

MENDELOVA UNIVERZITA V BRNĚ

Fakulta regionálního rozvoje a mezinárodních studií

**Potravinová bezpečnost v kontextu nutriční epidemiologie na území
Angolské republiky**

Bakalářská práce

Autor: Anna Jurčová

Vedoucí práce: Ing. Zbyšek Korecki, Ph. D.

Brno 2016

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je analyzovat potravinovou bezpečnost v Angole a navrhnout doporučení pro zlepšení úrovně stravování. Práce je členěna na teoretickou, praktickou a návrhovou část. První část se zaměřuje na měření potravinové bezpečnosti, nutriční epidemiologii a problém podvýživy. Druhou část tvoří analýza potravinové bezpečnosti, demografického vývoje a rozvojových indikátorů. V návrhové části jsou uvedena možná řešení, které mohou vést k zajištění potravinové bezpečnosti v Angole.

Klíčová slova

Potravinová bezpečnost, nutriční epidemiologie, kalorický příjem, stravování, podvýživa, onemocnění.

Abstract

The aim of the thesis is to analyze food security in Angola and suggest recommendations for improving the level of nourishment. The thesis is divided into theoretical, analytical and proposal section. The first part is focused on measuring food security, nutritional epidemiology and malnutrition. The second part is an analysis of food security, demographic trends and development indicators. In the proposal section are introduced possible solutions to ensure adequate food security in Angola.

Key words

Food security, nutritional epidemiology, caloric intake, nourishment, malnutrition, illnesses.

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce, Ing. Zbyškovi Koreckimu, PhD., za poskytnutí všech cenných rad, podnětných připomínek a za veškerý svůj čas, který mi věnoval.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Potravinová bezpečnost v kontextu nutriční epidemiologie v Angole*“ vypracovala zcela samostatně a veškeré použité zdroje uvádím v seznamu použité literatury.

V Brně dne:

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
Metodologie.....	9
Cíl práce.....	9
1 Teoretické přístupy k potravinové bezpečnosti a nutriční epidemiologii	10
1.1 Definice potravinové bezpečnosti	10
1.1.1 Pilíře potravinové bezpečnosti	11
1.1.2 Faktory a hlavní problémy potravinové bezpečnosti.....	12
1.2 Demografie	13
1.3 Definice nutriční epidemiologie a hladu	14
1.4 Podvýživa a kalorický příjem.....	16
1.5 Rozvojové indikátory	18
2 Analytická část.....	21
2.1 Charakteristika Angolské republiky	21
2.2 Analýza potravinové bezpečnosti.....	22
2.2.1 První pilíř-Přístup k potravinám.....	22
2.2.2 Druhý pilíř-Dostupnost potravin	23
2.2.3 Třetí pilíř – Využití potravin	23
2.2.4 Čtvrtý pilíř – Stabilita.....	24
2.3 Demografický vývoj.....	25
2.4 Úmrtnost dětí do 5 let a jejich příčiny	27
2.4.1 Očkování a děti do 5 let.....	31
2.5 Kalorický příjem a podvýživa	32
2.6 Rozvojové indikátory	37

3	Návrhová část.....	44
3.1	Rozvoj zdravotnictví a zvyšování povědomí o důležitosti zdravé stravy	44
3.2	Rozvoj průmyslu, venkova a zemědělství.....	45
3.3	Podpora rodin a vzdělání.....	46
3.4	Snížení korupce	46
3.5	Infrastruktura.....	47
3.6	Problematika vody a sanitace.....	47
	Závěr	48
	Seznam použité literatury a internetových zdrojů:	50
	Seznam tabulek	53
	Seznam grafů	53
	Seznam příloh	54
	Přílohy.....	55

Úvod

Potravinová bezpečnost je dlouhotrvajícím globálním problémem světa. Problém není zapříčiněn nedostatečným množstvím potravin na světě, ale chudobou, která zabraňuje dostatečný přístup k potravinám, zejména lidem žijícím v rozvojových zemích. Problémem není pouze hlad, který může lidi v daných oblastech provázet celý život, ale nemoci související s chronickým hladem. Lidé, kteří nemají dostatek živin v organismu, jsou více náchylní na infekce a onemocnění. Zvyšuje se úmrtnost a celkově se snižuje produktivita státu, což vede k prohlubování chudoby.

Zaměřím se především na území Angolské republiky, která se nachází na jihozápadním pobřeží Afriky. Angola byla dlouhé roky sužována občanskou válkou. Její ekonomika byla rozvrácena, avšak po roce 2002, kdy skončila občanská válka, se z těžebního průmyslu stala páteř ekonomiky země. Angola je druhý největší producent ropy a diamantů v subsaharské Africe. Její dominantní pozice je ohrožována korupcí.

Děti do 5 let patří mezi nejohroženější skupiny v rozvojových zemích. Jsou ovlivňovány mnoha negativními vlivy, jako je nedostatek živin, nedostatek příjmu energie, což jim zabraňuje vést aktivní a produktivní život. Kvůli problémům spjatým s chronickým hladem a chudobou je v Angole dětská úmrtnost jedna z nejvyšších na světě. V dospělosti se pak snižuje produktivita práce, což znamená, že se prohlubuje chudoba, která zabraňuje zajišťování potravinové bezpečnosti. Chudoba zabraňuje lidem v nakupování nejen potravin, ale i osiv či pozemků, které jsou potřeba pro vypěstování vlastních zásob. Přitom většina potravin spotřebovaná v subsaharské Africe je produkována malými zemědělci. Následkem je nezabezpečení potravy a nedostatečný přísun potřebných živin. Situaci zhoršuje špatná úroveň vzdělání, zdravotnictví a nefunkčním zemědělstvím. Špatné situaci dále napomáhá vysoká míra kriminality.

Nutriční epidemiologie monitoruje výživový stav populace a onemocnění, které s ním souvisí. Jedná se o onemocnění, kdy dochází k nedostatečnému energetickému příjmu organismu, což negativně ovlivňuje jeho vývoj a fungování. Dále se jedná o onemocnění, která jsou infekční a nesouvisí s kalorickým příjmem. Lidé, u kterých se setkává nutriční nedostatek s infekční nemocí, je stav nejzávažnější.

Metodologie

K naplnění cíle bakalářské práce jsem využila rešeršně – kompilační metodu, což je kombinace vyhledávání informací a dat, jejich komplementace, analýzy a koncové interpretace. Dále byla využita dedukční metoda, při které byl odvozen závěr od zjištěných informací. Informace jsem analyzovala z tvrdých knižních zdrojů, odborných publikací či internetových zdrojů. Využívala jsem především literatury psané v anglickém jazyce. Číselná data jsem získávala většinou z výročních zpráv poskytovaných celosvětovými organizacemi zaměřujícími se na potravinovou bezpečnost.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je navrhnout doporučení pro zlepšení úrovně stravování a kalorického příjmu v Angole na základě analýzy potravinové bezpečnosti. Cíle práce dosáhnou prostřednictvím analýzy nutriční epidemiologie, která monitoruje kalorické příjmy, příjem živin a výživový stav populací. Budu analyzovat onemocnění, které jsou spjatá s podvýživou a dlouhodobým hladem. Součástí bude i komparace situace v letech 1975–2002 s obdobím 2002–2016, kdy skončila v Angole občanská válka a tím dlouhodobé válečné nepokoje.

Bakalářská práce bude rozdělena do tří částí. První část bude teoretická. V této části budu definovat problémy potravinové bezpečnosti, jejich příčiny, jejich následky v podobě onemocnění a infekcí. V analytické části bude popsán demografický vývoj a vybrané indexy regionálního rozvoje jako je například Giniho index, relativní a absolutní chudoba. Dále se zaměřím na průběžný vývoj dat týkajících se úbytku či příbytku podvyživených dětí a vývoj stavů onemocnění a úmrtí. V návrhové části budou stanovena opatření a postupy pro zlepšení potravinové bezpečnosti v Angole.

1 Teoretické přístupy k potravinové bezpečnosti a nutriční epidemiologii

1.1 Definice potravinové bezpečnosti

Definice potravinové bezpečnosti byla přijata v roce 1996 na Světovém potravinovém summitu: „Potravinová bezpečnost je zaručena tehdy, pokud za všech okolností mají všichni lidé ekonomický, sociální a fyzický přístup k dostatečnému množství bezpečných a výživných potravin postačujících k pokrytí potřeb jejich výživy a stravovacích preferencí tak, aby mohli vést aktivní a zdravý život“ (glopolis.org, 2012).

Každý člověk má, podle Všeobecné deklarace lidských práv z roku 1948, právo na výživu. Z tohoto důvodu se konají celosvětové summity a konference, které řeší, jak dosáhnout potravinové bezpečnosti pro všechny, zamezit nedostatku potravin a s tím spjatou podvýživu lidí. Klíčovou roli v potravinové bezpečnosti má dostupnost zemědělsky obdělávatelné půdy, ekonomická situace, ale především politické prostředí. Mezi základní potřeby lidského organismu řadíme mimo jiné také potřebu přijímat potraviny. Na Zemi existuje asi 805 milionů podvyživených lidí (Krejčí, 2011).

Společná definice potravinové bezpečnosti již existuje, ovšem její koncept je chápán a využíván různě. Záleží na konkrétním regionu, kontextu i čase. Například Von Braun (1992) definuje potravinovou bezpečnost jako přístup všech lidí, za všech okolností k potravinám potřebných pro zdravý život. Potravinová bezpečnost je tvořena nutričně vyváženou stravou, která zajišťuje zabezpečení výživy jednotlivců (Babu aj., 2014).

Přístup k potřebné potravine je nutnou, nikoliv však dostačující podmínkou pro zdravý život. Mezi další podmínky patří řada dalších, jako je hygiena a zdraví životního prostředí i domácností. Infekce, nemoci a paraziti se totiž více rozšiřují v nezdravém prostředí s nekvalitní vodou a špatnými hygienickými podmínkami.

1.1.1 Pilíře potravinové bezpečnosti

Organizace pro výživu a zemědělství (FAO) vymezuje čtyři pilíře potravinové bezpečnosti (Jeníček, 2010):

- 1) Dostupnost potravin – dostupnost potravin v přiměřené kvalitě, která je určena domácí produkcí, objemem dovozu, existencí potravinových zásob a potravinovou pomocí.
- 2) Přístup k potravinám – přístup jedince k vhodným potravinám pro výživnou stravu, který závisí na úrovni chudoby, kupní síle domácností a existující dopravní a tržní infrastruktuře a systému distribuce potravin.
- 3) Využití – využití potravin závisí na péči o stravování, přístupu k pitné vodě, hygieny a zdravotní péče k dosažení pocitu výživové pohody, kdy jsou uspokojeny všechny fyziologické potřeby.
- 4) Stabilita – k dosažení potravinové bezpečnosti musí mít populace, domácnost nebo jednotlivec přístup k adekvátní potravě v kteroukoliv dobu. To může být ovlivněno počasím, kolísáním cen, člověkem zaviněnými katastrofami a různými politickými a ekonomickými faktory.

Po uznání všech čtyř pilířů v roce 2012 Komise pro světovou potravinovou bezpečnost vytvořila novou definici:“ Potravinová bezpečnost existuje právě tehdy, když za všech okolností, všichni lidé mají fyzický, sociální a ekonomický a přístup k dostatečnému množství bezpečných a výživných potravin postačujících k pokrytí potřeb jejich výživy a stravovacích preferencí tak, aby mohli vést aktivní a zdravý život. Čtyři pilíře potravinové bezpečnosti jsou dostupnost, přístup, využití a stabilita. Rozměr výživy je nedílnou součástí potravinové bezpečnosti“ (Babu, Gajanan, Sanyal, 2014).

Potravinová bezpečnost nastává, když jsou všechny pilíře splněny. Můžeme z nich určit FIMI (Food Insecurity Multidimensional Index), který slouží k informování veřejnosti, identifikování změn a k porovnání jednotlivých zemí (FAO, 2014b).

Čtvrtý pilíř, stabilita, významně ovlivňoval a v současnosti stále ovlivňuje potravinovou bezpečnost v Angole. V posledních letech dosáhla republika politickou stabilitu, ale do roku 2002 byla politická situace velmi problematická. Stále zde panuje nejistota kvůli válečným konfliktům. Potravinová bezpečnost kolísá přes snahy o zmenšení problémů v důsledku oblastních rozdílů v dostupnosti potravin.

Angola je druhý nejchudší stát na území Subsaharské Afriky. Největší potenciál je v přírodních zdrojích. Má velké zdroje petroleje, ropy, zemního plynu a diamantů. Angola má jednu z nejrychleji rostoucích ekonomik světa, ale doposud trpí následky z občanské války. Její slabou stránkou je korupce. V roce 2005 byla Angola oficiálně uznána protikorupční organizací jako jedna z 10 nejvíce korupčních států světa. Nečekané změny na trzích s potravinami mají přímý dopad na potravinovou bezpečnost. Za období občanské války měly potraviny nestabilní a vysokou cenu, přitom panovala nejistota do budoucna a obyvatelé museli šetřit. Šokové situace jako jsou například válečné konflikty a nestabilní politika mají vždy největší dopady na ekonomicky chudší domácnosti (Sheehan, 2010).

1.1.2 Faktory a hlavní problémy potravinové bezpečnosti

Faktory ovlivněné člověkem

Faktor, který významně ovlivňuje Angolskou republiku, je nestabilní sociální a politické prostředí. Válečné konflikty snižují množství produkce a omezují funkci trhu. Dalšími faktory jsou degradace půdy, špatná úroveň zemědělství, omezení přírodních zdrojů, chudoba, nízká vzdělanost a špatný zdravotní stav obyvatelstva (FAO, 2005).

Faktory neovlivněné člověkem

Mezi faktory, které člověk nemůže ovlivnit, patří přírodní katastrofy a klimatické změny. Pro Angolu jsou nejzávažnější dlouhodobé sucha, kvůli kterým farmáři přichází o velkou část své úrody (FAO, 2005).

K dosažení potravinové bezpečnosti musí být překonáno 5 zásadních problémů (FAO, 2005):

- 1) Zaostalé zemědělství – nízká plodnost půd, minimální využití externích zemědělských vstupů, neadekvátní skladování potravin.
- 2) Překážky vstupu na trh – drobní zemědělci musí tyto překážky překonat, problém je například špatná infrastruktura, nedostatek podpůrných institucí, chudá politika.
- 3) Vliv globalizace – platy jsou nízké, protože politický systém neposkytuje ochranu dělníkům
- 4) Choroby a infekce – jako je například HIV/AIDS či malárie snižují pracovní výkonnost, lidem je tak snížen i přístup k potravinám, což je příčinou podvýživy, protože nemocní lidé mají větší a rozmanitější nutriční požadavky.
- 5) Handicapovaná politika – problém nastává, když je významně podporován monopol nebo když dochází k utlačování menších zemědělců.

1.2 Demografie

Vědní obor, který zkoumá reprodukci lidských populací. Předmětem jejího studia je demografická reprodukce. Mezi základní témata demografie patří porodnost, úmrtnost, vývoj počtu obyvatelstva, přirozený přírůstek obyvatel a prostorová mobilita. Demografické události jsou významné události v lidském životě, které se evidují a později se s nimi zachází jako s hromadnými jevy. Střední délka života je očekávaný věk, kterého se pravděpodobně dožije osoba právě narozená. Mortalita udává počet zemřelých z určité skupiny v určitém období. Úmrtnost s nemocností umožňuje hodnocení zdravotního stavu populace. Hodnoty jsou ovlivňovány ekonomikou daného státu, rizikovými faktory, úrovní zdravotnictví a stravou (Čeledová; Čevela, 2010).

1.3 Definice nutriční epidemiologie a hladu

Nutriční epidemiologie monitoruje spotřebu potravin, příjem živin a výživový stav populací všech věkových skupin od nitroděložního vývoje až po stáří. Epidemiologie popisuje prevalenci a incidenci onemocnění. Prevalence vyjadřuje počet nebo proporce případů, událostí nebo stavů v dané populaci. Udává se v určitém čase a je zásadní pro plánování služeb a péče pro jednotlivá onemocnění. Incidence udává počet nových případů v populaci v určitém časovém období (Papežová, 2010).

Největším problémem nutriční epidemiologie v Subsaharské Africe je nedostatečná výživa a hlad. Hlad je stav, kdy tělo vyjadřuje nedostatek příjmu živin. Mezi základní potřebné živiny zahrnujeme bílkoviny, tuky a sacharidy. V rozvojových zemích se více jak 85 % potravin spotřebovaných ve venkovském prostředí získává z farem menších zemědělců. Kvalitu a dostupnost potravin ovlivňuje aktuální příjem domácností a tržní cena. Udržování cenové stability je velmi těžké. Cena závisí na přírodních podmínkách. Problematické jsou například období nadměrného sucha. Dalším faktorem je fakt, že nedochází k žádné konzervaci potravin. Z toho důvodu potraviny jako jsou zelenina a ovoce podléhají rychlé zkáze.

Hloubka hladu se měří průměrným energetickým deficitem podvyživených lidí (nikoli obyvatelstva jako celku). Hloubka hladu je vyjádřena v kilokaloriích na osobu na den. Čím vyšší je číslo, tím hlubší je hlad. V Angolské republice tvoří energetický deficit 320 kcal. Nejvyšší hloubka hladu zaznamenaná v Subsaharské Africe je 490 kcal a je naměřena v Somálsku (FAO,2015).

Většina z 800 milionů chronicky hladovějících lidí má energetický deficit 100–400 kcal denně. Převážná část z nich neumírá hladem, ale vyskytuje se u nich chronický hlad, jehož přítomnost není vždy zřejmá. Tělo kompenzuje nedostatečný příjem zpomalením fyzické aktivity. Chronický hlad nezpůsobuje jen náchylnost k onemocnění, ale kvůli němu mohou být děti apatické a matky mohou rodit děti s podváhou.

V publikaci *The state of Food Insecurity in the World* byla vydána analýza hladu ve světě. V ní jsou brány faktory jako výskyt a hloubka hladu. Vznikl žebříček 5 skupin rozsahu hladu. Na prvních místech jsou země, kde podíl podvyživených tvoří malé procento. Na místě 5. jsou umístěny země s velkou hloubkou hladu, a tedy s vysokým počtem podvyživených. Patří sem většina zemí subsaharské Afriky, Bangladéš, Haiti a Mongolsko (Jeníček a Foltýn, 2010).

V Asii a Tichomoří se nachází více chronicky hladovějících lidí, zatímco hloubka hladu je nejhlubší v Subsaharské Africe. V Subsaharské Africe je 46 % zemí, kde podvyživení mají průměrný deficit vyšší než 300 kcal na den. V Asii a Tichomoří je pouze 16 % zemí, které mají kalorický deficit takto vysoký. Lidé v rozvojových zemích pro zachování bazálního metabolismu a s lehkou tělesnou aktivitou potřebují mezi 1720 a 1960 kcal celkem. Přitom světová průměrná spotřeba potravin se zvýšila z 2360 kcal na 2800 kcal a osobu den (FAO, 2015).

Problém hladu dělíme na dvě skupiny. Hladomor, kdy nastává akutní nedostatek potravin doprovázený epidemiemi. V důsledku hladomoru umírají řádově miliony lidí. Endemická deprivace, při níž dochází ke zkrácení délky života a zvyšování míry úmrtnosti. Je skrytější než hladomor, zasahuje stamiliony lidí. Podoby hladovění jsou Marasmus, Kwashiorkor a Kachexie. Marasmus je proteinově-energetická podvýživa. Nejčastěji se vyskytuje u dětí do 3 a půl let. Děti nedostávají dostatek mateřského mléka a jiné potravy. Kwashiorkor je kvalitativní podvýživa. Příjem kalorií je v normálním stavu nebo pouze mírně snížený. Dochází k nedostatečnému příjmu plnohodnotné bílkoviny. Projevuje se u dětí ve věku 1-3 let. Kachexie je vyhubnutí spojené s tělesnou slabostí a poruchou činností různých orgánů. (Jeníček; Foltýn, 2010).

1.4 Podvýživa a kalorický příjem

Podvýživa je stav, kdy strava nezahrnuje dostatek kalorií, lidé tak neuspokojují své minimální fyziologické potřeby. Dělí se do několika forem. Malnutrice je stav kdy jsou tělesné funkce oslabeny do té míry, kdy jedinec není schopen udržet tělesné funkce (těhotenství, kojení a tělesná práce). Zakrslost nastává, když mají děti příliš malý vzrůst na svůj věk. Chřadnutí vede k podstatnému úbytku hmotnosti spojené s dalšími nemocemi. Poslední formou podvýživy je podváha, která se zjišťuje srovnáním hmotnosti pro příslušný věk dětí s populací dobře živěných dětí (Jeniček; Foltýn, 2010).

Při popisu podvýživy u dětí jsou využívány konkrétní antropometrické ukazatele. První ukazatel srovnává výšku a věk. Charakterizuje chronickou podvýživu dětí a zakrnění. Druhý indikátor zobrazuje akutní podvýživu, kdy dochází k významné ztrátě hmotnosti důsledkem akutního hladovění nebo vážným onemocněním. Vypočítává se na základě hmotnosti a výšky. Třetím ukazatelem podvýživy je délka a věk (OSN výroční zpráva, 2015).

Kalorický příjem závisí na skladbě potravy. Nejdůležitější je podíl jednotlivých živin, jako jsou proteiny, lipidy a sacharidy. Tenhle fakt je samozřejmě těžko splnitelný v rozvojových zemích. Záleží především na zdroji živin. Jsou-li čerpány čistě z obilných zrn, rostlinných kořenů, ovoce, zeleniny nebo masa a mléka. S kalorickým příjmem úzce souvisí energetický výdej, který je složen z energetického klidového výdeje, který tvoří 55–77 % celkového výdeje a dále je složen z postprandiálního energetického výdeje s podílem 8–12 % a dále pohybovou aktivitou s podílem 20–40 % (Lukáš a Žák, 2014).

Podíl světové populace žijících v zemích s nízkým příjmem energie se výrazně snížil. V polovině 60. let více jak polovina, tedy 57 % obyvatel světa žilo v zemích s průměrným příjmem pod 2 200 kcal na den.

V letech 1997–1999 kdy se populace zdvojnásobila skoro na 6 miliard, byl podíl pouze 10 %. Bohužel je pokles zaznamenán pouze pro Indii a Čínu. Na území jako je Subsaharská Afrika, Severní Afrika a Blízký východ se očekává jen malý nebo žádný pokles v počtu podvyživených.

Do budoucna se předpokládá ve všech státech kromě Subsaharské Afriky pokles podvyživených na 4-6 % z dnešních 9-24 %. Zatímco v Subsaharské Africe je očekáváno stále 15 % podvyživených, což je 183 milionů lidí. Průměrná spotřeba kilokalorií v rozvojových zemích v roce 2015 činila 2850 kcal na osobu a den. V posledních letech se výrazně změnila skladba potravin v rozvojových zemích. Došlo k posunu od obilovin a luštěnin k masným a mléčným výrobkům. Více než 70 % obyvatel, kteří mají nedostatečný přístup k potravinám, žije ve venkovských oblastech (Jeníček, Foltýn, 2010).

Významná kategorie jsou děti do 5 let. Vyhodnocuje se zde například dětská úmrtnost, růst dětí, podvýživa a nemoci s tím spojené. Podvýživa má katastrofické dopady na vývoj dětí. Děti nejen hladovějí v průběhu života, ale mohou se podvyživené i narodit.

Až 11 milionů dětí se ročně narodí s podváhou. Část práce bude zaměřena nejen na hladovění, kdy dochází k nedostatečnému energetickému příjmu, ale také na skrytý hlad, který je způsobený nedostatečným příjmem vitamínů a minerálů, jako je jód, zinek a železo. Nedostatek potřebných složek v potravě neumožňuje zdravý vývoj dětí. Odhadem 126, 5 milionů dětí je v rozvojových zemích podvyživeno.

Podle FAO každý rok zapříčiní hlad smrt až 5 milionům dětí. Infekční choroby jsou příčinou úmrtí téměř 11 milionů dětí do 5 let. Pokud lidé dlouhodobě hladovějí, jsou náchylnější na infekce a nemoci, zejména děti.

Dle Jeníčka a Foltýna (2010) patří mezi 4 nejrozšířenější choroby průjem, akutní respirační onemocnění, malárie a spalničky. Tyto nemoci způsobují téměř polovinu všech úmrtí u dětí do 5 let. V subsaharské Africe trpí více jak jedna čtvrtina dětí podváhou.

1.5 Rozvojové indikátory

Rozvojovými indikátory můžeme měřit regionální rozvoj. Regionální rozvoj je velmi rozsáhlý pojem, v literatuře najdeme mnoho nejednotných definic. Regionální rozvoj je v literárních zdrojích většinou vysvětlován jako rozvoj území samotného, ale i činnost, kterou vykonávají představitelé veřejné správy, aby rozvoj podpořili.

Rozvojové indikátory jsou kvantitativní ukazatele, které určují nakolik je vybraná země rozvinutá. Každý ukazatel má určitou váhu (Waisová, 2005). Rozvojové indikátory nám ukazují změny a procesy, kterými si region prošel, jaké cíle se podařilo či nepodařilo naplnit.

Index lidského rozvoje

Cílem je měřit úroveň lidského rozvoje jakékoliv země a následně slouží k jejich vzájemnému porovnání. Index lidského rozvoje je významný zejména proto, že se zaměřuje na skutečnou kvalitu lidského života. Není zaměřen pouze na hospodářský růst, ale jsou v něm zahrnuty i další aspekty. Index lidského rozvoje hodnotí všechny země na stupnici od 0 (nejnižší lidský rozvoj) do 1 (nejvyšší lidský rozvoj).

Na základě výpočtu se země řadí do čtyř tříd rozvoje:

- velmi vysoce rozvinutá (0, 90–1).
- vysoce rozvinutá (0, 8–0, 9).
- středně rozvinutá (0, 50–0, 79).
- nedostatečně rozvinutá (0–0,499).

Podle programu OSN pro rozvoj lidských zdrojů jde „o vytvoření prostředí, ve kterém lidé mohou plně rozvinout svůj potenciál a vést produktivní, tvůrčí život v souladu se svými potřebami a zájmy. Lidé jsou skutečné bohatství národů.“ (Streeten, 1994).

S cílem zohlednění této definice vychází index lidského rozvoje ze tří prvků majících stejnou váhu:

lidské zdraví – průměrná délka života očekávaná při narození. Ukazatel je důležitý zejména proto, že odráží všechny negativní i pozitivní vlivy působící na člověka.

úroveň vzdělanosti – podíl gramotného obyvatelstva a kombinovaný podíl populace z příslušné věkové skupiny navštěvující školy prvního, druhého a třetího stupně.

hmotnou životní úroveň – hrubý domácí produkt na osobu v USD, který je přepočítáván na paritu kupní síly.

Angolská republika se nachází v Subsaharské Africe a zde je index lidského rozvoje na nejnižší úrovni.

Index hladu

Index hladu je navržen tak, aby komplexně změřil hlad po celém světě, podle země a regionu. Ukazatel je vypočítáván každý rok International Food Policy Research Institute (IFPRI). Vyšší index hladu znázorňuje větší míru hladu. Hodnoty se pohybují od 0 do 100. Obě hraniční hodnoty jsou neproveditelné v praxi. Hodnota 100 by byla dosažena pouze tehdy, kdyby všechny děti umřely před 5 rokem života, celá populace by byla podvyživená a všechny děti do 5 roku života by měli podváhu. Hodnoty 0 by bylo dosaženo, kdyby žádné dítě neumřelo do 5 roku života, nikdo by nebyl podvyživený a žádné dítě do 5 let by nemělo podváhu (Wiesmann,2007).

$$\mathbf{GHI = (PUN + CUW + CM) / 3}$$

GHI = Index hladu.

PUN = podíl podvyživených lidí jako procento populace (%).

CUW = množství dětí s podváhou a věkem do 5 let (%).

CM = množství dětí umírajících před 5 rokem života (%).

Index hladu zvyrazňuje úspěchy a neúspěchy ve snaze při snižování hladu. Podvýživa u dětí má následně přímý vliv na jejich růst a tělesnou aktivitu.

V dospělosti se pak snižuje produktivita práce, tím se prohlubuje chudoba, která zabraňuje zajišťování potravinové bezpečnosti. Index hladu a index lidského rozvoje mají na sebe přímou návaznost. Pokud má země vysoké GHI skóre, tak lidský rozvoj bude na nízké úrovni.

Absolutní chudoba

Úroveň chudoby definovaná minimálními možnými potřebami na jídlo, oblečení, zdravotní péči a obydlí. Vyjadřuje stav, kdy nedostatek prostředků neumožňuje základní životní potřeby do té míry, že je ohrožena sama existence člověka. Aby byla absolutní, musí být hranice stejná ve všech rozdílných zemích, kulturách a technologických úrovních. Absolutní chudoba vyjadřuje počet lidí žijících za méně než 1,25 \$/den. Z obrázku č. 3 můžeme vyčíst, že v Angole se nachází 41 %-60 % obyvatel, žijících pod hranicí lidské chudoby. Čím vyšší je absolutní chudoba ve státě, tím nižší je index lidského rozvoje a tím vyšší je index hladu. Tyto indexy ovlivňují úroveň potravinové bezpečnosti (Babylon's free dictionary, 2014).

Relativní chudoba

Dosažení max. 60 % nejčastějšího příjmu ve společnosti. Zobrazuje stav, kdy lidé uspokojují své potřeby na výrazně nižší úrovni, než je průměrná úroveň v dané společnosti. Relativní chudoba je tedy ekonomická nerovnost ve společnosti nebo v určitém místě. Zahrnujeme zde např. špatnou kvalitu vzdělání či zdravotnictví. Rozměry chudoby jsou děleny dle několika faktorů. Pro zvolenou oblast Angolské republiky mají nejvýznamnější vliv zdravotní, vzdělávací, politické i ekonomické faktory. Relativní chudoba ovlivňuje přístup lidí k potravinám, prohlubování úrovně hladu a taktéž úroveň lidského rozvoje (Babylon's free dictionary, 2014).

Giniho index

Hodnota, do jaké míry se rozdělení příjmů (v některých případech výdaje na spotřebu) mezi jednotlivci nebo domácnostmi v ekonomice odchyluje od dokonale rovnoměrného rozložení. Rozděluje státy podle toho, jak nejvíce bojují s nerovnoměrným rozložením bohatstvím mezi lidmi.

Giniho index roven 0 představuje dokonalou rovnost, zatímco index 100 znamená dokonalou nerovnost. V roce 2013 byl Giniho koeficient v Angole 42,7 (The World Bank: Gini Index, 2016).

Index korupce

Od roku 1995 hodnotí podle míry vnímání korupce ve veřejném sektoru 176 zemí na stupnici 0–10, kde 0 znamená vysokou míru korupce a 100 označuje zemi téměř bez korupce. (Waisová, 2005).

2 Analytická část

2.1 Charakteristika Angolské republiky

Angolská republika leží na jihu Afriky u pobřeží Atlantského oceánu. Krajina přechází z atlantického pobřeží ve střední části v hory. Náhorní plošina pokrývá téměř celou plochu státu. Angola se dělí na 16 provincií. K největším městům patří Luanda, Hambo a Benguela (Oyebade, 2007).

Angola byla bezmála 500 let portugalskou kolonií a od doby, kdy vyhlásila samostatnost, zde probíhaly dlouhodobé boje. Angola byla téměř 27 let sužována občanskou válkou, která trvala 1975–2002. Do války se zapojilo mnoha vnějších aktérů. Do konfliktu byli zapojeni JAR a SSR. Na počátku Studené války se zapojily Spojené státy americké a Kubu. Angola byla centrem zájmu kvůli svému přírodnímu bohatství, jako je například ropa (Brittain, 1997).

2.2 Analýza potravinové bezpečnosti

Cena a dostupnost jídla je ovlivněna zejména místem pobytu. Angolané žijící v Luandě mají sice snadnější přístup k potravinám, ale ty stojí mnohem více financí. Na periferiích přístup k potravinám nejvíce ztěžuje vzdálenost a dostupnost do měst, protože po občanské válce zůstala infrastruktura zdemolovaná. Cena za lokální potraviny je mnohem nižší než za importované. Dle Úřadu pro koordinaci humanitárních záležitostí Spojených národů v současné době trpí 10 % lidí v Angole nedostatkem potravy. Podvýživa způsobuje smrt přibližně 4 % z celkového počtu usmrcených osob.

2.2.1 První pilíř-Přístup k potravinám

Absolutní chudoba definuje minimální možné potřeby na jídlo, obydlí, zdravotní péči a oblečení. V Angole je 54,5 % lidí žijících pod hranicí absolutní chudoby, což znamená, že více jako polovina lidí žije pod hranicí 1,25 US\$/den. Podíl obyvatel žijících pod celosvětovou hranicí chudoby, což je množství lidí žijících pod 3,10 dolarů denně je v Angole 54,5 %. Celosvětový průměr je 25,5 % lidí žijících pod touto hranicí.

Průměrný podíl výdajů v roce 2016, které domácnosti v Angole investují do potravin je 50,5 %. Pro srovnání zmíním celosvětový průměr, který je 29,9 %. Angolané přibližně polovinu svých výdajů utratí za potraviny a na jiné potřeby jim nezbyvá tolik financí. Rozdíl mezi celosvětovým průměrem je tedy 33,5 %

Další charakteristikou je míra individuálního příjmu. HDP na obyvatele v Angole je v roce 2016 7 280 US\$, zatímco roční příjem je 20 585 dolarů.

Pro přístup k potravinám je zásadní veřejná iniciativa. Jedná se o ochranu chudých a potřebných co se týká potravinové bezpečnosti. Do tohoto sektoru spadají stravenky, naturální sociální transfery a také školní programy. Angola dosahuje hodnoty 1 ze 4. Stejně hodnoty Angola dosahuje i v rozsahu financování farmářů. Celosvětový průměr je přibližně 2,7 (Global food security index, 2016).

2.2.2 Druhý pilíř-Dostupnost potravin

Pro dostupnost potravin jsou důležité zejména zásobování a úroveň potravinové pomoci. Dostatečnost dodávek má hodnocení v Angole 27, 5 ze 100. Celosvětový průměr 57, 3. Průměrné zásobování lidí potravinami je 2 473 kcal/osoba/den, což je zhruba o 400 kilokalorií méně než celosvětový průměr. Schopnost zemědělců dovážet své zemědělské plodiny na trh je hodnocena 41,7 ze 100. To přímo navazuje na kvalitu silniční infrastruktury, jejíž indikátor dosahuje hodnoty 1 ze 4. Silnice jsou stále zdemolované po občanské válce.

Velmi pozitivně je v Angole hodnocený stav skladování zemědělských plodin na základě velikosti daného odvětví a populace. Indikátor dosahuje plný počet bodů a to 1 z 1, což je o 13 % více než celosvětový průměr (Global food security index, 2016).

Dalším významným indikátorem je schopnost města zvládnout zátěž urbanizace, a přitom udržet potravinovou bezpečnost. Vypočítává se jako HDP minus městské tempo růstu. V Angole dosahuje hodnoty – 2,62 což je o 15 % menší hodnota než celosvětový průměr.

2.2.3 Třetí pilíř – Využití potravin

Využití potravin závisí na péči o stravování, hygieny a zdravotní péče k dosažení pocitu výživové pohody, kdy jsou uspokojeny všechny fyziologické potřeby. Podíl potravin, které neobsahují škrob, na celkové spotřebě potravin je 40 %. Celková strava Angolanů obsahuje 40 % kvalitních bílkovin. Celkem 49 % lidí má přístup k pitné vodě. Indikátor potravinové bezpečnosti dosahuje v Angole hodnotu 44, 6 ze 100. Celosvětový indikátor dosahuje hodnoty 57,3 (McDonald; Hyder; Cossa, 2011).

2.2.4 Čtvrtý pilíř – Stabilita

Stabilitu v Angole může ovlivnit nejen politická nestabilita, ale i kolísání cen a počasí. Politická nestabilita může ovlivnit dopravní strukturu a závazky vůči potravinové pomoci. Indikátor politické stability dosahuje hodnot 0–100, kde 100 vyznačuje nejvyšší risk. Angola dosahuje hodnoty 55. Politická moc je nestabilní a může tak ovlivnit potravinovou bezpečnost v Angole.

Pro čtvrtý pilíř má v Angole největší negativní vliv korupce, která může snížit dostupnost potravin přes deformaci a neefektivnosti využívání přírodních zdrojů. Korupce může také ovlivňovat distribuci potravin a celkově snižuje hospodářský růst. V Angole dosahuje nejvyšší hodnoty a to 4 ze 4, což znamená, že korupce významně ovlivňuje potravinovou bezpečnost. Vysoká úroveň je realizována hlavně díky určitému stupni beztrestnosti. V Angole je nejčastějším jevem zpronevěra, drancování státního majetku a sponzorství. Nejvíce je zatížen těžební průmysl (UNDP, 2015).

Dalším významným problémem ovlivňujícím potravinovou bezpečnost a stabilitu v Angole je vysoká kriminalita. Problém s kriminalitou je zásadní především v hlavním městě Luandě. Nejčastějšími zločiny jsou loupeže, vykrádání domů a aut. Luanda trpí zejména kvůli tomu, že má jasné geografické rozdělení na bohaté a chudé obyvatelstvo. Nejchudší obyvatelstvo žije ve slumech, kde je kriminalita nejvyšší.

Dalším problémem v Angole jsou nášlapné miny, které zranily přibližně 80 000 lidí. Nejvíce postiženou částí je jih. Některé světové organizace se snaží tuto situaci již několik let řešit, ale i přes tyto snahy je v Angole stále nastraženo přes 10 milionů nášlapných min. Odstraňování min je dlouhodobý a nákladný proces. Nejvíce jsou ohroženy děti, jelikož jsou příliš zvědavé a miny zkoumají, následně vznikají těžká zranění důsledkem výbuchu.

2.3 Demografický vývoj

Charakteristika počtu obyvatel je rozdělena do tří částí. První část obsahuje období v letech 1975–1983, kdy byla občanská válka na počátku. Nejvyšší přírůstek obyvatel byl zaznamenán v roce 1981–1982.

Tabulka 1: Vývoj počtu obyvatel 1975-1983

Rok	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Počet obyvatel	7 107	7 229	7 501	7 717	7 952	8 211	8 497	8 807	9 128
	334	508	320	139	882	950	950	511	655

Zdroj: Světová banka, 1975–1983

Druhá část zahrnuje roky 1994–2002. V tomto období vládl oproti předchozím stav klidu. Stát se v této době stal demokratickým. Boje ovšem neustaly a pokračovaly až do roku 2002. Nejméně obyvatel přibývalo do roku 2000, kdy byla občanská válka téměř u svého konce. V roce 2001–2002 je také největší příbytek obyvatelstva. Menší přírůstek byl do té doby zapříčiněn občanskou válkou, která zapříčinila smrt až 1,5 milionu lidí.

Tabulka 2: Vývoj počtu obyvatel 1994-2002

Rok	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Počet obyvatel	12 648	13 042	13 424	13 801	14 187	14 601	15 058	16 691	17 912
	483	666	813	868	710	983	638	395	942

Zdroj: Světová banka, 1994-2002

Třetí část zobrazuje vývoj počtu obyvatelstva po skončení občanské války. V tomto období přibývá dvakrát více obyvatel než v předchozích letech.

Tabulka 3: Vývoj počtu obyvatel 2007-2015

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Počet obyvatel	19 183 970	19 842 251	20 520 103	21 219 954	21 942 296	22 685 623	23 448 202	24 227 524	25 021 974

Zdroj: Světová banka, 1994-2002

Po srovnání můžeme vidět, že za celé uvedené období se počet obyvatel téměř zčtyřnásobil. Jedna čtvrtina Angolanů žije v hlavním městě Luandě, což je následek občanské války, kdy se váleční uprchlíci stěhovali do měst.

Střední délka života u žen byla nejvyšší v posledním měřeném roce stejně tak jako u mužů. V tomto roce se střední délka lišila o tři roky. Rozdíl zůstává ve všech naměřených letech přibližně stejný. Jediný zásadní výkyv byl v roce 2000, kdy rozdíl překonal 4 roky. Největší podíl obyvatelstva tvoří děti do 15 let a to 43,6 %. Střední délku života v Angole ovlivňují faktory jako zdravotnictví, kriminalita, občanská válka, strava a ekonomika země.

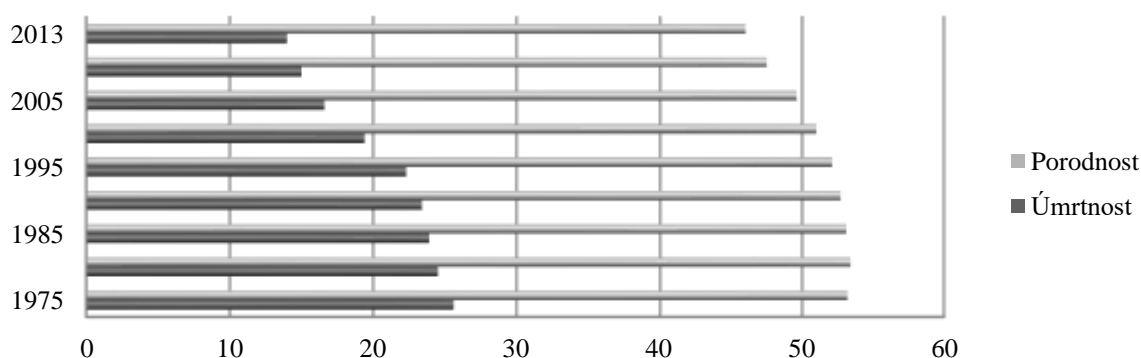
Tabulka 4: Střední délka života 1995-2014

Rok	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Střední délka života (ženy)	43, 8	48, 1	50	52, 1	52, 6	53	53, 4	53, 8
Střední délky života (muži)	40, 4	43, 9	47, 2	49, 2	49, 6	50	50, 4	50, 8
Průměrná střední délka života	42, 1	46	48,6	50, 65	51, 1	51, 5	51, 9	52, 3

Zdroj: Světová banka, 1995-2014

Z grafu vyplývá, že neklesá nejen úmrtnost ale i porodnost. Klesání natality je celosvětovým trendem, avšak mortalita klesá rychleji. Úmrtnost byla samozřejmě vyšší za období občanské války, ale i teď je na vysoké úrovni. Zapříčiněna je především malárií, virem HIV a tuberkulózou.

Srovnání úmrtnosti a porodnosti 1975-2013

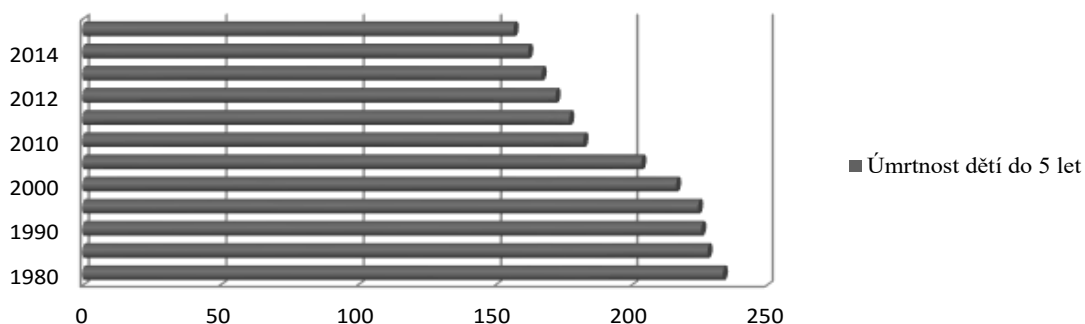


Graf 1: Srovnání úmrtnosti a porodnosti 1975-2013. Zdroj: Světová banka, 1975–2013

2.4 Úmrtnost dětí do 5 let a jejich příčiny

Dětská úmrtnost v Angole je jedna z nejvyšších na světě, ale daří se ji v posledních letech snižovat. Dostává se z roku 1980, kdy byla úroveň úmrtnosti 228,3 na 1000 živě narozených až na aktuálních 161.

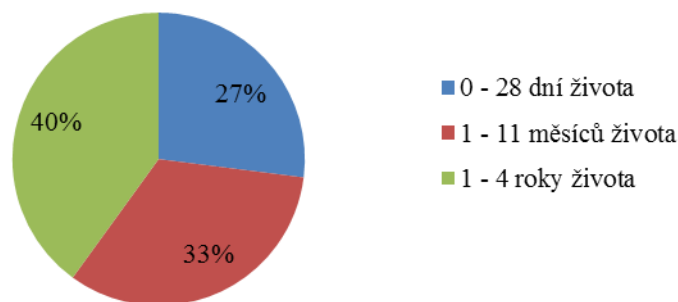
Úmrtnost dětí do 5 let



Graf 2: Úmrtnost dětí do 5 let v roce 2014. Zdroj: Unicef, 2015

Průměrně 1 dítě ze 4 umírá před dosažením pátého roku života. Třetina těchto úmrtí je zapříčiněna podvýživou matky nebo dítěte. Míň, než jedné třetiny porodů se účastní kvalifikovaný zdravotník, a to způsobuje vysokou úmrtnost matek.

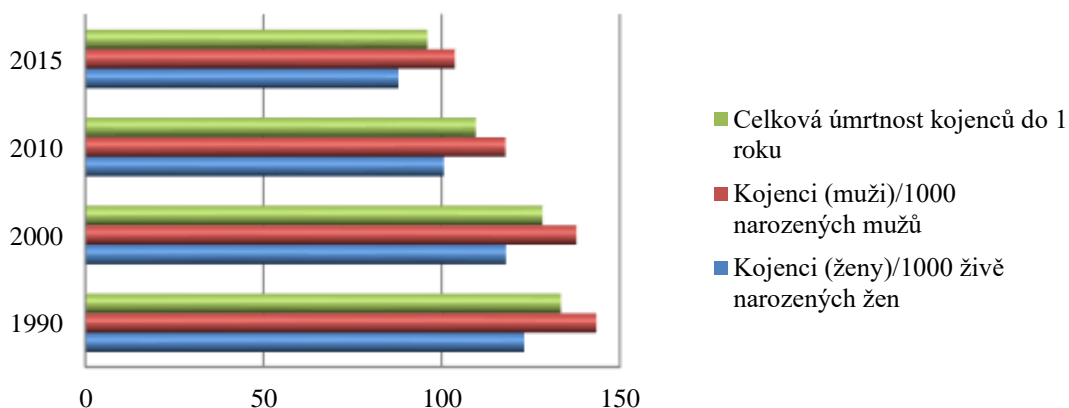
Graf 3: Úmrtnost dětí dle stáří v roce 2014



Zdroj: who, 2014

Do 1 roku života umírá větší množství kojenců mužského pohlaví. Úmrtnost kojenců se daří snižovat, ale pořád je na nepříjemně vysoké úrovni.

Úmrtnost kojenců ve věku do 1 roku dle pohlaví v roce 2014

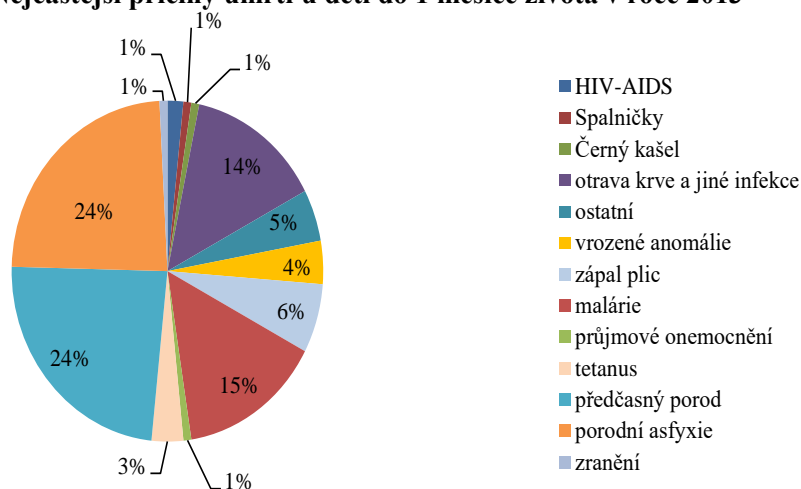


Graf 4: Úmrtnost kojenců ve věku do 1 roku dle pohlaví v roce 2014. Zdroj: who, 2014

Dětská úmrtnost je většinou zapříčiněna vážnými onemocněními. Děti do 5 let často umírají na onemocnění jako akutní respirační infekce, malárie, spalničky ale taktéž průjem a podvýživa (viz graf č. 6). Většina nemocí je zapříčiněna špatnými hygienickými podmínkami, špatnou úrovní zdravotnictví a nedostatkem nezávadné pitné vody.

Příčiny úmrtí dětí se liší dle dosahovaného stáří. Nejčastějšími příčinami jsou předčasný porod a porodní asfyxie, které dohromady tvoří 46 % všech úmrtí. Většinou je to způsobeno podvýživou. Matka dítěte může být podvyživená a tím se ani dítěti nedostává potřebné výživy. Kvůli výživě může být dítě opravdu nezralé či nemocné a při porodu se udusí. Tuhle situaci asi nejvíce ovlivňuje nedostatek zdravotnických zařízení a fakt, že většina žen nerodí v přítomnosti zdravotníka. Úmrtnost dětí dále významně ovlivňuje malárie, a to jako důsledek nedostatečné prevence. Podíl dalších onemocnění na vysoké úmrtnosti dětí ve stáří do 1 měsíce je znázorněn v grafu č. 5.

Nejčastější příčiny úmrtí u dětí do 1 měsíce života v roce 2013

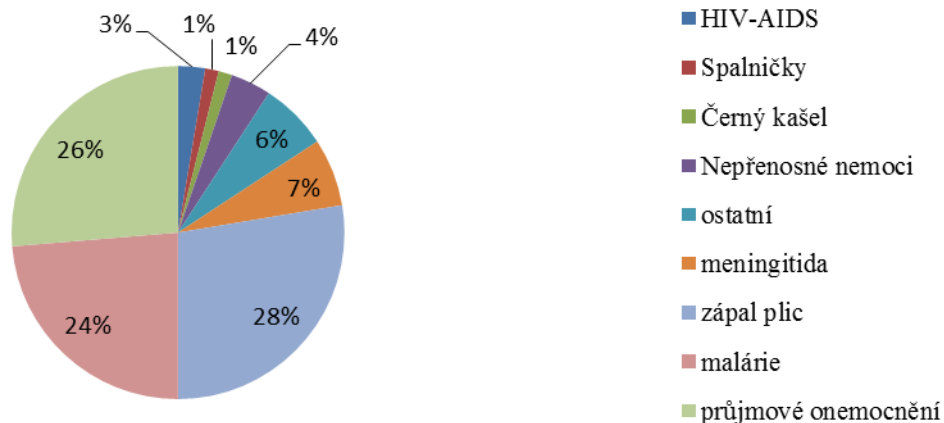


Graf 5: Nejčastější příčiny úmrtí u dětí do 1 měsíce života v roce 2013. Zdroj: who, 2014

Příčiny úmrtí u starších dětí se liší od těch novorozeneých. Některé onemocnění se ovšem vyskytují v obou skupinách. Mezi tyto nemoci patří spalničky, černý kašel, zápal plic, průjmové onemocnění a malárie.

V kategorii dětí od 1 měsíce do 5 let mají fatální dopad zejména zápal plic, malárie a průjmové onemocnění. Tyto tři nemoci zapříčiňují až 77 % úmrtnosti dětí.

Příčiny úmrtí u dětí od 1 měsíce do 5 let



Graf 6: Nejčastější příčiny úmrtí u dětí od 1 měsíce do 5 let v roce 2013. Zdroj: WHO Global Maternal Newborn Child and Adolescent Health policy Indicator Survey (2013-14)

Malárie je kritickým onemocněním především pro skupinu dětí do 5 let. Z výzkumů v roce 2007 pouhých 29 % dětí do 5 let se zřejmými příznaky dostalo léky proti malárii. V roce 2011 byl počet nižší, a to 28,3 %. V roce 2007 bylo naměřeno, že pouhých 17,7 % dětí do 5 let spí v postelích se sítíkou proti hmyzu, přitom použití moskytiér je jedna z nejlevnějších prevencí proti malárii.

Dalším onemocněním, sužující děti, je anémie neboli chudokrevnost. Je způsobená nedostatkem železa, vitamínu B12 a kyseliny listové. Všechny tyto složky jsou snadno dostupné ve stravě. V následující tabulce je uvedeno procento dětí mladších 5 let, které mají hladinu hemoglobinu nižší než 110 gramů na litr. Tento stav je spojen s únavou, ospalostí, organismus je celkově zpomalený. Děti do 5 let mají nejvyšší riziko anémie.

Tabulka 5: Prevalence anémie u dětí do 5 let ve vybraných letech

Rok	1990	2000	2007	2008	2009	2010	2011
Prevalence anémie (%)	77, 5	71, 2	61, 2	59	56, 7	54, 3	52, 1

zdroj: WHO Global Maternal Newborn Child and Adolescent Health policy Indicator Survey (2013-2014)

Dalším závažným onemocněním jsou pro tuto skupinu spalničky, záškrť, tetanus a černý kašel. Stát se samozřejmě snaží tuto situaci řešit, a proto financuje očkování proti těmto nemocem. V tabulce č. 4 můžeme vidět procentuální zastoupení naočkovaných dětí ve vybraných letech. Započítávají se děti, které dostaly očkování nejpozději rok před příchodem nebo kdykoliv od té doby. Očkování se započítává až po dvojnásobném přeočkování, dítě by tedy mělo dostat vakcínu celkem 3x. U očkování DPT a spalniček jsou cílová skupina děti od 12 do 23 měsíců, zatímco u Hepatitidy B jsou to roční děti. V prvních naměřených letech můžeme vidět, že jen mizivá část dětí byla naočkována. Procenta se každým rokem liší zejména i proto, že do zdravotnických stanic dochází každým rokem jiný počet dětí. Z výsledků posledních let vychází, že více jako polovina dětí je očkovaná třemi základními očkováními posledních 8 let.

2.4.1 Očkování a děti do 5 let

Očkování je velmi důležitou prevencí. V následující tabulce je uvedený procentuální počet dětí do 5 let, které byly v následujících letech očkované. V roce 2016 spustila Světová zdravotnická organizace masivní očkování proti žluté zimnici v Angole.

Tabulka 6: Množství naočkovaných dětí v Angole ve vybraných letech

Druh očkování	1985	1995	2000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014	2015
Tetanus (%)	8	24	28	73	69	60	77	71	75	64	64
Hepatitida B (%)	X	X	X	73	69	61	77	72	75	64	64
Spalničky (%)	44	46	36	71	61	57	72	64	72	60	55

zdroj: WHO Global Maternal Newborn Child and Adolescent Health policy Indicator Survey (2013-2014)

I když v letech 1985-2000 nebyly hodnoty u Hepatitidy B naměřeny, tak v následujících letech bylo touto vakcínou naočkováno největší množství dětí. Hepatitidou B bylo průměrně naočkováno za měřené období 69, 4 % dětí. Tetanusem bylo naočkováno 69, 1 % dětí a vakcínou proti spalničkám 64 %.

2.5 Kalorický příjem a podvýživa

Celosvětový kalorický průměr je roven 2780 kcal/den. Ve vyspělých státech je průměr roven 3420 kcal/den. V rozvojových státech 2630 kcal/den. V Subsaharské Africe 2240 kcal/den. Díky těmto faktům je zřejmé, že Angola je v každém případě daleko pod průměrem. Problém výživy vede k nežádoucím vlivům na lidské zdraví a zpomaluje hospodářský růst. Angola věnuje přibližně 5 % z HDP na zdravotnictví.

Tabulka 7: Kalorický příjem (kcal/osoba/den)

Roky	1990-1992	1995-1997	2000-2002	2005-2007
Kalorický příjem (kcal/osoba/den)	1 580	1 660	1 790	1 950

Zdroj: Food and Agriculture Organization, vlastní zpracování

Hloubka hladu se měří průměrným energetickým deficitem podvyživených lidí. Udává číslo kilokalorií, které by byly potřeba připojit do stravy, aby se neprohluboval hlad. V roce 1995 byl v Angole naměřen nejvyšší potravinový deficit. Hloubka hladu byla 509 kcal/osoba denně, což je extrémně vysoká hranice a znamená umírání hladem (viz tabulka 12).

Tabulka 8: Hloubka hladu v kaloriích na osobu a den

Rok	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Hloubka hladu (kcal/osoba/den)	509	394	259	149	132	120	111	104

Zdroj: Světová banka, vlastní zpracování

Největší část kalorického příjmu je tvořena zemědělskými plodinami. Největší podíl na stravě má Maniok jedlý a to 20 %, dále kukuřice s podílem 16,6 % a pšenice 12,2 % (viz. Tabulka 13). Společně tyto tři komodity tvoří téměř polovinu z celkového příjmu a to 48,8 %.

Tabulka 9: Kalorický příjem z plodin v roce 2009

Komodita	Kalorický příjem (%)
Maniok jedlý	20
Kukuřice	16,6
Pšenice	12,2
Cukrová třtina	7,3
Batáty	6
Sója	4,9
Podíl živočišných produktů	8,8
Celkový příjem kalorií	2079 (kcal/den)

Zdroj: Food and Agriculture Organization, vlastní zpracování

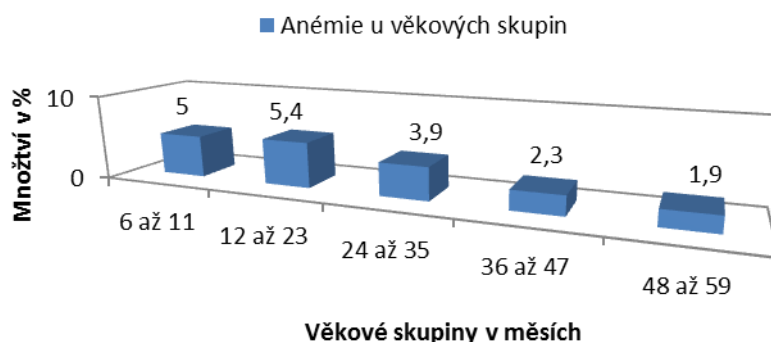
Zajišťování potravy v Angole je státním zájmem, jelikož více jak polovina lidí žije pod hranicí chudoby a téměř polovina trpí podvýživou a mají rapidní nedostatek vitamínu B3. Velká část zemědělských plodin se dováží. Patří mezi ně například pšenice a kukuřice, které jak můžeme vidět v tabulce č. 3, tvoří majoritní část potravy. Dovoz je důležitý zejména v obdobích sucha. Největší období sucha proběhlo v roce 2002, kdy srážky byly nižší o 60 %. Zemědělská produkce klesla o 400 000 tun (FAO, 2015).

Ve stravě je zásadní taktéž podíl vitamínů a minerálů. Mikronutriční deficit ovlivňuje fungování organismu a negativně působí na imunitní systém a vývoj člověka. Mezi základní vitamíny a složky, které jsou významné pro život dětí v Angole, patří jód, železo, zinek a vitamín A.

Jód je velmi důležitou součástí každodenní stravy. Některé půdy mohou mít nedostatek jódu a potom se tato potřebná látka nedostane do zemědělských plodin, tedy je potřeba ji doplňovat jinudy. Nedostatek jódu způsobuje mentální retardace. Naopak dostatek jódu výrazně snižuje potratovost, a to snižuje kojeneckou úmrtnost. Celkem 20 % dětí má kvůli nedostatku jódu rizikový růst. Jodizovaná sůl je nejlevnější varianta, jak dopravit do stravy jód. V roce 2007 bylo zjištěno, že 44,7 % domácností v Angole využívá jodizovanou sůl (the world bank, 2015).

Nedostatek železa způsobuje anémii. Železo podporuje tvorbu hemoglobinu v krvi a jeho dostatek podporuje správná strava. Snižování anémie může snížit mateřskou úmrtnost, zvýšit produktivitu až o 17 % a zvýšit porodní váhu. Nejohroženější skupinou jsou malé děti a těhotné matky.

Graf 7: Výskyt anémie u dětí do 5 let v roce 2013



Zdroj: unicef, 2016

Nedostatek zinku způsobuje snížení imunity, zpomaluje růst, zvyšuje riziko zápalu plic, malárie a průjmu. Přibližně 46 % v Angole trpí na nedostatek zinku v organismu. Vitamín A je významný kvůli imunitnímu systému a zvyšuje odolnost proti infekcím. Nedostatek vitamínu A může způsobovat poškození tkání. Může zpomalovat růst, což se podílí na vysokém procentu dětí postižených zakrslostí. V roce 2008 pouze 16,7 % dětí do 5 let dostalo dostatečnou dávku vitamínu A (The world bank, 2015).

V roce 2008 se v Angole narodilo 12 % podvyživených dětí z celkového počtu a tento stav se ani v následujících letech nezměnil. V roce 2007 bylo v Angole 30 % dětí mladších 5 let zakrnělých.

Tabulka 10: Charakteristika výživy u dětí do 5 let v letech 2008-2012

Nízká porodní váha	Množství dětí, které se narodily s porodní váhou menší než 2,5 kilogramů	12 %
Včasné zahájení kojení	Poskytnutí mateřského mléka dítěti do 1 hodiny po porodu	54,9 %
Strava u dětí mladších 6 měsíců čistě z kojeneckého mléka		11 %
Zavedení tuhé, polotuhé či měkké stravy ve stáří 6-8 měsíců	Procento dětí, u kterých matky přestávají kojit a zavádějí alternativní stravu	77,2 %
Kojení u dětí ve věku 2 let		37 %

Zdroj: Food and Agriculture Organization, vlastní zpracování

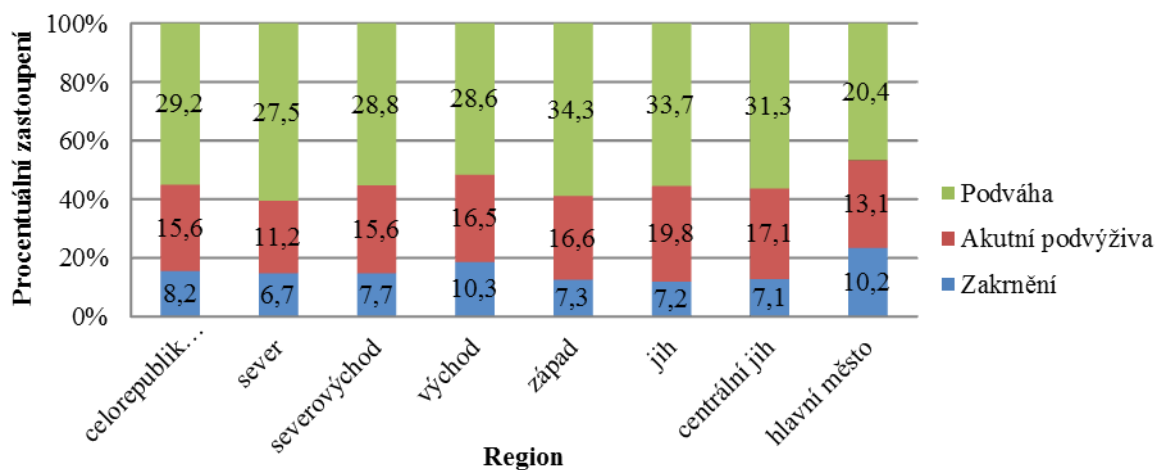
Charakteristiky v uvedené tabulce patří mezi ty nejzákladnější, které významně ovlivňují lidský vývoj. Mateřské mléko je plné potřebných vitamínů, které jsou zásadní pro kojence zejména do 6 měsíců života. Je to prevence průjmu a dalších nemocí ohrožujících vývoj a život dítěte. Již první kojení je pro dítě zlomovým okamžikem, které když je včasné, může i matce zpříjemnit život.

Pouhých 11 % dětí je krmeno do 6 měsíce života čistě mateřským mlékem. U těchto dětí není dlouhodobě dodáván dostatek živin. Podvyživené děti jsou více náchylné na onemocnění, které zásadně zatěžují lidský organismus. Zpomaluje se jejich růst. Následně je ovlivněna jejich školní aktivita a pracovní produktivita. Situace vede ke snížení úrovně hospodářství, snižování mezd a prohlubování chudoby.

S prohlubováním chudoby se prohlubuje hlad. Ztráta 1 % výšky v dospělosti se rovná ztrátě 1,4 % produktivity. Ženám, které se v dětství setkaly se zakrslostí, hrozí komplikace při porodu, a to následně může znamenat vyšší úmrtnost matek (WHO, 2005)

Nejvíce postiženým regionem je jih a centrální jih, kde je vysoké procentuální zastoupení ve všech třech složkách. Nejlepší situace je v Luandě.

Graf 8: Zakrnění, podváha a akutní podvýživa u dětí dle regionů v roce 2007

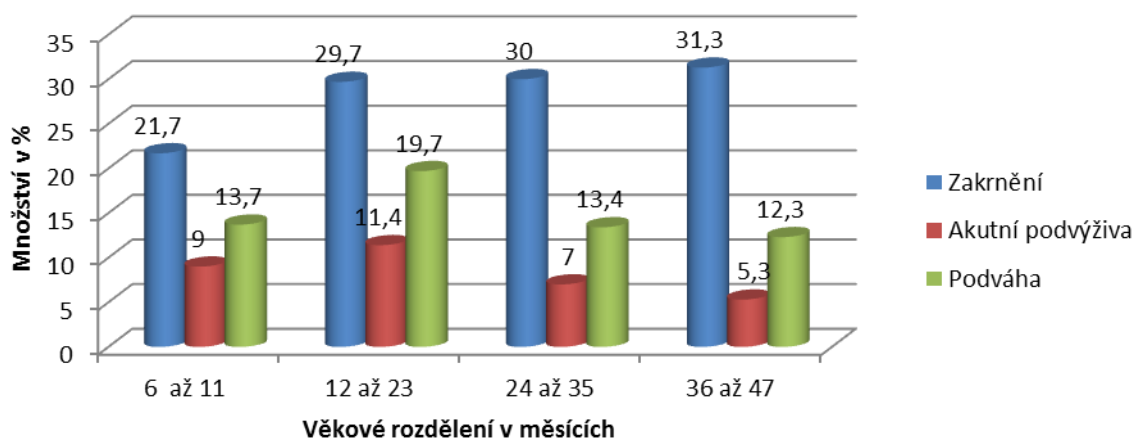


Zdroj: unicef, 2010

Téměř ve všech případech je více jako čtvrtina dětí postižena podváhou. Nejvyšší podíl dětí s podváhou je na západě a to 34,3 %. Nejvyšší procento dětí s akutní podvýživou je na jihu. Největší množství případů zakrnění bylo ve východních regionech v roce 2007. S touto nemocí se potýká více chlapců (32,4 %) než děvčat (26,1 %).

U dětí do 5 let převládá zakrnění, zhruba čtvrtina dětí z každého věkového dělení z grafu 11 touto nemocí trpí.

Graf 9: Věkové rozdělení dětí s onemocněními v roce 2007



Zdroj: světová banka, 2010

2.6 Rozvojové indikátory

Index lidského rozvoje

Index lidského rozvoje se vypočítává pomocí vzorce:

$$\text{HDI} = (\text{LEI} \times \text{EI} \times \text{II}) \times \frac{1}{3}$$

LEI = Index očekávané délky života.

EI = úroveň vzdělanosti tvořen Indexem střední délky vzdělání a Indexem očekávané délky vzdělání.

II = hmotná životní úroveň (hrubý domácí produkt na osobu v USD).

Poslední oficiálně uznaný Index lidského rozvoje byl v Angole naměřen v roce 2014 a dosáhl hodnoty 0,532, čímž se zařadila mezi středně rozvinuté země. Do roku 2010 Angola nepřesáhla hranici 0,499, což znamená, že patřila mezi nedostatečně rozvinuté země.

Tabulka 11: Výpočet indexu lidského rozvoje

Rok	Lidské zdraví	Index střední délky vzdělání	Index očekávané délky vzdělání	Hmotná životní úroveň	Index lidského rozvoje
1980	40,2			4, 279	
1990	41, 2	4, 1		3, 738	
2000	45, 2	5, 5	4, 4	2, 912	0, 390
2005	48, 6	7, 9	4, 4	4, 148	0, 449
2010	50, 7	10, 2	4, 7	6, 520	0 ,509
2011	51, 1	11, 3	4, 7	6, 341	0, 521
2012	51, 5	11, 4	4, 7	6, 355	0, 542
2013	51, 9	11, 4	4, 7	6, 869	0, 530
2014	52, 3	11, 4	4, 7	6, 882	0, 532

Zdroj: Human Development Report 2015, vlastní zpracování

Index hladu

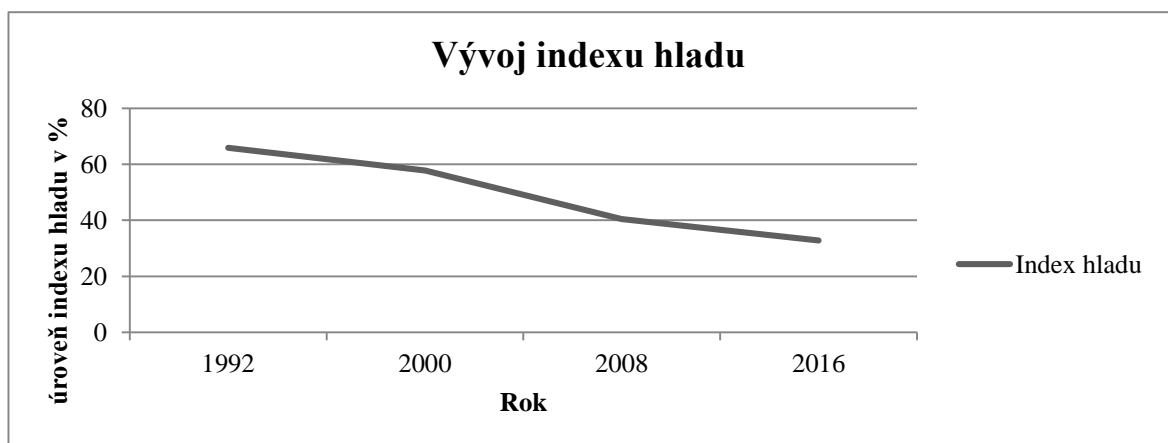
$$\text{GHI} = (\text{PUN} + \text{CUW} + \text{CM}) / 3$$

PUN = podíl podvyživených lidí jako procento populace (%).

CUW = množství dětí s podváhou a věkem do 5 let (%).

CM = množství dětí umírajících před 5 rokem života (%).

V následujícím grafu je znázorněna křivka úrovně indexu hladu. Míru hladu se daří snižovat, avšak stále je nepřijatelně vysoko. V roce 1992 byla míra hladu 65,9 %. V letošním roce se snížila na 32,8 %. Ovšem index hladu na této úrovni je stále alarmující. Míra hladu má nejen vliv na růst dětí a na jejich celkový vývoj, ale také na produkci a zdravotní stav obyvatelstva.



Graf 10: Index hladu v letech 1992-2016. Zdroj: IFPRI, 2016

Giniho index

Giniho index měří, do jaké míry rozdělení příjmů či spotřeby výdajů mezi jednotlivci nebo domácnosti v národním hospodářství se odchyluje od dokonale rovnoměrného rozložení. Má poněkud jiné vyjádření než dříve uvedené indexy. Zde hodnota 0 znamená dokonalé rozložení bohatství, zatímco hodnota 100 znamená absolutně nerovnoměrné. Giniho index v letech 2000 až 2013 klesl pod hranici 50. Což znamená, že se situace v Angole zlepšuje. Panuje tam větší rovnost mezi příjmy.

Z Grafu č. 6 je zřejmé, že Giniho koeficient se s časem významně nemění. V měřených letech jdoucích za sebou jsou rozdíly žádné či minimální. Z toho tedy plyne, že změny v přerozdělování bohatství jsou dlouhodobým procesem. Ze srovnání s jinými koeficienty vyplývá, že Giniho index je jeden z mála naměřených indexů, který Angolu neumisťuje na poslední příčky.

Tabulka 8: Giniho index

Rok	2000	2008	2009	2013
Giniho index	58,64	42,66	42,66	42,7

Zdroj: Světová banka, vlastní zpracování

Index korupce

Index korupce je velmi důležitý pro Angolu, protože korupce je jedna ze základních faktorů negativně ovlivňující vývoj ekonomiky a celkového hospodářství ve státě. Korupce se nejvíce odráží v těžebním průmyslu, je zde zakořeněno největší bohatství Angoly. Korupce prohlubuje chudobu, jelikož každoročně je stát okrádán o několik milionů.

Tabulka 9: Vývoj indexu korupce

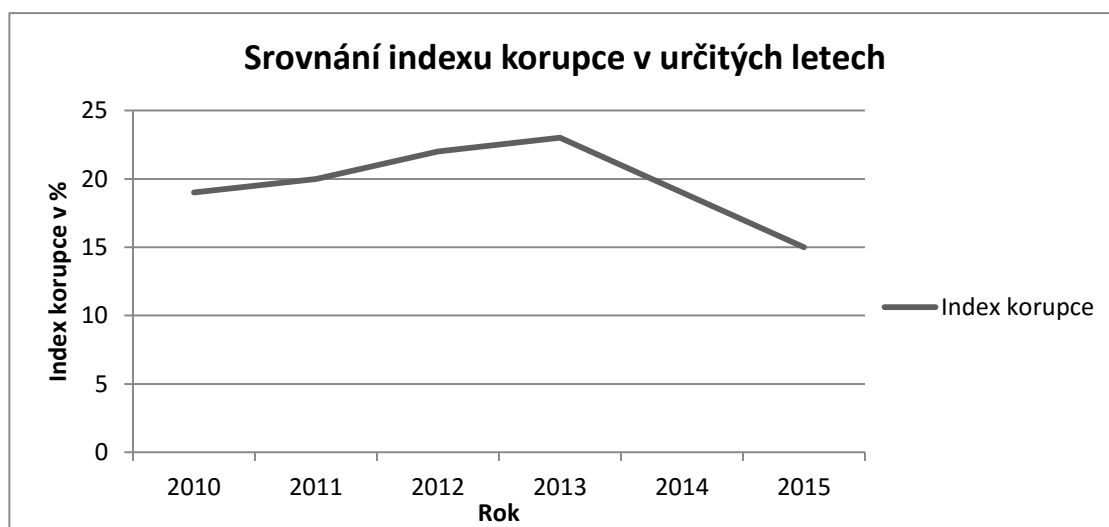
Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Index korupce	1,9	2,0	2,2	2,3	1,9	1,5

Zdroj: Světová banka, vlastní zpracování

Index korupce má podobné hodnocení jako Giniho index. Hodnota 0 zde nabývá statusu vysoké míry korupce, zatímco hodnota 10 označuje zemi téměř bez korupce. Index korupce je počítán na základě průzkumu, kde je dotazována určitá skupina lidí, která může být potencionálně v kontaktu s korupcí. Do této skupiny patří například úředníci a pracovníci v institucích veřejné správy.

Z grafu č. 11 je zřejmé, že oproti Gini koeficientu je index korupce měnitelný v čase. Největší zlom nastal v roce 2013, kdy byla situace s korupcí ve státě na nejlepší úrovni. Pokrok byl zjištěn jen na jeden rok a od té doby se index klesá zpět k nule. Hlavním důvodem je vykrádání těžebního průmyslu.

Dále situaci zhoršilo realizování největšího stavebního plánu v roce 2012. Bylo vystavěno město za 3,5 milionu dolarů. Kvůli korupci je cena bytů tak vysoká, že ve městě nikdo nebydlí, a tak bylo prohlášeno za město duchů. Ani do budoucna není s korupcí v Angole očekávána zásadní změna (The United Nations, 2010).



Graf 11: Srovnání indexu korupce. Zdroj: Transparency international, 2015

Informace o vývoji rozvojových indikátorů poskytují mezinárodní organizace. Díky těmto datům je možné vytvořit společnou strategii, která může zefektivnit výrobu potravin a bude spravedlivá pro všechny.

Zejména v průběhu 60. a 70. let vzniklo mnoho mezinárodních organizací. Dělíme je na vládní a nevládní. Příkladem mezinárodních organizací je Organizace spojených národů, která sdružuje téměř všechny státy světa. Z jejich zdrojů čerpám informace, které jsou pravidelně získávány, jako výše uvedené GHI skóre. Dále mezi organizace zabývající se problémy rozvojových zemí patří například FAO a IFAD, kteří se zaměřují na zemědělství a výživu.

Dále světová zdravotnická organizace a UNICEF, která se zabývá zlepšením podmínek mladší generace. Dlouhodobě se zvětšuje aktivita nevládních organizací, jako je například Společnost pro mezinárodní rozvoj.

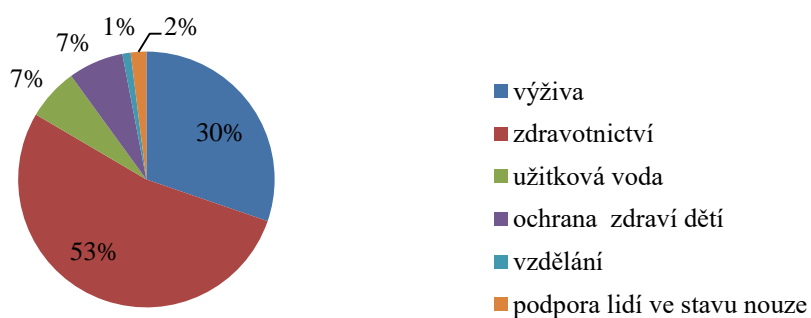
Organizace spojených národů se nejvíce orientuje na udržování míru. V roce 1999 došlo ke zklidnění bojů a ke stabilizaci situace, i když OSN prohlásila své mírové operace za neúspěšné. Food and Agriculture Organization of the United Nations spolupracuje s Angolou od roku 1977 a zabývá se obchodem, výživou a zemědělstvím. Na počátku spolupráce v období občanské války se FAO orientovala především na pomoc při mimořádných událostech jako je přesídlení zranitelných venkovských rodin. Poskytovala zemědělské vstupy pro rychlé obnovení produkce potravin.

Do budoucna je plánováno posilování produkce malých zemědělců a zvyšování bezpečnosti potravin, posílení udržitelného hospodaření s přírodními zdroji, posílení místních samospráv a zvýšení odolnosti venkovské obživy proti klimatickým šokům. Mezinárodní fond pro zemědělský rozvoj má nejvýznamnější projekt zaměřen na produkci drobných zemědělců a na rybolov. Orientuje se na zvyšování bezpečnosti potravin, zvyšování přístupu ke službám a infrastruktuře (FAO,2015).

Světová zdravotnická organizace se v Angole aktuálně nejvíce zabývá snižováním výskytu žluté zimnice. Dále se společně s UNICEF snaží o snižování úmrtnosti dětí a snižování úmrtnosti matek, zvyšování úrovně zdravotnictví a školství.

V roce 2016 byla největší část financí využita ve zdravotnictví, a to 11 450 790 dolarů. Dále pro podporu výživy a to 6 519 004 dolarů.

Graf 12: Finanční podpora v Angole v roce 2016



Zdroj: Unicef report 2014

3 Návrhová část

Za největší problém potravinové bezpečnosti v Angole považují chudobu. Klíčem ke zlepšení situace je tedy snižování chudoby. Se snižováním chudoby se zvyšuje dostupnost a přístup k potravinám. Dále je potřeba posílení samosprávy, zvýšení úrovně zemědělství, zvýšení bezpečnosti potravin a zlepšení infrastruktury. Dalším zásadním problémem je úroveň zdraví. Vysoká úmrtnost, vysoké procento nemocných obyvatel a špatná úroveň zdravotnictví. To vše koresponduje s nedostatečnou intervencí státu a korupcí. Aby k těmto bodům mohlo postupně docházet, musí být situace v Angole stabilizována a musí být udržován mír.

3.1 Rozvoj zdravotnictví a zvyšování povědomí o důležitosti zdravé stravy

Navrhují zvýšení úrovně zdravotnictví ve formě zvýšení počtu zdravotnických institucí a zvýšení počtu zdravotníků. Pozornost by se měla zaměřit na prevenci. Vyšší využívání moskytiér vede ke snižování výskytu malárie. Zásadní je především posílení zásoby vakcín proti žluté zimnici.

Těhotné ženy by měly být více pod lékařským dohledem. Zejména ty, které jsou nemocné nebo trpí podvýživou. Zvýšilo by se tak procento žen rodících v přítomnosti zdravotníka, což může vést ke snížení úmrtnosti a menšímu riziku porodních komplikací. Měla by se zlepšit technika kojení, která je důležitá pro vývoj dítěte.

Lidé by měli do své stravy více zapojit ovoce a zeleninu. Je to snadno dosažitelná potravinová skupina, ale lidé k ní nemají vztah. Ovoce obsahuje velké množství vitamínů C, minerálních látek a vlákniny. Je to zdroj ochranných látek a významně podporuje imunitní systém. Lidé by měli také více konzumovat ořechy a luštěniny, které obsahují velké množství vlákniny a minerálních látek. Měly by se zavést postupy, které by pomohly obyvatelům potravinu dlouhodobě uchovávat. Vzděláním chovu domácích zvířat, by se mohla zvýšit konzumace živočišných proteinů. Lidé by se měli pobízet k udržitelnému zacházení s vodou, lesy, půdou i zvířaty.

3.2 Rozvoj průmyslu, venkova a zemědělství

Navrhuji zvýšení úrovně zemědělství, které má v Angole ohromný potenciál. Je potřeba zvýšení spolupráce veřejného a soukromého sektoru. Tato spolupráce by měla mít jasně dané cíle a průběžně by mělo docházet ke kontrole jejich splnění. Pozornost by se měla zaměřit na účely zúčastněných stran, aby nedocházelo k finančním únikům a korupci. Měla by se zvýšit podpora udržitelných zemědělských systémů. Zásadní bodem je i podpora malých zemědělců, jelikož vytváří většinu zemědělské produkce. Tuhle cestou by měli možnost využívat zlepšenou výrobní technologii a zefektivnit tak svoji výrobu.

Po občanské válce v Angole zemědělství expanduje, ale pořád se vyskytuje na hodně nízké úrovni. Největší problematické části jsou kvůli špatné infrastruktuře vzdálená místa od hlavního města. Regiony Bié a Huambo byli při občanské válce nejvíce zničeny a v současnosti nejsou schopny rozvoje bez vnější podpory.

Největšími problémy v zemědělství jsou odlesňování, klimatická změna, časté sucho i záplavy a omezený přístup k zavlažování. Je nutný rozvoj zemědělství v podobě rozšíření technického zavlažování a vyšší mechanizace práce, což by mohl mít za následek snížení chudoby, a tedy menší počet podvyživených. Zvýšená produkce by mohla zapříčinit nižší cenu potravin a ty by se mohly stát cenově dostupné i pro chudé obyvatele Angoly. Měla by se zvýšit diverzita zemědělských plodin. Zemědělci pěstují ve většině případů pouze kukuřici, která je náročná na půdu a má nedostatečnou nutriční hodnotu. Podporovat by se mělo zejména ekonomické zemědělství.

Angola má úrodnou půdu vhodnou pro pěstování zemědělských plodin. Velká plocha zemědělské půdy nemůže být využívána kvůli přítomnosti nášlapných min. Mezinárodní organizace by se měly této problematice více věnovat, jelikož miny znamenají pro obyvatelstvo velké nebezpečí. Nejvíce ohrožují děti, které jsou zvědavé a často si hrají v přímé blízkosti min.

Pro ekonomiku Angoly je nejvýznamnější import. Dovází se v podstatě vše, země je tak nesamostatná. Podpora domácího průmyslu ze strany státu může vést k vyšší produktivitě a vyšší zaměstnanosti. Angola má spoustu zdrojů, které by mohla čerpat a obohatit trh. Nejvýznamnějším odvětvím je rybolov, těžba ropy a diamantů. Navrhuji vyšší podporu v exportování kakaa a kávy.

3.3 Podpora rodin a vzdělání

Ke zlepšení potravinové bezpečnosti je potřeba výrazná podpora živobytí rodin. Nejvíce by tato pomoc měla směřovat matkám, které se musí starat o své děti nebo jsou právě v očekávání. Byly by to příspěvky, které by umožňovaly lidem nákup potravin bohatých na minerální látky. Příspěvky by mohl financovat stát nebo mezinárodní organizace a nemusely by být pouze finanční formou. Rozšířila bych pomoc humanitárních organizací v dovážení potravin a léků do nejvíce zaostalých oblastí.

Lokální trhy jsou velmi omezené, jejich vzdálenost často znemožňuje těhotným nebo nemocným nákup potřebných potravin. Dovážení potravin bych podpořila vzděláním obyvatelstva o potřebě vlastní produkce. Lidé by mohli získat potravinovou samostatnost a mohli by přestat žít ze dne na den. Dále navrhuji zavedení většího počtu míst se zdravotně nezávadnou vodou.

Negramotnost v Angole je vysoká. Situace může být zlepšena pomocí dotací ze stran státu a humanitárních organizací, z kterých by se mohli zaplatit školy i učitelé. Školní docházka by měla být neplacená, aby si ji mohly dovolit všechny děti, bez ohledu na finanční situaci. Stejně podmínky by měly být pro dívky i chlapce. Vzdělání je pro obyvatelstvo v Angole velmi důležité. Může změnit sociální postavení lidí, zlepšuje životní úroveň obyvatel a je klíčem k udržitelnému rozvoji země.

3.4 Snížení korupce

Korupce výrazně zpomaluje růst ekonomiky, snižuje dostupnost potravin přes deformaci a neefektivnosti využívání přírodních zdrojů. Korupce může také ovlivňovat distribuci potravin a celkově snižuje hospodářský růst. Odstranění či snížení beztrestnosti může pozitivně ovlivnit úroveň korupce. Situaci může zlepšit vyšší úroveň kontroly drancování státního majetku a sponzorství.

3.5 Infrastruktura

Infrastruktura je po občanské válce zdevastovaná a projevuje se drahou dopravou. Chudí obyvatelé nemají dostatek financí na dopravu, a tak se na potravinové trhy dostávají pěšky. Mohlo by to vést ke snížení kriminality. Ženy odsouzeny k dlouhé cestě na trhy jsou ohroženy napadením ve formě okradení či znásilnění. Navrhují tedy rekonstrukci infrastruktury, která byla před občanskou válkou funkční.

Hlavní součástí této rekonstrukce by měly být silnice, které jsou lidmi v Angole nejvíce využívány. Jejich obnova by mohla vést k snadnější dostupnosti do měst a levnější dopravě.

3.6 Problematika vody a sanitace

Voda je jedním z nejdůležitějších potřeb člověka a základním lidským právem. Přístup k nezávadné pitné vodě může výrazně zvýšit zdraví obyvatelstva a snížit úmrtnost. Ze závadné pitné vody může vzejít mnoho onemocnění, jako je například průjem, který je závažný především pro podvyživené lidi. Problém vody je ovlivňován klimatickými podmínkami a zvyšujícím se počtu obyvatel. Vyšší přístup obyvatel k bezpečným vodním zdrojům považují za významný předpoklad k udržitelnému rozvoji.

Závěr

Angola je stát, který byl desítky let sužován občanskou válkou, která po sobě zanechala rozvrácenou společnost a zdevastovanou infrastrukturu. V kontrastu s velmi rychle rostoucí ekonomikou a stále více bohatším státem je chudoba většiny obyvatel. Chudoba obyvatel má přímou návaznost na jejich zdravotní stav. S nedostatkem financí lidé nemohou uspokojovat své základní lidské potřeby. Nemají přístup k nezávadné pitné vodě, potravinám a základní zdravotnické péči. S nedostatkem živin v těle a špatnou kvalitou vody stoupá množství onemocnění v zemi. S nedostatečným nutričním příjmem se prohlubuje hlad.

Lidé s podváhou jsou náchylnější k nemocem. Může se pro ně stát smrtelné i onemocnění, které je pro vyspělejší státy banálním. Čím vyšší procento nemocných lidí je v zemi, tím více se snižuje produktivita práce a tím více se prohlubuje chudoba a hlad. Což znamená, že se z této situace stává opakující se cyklus.

Mezi nejproblémovější pilíře potravinové bezpečnosti patří čtvrtý pilíř. Po občanské válce je situace v Angole velmi nestabilní. Vysoký index korupce a Giniho index podporuje nestabilní politickou situaci, která může ovlivnit přístup lidí k adekvátní potravě. Nestabilní situace může zapříčinit kolísání cen, kdy se potraviny mohou stát nepřístupné chudým obyvatelům. Dalším problémovým pilířem je první pilíř.

V Angole je nedostatek veřejné iniciativy pro podporu potravinové bezpečnosti. Jedná se o nedostatečnou ochranu chudých a potřebných. Tato situace by se mohla vylepšit stravenkami či naturálními sociálními transfery. Problematickou částí v dostupnosti potravin je zásobování a nízká úroveň potravinové pomoci.

Potravinová bezpečnost je tvořena nutričně vyváženou stravou, která zajišťuje zabezpečení výživy jednotlivců. Největší část kalorického průměru v Angole je tvořena zemědělskými plodinami, což nedodává dostatek nutričních hodnot. U dětí je strava významná pro správný vývoj organismu a podporu imunity. U těhotných žen může správná strava snížit potratovost a výskyt porodních komplikací. Při neadekvátní stravě může být dítě náchylnější na onemocnění a některá z nich jej mohou ovlivnit na celý život.

Situaci v Angole může výrazně zlepšit prevence. Častější využívání moskytiér, očkování a vyšší míra školení obyvatel o důležitosti nutriční epidemiologie může snížit míru onemocnění a úmrtnosti. Pozornost by se měla zaměřit na těhotné ženy a děti do 5 let.

Angola má vysoký potenciál pro budoucí rozvoj. Vysoké nerostné bohatství, expandující ekonomika a stabilnější situace po občanské válce může vést k udržitelnému rozvoji. Nejzákladnějším krokem by měla být vyšší veřejná iniciativa pro podporu chudých obyvatel a potravinové bezpečnosti. Důležitá je podpora malých zemědělců ve využívání nových zemědělských technologií vedoucích ke zvýšení množství produkce a kvality půdy. Dalším důležitým krokem pro udržitelný rozvoj v Angole je obnova infrastruktury, která může vést k vyšší dostupnosti do měst. Dostupnost může zvýšit přístup k potravinám, vyšší míru vzdělanosti a snížit nezaměstnanost. Pro dosažení těchto cílů je potřeba regionální i mezinárodní spolupráce.

Seznam použité literatury a internetových zdrojů:

1. BABU, Suresh Chandra; GAJANAN, Shailendra; SANYAL, Prabuddha. *Food security, poverty and nutrition policy analysis: statistical methods and applications*. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier, 2014. s. 3-6. ISBN 978-0-12-405-864-4.
2. BRITAIN, Victoria. *Death of dignity: Angola's civil war*. London: Pluto, 1997. Culture and customs of Africa. ISBN 07-453-1252-7.
3. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. JENÍČEK, Vladimír; FOLTÝN, Jaroslav. *Globální problémy světa: v ekonomických souvislostech*. Praha, 2010. ISBN 978-80-7400-326-4.
5. KREJČÍ, Oskar. *Lidská práva*. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-056-0.
6. KUDLOVÁ, Eva. *Hygiena výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum, 2009. s. 251-256. ISBN 978-80-246-1735-0.
7. LUKÁŠ, Karel; ŽÁK, Aleš. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
8. OYEBADE, Adebayo. *Culture and customs of Angola*. Westport: Greenwood Press, 2007. Culture and customs of Africa. ISBN 978-0-313-33147-3.
9. PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Str. 25-32. ISBN 978-80-247-2425-6.
10. SHEEHAN, Sean a Jui Lin YONG. *Angola*. New York: Marshall Cavendish Benchmark. 2010. str. 5-7. ISBN 978-076-1448-457.
11. STREETEN, Paul; *Human development: means and ends by Paul Streeten*. The American economic review, 2014, 2(84). ISSN 0002-8282.

12. *The Social Science Journal*. Western Social Science Association, 2015, **3** (52). ISSN 0362-3319.
13. VON BRAUN, Joachim. *Improving food security of the poor: concept, policy, and programs*. Washington D.C., U.S.A.: International Food Policy Research Institute, 1992. s. 6-10. ISBN 08-962-9322-X.
14. WAISOVÁ, Š. a kol.: *Ve stínu modernity. Perspektivy a problémy rozvoje*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005. ISBN 80-86898-54-7.
15. WIESMANN, Doris, Tom ARNOLD, Steve COLLINS, Iris SCHÖNINGER, Lynnda KIESS a Howard DALZELL. *The Challenge of Hunger 2007: Global Hunger Index*. Washington: Intl Food Policy Res Inst, 2007. ISBN 0575036818.
16. *Absolute poverty definition by Babylon's free dictionary [online]*. 2014. Dostupné z: www.babylon.com
17. *Democracy index 2010: Democracy in retreat [online]*. London: Darren Whitt/Shutterstock, 2010. Dostupné z: http://graphics.eiu.com/PDF/Democracy_Index_2010_web.pdf
18. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *The State of Food Insecurity in the World [online]*. 2000. Dostupné z: <http://www.fao.org/docrep/x8200e/x8200e00.HTM>.
19. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *The State of Food Insecurity in the World [online]*. 2005. Dostupné z: ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/a0050e/a0050e_full.pdf
20. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *The State of Food Insecurity in the World [online]*. 2014b. Dostupné z: <http://www.fao.org/3/a-i4030e.pdf>.
21. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *The State of Food Insecurity in the World [online]*. 2015. Dostupné z <http://www.fao.org/docrep/x8200e/x8200e03.htm>.

22. GLOBAL FOOD SECURITY INDEX, [online] 2016. Dostupné z: <http://foodsecurityindex.eiu.com/>
23. International food policy research institute: *Global Hunger Index* [online]. Washington: Privacy policy, 2016 [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: <https://www.ifpri.org/topic/global-hunger-index>.
24. MCDONALD, Christine; HYDER, Ziauddin; COSSA, Humberto. *Angola nutrition gap analysis*, Washington DC, 2011. Dostupné z: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/AngolaNutritionENG.pdf>
25. THE UNITED NATIONS: *Poverty, the official numbers*. 2010 [online]. Dostupné z: <http://www.un.org/esa/socdev/rwss/docs/2010/chapter2.pdf>
26. *The World Bank: Gini Index* [online]. The World Bank Group, 2016 [online]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>
27. UN Inter-agency Group: *Levels and trends in child mortality*. 2015 [online]. Dostupné z: http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf
28. UNDP: *Human development report 2015* [online]. Dostupné z: http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/AGO.pdf
29. UNICEF: *Humanitarian Action for Children*. 2014 [online]. Dostupné z: https://www.unicef.org/publications/files/HAC_2014_Overview_EN.pdf
30. UNICEF: *The state of the world's children*. 2001 [online]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World's%20Children%202001.pdf>
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Angola*. 2014 [online]. Dostupné z: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/profiles/neonatal_child/ago.pdf

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vývoj počtu obyvatel 1975-1983.....	26
Tabulka 12: Vývoj počtu obyvatel 1994-2002.....	26
Tabulka 3: Vývoj počtu obyvatel 2007-2015.....	27
Tabulka 4: Střední délka života 1995-2014.....	27
Tabulka 5: Prevalence anémie u dětí do 5 let ve vybraných letech.....	31
Tabulka 6: Množství naočkovaných dětí v Angole ve vybraných letech.....	32
Tabulka 7: Výpočet indexu lidského rozvoje.....	39
Tabulka 8: Giniho index.....	41
Tabulka 9: Vývoj indexu korupce.....	41

Seznam grafů

Graf 1: Srovnání úmrtnosti a porodnosti 1975-2013.....	28
Graf 2: : Úmrtnost dětí do 5 let v roce 2014.....	28
Graf 3: Úmrtnost dětí dle stáří v roce 2014	29
Graf 4: Úmrtnost kojenců ve věku do 1 roku dle pohlaví v roce 2014.....	29
Graf 5: : Nejčastější příčiny úmrtí u dětí do 1 měsíce života v roce 2013.....	30
Graf 6: : Nejčastější příčiny úmrtí u dětí od 1 měsíce do 5 let v roce 2013.....	31
Graf 7: Výskyt anémie u dětí do 5 let v roce 2013.....	35
Graf 8: : Zakrnění, podváha a akutní podvýživa u dětí dle regionů v roce.....	37
Graf 9: Věkové rozdělení dětí s onemocněními v roce 2007.....	38
Graf 10: Index hladu v letech 1992-2016.....	40

Seznam příloh

Příloha 1 Mapa Angoly

Příloha 2 Index hladu v Africe

Přílohy

Příloha 1 Mapa Angoly zdroj: hwikipedia.org



Příloha 2 Index hladu v Africe, <http://ghi.ifpri.org/>

