and 2009–2012



Source: 2013 Global AIDS Response Progress Reporting (WHO/UNICEF/UNAIDS), United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*.

Zdroj: World Health Organization, *Estimated HIV testing and counselling coverage among pregnant women, low- and middle-income countries overall and by WHO region, 2005 and 2009–2012*

2.3.1.2 Nově infikovaní HIV

Jak již bylo řečeno, čísla uvedená v tabulce v Příloze č. 1 nám sice přináší důležité údaje o aktuálních počtech HIV pozitivních v jednotlivých zemích v průběhu let, nicméně zcela nevypovídají o tom, jakým směrem se epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe ubírá. V tomto ohledu je proto více vypovídajícím ukazatelem trendu vývoje epidemie HIV/AIDS spíše ukazatel počtu nově nakažených virem HIV. Z tabulky v Příloze č. 2, která sleduje vývoj počtu dospělých a dětí bez rozdílu pohlaví nově nakažených virem HIV od roku 1993 do roku 2013 v pětiletých intervalech je patrné, že počet nově nakažených po explozi na konci 90. let 20. stol. v posledních letech výrazně klesá, a to nejen v celkovém počtu (viz Graf č. 2), ale i téměř ve všech státech subsaharské Afriky. V roce 1993 se HIV dle odhadů UNAIDS nově nakazilo přibližně 441 400 lidí, v roce 1998 to bylo již 2 783 700, což je více než šestinásobek, v dalších letech však již čísla postupně klesají až na současných asi 1 435 700 nově infikovaných v roce 2013 (z toho tvořily přibližně 210 tis., tedy téměř 15 %, děti do 15 let).

Hlavním důvodem poklesu počtu nově nakažených je víceméně úspěšná aplikace řady opatření a programů přijatých místními vládami i mezinárodními organizacemi na zastavení epidemie HIV/AIDS. V souvislosti s těmito programy došlo i v rámci regionu subsaharské Afriky k výraznému zvýšení povědomí o HIV/AIDS a celkové osvětě v oblasti prevence HIV/AIDS i mezi nejnižšími vrstvami africké populace.

Graf č. 2: *Odhadovaný počet dospělých a dětí nově nakažených HIV, 1993–2013*

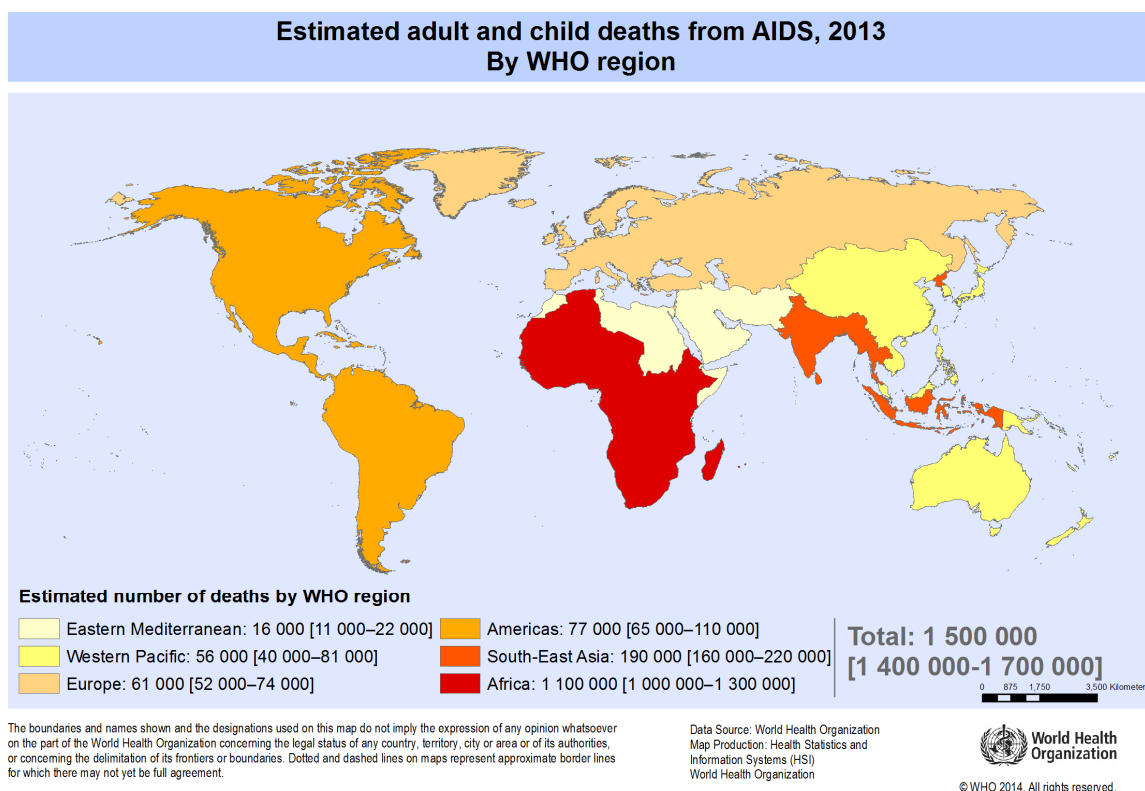


Zdroj: Vlastní graf, data převzata z UNAIDS, *AIDSinfo – People living with HIV*

2.3.1.3 Úmrtí v důsledku AIDS

Dle statistik UNAIDS klesl od roku 2005 celosvětově počet úmrtí v důsledku AIDS o přibližně 35 %, z původních 2,4 mil. v roce 2005 na 1,5 mil. v roce 2013 (přibližně 190 tis. z těchto úmrtí představovaly děti) (UNAIDS 2014: 1). Přesto jen v roce 2013 zemřelo v subsaharské Africe následkem AIDS přibližně 1,1 mil. osob, viz Obrázek č. 5, což bylo zhruba 73 % všech úmrtí v důsledku AIDS na světě. Přibližně 180 tis. z těchto osob, tedy více než 16 %, přitom představovaly děti do 15 let.

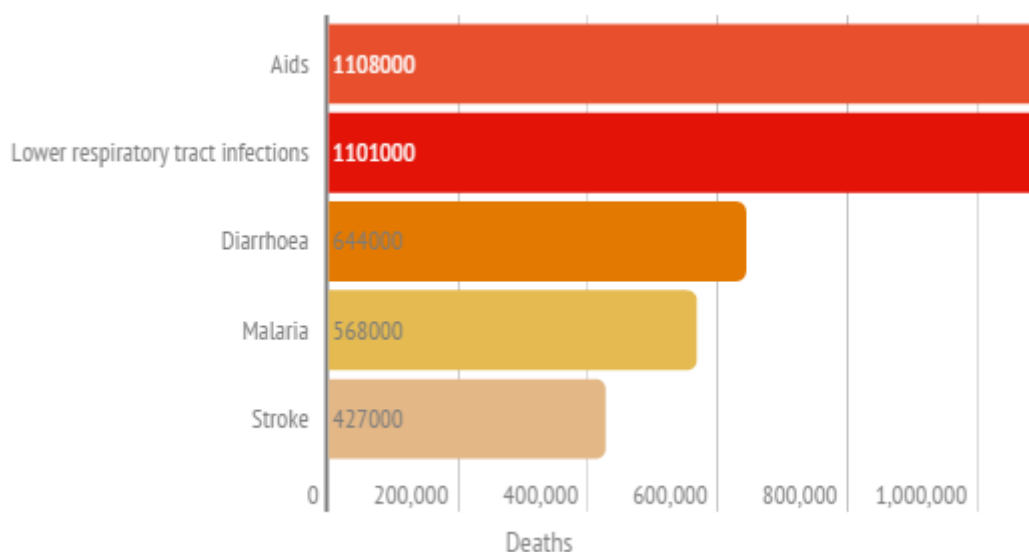
Obrázek č. 5: Odhadovaný počet úmrtí v důsledku AIDS v roce 2013



Zdroj: World Health Organization, *Estimated adult and child deaths from AIDS, 2013, by WHO region*

I přes zjevné úspěchy v boji proti HIV/AIDS tak zůstávají čísla i nadále alarmující a AIDS stále představuje spolu s infekcemi dolního dýchacího ústrojí nejčastější příčinu úmrtí v subsaharské Africe v důsledku onemocnění. Mezi lety 2001 a 2012 zemřelo přibližně 22 % všech nemocných v tomto regionu na AIDS, resp. na některou z oportunních infekcí, viz Obrázek č. 6 (Africa Check 2015). Odhaduje se však, že ve skutečnosti jsou tato čísla ještě vyšší, neboť řada úmrtí přičítaných jiným onemocněním, jako jsou tuberkulóza, průjemová onemocnění nebo onemocnění dolního dýchacího ústrojí, může být ve skutečnosti způsobena HIV/AIDS. I přes značný pokrok totiž v rámci subsaharského regionu neexistuje přesná evidence a řada HIV pozitivních stále o svém zdravotním stavu neví.

Obrázek č. 6: Nejčastější příčiny úmrtí v důsledku onemocnění v roce 2012



Zdroj: Africa Check, převzato z World Health Organization, *Causes of death in Sub Saharan Africa*

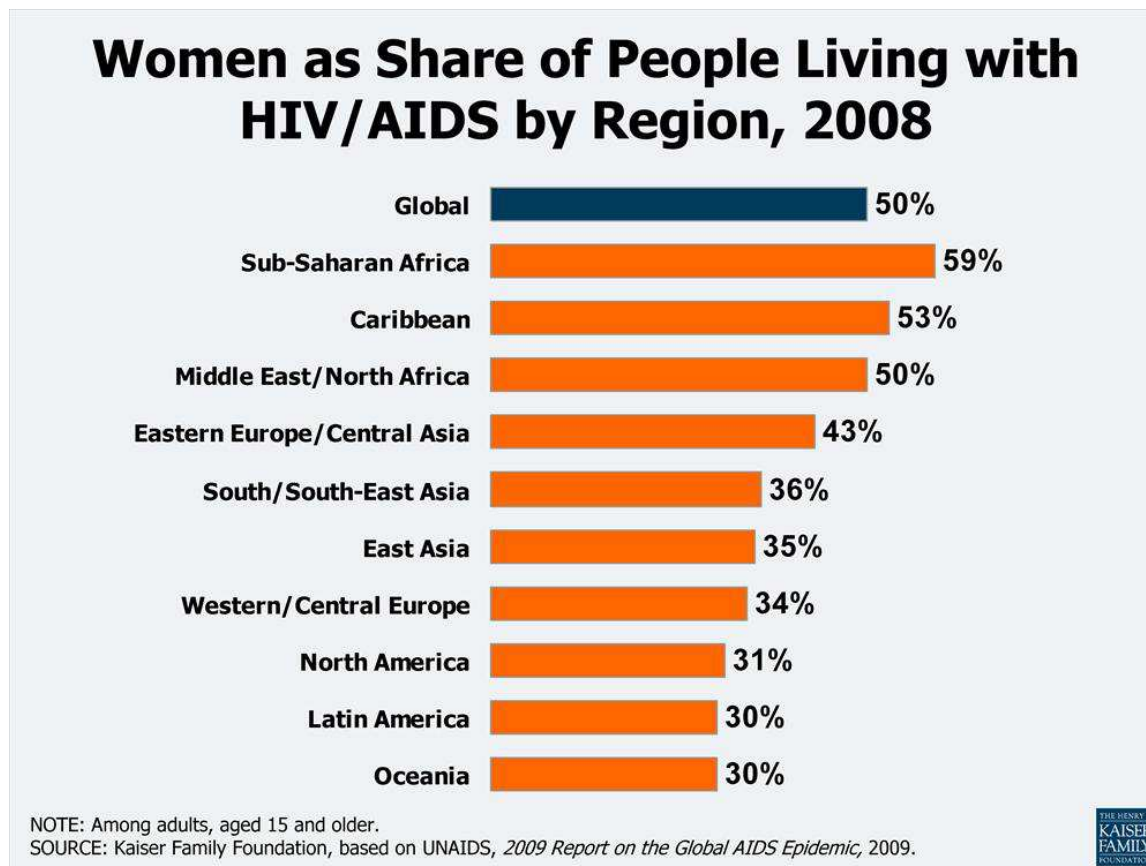
2.3.2 Struktura obyvatelstva subsaharské Afriky nakaženého HIV/AIDS

2.3.2.1 Podíl žen na počtu HIV pozitivních

Zatímco podle posledních odhadů WHO a UNAIDS z roku 2008 představují z celosvětového hlediska ženy přibližně polovinu všech HIV pozitivních, v subsaharské Africe ženy tvoří přibližně 59 % nakažených, viz Obrázek č. 7. Nejvíce zasažené jsou pak zejména mladé ženy ve věku 15–24 let, které jen v roce 2013 tvořily 64 % nakažených v tomto věku. Oproti mladým mužům stejného věku jsou tedy ohroženy dvakrát více (UNAIDS 2015). Ženy představují více ohroženou skupinu ze dvou důvodů. První z nich má své biologické příčiny, kdy u žen existuje vyšší pravděpodobnost infikování virem HIV při nechráněném pohlavním styku, než je tomu u mužů. Ženské pohlavní orgány totiž oproti mužským tvoří z mnohem větší části sliznice, která je náchylnější k proniknutí viru. Druhým neméně důležitým faktorem, tvořícím z žen ohroženější skupinu, je pak jejich nerovné postavení v africké společnosti. To s sebou přináší mnoho rizikových faktorů – ženy často nemohou ovlivnit, zda bude při sexuálním styku použit kondom, jsou nuceny k nedobrovolnému sexu, velmi mladé dívky jsou provdávány za podstatně starší muže, kteří již předtím měli řadu sexuálních partnerů, velkou roli pak samozřejmě hraje chudoba, která ženy často nutí vydělávat si na živobytí prostitucí. Mezi ženami je navíc nižší míra vzdělanosti než mezi muži, takže ženy

často o riziku HIV/AIDS vůbec neví. Dle údajů UNAIDS mělo v roce 2008 povědomí o HIV/AIDS pouze 38 % mladých žen (UNAIDS 2015).

Obrázek č. 7: Podíl žen na celkovém počtu nakažených HIV/AIDS v roce 2008

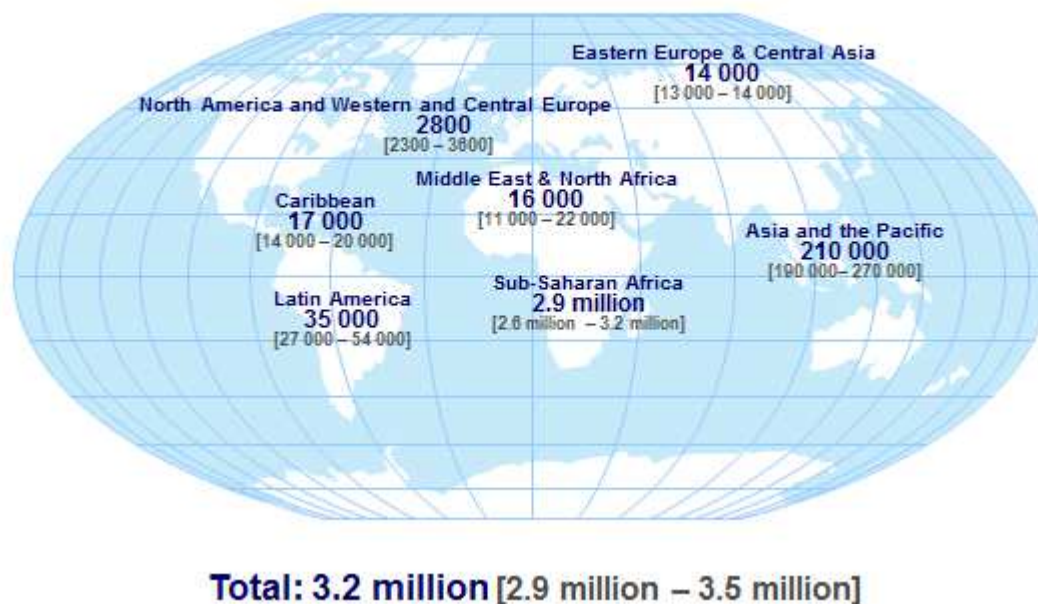


Zdroj: Kaiser Family Foundation, převzato z UNAIDS, *Women as Share of People Living with HIV/AIDS by Region, 2008*

2.3.2.2 Podíl dětí na počtu HIV pozitivních

Smutnou kapitolu mezi HIV pozitivními v subsaharské Africe představují děti do 15 let, které v roce 2013 tvořily přibližně 10 % všech nakažených HIV/AIDS v subsaharské Africe a zhruba 91 % všech nakažených dětí na celém světě. V témže roce se jich infikovalo zhruba 210 tis., což představuje téměř 15 % všech nově nakažených a současně jich přibližně 180 tis. zemřelo, což znamenalo více než 16 % všech úmrtí v důsledku AIDS v roce 2013 v subsaharské Africe (WHO 2014: 5–9). Co do absolutního počtu podle odhadů WHO žilo v roce 2013 v subsaharské Africe přibližně 2,9 mil. HIV pozitivních dětí mladších 15 let, viz Obrázek č. 8.

Children (<15 years) estimated to be living with HIV | 2013



Zdroj: World Health Organization, *Children (<15) estimated to be living with HIV, 2013*

Většina dětí se přitom nakazí už v děloze od HIV pozitivní matky nebo později při porodu či kojení. Dle odhadů UNAIDS se každý den na celém světě narodí asi 700 HIV pozitivních dětí, z nichž se bez účinné léčby přibližně třetina nedožije prvního roku věku. Jedním z hlavních cílů mezinárodních organizací pro boj s HIV/AIDS je proto zabránit přenosu HIV z matky na dítě prostřednictvím účinné antiretrovirální terapie. V tomto ohledu došlo v posledních letech k výraznému posunu. Dle údajů z roku 2009 mělo v témže roce v subsaharské Africe přístup k ART přibližně 53 % těhotných žen, oproti 45 % v roce 2008 (UNICEF 2010: 6). V roce 2013 už měly k ART přístup víc než dvě třetiny HIV pozitivních těhotných žen, přibližně 67 % (WHO 2014: 3).

Další z možností nákazy dětí je předčasný sexuální styk, a to zejména u dívek. Přestože celosvětově počet dětských sňatků klesá, v celkem 52 zemích světa dosud existuje možnost uzavření manželství u dětí mladších 15 let se souhlasem jejich rodičů (AVERT 2015). Řada dívek mladších 15 let se tak nakazí HIV při svém prvním sexuálním styku, který často probíhá s o mnoho let starším partnerem. Víceméně okrajové skupiny pak tvoří HIV pozitivní děti spadající k injekčním uživatelům drog nebo dětským prostitutům a děti nakažené prostřednictvím krevní transfúze.

Přestože má v současnosti přibližně 37 % HIV pozitivních dospělých v subsaharské Africe přístup k ART, u dětí je toto procento podstatně menší. V současnosti má jen přibližně 23 % HIV-pozitivních dětí přístup k léčbě ART.

3. PŘÍČINY EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE

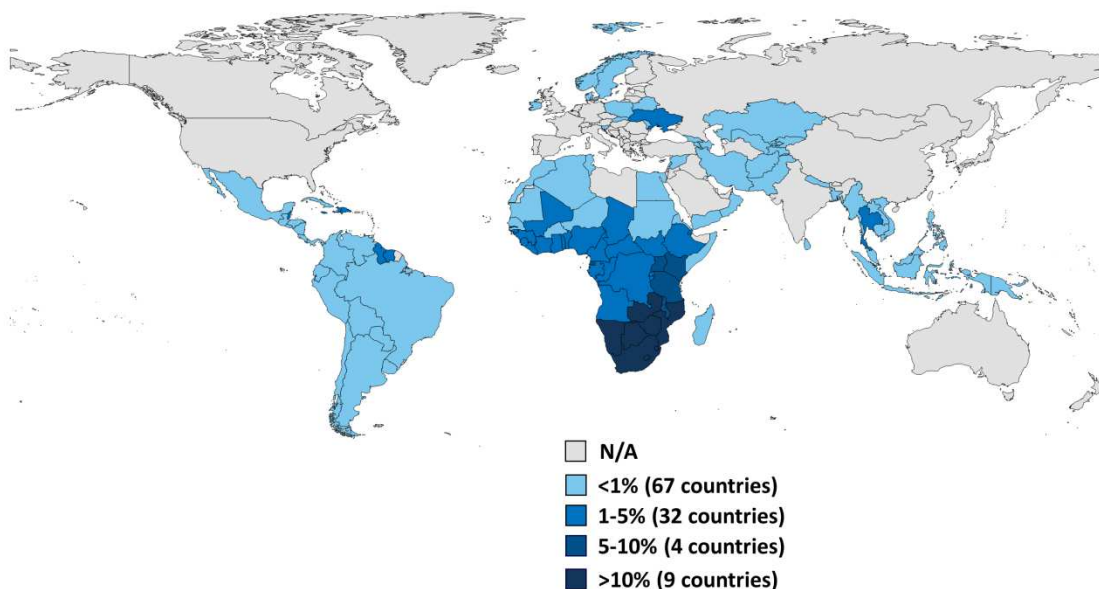
3.1 TEORETICKÉ VÝCHODISKO PODLE EILEEN STILLWAGGON

Pandemie HIV/AIDS, která v posledních třech desetiletích zachvátila takřka celý svět, dosud představuje jeden z nejpalcivějších, nejen zdravotních, problémů současného světa. Ani na prahu třetího tisíciletí, navzdory dlouhým rokům usilovného bádání vědců i lékařů na celém světě, neexistuje účinný lék, který by tuto smrtelnou chorobu dokázal zcela vyléčit. Smutný fenomén pak v rámci této pandemie představuje africký kontinent, resp. subsaharská Afrika, kde epidemie HIV/AIDS oproti zbytku světa dosáhla závratných rozměrů.

Obrázek č. 9: *Prevalence HIV u dospělých v roce 2014*

Adult HIV Prevalence Rate, 2014

Global HIV/AIDS Prevalence Rate = 0.8%



NOTES: Data are estimates. Prevalence rates include adults ages 15-49.
SOURCE: Kaiser Family Foundation, based on UNAIDS, *How AIDS Changed Everything*; 2015.



Zdroj: Kaiser Family Foundation, *Adult HIV Prevalence Rate, 2014*

Na africkém kontinentě žije přibližně 70 % všech nakažených HIV/AIDS na světě, přičemž obyvatelstvo Afriky představuje jen zhruba 15 % celkové populace Země. Zatímco světový průměr HIV pozitivních dospělých ve věku 15–49 let je 0,8 %, všechny země subsaharské Afriky vykazují více než 1 % HIV pozitivních dospělých, přičemž 4 země tohoto regionu dosahují více než 5 % prevalence HIV u dospělého obyvatelstva a 9 zemí dokonce více než 10 %. Jen pro porovnání, Latinská Amerika a Karibská oblast, druhá epidemií HIV/AIDS nejvíce zasažená část světa, dosahuje průměrné prevalence HIV/AIDS u dospělé populace „pouze“ 1,1 %, viz Obrázek č. 9 (Kaiser Family Foundation 2016).

Specifikum afrického kontinentu však nespočívá pouze ve vysoké míře nákazy HIV/AIDS. Na rozdíl od vyspělých zemí, kde se HIV pozitivní omezují spíše na rizikové skupiny narkomanů, homosexuálů nebo prostitutů, je v zemích subsaharské Afriky (a ostatních rozvojových zemích světa) infikována převážně běžná populace v produktivním věku a v neposlední řadě i děti, které představují přibližně 10 % nakažených.

Co je příčinou tak rozsáhlé epidemie HIV/AIDS v rámci regionu subsaharské Afriky? Proč je v tomto regionu nakažena převážně běžná populace, včetně dětí? Co Afriku odlišuje od ostatních kontinentů a činí ji tak mnohem zranitelnější a náchylnější k šíření epidemie HIV/AIDS oproti zbytku světa? Abychom mohli v budoucnu nalézt účinné řešení epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe, nejprve je třeba důkladně porozumět specifikům tohoto kontinentu a zodpovědět tyto a mnohé další otázky.

Vezmeme-li v potaz počty nově nakažených HIV v subsaharské Africe, i přes soustavné snahy mezinárodních organizací i lokálních vlád jsou tato čísla stále alarmující. Přestože od konce 90. let 20. století počet nově nakažených meziročně klesal, v posledních letech tato čísla stagnují. Jen v roce 2013 se v subsaharské Africe nově nakazilo HIV zhruba 1,4 mil. osob, v roce 2014 pak přibližně stejný počet. Snahy o zastavení šíření epidemie HIV/AIDS v tomto regionu tedy i přes dílčí úspěchy stále víceméně selhávají. Otázkou zůstává, proč.

Možnou odpovědí a vysvětlením by mohla být teorie americké profesorky Eileen Stillwaggon, která se tímto tématem již léta intenzivně zabývá. Ta naznačuje, že přestože se otázce vymýcení epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe již desetiletí věnuje celá řada vědců, odborníků i mezinárodních organizací, jejich snahy se pravděpodobně ubírají špatným směrem. Při hledání příčin epidemie, které je nezbytné znát pro její zastavení, se totiž soustředí povětšinou na behaviorální vysvětlení problému a opomíjí nebo marginalizují řadu významných epidemiologických, virologických a výživových poznatků specifických pro africký kontinent. *Eileen Stillwaggon se tak snaží vyvrátit obecně rozšířený a dle ní mylný*

předpoklad, že rozdíly ve vysoké prevalenci HIV/AIDS na africkém kontinentu oproti jiným kontinentům jsou způsobeny odlišným sexuální chováním Afričanů. Naproti tomu rychlé šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe je podle ní způsobeno především nedostatečnou výživou, všudypřítomnými parazitickými a infekčními chorobami a špatným přístupem k lékařské péči, které jsou společné pro většinu chudých obyvatel subsaharské Afriky a které je činí mnohem náchylnější k nákaze HIV než je tomu u zdravých jedinců. Společným jmenovatelem šíření HIV/AIDS, ale i jiných infekčních onemocnění, je tak nikoli odlišné sexuální chování obyvatelstva, ale především špatné hygienické a ekonomické podmínky v oblastech zasažených epidemií, a to nejen v subsaharské Africe, ale i v jiných chudých oblastech rozvojového světa. Pokud bychom měli stručně shrnout hlavní myšlenku profesorky Stillwaggon, tak „HIV/AIDS se úspěšně šíří tam, kde lidé umírají i na jiné nemoci.“

3.1.1 Klíčové faktory šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe podle E. Stillwaggon

Jak již bylo řečeno, celosvětová i lokální politika v oblasti prevence HIV/AIDS se povětšinou zaměřuje na šíření osvěty mezi nevzdělaným obyvatelstvem subsaharské Afriky a distribuci kondomů, které mají společně zabránit dalšímu přenosu HIV/AIDS. Ačkoli Eileen Stillwaggon nepopírá smysl těchto opatření, přesto je považuje až za poslední řešení, namísto toho, aby byly řešeny primární příčiny epidemie. Navíc se podle ní jedná o řešení na úrovni jednotlivce, které nikdy nemůže být tak účinné, jako řešení na úrovni státu/kontinentu. Aby se na africkém kontinentu přestala šířit epidemie HIV/AIDS takovou rychlostí, je nejprve třeba se zaměřit na podmínky, za jakých epidemie vzniká, a tyto podmínky odstranit. Podle Eileen Stillwaggon je to především podvýživa nebo nedostatečná výživa velké části obyvatelstva, parazitická a infekční onemocnění a špatná lékařská péče, které mají za následek epidemii takového rozsahu. Velká míra chudoby, válečné konflikty, rychlá urbanizace a pracovní a jiná migrace pak tuto epidemii ještě dále prohlubují.

Přestože je totiž HIV/AIDS sexuálně přenosným onemocněním, míru rizika nákazy sexuální cestou do značné míry ovlivňují 3 klíčové faktory, a sice charakteristika viru, osoba, na kterou se virus přenáší a osoba, ze které se virus přenáší (Stillwaggon 2005).

Přenos viru HIV heterosexuálním pohlavním stykem, který je nejrozšířenější příčinou nákazy HIV/AIDS v subsaharské Africe, je sám o sobě u jinak zdravých jedinců poměrně neúčinným způsobem přenosu. Ve vyspělých zemích Evropy a USA je odhadované riziko přenosu z HIV pozitivního, ale jinak zdravého muže na zdravou ženu přibližně 1 z 500 nechráněných pohlavních styků; riziko přenosu z HIV pozitivní, ale jinak zdravé ženy na zdravého muže je

dokonce jen asi 1 z 1000 nechráněných pohlavních styků (Stillwaggon 2005). To samo o sobě pro vznik epidemie takového rozsahu nestačí. Eileen Stillwaggon se proto snaží vyvrátit obecně rozšířené povědomí, že příčinou epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe může být odlišné sexuální chování afrických obyvatel, jako je např. nepoužívání kondomů nebo větší promiskuita. To dokládá celou řadou studií sexuálního chování prováděnými napříč celým světem, ze kterých vyplývá, že Afričané se rizikovostí svého sexuálního chování, ať už jde o četnost používání kondomů nebo promiskuitu, nikterak neliší od obyvatel jiných kontinentů.

Příčiny epidemie je proto podle Eileen Stillwaggon třeba hledat jinde, a sice v obecně špatných hygienických a zdravotních podmínkách, ve kterých žije většina chudé africké populace. *Riziko nákazy u jedinců, kteří trpí dalšími zdravotními problémy nebo deficitem, je totiž mnohem vyšší, než u jinak zdravých jedinců.* Epidemiologické, klinické a laboratorní důkazy ukazují, že HIV/AIDS se chová stejně, jako jakékoli jiné infekční choroby. Osoby s nutričním deficitem, parazitickými a infekčními nemocemi nebo ty, jejichž celkový zdravotní stav je špatný, mají mnohem vyšší náchylnost k infekčním chorobám a je jedno, zda se jedná o ty sexuálně přenosné nebo ty, kterými se lze nakazit z jídla, vody či vzduchu. *Odolnost hostitele, ale i virová nálož přenašeče, jsou obecně považovány za klíčové pro rozvoj jakýchkoli infekčních onemocnění.*

Jako příklad potvrzující výše uvedené uvádí E. Stillwaggon mimo jiné vertikální přenos viru HIV z matky na dítě, který je druhým nejrozšířenějším způsobem přenosu v subsaharské Africe. I zde existuje velký rozdíl mezi vyspělými a rozvojovými zeměmi. Zatímco před vývojem antiretrovirální léčby se v Evropě z matky nakazilo přibližně 14 % dětí a v USA asi 17–25 % dětí, v subsaharské Africe to bylo odhadem 25–40 % dětí. Po objevení antiretrovirální léčby je navíc v současnosti ve vyspělých zemích přenos z matky na dítě poměrně vzácný, vzhledem k dostupnosti léčby, zatímco v subsaharské Africe, kde není taková dostupnost antiretrovirální léčby, se stále vertikální cestou nakazí přibližně 30 % dětí (Stillwaggon 2005).

Jak již bylo řečeno, dle Eileen Stillwaggon existují četné prokazatelné epidemiologické a virologické studie, ze kterých vyplývá, že pro epidemii HIV/AIDS v subsaharské Africe je klíčové obecně špatné zdraví jejích obyvatel. E. Stillwaggon uvádí konkrétní biologické faktory, které způsobují vyšší náchylnost potenciálního hostitele k viru HIV a v řadě případů i vyšší rizikovost HIV přenašeče.

3.1.1.1 Podvýživa a nutriční deficit

Podvýživa a nedostatek stopových prvků, které jsou velmi rozšířeným jevem napříč celou subsaharskou Afrikou, mají kromě jiného i velký negativní vliv na imunitní systém člověka. Správná výživa a dostatečný přísun kalorií, proteinů a stopových prvků jsou klíčové pro odolnost lidského organismu proti nemocem, jelikož mají významný vliv na ochranné tělesné bariéry (kůže a sliznice) a imunitní odpověď buněk. Nedostatečná výživa a absence některých stopových prvků má za následek menší odolnost organismu proti infekčním onemocněním, a to včetně těch, která se přenáší sexuálně cestou. Riziko nákazy virem HIV je tedy vyšší u osob s nedostatečnou výživou než u těch, které se stravují správně.

Železo má zásadní vliv na odolnost organismu vůči infekcím, jelikož ovlivňuje imunitní odpověď buněk, mimo jiné T-lymfocytů, které hrají hlavní roli při tvorbě protilátek. *Zinek* ovlivňuje produkci T-lymfocytů a zvyšuje odolnost organismu vůči parazitickým onemocněním, urychluje hojení ran a má pozitivní vliv na odolnost pokožky. *Vitamin A* zvyšuje celkovou obranyschopnost organismu i odolnost vůči infekcím, pozitivně ovlivňuje kvalitu kůže a sliznic a má rovněž význam pro tvorbu T-lymfocytů. Jeho nedostatek kromě jiného snižuje i odolnost urogenitálního traktu vůči infekcím, včetně HIV. Jeho nedostatek je typický zejména pro tropické oblasti. Nedostatek těchto stopových prvků, především vitamínu A, zvyšuje zejména riziko přenosu HIV vertikální cestou, ale i cestou sexuální. Nedostatečné množství těchto prvků pak má následně negativní vliv i na parazitické infekce, které pak dále zvyšují riziko nákazy HIV (Stillwaggon 2005).

3.1.1.2 Parazitická onemocnění

Parazitická onemocnění jsou v subsaharské Africe téměř všudypřítomná a vyskytují se zejména v tropických oblastech. Kromě jiného úzce souvisí s podvýživou, jelikož podvyživení lidé jsou více náchylní k parazitům a naopak přítomnost parazitů v těle ještě zhoršuje výživový status podvyživených.

Nejrozšířenějším parazitickým onemocněním v subsaharské Africe je *malárie*, přenášená komáry, která výrazně zvyšuje virovou nálož HIV pozitivního a zvyšuje tak riziko přenosu HIV. Malárie navíc způsobuje anémii, která se zejména u dětí léčí krevními transfúzemi, které mohou dále zvyšovat riziko nákazy HIV infikovanými krevními transfúzemi. *Leishmanióza* je parazitické onemocnění přenášené písečnými blechami, které se vyskytuje ve třech podobách a může zasahovat buď vnitřní orgány, kůži nebo sliznice. Stejně jako malárie zvyšuje virovou

nálož HIV v těle nakaženého a rovněž bývá častou oportunní infekcí nemocných AIDS. *Hlístové a vlasovcové infekce* snižují obranyschopnost organismu vůči viru HIV, mají negativní vliv na výživový status a zhoršují průběh některých typů malárie. Děti vystavené hlístovým infekcím ještě v děloze matky a ty, které vyrůstají v parazitickém prostředí, trpí později chronickou poruchou imunitního systému, která zvyšuje riziko nákazy HIV.

Dalším parazitickým onemocněním, které dle Eileen Stillwaggon výrazně zvyšuje riziko nákazy HIV, je *schistosomiáza*, zejména pak její urogenitální forma. Způsobují ji krevní motolice rodu *Schistosoma*, jejichž samičky uvolňují vajíčka opatřená drobnými bodlinkami, která pronikají do různých orgánů a poškozují je. Zdrojem nákazy je sladká voda kontaminovaná stolicí a močí infikovaných lidí nebo primátů. Zde se za teplých klimatických podmínek dostávají motolice do těl plžů, kde se vyvíjejí a následně jsou z těla plže vyloučeny tzv. *cerkariie*. Ty se pak dokáží přenést na člověka již během několika minut; k nákaze stačí krátkodobý styk lidské pokožky s cercariemi, které jsou schopny do ní velmi rychle proniknout. K nákaze však může dojít nejen ve vodě během koupání, praní prádla, mytí nádobí, nošení vody nebo náboženských obřadech, ale i v bažině nebo rýžových polích. Další vývoj motolic probíhá již v krevním systému, kde se v podstatě nepřetržitě množí. Endemický výskyt nemoci byl zaznamenán především v tropických oblastech v okolí velkých vodních ploch a vodních toků, což podle E. Stillwaggon koreluje s výskytem onemocnění HIV/AIDS. Nejrozšířenějším, a z hlediska nákazy HIV/AIDS nejnebezpečnějším, druhem schistosomiázy je její urogenitální forma, postihující močový měchýř, a u žen navíc děložní hrdlo a pochvu, kam schistosomy kladou vajíčka a způsobují tak úpornou bolest při pohlavním styku. Dle E. Stillwaggon je právě genitální schistosomiáza významným rizikovým faktorem pro nákazu HIV/AIDS, jelikož genitální léze způsobené vajíčky schistosomy umožňují snadný vstup viru HIV přímo do krevního oběhu. Kromě toho schistosomiáza, stejně jako jiná parazitická onemocnění, zvyšuje virovou nálož v těle nakažených HIV a způsobuje anémii a proteinový deficit, což má rovněž negativní vliv na riziko nákazy HIV (Stillwaggon 2005).

3.1.1.3 *Sexuálně přenosné choroby*

Dalším významným kofaktorem, který podle E. Stillwaggon zvyšuje riziko přenosu viru HIV, jsou sexuálně přenosné choroby. Ty jsou mezi chudým africkým obyvatelstvem značně rozšířené a v mnoha případech nejsou léčené. Důvodem je především nedostatek vody a dalších prostředků osobní hygieny, nízká informovanost, špatný přístup k lékařské péči nebo strach nemocných ze stigmatizace, kvůli kterému své onemocnění často tají. Pohlavně

přenosné choroby, zejména genitální vředy, několikanásobně zvyšují riziko přenosu HIV: pro HIV negativní osobu přítomnost některé ze sexuálně přenosných chorob zvyšuje riziko získání HIV, u HIV pozitivního člověka pak pohlavní choroby zvyšují virovou nálož HIV. Přítomnost sexuálně přenosné choroby u těhotné ženy rovněž zvyšuje riziko vertikálního přenosu HIV z matky na dítě (Stillwaggon 2005).

Eileen Stillwaggon dále upozorňuje i na další faktory, které negativně ovlivňují šíření epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe. Mezi ně patří především rychlá a překotná urbanizace a pracovní a jiná migrace, které jsou však stejně jako podvýživa a různá onemocnění pouze důsledkem špatné ekonomické situace nejchudšího obyvatelstva zasažených zemí.

3.2 ANALÝZA MOŽNÝCH PŘÍČIN EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE

Jak již bylo několikrát zmíněno výše, Afrika představuje z hlediska epidemie HIV/AIDS smutný světový fenomén – od zbytku světa se významně liší nejen enormním rozsahem epidemie, ale i strukturou nakaženého obyvatelstva. Pátráme-li proto po příčinách této „unikátní“ epidemie HIV/AIDS na africkém kontinentu, je třeba se v prvé řadě zaměřit na jeho zvláštnosti a specifika, která činí tento kontinent jedinečným, ale také mnohem zranitelnějším a náchylnějším k šíření epidemie HIV/AIDS oproti jiným kontinentům. Jedno z možných vysvětlení nabízí výše uvedená teorie profesorky Eileen Stillwaggon, která v této souvislosti považuje za klíčové environmentální a biologické faktory. Celkově špatné životní podmínky chudých obyvatel subsaharské Afriky mající negativní dopady na jejich celkové tělesné zdraví jsou podle ní ideální živnou půdou pro šíření epidemií jakýchkoli infekčních chorob, včetně HIV/AIDS. Ačkoli se teorie profesorky Stillwaggon na první pohled jeví jako zcela logická, existují i další hypotetické příčiny epidemie HIV/AIDS v regionu subsaharské Afriky.

Obecně lze teorie zabývající se příčinami šíření epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe rozdělit do dvou kategorií – podle jedné z nich je určujícím faktorem *chování*, zatímco podle druhé *prostředí*. Důvodů, proč je právě region subsaharské Afriky oproti jiným částem světa zasažen do takové míry, však může být celá řada, mohou být společně provázané a vzájemně se ovlivňovat. Z tohoto hlediska se tedy čistě behaviorální nebo čistě environmentální vysvětlení jeví jako nedostačující. Při hledání příčin epidemie HIV/AIDS je proto třeba postupovat interdisciplinárně, chápat problém jako komplexní a zaměřit se na všechny aspekty a specifika afrického kontinentu, která mohou mít vliv na rozdíly v prevalenci

HIV/AIDS nejen z globálního hlediska, ale i v rámci regionů a států subsaharské Afriky, a v neposlední řadě i uvnitř jednotlivých států.

Z tohoto pohledu se tedy jeví jako vhodnější teorie Chrystelle Tsafack Temah, podle které existují tři určující determinanty, které mají vliv na šíření epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe, a sice: *socioekonomické determinanty* (národní příjem, chudoba domácností a jednotlivců, nerovnost příjmů, genderová diskriminace, vzdělání, migrace populace, urbanizace, přístup k informacím, dostupnost zdravotní péče a vládnutí); *sociokulturní determinanty* (náboženské a kulturní praktiky, věk na začátku sexuální aktivity, etnická diverzita a ozbrojené konflikty) a *epidemiologické determinanty* (fáze epidemie, léčba sexuálně přenosných chorob, výživa, užívání kondomu a mužská obřízka) (Temah 2009: 42–52).

Rovněž Adéla Mojžíšová a Kateřina Kašová rozdělují determinanty šíření epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe do třech kategorií: *politicko-ekonomické faktory* (nedostatečné vládní i nevládní intervence v oblasti HIV/AIDS, občanské války a válečné konflikty, chudoba, zhoršené socio-ekonomické postavení žen, špatná dostupnost zdravotní péče, migrace, význam turistického ruchu pro ekonomiky afrických států, extrémní sucho); *behaviorální faktory* (ekonomické aspekty spojené se sexem, nerovná pozice žen v sexuálních vztazích, vysoký výskyt pohlavně přenosných chorob, používání kondomů) a *kulturní faktory* (vztah komunity k onemocnění HIV/AIDS, obecné povědomí o HIV/AIDS a jeho prioritizace, stigmatizace HIV/AIDS) (Mojžíšová, Kašová 2004: 22–31).

Pro účely této diplomové práce nám poslouží obě výše zmíněné teorie, které zkompilujeme a na jejich základě rozdělíme hypotetické příčiny epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe do pěti vlastních kategorií a podkategorií: *environmentální faktory* (geografické a klimatické podmínky a přítomnost tropických onemocnění); *epidemiologické faktory* (vzájemná interakce HIV/AIDS a jiných onemocnění, podvýživa/nedostatečná výživa); *politicko-ekonomické faktory* (války a konflikty, neochota/neschopnost vlád, chudoba a výše národního příjmu, pracovní migrace, urbanizace, komerční sex, vzdělání a přístup k informacím, dostupnost zdravotní péče); *socio-kulturní faktory* (náboženské a kulturní zvyklosti, stigmatizace HIV/AIDS, nerovné postavení žen) a *behaviorální faktory* (sexuální chování, používání kondomů). Nutno však zdůraznit, že neexistuje jasná hranice mezi těmito kategoriemi a jejich jednotlivé aspekty se mohou do jisté míry prolínat či přímo překrývat, v neposlední řadě pak vzájemně ovlivňovat.

3.2.1 Environmentální faktory

3.2.1.1 Geografické a klimatické podmínky a přítomnost tropických onemocnění

Přestože by se mohlo na první pohled zdát, že přírodní podmínky afrického kontinentu nijak nesouvisí se sexuálně přenosným onemocněním HIV/AIDS, opak může být pravdou. Oblast subsaharské Afriky se rozkládá v oblasti mezi subtropickými pásy obou polokoulí, leží tedy převážně v tropických a rovníkových zeměpisných šířkách a je tak nejteplejším kontinentem. Zejména rovníkové oblasti s tropickými deštnými pralesy, které se táhnou od Ugandy přes Středoafričskou republiku, Konžskou demokratickou republiku, Kongo, Gabon, Rovníkovou Guineu, část Kamerunu, jižní Nigérii až k pobřeží západní Afriky u Guinejského zálivu Guineu, Guineu-Bissau a Senegal (deštné pralesy se rovněž nachází na východním pobřeží Madagaskaru), nejsou pro život člověka příliš vhodné (Klíma 2012: 25). Oblasti subsaharské Afriky s tropickým horkým a vlhkým klimatem jsou kromě jiného domovem velkého množství endemických mikroskopických škůdců a parazitů, kteří na člověka přenášejí celou řadu závažných tropických nemocí. Zvláštní podskupinu těchto tropických onemocnění pak tvoří tzv. *Neglected Tropical Diseases (NTDs)*, které se vyskytují převážně u nízkopříjmových obyvatel venkova a chudinských městských čtvrtí. Jedná se zpravidla o chronická a často zmrzačující onemocnění, která výrazně omezují život postižených. Vzhledem k tomu, že se převážná část subsaharské Afriky nachází v tropickém podnebném pásmu a více než polovina jejích obyvatel žije pod oficiálně uznanou hranicí chudoby 1,25 USD na den, představuje tato oblast ideální půdu pro NTDs.

NTDs se dělí celkem do šesti kategorií podle původce vzniku infekce:

- *Prvokové (parazitické) infekce* – do této skupiny patří např. amébiáza, balantidióza, Chagasova choroba, giardióza, africká trypanozomiáza (spavá nemoc), leishmanióza;
- *hlístové infekce* – např. tenióza, cysticerkóza, drakunkulóza (guinejský červ), echinokokóza, lymfatická filarióza, onchocerkóza (říční slepota), schistosomiáza (bilharzióza), půdně přenosné helmintózy (tzv. *STH* z anglického *Soil-transmitted Helminthiases*, kam patří askarióza, měchovcové infekce, trichurióza nebo strongyloidiáza), toxocariasis a další;
- *virové infekce* – např. horečka dengue, japonská encefalitida, žlutá horečka, vztekliná;
- *bakteriální infekce* – bartonellóza, tuberkulóza, vřed buruli, cholera, úplavice, salmonela, infekce vyvolané bakterií *E.coli*, lepra, leptospiróza, trachom, syfilis nebo frambézie;

- *houbové infekce* – mycetom a parakokcidioidomykóza;
- *vnější cizopasně infekce* – svrab a myiáza (PLoS Medicine 2016).

Svůj název „*neglected*“, tedy „*opomíjené*“ tropické nemoci si tyto nemoci vysloužily právě proto, že se vyskytují převážně u nejchudších obyvatel subsaharské Afriky (i jinde ve světě) a jejich léčba a prevence tak bývá často opomíjena a upozadřována za snahami o snížení prevalence tzv. „*velké trojky*“ – HIV/AIDS, tuberkulózy a malárie. A to i přesto, že tato onemocnění mají jen v subsaharské Africe ročně na svědomí přibližně 534 tis. úmrtí, výrazně snižují kvalitu života nakažených a u dětí ohrožují jejich zdravý fyzický a mentální vývoj. Navíc v řadě případů byla prokázána jejich vzájemná interakce s onemocněním HIV/AIDS (ale i tuberkulózou, malárií a dalšími onemocněními), kdy výše uvedené infekce mohou snižovat odolnost člověka vůči viru HIV a naopak zvyšovat virovou nálož v těle HIV pozitivního a tím i jeho potencionální nebezpečnost. Navíc mají negativní vliv na výživový status nemocných, zapříčiňují anémii a množství dalších negativních implikací, které dále zhoršují susceptibilitu člověka vůči HIV/AIDS. Přehled nejrozšířenějších „*opomíjených*“ tropických nemocí, vyskytujících se v subsaharské Africe je uveden v Tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: *Prevalence a distribuce NTDs v subsaharské Africe*

Table 2. Ranking of Neglected Tropical Diseases (NTDs) in SSA by Prevalence and Distribution.

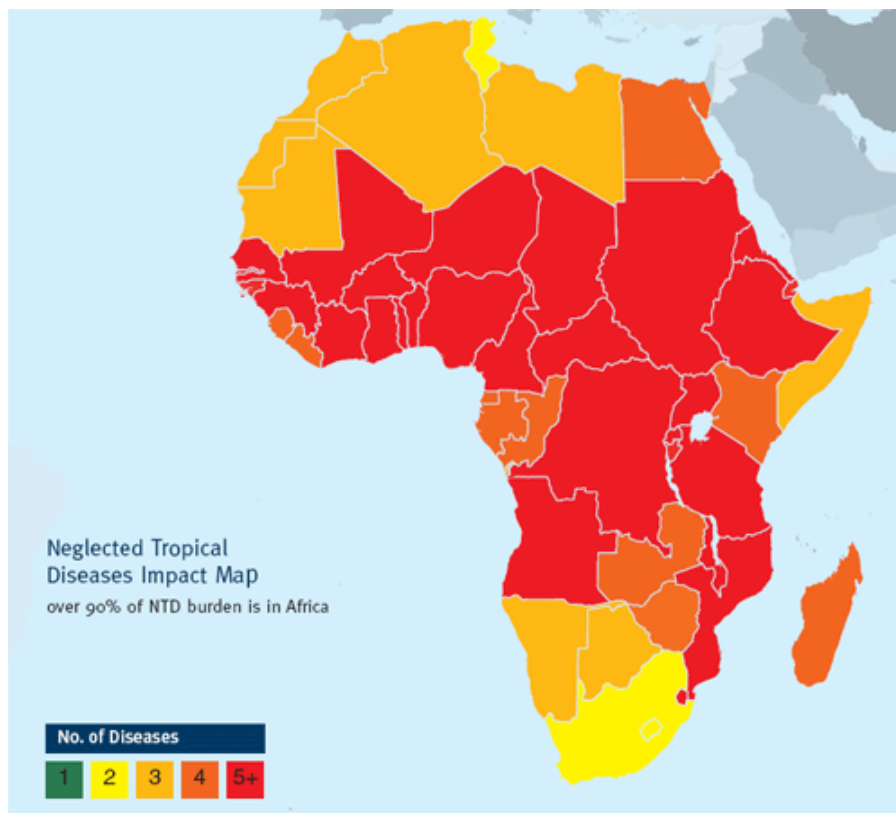
Disease	Estimated Population Infected in SSA	Estimated % of SSA Population Infected	Estimated % Global Disease Burden in SSA	Reference
Hookworm	198 million	29% ^a	34% ^b	[3,24]
Schistosomiasis	192 million	25%	93%	[21]
Ascariasis	173 million	25% ^a	21% ^{2b}	[3,24]
Trichuriasis	162 million	24% ^a	27% ^b	[3,24]
Lymphatic filariasis	46–51 million	6%–9%	37%–44% ^c	[25–28]
Onchocerciasis	37 million	5%	>99%	[15,29]
Active trachoma	30 million	3%	48%	[30]
Loiasis	≤13 million	1%–2%	100%	[31,32]
Yellow fever	180,000	0.02%	90%	[33,34]
Human African trypanosomiasis	50,000–70,000 (17,000 new cases annually)	<0.01%	100%	[39,40]
Leprosy	30,055 (registered prevalence); 21,037 new cases in 2007	<0.01%	14%	[35]
Leishmaniasis (visceral)	19,000–24,000 new cases annually in Sudan and Ethiopia	<0.01	ND	[41–44]
Dracunculiasis	9,585	<0.01%	100%	[36]
Buruli ulcer	>4,000	<0.01%	57%	[37,38]

^aBased on reported 2003 population of 683,330,334 [24]. For all other estimated population prevalence, we use the 2005 value of 764,328,000 published by the United Nations, <http://esa.un.org/unpp/>, and querying sub-Saharan Africa and 2005, accessed July 29, 2009.
^bCalculated from global burden data from [48].
^cThe lower value is from [3,26,27]; the higher value from [25].
doi:10.1371/journal.pntd.0000412.t002

Zdroj: PLoS Medicine, *Ranking of Neglected Tropical Diseases (NTDs) in SSA by Prevalence and Distribution*

Výše uvedené tropické nemoci se navíc zpravidla neobjevují izolovaně – ve většině zemí subsaharské Afriky (i v jiných zemích tropických a subtropických oblastí) se ve stejném regionu obvykle vyskytuje současně minimálně pět až šest NTDs (Hotez et al 2006: 577), což je patrné i z Obrázku č. 10.

Obrázek č. 10: Výskyt „opomíjených“ tropických nemocí v subsaharské Africe



Zdroj: Imperial College London, *Distribution of Neglected Tropical Diseases in Africa*

Z 56 zemí světa, kde se vyskytuje pět a více NTDs současně, se jich přitom jen v subsaharské Africe nachází celkem 40 (dále 9 v Asii, 5 v Americe a 2 na Středním Východě). K nejrozšířenějším NTDs patří *půdně přenosné helmintózy (STH)*⁶, *schistosomiáza*⁷, *lymfatická filarióza*⁸, *trachom*⁹ a *onchocerkóza*¹⁰, kterými v subsaharské Africe trpí asi 500

⁶ Parazitická onemocnění způsobená cizopasnými červy žijícími v půdě.

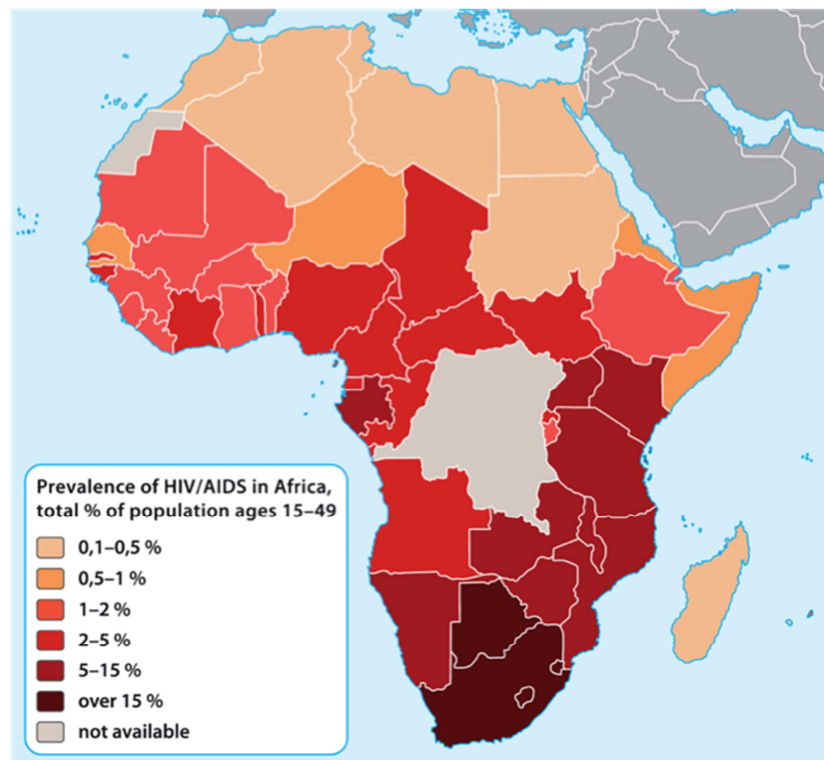
⁷ Parazitické onemocnění způsobené krevními motolicemi rodu *Schistosoma* (krevnička), přenášené na člověka z kontaminované vody.

⁸ Parazitické onemocnění přenášené na člověka bodnutím komára, rovněž označované jako *elefantiáza – sloní choroba*.

⁹ Infekční onemocnění oka způsobené bakterií *Chlamydia trachomatis* přenášené na člověka mouchami.

mil. lidí, zejména těch nejchudších, přičemž na Afriku připadá 100 % všech případů drakunkulózy na světě, 99 % světových případů onchocerkózy, více než 90 % případů schistosomiázy na světě, asi 40 % světových případů lymfatické filariózy a trachomy a přibližně třetina všech infekcí na světě způsobených měchovci (Hotez 2013: 7). Jelikož tato onemocnění mají kromě jiného i nepříznivý vliv na fyzický i duševní vývoj dětí, těhotenství a produktivitu práce, tvoří tak začarovaný kruh, který brání těmto nejchudším obyvatelům vymanit se z pasti chudoby (Hotez, Kamath 2009: 1).

Obrázek č. 11: Výskyt HIV/AIDS v subsaharské Africe



Zdroj: Orbis Biosciences, převzato z UNICEF, *Prevalence of HIV/AIDS in Africa total % of population ages 15-49*

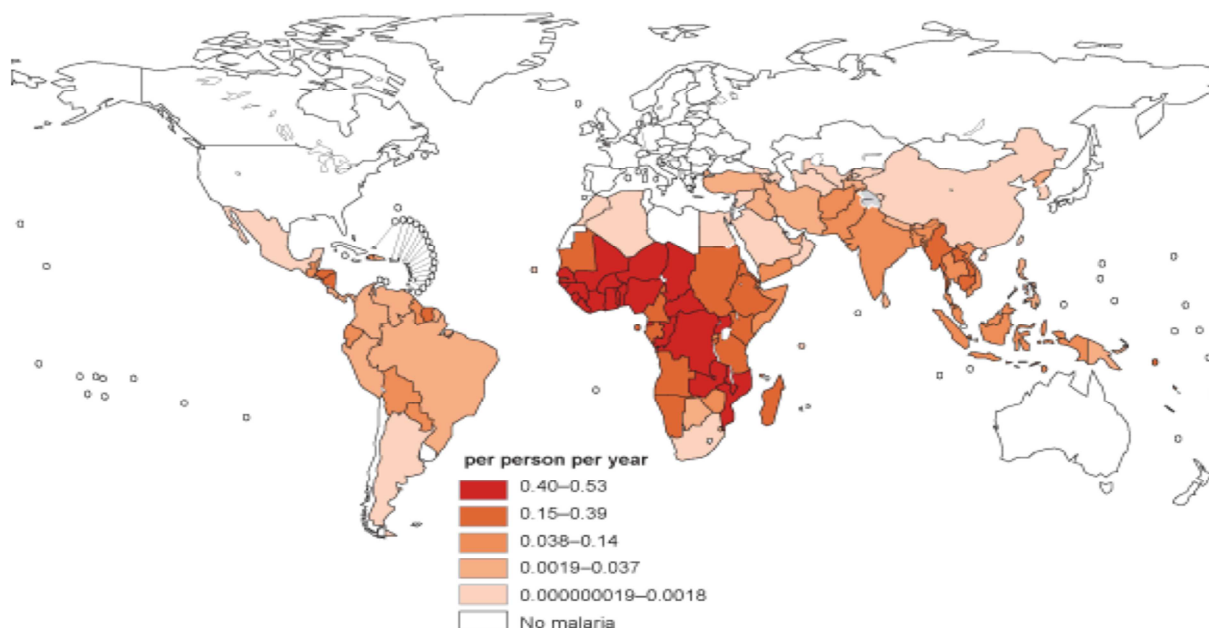
Porovnáme-li mapu výskytu „opomíjených“ tropických onemocnění, lze zpozorovat, že se do určité míry kryje s mapou výskytu HIV/AIDS (Obrázek č. 11), ačkoli v oblastech s vyšší prevalencí HIV/AIDS se vyskytuje menší počet NTDS než v oblastech s menší prevalencí HIV/AIDS. Přesto však i výskyt byť „jen“ jediné „opomíjené“ tropické nemoci může mít značné negativní implikace na šíření onemocnění HIV/AIDS. Ve třinácti zemích subsaharské

¹⁰ Parazitické onemocnění způsobené hlístem *Onchocerca volvulus* přenášené na člověka muchničkou, označované též jako říční slepota.

Afriky nejvíce zasažených epidemií HIV/AIDS (Jihoafrická Republika, Lesotho, Svazijsko, Botswana, Namibie, Zimbabwe, Mosambik, Malawi, Zambie, Tanzanie, Keňa, Uganda, Gabon) se v devíti z nich vyskytuje čtyři a více NTDs současně, ve zbylých čtyřech pak dvě až tři NTDs současně. Ve všech zemích subsaharské Afriky s prevalencí HIV/AIDS vyšší než 1 % populace se pak vyskytují alespoň dvě NTDs současně, ve většině zemí však pět a více současně. Vědci v této souvislosti stále více hovoří o tzv. *geografickém překryvu* (z anglického *geographic overlap*), kdy se nejvyšší výskyt „opomíjených“ tropických nemocí (STH, schistosomiáza, onchocerkóza, lymfatická filarióza, trachom) geograficky překrývá s vysokým výskytem malárie a HIV/AIDS a dochází tak ke vzájemné interakci těchto nemocí (Hotez 2006, 2009, 2013, Simon 2015). Africkému kontinentu tak patří nejen smutné prvenství v prevalenci HIV/AIDS na světě, ale rovněž zde žije přibližně 100 milionů lidí trpících některou z půdně přenosných helmintóz a asi 200 milionů lidí nakažených schistosomiázou. Právě u schistosomiázy, resp. u její urogenitální formy, je pak geografický překryv nejpatrnější, a to zejména v zemích jižní a východní Afriky (Keňa, Mosambik, Jihoafrická Republika, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe) a v západoafrickém Kamerunu (Simon 2015: 54).

Kromě „opomíjených“ tropických nemocí je převážná část subsaharské Afriky oblastí s vysokým výskytem *malárie*, která může mít rovněž významný negativní vliv na šíření onemocnění HIV/AIDS tím, že zvyšuje virovou nálož v těle HIV pozitivního a tím i jeho potencionální nebezpečnost. Odhaduje se, že v roce 2015 se na světě objevilo zhruba 214 milionů případů malárie, která měla v témže roce na svědomí přibližně 438 tisíc úmrtí, přičemž 90% těchto úmrtí připadalo na oblast subsaharské Afriky a velkou část z nich představovaly děti (WHO 2015). Z Obrázku č. 12 je pak patrné, že i zde do jisté míry dochází k výše zmíněnému geografickému překryvu malarické oblasti s oblastí zasaženou epidemií HIV/AIDS, avšak stejně jako v případě NTDs jsou malárií více zasaženy oblasti s menší prevalencí HIV/AIDS.

Obrázek č. 12: Výskyt malárie v roce 2011



Zdroj: Malaria.com, *Malaria incidence rates, 2011*

3.2.2 Epidemiologické faktory

3.2.2.1 Vzájemná interakce HIV/AIDS a „opomíjených“ tropických nemocí

Již v úvodní části této diplomové práce (viz Tabulka č. 1) i ve výše popsané teorii profesorky Stillwaggon bylo zmíněno, že přenos viru HIV sexuální cestou, která je nerozšířenější formou přenosu HIV v subsaharské Africe, je u jinak zdravých jedinců poměrně neúčinným způsobem přenosu. Ani potenciálně odlišné sexuální chování Afričanů a nepoužívání kondomů by tak velmi pravděpodobně samo o sobě nestačilo ke vzniku epidemie HIV/AIDS takového rozsahu, v jakém je africký kontinent zasažen. Důvodem, proč je v oblasti subsaharské Afriky přenos viru HIV sexuální cestou účinnější a nechráněný pohlavní styk rizikovější, tak mohou být další zdravotní problémy, kterými do jisté míry trpí převážná část tamní populace, a to zejména té nejchudší. Tzv. „opomíjené“ tropické nemoci, sexuálně přenosné choroby (*STDs*, z anglického *sexually transmitted diseases*) nebo podvýživa (nedostatečná výživa) totiž mohou do značné míry negativně ovlivňovat vulnerabilitu jedince vůči nákaze virem HIV a naproti tomu zvyšovat virovou nálož v těle HIV pozitivního a zvyšovat tak jeho potenciální nebezpečnost.

Teoreticky každý obyvatel subsaharské Afriky žijící pod hranicí chudoby 1,25 USD na den (pod hranicí chudoby žije více než polovina africké populace) trpí jednou či více ze sedmi

nejběžnějších NTDs. Výzkumy prováděné v řadě rozvojových zemí navíc ukazují, že u chudé populace je běžný tzv. *polyparazitismus*, kdy jsou lidé napadeni několika parazity současně (např. děti školního věku běžně vykazují tři druhy půdně přenosných helmintů), což má za následek další negativní implikace na schistosomiázu, lymfatickou filariózu, onchocerkózu a trachom (Hotez 2013: 197). *V souvislosti s HIV/AIDS pak bylo prokázáno, že přítomnost parazitických červů v těle ovlivňuje imunitní systém hostitele natolik, že lidé infikovaní HIV/AIDS vykazují několikanásobně vyšší virovou nálož HIV než lidé bez parazitických onemocnění, čímž se stávají potencionálně nebezpečnějšími pro přenos viru HIV* (Hotez 2013: 205). To potvrzuje například studie prováděná v Etiopii, při které bylo prokázáno, že anti-parazitická léčba výrazně zvýšila množství T-lymfocytů CD4, které jsou zodpovědné za tvorbu protilátek v imunitním systému, v těle nemocných a současně snížila virovou nálož HIV. U matek trpících některou z parazitických infekcí byla navíc prokázána zvýšená pravděpodobnost vertikálního přenosu HIV/AIDS z matky na dítě z důvodu vyšší virové nálože HIV v těle matky. Infekce cizopasných červů mají totiž kromě jiného negativní vliv na činnost imunitního systému, kde snižují vrozenou imunitu hostitele vůči viru HIV, podporují virovou replikaci viru HIV a snižují množství T-lymfocytů v těle nakaženého (Simon 2015: 55).

Obzvláště nebezpečným onemocněním ve vztahu k HIV/AIDS je pak *schistosomiáza*, kterou trpí přibližně 400-600 milionů lidí na světě, z toho více než 90 % v subsaharské Africe (Hotez 2013: 41). Jak již bylo zmíněno, schistosomiáza je způsobena krevními motolicemi rodu *Schistosoma* (krevnička), jejichž samičky uvolňují vajíčka opatřená drobnými bodlinkami, která pronikají do různých orgánů a poškozují je. Zdrojem nákazy je sladká voda kontaminovaná stolicí a močí infikovaných lidí nebo primátů. Zde se za teplých klimatických podmínek dostávají motolice do těl plžů, kde se vyvíjejí a následně jsou z těla plže vyloučeny tzv. *cerkarie*. Ty se pak dokáží přenést na člověka již během několika minut; k nákaze stačí krátkodobý styk lidské pokožky s cercariemi, které jsou schopny do ní velmi rychle proniknout. K nákaze může dojít ve vodě během koupání, rybaření, praní prádla, mytí nádobí, nošení vody nebo náboženských obřadech, ale i v bažině nebo rýžových polích. Další vývoj motolic probíhá již v krevním systému, kde se v podstatě nepřetržitě množí (Stillwaggon 2005, Hotez 2013).

Z hlediska HIV/AIDS představuje největší nebezpečí urogenitální forma schistosomiázy způsobená motolicemi rodu *Schistosoma haematobium*, která je zodpovědná za zhruba 63 % všech případů schistosomiázy na světě a která postihuje zejména močový měchýř a ledviny a

u žen navíc reprodukční orgány. Nejvíce ohroženy jsou ženy a dívky, u kterých vajíčka Schistosomy v genitálním traktu způsobují kromě jiného i genitální léze a zánětlivý efekt v oblasti vulvy, vaginy, děložního hrdla a dělohy, které následně výrazně zvyšují riziko nákazy HIV při pohlavním styku, jelikož umožňují snadný vstup viru HIV prostřednictvím genitálních lézí přímo do krevního oběhu (Hotez 2013: 46). *Nejnovější poznatky ukazují, že africké ženy trpící urogenitální formou schistosomiázy jsou vystaveny třikrát až čtyřikrát vyššímu riziku nákazy virem HIV než zdravé ženy* (Hotez 2013: 205). Kromě toho má *S. haematobium* řadu dalších negativních implikací na lidské zdraví, jako je karcinom močového měchýře, hematurie (krev v moči), chronická bolest břicha, anémie, podvýživa a u dětí pak zpomalení růstu a mentálního vývoje, což má v konečném důsledku vliv na snížení produktivity práce u dospělých a pokles školní docházky u dětí. U žen navíc schistosomiáza (ale i měchovcové infekce či trichurióza) zvyšuje riziko úmrtí během těhotenství a při porodu a způsobuje nízkou porodní váhu u novorozenců. Jedná se pravděpodobně o nejrozšířenější gynekologické onemocnění, kterým trpí ženy v subsaharské Africe (Hotez 2013: 48–51).

3.2.2.2 *Vzájemná interakce HIV/AIDS a sexuálně přenosných nemocí*

Vzhledem k tomu, že přibližně 90 % všech infekcí HIV/AIDS u dospělých na světě je způsobeno sexuální cestou, další významnou kapitolu ve vztahu k onemocnění HIV/AIDS představují sexuálně přenosné choroby. Novodobé výzkumy ukazují, že existuje dvojí vztah mezi onemocněním HIV/AIDS a ostatními sexuálně přenosnými chorobami – u HIV pozitivního člověka ostatní STDs zvyšují jeho infekčnost tím, že usnadňují vylučování viru HIV v genitálním traktu, u HIV negativního člověka pak STDs vzhledem k zánětlivému efektu a narušování sliznicových bariér v genitálním traktu zvyšují jeho náchylnost k viru HIV (Fleming, Wasserheit 1999: 4).

Některé sexuálně přenosné choroby mohou zvyšovat pravděpodobnost získání viru HIV i více než třikrát. Původci STDs může být více než 30 druhů různých bakterií, virů a parazitů, které jsou přenašeny primárně sexuálním kontaktem (vaginálním, análním či orálním), ale některé z nich i krví nebo z matky na dítě během těhotenství či porodu. K nejběžnějším léčitelným sexuálně přenosným onemocněním, která mohou zvyšovat riziko nákazy virem HIV, patří trichomoniáza, kapavka, chlamydie a syfilis, nejrozšířenějším neléčitelným sexuálně přenosným onemocněním, které významně zvyšuje riziko získání HIV/AIDS, je pak genitální herpes, jehož virus zůstává přítomen v těle po celý život, ačkoli lze mírnit frekvenci a příznaky onemocnění (ReproNet Africa 2014).

Například *kapavka* a *chlamydiové infekce* usnadňují vylučování viru HIV v genitálním traktu nemocného HIV/AIDS, čímž zvyšují jeho potenciaální rizikovost. Například studie prováděná u 135 mužů v Malawi ukázala, že koncentrace viru HIV ve spermatu byla osmi až desetinásobně vyšší u mužů trpících *uretritidou* (zánět močové trubice) a *kapavkou* než u mužů bez těchto pohlavních chorob. Následně již po dvou týdnech léčby uretritidy, resp. kapavky u těchto mužů se koncentrace viru HIV v jejich semeni snížila přibližně o dvě třetiny, čímž se dostala na úroveň mužů bez uretritidy, resp. kapavky. Zkoumání byli podrobeni rovněž HIV pozitivní muži v keňském Nairobi trpící současně kapavkou. V jejich spermatu byla zaznamenána několikanásobně vyšší koncentrace viru HIV než u mužů bez kapavky. Po úspěšném vyléčení kapavky se pak následně koncentrace viru HIV v jejich spermatu snížila z původních 44 % na 21 %, což zhruba odpovídá koncentraci HIV ve spermatu mužů bez kapavky. Kromě toho přítomnost těchto infekcí u HIV negativních osob zvyšuje jejich náchylnost k nákaze virem HIV. Tuto souvislost lze například vyvodit ze studie prováděné v Pobřeží Slonoviny u 609 HIV pozitivních prostitutek, ve které bylo mimo jiné zjištěno, že mezi ženami trpícími kapavkou nebo chlamydiemi byl minimálně dvojnásobně vyšší výskyt HIV než u žen bez těchto pohlavních nemocí. (Fleming, Wasserheit 1999: 5–6).

Dalším sexuálně přenosným onemocněním, které hraje významnou roli při potenciaálním získání viru HIV, je *syfilis* (*příjice, lues*). *Riziko nákazy virem HIV u pacientů trpících tímto onemocněním může být totiž až třikrát vyšší, než u těch, kteří syfilis nemají* (Edwards et al 2007: 81). Důvodem jsou zejména vředy na genitálním ústrojí, které usnadňují vstup viru HIV do těla nakaženého syfilidou. Syfilis se proto velmi často vyskytuje v koinfekci s HIV/AIDS (Šmajš et al 2006). Přítomnost syfilis u HIV pozitivního jedince rovněž zvyšuje jeho potenciaální nebezpečnost pro přenos viru HIV na jinou osobu (Edwards et al 2007: 81). Kromě toho syfilis u HIV pozitivní matky zvyšuje riziko přenosu HIV/AIDS z matky na dítě (Hájek et al 2004).

Dalším sexuálně přenosným onemocněním, u kterého byla prokázána interakce s virem HIV, je *trichomoniáza*, způsobená prvokem *bičenkou poševní*. Toto onemocnění se projevuje nepříjemně zejména u žen v podobě hnisavého a svědivého vaginálního výtoku, mužům pak způsobuje *uretritidu*, která je však obvykle bez příznaků. Jedná se o nejrozšířenější sexuálně přenosné onemocnění na světě, ročně je na světě zaznamenáno přibližně 174 milionů nových případů, přičemž většina z nich se nachází v subsaharské Africe. Nejnovější poznatky ukazují, že trichomoniáza negativně ovlivňuje jak riziko získání HIV/AIDS, tak přenos viru HIV na jinou osobu, a to zejména u žen, přičemž úspěšná léčba trichomoniázy toto riziko výrazně

snižuje. Například u HIV pozitivních žen trpících současně trichomoniázou bylo zaznamenáno vyšší množství viru HIV v těle než u žen bez trichomoniázy. Rovněž procento žen trpících trichomoniázou bylo až dvojnásobně vyšší mezi HIV pozitivními ženami než u HIV negativních žen. Trichomoniáza zvyšuje riziko získání viru HIV (HIV-1) u žen tím, že způsobuje zánětlivý proces v pochvě a na děložním čípku. Ten narušuje sliznicové bariéry, mění přirozenou mikroflóru a pH v pochvě a rovněž zhoršuje imunitní odpověď organismu, čímž usnadňuje vstup viru HIV-1 do těla. U mužů se děje totéž v močové trubici. V souvislosti s přenosem HIV na jinou osobu pak trichomoniáza zvyšuje riziko přenosu tím, že usnadňuje vylučování viru HIV v genitálním traktu (Kissinger, Adamski 2013: 1-6).

Obrázek č. 13: *Odhadované nové případy kapavky, chlamydií, syfilis a trichomoniázy v roce 2008*

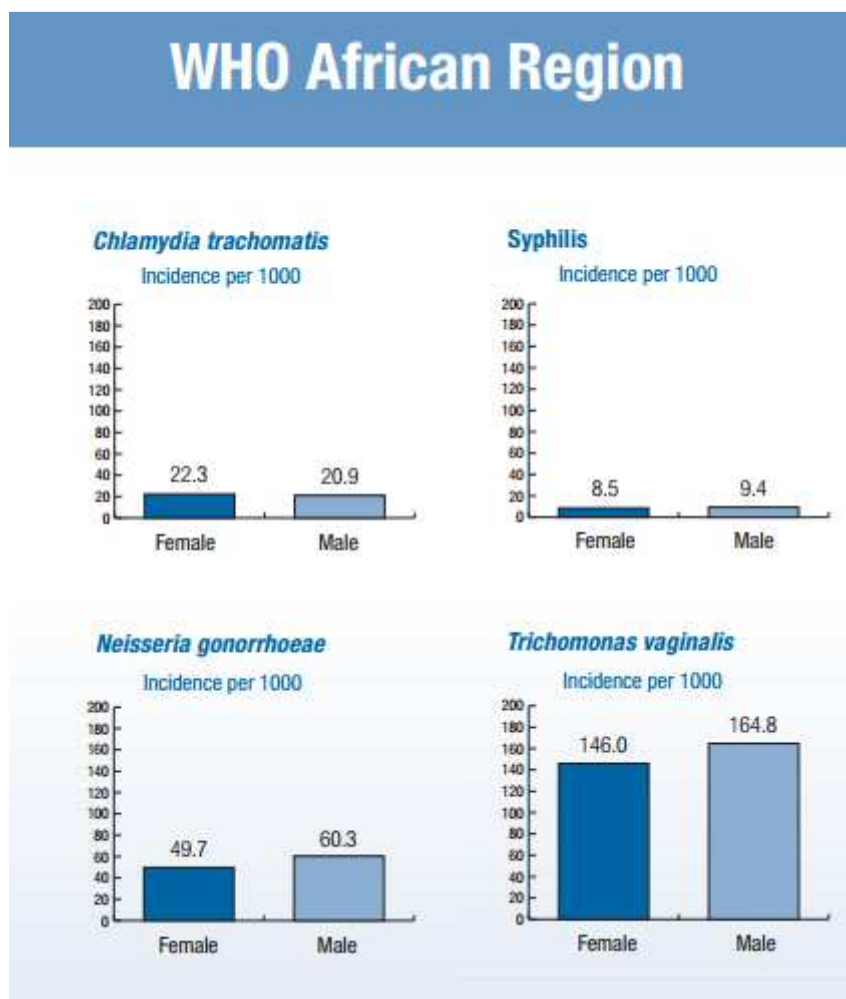


Zdroj: ReproNet Africa, převzato z WHO, *Estimated new cases of curable sexually transmitted infections (gonorrhea, chlamydia, syphilis and trichomoniasis) by WHO region, 2008*

Podle údajů *Světové zdravotnické organizace* jen v roce 2008 onemocnělo v regionu subsaharské Afriky zhruba 93 milionů lidí ve věku 15–49 let (konkrétně 92,6 milionu z 384,4 mil., což je přibližně čtvrtina) jedním ze čtyř nejrozšířenějších léčitelných sexuálně přenosných onemocnění, ke kterým patří kapavka, chlamydie, syfilis a trichomoniáza, což je přibližně pětina všech případů na světě, viz Obrázek č. 13 (WHO 2008).

Z celkového počtu odhadovaných 92,6 mil. nových případů léčitelných STDs v africkém regionu pak připadalo 59,7 mil. na trichomoniázu, 21,1 mil. na kapavku, 8,3 mil. na chlamydie a 3,4 mil. na syfilis (WHO 2008: 5). Na Obrázku č. 14 pak můžeme vidět výskyt čtyř výše zmíněných sexuálně přenosných onemocnění v subsaharské Africe vyjádřený počtem případů daného onemocnění připadajících na 1000 obyvatel afrického regionu. Nutno však podotknout, že tato čísla nemusí být zcela přesná a skutečný počet nakažených některou z výše uvedených léčitelných STDs může být v tomto regionu ve skutečnosti mnohem vyšší. Důvodem je nedostupnost lékařské péče pro obyvatele s nejnižšími příjmy, velmi častá obava z přiznání pohlavní choroby, která by mohla vést ke stigmatizaci nemocných, a rovněž počáteční asymptomatická fáze onemocnění, během které nemocní nevědí, že jsou nakaženi sexuálně přenosnou chorobou.

Obrázek č. 14: Výskyt vybraných léčitelných STDs v africkém regionu v roce 2008

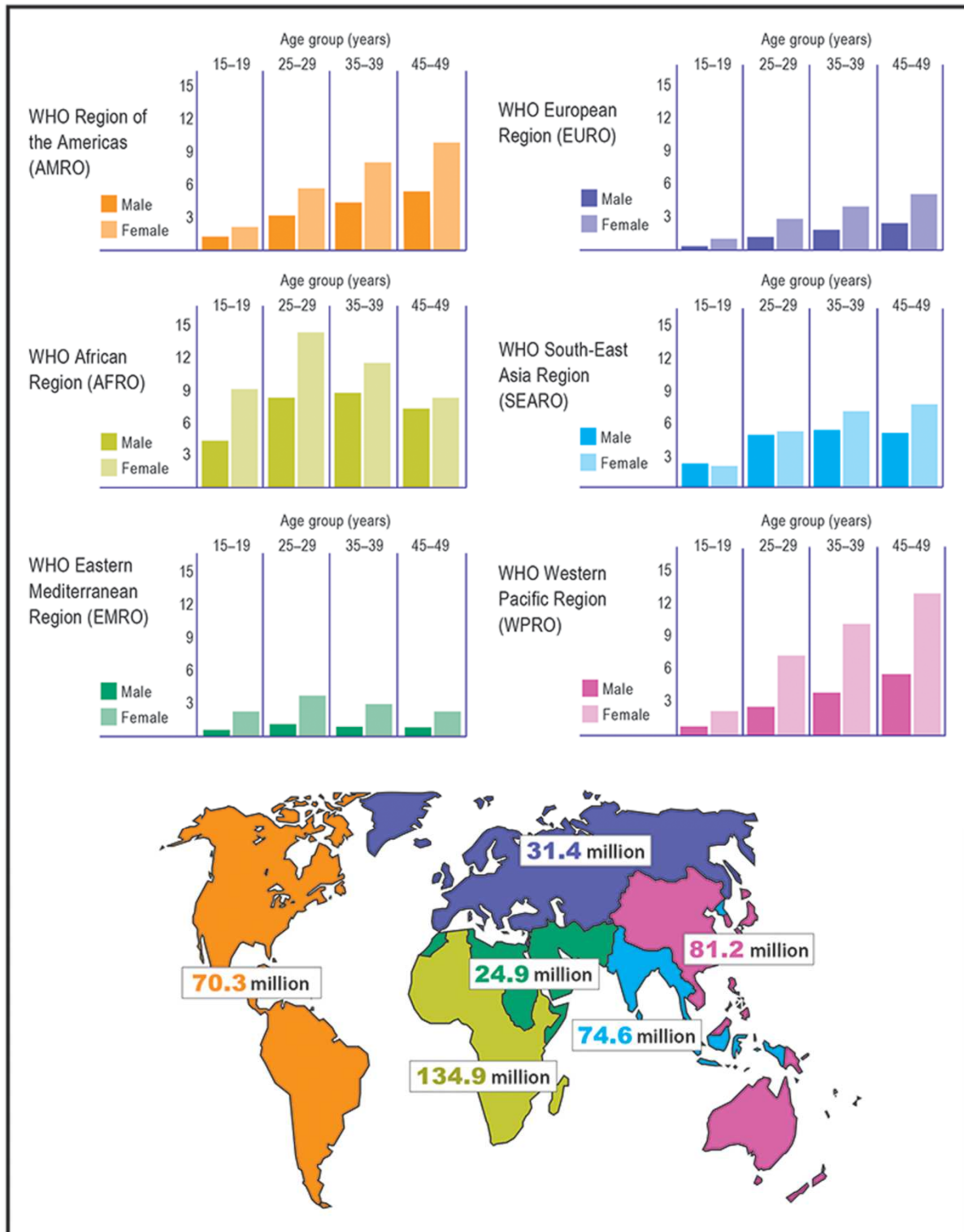


Zdroj: World Health Organization, *Global Incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008, African Region*

Dalším sexuálně přenosným onemocněním, které může zvyšovat riziko přenosu viru HIV, jsou *genitálních vředů*. Jejich přítomnost u HIV pozitivních jedinců na jedné straně výrazně zvyšuje jejich infekčnost tím, že během pohlavního styku často dochází k protržení a krvácení vředů, čímž se uvolňuje krev a sekret obsahující vir HIV. Například podle již výše zmíněné studie prováděné u 609 HIV pozitivních žen v Pobřeží Slonoviny bylo u těch z nich, které současně trpěly nějakou formou genitálních vředů, v jejich vaginálním sekretu zjištěno více než dvojnásobné množství viru HIV (55,8 % oproti 21,5 %). Na druhé straně u HIV negativních osob genitální vředy zvyšují jejich náchylnost k nákaze virem HIV, jelikož porušují celistvost sliznic v oblasti genitálií a současně aktivují a znásobují v genitálním traktu buňky náchylné k viru HIV (Fleming, Wasserheit 1999: 4).

Velmi rozšířenou sexuálně přenosnou chorobou je pak *genitální herpes* (genitální opar) způsobený virem *herpes simplex virus 2 (HSV-2)*, jehož přítomnost v těle až několikanásobně zvyšuje riziko získání viru *HIV-1* (který způsobuje přibližně 95 % všech onemocnění HIV/AIDS na světě) a může tak mít významný vliv na epidemii HIV/AIDS způsobenou virem HIV-1. Virem HSV-2 je nakaženo přibližně 417,3 milionů lidí na světě ve věku 15-49 let, přičemž asi 32 % z nich žije v subsaharské Africe, která je současně epicentrem viru HIV-1 (viz Obrázek č. 15). Důvodem zvýšeného rizika nákazy virem HIV-1 jsou především vředy v oblasti genitálií způsobené virem HSV-2, které narušují povrch kůže a sliznic a usnadňují tak vstup viru HIV-1 do těla (Seay et al 2015). Vir HSV-2 může navíc v genitálním traktu reagovat na vir HIV takovým způsobem, že usnadní jeho usazení v těle člověka a kromě toho může ovlivňovat i tvorbu protilátek proti viru HIV v těle (Fleming, Wasserheit 1999: 4). V neposlední řadě pak přítomnost viru HSV-2 v těle HIV pozitivní matky zvyšuje riziko vertikálního přenosu HIV/AIDS z matky na dítě (Hájek et al 2004). Toto onemocnění není na rozdíl od výše zmíněných STDs léčitelné, virus HSV-2 přetrvává v těle hostitele po celý život a onemocnění se objevuje v pravidelných intervalech. Vhodnou léčbou lze však snížit frekvenci propuknutí onemocnění a zmírnit jeho projevy.

Obrázek č. 15: Odhadovaný počet lidí žijících s virem HSV-2 v roce 2012

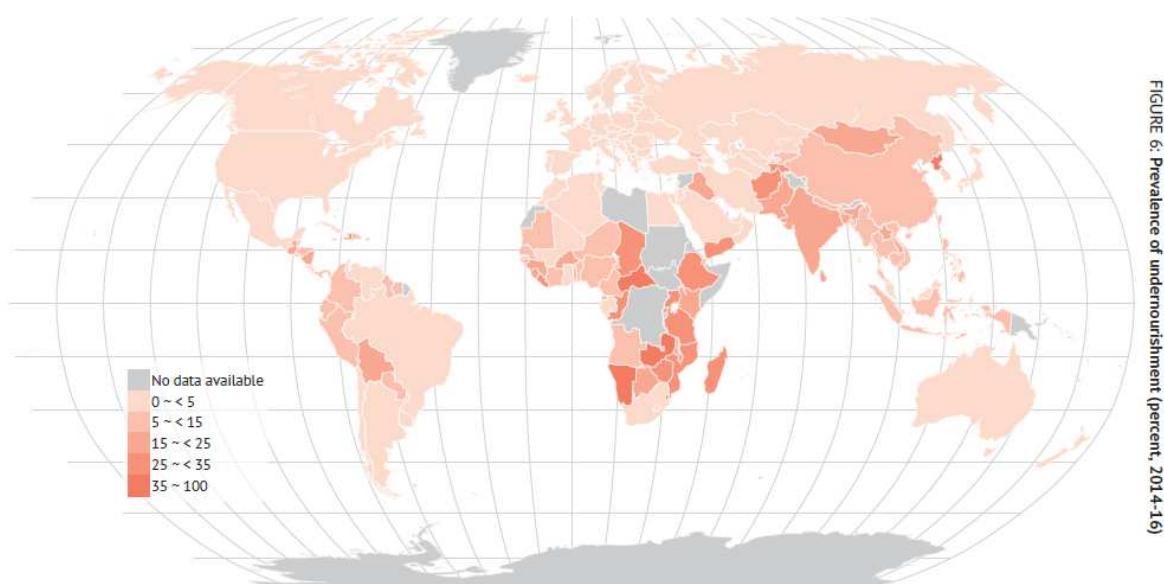


Zdroj: PLOS One, převzato z WHO, *Estimates of the number of people (in millions) with prevalent HSV-2 infection in 2012, by age, sex and WHO region*

3.2.2.3 Vliv podvýživy/nedostatečné výživy na nákazu virem HIV

Podvýživa představuje spolu s HIV/AIDS jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů afrického kontinentu. Podle odhadů FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*) z let 2014–2016 trpí podvýživou přibližně 793 milionů lidí na světě, což je přibližně 10 % světové populace, přičemž nejvíce podvyživených (19,8 %) připadá na Afriku (viz Obrázek č. 16). Podvýživou se přitom rozumí příjem menšího množství jídla, než je z výživového hlediska potřebné pro výdej energie aktivního a zdravého člověka, po dobu delší než 1 rok (FAO 2016). Z níže uvedené mapy je pak patrné, že výskyt podvýživy se stejně jako výskyt „opomíjených“ tropických nemocí a sexuálně přenosných nemocí do značné míry kryje s výskytem onemocnění HIV/AIDS.

Obrázek č. 16: Výskyt podvýživy v letech 2014-2016



Zdroj: FAO, *Prevalence of undernourishment (percent, 2014-2016)*

V souvislosti s onemocněním HIV/AIDS podvýživa výrazně zhoršuje průběh nemoci, urychluje fázi, během které se virus HIV rozvine v onemocnění AIDS a má nepříznivý vliv na účinnost antiretrovirové léčby. Kromě toho podvýživa negativně ovlivňuje imunitní systém člověka a snižuje tak jeho odolnost vůči infekčním onemocněním, včetně HIV/AIDS. V této souvislosti hovoříme o tzv. *sekundárním* či *získaném imunodeficitu (syndromu získaného selhání imunity)*, což znamená ztrátu obranyschopnosti organismu. Nejznámějším získaným imunodeficitem je právě onemocnění AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*), nejrozšířenějším sekundárním imunodeficitem je však podvýživa – *NAIDS (Nutritionally*

acquired immunodeficiency syndrome) nebo také *PEM – Protein energy malnutrition* (França et al).

Podvýživa, resp. některé z pěti nejčastějších infekčních onemocnění (zápal plic, průjmová onemocnění, malárie, spalničky a HIV/AIDS) má kromě jiného na svědomí více než polovinu všech úmrtí dětí mladších 5 let na celém světě. Existuje zde totiž silná spojitost mezi podvýživou, infekčními chorobami a dětskou mortalitou – podvýživa způsobuje, že jsou děti kvůli slabé integritě ochranných tělesných bariér (kůže a sliznice) a oslabenému imunitnímu systému náchylnější k infekcím. *Někteří odborníci se dokonce domnívají, že 32 % a více případů infekčních nemocí na světě by mohlo být vymýceno snížením podvýživy, a to zejména HIV/AIDS* (Katona, Katona-Apte 2008).

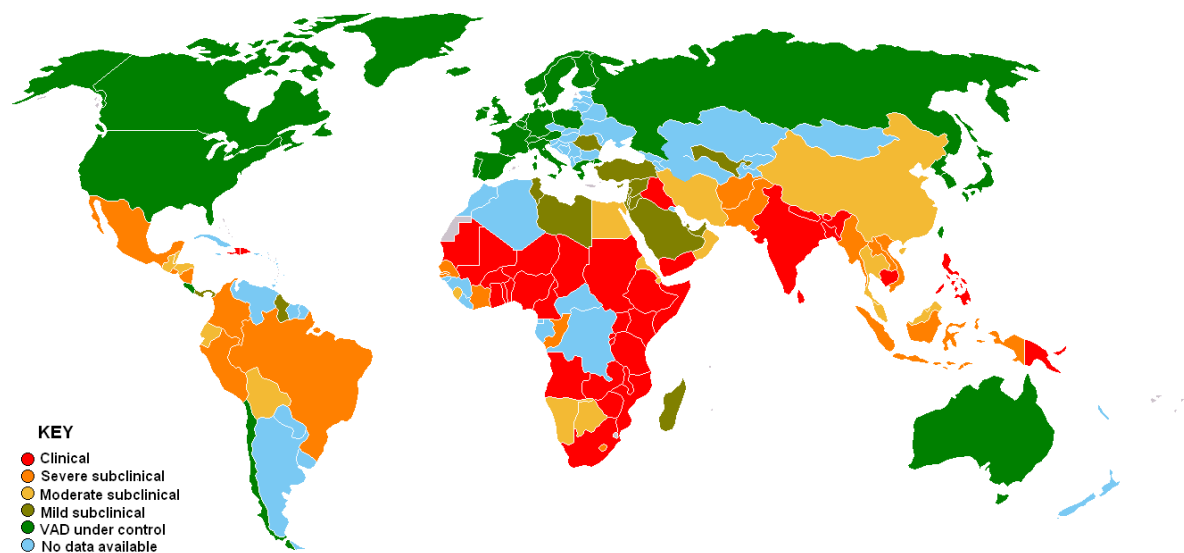
Vážná podvýživa u novorozenců a dětí vedle toho, že negativně ovlivňuje jejich přirozený růst a rozvoj intelektu, má navíc za následek předčasné *zakrnění brzlíku*. Tento lymfatický orgán má v těle mimo jiné zásadní význam pro správné fungování imunitního systému, jelikož usměrňuje správnou funkci T-lymfocytů (bílých krvinek „zodpovědných“ za obranyschopnost organismu). Pokud se brzlík v dětství nevyvine, je ohrožen i vývoj T-lymfocytů, čímž dochází k oslabení imunitního systému, které přetrvává až do dospělosti. Ve zkratce – v souvislosti s onemocněním HIV/AIDS, může mít podvýživa v dětství za následek větší náchylnost k získání viru HIV v dospělosti (Schaible, Kaufmann 2007). Obecně pak podvýživa i u dospělých oslabuje jejich imunitní systém, čím je činí náchylnější k jakýmkoli infekcím, včetně HIV/AIDS.

Kromě podvýživy může mít negativní vliv na obranyschopnost organismu vůči infekcím i nedostatek některých vitaminů a stopových prvků. Nutričním deficitem v podobě nedostatku vitaminů A, C nebo E a stopových prvků jako je železo, zinek nebo jód trpí přibližně 2 miliardy lidí na celém světě. Důvodem je zejména nevyvážená strava s nedostatkem těchto vitaminů a stopových prvků, ale i klimatické podmínky, v nichž tito lidé žijí. Následkem nutričního deficitu pak může být nejen omezení růstu a poškození mentálního vývoje u dětí, ale i nesprávný vývoj imunitního systému, který má v dospělosti za následek sníženou tvorbu protilátek v těle a tím i nižší odolnost organismu vůči infekcím. Nedostatek vitaminů a stopových prvků má navíc negativní vliv na odolnost organismu vůči parazitům, jejichž přítomností v těle se riziko nákazy virem HIV dále zvyšuje.

Například *vitamin A* má v těle význam pro stabilizaci membrán, dozrávání epitelů, integritu kůže a sliznic nebo podporu imunitních reakcí organismu. Zatímco ve vyspělých státech je jeho nedostatek v současnosti víceméně ojedinělý, v rozvojových zemích patří

k nejrozšířenějším nutričním deficitům, a to zejména u dětí a těhotných žen. Nedostatek vitamínu A je mimo jiné považován za nepřímou příčinu úmrtí velkého počtu dětí (přibližně 1,2 – 3 mil. ročně) na běžné infekce, jelikož snižuje obranyschopnost organismu a tím i odolnost vůči infekcím. Kromě snížení celkové imunity deficit vitamínu A negativně ovlivňuje kvalitu kůže a zapříčiňuje vysychání sliznic, mimo jiné vaginálních, které se jsou pak méně odolné vůči mechanickým poraněním a náchylnější k zánětům a infekcím, a to včetně HIV/AIDS (Katona, Katona-Apte 2008). Nedostatek vitamínu A kromě toho zvyšuje riziko vertikálního přenosu z HIV pozitivní matky na dítě (Hájek et al 2004). Z Obrázku č. 17 je patrné, že obyvatelé většiny zemí subsaharské Afriky trpí klinickým nedostatkem vitamínu A.

Obrázek č. 16: Výskyt deficitu vitamínu A



Zdroj: WHO, *Prevalence of vitamin A deficiency*

Železo představuje jeden z nejvýznamnějších prvků v lidském organismu, jelikož je nezbytné pro správnou funkci buněk. Významnou měrou se podílí na tvorbě červených krvinek, ve kterých se vyskytuje jako součást červeného krevního barviva – hemoglobinu, který je odpovědný za okysličování buněk. Hraje zásadní roli při ochraně lidského organismu před přetížením, má význam pro růst a vývoj dětí, imunitu, výkonnost a termoregulaci. Nedostatkem železa trpí přibližně 30 % světové populace, a to buď z důvodu jeho nedostatečného příjmu (při špatné výživě), špatného vstřebávání (při onemocnění trávicího systému) nebo nadměrné ztráty krve (krvácení). Nedostatek železa se projevuje zejména

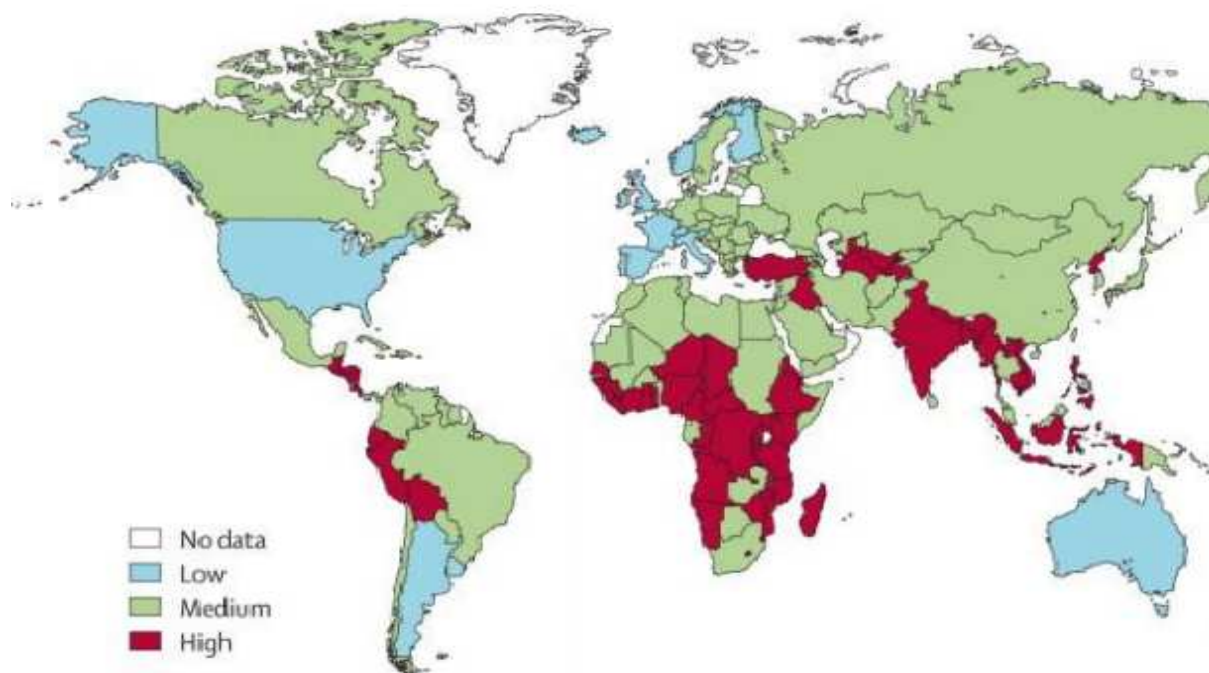
zvýšenou celkovou únavou a ospalostí, při vážném nedostatku železa se pak dostaví *anémie* (*chudokrevnost*), což je chorobný stav charakterizovaný snížením hladiny hemoglobinu pod fyziologickou mez určenou pro daný věk a pohlaví. Anémie se kromě chronické únavy projevuje i bledostí, dušností, padáním vlasů a změnami na kůži, v koutcích úst, na nehtech a sliznicích. Kromě nedostatku železa však může být příčinou anémie i nedostatek kyseliny listové, vitamínu B12 a vitamínu A, ale rovněž bývá průvodním jevem řady nemocí, jako jsou chronické záněty, parazitické infekce, malárie, tuberkulóza, HIV/AIDS a dědičné choroby. Anémií jsou nejvíce postiženy ženy a děti v rozvojových zemích, nicméně tento deficit se ve značné míře objevuje i ve vyspělých zemích. Obecně jsou anémií více ohroženy ženy, které mají v těle menší množství železa než muži a které navíc železo ztrácí při menstruaci. V rozvojových zemích trpí anémií přibližně 40 % dětí předškolního věku a každá druhá těhotná žena. Důsledkem anémie v těhotenství bývá nízká porodní váha kojenců, narušený fyzický a duševní vývoj dětí a zvýšené riziko dětských úmrtí. Anémie způsobuje přibližně 20 % úmrtí v souvislosti s těhotenstvím a porodem (WHO 2016).

Ačkoli se přímou souvislost mezi nedostatkem železa a rizikem nákazy onemocněním HIV/AIDS nepodařilo prokázat, je zřejmé, že nedostatek železa a jeho těžší forma, anémie, má celkově negativní vliv na fungování lidského organismu. Anémie u dětí má pak nepříznivý dopad na jejich celkový rozvoj, což může mít za následek oslabení jejich organismu v dospělosti. Lze proto usuzovat, že i nedostatek železa/anémie může mít negativní vliv na riziko nákazy onemocněním HIV/AIDS, na základě zkoumaných zdrojů však toto nelze s určitostí potvrdit.

Hlavní úlohou *zinku* je účast na enzymatických reakcích organismu, podporuje hojení, růst, stabilizuje DNA a působí pozitivně na tvorbu spermií a funkci imunitního systému. Již mírný nedostatek zinku způsobuje poruchu imunity v důsledku snížené tvorby T-lymfocytů a zvyšuje riziko nákazy infekčními chorobami a úmrtí v jejich důsledku. Kromě toho může způsobovat opožděný růst a sexuální vývoj, celkové neprospívání, atrofii brzlíku, anémii, špatné hojení ran nebo kožní léze. U těhotných žen může mít výraznější deficit zinku za následek vrozené vady plodu nebo spontánní potraty, mírný deficit pak opoždění růstu plodu, nízkou porodní hmotnost novorozenců nebo porodní komplikace (Katona, Katona-Apte 2008). Vzhledem k tomu, že už mírný nedostatek zinku má významný negativní vliv na imunitní systém a zvyšuje riziko nákazy infekčními chorobami, může jeho deficit zvyšovat i riziko nákazy HIV/AIDS. Celosvětově nedostatkem zinku trpí odhadem až 2 miliardy lidí, přičemž nejvíce jsou zasaženy rozvojové země, ty africké nevyjímaje. Jak můžeme vidět na

Obrázku č. 17, převážná většina obyvatelstva subsaharské Afriky trpí vážnou formou zinkového deficitu.

Obrázek č. 17: Výskyt deficitu zinku



Zdroj: ZINC (Zinc nutrient initiative), *Zinc deficiency affects 2 billion people globally*

3.2.3 Politicko-ekonomické faktory

Jak již bylo zmíněno výše, epidemie onemocnění HIV/AIDS na africkém kontinentu představuje velmi komplexní problém vyžadující interdisciplinární přístup. Behaviorální přístup hledající příčinu epidemie v „úchylných“ africké sexuality, na který se zaměřovaly studie především v počátečních fázích epidemie, velmi pravděpodobně sám o sobě neobstojí. Stejně tak izolované vnímání problému jako čistě environmentálního a epidemiologického, které staví nemocné HIV/AIDS (a potažmo i vlády afrických států) do rolí bezmocných obětí prostředí, které se nemohou nijak bránit, zavání fatalismem, jehož nebezpečným důsledkem může být rezignace na řešení problému. Kromě těchto dvou aspektů je tedy třeba brát v potaz i další faktory, zejména ty politicko-ekonomické, které mohou vývoj epidemie do značné míry ovlivňovat. Mír a politická stabilita umožňující vládám věnovat se „druhořadým“ problémům (v porovnání s ozbrojeným konfliktem v zemi) jako je řešení epidemie HIV/AIDS nebo ekonomický růst dovolující rozvoj kvality a dostupnosti zdravotní péče, podporu

vzdělání či šíření větší osvěty v oblasti prevence a léčby onemocnění HIV/AIDS mohou mít významný dopad na vývoj epidemie.

Pomineme-li 80. léta 20. století, kdy toho o onemocnění HIV/AIDS nebylo ještě mnoho známo ani ve vyspělých zemích, 90. léta 20. století už představovala významný milník, který do jisté míry předurčil další vývoj epidemie. Zatímco v rozvinutých zemích byla v tomto období hrozba HIV/AIDS již všeobecně známá a byla jí ze strany států věnována příslušná pozornost, rozvojové země, resp. africké státy, v tomto ohledu poněkud „zaspaly“ a šíření epidemie HIV/AIDS tak v podstatě nestálo nic v cestě. To je zřejmé z enormního nárůstu nově nakažených mezi léty 1993 a 1998, kdy v roce 1998 v regionu subsaharské Afriky vzrostl počet nově nakažených oproti roku 1993 o neuvěřitelných 530 % (z přibližně 441 400 nově nakažených v roce 1993 na 2 783 700 nově nakažených v roce 1998) (UNAIDS 2015).

Důvodů může být celá řada, nicméně je třeba si uvědomit, že epidemie HIV/AIDS přišla na africký kontinent v „nevhodnou“ dobu. 90. léta 20. století představovala období velkých změn a hledání nové rovnováhy nejen ve světě, ale i v Africe. Konec studené války, rozpad Sovětského svazu a nové uspořádání světa měly ve svém konečném důsledku nemalý vliv i na region subsaharské Afriky, kde světové mocnosti přestaly soupeřit o sféry svého vlivu a ponechaly tak africké státy jejich vlastnímu osudu. Státy zmítané ozbrojenými konflikty, jejichž množství po skončení studené války rapidně vzrostlo, politickou nestabilitou, ekonomickými problémy vyvolanými omezením evropských investic po skončení studené války i extrémními suchy, se musely potýkat s těmito negativními jevy a víceméně neznámé onemocnění HIV/AIDS tak z hlediska jejich priorit představovalo spíše marginální záležitost. Nemoc HIV/AIDS tak během poměrně krátké doby přerostla v epidemii enormních rozměrů, kterou se dosud nepodařilo zastavit, ačkoli od konce 90. let 20. století počty nakažených pozvolna klesají (zatímco v roce 1998 se HIV/AIDS v subsaharské Africe nově nakazilo přibližně 2 783 700 osob, v roce 2013 už to bylo „jen“ 1 435 700) (UNAIDS 2015).

3.2.3.1 Vliv násilných konfliktů na šíření epidemie HIV/AIDS

Jak již bylo řečeno, během 90. let 20. století došlo na africkém kontinentu k prudkému nárůstu ozbrojených konfliktů. Zatímco v roce 1989 probíhalo v Africe 11 násilných konfliktů, v roce 2000 už to bylo 22 konfliktů, přičemž během tohoto období byly zaznamenány vnitřní či mezistátní násilné konflikty různé intenzity celkem ve 30 státech subsaharské Afriky, viz Tabulka č. 3 (United States Institute of Peace 2001: 4).

Tabulka č. 3: Války a závažné násilné konflikty v Africe v letech 1989–2000

Table 1. War and significant lethal violence in Africa, 1989–2000												
Conflict state	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Algeria						c	c	c	c	c	c	d
Angola	c	c	c	c	c	c			a	ac	c	c
Burundi			d	d	c	c	d	d	d	c	d	d
Central African Republic								c				
Chad	c	c	d	d						e		d
Comoros											d	d
Congo (Brazzaville)									c	d	d	
Cote d'Ivoire												d
Dem. Rep. Congo (Zaire)								c	ac	ac	ac	ac
Djibouti					c	c						
Eritrea	b	b	b							e	a	a
Ethiopia	c	c	c							e	a	a
Guinea											d	d
Guinea-Bissau										c		d
Kenya				e					e			e
Lesotho										ad		
Liberia		c	c	c	c	d	c	c			d	d
Mali			e			d	d					
Mozambique	c	c	c									
Namibia	b									e	a	a
Niger							c	d				
Nigeria					e						e	e
Rwanda		c	c	c	c	c			ad	ad	ad	ad
Senegal									d	c	d	d
Sierra Leone			d	d	d	d	c	c	c	c	c	c
Somalia	c	c	c	c	c	c	c	c	d	c	d	d
South Africa	d	e	e	e	e							
Sudan	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b
Uganda	d	d	d					d	ad	ad	ad	ad
Western Sahara	b	b	b									
Zimbabwe										e	ae	ae
Totals	11	12	15	10	11	11	8	9	12	19	19	22
a—interstate war b—war for independence c—high intensity internal conflict d—low intensity internal conflict e—major political or religious violence												
Source: S. Mullen and J. Woods, Cohen and Woods International, Washington, D.C., January 2001.												

Zdroj: United States Institute of Peace, *War and significant lethal violence in Africa, 1989–2000*

Občanské války v Libérii, genocida ve Rwandě, dlouhotrvající nepřehledný konflikt v Demokratické republice Kongo (DRC), válka mezi Etiopií a Eritreou nebo občanská válka v

Angole a Súdánu představovaly nejkrvavější konflikty 90. let. Situace se však nezlepšila ani po roce 2000, kdy došlo k obnovení bojů mezi Eritreou a Etiopií, pokračovaly násilné konflikty v Kongu, Sieře Leone, Burundi, Angole, Súdánu, Ugandě a Nigérii a kromě toho vypukl nový konflikt mezi Guineou a Libérií a rovněž konflikt v Zimbabwe a Pobřeží Slonoviny (United States Institute of Peace 2001: 6).

Ačkoli přímá úměra mezi politickou stabilitou země a počtem nakažených HIV/AIDS zjevně neexistuje (některé dlouhodobě stabilní africké státy vykazují výrazně vyšší procento HIV pozitivních než státy zmítané konflikty), faktem je, že násilné konflikty s sebou přinášejí množství negativních jevů, které představují ideální půdu pro šíření HIV/AIDS a mohou tak mít v konečném důsledku významný dopad na epidemii HIV/AIDS. Násilné konflikty ještě prohlubují již existující politické, ekonomické a zdravotní problémy zasažených zemí a zdevastované země tak jen stěží mohou čelit hrozbě epidemií, HIV/AIDS nevyjímaje. Neexistující nebo nefunkční vládní instituce, které mají za normálních okolností chránit své občany, během násilných konfliktů neumožňují aplikaci jakýchkoli opatření pro boj s HIV/AIDS. Násilné konflikty kladou zvýšené nároky na i tak nedostačující zdravotní systémy, kdy jsou nemocní HIV/AIDS díky chybějícím financím i nedostatku zdravotnického personálu upozaděni za obětmi válečného násilí. Narušená či zcela nefunkční infrastruktura a zásobování omezují přístup k ochranným pomůckám proti HIV/AIDS i lékům a špatné hygienické podmínky v uprchlických táborech vytváří rizikové prostředí pro šíření nemocí. V neposlední řadě pak násilné konflikty odčerpávají finanční prostředky z rozpočtů států i humanitárních organizací, které jsou tak namísto na boj s HIV/AIDS vynakládány na armádu a zajištění základního zásobování a lékařské péče.

Kromě toho ozbrojené konflikty a s nimi spojená migrace obyvatelstva narušují tradiční rodinné a ochranné vazby, čímž trpí zejména ženy a dívky. Ty se v mnoha případech stávají obětmi sexuálního násilí ze strany vojáků či prchajících mužů, jelikož během násilných konfliktů dochází ke zhroucení státního i náboženského systému a jakákoli vynutitelnost práva, pravidel nebo zvyklostí je mizivá. Násilné konflikty navíc často uvrhnou ženy a dívky do situace, kdy přijdou o živitele rodiny, a nemají tak jinou možnost, než si zajistit základní obživu prostitucí. Zejména tyto dvě skutečnosti výrazně přispívají k šíření epidemie HIV/AIDS. Podle United States Institute of Peace jsou totiž skupinou nejvíce zasaženou HIV/AIDS afričtí vojáci, kteří tak představují tak jeden ze základních vektorů šíření epidemie. V Angole nebo Demokratické republice Kongo bylo v roce 2001 HIV pozitivních odhadem 60 % vojáků, což je vzhledem k tomu, že zejména v DRC bývá znásilnění používáno jako

jeden ze způsobů boje, alarmující číslo. V Sieře Leone pak bylo v roce 2001 HIV/AIDS nakaženo přibližně 11 % vojáků, což představovalo dvojnásobek průměru země. Vzhledem k nepřehlednosti konfliktů a rozptýlenosti ozbrojených skupin však nelze s jistotou určit přesná čísla prevalence HIV/AIDS mezi vojáky a rebely. Rovněž je nutno poznamenat, že vojáci a další bojovníci nejsou zodpovědní „pouze“ za šíření HIV/AIDS během násilných konfliktů, ale po návratu domů mají na svědomí i zavlečení epidemie do svých vesnic a komunit, které předtím zasažené nebyly (United States Institute of Peace 2001).

Významnou roli při šíření epidemie HIV/AIDS pak hraje i masivní migrace obyvatelstva při násilných konfliktech. Během 90. let vyprodukovaly ozbrojené konflikty v Africe miliony uprchlíků, ať už těch mezinárodních nebo vnitřně vysídlených. Jen v roce 2001 bylo z důvodu války nebo etnického konfliktu vnitřně vysídleno obyvatelstvo celkem v 18 zemích subsaharské Afriky (United States Institute of Peace 2001). Tato masivní migrace má kromě již výše zmíněného sexuálního násilí páchaného na ženách a dívkách ještě další významný efekt. Migrující populace, která se během přesunů nakazí onemocněním HIV/AIDS, následně po skončení konfliktu a návratu domů zavleče toto onemocnění, stejně jako vojáci, do dosud neinfikovaných oblastí. Například v Namibii, která je jednou ze zemí nejvíce zasažených epidemií HIV/AIDS, představoval návrat uprchlíků po získání nezávislosti zpět do vlasti jeden z faktorů klíčových pro vývoj epidemie HIV/AIDS. Jen na přelomu let 1989 a 1990 se do Namibie ze sousedních zemí vrátilo téměř 45 000 uprchlíků, z nichž se významná část během svého pobytu v exilu nakazila virem HIV. Mnozí z nich se usadili v severních částech země nebo hlavním městě Windhoeku, což vysvětluje vznik ohnisek epidemie HIV/AIDS právě v těchto oblastech (Mojžíšová et al 2004: 20).

3.2.3.2 Vliv vládnutí na vývoj epidemie HIV/AIDS

Obecně lze říci, že zvyšování úrovně veřejného zdravotnictví je napříč celým svět historicky spjato s paralelním rozvojem vědy a dobrého vládnutí. Samotná problematika HIV/AIDS s politikou souvisí o to úžeji, že kromě jiného poukazuje na sociální a ekonomickou nerovnost a křivdy, které jsou samy o sobě vysoce politické. Čím více pak epidemie HIV/AIDS expanduje, tím více odhaluje selhání a slabá místa politických aktérů. Dobré vládnutí, příznivé politické klima a ochota vlád mohou mít významný pozitivní vliv na aplikaci vládních i nevládních programů na boj proti HIV/AIDS, a stejně tak na úzkou spolupráci s lokálními i mezinárodními organizacemi, a tím i na zmírnění epidemie HIV/AIDS. Naproti tomu popírání a marginalizování problému a neochota politických aktérů k implementaci

preventivních a léčebných programů může mít významný negativní dopad na vývoj epidemie HIV/AIDS (Piot et al 2007).

Smutným příkladem takového špatného vládnutí a politické neochoty v oblasti HIV/AIDS je éra jihoafrického prezidenta Thabo Mbekiho a jeho ministryně zdravotnictví Manto Tshabalala-Msimang, kteří vládli v Jihoafrické republice v letech 1998-2008 a kterým je nepřímou přičítána smrt 330 000 lidí v důsledku onemocnění AIDS. Mbeki spolu s Tshabalala-Msimang totiž dlouhodobě popírali vědecká fakta, že virus HIV způsobuje onemocnění AIDS a rovněž odmítali přijmout národní i mezinárodní programy na antiretrovirální léčbu nemocných. Antiretrovirotika označovali za „jedy“ a HIV pozitivním pacientům doporučovali konzumaci alkoholu, červené řepy, česneku nebo citronové šťávy jako léku proti AIDS, za což čelili široké mezinárodní kritice. Kromě toho jsou Mbeki a Tshabalala-Msimang viněni z toho, že díky laxnímu přístupu k programu na prevenci přenosu HIV z matky na dítě implementovanému pouze na základě mezinárodního nátlaku, se v období jejich vlády narodilo 35 000 HIV pozitivních dětí, které se mohly narodit zdravé. Zatímco v Jihoafrické republice v roce 2005 tento preventivní program pokrýval pouhých 30 % matek, v sousední Namibii a Botswaně, které aplikovaly stejný preventivní program, zahrnovala prevence 70 % těhotných žen (The Guardian 2008). Tato politika popírání a marginalizace problému HIV/AIDS se nevyhnutelně podepsala na prevalenci HIV/AIDS v Jihoafrické republice, která je co do absolutního počtu nakažených lidí nejvíce zasaženou zemí afrického kontinentu.

Důležitým faktorem je pak institucionální struktura a charakter vládních intervencí, kdy implementace vhodných národních i nadnárodních programů pro boj s onemocněním HIV/AIDS může výrazně napomoci zmírnění epidemie. Okolo roku 1987 začaly první vlády za asistence Světové zdravotnické organizace aplikovat tzv. *národní koordinační programy pro boj s AIDS (National AIDS Coordination Programmes)*, jejichž úkolem je monitorovat průběh epidemie a koordinovat implementaci národních strategických plánů pro boj s HIV/AIDS připravovaných ve spolupráci s WHO, resp. UNAIDS. Důležitou roli v boji s epidemií HIV/AIDS pak hrají i místní i zahraniční nevládní a komunitní organizace, k jejichž aktivitám patří zejména prevence, lobbying, pomoc a ochrana práv postižených HIV/AIDS, testování na přítomnost viru HIV, péče o sirotky, distribuce kondomů, zajišťování práce pro nemocné HIV/AIDS nebo poskytování psychologického, sociálního a zdravotního poradenství (Mojžíšová et al 2004: 24). Tyto intervence na nejnižší úrovni jsou nezbytným doplňkem komplexních vládních programů, jejich nezbytnou podmínkou je však ochota a spolupráce národních vlád.

Závěrem je však třeba zdůraznit, že ačkoli jsou uvědomění si problému a ochota národních vlád aplikovat programy boje s HIV/AIDS základními podmínkami jejich úspěšnosti, nutně nemusí dosáhnout kýženého výsledku. Příkladem může být Botswana, která přestože vykazovala takřka „ideální“ podmínky pro úspěšný boj s onemocněním HIV/AIDS, očekávaného efektu nedosáhla. Botswana dlouhodobě patří k politicky nejstabilnějším zemím Afriky s vysokým ekonomickým růstem, vysokou mírou gramotnosti a fungujícím systémem veřejného zdravotnictví. Její političtí představitelé si vážnost problému HIV/AIDS uvědomili krátce nato, co byly v zemi diagnostikovány první případy onemocnění HIV/AIDS a prakticky okamžitě se začali problémem zabývat. Již v roce 1987 byl ustaven první národní bezpečnostní program pro boj s HIV/AIDS a botswanská vláda byla otevřená spolupráci s místními i mezinárodními nevládními organizacemi. I přesto se však Botswana během několika málo let stala zemí s jednou z nejvyšších prevalencí HIV/AIDS v Africe: koncem 90. let 20. století bylo přibližně 40 % dospělé populace ve věku 15–49 let HIV pozitivní (Allen, Heald 2004).

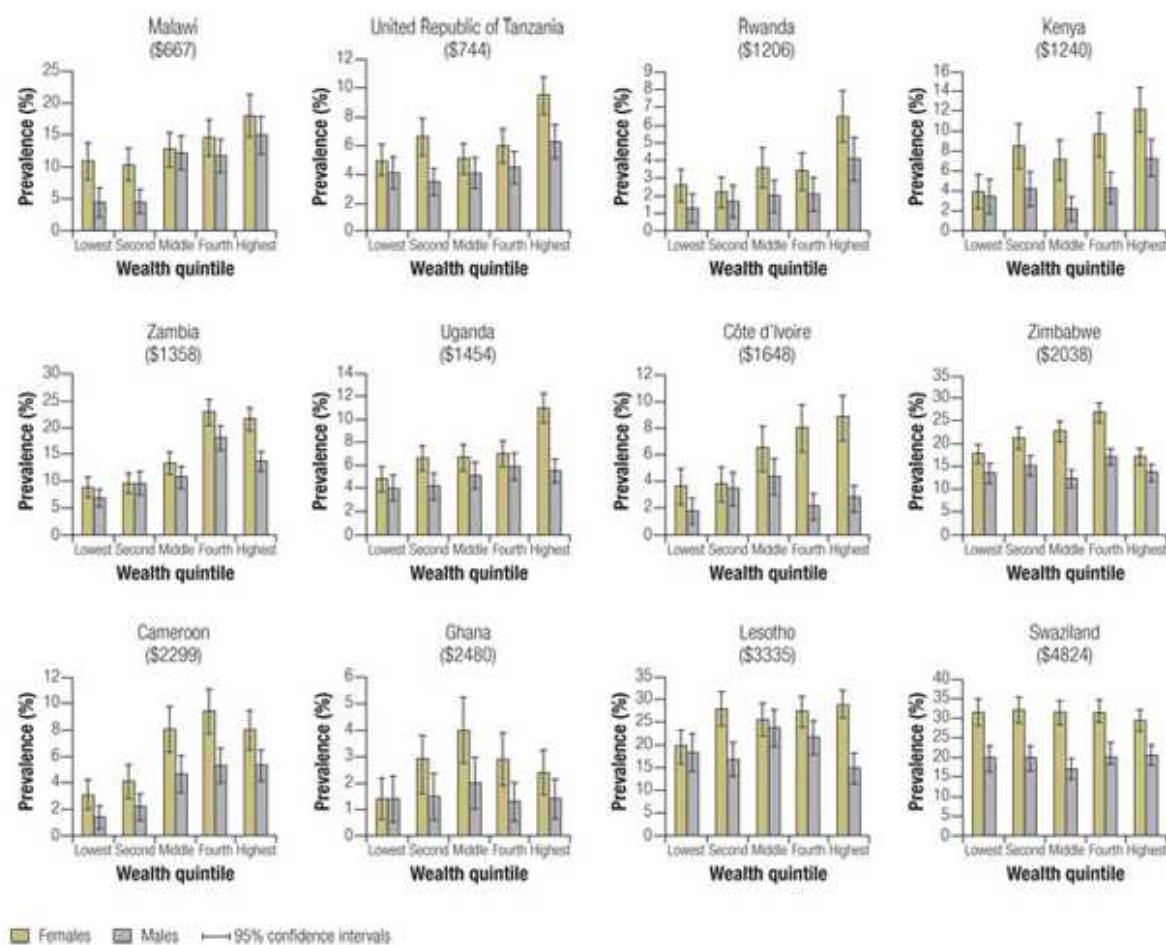
3.2.3.3 *Vliv chudoby a výše národního příjmu na vývoj epidemie HIV/AIDS*

Na první pohled by se mohlo zdát, že ekonomicky vyspělé země (stejně jako politicky stabilní země), které se nemusí potýkat s nedostatkem finančních prostředků ve státním rozpočtu a s chudobou obyvatelstva, budou v boji s onemocněním HIV/AIDS úspěšnější, jelikož mohou na tento boj uvolnit více finančních prostředků z rozpočtu a přisoudit mu vysokou prioritu. Naproti tomu chudé a zaostalé země, které nemají dostatek finančních prostředků a primárně se musí zabývat jinými palčivými problémy, nebudou schopny vynaložit dostatek finančních prostředků ani kapacit na boj HIV/AIDS a budou tudíž epidemií více zasaženy. Výše národního příjmu hraje roli při šíření epidemie HIV/AIDS i podle Chrystelle Tsafack Temah, jelikož rozvinuté země mohou snáze implementovat preventivní opatření a lépe pečovat o nakažené HIV/AIDS, snižovat tak jejich infekčnost a potencionální množství nových infekcí. Rovněž lepší infrastruktura, přístup k lékařské péči a dostatečná výživa mají pozitivní vliv na vývoj epidemie HIV/AIDS (Temah 2009: 45).

Ačkoli se tyto argumenty jeví jako logické a ekonomická rozvinutost země představuje minimálně dobrý předpoklad pro efektivní boj s epidemií HIV/AIDS, přesto se však na příkladu řady afrických zemí ukazuje, že neexistuje přímo úměrný vztah mezi výší národního příjmu a prevalencí HIV/AIDS. Příkladem může být již výše zmíněná Botswana, která se svým ročním *hrubým národním příjmem (GNI)* na jednoho obyvatele ve výši 7 240 USD patří

k nejbohatším africkým státům a vysoce převyšuje průměrný GNI v subsaharské Africe 1 638 USD na obyvatele, přesto má však jednu z nejvyšších prevalencí HIV/AIDS v Africe (v roce 2014 bylo HIV/AIDS nakaženo přibližně 25,2 % dospělé populace ve věku 15–49 let). Naproti tomu třeba Etiopie, která se svým ročním GNI 550 USD na obyvatele patří k nejchudším zemím subsaharské Afriky, vykazuje „jen“ 1,2 % HIV pozitivních dospělých ve věku 15–49 let (World Bank 2014, UNAIDS 2014). Nejasnou korelaci mezi výší národního příjmu a rozsahem epidemie HIV/AIDS uvádí i Justin O Parkhurst, který porovnával výši příjmů a prevalenci HIV/AIDS ve 12 zemích subsaharské Afriky. Ve svém výzkumu došel k závěru, že obecně rozšířený předpoklad, že existuje přímý vztah mezi bohatstvím/chudobou a epidemií HIV/AIDS na národní úrovni (a dokonce ani na úrovni domácností) neplatí, viz Obrázek č. 18 (Parkhurst 2009).

Obrázek č. 18: *Prevalence HIV/AIDS ve vztahu k bohatství*



Zdroj: World Health Organization, *Prevalence of infection with human immunodeficiency virus (HIV) by wealth quintile in 12 sub-Saharan African countries presented in order of increasing national income*

Jestliže se výše hrubého národního příjmu země ukazuje pro šíření epidemie HIV/AIDS jako nerelevantní, svou roli může hrát chudoba na úrovni domácností. Ta se bez ohledu na ekonomickou vyspělost zemí vyskytuje napříč celým africkým kontinentem, který se vyznačuje vysokou mírou nerovnoměrné distribuce bohatství v rámci jednotlivých států. I relativně bohaté africké státy tak mohou mít velký podíl chudého obyvatelstva a vysoké sociální rozdíly mezi chudými a bohatými. Pod hranicí chudoby, která představuje méně než 1,25 USD na den, žije více než polovina africké populace, což s sebou nevyhnutelně přináší řadu negativních jevů. Nejchudší obyvatelstvo bývá velmi často politicky i sociálně vyloučeno, což může mít v případě epidemie HIV/AIDS za následek nedostatečnou informovanost o problematice a prevenci HIV/AIDS a špatný přístup k lékařské péči, který je v případě onemocnění HIV/AIDS klíčový. Chudoba s sebou navíc přináší větší náchylnost k rizikovému chování, kdy lidé nejsou schopni se před HIV adekvátně chránit a řada nakažených navíc o své nemoci vůbec neví. Ženy z nejchudších vrstev se pak často nachází v situaci, kdy nemají jinou možnost než zajistit rodině dodatečný, nebo dokonce jediný, příjem prostitucí, která rapidně zvyšuje riziko nákazy HIV/AIDS. Kromě toho, jak již bylo podrobně rozebráno v předchozích kapitolách, nejchudší lidé obvykle mívají celkově špatný zdravotní stav, který hraje významnou roli jak při získání, tak při dalším šíření onemocnění (Temah 2009: 46).

I přes nesporný negativní vliv špatných životních podmínek na šíření epidemie HIV/AIDS však neplatí, že tímto onemocněním trpí v první řadě lidé s nejnižšími příjmy. Justin O Parkhurst ve své studii naopak dokazuje, že onemocněním HIV/AIDS jsou infikovány jak nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, tak ty s vysokým příjmem (viz výše Obrázek č. 18). Doslova pak říká, že „... *jak bohatství, tak chudoba mohou v různých kontextech přinášet rizika i ochranný efekt...*“ (Parkhurst 2009: 2). Svou roli tak kromě výše příjmu domácnosti sehrávají i vzorce sexuálního chování typické pro jednotlivé společenské vrstvy. A tak zatímco nejnižší vrstvy se rizikového chování dopouští převážně z nedostatku informovanosti nebo z existenciálních důvodů, u vyšších vrstev může hrát roli například větší promiskuita.

3.2.3.4 *Vliv pracovní migrace, urbanizace a rizikových skupin pracovníků na vývoj epidemie HIV/AIDS*

Africký kontinent se již od pradávna vyznačoval velkými migračními toky. Odmyslíme-li si již zmiňovanou migraci z důvodu násilných konfliktů, druhou nejpočetnější skupinu v posledních letech představují pracovní a ekonomičtí migranti. Nemožnost získat práci ve

svém regionu, nerovnost příjmů nebo klimatické změny znemožňující zemědělskou produkci mají za následek odchod pracovních sil do jiných regionů a států. Největšímu přílivu pracovních migrantů v současnosti čelí jihoafrický region, zejména Jihoafrická republika a Botswana, které díky své silné ekonomické pozici a pracovním příležitostem v důlním odvětví, výrobě nebo zemědělství přitahují velké množství legálních i nelegálních pracovních sil jak z jihoafrického regionu, tak ze západní Afriky a afrického rohu. Nejpočetnější a z hlediska šíření HIV/AIDS nejkritičtější skupinu pracovních migrantů představují kromě sexuálních pracovníků důlní dělníci, sezónní zemědělství pracovníci, řidiči kamionů, příslušníci ozbrojených složek a rybáři.

Těžební průmysl dominuje celému jihoafrickému regionu, který je nejvíce zasažený epidemií HIV/AIDS. Podle údajů z roku 2006 pracovalo jen v důlním průmyslu Jihoafrické republiky 267 894 zahraničních migrantů. Zahraniční pracovní síly tvoří odhadem 60 % všech důlních pracovníků, přičemž nejvíce jich pochází ze sousedního Mosambiku (mosambičtí dělníci tvoří přibližně čtvrtinu všech důlních pracovníků). Kromě toho za prací do dolů v rámci země migruje i značná část jihoafrického obyvatelstva (Republic of South Africa, Department of Labour 2007). Pracovními příležitostmi v těžebním průmyslu lákají i Botswana, jejíž diamantové doly tvoří hlavní segment tamní ekonomiky, Zambie, jejíž hospodářství je z velké části závislé na těžbě mědi, kobaltu, zinku a zlata nebo Angola se svou těžbou ropy. Právě důlní dělníci patří z hlediska HIV/AIDS k nejvíce zasaženým skupinám pracovních migrantů. Například průzkum prováděný v roce 2001 v největší zambijské těžební společnosti Konkola Copper Mines ukázal, že u stálých zaměstnanců se prevalence HIV/AIDS pohybovala mezi 18,1 a 20,1 % a u krátkodobých pracovníků mezi 14,4 a 15,2 %, což významně převyšovalo průměrnou prevalenci HIV/AIDS v dospělé populaci (IOM 2016). Hlavním důvodem vysoké prevalence HIV/AIDS mezi důlními zaměstnanci je především dlouhodobá izolovanost těchto dělníků od jejich domovů a rodin, ze které pramení nedostatek sociálních vazeb, samota a sexuální frustrace, ale i absence tradičních norem nebo možnosti volnočasových aktivit. Tyto okolnosti tak často vedou dělníky k navazování mimopartnerských sexuálních vztahů, využívání služeb sexuálních pracovníků a celkově k praktikování rizikového sexuálního chování. V porovnání s nebezpečným pracovním prostředím dolů, kde jejich zaměstnanci každodenně čelí náročným a nebezpečným pracovním podmínkám, představuje navíc z pohledu dělníků vzdálená hrozba HIV/AIDS „menší“ riziko než bezprostřední hrozba fyzického zranění (IOM 2016). Další rizikové skupiny představují sezónní zemědělství dělníci a rybáři, kteří jsou stejně jako důlní pracovníci často na dlouhou dobu vzdáleni od svých rodin

a známých, a vyhledávají proto sexuální příležitosti mimo tradiční partnerské vztahy. Vzhledem k absenci příslušné legislativy na ochranu práv zemědělských pracovníků a rybářů, vysoké mobility a nedostatku finančních prostředků nemají navíc zemědělství dělníci (často nelegální) a rybáři adekvátní nebo žádný přístup k lékařské péči. Stejně tak profesionální řidiči, zejména řidiči dálkových kamionů, představují z hlediska nákazy HIV/AIDS rizikovou skupinu. Ačkoli v tomto sektoru obecně nejsou zaměstnáváni migranti, charakter práce řidiče, který sám o sobě předpokládá vysokou míru mobility, rovněž řidiče na dlouhou dobu izoluje od jejich rodin, což stejně jako u ostatních „mobilních“ profesí vede k rizikovému sexuálnímu chování. Například v Botswaně představují profesionální řidiči jednu ze skupin nejvíce náchylných k nákaze HIV/AIDS a mají tak významný podíl na šíření epidemie v zemi. Botswana má rozvinutou silniční infrastrukturu a její hlavní silniční obchodní trasa spojuje zemi s okolními zeměmi – Jihoafrickou republikou, Zimbabwe a Zambíí, které jsou rovněž do vysoké míry zasaženy epidemií HIV/AIDS (IOM 2016). Další faktory činící z řidičů ohroženou skupinu jsou i nebezpečný charakter práce a špatný přístup k lékařské péči během cest. Kromě toho jsou řidiči hlavní cílovou skupinou sexuálních pracovníků, kteří z hlediska HIV/AIDS představují vysoce rizikovou skupinu. Epidemií HIV/AIDS jsou pak ve větší míře ohroženi i příslušníci ozbrojených složek. Kromě již zmiňovaných vojáků, kde je obecně vysoká prevalence HIV/AIDS a kteří navíc v mnoha případech používají znásilnění jako způsob boje, patří k dalším rizikovým skupinám i státní a imigrační úředníci, celníci nebo pohraniční strážníci. Tito lidé se v rámci svého úřadu musí často bez doprovodu svých rodin přesouvat z místa na místo a trávit dlouhé týdny a měsíce mimo domov, důsledkem čehož pak vyhledávají příležitostné sexuální vztahy. K praktikování mimomanželských vztahů a tím i šíření epidemie HIV/AIDS významně přispívá i nerovné postavení žen ve společnosti. Ženy mimopartnerské sexuální styky mužů během odloučení od rodiny tolerují, jelikož „*Muži přece nemohou být bez ženy. Manželka by navíc na svém muži neměla vyžadovat používání kondomu.*“ (Rozvojovka 2016).

Samostatnou kapitolu rizikových „profesí“ pak představují sexuální pracovníci, kteří patří k nejrizikovějším skupinám obyvatelstva. Průměrná prevalence HIV/AIDS mezi sexuálními pracovníky v nízké a středně příjmových zemích se odhaduje na 12 %, v regionu subsaharské Afriky pak toto číslo podle studie prováděné v 16 zemích tohoto regionu dosahuje až 37 % (například ve Rwandě je HIV pozitivních odhadem 58 % sexuálních pracovníků). Hlavním důvodem vysokého výskytu onemocnění HIV/AIDS mezi sexuálními pracovníky nemusí být ani tak velké množství sexuálních partnerů, jako spíše nepravidelné nebo nesprávné používání

kondomů. Někteří sexuální pracovníci ke kondomům nemají přístup nebo si neuvědomují důležitost jejich používání, množství z nich si však jednoduše nedokáže vyjednat jejich používání ze strany klientů. Velké množství zákazníků totiž stále kondomy odmítá, často i pod výhrůzkami nezaplacení nebo dokonce násilí, někteří jsou pak ochotni si za sex bez kondomu někdy i několikanásobně připlatit, čemuž obvykle ženy, živící z příjmů z prostituce děti a často celé rodiny, nedokáží odolat. Prostituce je rovněž ve velké míře spojována se stigmatizací, marginalizací a kriminalizací, proto nejen že sexuální pracovníci nejsou adekvátně chráněni zákonem, ale často musí i čelit víceméně beztrestnému sexuálnímu násilí ať už ze strany klientů nebo příslušníků státních orgánů. Obava ze stigmatizace nebo dokonce kriminalizace navíc těmto lidem brání vyhledat lékařskou péči, v řadě případů jsou navíc ze strany lékařů odmítáni. Mezi HIV pozitivními sexuální pracovníky v subsaharské Africe je i velké množství mladých lidí do 25 let, odhadem se toto procento pohybuje okolo 11 %. Pozice mladých lidí, pokud jde o vyjednávání o použití či nepoužití kondomů, je oproti jejich starším kolegům ještě o mnoho složitější, navíc často o rizicích HIV/AIDS nemají žádné povědomí. Vysoká prevalence HIV/AIDS mezi sexuálními pracovníky je v konečném důsledku hrozbou i pro běžnou populaci, do které se virus HIV šíří prostřednictvím jejich nezodpovědných zákazníků (AVERT 2016).

Kromě migrace populace za prací do jiných regionů a států má vliv na šíření epidemie HIV/AIDS i stěhování obyvatel z venkova do měst. Stále větší množství lidí z venkovských oblastí, které často nenabízí dostatečnou příležitost k obživě, odchází do velkých měst ve snaze zajistit sobě a své rodině lepší životní podmínky. V mnohých případech však tito povětšinou nekvalifikovaní pracovníci nezískají adekvátní práci a spolu se svými rodinami jsou nuceni žít v příměstských chudinských čtvrtích. Městská správa však na tuto překotnou urbanizaci obvykle nestíhá reagovat, většina provizorních obydlí zde navíc roste nelegálně, proto v těchto chudinských slumech obvykle chybí jakákoli základní infrastruktura a často katastrofální životní podmínky vytváří ideální půdu pro šíření nemocí, a to včetně HIV/AIDS. Například v Botswaně jsou stěhování velkého množství obyvatelstva do měst a s ním spojená rychlá urbanizace považovány za jeden z klíčových determinantů šíření epidemie HIV/AIDS – městské oblasti vykazují vyšší prevalenci HIV/AIDS než venkovské oblasti (IOM 2016).

3.2.3.5 Vliv dostupnosti zdravotní péče na vývoj epidemie HIV/AIDS

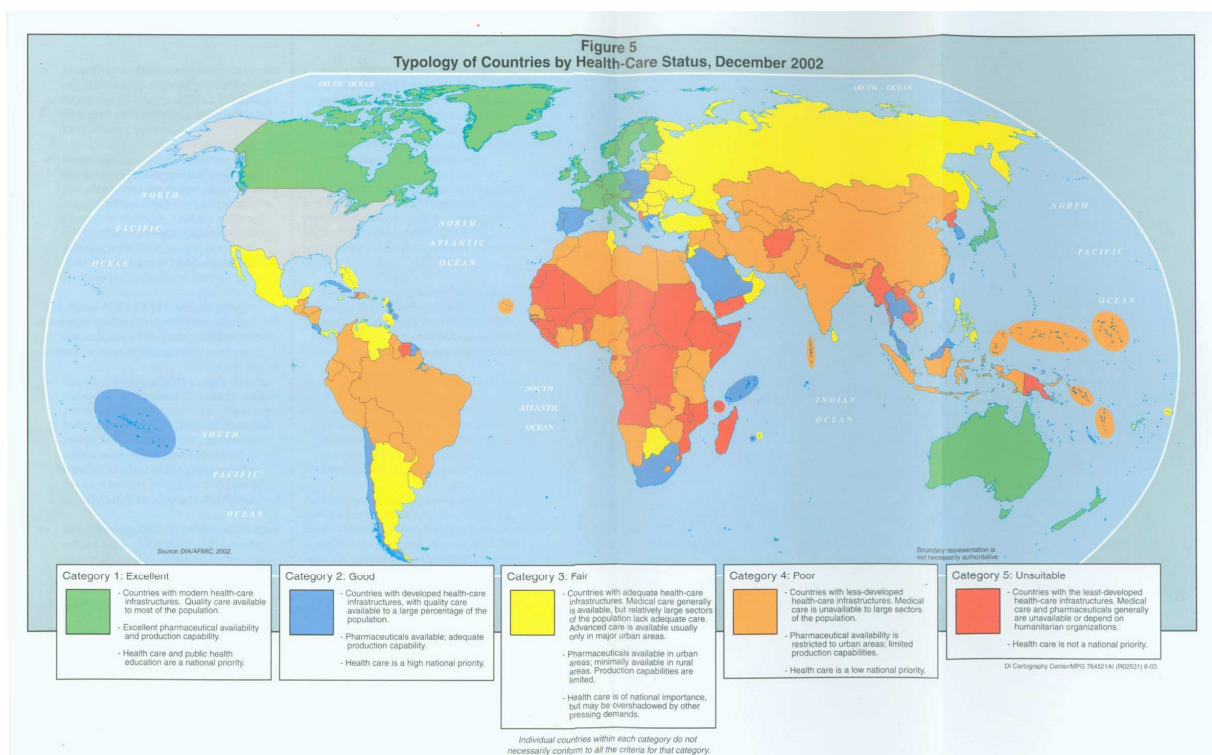
Dostupnost, resp. nedostupnost lékařské péče může epidemii HIV/AIDS ovlivňovat ve dvou základních rovinách. V první řadě napříč celým světem stále existuje velký počet nemocných, kteří o své nemoci neví a šíří ji tak dál – podle odhadů WHO je to až 54 % HIV pozitivních. Možnost bezplatného testování na přítomnost viru HIV přitom existuje již od roku 1985, od konce 90. let 20. století je pak prováděno snadnější testování rychlým rozborem kapky krve z prstu, který odhalí výsledek bezprostředně poté. Toto testování navíc může probíhat i mimo zdravotnická a laboratorní zařízení, například na pracovištích, ve školách, kostelech, mobilních laboratořích či přímo v domácnostech, což umožňuje snadnější přístup širokému počtu potenciálně nakažených k testování. I přes relativní dostupnost testování však řada potenciálně nemocných odmítá testování podstoupit z obav před stigmatizací a následnou diskriminací ze strany blízkého okolí. Mezi léty 2010 a 2014 absolvovalo testování na přítomnost viru HIV přibližně 600 milionů dospělých starších 15 let na celém světě, z toho 48 % v subsaharské Africe. Cílem WHO, UNAIDS a UNICEF je pak tento trend i nadále zvyšovat, do roku 2020 by mělo svůj status znát celých 90 % HIV pozitivních. 70 % testovaných přitom tvořily ženy, což lze vysvětlit tím, že v posledních letech narůstá počet testovaných těhotných žen. Odhaduje se, že v roce 2012 bylo v subsaharské Africe testováno přibližně 45 % všech těhotných žen (WHO 2015).

Druhým významným aspektem je pak samotná léčba onemocnění HIV/AIDS, která při správné aplikaci nejen výrazně zvyšuje kvalitu a délku života nemocných, ale především snižuje množství viru HIV v těle nemocných, čímž snižuje i jejich potenciální nebezpečnost. Podle nedávných výzkumů prováděných v subsaharské Africe došlo přibližně u 76 % nemocných HIV/AIDS, kteří se léčili pomocí antiretrovirotik (ART), k potlačení viru HIV v těle na takovou úroveň, kdy bylo riziko přenosu viru HIV na sexuálního partnera nepravděpodobné. *Nejnovější analýzy pak ukazují, že každé 10% navýšení pokrytí léčbou ART se rovná přibližně 1% poklesu nových infekcí HIV/AIDS* (UNAIDS 2014). V současnosti má v subsaharské Africe k antiretrovirální terapii přístup přibližně 9,1 mil. HIV pozitivních, což představuje přibližně 37 % nakažených v tomto regionu (WHO 2014: 5). Společným cílem WHO, UNAIDS a UNICEF je zajistit do roku 2020 přístup k ART až 90 % HIV pozitivních, kteří o svém statusu vědí (UNAIDS 2015). Přesto se však v posledních letech začíná objevovat poněkud paradoxní fenomén – ve vyspělých zemích, kde má většina HIV pozitivních přístup k ART, v posledních letech prudce narůstá počet nakažených HIV/AIDS. Důvodem je menší obava z nemoci jako takové, která díky dostupnosti a účinnosti ART ztrácí

stigma „zabijáka“. HIV pozitivní jsou totiž s pomocí ART schopni žít plnohodnotný život i po několik desítek let, v podstatě srovnatelný se zdravými jedinci. Onemocnění HIV/AIDS tak pro řadu obyvatel vyspělých zemí přestává být hrozbou, což v konečném důsledku vede k rizikovějšímu sexuálnímu chování.

Pokud jde o přístup k lékařské péči v obecné rovině, africký kontinent se vyznačuje obecně špatnou úrovní lékařské péče. Většina států subsaharské Afriky přikládá zdravotnictví jen velmi malou nebo dokonce žádnou prioritu a lékařská péče a medikamenty jsou dostupné buď jen určitým skupinám obyvatelstva a pouze ve větších městech, nebo jsou obecně nedostupné a lékařská péče je zajišťována především prostřednictvím humanitárních organizací, viz Obrázek č. 19. Nedostupnost lékařské péče a vysoká prevalence neléčených nemocí (zejména „opomíjených“ tropických nemocí a sexuálně přenosných nemocí) v populaci pak mohou mít významný negativní vliv na šíření epidemie HIV/AIDS (více viz kapitoly 3.2.1 a 3.2.2).

Obrázek č. 19: *Typologie zemí podle dostupnosti lékařské péče*



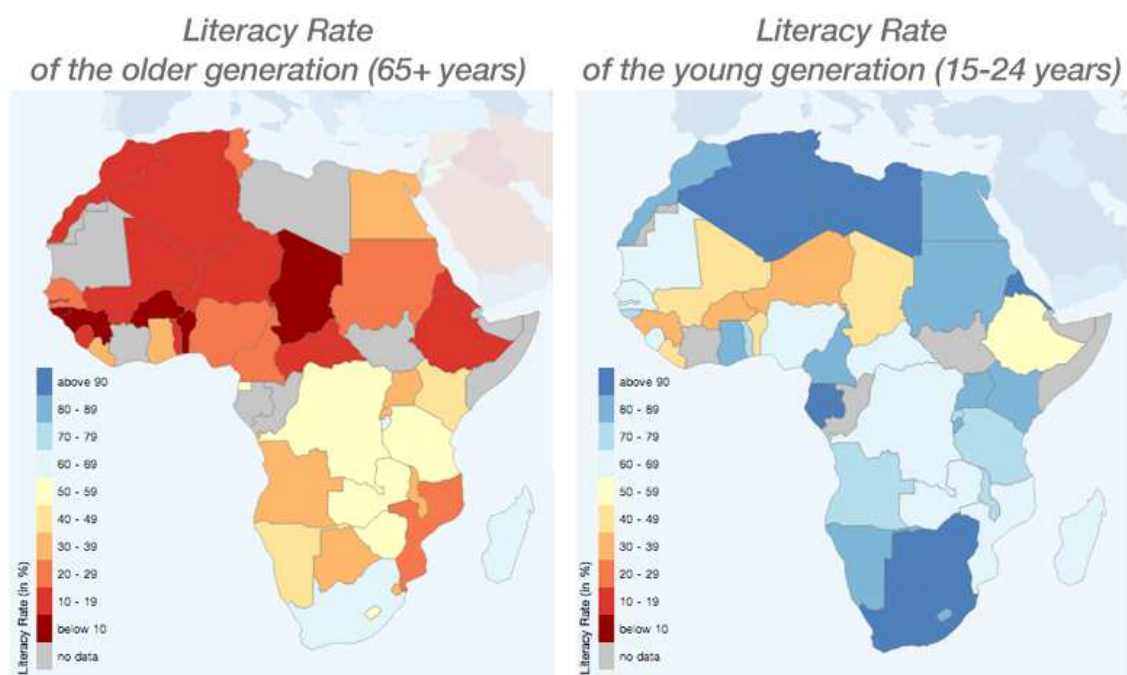
Zdroj: DIA/AFMIC, *Typology of Countries by Health-Care Status, December 2002*

3.2.3.6 Vliv vzdělání a přístupu k informacím na vývoj epidemie HIV/AIDS

Vzdělání a osvětu v oblasti problematiky HIV/AIDS považují v současnosti všechny mezinárodní organizace za jeden z klíčových nástrojů zpomalení epidemie HIV/AIDS nejen v subsaharské Africe. Adekvátní vzdělávání a osvěta cílené již na děti a dospívající mládež totiž v budoucnosti mohou tyto mladé lidi účinně ochránit před nákazou HIV/AIDS. Ti si jsou díky povědomí o onemocnění HIV/AIDS dobře vědomi toho, jakým způsobem se onemocnění přenáší a jakými prostředky se před ním mohou chránit. Kromě toho vzdělávání pomáhá zmírňovat stigmatizaci a diskriminaci nemocných HIV/AIDS a ti tak mohou bez obav z reakcí okolí podstoupit testování nebo léčbu HIV/AIDS. Obzvláště pomoci pak může vzdělávání v případě mladých žen, které kromě toho, že vědí, jak se samy chránit před nákazou HIV/AIDS, mají rovněž povědomí o tom, jak před HIV/AIDS ochránit své dítě. Například v Malawi pouhých 27 % mladých žen bez jakéhokoli vzdělání vědělo, jak ochránit své dítě před nákazou virem HIV během těhotenství, porodu nebo kojení, zatímco u dívek se středním a vyšším vzděláním představovalo toto číslo 60 % (World Education Blog 2013). Podle World Bank je vzdělávání efektivní „sociální vakcínou“ proti onemocnění HIV/AIDS. Podle odhadů je riziko infekce HIV/AIDS až o polovinu nižší u mladých lidí, zejména dívek, které dokončí základní školní docházku (World Bank 2016). *Podle Global Campaign for Education by pak bylo možné předejít až 7 milionům případů HIV/AIDS, kdyby bylo vzdělání přístupné pro všechny* (Global Campaign for Education 2016).

Ačkoli je nesporné, že vzdělání může být v současnosti vysoce účinným nástrojem v boji proti onemocnění HIV/AIDS, je velmi pravděpodobné, že v počátcích epidemie nehrálo významnější roli. Jihoafrické země, které jsou v největší míře postižené epidemií HIV/AIDS, totiž současně patří k zemím s největší gramotností na africkém kontinentě. Například Zimbabwe je s gramotností 90,70 % dospělé populace starší 15 let na prvním místě v rámci afrického kontinentu, Jihoafrická republika je s 86,4% gramotností na třetím místě, Namibie s 85% gramotností zaujímá páté místo, Svazijsko s 81,6 % gramotné populace jedenácté místo a Botswana s 81,2% gramotností dvanácté místo. Naproti tomu země s nejmenší gramotností vykazují nesrovnatelně menší procento populace nakažené HIV/AIDS (The African Economist 2013). Z Obrázku č. 20 je pak patrný významný posun řady afrických zemí pokud jde o zvyšování úrovně vzdělanosti, což by do budoucna mělo kromě jiného napomoci i zmírnění epidemie HIV/AIDS.

Obrázek č. 20: Úroveň gramotnosti v jednotlivých afrických zemích podle generací



Zdroj: World Development Indicators, *Literacy Rate in Africa by Generation* – Max Roser

3.2.4 Socio-kulturní faktory

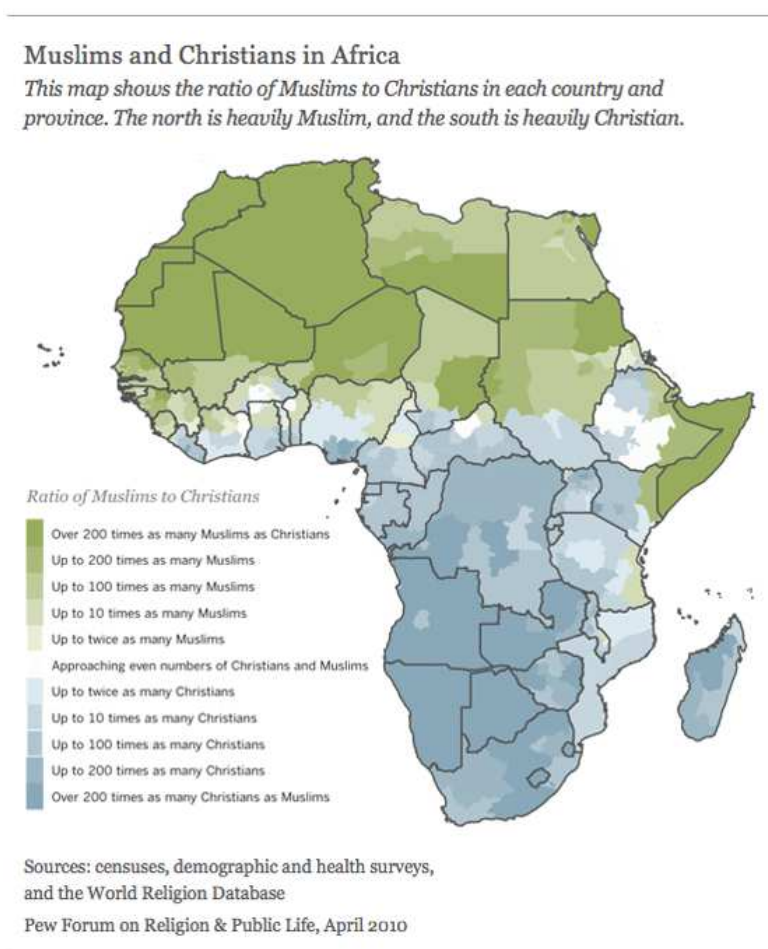
Socio-kulturní faktory, jako jsou náboženské a kulturní zvyklosti, nerovné postavení žen ve společnosti nebo stigmatizace nemocných HIV/AIDS představují poněkud specifickou kategorii. Na rozdíl od předchozích skupin faktorů zde totiž hraje hlavní roli chování a myšlení lidí, často hluboce a dlouhodobě zakořeněné jak v jednotlivcích, tak v celých společnostech. Kromě toho jsou tyto zvyklosti obvykle prosazovány neformálními vůdci a autoritami, kteří mají v jednotlivých společnostech tradičně silné postavení. Jakékoli pokusy o změnu těchto zvyklostí ze strany vládních i nevládních organizací tak mohou být velmi problematické a často se nesetkávají s úspěchem.

3.2.4.1 Vliv náboženství na vývoj epidemie HIV/AIDS

Kromě různých lokálních animistických náboženství africký kontinent do jisté míry ovlivňují dvě největší světová náboženství – islám v severní a západní části Afriky a africkém rohu a křesťanství ve střední a jižní části kontinentu, viz Obrázek č. 21. Vezmeme-li v potaz prevalenci HIV/AIDS v rámci afrického kontinentu, je na první pohled zřejmé, že zde existuje obrovský rozdíl mezi prevalencí v muslimské a křesťanské části Afriky. Zatímco muslimské

země vykazují stabilně nízké procento HIV pozitivních (do 2 %), naproti tomu křesťanské země Afriky vykazují jednu z nejvyšších prevalencí HIV/AIDS nejen v Africe, ale i na světě (od 2 do 28 %). Mnoho studií potvrzuje, že v případě afrického kontinentu existuje negativní vztah mezi prevalencí HIV a islámem, a to dokonce i v subsaharské části Afriky (Speakman 2012). Otázkou zůstává, co je příčinou těchto rozdílů.

Obrázek č. 21: Složení obyvatelstva z hlediska náboženství



Zdroj: Pew Research Center, *Muslims and Christians in Africa*

Faktem je, že křesťanství, které má na africkém kontinentě silné kořeny již od dob zakládání křesťanských misí, ještě v nedávné minulosti v souvislosti s epidemií HIV/AIDS veřejně hlásalo množství nepravdivých a zavádějících informací. Křesťanští představitelé tak nepochybně mohli ovlivnit vnímání onemocnění (a následně i chování) ze strany jejich věřících a přispět tak k šíření epidemie HIV/AIDS. V první řadě křesťanství vnímá toto onemocnění jako jistý druh stigmatu a spojuje jej se sexuální promiskuitou. To v mnohých nemocných vyvolává pocit strachu ze stigmatizace ze strany okolí, a proto o svém

onemocnění raději mlčí, což napomáhá šíření epidemie. Kromě toho se křesťanský diskurs často zakládá na nepochopení a zlehčování epidemiologických poznatků o HIV/AIDS. Většina nigerijských věřících je například přesvědčena, že onemocnění HIV/AIDS je spojeno výhradně s hříšným chováním. Jeden z nejvyšších nigerijských duchovních T. B. Joshua pak svým nemocným věřícím doporučoval, aby přestali brát antiretrovirotika, protože onemocnění mohou vyléčit speciální modlitbou a svěcenou vodou. Rovněž 80,8 % věřících z Tanzanie věří, že nemocní HIV/AIDS mohou být uzdraveni modlitbou (Speakman 2012: 2). Značně problematický je pak vztah křesťanství k používání kondomů, což může být v případě epidemie HIV/AIDS jedním z klíčových faktorů, které přispívají k jejímu šíření. Zejména v minulosti, za dob éry Papeže Jana Pavla II., ale i v počátcích vlády jeho nástupce Papeže Benedikta XVI. římskokatolická církev striktně zavrhovala používání kondomů nejen jako prostředku kontroly početí, ale i jako nástroje prevence šíření HIV/AIDS a jako jediný „morální“ prostředek ochrany před HIV/AIDS doporučovala sexuální abstinenci a manželskou věrnost. Papež Benedikt XVI. dokonce krátce po svém zvolení prohlásil, že *„používání kondomů pouze prohlubuje problém HIV/AIDS, jelikož schvaluje nevhodné sexuální chování“*. Své postoje pak zdůraznil i biskupům z Jihoafrické republiky, Botswany, Svazijska, Namibie a Lesotha, kteří k němu přijeli na papežskou audienci (BBC News 2005). Svého času církev odmítala používání kondomů mezi sezdanými páry dokonce i v případech, kdy byl jeden z manželů infikovaný HIV/AIDS (Deutsche Welle 2006). V roce 2010 však papež Benedikt XVI. učinil průlomové prohlášení, když ustoupil od úplného zákazu používání kondomů a připustil, že za určitých okolností, kdy kondom může odvrátit riziko infekce HIV/AIDS a ochránit tak lidský život, je možno jej použít (The Telegraph 2010).

Na druhé straně, podíváme-li se na islám, můžeme i zde nalézt některé rysy shodné s křesťanstvím. I u muslimského náboženství onemocnění HIV/AIDS provází velká míra stigmatizace, jelikož islám chápe tuto nemoc jako „trest za hřích“ v podobě promiskuitního sexuálního chování a stejně jako křesťanství nabádá k absolutní manželské věrnosti jakožto nejspolehlivější ochrany před onemocněním. Pokud jde o obecné povědomí o epidemiologii HIV/AIDS, průzkumy ukazují, že ani v tomto ohledu na tom není muslimská populace o mnoho lépe než ta křesťanská. Proč se tedy onemocnění HIV/AIDS nerozšířilo v muslimských oblastech stejně jako v těch křesťanských? Na první pohled by se mohlo zdát, že důvodem je důslednější dodržování náboženských pravidel ze strany muslimů a naopak laxnější přístup křesťanů, zejména pokud jde o manželskou věrnost. Pravděpodobnějším vysvětlením je však praktikování dalších aspektů souvisejících s muslimskou vírou, a sice

zákaz pití alkoholu a mužská obřízka. Zatímco pokud jde o alkohol, můžeme pouze předpokládat, že požívání alkoholu v křesťanských komunitách může odbourávat zábrany a vést k riskantnějšímu sexuálnímu chování, v případě mužské obřízky praktikované u většiny muslimů však již byly prokázány významné pozitivní efekty vzhledem k riziku nákazy HIV/AIDS. *Mužská obřízka snižuje u obřezaného muže riziko nákazy virem HIV až o 50 %, u ženy, která má styk s HIV pozitivním obřezaným mužem, pak zhruba o 30 %* (Speakman 2012: 5). *Podle Světové zdravotnické organizace, která mužskou obřízku doporučuje jako částečnou ochranu před HIV/AIDS, dokonce u mužů snižuje riziko získání HIV až o 60 %* (WHO 2016). Přesto však mužská obřízka není výhradně muslimskou záležitostí a je praktikována i v některých nemuslimských zemích a u většiny židů.

3.2.4.2 *Vliv stigmatizace a diskriminace HIV pozitivních na vývoj epidemie HIV/AIDS*

Při hledání příčin epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe je třeba kromě jiného brát v potaz i specifické kulturní, tradiční a společenské normy, které mohou nepřímo napomáhat šíření epidemie. K největším takovým překážkám, které podkopávají snahy o prevenci i léčbu HIV/AIDS patří stále hluboce zakořeněné a obecně rozšířené stigma, které tuto nemoc provází a z něj pramenící diskriminace nemocných. Odsouzení HIV pozitivních ze strany rodiny i širšího okolí, diskriminace v zaměstnání nebo dokonce fyzické násilí bývají častými jevy. Nemocní se tak často z obav před negativními reakcemi okolí bojí podstoupit testování nebo své onemocnění tají, což jim nejen znemožňuje podstoupit účinnou léčbu, ale především tak onemocnění šíří dál. Například průzkum prováděný v polovině 90. let v Jihoafrické republice a Namibii dospěl k šokujícím výsledkům: *„Na otázku, jak by mělo být naloženo s lidmi trpícími HIV/AIDS, 14 % respondentů uvedlo, že by měli být zabiti; 55 % si přálo jejich izolaci a pouhých 27 % se domnívalo, že by se těmto nemocným mělo dostat přiměřené péče.“* (Mojžíšová et al 2004: 30). Tomuto trendu ve většině zemí subsaharské Afriky napomáhá i absence účinných právních předpisů, které by HIV pozitivní chránily před diskriminací a ostrakizací, což se však UNAIDS ve spolupráci s lokálními vládami snaží změnit (UNAIDS 2012). Podle organizace *People Living with HIV Stigma Index (PLHIV)*, která mimo jiné provádí v jednotlivých zemích postižených epidemií HIV/AIDS průzkumy zaměřené na míru stigmatizace a diskriminace, které museli HIV pozitivní čelit ze strany svého okolí, jsou stigma spojené s HIV/AIDS a diskriminace nemocných stále přetrvávajícím jevem, který brání účinné prevenci a léčbě HIV/AIDS (PLHIV 2016). To potvrdil například nedávný průzkum této organizace prováděný mezi HIV pozitivními v Jihoafrické republice, který měl

za cíl zjistit, zda tito HIV pozitivní po odhalení své nemoci museli čelit nějaké formě diskriminace ze strany svého okolí. Průzkum ukázal, že celých 10,6 % respondentů bylo v posledním roce z důvodu HIV/AIDS vyloučeno ze společenských setkání jako jsou svatby, pohřby, návštěvy klubů nebo party; 8,9 % respondentů bylo vyloučeno z rodinných aktivit, jako je vaření, společné stolování nebo spaní ve stejném pokoji s ostatními členy rodiny; 5,5 % respondentů bylo vyloučeno z náboženských aktivit nebo míst; 10,3 % respondentů muselo čelit diskriminaci v souvislosti se zaměstnáním; 9,6 % respondentů zažilo diskriminaci při poskytování ubytování a 6,5 % respondentů se setkala s diskriminací v souvislosti s poskytováním služeb pro plánování rodičovství. Jeden z pěti respondentů se přitom domnívá, že důvodem diskriminace a ostrakizace je strach z nákazy virem HIV. Z obav před stigmatizací a diskriminací se pak 6,1 % respondentů rozhodlo svůj zdravotní stav tajit a svůj HIV status nesdělil ani svému partnerovi (PLHIV 2012). Výsledky průzkumů prováděných v ostatních zemích subsaharské Afriky jsou přitom velmi podobné, je proto více než pravděpodobné, že negativní způsob vnímání HIV pozitivních v afrických společnostech přispívá k dalšímu šíření nemoci.

3.2.4.3 Vliv nerovného postavení žen na vývoj epidemie HIV/AIDS

Je smutným faktem, že ženy jsou rizikem nákazy HIV/AIDS ohroženy podstatně více než muži. V subsaharské Africe představují ženy přibližně 59 % všech nakažených, nejohroženější skupinu pak tvoří mladé ženy ve věku 15–24 let, které jen v roce 2013 představovaly 64 % nově nakažených. Oproti mladým mužům stejného věku jsou tedy ohroženy až dvakrát více (UNAIDS 2015). Kromě fyziologických důvodů zde hraje významnou roli nerovné postavení žen v africké společnosti, které s sebou přináší řadu negativních důsledků jako je nerovné postavení žen v sexuálních vztazích a s ním související nemožnost ovlivnit použití kondomu při sexuálním styku, nedobrovolný sex, brzký počátek sexuální aktivity, velký věkový rozdíl mezi partnery, nižší míra vzdělanosti nebo prostituce.

Nerovné postavení žen ve společnosti i v sexuálních vztazích je velmi často doprovázeno sexuálním násilím, kterému musí ženy čelit i v partnerských vztazích. Vynucený nebo násilný sexuální styk pak u ženy významně zvyšuje riziko nákazy HIV/AIDS v případě, že je partner HIV pozitivní. Například studie prováděná v Jihoafrické republice uvádí, že kdyby ženy nebyly ze strany svého partnera vystavovány fyzickému a sexuálnímu násilí, mohlo by být zabráněno až 11,9 % nových infekcí HIV/ADIS (UNAIDS 2012: 63). Podle jiné studie rovněž prováděné v Jihoafrické republice jsou pak mladé ženy, které pravidelně zažívají sexuální

násilí, ohroženy virem HIV až o 50 % více než ženy, které se sexuálním násilím zkušenost nemají (AVERT 2016). Dalším aspektem nerovných sexuálních vztahů je velmi omezená možnost žen ovlivnit použití kondomu při pohlavním styku. Zatímco použití kondomu při mimomanželském pohlavním styku je společností víceméně akceptováno (ačkoli tomu tak v řadě případů není), tradiční vzorce sexuálního chování téměř vylučují použití kondomu při manželském pohlavním styku, což výrazně zvyšuje riziko nákazy virem HIV u vdaných žen. Ve většině případů, kdy je jeden z partnerů nakažen, pak opravdu dojde k přenosu infekce i na druhého partnera (Mojžíšová et al 2004: 29).

Riziko nákazy virem HIV pak zvyšuje i nízký věk dívek na počátku sexuální aktivity, kdy jsou často velmi mladé dívky provdávány za podstatně starší muže, které již měli řadu sexuálních partnerů a mohou tak být HIV pozitivní. U nedospělých dívek, jejichž tělo není ještě zcela vyvinuto, hrozí poškození genitálního ústrojí během pohlavního styku, jako je odření či natržení, které usnadňuje proniknutí viru HIV do těla (Temah 2009: 50). Přestože celosvětově počet dětských sňatků klesá, v celkem 52 zemích světa dosud existuje možnost uzavření manželství u dětí mladších 15 let se souhlasem jejich rodičů (AVERT 2016). Podle studie prováděné v Kisumu (Keňa) a Ndola (Zambie) byla prevalence HIV/AIDS u sexuálně aktivních dívek ve věku 15–19 let až šestkrát vyšší než u mladých mužů stejného věku, u mladých žen ve věku 20–24 let třikrát vyšší než u stejně starých mužů a u žen mezi 25 a 49 lety pak přibližně stejná jako u mužů této věkové kategorie. Tyto výrazné rozdíly v prevalenci HIV/AIDS mezi mladými muži a ženami studie vysvětluje fyziologickými důvody, kdy jsou velmi mladé ženy náchylnější k nákaze virem HIV a vysoká prevalence HSV-2 mezi ženami toto riziko ještě zvyšuje (Glynn et al 2001). Mnohé z těchto mladých dívek navíc nemají prakticky žádné povědomí o rizicích HIV/AIDS a možnostech jeho prevence. V roce 2011 pouhých 28 % mladých žen v subsaharské Africe vědělo, jak se mohou chránit před virem HIV (UNAIDS 2013: 18).

Ohrožení mladých dívek nákazou virem HIV pak ještě zvyšuje mnohde rozšířená pověra, že onemocnění HIV/AIDS může být vyléčeno sexuálním stykem s pannou. Odhaduje se, že jen v Jihoafrické republice jsou kvůli této bizarní pověře ročně znásilněny desetitisíce dívek (v roce 2000 to bylo odhadem až 67 tisíc), z nichž většina je mladší sedmi let (a mnohým není více než několik měsíců). Zatímco velká část dívek na následky znásilnění zemře, zbylé se nakazí virem HIV (The Telegraph 2001). Tato pověra se však nevyskytuje jen v Jihoafrické republice, ale i například v Namibii, která rovněž patří k zemím nejvíce zasaženým epidemií HIV/AIDS. Poněkud překvapivé je pak zjištění, že tato pověra pravděpodobně nemá své

kořeny v Africe, jak by se mohlo zdát, ale v Evropě, kde se již v době viktoriánské Anglie sex s pannou považoval za způsob, jak vyléčit syfilis (Rozvojovka 2007).

Dalším aspektem, který ženy znevýhodňuje oproti mužům a zvyšuje riziko nákazy HIV/AIDS je jejich ekonomická závislost na mužích a s ní související chudoba. Ta často zásadním způsobem ovlivňuje charakter partnerských a sexuálních vztahů v zemích subsaharské Afriky. Často neúnosná ekonomická situace nutí ženy (především mladé ženy, svobodné matky, rozvedené ženy nebo vdovy), které mají v mnohých případech velmi omezené možnosti výdělků, k navazování sexuálních vztahů z ekonomických důvodů. Zatímco prostituce jako taková je obecně společností vnímána negativně, určitá forma finanční nebo materiální odměny za sex je akceptována jako standardní součást mimomanželských sexuálních vztahů a není společností vnímána jako prostituce. Sex se tak v afrických podmínkách stal komoditou prodávanou za peníze nebo vyměňovanou za jídlo, pití, ošacení nebo jiné výhody, čímž se riziko šíření HIV/AIDS značně zvyšuje (Mojžíšová et al 2004: 28).

3.2.5 Behaviorální faktory

Zejména v počáteční fázi epidemie, kdy byly koncem 80. let 20. století v USA zaznamenány první případy pacientů s HIV/AIDS, bylo toto onemocnění spojováno s vysoce rizikovými skupinami. Nemoc byla proto zpočátku označována jako „*nemoc čtyř H*“ – nemoc homosexuálů, hemofiliků, Haitianů a závislých na heroinu (z anglického *homosexuals*, *hemophiliacs*, *Haitians* a *heroin addicts*) (Castro 2016). Tento vzorec šíření HIV/AIDS, označovaný jako *vzorec I*, je v současnosti charakteristický pro vyspělé země světa jako jsou USA, státy Evropy a Austrálie, kde nakažení patří k vysoce rizikovým skupinám (homosexuálové, narkomani) a většinu nakažených tvoří muži. Když se však později objevily první případy HIV pozitivních žen, bylo třeba tuto teorii přehodnotit. Ačkoli byla zpočátku možnost přenosu HIV/AIDS heterosexuálním pohlavním stykem dokonce popírána, přinášela vysvětlení pro množící se případy „afrického AIDS“. Pro africký kontinent, ale i Indii nebo Latinskou Ameriku je totiž typický přenos heterosexuálním pohlavním stykem nebo z matky na dítě, označovaný jako *vzorec II*. V těchto zemích převážnou část nakažených tvoří běžná populace (včetně dětí) a poměr nakažených mužů a žen je přibližně stejný. Tyto rozdílné vzorce šíření HIV/AIDS typické pro rozvinutý a rozvojový svět nevyhnutelně vedly, zejména v počátečních fázích epidemie, ke konstrukci teorií o „výjimečném sexuálním chování“ Afričanů a lidí zemí třetího světa.

3.2.5.1 Vliv sexuálního chování na vývoj epidemie HIV/AIDS

Pokud jde o vliv sexuálního chování Afričanů na vývoj epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe, neexistuje mezi vědci jednoznačný konsenzus, ba právě naopak. Na jedné straně zastánci behaviorálních teorií vysvětlují vysokou prevalenci HIV/AIDS v subsaharské Africe specifickým sexuálním chováním Afričanů, naproti tomu jejich odpůrci argumentují povětšinou epidemiologickými poznatky. Jedním z prvních průkopníků a zastánců behaviorálního vysvětlení epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe byl australský demograf John C. Caldwell. Ten příčinu rychlého šíření viru HIV na africkém kontinentě spatřoval ve specifickém sexuálním chování Afričanů odlišném od zbytku světa. Podle Caldwellova neberou Afričané sexuální vztahy příliš vážně a mnohočetné, mimomanželské nebo předmanželské sexuální styky jsou zde obecně tolerovány, a to dokonce i u žen. V těchto paralelních vztazích pak podle Caldwellova Afričanům nebrání ani křesťanská víra, ze které si Afričané berou jen určité, pro ně vhodné atributy. Svým odpůrcům prosazujícím environmentální a epidemiologické teorie argumentoval rozdílem ve vysoké prevalenci HIV/AIDS v Africe a naopak nízké prevalenci v Asii (do 2 %), třebaže oba kontinenty trpí podobnými „neduhy“ jako je chudoba a další nemoci. Avšak Asiaté na rozdíl od Afričanů přistupují k manželským a sexuálním vztahům velmi tradičně a mimomanželské sexuální styky zde nejsou tolerovány (Caldwell et al 1989: 222).

Později, po sérii neúspěšných implementací řady vládních programů pro boj s HIV/AIDS, převážně založených na tzv. „ABC strategii“ („*Absitence, Be Faithful, Use a Condom*“) zaměřených na sexuální chování Afričanů, začali do popředí vystupovat epidemiologové, podle kterých je rychlé šíření HIV/AIDS v Africe způsobeno celkově špatným zdravotním stavem Afričanů, který je činí náchylnější k nákaze virem HIV. Ani epidemiologické příčiny však nedokázaly zcela vysvětlit velké rozdíly v prevalenci HIV/AIDS v rámci afrického kontinentu, proto se vědecký diskurz opět zaměřil na „výjimečné“ sexuální chování Afričanů. Na základě behaviorálních teorií pro africký kontinent lze v sexuálním chování Afričanů obecně identifikovat tři druhy vysoce rizikového sexuálního chování, které mohou ovlivňovat vývoj epidemie HIV/AIDS – prostituce, „transakční“ sex (v angličtině ustálený pojem „*transactional sex*“) a mnohočetné souběžné vztahy (v angličtině označovány jako „*multiple concurrent partnership*“) (Castro 2016).

Pokud jde o prostituci, jedná se o jev starý jako lidstvo samo praktikovaný napříč celým světem a i ve vyspělých zemích světa představují prostitutky vysoce rizikovou skupinu obyvatelstva. V tomto ohledu tedy zřejmě Afrika nepředstavuje žádnou výjimku. Přesto se

však prevalence HIV/AIDS na africkém kontinentě výrazně liší od prevalence v ostatních částech světa. Dokonce i Thajsko, považované za „sexuální ráj“, kde je velké množství sexuálních pracovníků HIV pozitivních, vykazuje „pouhých“ 1,1 % HIV pozitivních dospělých ve věku 15–49 let (UNAIDS 2016). Prostitutky navíc nejčastěji provádějí „standardní“ sexuální praktiky, jako je vaginální nebo orální sex, které nejsou vysoce rizikové (jako například anální sex). Z tohoto pohledu je tedy velmi pravděpodobné, že měla-li prostituce v Africe výraznější vliv na propuknutí epidemie HIV/AIDS, pak jen v kombinaci s dalšími faktory, které nejsou v ostatních částech světa přítomné (Castro 2016).

Naproti tomu tzv. *transakční sex*, který je poskytován za určitou formu finanční nebo materiální odměny, jako je jídlo, pití, ošacení, dárky nebo jiné výhody je podle některých odborníků pro africký kontinent typický, všudypřítomný a společností obecně akceptovaný. Tato forma sexu je považována za standardní součást mimopartnerských vztahů a společností není vnímána jako prostituce (Mojžíšová et al 2004: 28). Podle některých se však tento druh sexu zdaleka neomezuje jen na nejchudší vrstvy obyvatelstva, ale prostupuje napříč všemi příjmovými kategoriemi a úzce souvisí se socio-kulturními aspekty africké společnosti, kdy muž je ten, kdo poskytuje určité výhody, zatímco žena mu jako kompenzaci poskytuje sex (Groes-Green 2014). Transakční sex tak do jisté míry odráží nejen podřízené postavení afrických žen, ale i vztah patron-klient, který je jedním z hlavních atributů africké společnosti. Přestože byly v posledních letech teorie o transakčním sexu do jisté míry přehodnoceny (i vzhledem k tomu, že nelze přesně definovat hranici mezi klasickým partnerským vztahem, transakčním sexuálním vztahem a prostitucí), transakční sex je dosud považován za jeden z faktických sociálních rysů afrického kontinentu a až do poloviny 90. let 20. století byl v politických i vědeckých kruzích považován za hlavní vektor šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe.

Poslední kategorii „rizikových“ vztahů pak představují tzv. *mnohočetné souběžné vztahy*, které se sice do jisté míry vyskytují napříč celým světem, podle některých odborníků jsou však doménou afrického kontinentu. Organizace UNAIDS v roce 2009 definovala takový souběžný vztah jako „*situaci, ve které se sexuální styk s jedním partnerem objeví mezi dvěma sexuálními styky s jiným partnerem*“ (UNAIDS 2009). Obecně se může jednat o vztahy, kdy má jeden z partnerů, případně oba, kromě „oficiálního“ dlouhodobého vztahu navíc buď jednorázové styky s jinými partnery nebo současně další dlouhodobé nebo nepravidelné sexuální vztahy s jinými partnery. Podle některých odborníků jsou právě tyto souběžné vztahy jednou z hlavních příčin epidemie HIV/AIDS na africkém kontinentě, kde jsou tyto typy

vztahů běžnější než v jiných částech světa. Jejich odpůrci však argumentují tím, že studií, které byly na téma souběžných vztahů v Africe provedeny, je příliš málo na to, aby z nich mohly být vyvozeny takto paušalizující závěry (Castro 2016).

Přesto však stojí za to zmínit zajímavý experiment, který na téma souběžných vztahů v polovině 90. let 20. století provedla v Ugandě, Thajsku a USA americká profesorka sociologie Martina Morris. Aby rozluštila „záhadu“ epidemie HIV/AIDS v Africe, navrhla počítačový program pracující s matematickým modelem, který bral v úvahu počet sexuálních partnerů, délku trvání vztahů a počet souběžných vztahů. Poté, co posbírala data v Ugandě, Thajsku a USA a podrobila je stejnému zkoumání, došla k překvapivým výsledkům. Průměrný Ugandčan a průměrný Američan přiznali zhruba stejný počet sexuálních partnerů za život, přičemž přibližně u 25 % dotazovaných v obou zemích tento počet převyšoval 10 sexuálních partnerů. Přesto však stejná míra promiskuity nevedla ke stejné prevalenci HIV/AIDS – zatímco Uganda v polovině 90. let 20. století vykazovala 18 % prevalenci mezi dospělou populací, v USA toto číslo nikdy nepřekročilo 1 %. Rovněž v Thajsku, kde dokonce více než 65 % mužů uvedlo, že měli více než 10 sexuálních partnerů v životě, míra prevalence HIV/AIDS dosahuje necelých 2 %. Z těchto čísel vyplývá, že počet sexuálních partnerů zřejmě nehrál při šíření epidemie HIV/AIDS roli. Co však od sebe jednotlivé země odlišovalo, byl charakter sexuálních vztahů. Zatímco muži v Ugandě měli dva nebo více dlouhodobých vztahů současně, muži v Thajsku měli je jeden dlouhodobý vztah, ale příležitostně navštěvovali prostitutky – v průměru pětkrát za rok a zřídka měly sex dvakrát s tou samou. Přestože je mnoho thajských prostitutek HIV pozitivních, tím, že každou navštívili pouze jednou, bylo riziko nákazy virem HIV relativně nízké (riziko nákazy se pohybuje přibližně okolo 1 až 10 z 1000 pohlavních styků). Pokud má HIV pozitivní člověk jednotlivé sexuální styky se stovkami zdravých lidí, je pravděpodobné, že nakazí pouze jednoho z nich. To vysvětluje, proč se v Thajsku nerozšířila epidemie HIV/AIDS přesto, že tamní muži pravidelně navštěvují prostitutky. Naproti tomu ke vzniku epidemie podobné té v Ugandě je zapotřebí, aby lidé byli vystaveni viru HIV opakovaně. Ugandští muži a ženy měli po mnoho let opakovaný sex s jejich partnery. Pokud by byl některý z těchto partnerů HIV pozitivní, sex s takovým partnerem se postupem času stává velice riskantním. Morris proto ze svého experimentu vyvodila závěr, že dlouhotrvající souběžné sexuální vztahy mohou být mnohem riskantnější, než jednotlivé sexuální styky s prostitutkami. V Africe jsou totiž partneři v běžných heterosexuálních vztazích propojeni nejen spolu vzájemně, ale rovněž s dalšími svými partnery a nepřímo s jejich partnery a jejich partnery a tak dále, prostřednictvím sítě

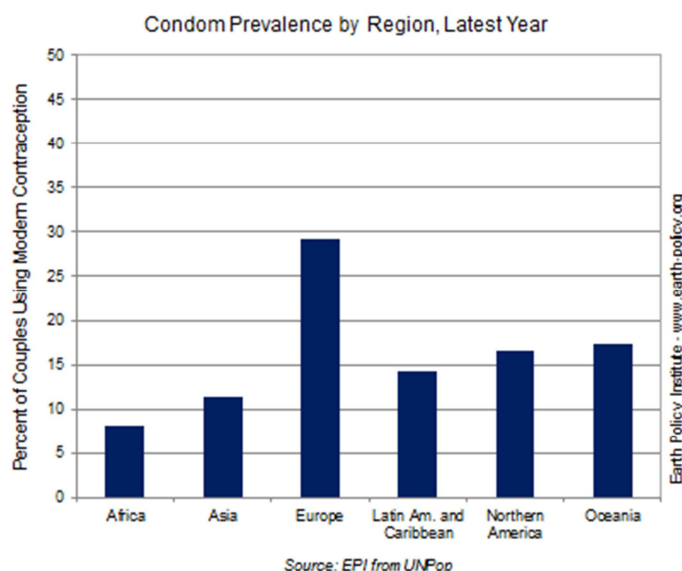
sexuálních vztahů rozprostírající se přes celé obrovské regiony. Pokud je jeden z členů této „sítě“ HIV pozitivní, je vysoké riziko, že nakazí i ostatní partnery zapletené do této sítě (Epstein 2004).

Otázkou však zůstává, nakolik jsou vůbec studie týkající se sexuálního chování Afričanů (i jiných národů) relevantní, vezmeme-li v úvahu, o jak intimní a často tabuizované téma se jedná a jaká je pravděpodobnost, že všichni respondenti odpovídají pravdivě. Jestliže je totiž onemocnění HIV/AIDS stigmatizováno v souvislosti s promiskuitou, je pravděpodobné, že řada respondentů o svých sexuálních vztazích nebude chtít otevřeně hovořit.

3.2.5.2 Vliv používání kondomů na vývoj epidemie HIV/AIDS

Kondom v současnosti představuje jedinou spolehlivou ochranu před infekcí HIV/AIDS (ale i jinými sexuálně přenosnými chorobami, genitálními bradavicemi nebo rakovinou děložního čípku) během sexuálního styku, a to jak u mužů, tak u žen. Pokud je používán konzistentně a správně, riziko selhání se pohybuje jen zhruba okolo 2 % (UNAIDS 2015). Přestože kondom představuje druhý nejčastěji používaný způsob kontracepce na světě, četnost jeho používání, s výjimkou Evropy, kde se pohybuje okolo 30 %, nepřesahuje napříč celým světem 20 %. Nejhuře je na tom pak s používáním kondomů Afrika, kde se míra jeho použití pohybuje někde mezi 7 a 8 %, což je vzhledem k faktu, že právě africký kontinent je epidemií HIV/AIDS zasažen nejvíce, poněkud znepokojující fakt (viz Obrázek č. 22).

Obrázek č. 22: Používání kondomů podle regionů, 2011



Zdroj: EPI, převzato z UNPop, *Condom Prevalence by Region, Latest Year*

Důvodů nízké míry používání kondomů na africkém kontinentě může být celá řada, v první řadě je však třeba vzít v potaz jejich dostupnost. I přes intenzivní snahy většiny místních vlád i mezinárodních organizací o hromadnou distribuci kondomů (často bezplatnou), totiž v subsaharské Africe stále existuje velké množství lidí, zejména v odlehlých venkovských oblastech, kteří ke kondomům přístup nemají. Podle údajů UNAIDS z roku 2013 připadalo na každého muže ve věku 15–64 let pouhých 10 dostupných mužských kondomů na rok a pouze 1 ženský kondom na 8 žen v subsaharské Africe na rok. Z těchto čísel je patrné, že dostupnost kondomů je v tomto regionu zcela nedostačující (UNAIDS 2015).

Kromě toho je používání kondomů v afrických podmínkách stále značně problematické i v případech, kdy jsou dostupné, a to z důvodu pevně zakořeněných socio-kulturních zvyků. Používání kondomu je stále spojováno s promiskuitou a nevěrou, proto jeho použití může bránit obava z reakcí partnera, rodičů nebo blízkého okolí. Zažití genderové stereotypy upřednostňující muže a jeho potřeby před potřebami ženy brání ženám efektivně vyjednávat o použití kondomu. V manželských vztazích pak použití kondomu není vůbec přípustné, jelikož kondom potlačuje demonstraci mužské plodnosti, jeho potěšení a obecně významu sexu. Řada žen čelících chudobě netrvá na použití kondomu z důvodu obav z ohrožení jejich ekonomických zájmů, které jim sex s mužem přináší. Kromě toho používání kondomů a obecně rizika a způsob nákazy HIV/AIDS provází celá řada zavádějících nebo nedostatečných informací a mýtů, které brání jejich konzistentnímu používání (Maticka-Tyndale 2012: 66). V neposlední řadě pak bylo používání kondomů po dlouhá léta systematicky odmítáno představiteli římskokatolické církve, kteří teprve nedávno připustili možnost použití kondomu v případě, kdy je jeden z partnerů zjevně HIV pozitivní.

Z výše uvedeného vyplývá, že je více než pravděpodobné, že nízká míra používání kondomů mohla v subsaharské Africe přispět k šíření epidemie HIV/AIDS.

4. DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS V SUBSAHARSKÉ AFRICE

Zatímco příčiny epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe jsou stále předmětem diskusí nejen v odborných kruzích a dosud nelze jednoznačně určit, co přesně způsobilo epidemii takového rozsahu, katastrofální dopady epidemie HIV/AIDS na africký kontinent jsou dnes již zcela zjevné. Onemocnění HIV/AIDS v afrických podmínkách již zdaleka není chápáno jen jako problém zdravotní či sociální, ale stále více je vnímáno především jako problém socioekonomický a politický. Přestože HIV/AIDS bezprostředně postihuje životy nemocných a jejich rodin, v důsledku se jedná o problém komplexní, který má vzhledem k rozsahu

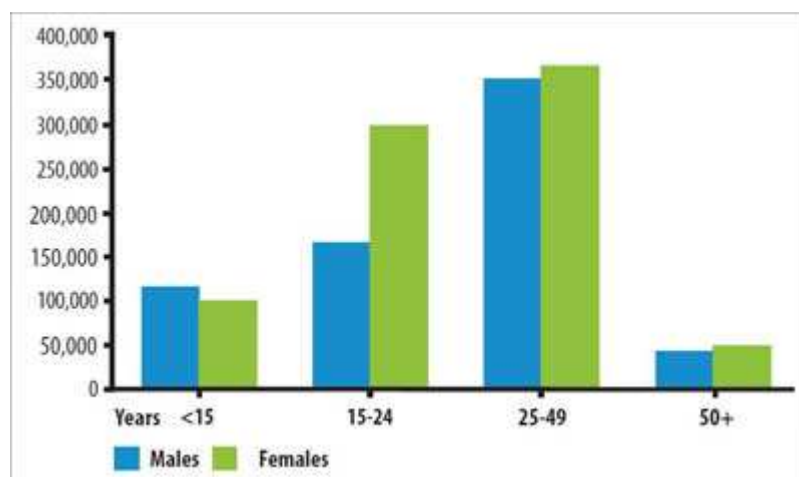
epidemie výrazné negativní dopady na fungování a rozvoj jednotlivých států subsaharské Afriky. Nemoc či péče o nemocné má za následek výpadky příjmů a zvyšování výdajů na úrovni domácností, což vede nejen k prohlubování chudoby, ale v řadě případů i k poklesu školní docházky u dětí z takto postižených rodin. Rovněž se tím zvyšuje riziko prostituce u žen, která často představuje dodatečný příjem rodiny nezbytný pro přežití, který však dále zvyšuje riziko nakažení HIV/AIDS. Vzhledem k faktu, že HIV/AIDS jsou nejvíce zasaženi lidé v produktivním věku, v některých odvětvích chybí v důsledku nemoci kvalifikované pracovní síly nebo se snižuje jejich produktivita práce. Z tohoto hlediska jsou nejvíce postiženými oblastmi školství, zdravotnictví a zemědělství. V souvislosti s velkým počtem nakažených jsou rovněž vynakládány velké finanční prostředky na zdravotní péči, což má devastující vliv na rozpočty jednotlivých států. Všechny tyto faktory pak mají v řadě zemí za následek stagnaci či dokonce pokles hospodářského a sociálního růstu.

Podle A. Mojžíšové a K. Kašové lze obecně dopady epidemie HIV/AIDS rozdělit do tří skupin: *demografické dopady* (zpomalení populačního růstu, změna struktury populace), *sociální dopady* (na úrovni rodin, komunit i širší společnosti) a *hospodářské dopady* (na mikroekonomické i makroekonomické úrovni). Z časového hlediska se pak jedná jak o okamžité dopady, tak o dlouhodobé dopady na úrovni domácností i států (Mojžíšová et al 2004: 33). Tyto tři kategorie dopadů epidemie HIV/AIDS na region subsaharské Afriky nám poslouží i pro účely této diplomové práce, třebaže mezi nimi neexistuje jasná hranice a do jisté míry se mohou vzájemně prolínat.

4.1 DEMOGRAFICKÉ DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS

Vzhledem k tomu, že v subsaharské Africe je nejčastějším způsobem přenosu HIV/AIDS pohlavní styk, míra nákazy HIV/AIDS se v jednotlivých věkových kategoriích populace výrazně liší. Nejvíce nakažených tvoří mladí lidé v produktivním věku, kteří jsou sexuálně nejaktivnější, viz Obrázek č. 23. Nejvyšší počet HIV pozitivních žen je pak povětšinou ve věkové skupině 20–29 let, zatímco u mužů je tato věková kategorie o něco vyšší, nejčastěji 30–39 let. Důvodem jsou pro Afriku typické vzorce sexuálního chování, kdy mladé ženy obvykle mají vztahy se staršími muži (Mojžíšová et al 2004: 34).

Obrázek č. 23: Nové infekce HIV/AIDS podle věku a pohlaví, 2013



Zdroj: UNAIDS, *New HIV infections in sub-Saharan Africa, by age and sex, 2013*

Vezmeme-li v potaz, že onemocněním HIV/AIDS jsou postiženi převážně mladí lidé v produktivním věku, tento trend s sebou nevyhnutelně přináší negativní demografické dopady. Ve většině zemí subsaharské Afriky došlo především mezi léty 1990 a 2000 vlivem epidemie HIV/AIDS k dočasnému zpomalení populačního růstu, čímž došlo k narušení přirozené demografické struktury populace. To s sebou přináší závažné sociální a ekonomické problémy, jelikož zmenšující se skupina ekonomicky aktivních obyvatel v produktivním věku není schopna ekonomicky zabezpečit velký počet nezaopatřených dětí a starých lidí (Mojžíšová et al 2004: 35). Například v Botswaně došlo mezi roky 1990 a 2000 dokonce k poklesu meziročního populačního růstu, a to z 2,9 na 1,6 %. Stejně tak se zde výrazně zkrátila průměrná očekávaná délka života z 63 let v roce 1990 na pouhých 49 let v roce 2000, viz Obrázek č. 24. Obdobné trendy byly zaznamenány i v ostatních zemích subsaharské Afriky zasažených epidemií HIV/AIDS (World Bank 2016).

Obrázek č. 24: *Populační dynamika 1900–2014, Botswana*

Population dynamics				
	Botswana			
	1990	2000	2010	2014
Population, total (millions)	1.4	1.7	2.0	2.2
Population, male (% of total)	49	50	50	50
Population, female (% of total)	51	50	50	50
Population ages 00-14 (% of total)	45	38	33	32
Population ages 15-64 (% of total)	53	59	63	64
Population ages 65 and above (% of total)	3	3	3	4
Population growth (annual %)	2.9	1.6	2.0	2.0
Birth rate, crude (per 1,000 people)	35	28	26	25
Death rate, crude (per 1,000 people)	7	14	7	7
Age dependency ratio (% of working-age population)	90	70	58	56
Fertility rate, total (births per woman)	4.7	3.4	2.9	2.8
Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	102	65	43	34
Life expectancy at birth, total (years)	63	49	63	64
Life expectancy at birth, male (years)	61	48	61	62
Life expectancy at birth, female (years)	65	50	66	67
Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	42	52	40	36
Mortality rate, under-5 (per 1,000)	54	83	54	45
Mortality rate, adult, male (per 1,000 male adults)	307	606	365	346
Mortality rate, adult, female (per 1,000 female adults)	252	569	284	262
Survival to age 65, male (% of cohort)	55	30	52	54
Survival to age 65, female (% of cohort)	62	35	63	65
HealthStats				

Zdroj: World Bank, *Population Dynamics, Botswana*

Statistiky pak ukazují, že od roku 2000 žije zhruba čtvrtina dětí v rodinách, kde jsou jeden nebo dokonce oba rodiče HIV pozitivní. S tím souvisí i dramatický nárůst počtu sirotků. V současnosti žije v subsaharské Africe přibližně 15,7 milionů dětí, které přišly o rodiče v důsledku HIV/AIDS. Dle odhadů pak každých 15 vteřin ztratí některé dalších z afrických dětí vinou HIV/AIDS některého z rodičů (AIDS Orphan 2016). O tyto sirotky se zpravidla po smrti rodičů starají jejich prarodiče, jiné dospělé ženy z rodiny nebo někteří další členové tzv. *rozšířené rodiny*. Ta v africké společnosti hraje velmi důležitou sociální a ekonomickou roli, kdy široké příbuzenstvo plní funkci jakési přirozené sociální sítě a její členové si vzájemně poskytují výpomoc, ať už ekonomickou nebo při péči o sirotky či nemocné (Mojžísová et al 2004: 37). U těchto dětí se však oproti dětem, které mají oba rodiče, výrazně snižuje

pravděpodobnost, že absolvují školní docházku, a naopak roste pravděpodobnost, že budou pracovat více než 40 hodin týdně (UNAIDS 2005: 31). V některých zemích subsaharské Afriky navíc epidemie HIV/AIDS dosáhla takových rozměrů, kdy už ani tradiční sociální síť tvořená rozšířenou rodinou není schopna pojmout takové množství sirotků, a tak od 90. let 20. století v subsaharské Africe roste počet domácností vedených dětmi a narůstá počet dětských bezdomovců (Mojžíšová et al 2004: 35).

4.2 SOCIÁLNÍ DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS

Rozsáhlá epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe s sebou kromě jiného přináší i významné negativní dopady na africké rodiny, domácnosti a komunity. Tyto dopady mohou být jak sociálního charakteru, kdy onemocnění HIV/AIDS narušuje přirozené rodinné a společenské vazby, tak materiálního charakteru, kdy úmrtí dospělých členů rodiny v důsledku HIV/AIDS a péče o nemocné má za následek výpadek příjmů na jedné straně a zvyšování výdajů domácností na straně druhé. Kromě toho jsou rodiny postižené HIV/AIDS výrazně zatíženy psychickým stresem v důsledku úmrtí členů rodiny, nadměrné zátěže spojené s péčí o nemocné, finančních problémů, ale i stigmatizace spojené s nemocí HIV/AIDS.

Jak již bylo zmíněno, epidemie HIV/AIDS nejvíce postihuje mladé lidi v produktivním věku, kteří mají děti, jsou ekonomicky aktivní a v domácnostech obvykle zastávají roli rodičů a živitelů rodiny. Pokud takovýto člen rodiny onemocní v důsledku HIV/AIDS, jeho rodina je vystavena zvýšené ekonomické, ale i fyzické a psychické zátěži. Onemocnění vede na straně jedné ke zvyšování výdajů domácnosti na zdravotní péči, na straně druhé pak k omezení nebo úplnému výpadku příjmů jak u nemocného, tak u členů rodiny, kteří o nemocného pečují (Mojžíšová et al 2004: 36). Chudé domácnosti jsou často v důsledku zvýšených výdajů na zdravotní péči nemocného nuceny omezit svou spotřebu, utratit všechny úspory, půjčit si peníze nebo rozprodat majetek. V neposlední řadě více než polovina takových rodin odebere děti ze školy (obzvláště dívky), aby ušetřily peníze za školní docházku nebo zajistily péči o nemocného člena rodiny. Tím se vytváří jakási negativní smyčka, jelikož vzdělání představuje jeden ze způsobů prevence onemocnění HIV/AIDS a současně představuje naději na lepší život (UNAIDS 2005: 30). U dětí z takových rodin pak často dochází i ke zhoršení jejich zdravotního stavu a podvýživě v důsledku nižších příjmů domácností a psychickému traumatu způsobenému prohlubující se chudobou, péčí o nemocné rodiče a jejich následnou smrtí.

Největší zátěž pak péče o nemocné a sirotky představuje pro ženy, které jsou v tradiční africké společnosti zodpovědné jak za sociální soudržnost rodiny a celkovou péči o

domácnost, tak za ekonomické zabezpečení rodiny, dojde-li k onemocnění či úmrtí mužského člena rodiny. Tyto ženy tak kromě péče o děti a starší členy rodiny, vaření, uklízení nebo praní musí ještě pečovat o nemocného partnera či rodiče, což klade na tyto ženy enormní fyzické, ale především psychické nároky. Onemocní-li HIV/AIDS oba rodiče, roli matky pak často přebírá nejstarší dcera. Například průzkum prováděný v Zimbabwe v roce 2000 ukázal, že až 65 % rodin, kde v důsledku HIV/AIDS zemřela dospělá žena, se rozpadlo a její členové se zcela rozptýlili. Podle studie zaměřené na domácnosti v Zambii postižené HIV/AIDS pak až u dvou třetin rodin, které ztratily otce v důsledku HIV/AIDS, došlo k poklesu měsíčních příjmů až o 80 % (UNAIDS 2005: 31). Extrémní pokles příjmů pak v konečném důsledku může vést k praktikování prostituce, která často představuje jediný příjem rodiny nezbytný pro přežití, avšak která dále zvyšuje riziko nákazy HIV/AIDS.

4.3 HOSPODÁŘSKÉ DOPADY EPIDEMIE HIV/AIDS

Přestože epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe bezprostředně postihuje především africké rodiny, rozsah epidemie již dávno překročil rámec domácností a v řadě zemí se stal problémem na celonárodní úrovni. Jak již bylo několikrát zmíněno, epidemií HIV/AIDS jsou převážně zasaženi ekonomicky aktivní lidé v produktivním věku, kteří nejen pro domácnosti, ale i pro hospodářství jednotlivých států představují potřebnou pracovní sílu. V některých odvětvích, jako je školství, zdravotnictví či zemědělství, ale i v soukromém sektoru, tak v důsledku epidemie HIV/AIDS chybí velké množství kvalifikovaných pracovních sil nebo se vzhledem k nemoci snižuje jejich produktivita práce. Kromě toho jsou v souvislosti s onemocněním HIV/AIDS ze strany států vynakládány velké finanční prostředky na prevenci a zdravotní péči, což má devastující vliv na rozpočty jednotlivých států. Zmenšující se skupina ekonomicky aktivních obyvatel, která bude v budoucnu nucena zabezpečit velké množství sirotků a starých lidí si navíc vyžádá nezbytné reformy a výdaje směrem k důchodovým a sociálním systémům jednotlivých zemí. To vše může mít v konečném důsledku výrazné negativní dopady nejen na rodiny nemocných HIV/AIDS, ale i na fungování a rozvoj jednotlivých států subsaharské Afriky.

4.3.1 Dopady epidemie HIV/AIDS na soukromý sektor

Na úrovni firem se epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe projevuje ve dvou hlavních rovinách – v důsledku onemocnění HIV/AIDS se africké společnosti potýkají s vysokou mírou absence a fluktuace zaměstnanců a léčba zaměstnanců trpících HIV/AIDS neúměrně

navyšuje náklady firem. Například v namibijské vodárenské společnosti NamWater zvýšená absence HIV pozitivních pracovníků a vysoká fluktuace zaměstnanců v důsledku úmrtí na HIV/AIDS vyústila v roce 2000 v ochromení činnosti celé společnosti. Svazijská společnost na zpracování cukru zase téžže roce vykazovala až 25 % HIV pozitivních zaměstnanců, u kterých bylo pravděpodobné, že zemřou v příštích 10 letech. Tato situace vedla ke snížení produktivity zaměstnanců a k omezení hospodářského růstu společnosti. Studie prováděná v 992 firmách v pěti zemích subsaharské Afriky (Ghaně, Keni, Tanzanii, Zambii a Zimbabwe) pak zaznamenala výrazně vyšší úbytek zaměstnanců způsobený nemocí a smrtí zaměstnanců v těch zemích, který vykazovaly vyšší prevalenci HIV/AIDS (United Nations b. r.: 55). Kromě toho epidemie HIV/AIDS řadě afrických firem, které často nabízí jako jeden z benefitů zdravotní péči, neúměrně navyšuje náklady vynakládané na lékařskou péči zaměstnanců. Například podle studie prováděné v Keni ve společnostech na zpracování dřeva a cukru bylo zjištěno, že náklady na léčbu HIV pozitivních zaměstnanců spotřebovaly většinu firemních zisků. Další studie prováděná v Keni mezi léty 1992 a 2005 pak ukázala, že během těchto let se náklady na lékařskou péči zaměstnanců v souvislosti s HIV/AIDS více než ztrojnásobily (United Nations b. r.: 56).

4.3.2 Dopady epidemie HIV/AIDS na sektor školství

Z celostátního hlediska jsou pak epidemií HIV/AIDS nejvíce zasaženými sektory školství, zdravotnictví a zemědělství, kde v důsledku onemocnění HIV/AIDS chybí množství kvalifikovaných pracovníků. Vzhledem k tomu, že vzdělání představuje hlavní motor ekonomického i sociálního rozvoje a pro většinu afrických vlád je tak jeho rozvoj jednou z klíčových priorit, dopady na tento sektor jsou obzvláště dramatické. Většina zemí zasažených epidemií HIV/AIDS se musí potýkat s nedostatkem kvalifikovaných učitelů v důsledku zvýšené úmrtnosti nebo vysoké absence spojené s nemocí. Nedostatek učitelů pak v konečném důsledku vede buď ke snižování už tak nedostatečného počtu školních tříd i škol, což řadě dětí znemožňuje přístup ke vzdělání, nebo nahrazování kvalifikovaných učitelů nekvalifikovanými, což má negativní dopady na kvalitu vzdělávání (IICBA 2016). Například v Ugandě nebo Malawi byla v roce 2003 téměř třetina všech učitelů HIV pozitivní (UNAIDS 2005: 31). Podle studie UNAIDS pak jen v roce 1999 ztratilo přibližně 860 tis. dětí v subsaharské Africe učitele v důsledku onemocnění HIV/AIDS, přičemž k nejvíce zasaženým státům patřily Jihoafrická Republika, Keňa, Zimbabwe, Nigérie, Uganda, Zambie, Malawi, Etiopie, Tanzanie a Demokratická republika Kongo. Výsledky studie UNICEF

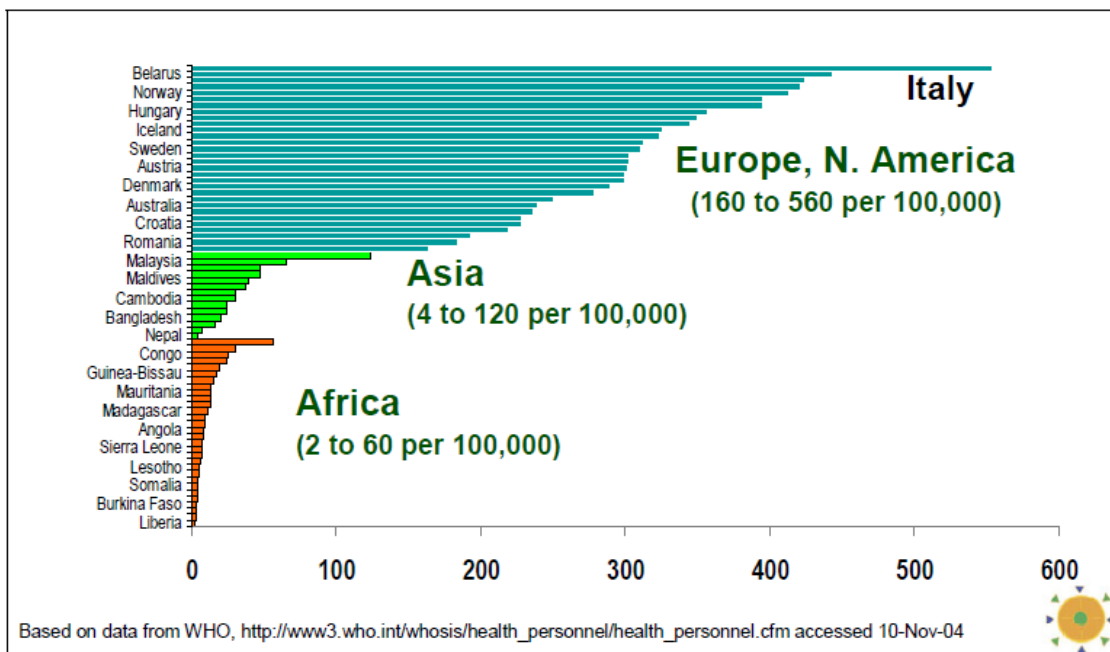
prováděné v Zambii v témže roce pak ukazují, že počet úmrtí mezi zambijskými učiteli v roce 1998 dosahoval přibližně dvou třetin ročního přírůstku nových učitelů (United Nations b. r.: 71–72). S tím kromě jiného souvisí i vysoké náklady, který musí sektor školství vynakládat nejen na léčbu učitelů postižených HIV/AIDS, kterou často školy poskytují jako benefit, ale i na nábor, školení a zaučování nových učitelů. Kromě toho, jak již bylo zmíněno, má onemocnění HIV/AIDS výrazný negativní vliv i na školní docházku dětí pocházejících z rodin zasažených HIV/AIDS.

4.3.3 Dopady epidemie HIV/AIDS na sektor zdravotnictví

Neméně ohroženým sektorem, který navíc hraje klíčovou roli při prevenci a léčbě onemocnění HIV/AIDS, je zdravotní sektor. Oblast zdravotnictví je epidemií HIV/AIDS zasažena hned ve dvou rovinách – na straně jedné epidemie klade zvýšené nároky na zdravotnické služby v souvislosti s prevencí a léčbou HIV/AIDS, ale i oportunních infekcí, na straně druhé se pak tento sektor potýká s úbytkem zdravotníků v důsledku onemocnění HIV/AIDS a pracovní migrace. Pokud jde o zdravotnický personál, je třeba si uvědomit, že většina států subsaharské Afriky má značně poddimenzovaný stav zdravotnického personálu, viz Obrázek č. 25 a Obrázek č. 26. V některých zemích subsaharské Afriky chybí odhadem 35–45 % lékařů a asi 15 % zdravotních sester, a to především z důvodu odchodu velkého množství zdravotníků do zahraničí. Odhadem až dvě třetiny afrických lékařů po dokončení studia odchází pracovat do zahraničí. Například v USA podle WHO pracuje až třetina všech afrických lékařů. V Malawi ročně odejde do zahraničí více zdravotních sester, než jich ukončí studium. Pracovat do zahraničí odchází rovněž rekordní počet farmaceutů (WHO 2006).

Obrázek č. 25: Stav lékařů podle jednotlivých kontinentů

Figure 1. 250-fold variation in supply of doctors among countries, ratio of doctors per 100 000 population

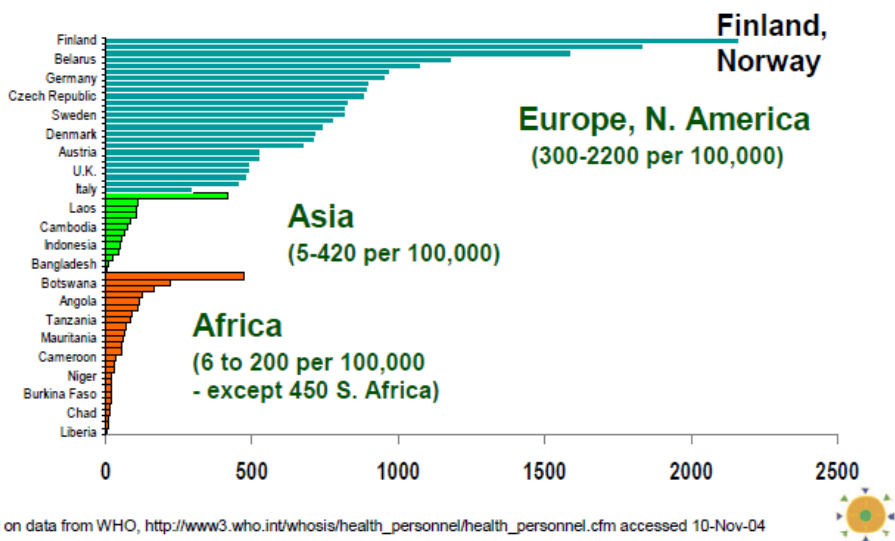


Zdroj: WHO, 250-fold variation in supply of doctors among countries, ratio of doctors per 100 000 population

Obrázek č. 26: Stav zdravotních sester podle jednotlivých kontinentů

Figure 2. 400-fold variation in supply of nurses among countries, ratio of nurses per 100 000 population

Nurses – 400-fold variation among countries in the ratio of nurses per 100,000 population



Zdroj: WHO, 400-fold variation in supply of nurses among countries, ratio of nurses per 100 000 population

Důvodem odchodu zdravotnického personálu do zahraničí je kromě nízkých platů ve většině afrických zemí i samotná epidemie HIV/AIDS, která klade na lékaře a zdravotní sestry zvýšené nároky. V souvislosti s prudkým nárůstem HIV pozitivních pacientů musí zdravotnický personál ošetřovat stále větší počet pacientů trpících onemocněním HIV/AIDS a s ním souvisejícími oportunními infekcemi, jako jsou tuberkulóza, průjmová onemocnění, podvýživa, meningitida nebo pneumocystová pneumonie. V některých zemích subsaharské Afriky tvoří HIV pozitivní odhadem 50 až 70 % všech pacientů. Kromě toho tito zdravotníci musí provádět i další činnosti související s HIV/AIDS, jako je testování na přítomnost viru HIV nebo školení příbuzných nemocných v oblasti domácí péče o HIV pozitivní pacienty. V neposlední řadě jsou pak tito pracovníci sami vystaveni riziku nákazy HIV/AIDS během péče o nemocné, když přicházejí do kontaktu s jejich krví a dalšími tělními tekutinami, ať už prostřednictvím nesterilních nástrojů nebo při poranění. Všechny tyto faktory mají za následek enormní fyzickou i psychickou zátěž kladenou na zdravotnický personál, která v mnoha případech vede k odchodu těchto kvalifikovaných pracovníků do zahraničí nebo do jiných méně rizikových sektorů (WHO 2006).

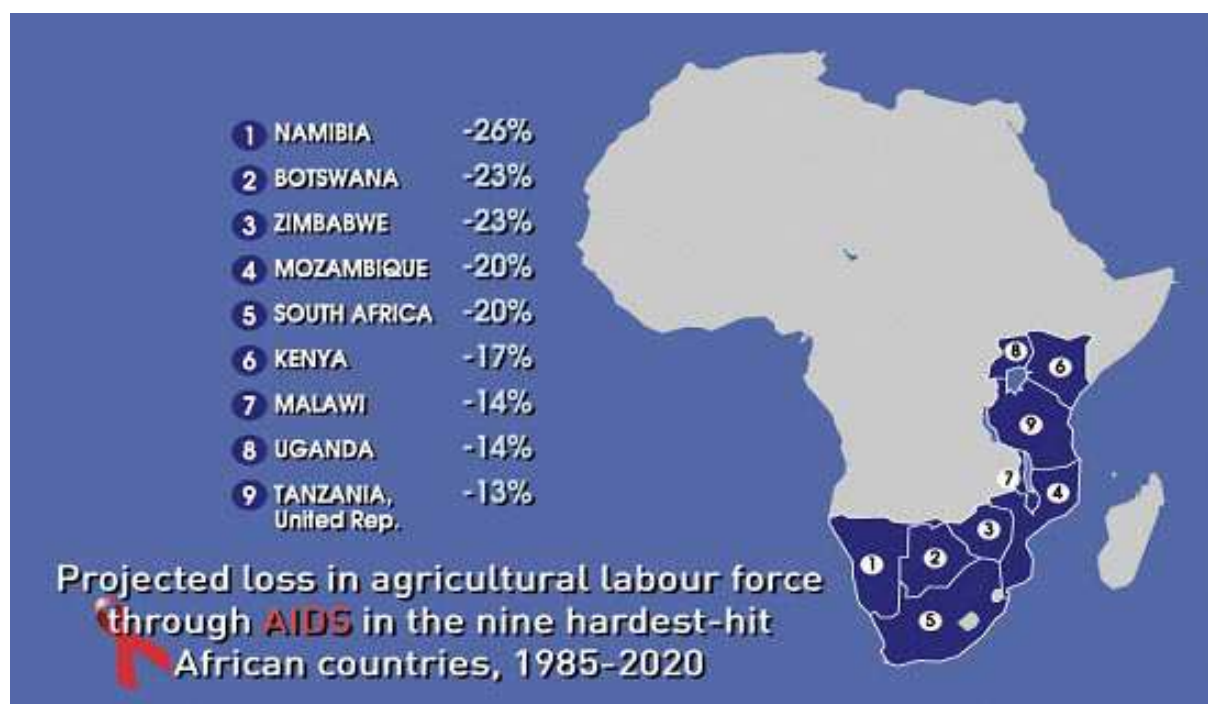
Kromě toho je část zdravotnického personálu stejně jako ostatní populace sama nakažena onemocněním HIV/AIDS, v důsledku čehože dochází ke zvýšené absenci pracovníků nebo jejich odchodu z důvodu špatného zdravotního stavu, resp. smrti. Podle odhadů UNAIDS se v některých zemích subsaharské Afriky v důsledku onemocnění HIV/AIDS zvýšila nemocnost a úmrtnost zdravotnických pracovníků pětkrát až šestkrát (UNAIDS 2005: 31). Například podle průzkumu prováděného v roce 2002 mezi zdravotnickým personálem v Jihoafrické republice bylo přibližně 15,7 % tohoto personálu HIV pozitivní, přičemž u věkové kategorie 18–35 let byla odhadovaná prevalence HIV/AIDS až 20 % (WHO 2006: 8). V Zambii pak mezi léty 1991 a 1992 trpělo onemocněním HIV/AIDS až 39 % porodních asistentek a celých 44 % zdravotních sester (United Nations b. r.: 75).

Jestliže i v jiných odvětvích epidemie HIV/AIDS neúměrně navyšuje náklady vynakládané v souvislosti s onemocněním, ve zdravotním sektoru je tento trend obzvláště markantní. Podle odhadů Světové banky si epidemie HIV/AIDS jen v souvislosti s léčbou dospělých a *bez zahrnutí výdajů na antiretrovirální léčbu* vyžádala až 40% zvýšení nákladů v oblasti zdravotnictví. V mnoha zemích subsaharské Afriky pak došlo k navýšení nákladů na léčbu HIV/AIDS na úkor léčby ostatních onemocnění (United Nations b. r.: 77).

4.3.4 Dopady epidemie HIV/AIDS na sektor zemědělství

Dalším do velké míry zasaženým odvětvím ekonomiky je pak zemědělství, a to jak na úrovni domácností, tak na celostátní úrovni. Zemědělský sektor se následkem epidemie HIV/AIDS potýká s rapidním úbytkem a nedostatkem pracovních sil, což vede ke snižování pracovní produktivity, omezení sklizní a výnosů a v konečném důsledku k celkovému snížení zemědělské produkce. To v podmínkách Afriky, kde lokální zemědělská produkce zajišťuje živobytí pro přibližně 70 % populace, představuje závažný problém, který jen dále prohlubuje chudobu a nedostatečnou výživu/podvýživu velké části obyvatelstva. Obrázek č. 27 znázorňuje odhadované ztráty pracovních sil v zemědělském sektoru v důsledku onemocnění HIV/AIDS v letech 1985–2020 v zemích subsaharské Afriky nejvíce zasažených epidemií HIV/AIDS.

Obrázek č. 27: Odhadované ztráty pracovních sil v zemědělství v letech 1985–2020



Zdroj: FAO, *AIDS Impact on the Agricultural Labour Force in Eastern and Southern Africa*

V řadě zemí subsaharské Afriky jsou dopady epidemie HIV/AIDS na zemědělský sektor obzvláště citelné. Například studie prováděná v roce 1997 mezi farmáři v Zimbabwe ukázala, že u domácností postižených HIV/AIDS poklesla roční zemědělská produkce až o 50 %, produkce kukuřice pak dokonce o 61 %. Tržní produkce bavlny, zeleniny, podzemnice olejné a slunečnice se zde snížila téměř o polovinu, chov dobytka o třetinu (FAO 2003: 3). Studie

prováděná v roce 1997 v Burkině Faso zase ukázala, že čisté zisky ze zemědělské produkce v důsledku epidemie HIV/AIDS poklesly o 25 až 50 %. Podle údajů svazijské vlády z roku 2003 se pak zemědělská produkce u domácností, kde alespoň jeden z dospělých členů zemřel na AIDS, propadla o zhruba 54 %. V Etiopii se v důsledku onemocnění HIV/AIDS v zemědělství snížil produktivní čas práce z původních 33,6 hodin týdně v domácnostech nezasazených HIV/AIDS na pouhých 11–16 hodin týdně v domácnostech postižených HIV/AIDS (United Nations b. r.: 62–63).

Onemocnění HIV/AIDS pak s sebou v souvislosti se zemědělstvím přináší ještě další negativní aspekt dopadající na ženy. V oblastech, kde není ženám dovoleno vlastnit majetek, tyto ženy po smrti svých manželů v důsledku HIV/AIDS přichází o půdu, zvířectvo a další vybavení a tím i o možnost obživy. Ženám navíc často vzhledem k jejich nerovnému postavení není umožněno vykonávat úkoly spojené se zemědělstvím nebo těmto ženám chybí dostatek zdrojů, znalostí a zkušeností k tomu, aby se po smrti manžela mohly zemědělstvím uživit. Tyto ženy tak nemohou po svém manželovi převzít hospodářství a jsou nuceny zemědělství opustit, což dále zhoršuje jejich životní situaci (United Nations b. r.: 66).

4.3.5 Dopady epidemie HIV/AIDS na rozvoj států subsaharské Afriky

Ačkoli má epidemie HIV/AIDS v jednotlivých státech subsaharské Afriky prokazatelně negativní dopady na mikroekonomické úrovni, pokud jde o dopady na makroekonomické úrovni, neexistuje mezi odborníky jasná shoda. Zatímco někteří ekonomové již v minulosti předpovídali výrazné zpomalení růstu GNI v zemích s vysokou prevalencí HIV/AIDS, podle jiných má naopak epidemie dopady na ekonomický růst postižených zemí zcela minimální. Důvodem nejednotnosti odborných názorů je především fakt, že většina studií zaměřených na vliv epidemie HIV/AIDS na ekonomický růst zasažených zemí vychází pouze z předpokladů, jak by země ekonomicky rostly v případě, kdy by nebyly zasaženy epidemií HIV/AIDS. Například podle některých odhadů by byl ekonomický růst deseti zemí s nejvyšší prevalencí HIV/AIDS mezi roky 1990 až 2025 až o třetinu vyšší v případě, že by země nebyly zasaženy epidemií HIV/AIDS (Dixon et al 2000: 3). Podle jiných je pak meziroční růst GNI v zemích postižených epidemií HIV/AIDS přibližně o 2–4 % nižší než v případě, kdy by se země s onemocněním HIV/AIDS nepotýkaly (United Nations b. r.: 89). Vzhledem k tomu, že se však většina těchto států kromě epidemie HIV/AIDS navíc potýká i s dalšími problémy, jako jsou chudoba, ozbrojené konflikty nebo klimatické změny, je jen velmi obtížné určit, který z těchto faktorů má největší negativní dopady na ekonomický růst.

I přes možné negativní implikace epidemie HIV/AIDS na ekonomický růst afrických států zůstává faktem, že africký kontinent vykazuje od roku 2000 víceméně konstantní ekonomický růst. Průměrný meziroční ekonomický růst afrických států se v posledních patnácti letech pohyboval okolo 5 %, přičemž státy subsaharské Afriky vykazovaly dokonce větší růst než státy severní Afriky – průměrně 5,6 % oproti průměrným 4,5 %. Výjimku tvoří jen roky 2008 a 2011, kdy vlivem celosvětové ekonomické krize v roce 2008 a událostem tzv. *arabského jara* došlo k mírnému propadu ekonomického růstu států subsaharské Afriky, viz Obrázek č. 28. I přesto však mezi roky 2008 a 2011 rostla africká ekonomika o více než 4 %, zatímco například Evropa vykazovala v tomto období meziroční ekonomický růst pouhých 0,2 % (African Development Bank Group 2013).

Obrázek č. 28: *Africký ekonomický růst v letech 2000–2014*



Zdroj: AfDB, *Africa's Economic Growth (200–2014)*

Řada vědců se však shoduje, že hrubý národní příjem, který je sice důležitým ukazatelem ekonomického růstu, nemusí zcela vypovídat o celkovém rozvoji země. Z tohoto pohledu se proto jeví jako vhodnější definice UN, která definuje rozvoj jako „... *všeobecný ekonomický, sociální, kulturní a politický proces, jehož cílem je konstantní zlepšování životní úrovně široké populace i všech jednotlivců na základě jejich aktivní, svobodné a smysluplné účasti...*“ (UN 1986). Přestože je celkový rozvoj země dle výše uvedené definice takřka neměřitelný, odborníci se shodují, že do budoucna lze v souvislosti s onemocněním HIV/AIDS očekávat významné negativní dopady na jednotlivé státy subsaharské Afriky zasažené epidemií HIV/AIDS. Za všechny například Dixon a kol., kteří upozorňují, že „*Snížená dodávka*

pracovních sil v souvislosti s poklesem očekávané délky života nepříznivě ovlivní produkci. V souvislosti s poklesem pracovní produktivity v důsledku zdravotních problémů na straně jedné a zvýšení výdajů na zdravotní péči na straně druhé představuje epidemie HIV/AIDS v současnosti jednu z největších výzev pro udržitelný ekonomický, lidský a sociální rozvoj...“(Dixon et al 2000: 2).

5. ZÁVĚR

Přestože má epidemie HIV/AIDS v posledních letech v regionu subsaharské Afriky zjevně klesající tendenci (oproti roku 1998 klesl v roce 2013 počet nově nakažených přibližně o polovinu), počty nově infikovaných zůstávají i přes snahy o aplikaci velkého množství preventivních opatření stále alarmující. Aby mohla být prevence úspěšně aplikována, je nejprve třeba porozumět specifikům a podmínkám afrického kontinentu, které jej odlišují od zbytku světa a které mohou mít za následek epidemii takového rozsahu. Jedním z hlavních cílů této diplomové práce proto byla analýza možných příčin rychlého šíření epidemie HIV/AIDS v regionu subsaharské Afriky. Výchozí teorií pro vypracování této výzkumné otázky představovala hypotéza americké profesorky Eileen Stillwaggon, podle které jsou hlavní příčinou rozsáhlé epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe celkově špatné životní podmínky a zdravotní stav tamních obyvatel. Přítomnost tropických onemocnění, sexuálně přenosných chorob a podvýživy/nedostatečné výživy v africké populaci, vycházející z všudypřítomné chudoby a špatných hygienických podmínek, jsou podle E. Stillwaggon hlavním vektorem šíření epidemie.

Na základě podrobné analýzy možných příčin rozsáhlé epidemie HIV/AIDS na africkém kontinentu lze potvrdit, že celkově špatný zdravotní stav zejména nejchudších obyvatel subsaharské Afriky, vycházející ze špatných životních podmínek, nepochybně přispívá k šíření epidemie HIV/AIDS. *Tropická onemocnění*, která se v hojně míře vyskytují napříč celou subsaharskou Afrikou, mohou mít velký podíl na epidemii HIV/AIDS. Stejně tak výskyt velkého množství v mnoha případech neléčených *sexuálně přenosných chorob* v africké populaci může významně přispívat k šíření epidemie HIV/AIDS. Rovněž *podvýživa a nutriční deficit*, které se vyskytují v celém regionu subsaharské Afriky, významně zvyšují riziko nákazy virem HIV tím, že celkově oslabují imunitní systém člověka a ten je tak náchylnější k infekčním onemocněním, včetně HIV/AIDS.

Na základě výše uvedených zjištění lze tedy konstatovat, že vysoká prevalence tropických onemocnění, sexuálně přenosných onemocnění, podvýživy a nutričního deficitu v africké

populaci nepochybně významnou měrou přispívají k šíření viru HIV mezi africkým obyvatelstvem. Přesto však nelze s určitostí potvrdit teorii profesorky Stillwaggon, že právě tyto faktory zapříčinily vznik rozsáhlé epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe. Kromě výše zmíněných epidemiologických příčin totiž existuje i řada dalších faktorů, které mohly vznik epidemie HIV/AIDS na africkém kontinentu ovlivnit minimálně stejnou měrou. Navíc tyto epidemiologické příčiny nedokáží zcela vysvětlit rozdílnou prevalenci onemocnění epidemie HIV/AIDS v rámci jednotlivých regionů a států afrického kontinentu.

Nejjasnější korelace byla na základě zkoumaných dat poněkud překvapivě zjištěna mezi druhem vyznávaného *náboženství* a prevalencí HIV/AIDS. Většina odborníků se shoduje na tom, že existuje negativní vztah mezi islámem a prevalencí HIV/AIDS, a to především z důvodu praktikování mužské obřízky u většiny muslimských mužů, která velmi významně snižuje riziko nákazy virem HIV. Naproti tomu k šíření epidemie HIV/AIDS v křesťanských zemích nepochybně přispěl mnohaletý odmítavý postoj římskokatolické církve k používání kondomů i šíření množství nepravd a dezinformací v souvislosti s onemocněním HIV/AIDS ze strany jejich představitelů. Další významný faktor, který navíc do jisté míry může vysvětlovat rozdíly v prevalenci HIV/AIDS v rámci jednotlivých regionů subsaharské Afriky, představuje *pracovní migrace*. Velký příliv pracovních migrantů v posledních letech zaznamenal především jihoafrický region, který je epidemií HIV/AIDS v rámci afrického kontinentu zasažen nejvíce.

Kromě výše popsaných faktorů, které mohou do značné míry participovat na šíření epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe, existují ještě další aspekty, které mohou zvyšovat riziko nákazy HIV/AIDS. Pravděpodobně žádný z těchto faktorů však nedokáže vysvětlit rozdílnou prevalenci mezi jednotlivými regiony a státy subsaharské Afriky. V první řadě se jedná o *dostupnost zdravotní péče*, která může významně napomoci při snižování počtu nových nálezů HIV/AIDS v populaci. V tomto ohledu hraje významnou roli testování, jelikož podle odhadů WHO stále více než polovina nakažených o své nemoci neví a šíří tak virus dál. Druhý významný faktor pak představuje antiretrovirální léčba nemocných HIV/AIDS, která významně snižuje jejich virovou nálož a tím i potencionální nebezpečnost. K té má však v současnosti v rozvojových zemích přístup jen přibližně třetina nemocných. Obecně pak k šíření HIV/AIDS přispívají i již výše zmíněné neléčené tropické nemoci a sexuálně přenosné nemoci. Přesto však dostupnost zdravotní péče nedokáže vysvětlit rozdíly v prevalenci HIV/AIDS mezi jednotlivými regiony, jelikož země nejvíce zasažené epidemií HIV/AIDS současně patří k zemím s nejvyspělejším zdravotnictvím v rámci regionu. Velký

problém pak představuje i stále přetrvávající a hluboce zakořeněná *stigmatizace a diskriminace* nemocných v souvislosti s onemocněním HIV/AIDS. Řada nemocných tak z obav před negativními reakcemi okolí své onemocnění tají, často i před svým partnerem a rodinou, a šíří tak virus dál. Rovněž *nerovné postavení žen* v převážné části africké společnosti, zejména v sexuálních vztazích, zvyšuje náchylnost žen vůči onemocnění HIV/AIDS. Nemožnost ovlivnit použití kondomu při pohlavním styku, sexuální násilí ze strany partnerů nebo nízký věk na počátku sexuální aktivity významně zvyšují riziko nákazy HIV/AIDS. Stejně tak ekonomická závislost žen na mužích a nedostatečné povědomí žen o onemocnění HIV/AIDS představují další rizikové faktory. Významnou měrou pak mohou k šíření HIV/AIDS přispívat i *ozbrojené konflikty* a s nimi související migrace obyvatelstva. Ačkoli přímá úměra mezi konfliktem v zemi a mírou prevalence HIV/AIDS neexistuje, přesto s sebou konflikty přináší řadu negativních jevů, které mohou zvyšovat riziko šíření HIV/AIDS. Tím nejzásadnějším je sexuální násilí páchané během konfliktů na ženách jak ze strany migrujících mužů, tak ze strany vojáků a rebelů, kteří patří z hlediska HIV/AIDS k vysoce rizikovým skupinám. Kromě toho po skončení konfliktu a návratu vojáků a emigrantů zpět domů dochází k zavlečení onemocnění do oblastí, které předtím epidemií HIV/AIDS zasaženy nebyly. K šíření epidemie HIV/AIDS v některých státech mohlo přispět i *špatné vládnutí* a popírání problému ze strany politických představitelů, ačkoli naproti tomu přímo úměrný vztah mezi dobrým vládnutím a nízkou prevalencí HIV/AIDS neexistuje. Stejně tak nebyla prokázána přímá souvislost mezi *chudobou*, resp. bohatstvím, a prevalencí HIV/AIDS nejen na úrovni země, ale dokonce ani na úrovni domácností. Ačkoli chudoba, zejména na úrovni domácností, může v mnoha ohledech významně zvyšovat riziko nákazy HIV/AIDS, prevalence HIV/AIDS mezi chudými, středními a bohatými vrstvami společnosti se nijak výrazně neliší. Ani *vzdělání* zřejmě nehrálo v subsaharské Africe významnější roli při šíření epidemie HIV/AIDS, a to zejména v jejích počátcích, jelikož země s nejvyšší mírou gramotnosti současně patří k zemím nejvíce zasaženým epidemií. Nicméně odborníci se shodují na tom, že vzdělání a celková osvěta v oblasti HIV/AIDS mohou významně napomoci k eliminaci epidemie HIV/AIDS. Velké rozpory pak panují mezi odborníky ohledně vlivu *sexuálního chování* Afričanů na šíření epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe. Zatímco zastánci behaviorálních teorií argumentují specifickým rizikovým sexuálním chováním typickým pro africký kontinent, ke kterému patří především transakční sex a četné souběžné vztahy, naproti tomu odpůrci těchto teorií spatřují příčiny epidemie HIV/AIDS především v epidemiologických faktorech. Pokud jde o četnost *používání kondomů*, jsou na tom Afričané oproti jiným kontinentům zdaleka nejhůře, což mohlo významnou měrou přispět k šíření

epidemie HIV/AIDS. Naproti tomu významnější podíl *prostituce* na šíření epidemie HIV/AIDS nebyl prokázán, jelikož sexuální pracovníci představují rizikovou skupinu obyvatelstva prakticky na celém světě.

Ani na základě podrobné analýzy výše uvedených hypotetických příčin epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe nelze zcela jednoznačně určit, co přesně v tomto regionu způsobilo epidemii takového rozsahu. Tyto příčiny jsou tak stále předmětem diskusí nejen v odborných kruzích, jelikož podmínky, které platí pro jeden stát, resp. region, nemusí platit pro jiný stát/region a naopak. Stejně tak většina výše zmíněných faktorů nedokáže jednoznačně vysvětlit rozdílnou prevalenci HIV/AIDS mezi jednotlivými státy subsaharské Afriky. Je však velmi pravděpodobné, že v samém počátku vzniku epidemie se onemocnění HIV/AIDS začalo rychle šířit jednoduše proto, že mu nebyla věnována dostatečná pozornost. Většina výše zmíněných faktorů pak následně k šíření epidemie HIV/AIDS větší či menší měrou přispěla.

Druhým hlavním cílem této diplomové práce pak byla analýza dopadů epidemie HIV/AIDS na africký kontinent, které jsou na rozdíl od příčin dnes již zcela zjevné. Vzhledem k tomu, že HIV/AIDS je sexuálně přenosným onemocněním, největší skupinu nakažených tvoří mladí lidé v produktivním věku. To s sebou přináší negativní demografické dopady v podobě dočasného zpomalení populačního růstu, ale i dramatického nárůstu počtu sirotků. Na úrovni rodin pak v důsledku epidemie HIV/AIDS dochází k výpadkům příjmů na jedné straně a zvyšování výdajů na léčbu onemocnění HIV/AIDS na straně druhé, což významně prohlubuje chudobu na úrovni domácností. U dětí z postižených rodin dochází k poklesu školní docházky a zejména ženy jsou vystaveny zvýšené fyzické i psychické zátěži, často se z ekonomických důvodů musí uchýlovat k prostituci a v mnoha případech dochází k úplnému rozpadu rodin. Na úrovni státu se pak epidemie HIV/AIDS projevuje zejména nedostatkem kvalifikovaných pracovníků, snižováním produktivity práce a zvyšováním výdajů v souvislosti s prevencí a léčbou onemocnění HIV/AIDS. Nejvíce zasaženými oblastmi jsou v tomto ohledu školství, zdravotnictví a zemědělství. Naproti tomu dopady na ekonomický růst jednotlivých států subsaharské Afriky jsou nejasné, jelikož většina států subsaharské Afriky vykazuje v posledních dekádách víceméně konstantní ekonomický růst.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ:

Africa Check, <http://africacheck.org/factsheets/factsheet-the-leading-causes-of-death-in-africa/>

African Development Bank Group, *African Development Report 2012: Towards Green Growth in Africa*, African Development Bank (AfDB) Group, 2013, dostupné z http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/African_Development_Report_2012.pdf

AIDS Orphan, <http://www.aidsorphan.net/hiv-and-aids/>

ALLEN, Tim, HEALD, Suzette, *HIV/AIDS Policy in Africa: What has worked in Uganda and what has failed in Botswana*, *Journal of International Development*, J. Int. Dev. 16, 1141–1154, 2004

AVERT, http://www.avert.org/children-and-hiv-aids.htm#footnote2_4r7mgm9

AVERT, http://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/women#footnote4_1y72h4y

AVERT, <http://www.avert.org/timeline-aids-africa.htm>

BBC News, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/4081276.stm>

CALDWELL, John C., CALDWELL, Pat, QUIGGIN, Pat, *The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa*, *Population and Development Review*, Vol. 15, No. 2, 185–234, 1989

CASTRO, Julie, *AIDS, Africa, and the Myth of „Sexual Behavior“*, Books and Ideas, 2016, dostupné z <http://www.booksandideas.net/AIDS-Africa-and-the-Myth-of-Sexual-Behavior.html>

Deutsche Welle, <http://www.dw.com/en/catholic-church-to-ease-ban-on-condom-use/a-1979145>

DIXON, Simon, MC DONALD, Scott, ROBERTS, Jennifer, *AIDS na Economic Growth: A Panel Data Analysis*, Sheffield Health Economics Group, Discussion Paper Series, Ref: 00/2, 2000

EDWARDS, Anne, SHERRAD, Jackie, ZENILMAN, Jonathan, *Fast Facts: Sexually Transmitted Infections (2nd edition)*, Health Press Limited, Oxford 2007

EPSTEIN, Helen, *Why is AIDS worse in Africa?*, Discover, 2004, dostupné z <http://discovermagazine.com/2004/feb/why-aids-worse-in-africa>

FLEMING, Douglas T., WASSERHEIT, Judith N., *From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection*, Atlanta 1999

FRANÇA, TGD, ISHIKAWA, LLW, ZORZELLA-PEZAVENTO, SFG, CHIUSO-MINICUCCI F., DA CUNHA MLRS, SARTORI A., *Impact of Malnutrition on Immunity and Infection*, J Venom Anim Toxins incl Trop Dis., V. 15, n. 3, p. 374–390, 2009

GLYN J. R., CARAEL M., AUVERT B., KAHINDO M., CHEGE J., MUSONDA R., KAONA F., BUVÉ A. et al, Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia, AIDS 2001, Vol. 15, London 2001

GROES-GREEN, Christian, *Journeys of patronage: moral economies of transactional sex, kinship an female migration from Mozambique to Europe*, Journal of the Royal Anthropological Institute, Vol. 20, Iss. 2, 237 – 255, 2014

HÁJEK, Zdeněk a kolektiv, *Rizikové a patologické těhotenství*, Grada Publishing, Praha 2004

HIV Leadership through Accountability Programme, The People Living with HIV Stigma Index, *South Africa* , 2012, dostupné z <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/South%20Africa%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20%20Report%202012.pdf>

HOTEZ, Peter J., *Forgotten People, Forgotten Diseases: The Neglected Tropical Diseases and Their Impact on Global Health and Development*, ASM Press, Washington DC 2013

HOTEZ, Peter J., KAMATH, Aruna, *Neglected Tropical Diseases in Sub-Saharan Africa: Review of Their Prevalence, Distribution, and Disease Burden*, PLoS Medicine, 2009, Vol. 3 (8), e412

HOTEZ, Peter J., MOLYNEUX David H., FENWICK Alan, OTTESEN Eric, EHRLICH SACHS Sonia, SACHS Jeffrey D., *Incorporating a Rapid-Impact Package for Neglected Tropical Diseases with Programs for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria*, PLoS Medicine, 2006, Vol. 3 (5), e102

International Organization for Migration, *Briefing Note on HIV and Labour Migration in Botswana*, dostupné z https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/events/docs/Briefing_Notes_HIV_Botswana.pdf

International Organization for Migration, *Briefing Note on HIV and Labour Migration in Zambia*, dostupné z http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/events/docs/Briefing_Notes_HIV_Zambia.pdf

JILICH, David, KULÍŘOVÁ, Veronika a kolektiv, *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*, Mladá fronta a.s., Praha 2014

KATONA, Peter, KATONA-APTE, Judit, *The Interaction between Nutrition and Infection*, Clinical Infectious Diseases, 46: 1582–8, 2008

KISSINGER, Patricia, ADAMSKI, Alys, *Trichomoniasis and HIV interactions: a review*, Sex Transm Infect, 89(6): 426–433, 2013

KLÍMA, Jan, *Dějiny Afriky: Vývoj kontinentu, regionů a států*, Nakladatelství Lidové noviny s.r.o., Praha 2012

LOOKER, Katharine J., MARGARET Amalia S., TURNER, Katherine M. E. T., VICKERMAN, Peter, GOTTLIEB, Sami L. NEWMAN, Lori M., *Global Estimates of Prevalent and Incident Herpes Simplex Virus Type 2 Infections in 2012*, PLOS One, 2015

MATICKA-TYNDALE, Eleanor, *Condoms in sub-Saharan Africa*, Sexual Health, No. 9, 59–72, 2012

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, KAŠOVÁ, Kateřina a kolektiv, *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*, Nakladatelství TRITON, s.r.o., Praha 2004

PARKHURST, Justin O, *Understanding the correlations between wealth, poverty and human immunodeficiency virus infection in African countries*, Bulletin of the World Health Organization, 88: 519–526, 2010

PIOT, Peter, RUSSELL, Sarah, LARSON, Heidi, *Good Politics, Bad Politics: The Experience of AIDS*, American Journal of Public Health, Vol 97, No. 11, 2007

PLoS Medicine, <http://journals.plos.org/plosntds/s/journal-information#loc-developing-countries>

ReproNet Africa, <http://repronetafrica.org/key-facts-on-sexually-transmitted-diseases/>

Rozvojovka, <http://www.rozvojovka.cz/clanky/446-sex-s-pannou-aids-nevyleci.htm>

Rozvojovka, <http://www.rozvojovka.cz/clanky/700-migrace-prispiva-k-sireni-viru-hiv.htm>

SEAY, Kieran, KHAJOUINEJAD, Nazanin, ZHENG, Jian Hua, KISER, Patrick, OCHSENBAUER, Christina, KAPPES, John C., HEROLD, Betsy, GOLDSTEIN, Harris, *The Vaginal Acquisition and Dissemination of HIV-1 Infection in a Novel Transgenic Mouse Model Is Facilitated by Coinfection with Herpes Simplex Virus 2 and Is Inhibited by Microbicide Treatment*, J Virol 89: 9559–9570, 2015

SIMON, G. G., *Impacts of neglected tropical disease on incidence and progression of HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria: scientific links*, International Journal of Tropical Diseases 42, 2015

ŠMAJS, David, MATĚJKOVÁ, Petra, WOZNICOVÁ, Vladana, VALIŠOVÁ, Zuzana, *Diagnosis of syphilis by polymerase chain reaction and molecular typing of Treponema pallidum*, Rev. Med. Microbiol 2006, 17

SPEAKMAN, Sloane, *Comparing the Impact of Religious Discourse on HIV/AIDS in Islam and Christianity in Africa*, Vanderbilt University Board of Trust, Vol. 8, 2012

STILLWAGGON, Eileen, *AIDS and the Ecology of Poverty*, Oxford University Press, 2005

TAWFIK, Linda, KINOTI, Stephen N., *The Impact of HIV/AIDS on the Health Workforce in Developing Countries*, World Health Organization, 2006

TEMAH, Tsafack Chrystelle, *What Drives HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa?*, Revue d'économie du développement, 2009/5 Vol. 17

The African Economist, http://theafricaneconomist.com/ranking-of-african-countries-by-literacy-rate-zimbabwe-no-1/#.VziMm_mLTIU

The Guardian, *Mbeki Aids policy led to 330,000 deaths*, 2008, dostupné z <http://www.theguardian.com/world/2008/nov/27/south-africa-aids-mbeki>

The Henry J. Kaiser Family Foundation, *The Global HIV/AIDS Epidemic*, dostupné z <http://kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-global-hivaids-epidemic/>

The People Living with HIV Stigma Index, <http://www.stigmaindex.org/>

The Telegraph, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/africaandindianocean/southafrica/1362134/South-African-men-rape-babies-as-cure-for-Aids.html>

The Telegraph, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/the-pope/8148944/The-Pope-drops-Catholic-ban-on-condoms-in-historic-shift.html>

The World Bank, <http://data.worldbank.org/country>

The World Bank, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTEDUCATION/0,,contentMDK:20756183~menuPK:1342884~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282386,00.html>

UNAIDS, *AIDS in Africa: Three scenarios to 2025*, UNAIDS, Geneva 2005

UNAIDS, *Fact Sheet 2014*, dostupné z http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_en.pdf

UNAIDS, FAO, *Addressing the Impact of HIV/AIDS on Ministries of Agriculture: Focus on Eastern and Southern Africa*, A Joint FAO/UNAIDS Publication, Rome 2003

UNAIDS, *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*, UNAIDS, 2013

UNAIDS, <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>

UNAIDS, <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ethiopia>

UNAIDS, http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/november/20151128_Gabon_protestHIV

UNAIDS, http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention

UNAIDS, http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/march/20150308_IWD

UNAIDS, <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgapreport>

UNAIDS, http://www.who.int/gender/hiv_aids/en/

UNAIDS, *Key Programmes to Reduce Stigma and Discrimination and Increase Access to Justice in National HIV Responses*, UNAIDS, 2012, dostupné z http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_0.pdf

UNAIDS, *Women out loud: How Women Living with HIV Will Help the World End AIDS*, 2012, dostupné z http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121211_Women_Out_Loud_en_1.pdf

United Nations Children's Fund, *Children and AIDS, Fifth Stocktaking Report, 2010*, dostupné z http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Children_and_AIDS-Report_2010.pdf

United Nations, <http://www.un.org/documents/ga/res/41/a41r128.htm>

United Nations, *The Impact of AIDS*, b. r., dostupné z <http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/AIDSWebAnnounce.htm>

United States Institut of Peace, *Peacekeeping in Africa*, Washington DC 2001, dostupné z <http://www.usip.org/publications/2001/02/13/peacekeeping-in-africa>

United States Institute for Peace, *AIDS and Violent Conflict in Africa*, Washington DC 2001, dostupné z <http://www.usip.org/publications/aids-and-violent-conflict-in-africa>

World Education Blog, <https://gemreportunesco.wordpress.com/2013/11/29/education-plays-a-crucial-role-in-fight-against-hiv-and-aids/>

World Health Organization, <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>

World Health Organization, *Executive Summary of the Global Update on the Health Sector Response to HIV, 2014*, World Health Organization, Geneva 2014, dostupné z http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128196/1/WHO_HIV_2014.15_eng.pdf?ua=1

World Health Organization, *Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections 2008*, World Health Organization, 2012

World Health Organization, <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/9/11-100818/en/>

World Health Organization, <http://www.who.int/gho/malaria/en/>

World Health Organization, www.who.int/hiv/data/2014_epi_core.ppt

PŘÍLOHY:

Příloha č. 1: *Odhadovaný počet dospělých a dětí žijících s HIV, 1993–2013*

Odhadovaný počet dospělých a dětí žijících s HIV	1993	1998	2003	2008	2013
Angola	37 000	96 000	140 000	180 000	250 000
Benin	18 000	51 000	63 000	66 000	74 000
Botswana	100 000	250 000	290 000	300 000	320 000
Burkina Faso	220 000	210 000	150 000	120 000	110 000
Burundi	23 000	73 000	110 000	100 000	83 000
Cameroon	180 000	400 000	550 000	600 000	600 000
Cape Verde	1 000	1 000	1 200	1 400	1 500
Central African Republic	100 000	180 000	180 000	140 000	120 000
Chad	64 000	130 000	200 000	220 000	210 000
Congo	79 000	98 000	92 000	79 000	69 000
Côte d'Ivoire	370 000	600 000	600 000	460 000	370 000
Democratic Republic of Congo	300 000	380 000	430 000	440 000	440 000
Djibouti	1 100	5 800	11 000	9 800	6 200
Eritrea	12 000	26 000	29 000	21 000	18 000
Ethiopia	590 000	1 300 000	1 300 000	970 000	790 000
Gabon	9 400	27 000	43 000	45 000	41 000
Gambia	1 100	3 700	8 600	12 000	13 000
Ghana	120 000	230 000	260 000	250 000	220 000
Guinea	18 000	49 000	76 000	100 000	130 000
Guinea-Bissau	8 100	20 000	31 000	37 000	41 000
Kenya	970 000	1 700 000	1 500 000	1 400 000	1 600 000
Lesotho	45 000	210 000	280 000	320 000	360 000
Liberia	17 000	43 000	49 000	39 000	30 000
Madagascar	32 000	54 000	64 000	66 000	54 000
Malawi	800 000	1 000 000	1 100 000	1 100 000	1 000 000
Mali	37 000	88 000	110 000	110 000	97 000
Mauritius	1 000	3 600	8 000	11 000	9 600
Mozambique	140 000	490 000	1 000 000	1 400 000	1 600 000
Namibia	34 000	140 000	210 000	220 000	250 000
Niger	18 000	46 000	63 000	55 000	41 000
Nigeria	910 000	1 900 000	2 800 000	3 100 000	3 200 000
Rwanda	200 000	230 000	210 000	190 000	200 000
Senegal	21 000	26 000	36 000	42 000	39 000
Sierra Leone	3 500	12 000	34 000	53 000	57 000
Somalia	8 800	22 000	29 000	30 000	32 000
South Africa	450 000	2 900 000	5 200 000	6 000 000	6 300 000
South-Sudan	23 000	65 000	100 000	130 000	150 000
Sudan	4 100	12 000	24 000	38 000	49 000
Swaziland	29 000	110 000	150 000	170 000	200 000
São Tomé and Príncipe	500	1 600	3 400	3 400	2 300
Tanzania	1 100 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 400 000
Togo	33 000	88 000	130 000	130 000	110 000
Uganda	1 200 000	1 100 000	980 000	1 200 000	1 600 000
Zambia	690 000	830 000	920 000	1 000 000	1 100 000
Zimbabwe	1 300 000	2 000 000	1 700 000	1 400 000	1 400 000
Celkem	10 318 600	18 701 700	22 765 200	23 858 600	24 787 600

rostoucí trend

klesající trend

Zdroj: Vlastní tabulka, data převzata z UNAIDS, *AIDSinfo – People living with HIV*

Příloha č. 2: Odhadovaný počet dospělých a dětí nově nakažených HIV, 1993–2013

Odhadovaný počet dospělých a dětí nově nakažených HIV	1993	1998	2003	2008	2013
Angola	11 000	16 000	19 000	23 000	28 000
Benin	5 900	8 400	5 500	4 900	4 500
Botswana	32 000	36 000	21 000	13 000	9 100
Burkina Faso	29 000	13 000	7 400	7 000	6 300
Burundi	7 600	16 000	11 000	3 800	2 100
Cameroon	47 000	71 000	71 000	59 000	47 000
Central African Republic	22 000	24 000	13 000	7 700	7 700
Chad	13 000	23 000	26 000	18 000	12 000
Congo, Republic of	12 000	11 000	7 700	5 800	3 800
Côte d'Ivoire	72 000	80 000	47 000	19 000	19 000
Democratic Republic of Congo	42 000	49 000	47 000	41 000	34 000
Djibouti	500	1 600	1 500	500	200
Eritrea	3 800	3 700	1 200	500	500
Ethiopia	170 000	200 000	79 000	30 000	21 000
Gabon	2 600	5 400	4 800	2 300	1 700
Gambia	500	1 000	1 600	1 300	1 000
Ghana	28 000	32 000	25 000	17 000	7 800
Guinea-Bissau	2 300	3 900	4 200	3 900	3 200
Kenya	310 000	180 000	130 000	120 000	100 000
Lesotho	21 000	39 000	29 000	31 000	26 000
Liberia	4 500	6 800	3 500	1 500	1 800
Madagascar	8 000	5 900	7 200	5 000	3 100
Malawi	120 000	130 000	110 000	72 000	34 000
Mali	11 000	14 000	11 000	7 100	4 100
Mauritius	500	1 000	1 200	1 000	500
Mozambique	42 000	120 000	170 000	130 000	120 000
Namibia	13 000	28 000	21 000	13 000	12 000
Niger	4 600	8 300	6 100	2 200	1 000
Nigeria	220 000	330 000	350 000	310 000	220 000
Rwanda	25 000	19 000	16 000	9 200	5 600
Senegal	2 100	3 000	4 700	2 200	1 200
Sierra Leone	1 000	3 200	6 900	5 600	4 200
Somalia	2 800	4 000	3 300	3 300	3 300
South Africa	210 000	710 000	610 000	500 000	340 000
Swaziland	12 000	20 000	17 000	16 000	11 000
São Tomé and Príncipe	200	500	500	200	100
Tanzania	210 000	170 000	140 000	110 000	72 000
Togo	9 200	17 000	15 000	8 400	3 900
Uganda	120 000	80 000	99 000	140 000	140 000
Zambia	89 000	99 000	99 000	78 000	54 000
Zimbabwe	290 000	200 000	120 000	96 000	69 000
Čelkem	441 400	2 783 700	2 363 300	1 919 400	1 435 700

rostoucí trend



klesající trend



Zdroj: Vlastní tabulka, data převzata z UNAIDS, *AIDSinfo – People living with HIV*