

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Katedra rozvojových studií

Josef BAŽANT

**Demografické dopady epidemie AIDS v subsaharské  
Africe a jejich socioekonomické souvislosti se  
zaměřením na Botswanu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: RNDr. Pavel Ptáček, Ph.D.

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a veškeré použité zdroje informací jsem uvedl v seznamu literatury.

V Olomouci 1. 1. 2012

.....

Rád bych poděkoval RNDr. Pavlu Ptáčkovi, Ph.D. za vstřícný přístup, cenné rady a odborné vedení mé diplomové práce.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI  
Přírodovědecká fakulta  
Akademický rok: 2008/2009

**ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Josef BAŽANT**  
Osobní číslo: **R08971**  
Studijní program: **N1301 Geografie**  
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**  
Název tématu: **Demografické dopady epidemie AIDS v subsaharské Africe  
a jejich socioekonomické souvislosti se zaměřením na  
Botswanu**  
Zadávací katedra: **Katedra rozvojových studií**

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

Cílem diplomové práce je především rozebrat nejzávažnější, hlavně demografické dopady epidemie AIDS v subsaharské Africe a nastínit jejich možné socioekonomické souvislosti. V závěru diplomové práce budou demografické dopady epidemie AIDS i jejich socioekonomické souvislosti obsáhleji rozepsány na příkladu Botswany.

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

Seznam odborné literatury:

BARNETT, T., BLAIKIE, P. AIDS in Africa: Its Present and Future Impact. The Guilford Press, 1992. 200s. ISBN-10: 0898628806 ? ISBN-13: 978-0898628807 BARNETT, T., WHITESIDE, A. AIDS in the 21st Century: Disease and Globalisation. Palgrave MacMillan, 2003. 416s. ISBN 1-4039-0006-X FOOTE, K. A. et al. (Ed.) Demographic Change in Sub-Saharan Africa. National Academy Press, 1993. 396s. ISBN-10: 0-309-04942-3 ? ISBN-13: 978-0-309-04942-9 ILLIFFE, J. The African AIDS Epidemic: A History. James Currey, 2006. 210s. ISBN 0-85255-890-2 STILLWAGGON, E. AIDS nad the Ecology of Poverty. Oxford University Press New York, 2006. 260s. ISBN-13: 978-0-19-516927-0 ? ISBN-10: 0-19-516927-1 WEBB, D. HIV and AIDS in Africa. Pluto Press, 1997. 268s. ISBN 97-0745311241

Vedoucí diplomové práce: RNDr. Pavel Ptáček, Ph.D.  
Katedra geografie

Datum zadání diplomové práce: 3. listopadu 2008  
Termín odevzdání diplomové práce: 14. května 2010

L.S.

Prof. RNDr. Juraj Ševčík, Ph.D.  
děkan

Doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.  
vedoucí katedry

V Olomouci dne 23. srpna 2011

# Obsah

Úvod.....	12
Metodologie.....	13
1    Současný stav epidemie AIDS v regionu subsaharské Afriky.....	14
1.1    Základní popis stavu AIDS ve světě a v subsaharské Africe.....	14
1.2    Prevence, léčba a péče o lidi s HIV/AIDS v Africe.....	20
2    Dopady AIDS v oblasti subsaharské Afriky.....	24
2.1    Příčiny šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe.....	24
2.1.1    Ekonomicko-politické determinanty.....	24
2.1.2    Sociální determinanty.....	27
2.1.3    Biologické a genderové determinanty.....	27
2.2    Demografické dopady.....	29
2.2.1    Pohlaví a věk.....	29
2.2.2    Populační růst a velikost populace.....	30
2.2.3    Počet úmrtí a úmrtnost dospělých.....	32
2.2.4    Dětská úmrtnost a úmrtnost dětí do 5 let.....	35
2.2.5    Střední délka života při narození.....	38
2.3    Sociální dopady.....	39
3    Socioekonomické souvislosti demografických dopadů.....	42
3.1    Makroekonomická úroveň.....	42
3.2    Socioekonomické souvislosti demografických dopadů u domácností.....	43
3.3    Socioekonomické souvislosti demografických dopadů v zemědělství.....	44
3.4    Socioekonomické souvislosti demografických dopadů u firem.....	47
3.5    Socioekonomické souvislosti demografických dopadů ve zdravotnictví.....	49
3.6    Socioekonomické souvislosti demografických dopadů ve školství.....	49
3.7    Ostatní vybrané souvislosti.....	51
3.7.1    Environmentální souvislosti.....	52
4    Případová studie – Botswana.....	58
4.1    Základní popis stavu HIV/AIDS a příčiny šíření.....	58
4.2    Demografické dopady AIDS.....	60
4.3    Socioekonomické souvislosti demografických dopadů AIDS.....	62
Závěr.....	66

Shrnutí.....	68
Použité zdroje.....	70
Přílohy.....	76

## Seznam použitých zkratek

<b>ACHAP</b>	<b>African Comprehensive HIV/AIDS Partnership</b>	
<b>AIDS</b>	<b>Acquired Immune Deficiency Syndrome</b>	<b>Syndrom získaného imunodeficitu</b>
<b>ARVs</b>	<b>Antiretroviral drugs</b>	<b>Antiretrovirální léky</b>
<b>BAIS II</b>	<b>Botswana AIDS Impact Survey</b>	
<b>BOTUSA</b>	<b>A United States – Botswana Partnership</b>	
<b>CARe</b>	<b>Centre for Actuarial Research</b>	
<b>CBNRM</b>	<b>Community Based Natural Resource Management</b>	<b>Komunitní management přírodních zdrojů</b>
<b>CDC</b>	<b>Centers for Disease Control and Prevention</b>	<b>Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí</b>
<b>EFA</b>	<b>Education for All</b>	<b>Vzdělání pro všechny</b>
<b>FAO</b>	<b>Food and Agriculture Organization of the United Nations</b>	<b>Organizace pro výživu a zemědělství</b>
<b>GFATM</b>	<b>The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria</b>	<b>Globální fond na boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii</b>
<b>HDI</b>	<b>Human Development Index</b>	<b>Index lidského rozvoje</b>
<b>HDP</b>	<b>Hrubý domácí produkt</b>	
<b>HIV</b>	<b>Human Immunodeficiency Virus</b>	<b>Virus způsobující ztrátu obranyschopnosti člověka</b>
<b>MSD</b>	<b>Merck Sharp &amp; Dohme</b>	
<b>MTP</b>	<b>The first Medium Term Plan</b>	
<b>MTP II</b>	<b>The second Medium Term Plan</b>	
<b>NACA</b>	<b>National AIDS Coordinating Agency</b>	
<b>UN/OSN</b>	<b>United Nations</b>	<b>Organizace spojených národů</b>
<b>PEPFAR</b>	<b>The President's Emergency Plan for AIDS Relief</b>	<b>Prezidentský krizový plán boje s AIDS</b>
<b>SAPs</b>	<b>Structural Adjustment Programmes</b>	<b>Programy strukturálních úprav</b>



<b>STDs</b>	<b>Sexually Transmitted Diseases</b>	<b>Sexuálně přenosné choroby</b>
<b>STIs</b>	<b>Sexually Transmitted Infections</b>	<b>Sexuálně přenosné infekce</b>
<b>UNAIDS</b>	<b>The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</b>	<b>Světový program OSN pro HIV/AIDS</b>
<b>UNECA</b>	<b>United Nations Economic Commission for Africa</b>	<b>Ekonomická komise pro Afriku</b>
<b>UNESCO</b>	<b>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation</b>	<b>Organizace OSN pro vzdělávání, vědu a kulturu</b>
<b>UNPD</b>	<b>United Nations Population Division</b>	<b>Populační divize OSN</b>
<b>USAID</b>	<b>United States Agency for International Development</b>	<b>Agentura Spojených států amerických pro mezinárodní rozvoj</b>
<b>USIP</b>	<b>United States Institute of Peace</b>	
<b>WHO</b>	<b>World Health Organisation</b>	<b>Světová zdravotnická organizace</b>

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Vybrané údaje o HIV a AIDS ve světových regionech za roky 2001 a 2009 dle UNAIDS.....	16
Tabulka 2: Vybranné údaje o přístupu osob s HIV/AIDS k antiretrovirální léčbě ve zvolených oblastech za rok 2009 podle AVERT.....	18
Tabulka 3: Širší a bezprostřední determinanty HIV/AIDS dle Barnetta a Whitesida.....	28
Tabulka 4: Odhadovaný dopad HIV/AIDS na velikost populace a populační růst ve vybraných letech.....	30
Tabulka 5: Typologie možných dopadů HIV/AIDS a reakcí domácností dle Kašové a kol....	44
Tabulka 6: Vybrané demografické dopady AIDS v Botswaně za rok 2007 dle NACA.....	62

## Seznam grafů

Graf 1: Pradvěpodobný vliv epidemie HIV/AIDS na populační pyramidu Jihoafrické republiky v roce 2020.....	31
Graf 2: Odhadovaný dopad epidemie HIV/AIDS na velikost populace v sedmi dosud nejvíce postihnutých zemích subsaharské Afriky ve vybraných letech dle UNPD.....	32
Graf 3: Odhadovaný důsledek AIDS na všeobecnou úmrtnost dospělých ve vybraných státech za rok 2005.....	34
Graf 4: Odhadovaný dopad AIDS na všeobecnou úmrtnost dospělých ve vybraných zemích pro muže a ženy za rok 2005.....	35
Graf 5: Odhadovaný důsledek AIDS na úmrtnost dětí mladších než jeden rok ve vybraných zemích za rok 2005.....	36
Graf 6: Odhadovaný dopad AIDS na úmrtnost dětí mladších než 5 let ve vybraných státech za rok 2005.....	37
Graf 7: Odhadovaný důsledek AIDS na střední délku života při narození ve vybraných státech za rok 2005.....	38
Graf 8: Konceptuální rámec pro socioekonomické dopady epidemie HIV/AIDS na domácnosti podle UNPD.....	43
Graf 9: Konceptuální rámec pro socioekonomické důsledky epidemie HIV/AIDS pro zemědělství podle UNPD.....	46

Graf 10: Konceptuální rámec pro socioekonomické dopady epidemie HIV/AIDS na firmy podle UNPD.....	48
Graf 11: Vazby mezi HIV/AIDS a životním prostředím na úrovni komunit.....	55
Graf 12: Dopad AIDS na velikost populace a populační růst Botswany ve vybraném období podle Thurlowa.....	62

### **Seznam map**

Mapa 1: Změny v počtu lidí nově infikovaných virem HIV ve vybraných zemích za období 2001 až 2009 podle UNAIDS.....	14
Mapa 2: Podíl infikovaných HIV v subsaharské Africe v populaci ve věku 15 až 49 let za roky 1990, 1996, 2002 a 2009.....	19

### **Seznam příloh**

Příloha 1: Dopad AIDS na populační růst, všeobecnou úmrtnost, úmrtnost dětí do 5 let a střední délku života při narození ve vybraných zemích v letech 2005 a 2015.....	76
Příloha 2: Vliv AIDS na počet úmrtí dospělých a jejich všeobecnou úmrtnost ve vybraných státech pro roky 2005 a 2015.....	77

## Úvod

Epidemie HIV/AIDS je stále jedním ze závažných globálních problémů trápících především rozvojové regiony a zejména potom oblast subsaharské Afriky. V regionu subsaharské Afriky jsou pro její šíření relativně dobré podmínky, které navíc často dále prohlubují její ničivé důsledky. Následky AIDS nelze v současnosti srovnat s žádnou jinou nemocí nejen v subsaharské Africe, ale také v celosvětovém měřítku. Jedním z hlavních důvodů volby tohoto tématu je právě míra v jaké zasahuje subsaharskou Afriku.

Cílem diplomové práce je analýza možných příčin šíření epidemie HIV/AIDS v oblasti subsaharské Afriky.

Hlavním záměrem jsou její nejzávažnější, především demografické důsledky (vliv na úmrtnost, velikost populace, populační růst, očekávanou střední délku života při narození, atp.) a jejich socioekonomické souvislosti ve zmíněném regionu. V případě problematiky epidemie HIV/AIDS nejen v subsaharské Africe se téměř nediskutuje o jejich environmentálních souvislostech a málokdo s nimi zřejmě i počítá. Snahou práce je proto také analýza některých těchto souvislostí, a dokázat, že jich je nejen velké množství, ale také, že některé environmentální důsledky epidemie HIV/AIDS jsou pro subsaharskou Afriku skutečně závažné. Cílem je také diskutovat, jak by se mohla vyvíjet epidemie HIV/AIDS v regionu subsaharské Afriky v budoucnu, a jaké by to pro ni mohlo mít následky.

Podstatná část práce by se měla týkat i popisu HIV/AIDS v oblasti – základních údajů o případech HIV a AIDS, prevence, léčby, mezinárodního úsilí boje proti HIV/AIDS atd.

Cílem práce je též podrobnější popis stavu v jihoafrické Botswaně, která v mnoha ohledech patří mezi státy epidemií nejvíce sužované. Důraz bude kladen zejména na demografické dopady epidemie a jejich socioekonomické souvislosti. Součástí práce by také mělo být pojednání o mezinárodní podpoře Botswany v boji proti epidemii HIV/AIDS či prognóza budoucího stavu HIV/AIDS v zemi.

## Metodologie

Problematikou AIDS v oblasti subsaharské Afriky a jejími sociálními, ekonomickými či environmentálními aspekty se v mezinárodním prostředí zabývá poměrně velká řada prací. Značná část jich pochází z doby, kdy byla dle mého názoru AIDS nejen v subsaharské Africe přisuzována možná dosud největší pozornost - z 90. let minulého století a přelomu tisíciletí.

Většina údajů v diplomové práci pochází z anglicky psaných, hlavně internetových zdrojů nebo knih v elektronické podobě. Velká část statistických informací je z velkých mezinárodních organizací, především z UNAIDS, WHO a UNPD. Důležitým zdrojem nejen pro tvorbu kapitoly o obecném stavu HIV/AIDS v subsaharské Africe jsou výroční zprávy UNAIDS. Z údajů zmíněných organizací vychází také mnoho dalších pramenů, ze kterých jsem čerpal.

O dopadech i příčinách AIDS v subsaharské Africe existuje sice mnoho relevantních zdrojů, komplexněji se ale tomuto tématu věnuje jen malá část z nich. Příkladem může být kniha dostupná v elektronické podobě *The Macroeconomics of HIV/AIDS*, která pojímá problematiku HIV/AIDS komplexněji z ekonomického pohledu. Značná část textu kapitoly o demografických dopadech AIDS v subsaharské Africe z této publikace vychází. Při vyhledávání konkrétních tematických údajů je často třeba je čerpat ze stránek organizací či institucí přímo zaměřených na danou problematiku – např. z internetových stránek FAO.

Pramenů zaměřujících se na environmentální souvislosti AIDS v subsaharské Africe není příliš mnoho, což si myslím do značné míry odráží skutečnost, že této problematice není dosud věnována velká pozornost. Za obsáhlý zdroj lze přesto považovat webové stránky Africa Biodiversity Collaborative Group, kde je možné nalézt například zdroje zabývající se vazbami mezi AIDS a životním prostředím v subsaharské Africe.

# 1 Současný stav epidemie AIDS v regionu subsaharské Afriky

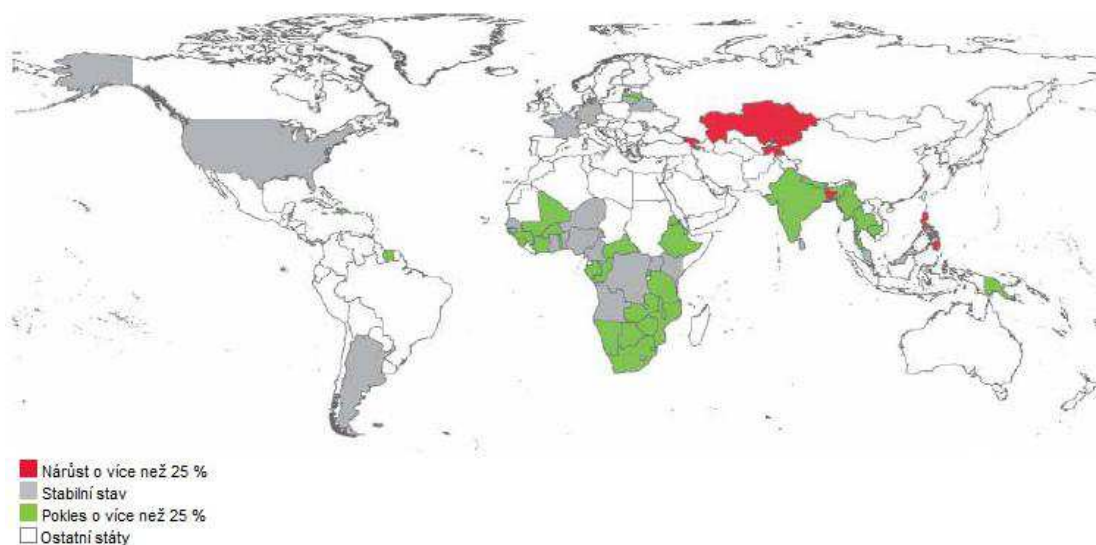
## 1.1 Základní popis stavu AIDS ve světě a v subsaharské Africe

V současnosti již dochází k zastavování šíření viru HIV. Od konce 90. let minulého století klesá počet nově infikovaných za jeden rok. Díky výraznějšímu rozšíření antiretrovirální léčby v posledních letech se snižuje i počet úmrtí na AIDS. I přes tyto skutečnosti je však počet nově infikovaných virem HIV celosvětově stále vysoký, a to i navzdory jejich klesajícímu počtu. Množství lidí žijících s HIV celosvětově vzrostlo, což bylo ovlivněno i snížením mortality.

Odhadem se za rok 2009 nakazilo virem HIV až 2,6 milionu osob. Nejvíce osob se virem HIV nakazilo v roce 1997 - 3,2 milionu.

Počet případů AIDS klesl ve 33 státech v období let 2001 až 2009 o 25 %; v subsaharské Africe se z nich nacházelo 22. Za rok 2001 se jen v oblasti subsaharské Afriky nově nakazilo HIV odhadem 2,2 milionu lidí, zatímco roku 2009 zčásti méně – 1,8 milionu. Do výše uvedeného snížení se promítl i obvyklý průběh epidemie a prevence HIV. O více než 25 % se naopak počet případů AIDS zvýšil v sedmi zemích. Stabilní roční počet nově nakažených osob je minimálně za posledních pět let ve střední, západní a východní Evropě, Střední Asii a Severní Americe.<sup>1</sup>

**Mapa 1: Změny v počtu osob nově infikovaných virem HIV ve vybraných zemích za období 2001 až 2009 podle Světového programu OSN pro HIV/AIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS)<sup>2</sup>**



<sup>1</sup> UNAIDS, 2010a, str. 16-17

<sup>2</sup> UNAIDS, 2010a, str. 17

U homosexuálů v zemích s vysokými příjmy však prevalence HIV dále roste. Podobně mezi nitrožilními uživateli drog a jejich sexuálními partnery nastává v oblasti Střední Asie a Východní Evropy velké šíření HIV.<sup>3</sup> Dokonce již odhadem jedna čtvrtina nitrožilních uživatelů drog žije ve zmíněných oblastech s HIV.<sup>4</sup>

U mladých lidí je častější bezpečnější sexuální chování, které pozitivně ovlivňuje klesající výskyt AIDS. Významný pokles v prevalenci HIV mezi mladými dívkami a chlapci je z národních průzkumů patrný u pěti států – Botswany, Jihoafrické republiky, Tanzanie, Zambie a Zimbabwe. Ve většině zemí došlo také ke změně sexuálního chování.

Celkové množství dětí narozených s HIV se snížilo, což souviselo i s rozšířením přístupu ke službám týkajících se prevence přenosu HIV z matky na dítě. Za rok 2009 bylo odhadem po celém světě nakaženo virem HIV 370 tisíc dětí, kdežto v roce 2004 jich bylo až o 24 % více.

Počet úmrtí na AIDS v roce 2009 činil 1,8 milionu, zatímco v roce 2004 odhadem až 2,1 milionu. Pokles je způsoben i zvýšenou podporou a péčí pro lidi s HIV a dostupností antiretrovirální léčby, zvláště v zemích s nízkými a středními příjmy. Mezi roky 2004 a 2009 se podařilo snížit množství úmrtí na AIDS v subsaharské Africe odhadem o 20 % (320 tisíc), což je z velké části výsledek antiretrovirální léčby.

V roce 2005 začal klesat počet úmrtí na AIDS v Karibiku a subsaharské Africe. Ve Střední a Jižní Americe a v Asii se již množství úmrtí stabilizovalo. Krátce potom, co byla roku 1996 zavedena antiretrovirální léčba, začal klesat počet mrtvých na AIDS v Severní Americe a ve střední a západní Evropě. Oproti tomu ve východní Evropě množství úmrtí na AIDS stále roste.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> UNAIDS, 2010a, str. 17

<sup>4</sup> AVERT, 2011a

<sup>5</sup> UNAIDS, 2010a, str. 17, 19

**Tabulka 1: Vybrané údaje o HIV a AIDS ve světových regionech za roky 2001 a 2009 dle UNAIDS<sup>6</sup>**

Oblast (rozdělení dle UNAIDS)	rok	Dospělí a děti s HIV	Dospělí a děti nově infikovaní HIV	Prevalence (15-49 let) v %	Úmrtí dětí a dospělých na AIDS
<b>Subsaharská Afrika</b>	<b>2009</b>	<b>22 500 000</b>	<b>1 800 000</b>	<b>5</b>	<b>1 300 000</b>
	<b>2001</b>	<b>20 300 000</b>	<b>2 200 000</b>	<b>5,9</b>	<b>1 400 000</b>
Střední Východ a severní Afrika	2009	460 000	75 000	0,2	24 000
	2001	180 000	36 000	0,1	8 300
Jižní a jihovýchodní Asie	2009	4 100 000	270 000	0,3	260 000
	2001	3 800 000	380 000	0,4	230 000
Východní Asie	2009	770 000	82 000	0,1	36 000
	2001	350 000	64 000	<0,1	15 000
Oceánie	2009	57 000	4 500	0,3	1 400
	2001	29 000	4 700	0,2	<1 000
Střední a Jižní Amerika	2009	1 400 000	92 000	0,5	58 000
	2001	1 100 000	99 000	0,5	53 000
Karibik	2009	240 000	17 000	1	12 000
	2001	240 000	20 000	1,1	19 000
Východní Evropa a Střední Asie	2009	1 400 000	130 000	0,8	76 000
	2001	760 000	240 000	0,4	18 000
Západní a střední Evropa	2009	820 000	31 000	0,2	8 500
	2001	630 000	31 000	0,2	7 300
Severní Amerika	2009	1 500 000	70 000	0,5	26 000
	2001	1 200 000	66 000	0,4	30 000
<b>CELKEM</b>	<b>2009</b>	<b>33 300 000</b>	<b>2 600 000</b>	<b>0,8</b>	<b>1 800 000</b>
	<b>2001</b>	<b>28 600 000</b>	<b>3 100 000</b>	<b>0,8</b>	<b>1 800 000</b>

Na konci roku 2009 žilo na celém světě 33,3 milionu osob infikovaných virem HIV, roku 1990 to bylo 8 milionu. Mezi lety 2008 a 2009 se již počet obyvatel s HIV celosvětově snížil. Roku 2009 žilo podle AVERT na světě odhadem až 30,8 milionu dospělých lidí nakažených HIV, z toho 15,9 milionu infikovaných žen a 2,5 milionu nakažených dětí. Většinu všech dospělých osob infikovaných virem HIV tvořily na konci roku 2009 ženy.

Oblast nejvíce zasaženou epidemií HIV/AIDS představuje subsaharská Afrika, kde přebývá více než 68 % všech obyvatel s HIV. V Asii je epidemie HIV/AIDS značně rozšířená mezi vysoce rizikovými skupinami obyvatel a celkově se zde její rozsah příliš nemění. Naopak od roku 2000 se téměř ztrojnásobil počet osob žijících s HIV ve Střední Asii a východní Evropě.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Tabulka upravena, původní tabulka: UNAIDS, 2010a, str. 20-21

<sup>7</sup> AVERT, 2011b



V současnosti je větší důraz v boji proti AIDS kladen i na lidská práva. Většina zemí dnes přiznává, že se otázkou lidských práv zabývá ve svých strategiích boje proti AIDS. Velký problém v boji proti AIDS představuje také kriminalizace lidí nakažených virem HIV. V 51 zemích, teritoriích a oblastech je například omezen volný pohyb osob s HIV a ve více než 80 státech mají zákony zakazující pohlavní styk stejného pohlaví.

Až 52 % zdrojů na boj proti AIDS jde v zemích s nízkými a středními příjmy z domácích výdajů.<sup>8</sup> Prostředky z organizací jako Prezidentský krizový plán boje s AIDS (The President's Emergency Plan for AIDS Relief – PEPFAR) nebo Globální fond na boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria – GFATM) zůstávají na stejné výši nebo se dokokonce snižují.<sup>9</sup> Pro zlepšení financování boje proti AIDS bude zapotřebí více zahraniční pomoci, zvýšit efektivitu používání fondů určených na boj proti AIDS a jiných souvisejících zdravotních a rozvojových programů a samozřejmě také snaha o zmobilizování domácích zdrojů.<sup>10</sup>

Jak pro lidi nakažené HIV, tak pro osoby neinfikované, se ukázalo být vzdělávání v oblasti HIV velmi efektivní a nezbytné. Mnoho lidí v různých částech světa stále postrádá podstatné znalosti, jak se ochránit před nákazou. Nerovnost pohlaví nesmí být přípustná, lidé by měli mít možnost vést bezpečný a zodpovědný pohlavní styk a také by měli mít přístup k prezervativům. Prevence přenosu HIV mezi nitrožilními uživateli drog by měla být podporována i výměnou injekčních stříkaček, což se již osvědčilo jako účinné.

V boji proti šíření epidemie HIV/AIDS a zmírňování jejich následků je stěžejní i dostupnost léčby. Kromě toho je důležitý i dostatek zdravotních pracovníků, jež podávají léky, učí jak je užívat či provádí testy na HIV.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> UNAIDS, 2010b, str. 10

<sup>9</sup> AVERT, 2011c

<sup>10</sup> UNAIDS, 2010b, str. 10

<sup>11</sup> AVERT, 2011c

**Tabulka 2: Vybranné údaje o přístupu osob s HIV/AIDS k antiretrovirální léčbě ve zvolených oblastech za rok 2009 podle AVERT<sup>12</sup>**

Oblast	Podíl obyvatel s přístupem k antiretrovirální léčbě	Odhadovaný počet lidí přijímajících antiretrovirální léčbu	Odhadované množství osob potřebujících antiretrovirální léčbu
<b>Subsaharská Afrika</b>	<b>37 %</b>	<b>3 911 000</b>	<b>10 600 000</b>
Východní a jižní Afrika	41 %	3 203 000	7 700 000
Střední a západní Afrika	25 %	709 000	2 900 000
Latinská Amerika a Karibik	50 %	478 000	950 000
Latinská Amerika	51 %	425 000	840 000
Karibik	48 %	52 4000	110 000
Východní, jižní a jihovýchodní Asie	31 %	739 000	2 400 000
Evropa a Střední Asie	19 %	114 000	610 000
Střední Východ a severní Afrika	11 %	12 000	100 000
<b>CELKEM</b>	<b>36 %</b>	<b>5 254 000</b>	<b>14 600 000</b>

Jedním z významných mezinárodních cílů v oblasti boje proti HIV/AIDS je i úkol 6.A, jenž je součástí Rozvojových cílů tisíciletí (Millenium Development Goals – MDGs). Uvedený úkol 6.A zní: do roku 2015 zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS.<sup>13</sup>

Jak již bylo uvedeno výše, okolo dvou třetin všech osob zasažených HIV a AIDS - odhadem 22,5 milionu žije v subsaharské Africe. Za rok 2009 zde zemřelo na AIDS kolem 1,3 milionu obyvatel. Děti, jenž ztratily jednoho nebo oba rodiče kvůli AIDS, je dle AVERT od začátku epidemie HIV/AIDS v regionu subsharské Afriky až 14,8 milionu.

V oblasti epidemie HIV/AIDS existují tři velké výzvy, jimž čelí subsaharská Afrika. První z nich je podpora a poskytování antiretrovirální léčby a zdravotní péče pro lidi s nemocemi souvisejícími s HIV. Další představuje umožnění chránit sebe i ostatní před infekcí HIV a tím snížit počet nově nakažených. Poslední výzvou je vypořádání se s následky epidemie.

Mezi africkými zeměmi se velmi liší počet úmrtí na AIDS i prevalence HIV. Například v roce 2009 činil v Namibii, Zambii a Zimbabwe podíl lidí infikovaných virem HIV v dospělé populaci 10 a 15 %, zatímco v Senegalů a Somálsku byla prevalence dospělých osob nakažených HIV méně než jedno procento. Nejvyšší podíl infikovaných HIV byl nejen roku 2009 ve státech jižní Afriky.

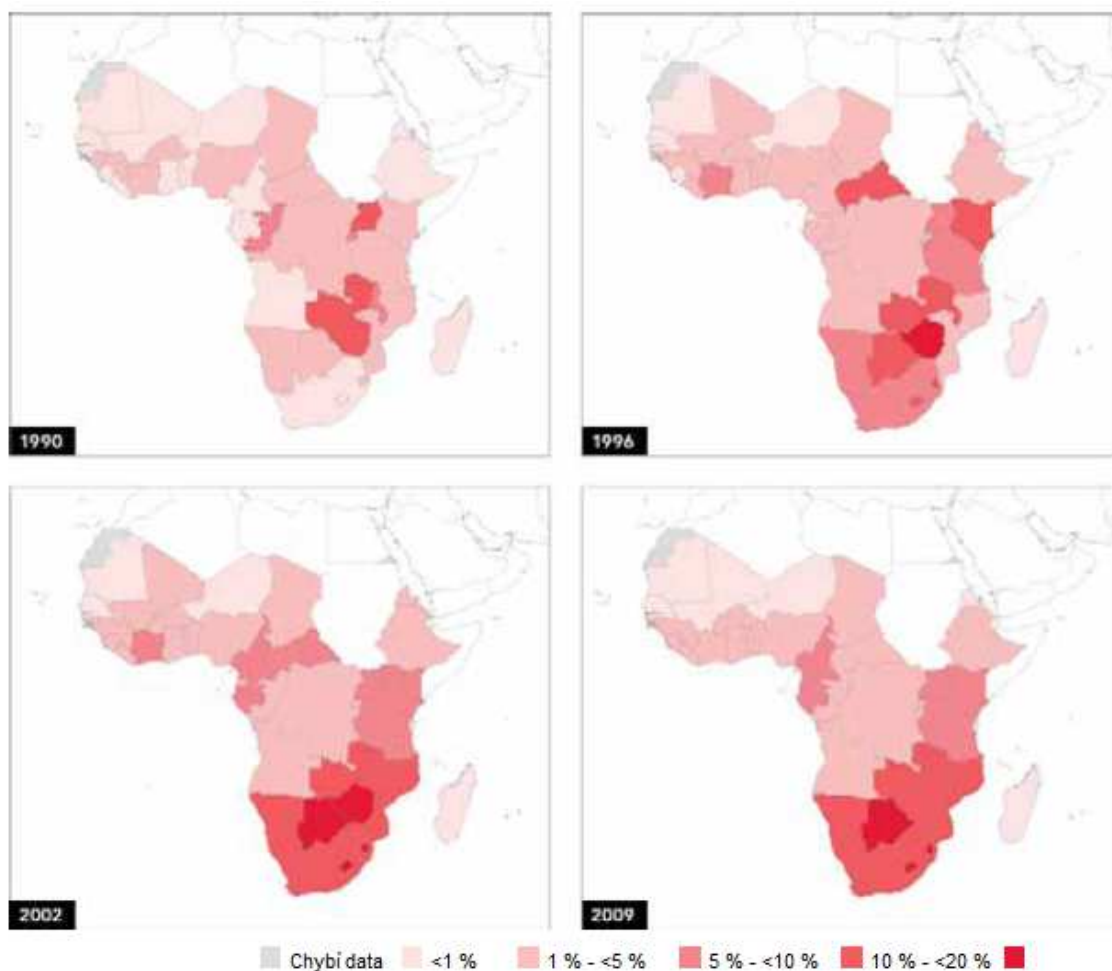
<sup>12</sup> AVERT, 2011h

<sup>13</sup> UN, 2011

Ačkoli některé země západní Afriky zažívají růst prevalence HIV, celkově je tento podíl nižší než v Africe jižní. V Gabonu činil podíl obyvatel s HIV v roce 2009 5,2 %, v Kamerunu dle odhadu 5,3 %. Roku 2009 byla v nejlidnatějším africkém státě Nigérii prevalence lidí žijících s HIV v porovnání s ostatními africkými státy nízká – 3,6 %. V Tanzanii, Keni a Ugandě naopak převýšila 5 %.

Podíl obyvatel s HIV v subsaharské Africe zůstává na stále extrémně vysoké úrovni, ačkoliv nepatrně klesá. Přestože již na konci 90. let minulého století dosáhl svého vrcholu počet nových infekcí virem HIV v subsaharské Africe, v současnosti jich je stále velmi vysoké množství.<sup>14</sup>

**Mapa 2: Podíl infikovaných HIV v subsaharské Africe v populaci ve věku 15 až 49 let za roky 1990, 1996, 2002 a 2009<sup>15</sup>**



<sup>14</sup> AVERT, 2011d

<sup>15</sup> UNAIDS, 2010a, str. 26

## **1.2 Prevence, léčba a péče o lidi s HIV/AIDS v Africe**

Za účelem zmenšení rozsahu epidemie HIV/AIDS mnoho afrických zemí zavedlo rozsáhlé iniciativy na prevenci před virem HIV. Státem, který pomocí komunitního a politického vedení brzo zareagoval na nebezpečí šíření HIV, byl například Senegal, jež má v současnosti ze zemí subsaharské Afriky jeden z nejnižších podílů lidí nakažených tímto virem. Podobně úspěšná byla situace v Ugandě. Tam se z velké části díky kampaním týkajících se prevence HIV podařilo snížit podíl těhotných žen s HIV z okolo 30 % z počátku 90. let minulého století na přibližně 10 % v roce 2001. Naopak Jihoafrická republika je státem, kde se příliš nedaří zabránit přenosu viru HIV z matky na dítě, neboť každý rok se zde s HIV rodí až 70 tisíc dětí. Svou úlohu v tom sehrály i iniciativy zabývající se prevencí přenosu HIV z matky na dítě, jež se v této oblasti dopustily řady chyb.

Klíčovou roli v prevenci před virem HIV nejen v subsaharské Africe hraje kondom. V osmi z jedenácti zemí subsaharské Afriky bylo podle studií uskutečněných v letech 2001 a 2005 zaznamenáno zvýšené používání prezervativů.<sup>16</sup> Užívání kondomů tam roste také dle údajů Demographic and Health Surveys. Například při posledním vícerizikovém sexu použilo prezervativ až 80 % dotázaných mužů v Botswaně. Okolo 20 % procent dotázaných ve 14 státech, jenž měli v uplynulém roce více než jednoho sexuálního partnera, uvedlo, že při posledním sexu nepoužilo kondom. Mezi těchto 14 zemí patří i Tanzanie, Uganda, Rwanda, Malawi anebo Etiopie.<sup>17</sup> Podle jedné studie dokonce nepoužilo nikdy prezervativ 19 z 20 žen v Somálsku ve věku 15 až 24 let a 17 z 20 mužů ze stejného státu a v totožném věkovém rozmezí.<sup>18</sup> Ve státech subsaharské Afriky došlo ke zvýšené distribuci kondomů; v roce 2001 bylo donory poskytnuto v přepočtu 4,6 prezervativu na jednoho muže; o tři roky později to bylo již 10 prezervativů.<sup>19</sup> Distribuce kondomů je ale v řadě států stále nedostatečná. Kupříkladu v Ugandě bylo za rok 2005 dodáno necelých 40 milionů prezervativů, ročně jich je přitom zapotřebí 120 až 150 milionů.<sup>20</sup>

Samotnému používání prezervativů zabraňuje i množství sociálních, praktických a kulturních faktorů. Poskytování kondomů je přitom ve vztahu k velikosti epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe nákladově efektivní a levné.

---

<sup>16</sup> AVERT, 2011d

<sup>17</sup> UNAIDS, 2010c, str. 70

<sup>18</sup> UNAIDS, 2006a, str. 2

<sup>19</sup> AVERT, 2011d

<sup>20</sup> FORUM ON CHINA-AFRICA COOPERATION, 2009

Důležitou součástí každého národního preventivního programu je zajištění dobrovolného poradenství a testování na HIV. Méně pravděpodobný přenos infekce HIV na ostatní je u jedinců, kteří jsou si vědomi své nemoci.

Národní kampaně, jejichž záměrem je zvýšení počtu lidí testovaných na HIV, se vedou v mnoha zemích Afriky. Více než milion lidí byl mezi lety 2004 a 2009 testován na HIV v Burkině Faso. Zásluhou kampaní na podporu zmíněného testování se významně zvedl počet obyvatel, který podstoupil test na AIDS v Keňi, Tanzanii, Lesothu nebo Malawi. Pro porovnání - v roce 2003 méně než 10 % keňských mužů a žen uvedlo, že se v posledních 12 měsících nechalo testovat na HIV; o šest let později to byla již pětina keňských mužů a třetina keňských žen. V roce 2009 se v oblasti subsaharské Afriky na HIV nechalo testovat odhadem 66 osob z tisíce. Oproti roku 2008 se jedná o více než třetinový nárůst.

Testování na HIV, při kterém se dostanou výsledky v den testu, mělo za následek ryhlejší, jednodušší a efektivnější poskytování dobrovolného poradenství a testování na HIV.

Za rok 2009 se virem HIV v subsaharské Africe nakazilo až 300 tisíc dětí. Od svých matek se virem HIV infikovala většina z nich, a to během těhotenství, porodu nebo kojení. Pravděpodobnost, že HIV pozitivní matka přeneseme virus HIV na své dítě, dosahuje bez intervencí 20 až 45 %. Riziko přenosu viru HIV na dítě je podstatně nižší, pokud matka nakažená HIV užívá antiretrovirální léky. Nedostatek vybavení pro testování na HIV, léků či informací přispívá k tomu, že ve státech subsaharské Afriky je přenos HIV z matky na dítě stále palčivý problém. Léky určené k prevenci HIV mělo v roce 2009 k dispozici 23 % těhotných žen infikovaných HIV v západní a střední Africe a 68 % v jižní a východní Africe.<sup>21</sup>

Kvůli potlačení viru HIV se standardní antiretrovirální léčba se skládá minimálně ze třech antiretrovirálních léků (Antiretroviral drugs – ARVs).<sup>22</sup> Ty významně zpomalují rozvoj HIV na AIDS a v bohatších částech světa jsou k dispozici přibližně od roku 1996 a řada lidí infikovaných HIV díky nim tak může žít relativně normální život. Pro distribuci ARVs je zapotřebí dostatečná podpora zdravotních pracovníků, peníze a dobře postavený zdravotní systém. ARVs jsou v Africe dostupné pouze pro méně než dvě pětiny těch, kteří je potřebují.

Velmi postiženou zemí epidemií HIV/AIDS je Botswana. V lednu roku 2002 začala Botswana svůj národní léčebný program a na konci roku 2009 se zde antiretrovirální léčba dostala přibližně k 80 % obyvatel, kteří ji potřebovali, tedy k více než 145 tisícům lidí. Až 88 % potřebných přijmalo antiretrovirální léčbu ve Rwandě. V Jihoafrické republice

---

<sup>21</sup> AVERT, 2011d

<sup>22</sup> WHO, 2011a

antiretrovirální léčbu přijímá jen 37 % obyvatel co ji potřebují, což je také následek pomalé reakce vlády Jihoafrické republiky na epidemii AIDS. Mezi státy subsaharské Afriky, kde antiretrovirální léčbu užívá méně než 25 % potřebných patří Ghana, Kongo či Nigérie.

K antiretrovirální léčbě se na konci roku 2009 dostalo 37 % dospělých a dětí, jež ji v Africe potřebovali. V roce 2000 však byla antiretrovirální léčba poskytnuta jen 2 % z nich.

Podíl obyvatel s HIV přijímajících antiretrovirální léčbu se v subsaharské Africe zvýšil i díky různým mezinárodním iniciativám a cílům.<sup>23</sup> V rámci již zmíněných MDGs existuje úkol 6.B, jenž si kladl za cíl zajistit univerzální přístup k léčbě HIV/AIDS pro všechny, kteří ji potřebují, a to do roku 2010.<sup>24</sup> UNAIDS a Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation - WHO) zahájily v roce 2003 Iniciativu '3 by 5', jejíž záměrem bylo do roku 2005 poskytnout antiretrovirální léčbu pro 3 miliony osob v 50 rozvojových zemích. V rámci této snahy se UNAIDS a WHO zaměřily na 5 rozhodujících oblastí:

- nové služby k zajištění efektivních a spolehlivých léků a diagnostik;
- rychlá identifikace, šíření a aplikace úspěšných strategií a nových technologií;
- trvalá a akutní podpora zemí;
- standardizované a zjednodušené nástroje pro poskytování antiretrovirální léčby;
- partnerství, advocacy a globální řízení.

K dosažení cíle iniciativy bylo potřeba WHO a dalšími partnery zlepšit zdravotní systém, vytvořit infrastrukturu a standardy a zaškolit 100 000 zdravotních pracovníků.<sup>25</sup> Iniciativa '3 by 5' byla plánována pouze jako důležitý krok k univerzálnímu přístupu k antiretrovirální léčbě a nikoliv jako konečný cíl. V prosinci 2003 se antiretrovirální léčby dostalo 400 tisícům potřebných a 1,3 milionům potom v prosinci 2005, kdy měl být splněn cíl zmíněné iniciativy. Univerzálního přístupu k léčbě se týká také iniciativa 'All by 2010', jež si kladla za cíl univerzální přístup k léčbě pro každého do roku 2010.

Jeden z hlavních problémů poskytování antiretrovirální léčby je nedostatek lékařských odborníků a nedostatečná zdravotnická infrastruktura, jíž disponuje většina afrických států. Důraz by měl být kladen na kvalitu odborníků, kteří jsou schopni podat antiretrovirální léky a také na jejich dostupnost. Důležitým úkolem je zajištění, aby opravdu dostatečné množství léků bylo dodáno do mnoha oblastí, a nejen aby tam byly dodány nějaké. Jakmile totiž někdo

---

<sup>23</sup> AVERT, 2011d

<sup>24</sup> UN, 2011

<sup>25</sup> WHO, 2011b

začne brát ARVs, musí je užívat až do konce života. Pokud se například někdo dočasně nedostane k ARVs z důvodu špatného zásobování nemocnic těmito léky, může to vést k menší účinnosti léčby.

Péče a léčba lidí s HIV/AIDS zahrnuje kromě ARVs i správnou výživu, ochranu před stigmatem a diskriminací, dobrovolné poradenství a testování, léčbu ostatních sexuálně přenosných chorob nebo prevenci a léčbu oportunních infekcí. Pro všechny lidi žijící s HIV by společně s antiretrovirální léčbou měly být dostupné také výše uvedené součásti léčby a péče.<sup>26</sup>

## 2 Dopady AIDS v oblasti subsaharské Afriky

### 2.1 Příčiny šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe

Podle Webba jsou skutečné důvody epidemie AIDS fatalismus, nedostatek přístupu k důležitým službám, násilí, nejistota a chudoba. Dle Drimie patří mezi zásadní důvody vysoké prevalence, nerovnoměrnosti a rychlosti rozšíření epidemie vzorce sexuálního chování, síť sexuálních služeb, oportunní infekce, chabá výživa či chudoba.

Například Botswana, země se silnou ekonomikou a relativně stabilním politickým prostředím, je ale zároveň státem zřejmě nejvíce zasaženým epidemií HIV/AIDS. Mozambik naopak zažil 16 let trvající devastující občanskou válku, ale představuje zemi s nejnižším podílem nakažených HIV - aspoň v porovnání se svými sousedy. Navíc podle hrubého domácího produktu na obyvatele je Mozambik nejchudší stát v subsaharské Africe, kdežto Botswana nebo Jihoafrická republika (také stát s vysokou prevalencí HIV) naopak nejbohatší.<sup>27</sup>

Tiruneh uvádí, že neplatí ani vztah, kdy s rostoucí demokratičností země se zmenšuje rozšíření AIDS v populaci. Kupříkladu zmiňovaná a AIDS velmi postihnutá Botswana je totiž země poměrně demokratická a naproti tomu například Uganda představuje stát s menšími dopady AIDS, než v Botswaně, také ale stát kde je míra demokracie oproti Ugandě nesrovnatelně nižší.<sup>28</sup>

#### 2.1.1 Ekonomicko-politické determinanty

Chudoba činí podle May lidi se špatným přístupem ke zdravotní péči a službám, či osoby podvyživené a v chabém zdravotním stavu více náchylné k nákaze. Nerovnosti pohlaví, vlastnictví půdy, přístup ke zdravotnickým službám, environmentální degradace, migrace z venkovských oblastí do měst nebo konflikty patří mezi způsoby, jimiž dle May chudoba vytváří riskantní prostředí. Konečné účinky takových poměrů postupně snižují schopnost vypořádat se s riziky, zvyšují zranitelnost a nakonec i zvyšují chudobu. Společenský status je v subsaharské Africe úzce spjat s rizikem nákazy virem HIV. Spíše vzdělanější a mladší byli ti dospělí lidé, jež umřeli na AIDS, než ti, kteří zemřeli z jiných příčin. V případě epidemie

---

<sup>26</sup> AVERT, 2011d

<sup>27</sup> May, A., 2003, str. 9

<sup>28</sup> Tiruneh, G., 2009, str. 106



HIV/AIDS neplatí ani obvyklá závislost zdraví na bohatství. Vyšší riziko nakažení virem HIV zvětšuje i zlepšená silniční infrastruktura vedoucí k větší mobilitě obyvatel.<sup>29</sup>

V mnoha zemích subsaharské Afriky je HIV/AIDS šířeno za velkého přispění tzv. Programů strukturálních úprav (Structural Adjustment Programmes – SAPs). V subsaharské Africe byly SAPs implemetovány za účelem zvýšení ekonomického růstu a efektivity tak, aby byly místní ekonomiky v globální ekonomice více konkurenceschopné.<sup>30</sup> SAPs byly vedeny Mezinárodním měnovým fondem a Světovou bankou.<sup>31</sup> Kandidáty pro SAPs byly ekonomiky s problematickou platební bilancí, vysokým deficitem rozpočtu, neefektivní státní byrokracií, vysokou mírou inflace, nevykonnými úvěrovými institucemi nebo nadhodnocenou měnou.

SAPs vedly k devalvací měn, obchodní liberalizaci či snížení vládních výdajů. V řadě afrických zemí jsou se SAPs spojeny i velmi negativní důsledky pro sociální a zdravotní služby. Zhoršila se infrastruktura vzdělání, zdravotnická péče i životní podmínky pro venkovské i městské obyvatele. Během 80. let v Africe výrazně stoupl počet obyvatel na jednoho lékaře a jednu zdravotní sestru a také kleslo množství lidí ve věku 6 až 23 let, kteří navštěvovali nějakou školu. Vzhledem k uživatelským poplatkům měly SAPs obecně negativní dopad na užívání zdravotnických služeb a dále se podílely i na zhoršení kvality péče. Během 80. let minulého století se výdaje vlády na zdravotnictví značně zvyšovaly např. v Zimbabwe. Zásluhou SAPs tam nastal mezi lety 1991 až 1994 až 35%ní pokles veřejných výdajů na zdravotnictví na obyvatele. V roce 1992 připadlo na 10 tisíc lidí něco přes 8 zdravotních sester zaměstnaných zimbabwským Ministerstvem zdravotnictví a péče o děti; roku 1991 to ale bylo o přibližně jednu sestru více. Od poloviny roku 1992 bylo 400 pracovních míst pro zdravotní sestry zrušeno a počet zdravotních pracovníků se snížil asi o 800. Bylo to doprovázeno i zavedením poplatků a poklesem veřejných peněz na léky.<sup>32</sup>

Jedním z přehlížených, ale klíčových faktorů v šíření epidemie HIV/AIDS je migrace.<sup>33</sup> Průměrná roční míra urbanizace v Africe dosahovala za období let 1995 až 2000 3,91 %. Během roků 2000 až 2005 byla průměrná roční míra urbanizace stále vysoká - 3,76 %; v jižní Africe 2,13 % a v Africe východní dokonce 4,7 %.<sup>34</sup> Velké pohyby obyvatelstva do afrických měst byly zapříčiněny chudobou, zvyšujícími se rozdíly v příjmech a sociálních službách mezi městy a venkovem a také ekonomickou recesí.

---

<sup>29</sup> May, A., 2003, str. 10

<sup>30</sup> Kalipeni, E. et al., 2004, str. 67

<sup>31</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 12

<sup>32</sup> Kalipeni, E. et al., 2004, str. 67-68

<sup>33</sup> May, A., 2003, str. 9-10

<sup>34</sup> WIKIPEDIA, 2011

Vysoce rizikové chování a podíl obyvatel trpících sexuálně přenosnými chorobami (Sexually Transmitted Diseases – STDs) jsou jmenovanými velkými přesuny obyvatel obecně navyšovány. V mnoha studiích byly například popsány spojitosti mezi zvětšeným množstvím osob s HIV a krátkodobými pracovními pobyty, zejména v případech, kdy se migranti dostávají do velkých měst, obchodních center a jiných oblastí s vyšší hustotou obyvatel.

K rapidnímu rozšíření HIV/AIDS přispěla migrace do zlatých a diamantových dolů v Jihoafrické republice, a to hlavně ze států jako například Lesotho, Botswana, Zambie, Swazijsko anebo Mozambik.<sup>35</sup>

V počátcích šíření HIV/AIDS byla tomuto fenoménu dávána velmi nízká společenská priorita, která se následně odrážela i v pozornosti, jež mu přisuzovaly vlády, média, nevládní i soukromý sektor.<sup>36</sup>

V roce 2000 probíhalo ve státech subsaharské Afriky 22 závažnějších konfliktů, což je v porovnání s rokem 1989 dvojnásobek. V subsaharské Africe probíhaly během poloviny 90. let minulého století regionální konflikty na území dnešní Demokratické republiky Kongo, Rwandy či Libérie. Stovky tisíc životů si potom vyžádaly občanské války v Angole a Súdánu. Ozbrojený konflikt by mohl kdykoli vypuknout i v jiných zemích subsaharské Afriky.<sup>37</sup>

Existuje řada způsobů, jimiž se zvyšuje riziko nákazy virem HIV ozbrojenými konflikty. Velké množství osob je díky konfliktům nuceno uprchnout z oblastí bojů. Sociální síť a instituce, jež obvykle podporují a chrání obyvatele, jsou rychlými přesuny populace narušeny. Přístup ke kondomům a jiným preventivním pomůckám může být kvůli chaotickým okolnostem, do kterých přesouvání obyvatel dostává lidi, značně problematické. Tradiční hodnoty a normy sexuálního chování jsou navíc v podmínkách konfliktů často vážně ohroženy.

Aby si ženy a dívky zajistily během ozbrojených konfliktů peníze, ochranu či potravu, jsou mnohdy nuceny poskytovat sex, neboť ozbrojené konflikty mohou často vytvářet takové podmínky, kde jim ani mnoho jiného nezbyvá. Rozkvět sexuálního průmyslu a riziko nákazy virem HIV pro sexuální pracovníky i vojáky je častý doprovodný jev ozbrojených konfliktů.

V řadě ozbrojených konfliktů v subsaharské Africe se jako zbraň užívá také znásilnění, příkladem jsou konflikty ve Rwandě nebo Demokratické republice Kongo. Dle studie

---

<sup>35</sup> May, A., 2003, str. 9, 11

<sup>36</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 12

<sup>37</sup> USIP, 2001, str. 4

z Rwandy bylo z znásilněných žen 11 % HIV pozitivních, zatímco v případě žen znásilněných až 17 %.

Krevní zásobení a programy na prevenci šíření HIV jsou během konfliktů a s nimi souvisejících kolapsů zdravotních systémů často na pokraji rozpadu.<sup>38</sup>

### **2.1.2 Sociální determinanty**

Sociální nestabilita a bezmoc, ve kterém se často ocitají vnitřně přesídlené osoby či uprchlíci, představuje společně s chudobou prostředí pro nejrychlejší šíření HIV.

To je do značné míry ovlivňováno i sociálním kontextem sexuálního chování jako je kupříkladu mnohoženství. Mezi Masaji v severní Tanzanii je dále například obvyklé považovat používání kondomů za nevhodné, což souvisí s jejich nízkým povědomím o HIV nebo AIDS. Mnoho mladých dívek v Mosambiku je znásilněno nebo donuceno k sexu svými učiteli. I proto je ve zdejší v populaci ve věku 15 až 29 let čtyřikrát méně infikovaných mužů než žen.<sup>39</sup>

Ohled, trpělivost atd. jsou privilegia, která svému nositeli za normálních podmínek přináší somatická nemoc. Ta bývá sociálně tolerována, ačkoliv se jedná o odchylku. V afrických zemích je ale s HIV/AIDS mnohdy spojená nízká míra tolerance a velké sociální stigma. Příkladem zmíněné nízké sociální tolerance může být třeba 32 % studentů střední školy v jihoafrickém Gautengu, podle nichž je AIDS určitá forma trestu za předchozí provinění. Osoby s HIV nebo AIDS nejsou často vnímány jako oběti nemoci, ale jako potenciální zabijáci. Častá snaha o fyzickou či sociální izolaci lidí s HIV či AIDS je vysvětlována strachem z pasivní infekce a s tím souvisejícím stigmatem. Často akceptovanou sociální normou je o HIV pozitivitě mlčet a držet ji v tajnosti, což lze vysvětlit i zmíněným ostrakismem a diskriminací. Základní podmínkou pro péči o lidi s AIDS i předpokladem pro řešení důsledků epidemie je překonání stigmatu HIV/AIDS, jenž má co dočinění také se vzděláním a chudobou.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> USAID, 2004, str. 175-176

<sup>39</sup> May, A., 2003, str. 11-12

### 2.1.3 Biologické a genderové determinanty

Jediným regionem, kde jsou muži méně zasaženi AIDS, než ženy je subsaharská Afrika. V porovnání s muži mají ženy v Africe obecně nižší socioekonomický status. Sexuální a fyzické násilí páchané na ženách v subsaharské Africe je do značné míry způsobeno právě podřízeným postavením nebo také vlastnickými právy. Riziko nákazy HIV v regionu zvyšuje i nedostatečný přístup k zdravotním službám a vysoká prevalence sexuálně přenosných infekcí (Sexually Transmitted Infections - STIs).

Neschopnost vyjednávat ohledně sexu, menší fyzická síla, věk a prostituce představují důležité genderové determinanty šíření AIDS v subsaharské Africe. Jen 11 % vdaných žen v Zambii se domnívá, že může požádat manžela o použití kondomu, a méně než čtvrtina z nich je přesvědčena, že sex s ním může odmítnout. Ženy a dívky jsou vystaveny většímu riziku nákazy, pokud je mezi nimi a jejich sexuálními partnery větší věkový rozdíl. Je to způsobeno již zmíněnou menší fyzickou silou, praktikováním polygamie, nepoužíváním prezervativů a jiným sexuálně rizikovým chováním.

Více náchylní k HIV a dalším STIs jsou z fyziologického hlediska ženy, než muži. Velkou roli v šíření AIDS u prostitutek hraje vyjednávání bezpečnějšího sexu a zajištění adekvátních zdravotních služeb. Úzce to souvisí s jejich socioekonomickým statutem.<sup>41</sup>

**Tabulka 3: Širší a bezprostřední determinanty HIV/AIDS dle Barnetta a Whitesida<sup>42</sup>**

Příčiny	širší příčiny →			bezprostřední příčiny
		<b>makro-prostředí</b> bohatství distribuce příjmů kultura náboženství vládnutí	<b>mikro-prostředí</b> mobilita urbanizace přístup ke zdravotní péči násilí postavení žen a jejich práva	<b>Behaviourální</b> Míšení sexuálních partnerů Sexuální praktiky a používání prezervativu kojení
<b>Intervence</b>	sociální politika - přerozdělování právní reforma - lidská práva daňový systém oddlužení obchodní podmínky	sociální politika ekonomická politika právní reforma legislativa v oblasti zaměstnanosti	změna chování používání prezervativů a marketing	léčba STDs nenakažená krev antiretrovirální terapie během těhotenství

<sup>40</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 38,17

<sup>41</sup> May, A., 2003, str. 13

Pokud se nepovede zvrátit průběh epidemie HIV/AIDS intervencemi, tak podle Reida země postihnutá epidemií projde čtyřmi fázemi. V první fázi dochází k většímu výskytu oportunních infekcí, zvyšuje se množství nakažených HIV/AIDS i úmrtí v důsledku tohoto onemocnění. V další fázi se mění demografické složení populace či přibývá nezaopatřených dětí a starých lidí. Ve třetí fázi se začíná projevovat chybějící pracovní síla, hlavně v oblasti sociálních služeb a ve výrobních sektorech. V poslední fázi se zvyšuje ekonomická a sociální destabilizace, roste chudoba a nebezpečí společenských a politických nepokojů.

Obecně je možné rozdělit dopady epidemie HIV/AIDS na demografické, sociální a ekonomické.

## **2.2 Demografické dopady**

### **2.2.1 Pohlaví a věk**

Míra zasažení jednotlivých věkových skupin populace se značně liší, protože HIV je pohlavně přenosná infekce.<sup>43</sup> Jak již bylo uvedeno výše, celosvětově většinu osob nakažených virem HIV tvoří ženy. Roku 2009 žilo v subsaharské Africe s HIV a AIDS přibližně 8,2 milionu mužů a zhruba 12 milionů žen.<sup>44</sup> Tento fakt bývá vysvětlován socioekonomickými, kulturními a samozřejmě biologickými příčinami. V 90. letech byl v Jihoafrické republice poměr mezi počtem HIV pozitivních mužů a žen 0,73:1.<sup>45</sup> Pravděpodobnost, že se virem HIV nakazí muž od ženy, je odhadem dvakrát menší, než v opačném případě. Snahu žen o zajištění bezpečnějšího sexu ztěžuje i jejich často nedostatečný přístup k informacím a zdravotní péči, ekonomická závislost na mužích nebo kulturní preference vyšší fertility. Ve snaze podpořit své rodiny či zaplatit školné se mladší ženy z chudší společnosti často uchylují k poskytování sexu za peníze.<sup>46</sup>

Nejvíce HIV pozitivních mužů je ve věkové skupině mezi 30 a 39 lety a u žen je HIV nejvíce rozšířen mezi těmi ve věku 20 až 29 let. Tento věkový rozdíl reflektuje vzorce sexuálního chování, kdy mladší ženy mají vztah se staršími muži. Například v Zambii byl podle průzkumu provedeného v letech 2001 a 2002 největší podíl dospělých žen nakažených HIV ve věkové kategorii mezi 30 a 35 lety. Nejvyšší procento mužů s HIV bylo potom ve věkové skupině od 35 do 40 let. V městských oblastech Zambie dosahoval podíl dospělých

---

<sup>42</sup> Barnett, T., Whiteside, A., 2000, str. 4

<sup>43</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 19

<sup>44</sup> AVERT, 2011e

<sup>45</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 20

<sup>46</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 16-17

žen nakažených virem HIV 26 %. Mužů bylo nakaženo o 7 procent méně. Na venkově bylo virem HIV infikováno 9 % mužů a 12 % žen. Populace s nejmenším podílem nakažených virem HIV je ta ve věku od 5 do 14 let.<sup>47</sup>

## 2.2.2 Populační růst a velikost populace

Lesotho, Malawi, Namibie, Jihoafrická republika, Svazijsko, Zambie, Zimbabwe a Botswana jsou státy subsaharské Afriky, kde do roku 2002 epidemie HIV/AIDS způsobila nejvýraznější snížení populačního růstu. V Botswaně byl dokonce zaznamenán populační úbytek.<sup>48</sup> Do roku 2015 by populační úbytek měly vykazovat i Zimbabwe, Svazijsko, Jihoafrická republika, Lesotho. Ještě v období let 1995 až 2000 byl přítom v Botswaně populační růst 2,1 %. V Zimbabwe činil populační růst během roků 1995 až 2000 1,5 %, zatímco na počátku 80. let minulého století až 3,9 %. Do roku 2020 by v Zimbabwe měl být zaznamenán populační úbytek -0,2 %.<sup>49</sup>

Tabulka 4: Odhadovaný dopad HIV/AIDS na velikost populace a populační růst ve vybraných letech<sup>50</sup>

38 států z Afriky	Velikost populace (v milionech)		Roční populační růst (v procentech)	
	1995	2015	1995 - 2015	2015 - 2025
Bez AIDS	539	914	2,6	2,2
S AIDS	533	823	2,2	1,8
Absolutní rozdíl	6	91	0,5	0,4
Procentuální rozdíl	1	10		

V mnoha zemích zasažených epidemií HIV/AIDS budou v budoucnu tamější populace mnohem menší, což má přímou souvislost s nižším populačním růstem. V roce 2050 se díky AIDS čeká až o 11 % menší populace Ugandy. Bez AIDS by v roce 2050 byla podle Epsteina populace v Botswaně až o 67 % větší než v případě působení AIDS. Počet obyvatel Botswany by potom měl být v roce 2050 až o 12 % nižší než v roce 2000.<sup>51</sup>

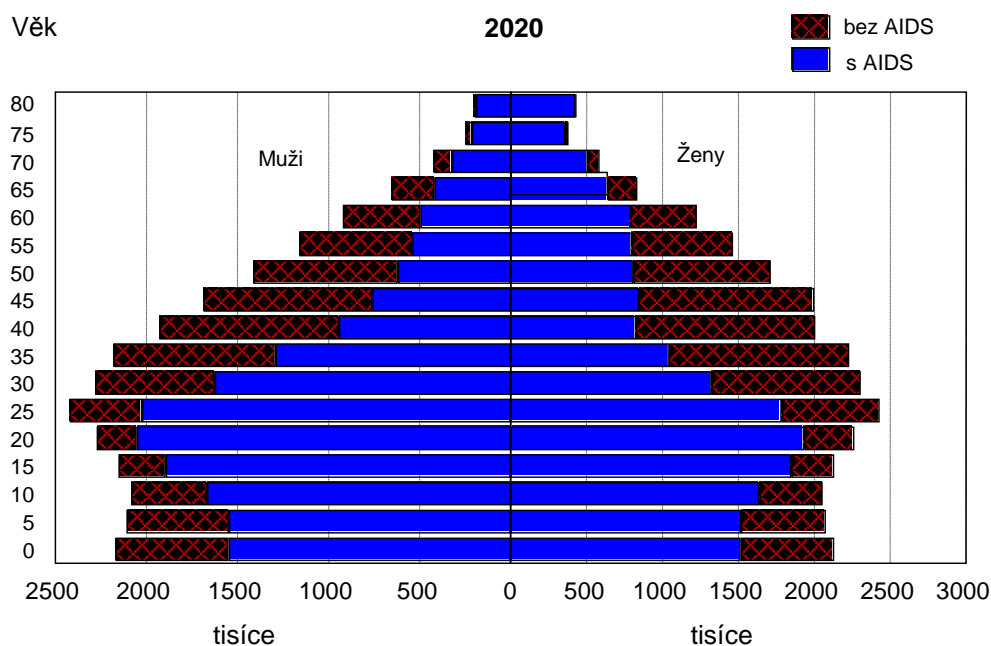
<sup>47</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 20

<sup>48</sup> Stanecki, K. H., 2004, str. 14

<sup>49</sup> UNPD, 2004a, str. 21

<sup>50</sup> Tabulka upravena, původní tabulka: UNPD, 2004a, str. 20

**Graf 1: Praděpodobný vliv epidemie HIV/AIDS na populační pyramidu Jihoafrické republiky v roce 2020<sup>52</sup>**

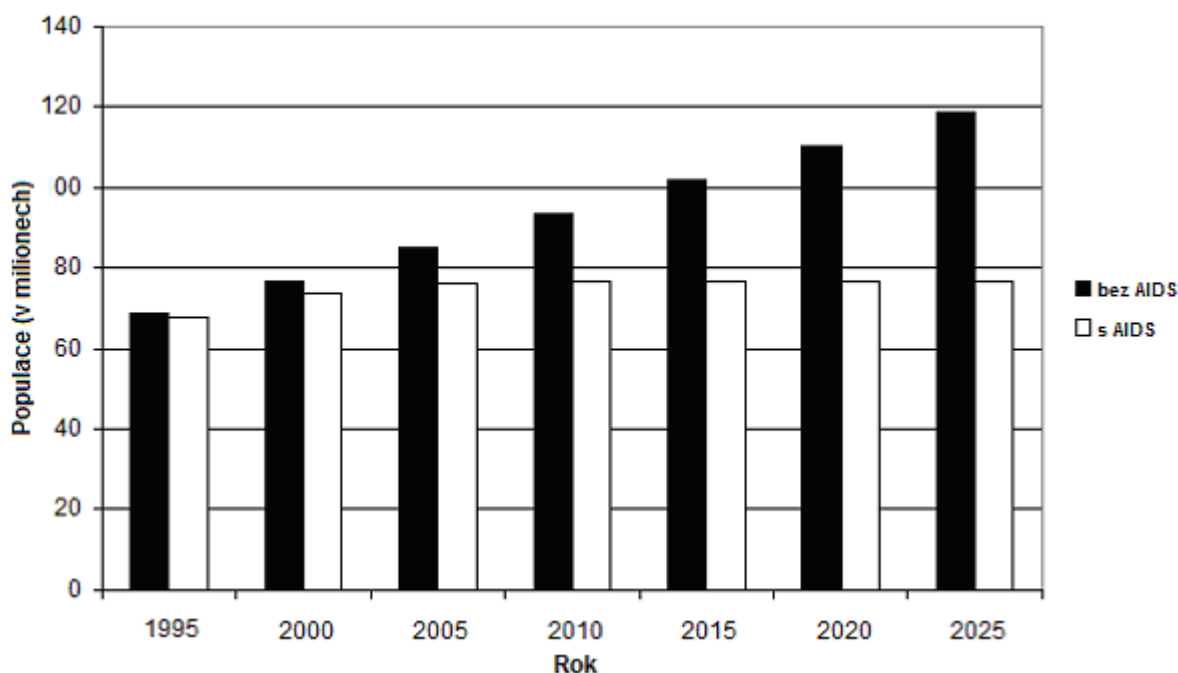


Roku 1995 žilo podle UNPD v dnešních 38 epidemií HIV/AIDS nejvíce zasažených afrických zemích přibližně 533 milionů lidí; bez AIDS by jich bylo o 6 milionu více. V těch samých 38 afrických státech by do roku 2025 mělo žít až 983 milionů obyvatel; v případě absence AIDS o 156 milionů více. Sedm epidemií HIV/AIDS nejvíce postihnutých zemí (Botswana, Lesotho, Namibie, Jihoafrická republika, Svazijsko, Zambie, Zimbabwe) subsaharské Afriky mělo v roce 1995 68 milionů obyvatel; bez AIDS by jich bylo o 1 % více. V roce 2025 by v těchto sedmi státech mělo působením AIDS žít až o 35 % obyvatel méně. Kvůli AIDS by téhož roku měla být Botswanská populace od 35 do 59 let až o polovinu menší.<sup>53</sup>

<sup>51</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 28-29

<sup>52</sup> Graf upraven, původní graf: Stanecki, K. H., 2000, str. 3

**Graf 2: Odhadovaný dopad epidemie HIV/AIDS na velikost populace v sedmi dosud nejvíce postihnutých zemích subsaharské Afriky ve vybraných letech dle UNPD<sup>54</sup>**



Epidemie HIV/AIDS pomáhá utvářet neobvyklé populační pyramidy. V zemích s populačním úbytkem by tak měly vzniknout populační pyramidy s netypickým tvarem – „populačním komínem.“ Důsledky této nové populační struktury zatím nejsou zcela známy. Očekává se však, že do roku 2020 by mezi lidmi ve věku od 15 do 44 let mělo být mnohem méně žen než mužů. Muži tak zřejmě budou mít sexuální vztah s mladšími a mladšími ženami, čímž se u těchto mladších žen může rozšířit vir HIV.<sup>55</sup>

### 2.2.3 Počet úmrtí a úmrtnost dospělých

Podle UNPD by měl v období 2020 až 2025 dosáhnout svého vrcholu vliv AIDS na počet úmrtí. Během let 1995 až 2000 činilo ve 38 afrických státech množství úmrtí, vyjma úmrtí na AIDS, 39 milionů; v letech 2020 až 2025 byl měl činit odhadem 46 milionů. V období 1995 až 2000 bylo dle údajů UNPD ve zmiňovaných zemích celkem 48 milionů úmrtí; mezi roky 2020 až 2025 se potom očekává až 64 milionů úmrtí. V uvedených státech by mezi lety 1995 až 2025 mělo zemřít až 355 milionů lidí; v případě absence AIDS o 98 milionů méně.

<sup>53</sup> UNPD, 2004a, str. 19, 21

<sup>54</sup> UNPD, 2004a, str. 20

<sup>55</sup> Stanecki, K. H., 2004, str. 18



Jihoafrická republika, Nigérie, Keňa a Etiopie jsou země, kde by měl být počet úmrtí nejvyšší.<sup>56</sup>

Počet úmrtí na AIDS by se v mnoha státech subsaharské Afriky měl značně zvýšit již do roku 2015 (viz příloha č. 2). Zvýšení je zapříčiněno jednak rozvojem epidemie HIV/AIDS v řadě zemí i velkým časovým úsekem, který uplyne od doby, kdy se jedinec nakazí virem HIV, do okamžiku kdy zemře.

Úmrtnost je celosvětově vyšší u dětí mladších než jeden rok. Během dětství a dospělosti bývá úmrtnost velmi nízká, ale po středním věku neustále stoupá. Mortalita v některých státech ale může být nejvyšší ve věku, kdy by naopak měla být nejnižší, což je situace i v několika státech nejvíce zasažených epidemií HIV/AIDS.

V roce 2005 vykazují 15 zemí vybraných k výzkumu snadno měřitelný očekávaný nárůst úmrtí mezi dospělými. Za rok 2005 měli podle očekávání přes polovinu všech úmrtí v Botswaně, Namibii a Jihoafrické republice tvořit dospělí, kteří zahynuli kvůli AIDS. V Keni, Mozambiku a Zambii by měli představovat odhadem přes 40 % všech úmrtí; v řadě dalších států subsaharské Afriky potom přes 20 %.

V zemích, kde dochází ke stabilizaci či poklesu podílu populace nakažené virem HIV, se však vlivem lidí nakaženým virem HIV z předešlých 10ti let zvyšuje všeobecná úmrtnost<sup>57</sup> u dospělých obyvatel.

Zásluhou AIDS byla v roce 2005 v Zambii odhadovaná všeobecná úmrtnost dospělých osob třikrát vyšší, než by tomu bylo bez AIDS - 19 úmrtí na 1000 dospělých. Všeobecná úmrtnost dospělé populace činila v roce 2005 v Ugandě 9 úmrtí na 1000 dospělých; bez AIDS by dosahovala 5ti úmrtí.

Do roku 2015 by měl být v mnoha státech subsaharské Afriky zaznamenán vyšší podíl úmrtí dospělé populace z celkového počtu obyvatel; v Namibii a Botswaně přes 60 %.

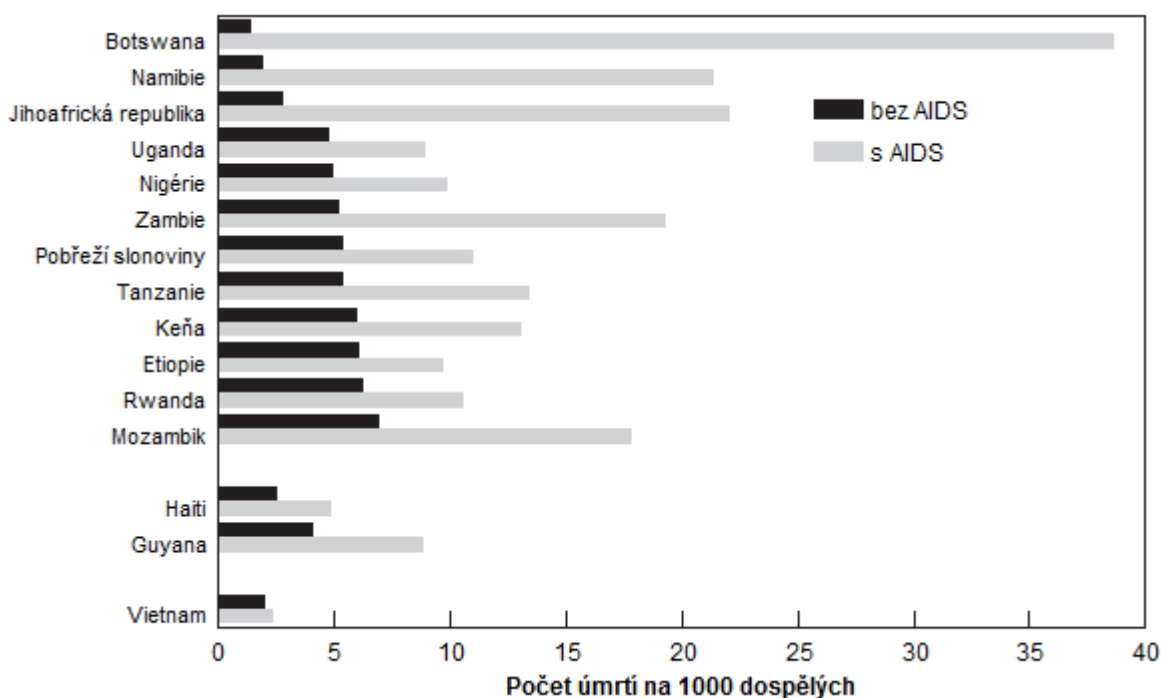
Úmrtnost by se do roku 2015 měla snižovat nebo alespoň zůstat stabilní v řadě zemí subsaharské Afriky. V Botswaně, Mozambiku, Namibii, Jihoafrické republice a Zambii se do roku 2015 zvýší všeobecná úmrtnost dospělé populace odhadem o 14 až 36 úmrtí na 1000 dospělých. V Ugandě by měla být všeobecná úmrtnost dospělých podstatně nižší – 6 úmrtí na 1000 dospělých.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> UNPD, 2004a, str. 14, 16-17

<sup>57</sup> Ukazatel všeobecné úmrtnosti vyjadřuje počet zemřelých na 1000 obyvatel středního stavu.

**Graf 3: Odhadovaný důsledek AIDS na všeobecnou úmrtnost dospělých ve vybraných státech za rok 2005<sup>59</sup>**



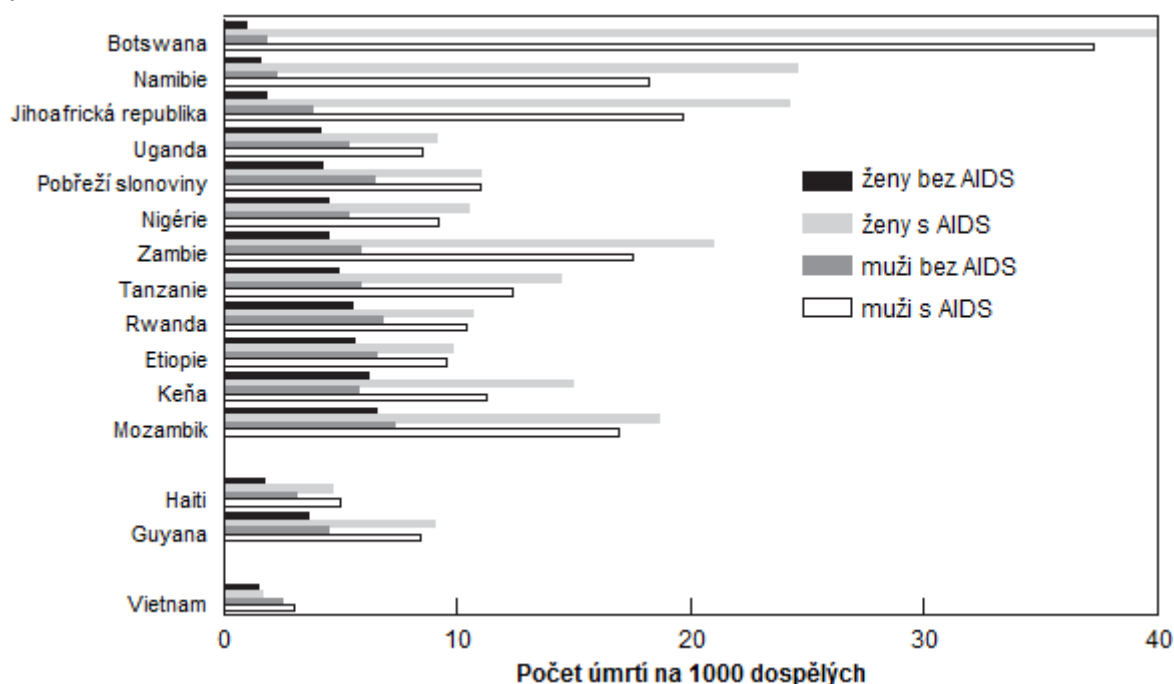
Jak již bylo zmíněno výše, v subsaharské Africe tvoří ženy až 61 % všech obyvatel nakažených HIV a jsou ve většině případů nakaženi v mladším věku než muži. Nejvíce mužů umírá celosvětově na AIDS mezi svým 35 a 44 rokem života; nejvyšší množství žen mezi 30 a 34 rokem. Bez AIDS bývá obvyklý počet úmrtí žen mezi 15 a 49 rokem života vyšší, než u mužů ve stejné věkové kategorii. Tento stav však není ve všech státech. Nepatří sem řada zemí subsaharské Afriky výrazně zasažených epidemií HIV/AIDS; například v Jihoafrické republice by v roce 2005 v případě neexistence AIDS tvořily ženy ve věkové kategorii 15 až 49 let 33 % zemřelých.

Za rok 2005 činila odhadovaná úmrtnost dospělých žen v Botswaně 40 úmrtí na 1000 dospělých; bez vlivu AIDS by se odhadem jednalo o jedno úmrtí. U mužů se jednalo o 37 úmrtí na 1000 dospělých, což znamenalo, že poměr úmrtí dospělých žen a mužů v roce 2005 činil 0,9 ku 1,8.<sup>60</sup>

<sup>58</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 19-23

<sup>59</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 22

**Graf 4: Odhadovaný dopad AIDS na všeobecnou úmrtnost dospělých ve vybraných zemích pro muže a ženy za rok 2005<sup>61</sup>**



#### 2.2.4 Dětská úmrtnost a úmrtnost dětí do 5 let

Zhruba třetina až čtvrtina dětí narozených HIV pozitivním matkám je sama nakažena virem HIV. V období let 1995 až 2000 připadlo ve 38 afrických zemích s vysokou a mírnou prevalencí HIV u dospělé populace až 103 úmrtí dětí mladších než jeden rok na 1000 živě narozených; v případě absence AIDS by mělo jít o 99 úmrtí. Během roků 2020 až 2025 by potom v těch samých zemích mělo nastat 65 úmrtí dětí mladších jednoho roku; bez AIDS 61 úmrtí.

Za období 1995 až 2000 bylo ve výše uvedených státech zaznamenáno 172 úmrtí dětí mladších 5ti let na 1000 živě narozených; bez vlivu AIDS by se jednalo o 14 úmrtí méně. Během let 2020 až 2025 by mělo připadnout 108 úmrtí dětí mladších 5ti let na 1000 živě narozených; v případě absence AIDS by se mělo jednat o 92 úmrtí.

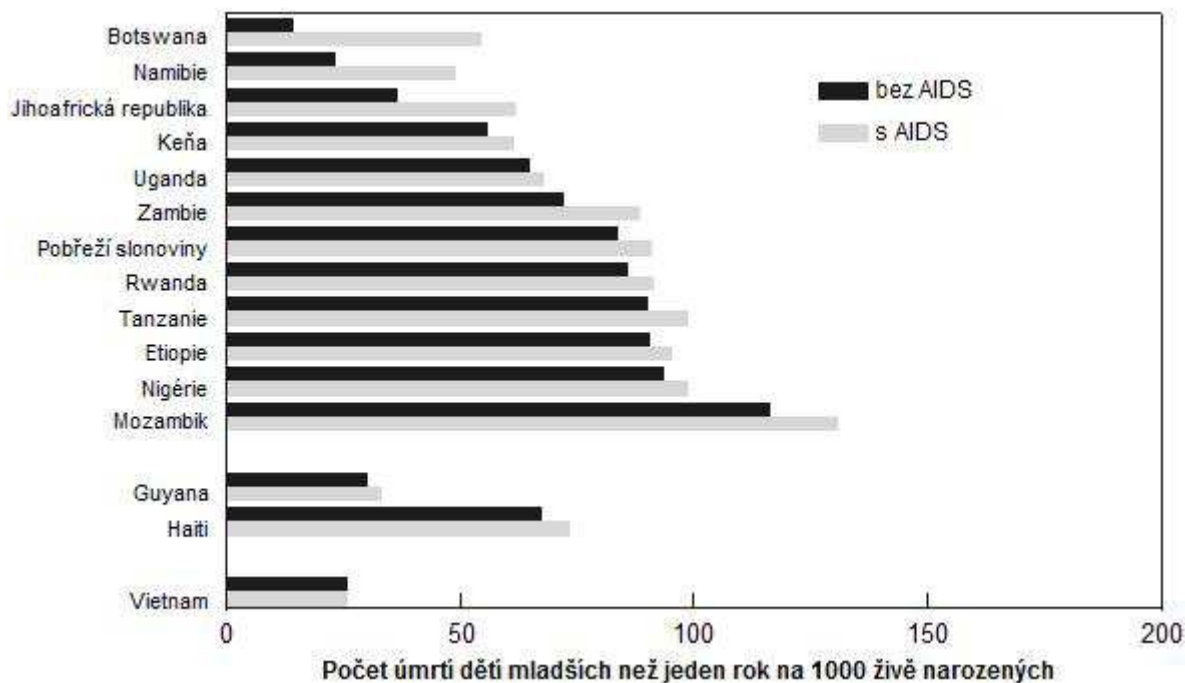
V letech 1995 až 2000 bylo podle UNPD v sedmi epidemiích HIV/AIDS nejvíce zasažených zemích subsaharské Afriky zaznamenáno 66 úmrtí dětí mladších než jeden rok na 1000 živě narozených; bez AIDS by úmrtí v uvedených státech bylo o 11 méně. Úmrtnost dětí do 5 let se ve zmiňovaných zemích za stejné období působením AIDS zvýšila o 36 %. Dětská

<sup>60</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 23

<sup>61</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 24

úmrtnost by se během roků 2020 až 2025 měla vlivem AIDS v uvedených státech zvednout až o 88 %.<sup>62</sup>

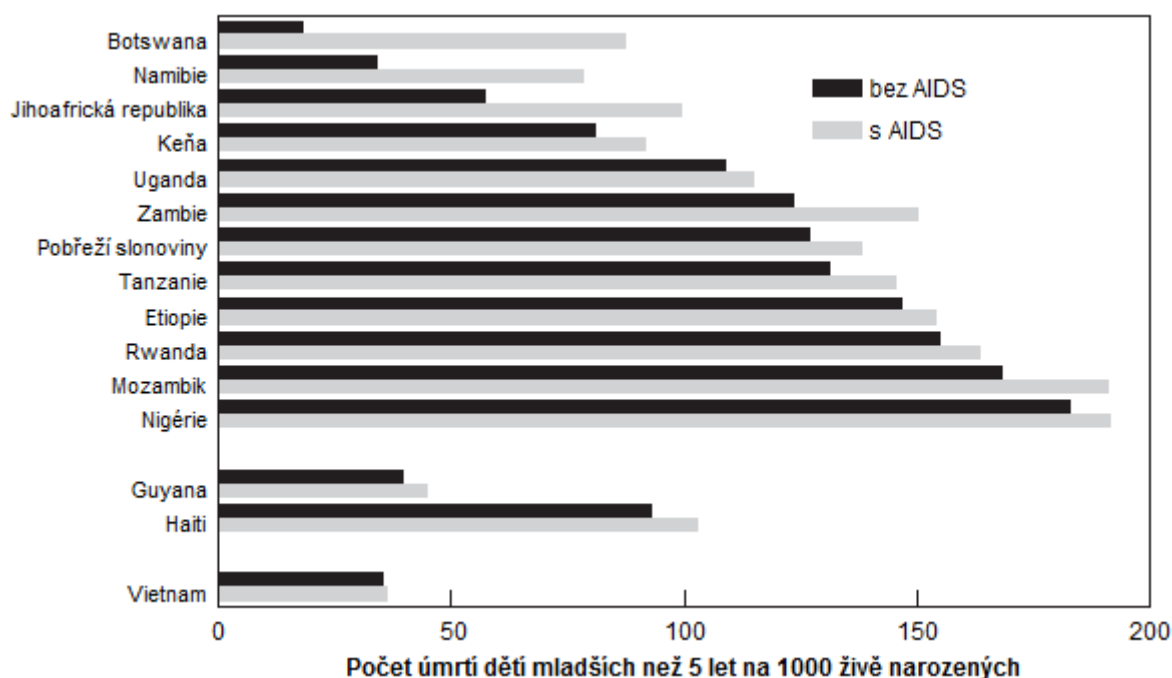
**Graf 5: Odhadovaný důsledek AIDS na úmrtnost dětí mladších než jeden rok ve vybraných zemích za rok 2005<sup>63</sup>**



<sup>62</sup> UNPD, 2004a, str. 21, 24

<sup>63</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 25

**Graf 6: Odhadovaný dopad AIDS na úmrtnost dětí mladších než 5 let ve vybraných státech za rok 2005<sup>64</sup>**



V subsaharské Africe je nyní odhadem 53,1 milionu sirotků. Sirotci tvoří v subsaharské Africe odhadem 12 % všech dětí a jen za rok 2010 osiřelo 5,7 milionu dětí.<sup>65</sup>

Ve stejném regionu epidemie HIV/AIDS radikálně navyšuje počet dětí, které se staly sirotky kvůli AIDS. UNAIDS takové sirotky označuje jako děti mladší 15ti let, kteří zásluhou AIDS přišli o oba nebo jednoho rodiče. Již na konci roku 2001 žilo těchto sirotků v subsaharské Africe 11 z celosvětových 14 milionů. Nejvíce jich bylo v Nigérii (1 milion), Etiopii (990 tisíc), Demokratické republice Kongo (930 tisíc), Keni (890 tisíc) a Ugandě (880 tisíc).<sup>66</sup>

Počet dětí mladších 17ti let, kteří díky AIDS přišli o rodiče, činil podle UNAIDS v roce 2009 16,6 milionů, z nich téměř 90 % žilo v subsaharské Africe.<sup>67</sup> Nejvíce – 2,5 milionu jich žilo v Nigérii (2,5 milionu), Jihoafrické republice (1,9 milionu), Tanzanii (1,3 milionu), Keni (1,2 milionu) a Ugandě (1,2 milionu).<sup>68</sup> Podrobněji o problematice dětí, kteří se staly sirotky v důsledku AIDS, pojednává kapitola 2.3.

<sup>64</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 26

<sup>65</sup> SOS CHILDREN'S VILLAGES, 2011

<sup>66</sup> UNPD, 2004a, str. 24

<sup>67</sup> UNPD, 2010d, str. 112

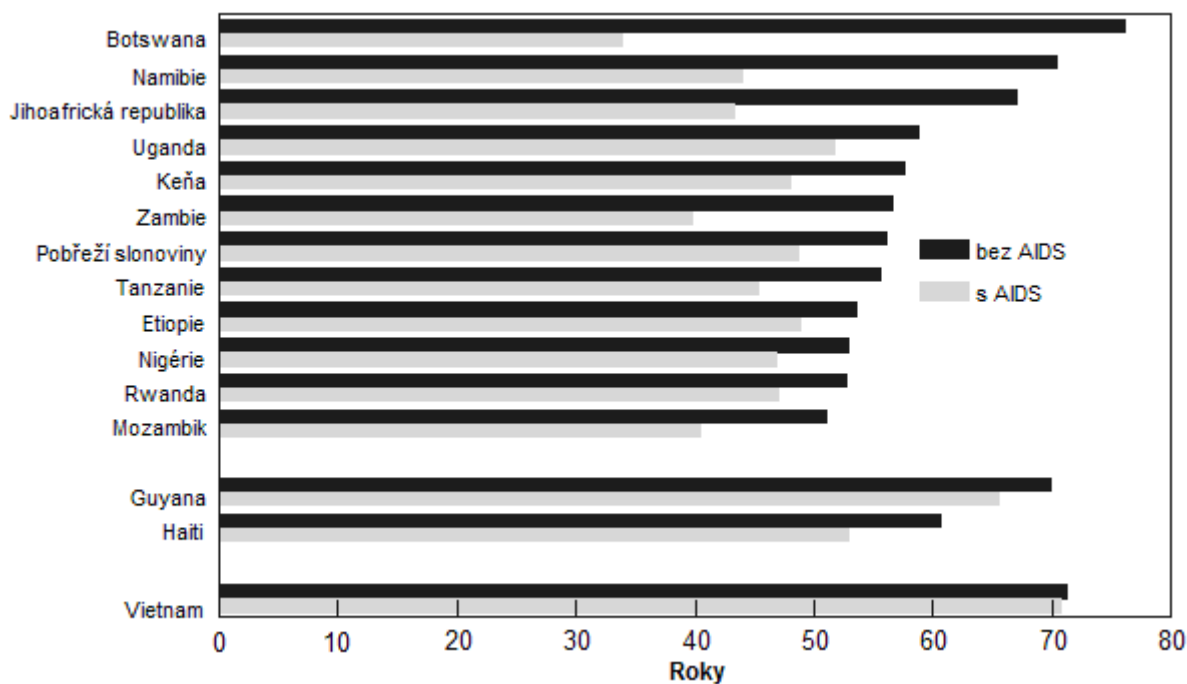
<sup>68</sup> UNAIDS, 2010e, str. 186

## 2.2.5 Střední délka života při narození

Epidemie HIV/AIDS má zvláště velký dopad na střední délku života při narození. Tento ukazatel se započítává do mnoha indikátorů prosperity, např. do indexu lidského rozvoje (Human Development Index - HDI). Za posledních více než 50 let byla v subsaharské Africe většina pokroku v lidském rozvoji měřeného HDI dosažena především díky vzrůstající střední délce života při narození. Dle odhadu je dopad, který má HIV/AIDS na HDP na obyvatele z hlediska blahobytu méně závažný než jeho důsledek pro střední délku života při narození. V roce 2005 byla ve vybraných státech subsaharské Afriky odhadovaná průměrná střední délka života při narození na 45 let (viz graf č. 8. a příloha č. 1). Bez AIDS by v nich byla v průměru o 14 let vyšší a ve všech z nich by činila odhadem 50 a více let.

Epidemie HIV/AIDS by měla do 10ti let v některých zemích subsaharské Afriky snížit odhadovanou střední délku života při narození jen na přibližně 30 let. Podle Epsteina by v Jihoafrické republice měla být do roku 2015 střední délka života při narození 44,5 roku; bez AIDS 70 let. V sousední Namibii by do roku 2015 měla střední délka života při narození činit odhadem 38,5 roku; v případě absence AIDS 67 let. V Botswaně by měla dosahovat jen 35ti roků.; bez AIDS až o 45 let více.<sup>69</sup>

**Graf 7: Odhadovaný důsledek AIDS na střední délku života při narození ve vybraných státech za rok 2005<sup>70</sup>**



<sup>69</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 27

<sup>70</sup> Epstein, B. G., 2004, str. 28

## 2.3 Sociální dopady

V řadě oblastí subsaharské Afriky trvá nebezpečí sociální destabilizace zapříčiněné poškozením přirozené sociální soudržnosti na úrovni komunit postihnutých HIV/AIDS i celé společnosti, což je důsledek překročení únosnosti přirozené sociální sítě, kterou představuje rozšířená rodina. V rodinách zasažených HIV/AIDS se zvyšuje sociální (růst domácího násilí, rozpad rodin, atd.) nebo psychologický stres. Stigma spojené s HIV/AIDS dále pomáhá růstu sociálního stresu. K navýšení stresu ve společnosti může přispět i očekávaná smrt mnoha vůdčích osobností na AIDS. Zatímco v euroamerické společnosti se obvykle kryjí nukleární rodiny s domácnostmi, v africké společnosti zaujímá velkou ekonomickou a sociální úlohu rodina rozšířená. Funkci přirozené sociální sítě v této rozšířené rodině zastává příbuzenstvo. Únosnost rozšířené rodiny začíná být i díky epidemii HIV/AIDS překračována v mnoha státech subsaharské Afriky. Následnému zhoršení kvality života nejchudších obyvatel předchází ještě narušení sociální koheze a s tím související rozšiřování chudoby.<sup>71</sup>

Při onemocnění členů rodiny se o ně děti musí postarat, dále jsou často nuceny i k většímu podílení se na zajišťování finančních prostředků a stravy pro domácnost. Zajištění bydlení, potravy, základní zdravotní péče nebo oblečení je pro tyto děti velice obtížné. Děti, jež se staly sirotky následkem AIDS, je nejvíce v Africe, neboť zde nemoc z velké části zabíjí rodiče. Řada dětí tak kvůli AIDS často zůstane z rodiny sama a některé odejdou k příbuzným. Řešením výše zmíněné situace je pro mnoho lidí institucionální péče. Alternativou k ní je například posílání členů církevních skupin do domácností sirotků.<sup>72</sup>

V domácnosti zasažené AIDS je ve velkém ohrožení také zdraví a vzdělání dětí. Kupříkladu ve vesnici Tororo v Ugandě až 80 % dětí přestalo navštěvovat školu potom, co jejich domácnosti postihl AIDS. I vzhledem k úmrtí živitele rodiny na AIDS stoupá neschopnost splácet školné či se zvyšuje potřeba dětské práce, a tím jsou rodiny zasažené AIDS často nuceni brát své děti ze škol. V rodinách, kde dojde k úmrtí matky klesá podle ve venkovských oblastech Zimbabwe podíl dětí navštěvujících školu ze 100 až na 93 %. V městských oblastech je pokles ještě vyšší – z 98 na 80 %. Pravděpodobnost odebrání dítěte ze školy je vyšší u chudších rodin. Jedna studie z Tanzanie dokládá, že u domácností, jež zažily úmrtí ženy ve věku 15 až 50 let v předchozích 12ti měsících, je mnohem menší pravděpodobnost, že budou děti navštěvovat školu. Naopak spojitost mezi úmrtím mužů od 15 do 50 let a školní docházkou prokázána nebyla. Úmrtí žen má zvláště vážné dopady pro

<sup>71</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 21, 23

<sup>72</sup> AVERT, 2011f

děti, neboť ženy jsou v rodinách hlavní ošetřovatelé, zatímco smrt dospělých mužů představuje větší důsledky spíše pro příjem domácností.

Pokud by děti zůstaly ve svých původních rodinách zasažených HIV/AIDS, ocitly by se často také v nepříliš dobrých ekonomických podmínkách, a proto je mnoho dětí z těchto rodin posíláno ke svým příbuzným.<sup>73</sup>

Pokud někdo onemocní AIDS, pak je obvykle odpovědností ženy se o něho postarat. Až dvě třetiny všech ošetřovatelů lidí s HIV a AIDS jsou v Africe ženy. Kromě péče o děti a starší lidi, vaření, uklízení a dalších činností, které ženy v domácnostech vykonávají, je ošetřování osob s HIV/AIDS jen jejich další zátěží. Až o třetinu větší celkové pracovní zatížení může pro danou osobu představovat jen samotná péče o nemocné rodiče, děti či partnera. Mnoho rodin postižených AIDS trpí chudobou i z důvodu velkého pracovního vytížení žen. Hlavní zodpovědnost po rodičích nemocných AIDS často přebírá jejich dcera. Její školní povinnosti v tomto případě jdou stranou.<sup>74</sup>

V zemích s nejvyšší prevalencí HIV v dospělé populaci je obvykle i nejvyšší podíl osiřelých dětí. Podle průzkumu provedeného v 17ti státech subsaharské Afriky v letech 1995 až 2000 je na tomto území přibližně 10 % dětí mladších 15ti let, jež přišly o jednoho nebo oba rodiče; v průměru navíc existuje více než dvakrát větší pravděpodobnost, že zmíněné děti ztratí otce i matku.

U dětí, s žijícími rodiči, z nichž alespoň jeden je rodič biologický, bylo dle jednoho průzkumu více pravděpodobné, že budou navštěvovat školu, než v případě sirotků, kterým zemřeli oba rodiče. V subsaharské Africe z dětí ve věku 10 až 14 let, které měly ještě žijící oba rodiče, a kde aspoň jeden byl biologický, navštěvovalo školu 71 % z nich; podíl dětí, které ztratily oba rodiče a navštěvovaly školu byl 60 %. Obecně byl u dětí, jež přišly o oba rodiče, zjištěn více stížený přístup ke vzdělání než u dětí, kterým zemřel jen jeden rodič. Podle průzkumu provedeného ve 40 zemích subsaharské Afriky byla v zemích s nízkou školní docházkou nejmenší dostupnost vzdělání právě pro sirotky.

Děti, ať už chlapci nebo dívky, mají díky osiřelosti podobně znesnadněný přístup ke vzdělání.

Život v chudých domácnostech a rodinách vedených ženou je častější u sirotků, než u ostatních dětí. K zajištění lepšího přístupu ke vzdělání, ochrany či přátelství se často řeší již zmíněnou pomocí přízných.

---

<sup>73</sup> UNPD, 2004b, str. 45, 47, 51

<sup>74</sup> AVERT, 2011e



O děti, z nichž se staly sirotci, se v mnoha státech postihnutých epidemií HIV/AIDS starají starší lidé. Následkem svých ošetrovatelských povinností jsou často starší lidé pod velkým fyzickým tlakem a emocionálním a finančním stresem. Navíc tito lidé často sami potřebují péči v době, kdy se starají o jiné.

U dětí, kteří se staly sirotky důsledkem AIDS, je ale méně pravděpodobné, aby pobývali u jiných příbuzných než u prarodičů. V některých afrických zemích žije 10 až 25 % obyvatel starších 60ti let v domácnostech, které tvoří jen prarodiče a jejich vnoučata. V Malawi a Rwandě žije dokonce přes 30 % starších žen v domácnostech, kde jsou jen prarodiče se svými vnoučaty.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> UNPD, 2004b, 45, 47-48

### 3 Socioekonomické souvislosti demografických dopadů

Demografické důsledky epidemie HIV/AIDS mají celou řadu socioekonomických spojitostí, mezi něž patří i ty socioekonomické. Zmíněné socioekonomické souvislosti demografických dopadů AIDS jsou velmi komplexní a zasahují a vážně ovlivňují velkou část oblastí lidské činnosti. V této kapitole jsou uvedené spojitosti rozděleny nejprve na oblast obecně makroekonomickou, dále na sféru domácností, zemědělství, firem, zdravotnictví, školství a některých dalších vybraných sektorů ekonomiky. V závěru uvedené kapitoly je ve stručnosti pojednáno o environmentálních souvislostech.

#### 3.1 Makroekonomická úroveň

HIV/AIDS významně oslabuje determinanty ekonomického růstu – sociální, lidský a fyzický kapitál, čímž značně ovlivňuje celkový rozvoj. Vliv HIV/AIDS na růst hospodářství v makroekonomickém měřítku je vzhledem k dlouhé inkubační době viru HIV velmi pozvolný. Epidemie HIV/AIDS značně ovlivňuje efektivnost a kvalitu regulací řady institucí, včetně vlády.

Rodinné úspory domácností se činností HIV/AIDS budou změnšovat. Vzhledem k nižší očekávané délce života budou lidé méně investovat na stáří. Náklady na nemoc AIDS a choroby s ní související podstatným způsobem zatěžují státní rozpočty zemí. Kvůli fiskálním nákladům na epidemii HIV/AIDS mohou některé státy přistoupit na zvýšení daní či osekání některých výdajů, a tak může nastat i zvýšení schodku rozpočtu. Snížené úspory vlád a domácností způsobují nižší příjmy, nižší investice a pomalejší růst HDP a možná také jeho pokles vedoucí k nižšímu ekonomickému růstu.<sup>76</sup> V některých zemích AIDS způsobuje až 1,5%ní snížení HDP ročně, což znamená 31%ní zmenšení ekonomiky za 25 let.<sup>77</sup>

HIV/AIDS vážně ovlivňuje kvalitu a kvantitu dostupných pracovních sil, neboť z velké části postihuje osoby v ekonomicky aktivním věku. Ztraceny jsou tak celé generace státních úředníků, zdravotních pracovníků, učitelů, atd. Ohrožen epidemií HIV/AIDS je často i přenos tradičních znalostí z generace na generaci, zvláště v rodinách, kde dojde k úmrtí matky.

Jak již bylo zmíněno výše, epidemie HIV/AIDS značně působí také na kapitál sociální. Pomáhá rozbíjet tradiční podpůrné mechanismy (např. rozšířená rodina a komunita) nebo sociální sítě i snižovat účinnost právnických a jiných institucí.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> UNECA, 2000

<sup>77</sup> AVERT, 2011f

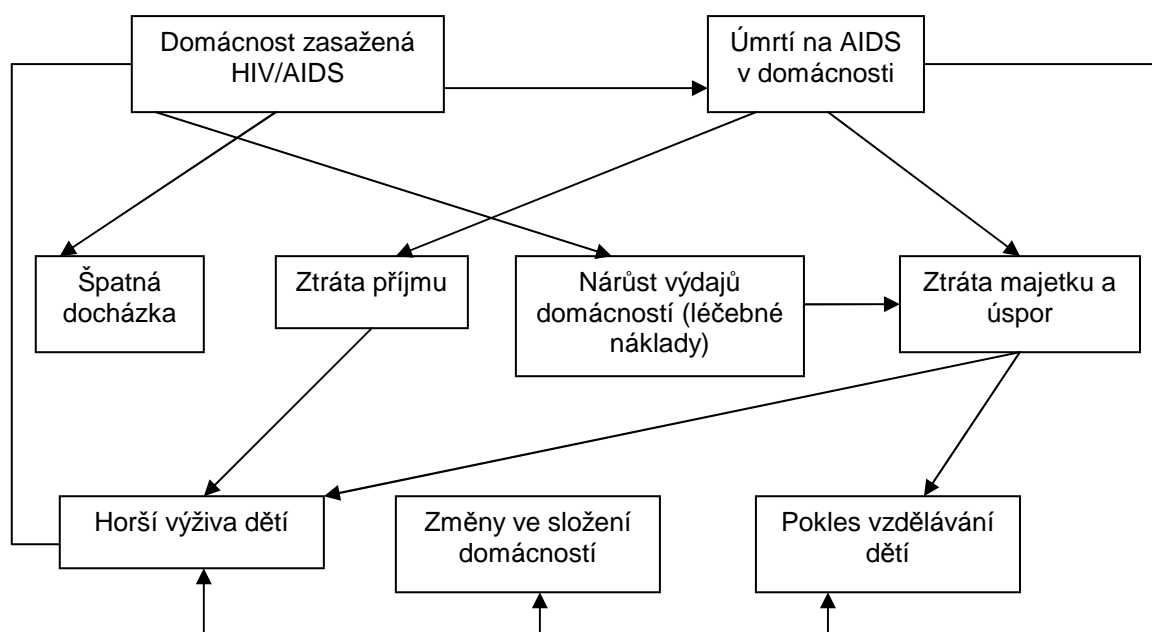
<sup>78</sup> UNECA, 2000

### 3.2 Socioekonomické souvislosti demografických dopadů u domácností

V rodinách, kde nastalo během předchozích dvanácti měsíců úmrtí dospělého, šlo podle jedné studie z Tanzanie 8 % veškerých výdajů domácností na zdravotní péči a pohřby. Pouze 0,8 % útraty rodiny na pohřby a zdravotní péči pak bylo zaznamenáno v domácnostech, kde ke smrti dospělého nedošlo. Další častý negativní dopad epidemie HIV/AIDS představuje podle zmíněné studie i snížení remitencí. Odchod dětí ze škol za účelem snížení nákladů na vzdělání a pomoci v domácnosti je tak pro mnoho rodin aspoň částečná kompenzace výše uvedených finančních nepříjemností.

Dle studie zkoumající 25 venkovských rodin postižených AIDS v Etiopii dosahoval průměrný příjem domácností často jen přibližné výše standardních léčebných a pohřebních nákladů rodiny.<sup>79</sup>

Graf 8: Konceptuální rámec pro socioekonomické dopady epidemie HIV/AIDS na domácnosti podle UNPD<sup>80</sup>



<sup>79</sup> Stover, J., Bollinger, L., 1999, str. 4

<sup>80</sup> UNPD, 2004b, str. 40

**Tabulka 5: Typologie možných dopadů HIV/AIDS a reakcí domácností dle Kašové a kol.<sup>81</sup>**

	<b>Infekce HIV</b> (5 až 10 let)	<b>Onemocnění AIDS</b> (2 až 3 roky)	<b>Smrt</b>	<b>Dlouhodobé následky</b>
<b>Produkční a výdělečná kapacita</b>	změna v organizaci aktivit  výběr/změna bydliště	snížení produktivity nemocného  reorganizace výdělečných aktivit  ztráta/snížení výdělku	ztráta výdělku nemocného	změny v alokaci práce
<b>Spotřeba a investice</b>	formální/neformální pojištění  prevence zdravotní péče  kumulace úspor	náklady na zdravotní péči  čerpání úspor  změny ve spotřebě i investicích  dary, transfery	náklady na pohřeb  dary, transfery  právní poplatky	změny v typu a množství spotřeby a investic
<b>Zdraví a složení rodiny</b>	změna v počtu členů domácnosti  nakažení životního partnera  snížení plodnosti	péče o nemocného  závislost nemocného na okolí	ztráta členů rodiny  psychologický stres	rozpad/změny ve složení rodiny  migrace  zhoršení zdravotního stavu

### **3.3 Socioekonomické souvislosti demografických dopadů v zemědělství**

V zemích nejvíce zasažených HIV/AIDS žije velká většina obyvatel ve venkovských oblastech. Obživu až pro více než 70 % populace představuje v řadě afrických států zemědělství a další jiná povolání typická pro rurální oblasti. V těchto zemích, a zvláště ve státech, kde se při produkci velmi spoléhají na pracovní sílu, lze proto předpokládat, že tam epidemie HIV/AIDS způsobí vážné škody v zemědělském sektoru.

Zemědělství je epidemií HIV/AIDS ovlivněno v mnoha ohledech. Nemoci související s HIV/AIDS a ztráta pracovních sil zapříčiněná úmrtími na AIDS vedou k absentismu, který může dále způsobit ubývání ploch obdělávané půdy a klesající výnosy vedoucí k nižší potravinové produkci a potravinové nejistotě.

Zmenšování rozmanitosti úrody a změny v polním systému, zejména nahrazení systémů náročných na pracovní síly těmi méně náročnými představuje jeden z dalších možných negativních dopadů uvedené ztráty pracovních sil. Po přechodu na plodiny méně náročné na lidskou práci lidé často přechází na málo výživnou a nepříliš pestrou stravu.

<sup>81</sup> Kašová, K., Dvořáček, J., Mojžíšová, A., 2003, str. 23

K významnému snížení velikosti sklizně dochází i vlivem ztráty pracovníků, kteří jsou během klíčového období sázení a sklizení pracovně indisponováni v důsledku HIV/AIDS.

Jakmile jsou členové zemědělských rodin zasaženi nemocí a neschopni přenášet své znalosti dalším generacím, nastává i citelná ztráta vědomostí o tradičním zemědělství a často také ztráta pozemku.<sup>82</sup>

Od roku 1985 zemřelo ve 27 epidemiích HIV/AIDS nejvíce zasažených státech Afriky až odhadem 7 milionů lidí v zemědělském sektoru. Během dalších dvou dekad by jich mělo být ještě o 16 milionů více. V roce 2000 se úbytek pracovních sil v zemědělství v deseti nejvíce ovlivněných zemích Afriky pohyboval mezi 2,3 a 12,8 %; roku 2020 by se měl pohybovat od 10 až do 26 %.<sup>83</sup>

V Zimbabwe byl v rodinách zasažených AIDS zaznamenán až 50%ní propad zemědělské produkce. Kvůli AIDS nastal v Zimbabwe až 61%ní pokles produkce kukuřice drobných rolníků a komerčních farem.

V rodinách ve Svazijsku, kde minimálně jeden její dospělý člen zemřel na AIDS, došlo až k 54%nímu poklesu zemědělské produkce.<sup>84</sup>

Jedna studie zkoumala rozdíl vlivu úmrtí na AIDS podle regionů a výsledky ukázaly, že v Yirgalemu smrt na AIDS nejvíce ovlivnila sběr kávy, v Baherdaru orbu polí osetých plosem a například v Nazarethu sklizení miličky.

Odpovědnost za plení či sázení menších plodin nesou obecně ženy, a proto plnění těchto úkolů může být po její smrti velkým problémem.

Největší dopad HIV/AIDS na zemědělství v Malawi bude z dlouhodobého hlediska představovat vliv na dodávky kvalifikovaných pracovních sil. Rekrutování kvalifikovaných lidí bude i na národní úrovni stále obtížnější.<sup>85</sup>

Studie z Etiopie zjistila, že rodiny, kde není AIDS přítomen, tráví zemědělskými aktivitami o 50 až 66 % více času než rodiny, kde se AIDS vyskytuje.<sup>86</sup> Počet hodin, které rodina ovlivněná HIV/AIDS strávila týdně zemědělstvím byl dle studie z Etiopie 11 až 16 hodin, kdežto v rodině, kde HIV/AIDS netrpí nikdo, dosahoval čas věnovaný zemědělství více

---

<sup>82</sup> UNPD, 2004c, str. 61

<sup>83</sup> FAO, 2001

<sup>84</sup> UNPD, 2004c, str. 62-63

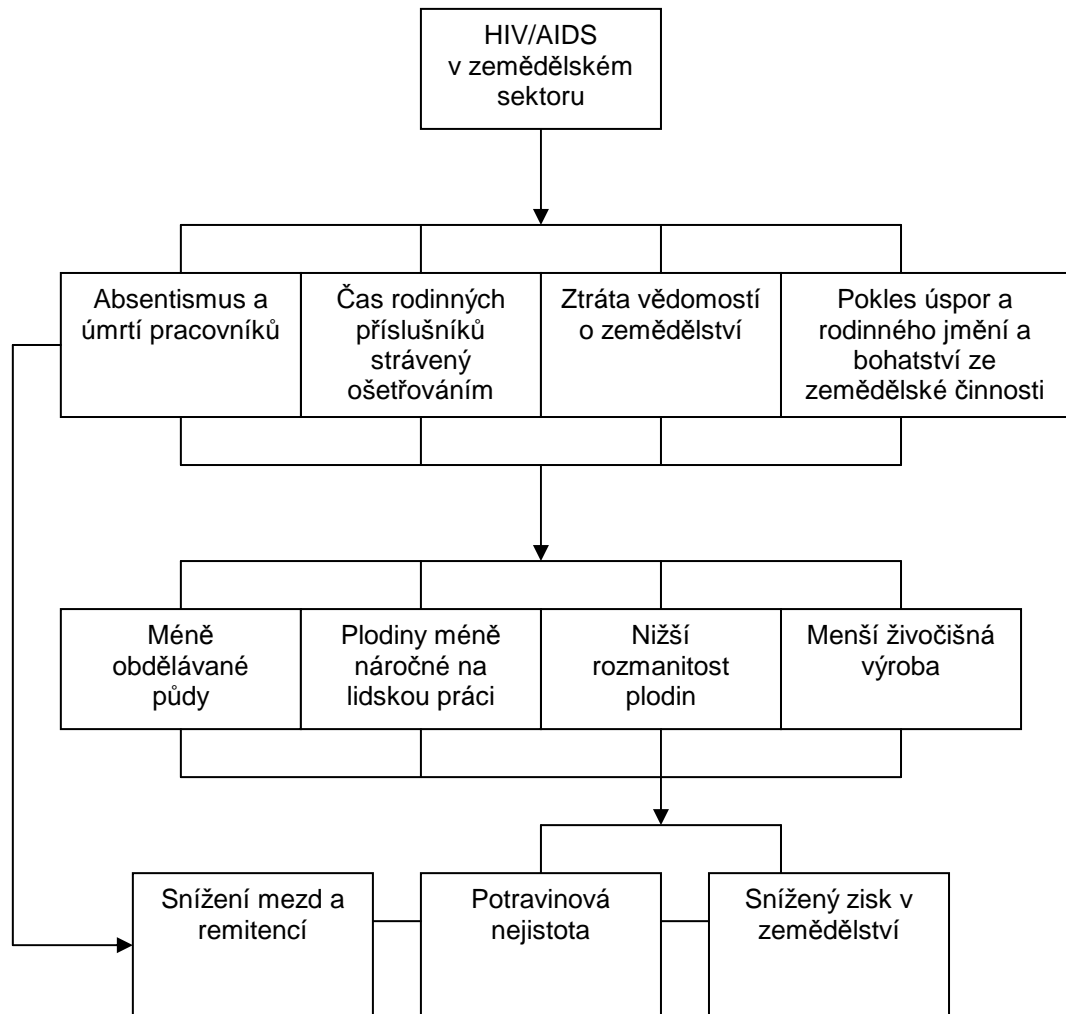
<sup>85</sup> Stover, J., Bollinger, L., 1999, str. 5-6

<sup>86</sup> FAO, 2001

než 33 hodin.<sup>87</sup> V Tanzanii byl kvůli nemoci manžela čas ženy věnovaný zemědělským činnostem až o 60 % nižší.<sup>88</sup>

Velký dopad na dobu věnovanou zemědělským činnostem měl v zemích těžce zasažených HIV/AIDS také samotný čas strávený hledáním lékařské péče pro nemocné.<sup>89</sup>

**Graf 9: Konceptuální rámec pro socioekonomické důsledky epidemie HIV/AIDS pro zemědělství podle UNPD<sup>90</sup>**



<sup>87</sup> UNPD, 2004c, str. 63

<sup>88</sup> FAO, 2011

<sup>89</sup> UNPD, 2004c, str. 63

<sup>90</sup> UNPD, 2004c, str. 62

### **3.4 Socioekonomické souvislosti demografických dopadů u firem**

Lidé infikovaní virem HIV jsou obvykle ti v nejlepších pracovních letech a ve výrobním procesu, proto důsledky HIV/AIDS pro firmy a obchod mohou být dosti významného rozsahu.

Vzhledem k tomu, že smrt na AIDS nastává převážně u osob v nejproduktivnějších letech, může úmrtí na AIDS vést přímo ke snížení množství disponibilních pracovníků. Dále jsou vlivem AIDS často starší a zkušenější pracovníci nahrazeni těmi mladšími a méně zkušenými, což mnohdy vede také k nižší produktivitě.

V době epidemie HIV/AIDS podnikům mnohdy hrozí, že přijdou i o výrobní postupy nahromaděné během mnoha let, neboť kvalifikovaní dělníci zastávající důležitá pracovní místa jsou touto epidemií mnohdy vážně ohroženi.

Jakmile pojišťovny v reakci na vysoký podíl obyvatel s HIV ve firmách zvyšují náklady na pojištění, zvýší se cena pojištění i pro firmy.

Když spolupracovníci onemocní a zemřou, morálka a produktivita zbývajících pracovníků může radikálně klesnout. Školení a nabírání nových sil, které by nahradily personál firem s HIV/AIDS, bývá z hlediska růstu nákladů stejně vyčerpávající jako výše uvedená smrt či onemocnění spolupracovníků.

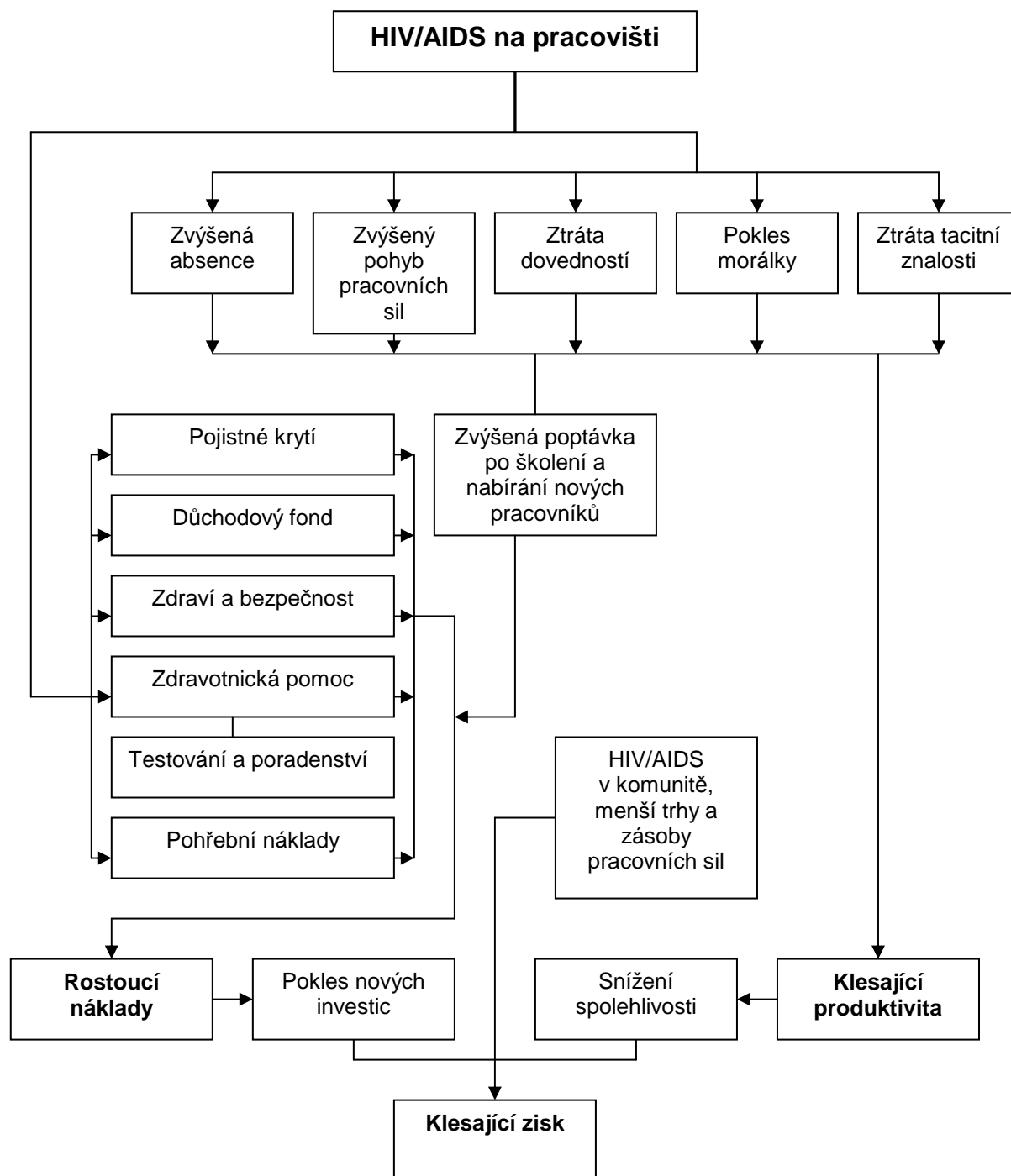
Řada firem je během epidemie HIV/AIDS zasažena poklesem poptávky po některém zboží; příčinou je i zchudnutí domácností. Nejen díky působení výše jmenovaných faktorů vykazují firmy výrazněji ovlivněné HIV/AIDS nižší zisky.<sup>91</sup>

Podle studie zkoumající řadu firem v Keňi a Botswaně jsou absence dělníků kvůli HIV/AIDS a zvýšené pohřební výdaje nejvýznamnější faktory ovlivňující nárůst mzdových nákladů.

Jiná studie ze Zimbabwe mimojiné uvádí, že hlavními výdaji jedné zkoumané dopravní společnosti jsou náklady na zdravotní péči. Až zhruba 20 % zisku firmy v roce 1996 potom odpovídalo jejím odhadovaným nákladům na HIV/AIDS. Zvýšené výdaje na zdravotní péči se na očekávaných nákladech firmy na HIV/AIDS podílely více než z jedné poloviny. Zhoršení morálky zaměstnanců, vytvoření většího napětí mezi dělníky a managementem a nedostatek kvalifikovaných pracovníků jsou podle uvedené zprávy jedni z eventuálních důsledků působení HIV/AIDS.

Epidemie HIV/AIDS vážně ovlivňuje i další náklady firem. Například až 31 % nárůst pojistného by v Zimbabwe mohlo způsobit splnění nároků jen jediného procenta pojištěných osob nakažených HIV.<sup>92</sup>

Graf 10: Konceptuální rámec pro socioekonomické dopady epidemie HIV/AIDS na firmy podle UNPD<sup>93</sup>



<sup>91</sup> UNPD, 2004d, str. 53

<sup>92</sup> Stover, J., Bollinger, L., 1999, str. 6-7

<sup>93</sup> UNPD, 2004d, str. 54



### **3.5 Socioekonomické souvislosti demografických dopadů ve zdravotnictví**

Existuje mnoho způsobů, jimiž je zdravotnictví negativně ovlivňováno epidemií HIV/AIDS – od vzrůstajícího počtu osob potřebujících lůžka v již tak podfinancovaných nemocnicích a klinikách s nedostatkem personálu až po samotnou smrt zdravotních pracovníků.

Mezi lety 1999 až 2005 ztratila Botswana kvůli AIDS přibližně 17 % své pracovní síly ve zdravotnictví. Podle výsledků z namátkového průzkumu z roku 2002 provedeného na vzorku zdravotních pracovníků pracujících v soukromém i veřejném sektoru ve čtyřech provinciích v Jihoafrické republice vyplývá, že z nich bylo 16 % HIV pozitivních. Odhadem až 20%ní podíl nakažených HIV byl u mladších zdravotníků ve věku 18 až 35 let.<sup>94</sup>

V jednom regionu státu Zambie bylo na základě údajů studie až 40 % porodních asistentek HIV pozitivních.<sup>95</sup> Mnoho zdravotních pracovníků navíc opouští svou profesi z důvodů nadměrného pracovního vytížení, v mnoha případech kombinovaného se strachem z nakažení.<sup>96</sup>

V subsaharské Africe je více než polovina nemocničních lůžek zabrána lidmi s onemocněním souvisejícím s HIV. Mnoho obyvatel není do nemocnic přijmuto z důvodu nedostatku lůžek. Krom toho HIV pozitivní pacienti tráví v nemocnici dle výzkumu z Jihoafrické republiky průměrně až čtyřikrát více času než pacienti ostatní.<sup>97</sup>

Další zátěž pro už tak přetížené zdravotnictví představuje i rostoucí přístup k antiretrovirální léčbě a s ní spojené náklady. Například celá pracovní doba téměř poloviny všech zdravotníků Tanzanie by byla zapotřebí k doručení antiretrovirální léčby ke každému, kdo ji v této zemi potřebuje.<sup>98</sup>

### **3.6 Socioekonomické souvislosti demografických dopadů ve školství**

Epidemie HIV/AIDS ovlivňuje sektor školství minimálně třemi způsoby: kvalitou vzdělání, poptávkou po vzdělání a nabídkou vzdělání.

Stručně řečeno, kvalita vzdělání, kterou školáci dostávají, se zhoršuje, méně učitelů je schopno učit a menší množství dětí se může zapsat do školy a získat základní znalosti a

---

<sup>94</sup> UNAIDS, 2006b, str. 95

<sup>95</sup> AVERT, 2011f

<sup>96</sup> UNAIDS, 2006b, str. 95

<sup>97</sup> AVERT, 2011f

<sup>98</sup> UNAIDS, 2006b, str. 95-96

dovednosti, jež potřebují. Počet učitelů v regionech zasažených HIV/AIDS klesá i díky jejich neochotě učit v takových oblastech.

Počet dětí, které vstoupily do škol se obecně výrazně sníží, pokud ty, jež se staly sirotky v důsledku AIDS odejdou ze škol, nezapíší se do nich nebo zápis do nich zpozdí. Úmrtí dětí a rodičů ovlivní výrazným způsobem školní docházku už jen z důvodu vyššího počtu dětí opouštějících školu za účelem péče o své nemocné příbuzné a také díky menšímu počtu dětí nastupujících do škol.<sup>99</sup>

Podle AVERT potom řada studií předpokládá, že u dětí s dokončeným základním vzděláním je zřejmě až dvakrát nižší pravděpodobnost nákazy HIV, než u dětí s minimálním nebo vůbec žádným vzděláním.<sup>100</sup>

HIV/AIDS nebo nemoci související můžou dětem školního věku způsobit i potíže v učení a zvýšenou absenci ve škole. Věku, kdy se děti zapisují do škol se obvykle nedožívají ti, kteří se nakazí virem HIV od svých matek během porodu nebo kojení.

Když jsou učitelé nepřítomni ve školách nebo natolik nemocní, že nejsou schopni provádět výuku stejné kvality jako před onemocněním, nastane pravděpodobně snížení kvality vzdělání. V době, kdy země s vysokým podílem osob s HIV/AIDS bojují s epidemií, příliv peněz do sektoru školství se často sníží, a také díky tomu se kvalita vzdělání zhoršuje.

Vzdělávací systém platí i značné náklady na přijímání nových zaměstnanců a jejich zaškolování a také velký počet nepracujících.

Kvalita vzdělání se snižuje i z důvodů smrti učitelů na AIDS, uvedných nákladů na školení nového personálu a následné větší závislosti vzdělávacího systému na méně kvalifikovaných učitelých s menším množstvím zkušeností. Smrt, ale i samotná absence učitele negativně působí na kvalitu výuky. Velký potencionální dopad pro učitele neinfikované HIV představuje i podíl příbuzných a kolegů s HIV/AIDS.

Problémům s nedostatkem učitelů čelí v subsaharské Africe vzrůstající řada zemí. Nemoci a úmrtí ovlivňují i finanční úředníky, administrativní pracovníky nebo plánování.

V roce 2000 žilo ve 22 státech subsaharské Afriky 28 % dospělé populace, která dokončila aspoň základní školu; roku 1970 to ale nebylo o mnoho méně – 16 %.<sup>101</sup>

Aby Tanzanie nahradila učitele, jež zemřeli, nebo odešli kvůli AIDS, potřebuje zhruba 45 tisíc nových učitelů. Podle tamních učitelských odborů se jedná především o zkušené učitele ve věku od 41 do 50ti let.

---

<sup>99</sup> UNPD, 2004e, str. 69

<sup>100</sup> AVERT, 2011f

Počet dětí, které v Jihoafrické republice navštěvují školu, se zmenšil, ačkoliv počet těch, jež do školy chodit mohou (6 až 18 let), se zvýšil. Svou úlohu v tom sehrálo i větší procento těch, jejichž přístup do škol je více omezen, tzn. sirotků, dívek a dalších.

Během let 1998 až 2003 klesl počet učitelů na veřejných školách o více než 5 %. Jedním z hlavních důvodů bylo společně s odchodem do důchodu, rezignací a emigrací i úmrtí během doby zaměstnání. Většinou byla smrt způsobená AIDS. Prevalence HIV je v Jihoafrické republice mezi učiteli ve věku 35 až 44 let 13 %, u 25 až 34letých až 21 %.<sup>102</sup>

Jedna studie z Jihoafrické republiky uvádí, že v sektoru vyššího vzdělání je HIV pozitivních pouze 1,5 % akademických pracovníků a 3,4 % studentů.<sup>103</sup>

Situaci v oblasti školství v subsaharské Africe se snaží změnit i některé významné iniciativy. Jedním z úmyslů MDGs a iniciativy Vzdělání pro všechny (Education for All - EFA) je i poskytnutí univerzálního přístupu k základnímu vzdělání. Aby bylo dosaženo tohoto záměru do roku 2015, muselo by se současné tempo pokroku ve školní docházce v subsaharské Africe zčtyřnásobit. Děti v Africe zapsaných do základní školy je v současnosti pouze 64 %.

Země nejvíce trpící AIDS tvoří více než polovinu těch, u nichž se nepředpokládá, že dosáhnou cíle do roku 2015. Největší překážkou v poskytování kvalitního vzdělání je podle Organizace OSN pro vzdělávání, vědu a kulturu (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation – UNESCO) HIV/AIDS společně s vysokou fertilitou a ozbrojenými konflikty.<sup>104</sup>

### **3.7 Ostatní vybrané souvislosti**

Sektorem zvláště důležitým pro prevenci AIDS a zároveň vůči němu velmi zranitelným je doprava. Jedním z jevů, které s sebou často nese budování a udržování dopravní infrastruktury je zvyšování pravděpodobnosti střídání sexuálních partnerů. Mnoho dnů a nocí mimo své rodiny totiž tráví řada pracujících v dopravě. Např. v Kamerunu jsou řidiči kamionů a autobusů na každé své pracovní cestě v průměru 14 dní pryč od své rodiny, když 25 % z nich má během těchto období sex každou noc, a 68 % při poslední pracovní cestě. Závažný dopad AIDS na dopravní sektor představují úmrtí vedoucích dopravy, neboť většina z nich má odbornou kvalifikaci, a jejich nahrazení je velmi obtížné.

---

<sup>101</sup> UNPD, 2004e, str. 69-71

<sup>102</sup> UNAIDS, 2006b, str. 97

<sup>103</sup> Ijumba, N., 2011

<sup>104</sup> UNAIDS, 2006b, str. 96-97

Pro mnoho zemí je klíčovým zdrojem deviz těžba. Dělníci často při těžbě pobývají delší časový úsek stranou svých rodin. Když se vrací domů, řada jich je nakažena virem HIV a dále ho šíří do své komunity. Těžba je vážně ohrožována AIDS i kvůli obtížnému nahrazování odborně vyškolených důlních inženýrů.<sup>105</sup>

### **3.7.1 Environmentální souvislosti**

Prostřednictvím lidské kapacity, managementu přírodních zdrojů a využití země ovlivňuje epidemie HIV/AIDS i životní prostředí. Existují velmi úzké vazby mezi ochranou přírody, lidskou kapacitou, živobytím na venkově a HIV/AIDS.

#### ***Organizace na ochranu přírody***

V zemích nejvíce zasažených epidemií HIV/AIDS způsobuje tato epidemie i ztrátu pracovníků organizací zabývajících se ochranou životního prostředí. Následkem úmrtí způsobených AIDS přišla podle Oglethorpe a Gelman nevládní organizace Wildlife and Environmental Society of Malawi až o 14 % svého personálu. Za období roků 2000 až 2006 ztratil Národní park Kasungu ve stejné zemi 17 svých zaměstnanců, což je 22 % ze všech. Výsledkem bylo výrazné snížení počtu slonů, buvolů a dalších druhů zvířat způsobené z velké části nekontrolovatelným pytláctvím. Kontinuita projektů nebo schopnost organizace dosahovat svých cílů tak mohou být při tak velkém podílu zemřelých zaměstnanců mnohdy vážně ohroženy.<sup>106</sup>

I personál organizací na ochranu přírody pracuje často dlouhou dobu a daleko od svých rodin, a je tak více náchylný ke střídání sexuálních partnerů, čímž se zvyšuje i jeho pravděpodobnost nákazy HIV.<sup>107</sup> Mezi tyto osoby patří: ti, kteří pravidelně cestují (řidiči); ti, jež pracují v odlehlých lokalitách i ti, kteří jsou dočasně mimo domov (školení, atd).

Následkem epidemie HIV/AIDS přichází velké množství organizací na ochranu přírody o velmi kvalifikovaný personál. U zaměstnanců organizací zabývajících se ochranou přírody představuje velký problém také zvyšující se pracovní absence způsobená návštěvou pohřbů a péčí o blízké nemocné AIDS.

Prostředky určené k ochraně přírody mohou být vlivem AIDS z velké části vynaloženy na pokrytí léčebných, zdravotnických a pohřebních nákladů nebo výdajů na zaškolení nových pracovníků.

---

<sup>105</sup> Stover, J., Bollinger, L., 1999, str. 8-9

<sup>106</sup> Oglethorpe, J., Gelman, N., 2007, str. 1-2

## **Komunity a management přírodních zdrojů**

Přírodní zdroje představují záchrannou síť sloužící pro mnoho domácností na venkově, které v důsledku AIDS ztratily pracovní síly v zemědělství a osoby výdělečně činné. Jakmile takto zasažené rodiny hledají alternativní živobytí, zvýší se zájem o rybaření, lov nebo těžbu uhlí. V domácnostech, kde se starají o nemocné, je také vyšší spotřeba vody, palivového dříví a léčivých rostlin. Kvůli mrtvím na AIDS se často zvyšuje i poptávka po rakvích a následkem toho také těžba dřeva.<sup>108</sup>

Zambie, Tanzanie, Malawi, Mozambik a Zimbabwe patří mezi státy s nejvyšší deforestací a zároveň je velká část jejich populace HIV pozitivní. V Mozambiku a Malawi je dle Timka v oblastech s vyšší prevalencí HIV zaznamenán výrazně rychlejší úbytek lesů než v místech, kde je podíl osob nakažených HIV nižší. Navíc na několika místech v Mozambiku a Malawi s vyšší prevalencí HIV byla zjištěna i nižší kvalita lesů.

Některé lesní plody umožňují lidem lépe snášet HIV/AIDS, neboť například detoxikují účinky léků užívaných při léčbě AIDS. Řada lesních produktů dále pomáhá chránit proti oportunním infekcím i zlepšit imunitní systém. Některé lesní plody obsahují vitamin A a C, zinek, železo nebo proteiny, což jsou pro lidi s HIV/AIDS látky velmi potřebné.<sup>109</sup>

Nepravdivá informace a mýtus, že konzumace želvích vajec léčí osoby s HIV/AIDS nebo jim dodává zdroj proteinu, vedla lidi v Kwazulu Natal v Jihoafrické republice k lovu těchto vajec. V některých oblastech tak došlo k rapidnímu poklesu želvích populací. Jejich vyhlazení a negativní ovlivnění biologické diverzity je proto jeden z velmi pravděpodobných budoucích scénářů. Mnoho lidí v Zimbabwe uvěřilo údajným léčivým účinkům afrických brambor proti AIDS, což mělo za následek jejich nadměrnou spotřebu. Byly sice zjištěny léčivé účinky brambor proti některým oportunním infekcím HIV/AIDS, ale i to, že AIDS neléčí.

Díky větším výskytům oportunních infekcí HIV/AIDS vzrostlo na mnoha místech, zvláště v chudých venkovských komunitách jako je například Caprivi v Namibii, využití léčivých rostlin. Ty, stejně jako kupříkladu lesní produkty, které nejsou ze dřeva, mohou ve zmíněných územích vymizet kvůli nevhodným metodám sběru a rostoucí sklizni.<sup>110</sup>

Výrazný environmentální dopad AIDS představuje i zmenšení tradičních znalostí a dovedností, jež bývají předávány z generace na generaci. V důsledku to může vyústit až

---

<sup>107</sup> Torell, E. et al., 2007, str. 6-7

<sup>108</sup> Oglethorpe, J., Gelman, N., 2007, str. 1-3

<sup>109</sup> Timko, J. A., 2010, str. 8

<sup>110</sup> Dwasi, J., 2002, str. 21-22

k vážným problémům s živobytím, neboť bez klíčových znalostí z oblasti zemědělství či rybolovu se mnoho obyvatel subsaharské Afriky jen stěží obejde. Ztráta znalostí a dovedností o managementu přírodních zdrojů a udržitelném využití země vede i k nižší produktivitě a degradaci přírodních zdrojů. Například velmi mladí nezkušení rybáři musí vykonávat svou profesi dávno předtím, než by měli, protože jejich starší a zkušenější kolegové zemřeli na AIDS. Nepsané zákony, které po generace pomáhaly rybářům zajistit si své živobytí bez patrnějších zásahů do životního prostředí a pobřežní biodiverzity jsou ale mladší generaci kvůli AIDS obecně méně známy a pokud ano, tak je méně respektují.<sup>111</sup>

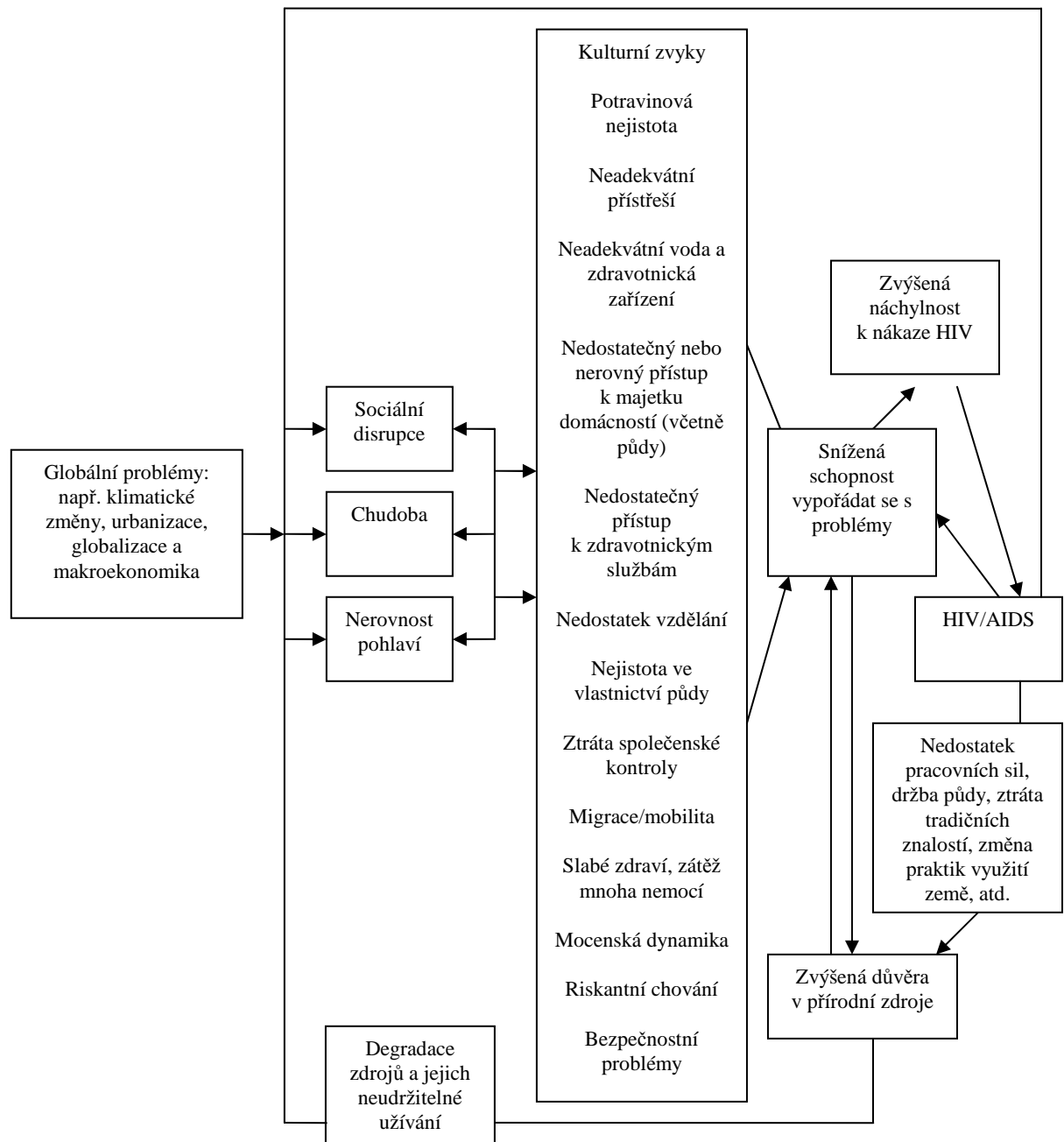
Existuje řada jiných příkladů, kdy absence tradičních vědomostí vedla k ničení biologické diverzity. Kupříkladu bez tradičních znalostí využití léčivých rostlin může dojít k negativnímu ovlivnění biologické diverzity už jen tím, že dojde k nižším investicím na ochranu těchto rostlin.<sup>112</sup>

---

<sup>111</sup> Torell, E. et al., 2006, str. 802

<sup>112</sup> Dwasi, J., 2002, str. 23

**Graf 11: Vazby mezi HIV/AIDS a životním prostředím na úrovni komunit<sup>113</sup>**



<sup>113</sup> Bolton, S., Talman, A., 2010, str. 32

## Využití země

Když příjmy domácností klesají a pracovní síla v zemědělství mizí, rodiny často hospodaří s menšími vstupy a extenzivněji. Výsledkem může být větší využití ohně a jiné chování více poškozující životní prostředí.<sup>114</sup>

Častým problémem v Nyamabale Parish v Ugandě a v Caprivi v Namibii je zabírání půdy sirotky a vdovami. Jedním z etnik, které toto způsobují, je lid Siyeyi, neboť nedovoluje vdovám a jejich dětem zůstat a obdělávat půdy, jež patřily jejich zemřelým manželům, ale nutí je k návratu k rodičům ovdovělých žen. Takovéto praktiky přispívají k horšímu managementu přírodních zdrojů. Tradiční formy managementu přírodních zdrojů a ochrany přírody i komunitní management přírodních zdrojů (Community Based Natural Resource Management – CBNRM) jsou založeny na komunitních sociálních strukturách, které jsou i takovými změnami ve využití země ničeny.

Zemědělská produkce drobných rolníků ve venkovských oblastech Keni se podle studie zkoumající dopady HIV/AIDS na zemědělskou produkci zmenšuje a více půdy se nechává ležet ladem. Pole jsou neobdělávána, neboť je méně lidí na vykonávání zemědělských činností. Tento stav je ale prospěšný jen z krátkodobého hlediska.<sup>115</sup>

Určitou prognózu budoucího vývoje epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe vytvořil v roce 2006 Gould, který stanovuje dva základní faktory, které na ní působí. Prvním z nich je „kapacita“, jejíž proměnnými je např. změna chování, způsob politické správy nebo chudoba. Druhý potom představuje „vystavení se vlivu“, jehož proměnnými jsou mobilita a lokace.

AIDS v Subsaharské Africe se potom dle Goulda může ubírat podle třech scénářů. V prvním z nich se předpokládá, že HIV se bude šířit dále, neboť nedojde k uskutečnění žádných podstatných kroků pro zastavení jeho šíření.

Druhý scénář počítá se zavedením některých důležitých opatření – větší dostupností lékařských center a ARVs či osvěty ke změně chování. Scénář uvádí možnost záchrany až 25 milionů životů do roku 2025.

---

<sup>114</sup> Oglethorpe, J., Gelman, N., 2007, str. 4

<sup>115</sup> Dwasi, J., 2002, str. 23-24



Podle posledního scénáře může být do roku 2025 zachráněno až 45 milionů životů, protože předpokládá velmi významné změny většího rozsahu, než ve druhém scénáři. Mezi základní podmínky zdárného boje proti epidemii HIV/AIDS v Africe potom tento scénář uvádí posílení humanitární pomoci, podporu změny chování, zlepšení politického spravování anebo snížení chudoby.<sup>116</sup>

Lidé ze subsaharské Afriky sice budou pociťovat důsledky epidemie HIV/AIDS ještě celou řadu let, v posledních letech ale dle AVERT dochází k postupnému zesílení národního i mezinárodního úsilí v boji proti ní. Do budoucna je třeba rozšíření i zlepšení již úspěšných preventivních kampaní, poskytování ARVs i antiretrovirální léčby. Kampaně na prevenci AIDS ale chybí v mnoha oblastech, a jak již bylo zmíněno výše, velké části potřebných se nedostává antiretrovirální léčby, přestože se jejich počet výrazně snižuje. V tomto ohledu tedy podle AVERT zatím neplatí minimálně výše zmíněný první Gouldův scénář budoucího vývoje AIDS v subsaharské Africe.<sup>117</sup>

---

<sup>116</sup> Preis, J., 2008, str. 38-39

<sup>117</sup> AVERT, 2011f

## 4 Případová studie – Botswana

### 4.1 Základní popis stavu HIV/AIDS a příčiny šíření

Z afrických zemí má v současnosti Botswana jeden z nejvyšších národních produktů, vláda Botswany provádí rozumnou rozpočtovou politiku a v zemi panuje velká míra ekonomické svobody.<sup>118</sup> V roce 1966 začal existovat samostatný stát Botswana, a od té doby si udržuje jeden z nejvyšších ekonomických růstů, a to i navzdory situaci v roce 2009, kdy ekonomika Botswany zažila velký pokles. Dnes je zemí se středními příjmy, ačkoliv bývala jednou z nejchudších na světě. Na tomto zbohatnutí se významně podepsala i rozpočtová disciplína. V rozvoji Botswany hrála po získání nezávislosti velkou úlohu těžba diamantů, jež tvoří přibližně polovinu příjmů státní pokladny, 70 až 80 % zisků z exportu a více než třetinu HDP. Klíčovými sektory jsou dále finanční služby, samozásobitelské zemědělství nebo cestovní ruch.<sup>119</sup>

Přes veškeré nejen ekonomické úspěchy, jichž Botswana od své samostatnosti dosáhla, se v zemi od 80. let velmi rozšířila epidemie HIV/AIDS a napáchala mnoho škod na obyvatelstvu i ekonomice. V porovnání s jinými méně rozvinutými státy ze subsaharské Afriky i z jiných oblastí je přitom Botswana zemí nejvíce zasaženou epidemií HIV/AIDS. Tento paradoxní stav je jedním z důvodů, proč je Botswana předmětem této případové studie.

V roce 1985 byl zaznamenán první případ AIDS v Botswaně. Reakci státu na epidemii HIV/AIDS lze rozdělit do čtyřech fází. V první fázi (1987-1989) se Botswana zaměřila především na kontrolu krve s cílem zmenšit nebezpečí přenosu HIV krevními transfúzemi.

Další fáze (1989-1997) a tzv. The first Medium Term Plan (MTP), spočívaly v tvorbě vzdělávacích programů či poskytování informací. Boj s HIV/AIDS byl ale v této fázi příliš úzce zaměřen. V roce 1993 byl vládou přijat tzv. Botswana National Policy on AIDS, plán na zmenšení dopadů AIDS v Botswaně.

Během třetí fáze (1997-2002) se zvyšoval počet způsobů, jimiž se Botswana snažila potírat HIV/AIDS. Patřila sem komplexní péče zahrnující poskytování antiretrovirální léčby, prevence a vzdělávání. V průběhu třetí fáze byl přijat také The second Medium Term Plan (MTP II), jenž usiloval i o snížení dopadů HIV/AIDS ve všech oblastech společnosti, a nejen o zmenšení počtu osob infikovaných HIV.

---

<sup>118</sup> Telička, M., 2010

<sup>119</sup> CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2011

Poslední fáze trvá od roku 2003 a za koordinaci boje proti HIV/AIDS na národní úrovni byla zodpovědná The National AIDS Co-ordinating Agency (NACA). Multisektorový boj proti HIV/AIDS řídil v letech 2003 až 2009 První národní strategický rámec, který také vymezoval roli všech subjektů a poskytoval jim návod jak postupovat. Během tohoto období nastala řada pokroků, jako je poskytování antiretrovirálních léků prostřednictvím veřejného sektoru, zvýšení počtu center dobrovolného poradenství a testování či zavedení rutinního testování na HIV. V roce 2009 byl dokončen Druhý národní strategický rámec, jenž je návodem jak čelit HIV a AIDS v Botswaně mezi lety 2010 až 2016.

Na boj proti HIV/AIDS v Botswaně bylo roku 2008 utraceno přibližně 340 milionů USD. Až 66 % z této částky bylo poskytnuto vládou Botswany, což je podstatně větší podíl, než u jiných států subsaharské Afriky, které se spoléhají hlavně na zahraniční donory. Nejvýznamnější iniciativy podporované zahraničními dárci jsou African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP) a A United States – Botswana Partnership (BOTUSA).<sup>120</sup>

ACHAP představuje partnerství mezi Nadací Billa a Melindy Gatesových, Nadací společnosti Merck a vládou Botswany. V současnosti se zaměřuje na čtyři strategické oblasti: rozšiřování poradenství a testování na HIV, včetně služeb po testu na HIV; zvýšení prevence HIV; podporování advocacy, mobilizace a empowermentu lidí s AIDS a na podporu antiretrovirálního programu.<sup>121</sup>

BOTUSA je partnerství mezi vládou Botswany a Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) za účelem zastavit šíření HIV/AIDS a tuberkulózy v zemích jižní Afriky. BOTUSA podporuje léčebné programy, monitoring nebo evaluaci prevence HIV/AIDS a tuberkulózy; propaguje také inovace a poskytuje školení či technickou pomoc.<sup>122</sup> BOTUSA je v současnosti součástí PEPFAR, který jen za fiskální rok 2006 přispěl 55 miliony USD na programy týkající se HIV/AIDS v Botswaně.

Dnes má Botswana jeden z nejkompexnějších programů na prevenci, léčbu a péči pro lidi s HIV/AIDS. Velkou roli v tom hraje i GFATM, Bristol-Myers Squibb Foundation, Harvard School of Public Health a také četné komunitní a náboženské organizace.<sup>123</sup>

Bylo identifikováno několik vzájemně závislých determinant šíření HIV/AIDS v Botswaně. Tyto determinanty mohou být rozděleny do čtyř skupin. Do první skupiny patří stigma a odmítání si připustit, že je člověk infikován. Stigma i toto popírání vytváří prostředí,

---

<sup>120</sup> AVERT, 2011g

<sup>121</sup> MSD, 2011

<sup>122</sup> CDC, 2010

<sup>123</sup> AVERT, 2011g

kde je předpoklad pro omezenou schopnost lidí žít zodpovědně a pozitivně s HIV a AIDS a také pro zvýšený počet infekcí.

Další skupinu tvoří sociokulturní determinanty, kam lze zahrnout i podřízenost žen, jež v mnohém znásobuje jejich zranitelnost – od nedostatku ekonomického empowermentu až po jejich pozici v rozhodování o sexu. Na zlepšení etického a právního prostředí na podporu mládeže a žen v Botswaně se podílí i řada různých iniciativ.

Třetí skupinu představují socioekonomické determinanty, což je z velké části kruh vykořisťování a domnělých či skutečných potřeb. Kvůli zajištění sexu například hrozí, že lidé s vysokými příjmy budou využívat chudé obyvatele. Podle odhadů žije ve venkovských oblastech Botswany 27,1 % domácností pod hranicí chudoby; v městských oblastech 11,7 % a celkově potom 22 %.

Poslední skupinou je demografická mobilita. Velké přesouvání mnoha obyvatel z venkova do měst úzce souvisí s rychlým ekonomickým růstem, který Botswana během posledních 20ti let prodělala. Většina obyvatel měst má stále silné venkovské kořeny, ke kterým se často vrací, a to i navzdory rostoucímu stupni urbanizace. Pohyb venkovských obyvatel je podporován zemědělstvím a dobytčím, na kterém je závislý tradiční systém obživy. Zejména velmi mladí lidé mohou být v takovémto prostředí bez dozoru a i díky tomu se může dále rozšiřovat HIV.<sup>124</sup>

## **4.2 Demografické dopady AIDS**

Podle průzkumu (Botswana AIDS Impact Survey – BAIS II) provedeného vládou Botswany v roce 2004 bylo za tentýž rok z celkového počtu obyvatel Botswany HIV pozitivních odhadem 17,2 %. Podle BAIS II se nacházel nejnižší podíl dospělé nakažené populace ve venkovských oblastech – 15 %.<sup>125</sup> Kolem roku 2000 dosáhl podle NACA podíl dospělé venkovské populace nakažené HIV vrcholu (28 %); roku 2007 činil 27 %.<sup>126</sup> Nejvyšší procento nakažených se potom nacházelo ve významnějších městech – 20 %. NACA uvádí, že nejvyšší podíl nakažených dospělých osob ve městech byl kolem roku 2000, a to přibližně 26 %. Do roku 2007 pak toto číslo kleslo na 21 %. Podíl nakažených mužů činil na základě údajů BAIS II 14,1 %, zatímco procento infikovaných žen 19,9 %. Podíl nakažených mužů byl ve všech regionech Botswany nižší než podíl HIV pozitivních žen. Dle údajů BAIS II bývají muži nakažení HIV ve vyšším věku než ženy. Bez ohledu na pohlaví byl zjištěn vysoký podíl

---

<sup>124</sup> NACA, 2003, str. 16-17

<sup>125</sup> Thurlow, J., 2007, str. 2

infikovaných HIV u dospělé pracující populace. Ze zmíněného průzkumu je dále patrná neexistence větších rozdílů v prevalenci HIV mezi lidmi se základním a středoškolským vzděláním; stejně jako nejnižší podíl infikovaných u osob s vysokoškolským vzděláním.<sup>127</sup>

Pravděpodobně v roce 2003 dosáhl svého vrcholu počet úmrtí na AIDS u dospělé populace. Značnou roli v pozdější redukci počtu úmrtí na AIDS hraje rozšiřování antiretrovirální léčby, jež do konce roku 2007 zabránila odhadem 50 tisícům úmrtí dospělých osob.<sup>128</sup>

Podle Thurlowa by měl v období let 2003 až 2021 činit průměrný roční populační růst Botswany 0,9 %, zatímco v případě absence AIDS 2 %. Při neexistenci AIDS by v roce 2021 měla být populace Botswany o 23 % menší, než při výskytu AIDS a naprosté absenci léčby.<sup>129</sup>

Podle údajů UNPD by průměrný populační růst v Botswaně v letech 2010 až 2025 dokonce neměl dosahovat ani kladných hodnot (-0,6 %), zatímco v letech 1980 až 1985 byl 3,3 %. UNPD očekává, že v roce 2025 bude zásluhou AIDS počet obyvatel Botswany mezi 35 a 59 rokem života snížen až o polovinu.<sup>130</sup>

Do roku 2021 by průměrná střední délka života při narození měla činit 49 let; roku 2003 přitom byla 42 let a ještě na počátku 80. let minulého století 60 let.<sup>131</sup> Podle NACA byla roku 2007 střední délka života při narození v Botswaně 57 let (viz tabulka č. 4). Ještě v roce 2001 nedosahovala podle odhadů ani 56 let. Po mnoha letech poklesu se opět zvedla, což je výsledek rozšíření antiretrovirální léčby.

Díky úspěchu programu na prevenci přenosu HIV z matky na dítě neovlivňuje AIDS v Botswaně tolik dětskou úmrtnost.<sup>132</sup>

Dětí, jež se staly sirotky v důsledku AIDS bylo v roce 2001 v Botswaně téměř 112 tisíc; což je z celkového počtu dětí do 18ti let přibližně 15 %. Kvůli AIDS ztratilo minimálně jednoho rodiče až 77 % dětí. 45 % sirotků žije s prarodiči nebo s jinými příbuznými a 87 % má stále živého alespoň jednoho rodiče. Přes 68 % sirotků pobývá v domácnostech vedených ženou. Ve venkovských oblastech žije sirotků většina – 54 %. Největší podíl domácností, které přijmuly do své rodiny minimálně jednoho sirotka je z Centrálního (30 %), Severovýchodního (33 %) a Severozápadního (33 %) distriktu. V domácnostech, jejichž hlava

---

<sup>126</sup> NACA, 2008, str. 6

<sup>127</sup> Thurlow, J., 2007, str. 2-3, 6

<sup>128</sup> NACA, 2008, str. 14

<sup>129</sup> Thurlow, J., 2007, str. 3-4

<sup>130</sup> UNPD, 2004a, str. 21

<sup>131</sup> Thurlow, J., 2007, str. 4

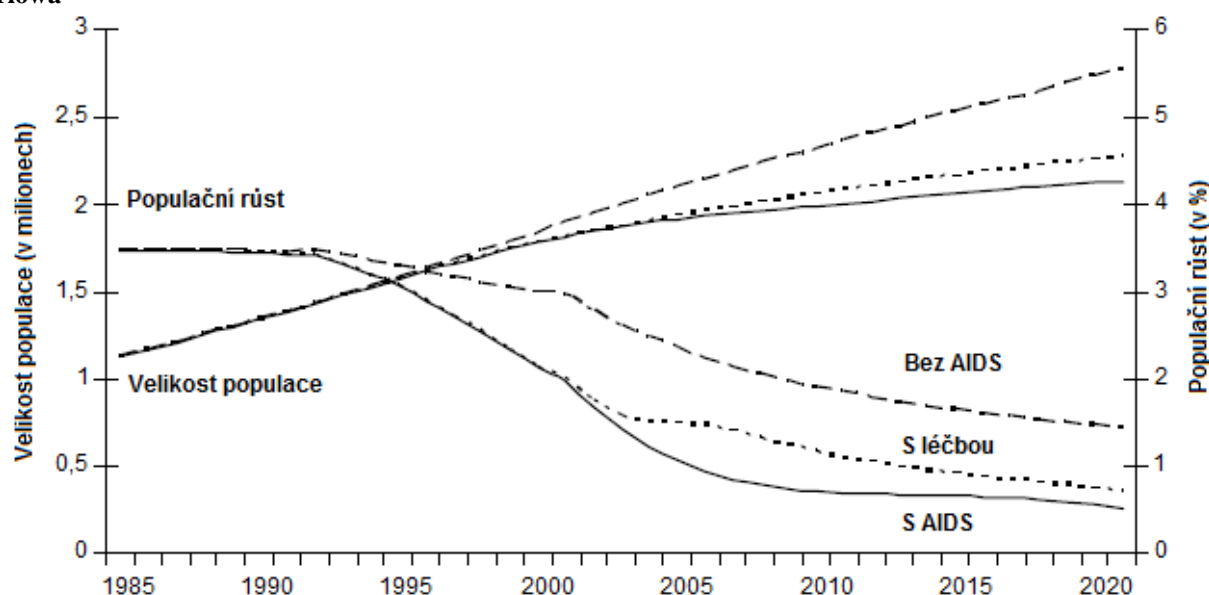
<sup>132</sup> NACA, 2008, str. 16

není ekonomicky aktivní, žije 56 % sirotků. Děti, jež nejsou sirotky, a navštěvují základní školu je ve věku 10 až 14 let 93 %; v případě sirotků méně - 92 %.<sup>133</sup>

**Tabulka 6: Vybrané demografické dopady AIDS v Botswaně za rok 2007 dle NACA<sup>134</sup>**

Ukazatel	Bez AIDS	S AIDS
Střední délka života při narození	57	67
Úmrtnost dětí do 1 roku	41	38
Úmrtnost dětí do 5 let	56	47

**Graf 12: Dopad AIDS na velikost populace a populační růst Botswany ve vybraném období podle Thurlowa<sup>135</sup>**



### 4.3 Socioekonomické souvislosti demografických dopadů AIDS

Snížený základní kapitál představuje největší ekonomický důsledek AIDS pro Botswanu, který se podílí na snižování hospodářského růstu země až ze 49 %. Menší - 46%ní podíl má nedostatek kvalifikovaných pracovních sil a zmenšení růstu produktivity. Ze 6 % je potom pokles růstu způsoben nedostatkem nekvalifikované pracovní síly. Dle studie by měl kvůli AIDS růst HDP Botswany klesnout odhadem až na 2,8 %, zatímco bez AIDS by se měl pohybovat okolo 4,5 %. V případě absence AIDS by ekonomika Botswany byla za 20 let až o 30 % větší. Mělo by nastat i výrazné snížení reálných mezd. Některé studie ale očekávaly větší

<sup>133</sup> TOP BANANA, 2005, str. 2

<sup>134</sup> NACA, 2008, str. 16

<sup>135</sup> Thurlow, J., 2007, str. 4

snížení růstu populace než zmenšení růstu HDP. Na základě tohoto předpokladu potom odhadovaly, že HIV/AIDS pravděpodobně způsobí růst HDP na obyvatele. Očekává se i stagnace mezd způsobená strmým poklesem investic.<sup>136</sup>

Některé negativní ekonomické dopady HIV/AIDS by měly být vyrovnávány poskytováním antiretrovirální léčby HIV pozitivním jedincům prostřednictvím veřejného zdravotnického systému. Například Econsult uvádí, že během období 20ti let by měl k průměrnému ročnímu ekonomickému růstu Botswany přístup k antiretrovirální péči přispívat 0,4 až 0,8 %. HIV/AIDS ale bude mít nadále výrazné ekonomické důsledky, a to navzdory zmírňujícím dopadům vyvolaným poskytováním antiretrovirální léčby; částečně je to způsobeno samotnými náklady na její rozšiřování. Až přibližně z jedné třetiny až čtvrtiny by dle odhadů mohly být negativní dopady HIV/AIDS zmírněny poskytováním antiretrovirální léčby.

HIV/AIDS ovlivňuje ekonomiku Botswany také tím, že vede k menším zásobám pracovních sil. Nicméně dochází také ke snížené poptávce po nich samotných, což je důsledek nižší produktivity a menších investic. HIV a AIDS snižuje i produktivitu, která negativně působí na mezinárodní konkurenceschopnost Botswany.

Díky nižšímu růstu pracovních sil bude AIDS nejvíce zasaženo zemědělství a další kapitálově náročné sektory. Podíl nakažených HIV je vyšší u méně kvalifikované pracovní síly, na které je závislé zemědělství. AIDS příliš neovlivnil těžbu, neboť těžba je vysoce kapitálově náročná, a také proto, že růst těžby by měl zpomalit.

Podle jednoho průzkumu provedeného Econsult vyplývá, že většina zkoumaných firem zažila negativní dopad AIDS na produktivitu a výrobu zejména kvůli docházce a narušení činnosti firmy spojeného s vyšší fluktuací pracovních sil či školením. Většina zkoumaných firem podle výše uvedeného výzkumu uvedla, že HIV/AIDS neměl příliš vliv na jejich investice. Vzhledem k nižší prevalenci kvalifikovaných pracovníků nakažených HIV a jejich většímu přístupu k antiretrovirální léčbě, firmy s vyšším podílem kvalifikovaných pracovníků pociťují dopady HIV/AIDS nejméně.<sup>137</sup>

Mezi závažné důsledky AIDS pro domácnosti v Botswaně lze zařadit podstatný nárůst léčebných výdajů či značný pokles rodinných příjmů. Manželky a dcery, které se starají o nemocného člena domácnosti, mají větší absenci v práci nebo ve škole. Smrt potom vede

---

<sup>136</sup> REPUBLIC OF BOTSWANA - MINISTRY OF STATE PRESIDENT, NACA, 2008, str. 12-13

<sup>137</sup> ECONSULT, 2007, str. 3-6

k vysokým nákladů na pohřeb, trvalou ztrátu příjmu, ukončení školní docházky dětí, za účelem pomoci v domácnosti a ušetření nákladů na vzdělání.<sup>138</sup>

Sektor zdravotnictví je AIDS vážně zasažen jednak díky drahé zdravotní péči pro pacienty s AIDS, a také kvůli většímu množství osob vyhledávajících zdravotnické služby. Vláda bude muset udělat důležitá rozhodnutí minimálně ve třech oblastech: dávat výdaje na zdravotnictví nebo na jiné účely, léčit AIDS či jiné nemoci a léčit AIDS anebo předcházet infekci HIV. Podobně jako v jiných zemích subsaharské Afriky, i v Botswaně zabírají pacienti s AIDS velkou část nemocničních lůžek, podle Stovera a Bollinger až 60 %.

Školství je v Botswaně ovlivněno AIDS podobně jako v jiných státech subsaharské Afriky. Např. úmrtí na AIDS zde způsobují snížení příjmu domácností a tím i neschopnost platit školné a následně často znemožňuje dítěti chodit do školy. Část dětí v rodinách zasažených AIDS je nuceno pracovat na polích či doma, a proto školu také nenavštěvuje. AIDS a nemoci s ním související navíc značně redukují počty zkušených učitelů.<sup>139</sup>

Pro mnoho zemí ze subsaharské Afriky je nyní Botswana vzorem, jak bojovat s epidemií HIV/AIDS a zmírňovat její dopady. Tento boj se vede nikoliv jen díky malým lokálním projektům vedeným ze zahraničí, ale z významné části i pomocí domácího veřejného zdravotnického systému. Vláda Botswany poskytuje téměř všechny náklady na léčbu, zatímco ostatní partneři zařizují školení personálu či laboratorní vybavení.

Lidé, u nichž se vyvine rezistence na léky, které přijímají, musí mít přístup k alternativní léčbě, jež ale může být komplexnější i dražší než ta původní. Pro zajištění léčby ve všech oblastech Botswany bude dle AVERT zapotřebí větší decentralizace programu země pro antiretrovirální terapii. Velkým problémem v rozšiřování antiretrovirální léčby budou pravděpodobně vysoké náklady na její poskytování, například výdaje na zaopatření kvalifikovaného zdravotnického personálu. Téměř nezbytná pro zajištění antiretrovirální léčby do všech potřebných lokalit bude proto i pomoc ze zahraničí. Počet obyvatel Botswany přijímajících antiretrovirální léčbu by se dle Alcorna měl do roku 2016 zvýšit až na 220 tisíc.<sup>140</sup>

Pro redukci dopadů HIV/AIDS v Botswaně ale nestačí jen zajištění antiretrovirální léčby. Pro překonání epidemie je podstatná především prevence. Dlouhodobým cílem Botswany je

---

<sup>138</sup> ECONCONSULT, 2006, str. 15-16

<sup>139</sup> Bollinger, L., Stover, J., 1999, str. 6-8

<sup>140</sup> ALCORN, K., 2008.



do roku 2016 zabránit novým případům nákazy virem HIV.<sup>141</sup> Přes všechny nesporné úspěchy v posledních letech, kterých Botswana při svém boji proti epidemii HIV/AIDS dosáhla se ale přeci jen nedomnívám, že výše uvedený úkol se jí podaří včas splnit. Například podle prognózy vypracované na Kapské univerzitě v roce 2006 je očekávané množství osob nově infikovaných HIV v roce 2016 vyšší než 20 tisíc. V dalších několika letech by měl navíc podle výše jmenované studie počet nově nakažených lidí HIV dále stoupat. Ani v těchto letech se ale dle prognózy neočekává překročení dosavadního nejvyššího ročního počtu infikovaných, který dle jejich údajů nastal již v 90. letech minulého století.<sup>142</sup>

---

<sup>141</sup> AVERT, 2011g

<sup>142</sup> CARE, 2006, str. 48

## Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice HIV/AIDS v oblasti subsaharské Afriky, zejména jejím demografickým dopadům a jejich následným socioekonomickým souvislostem. Část textu práce se zabývá také obecnějším popisem stavu AIDS v subsaharské Africe. Pro případovou studii byl potom vybrán stát Botswana, který patří mezi země nejvíce zasažené epidemií HIV/AIDS nejen v subsaharské Africe.

V počátcích šíření viru HIV v Africe se výzkum AIDS zaměřoval na příčiny jeho heterosexuálního přenosu, proto usiloval i o zjištění možných úchylek v sexualitě obyvatel Afriky a o odhalení a vysvětlení vlivu kultury. Tehdy se výzkum AIDS obecně zabýval hlavně bioantropologickými aspekty přenosu HIV. Později se metodologické pojetí zabývalo propojením třech sfér výzkumu: jednáním jednotlivce, kulturním a politicko-ekonomickým prostředím. Vzorce chování jsou podmíněny mnohovrstevnatou škálou různorodých činitelů, a proto v rozdílném čase a na různých místech mají politicko-ekonomické faktory, jednání jednotlivců i kulturní vlivy rozdílný účinek na šíření nemoci. Právě působení různých ekonomických, politických nebo kulturních faktorů zásadním způsobem ovlivnilo vznik prostředí pro rychlé šíření epidemie HIV/AIDS.

Z důsledků epidemie HIV/AIDS jsou nejzásadnější ty demografické. V tomto ohledu je ze subsaharské Afriky nejvíce postihnutá její jižní a východní část. Subsaharská Afrika je zároveň kvůli působení řady kulturních a jiných vlivů jediným regionem, kde jsou ženy více zasaženy AIDS než muži. Nejvíce HIV pozitivních mužů je ve věkové skupině 30 až 39 let a u žen je HIV nejvíce rozšířen ve věkové kategorii 20 až 29 let. Tento věkový rozdíl odráží vzorce sexuálního chování, kdy mladší ženy mají vztah se staršími muži. V některých zemích vlivem AIDS dochází k podstatnému snížení populačního růstu i velikosti populace. Radikálním způsobem se někde snižuje i střední délka života při narození, dokonce až o desítky let.

Dopady na populaci úzce souvisí s následnými socioekonomickými změnami. Počet starých lidí a nezaopatřených dětí narůstá a množství obyvatel v produktivním věku se naopak snižuje. HIV/AIDS významně oslabuje determinanty ekonomického růstu – sociální, lidský a fyzický kapitál, čímž významně ovlivňuje celkový rozvoj. Vliv HIV/AIDS na růst hospodářství v makroekonomickém měřítku je vzhledem k dlouhé inkubační době viru HIV velmi pozvolný. Již dnes je ale zřejmé, že řada států ze subsaharské Afriky zažívá kvůli AIDS pokles HDP i reálných mezd. Celé sektory ekonomiky mohou AIDS ochromeny.

Šíření AIDS v oblasti subsaharské Afriky má i řadu environmentálních aspektů. Dopady AIDS na životní prostředí lze rozdělit na: důsledky pro organizace zabývající se ochranou životního prostředí, vliv na komunity a management přírodních zdrojů a následky na využití země. Možná největší dopad AIDS na životní prostředí potom představuje ztráta tradičních znalostí o životním prostředí, které byly dosud předávány z generace na generaci.

Z pohledu důsledků AIDS patří mezi nejzasaženější země na světě Botswana, navzdory tomu, že její reakce na šíření nemoci byla rychlá. Například byla první zemí ze subsaharské Afriky, jež se zaměřila na poskytování antiretrovirální léčby pro všechny své obyvatele, kteří ji potřebují. Vláda Botswany v roce 2008 zajistila až 66 % finančních prostředků pro boj proti HIV/AIDS, což je nejvyšší podíl ze všech států subsaharské Afriky. Nejvýznamnější iniciativy podporované zahraničními dárci jsou v Botswaně BOTUSA a ACHAP. V posledních letech nastala řada pokroků, jako je poskytování antiretrovirálních léků prostřednictvím veřejného sektoru, zvýšení počtu center dobrovolného poradenství a testování či zavedení rutinního testování na HIV. V následujících letech pravděpodobně nastane, podobně jako obecně v subsaharské Africe další zlepšení situace i zmírnění následků AIDS, je ale nutné i v dalších letech učinit řadu preventivních opatření, i z důvodu současného stále velmi vysokého podílu osob s HIV/AIDS.

## Shrnutí

Diplomová práce se zabývá stavem epidemie HIV/AIDS v regionu subsaharské Afriky, zejména jejími demografickými důsledky a jejich socioekonomickými a environmentálními souvislostmi.

První kapitola poskytuje obecný vhled do problematiky HIV/AIDS v subsaharské Africe, stručně porovnává stav epidemie s jinými regiony a zmiňuje se o prevenci či léčbě HIV/AIDS nebo o mezinárodním úsilí na zmírňování dopadů epidemie.

Část práce se týká také rozhodujících determinantů šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe s důrazem na ekonomicko-politické příčiny. Další úsek práce pojednává především o demografických důsledcích epidemie v krátkodobé i dlouhodobé perspektivě.

Následující část se věnuje socioekonomickým souvislostem demografických dopadů vztahených pro oblast subsaharské Afriky. Jsou zde popisovány dopady HIV/AIDS na některé socioekonomické sféry a také jejich vzájemný vztah.

Opomenuty nejsou ani vazby mezi životním prostředím a epidemií HIV/AIDS v oblasti subsaharské Afriky. Posuzován je i vliv AIDS na organizace zabývající se ochranou životního prostředí nebo na využití země.

Část textu práce se zabývá nejen současnými trendy, ale dotýká se také prognóz budoucího vývoje epidemie HIV/AIDS.

V závěru se práce věnuje HIV/AIDS v Botswaně, zejména determinantům jejich šíření, důsledkům či domácí a mezinárodní snaze na jejich potlačení.

**Klíčová slova:** AIDS, subsaharská Afrika, Botswana, demografické dopady, socioekonomické souvislosti

## Summary

The master thesis treats the situation of HIV/AIDS epidemic in Sub-Saharan African region, particularly its demographic effects and their socioeconomic and environmental connections. The first chapter provides general awareness about HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa, shortly compare local situation to other regions, mention prevention or treatment of HIV/AIDS or international effort to moderate impacts of the epidemic.

Part of the thesis concerns crucial determinants of spread of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa with a focus on economic-political causes. The following section informs mainly about demographic impacts of the epidemic in a short term and long term view.

Another part deals with socioeconomic connections of demographic impacts in Sub-Saharan Africa. It informs about effects of HIV/AIDS on some sectors of economy and describe their relationship.

The thesis also engages in link between environment and the HIV/AIDS epidemic in conditions of Sub-Saharan Africa. There is also described the impact of AIDS on conservation organisations or land use.

Part of the thesis not only deals with today's trends, but also concerns prognosis of future evolution from various viewpoints.

In the end the thesis informs about the situation in Botswana, particularly about determinants of spread of AIDS and international endeavour to minimize them.

**Key words:** AIDS, Sub-Saharan Africa, Botswana, Demographic impacts, Socioeconomic Connections

## Použité zdroje

ALCORN, K. *Botswana expects HIV treatment numbers to reach 225, 000 by 2016* [online]. 2008 [cit. 2011-12-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.aidsmap.com/Botswana-expects-HIV-treatment-numbers-to-reach-225000-by-2016/page/1432736/>>.

AVERT. *AIDS & HIV Around the World* [online]. 2011c [cit. 2011-07-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/aroundworld.htm>>.

AVERT. *HIV and AIDS in Africa* [online]. 2011d [cit. 2011-07-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/hiv-aids-africa.htm>>.

AVERT. *HIV & AIDS in Botswana* [online]. 2011g [cit. 2011-10-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/aids-botswana.htm>>.

AVERT. *HIV and AIDS in Russia, Eastern Europe & Central Asia* [online]. 2011a [cit. 2011-07-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/aids-russia.htm>>.

AVERT. *The Impact of HIV & AIDS in Africa* [online]. 2011f [cit. 2011-10-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/aids-impact-africa.htm>>.

AVERT. *Universal Access to AIDS Treatment: Targets and Challenges* [online]. 2011h [cit. 2011-12-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/universal-access.htm#contentTable2>>.

AVERT. *Women, HIV and AIDS* [online]. 2011e [cit. 2011-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/women-hiv-aids.htm>>.

AVERT. *Worldwide HIV & AIDS Statistics* [online]. 2011b [cit. 2011-07-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.avert.org/worldstats.htm>>.

BARNETT, T., WHITESIDE, A. *Poverty and HIV/AIDS: Impact, Coping and Mitigation Policy* [online]. 2000 [cit. 2011-12-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.unicef-irc.org/research/ESP/aids/chapter11.pdf>>.

BOLLINGER, L., STOVER, J. *The Economic Impact of AIDS in Botswana* [online]. 1999 [cit. 2011-07-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.policyproject.com/pubs/SEImpact/botswana.pdf>>.

BOLTON, S., TALMAN, A. *Interactions between HIV/AIDS and the Environment: A Review of the Evidence and Recommendations for Next Steps* [online]. 2010 [cit. 2011-07-10]. Dostupný z WWW: <<http://frameweb.org/adl/en-US/6084/file/822/HIV-Aids%20and%20Environment-Final%20Report.pdf>>.

CARe. *The Demographic Impact of HIV/AIDS in Botswana: Modelling the impact of HIV/AIDS in Botswana* [online]. 2006 [cit. 2011-12-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.gov.bw/Global/NACA%20Ministry/Demographic\\_Report.pdf](http://www.gov.bw/Global/NACA%20Ministry/Demographic_Report.pdf)>.

CDC. *BOTUSA (Botswana-USA Partnership)* [online]. 2010 [cit. 2011-07-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.cdc.gov/botusa/>>.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. *THE WORLD FACTBOOK: BOTSWANA* [online]. 2011 [cit. 2011-07-25]. Dostupný z WWW: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bc.html>>.

DWASI, J. *HIV/AIDS AND NATURAL RESOURCE MANAGEMENT IN AFRICA: Findings from Kenya, Namibia, South Africa and Uganda* [online]. 2002 [cit. 2011-07-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.frameweb.org/CommunityBrowser.aspx?id=2323&lang=en-US>>.

ECONSULT. *The Economic Impact of HIV/AIDS in Botswana: Executive Summary* [online]. 2007 [cit. 2011-10-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.unbotswana.org/bw/undp/docs/economic\\_impact\\_study\\_executive\\_summary\\_final.pdf](http://www.unbotswana.org/bw/undp/docs/economic_impact_study_executive_summary_final.pdf)>.

ECONSULT. *The Economic Impact of HIV/AIDS in Botswana: Final Report* [online]. 2006 [cit. 2011-10-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.gov.bw/Global/NACA%20Ministry/HIV\\_AIDS\\_Economic\\_Impact.pdf](http://www.gov.bw/Global/NACA%20Ministry/HIV_AIDS_Economic_Impact.pdf)>.

EPSTEIN, B. G. *The Macroeconomics of HIV/AIDS: I. The Demographic impact of HIV/AIDS* [online]. 2004 [cit. 2011-07-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/AIDS/eng/chapter1.pdf>>.

FAO. *THE IMPACT OF HIV/AIDS ON FOOD SECURITY* [online]. 2001 [cit. 2011-07-24]. Dostupný z WWW: <[http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310E.htm#P101\\_12054](http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310E.htm#P101_12054)>.

FORUM ON CHINA-AFRICA COOPERATION. *HIV and AIDS in Africa* [online]. 2009 [cit. 2011-10-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.focac.org/eng/zjz/fzzl/t619086.htm>>.

IJUMBA, N. *Impact of HIV/AIDS on Education and Poverty* [online]. 2011 [cit. 2011-08-10]. Dostupný z WWW:

<[http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/issues2011/hivaidsthefourthdecade/impactofhivaidsoneducationandpoverty?ctnscroll\\_articleContainerList=1\\_0&ctnlistpagination\\_articleContainerList=true](http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/issues2011/hivaidsthefourthdecade/impactofhivaidsoneducationandpoverty?ctnscroll_articleContainerList=1_0&ctnlistpagination_articleContainerList=true)>.

KALIPENI, E. et al. (editors). *HIV and AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Blackwell Publishing, 2004. 400s. ISBN 0-631-22356-8 & ISBN-0-631-22357-6

KAŠOVÁ, K., DVOŘÁČEK, J., MOJŽÍŠOVÁ, A. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky* [online]. 2003 [cit. 2011-07-28]. Dostupný z WWW:

<<http://www.clovekvtsni.cz/download/pdf/29.pdf>>.

MAY, A. *Social and Economic Impacts of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa, with Specific Reference to Aging* [online]. 2003 [cit. 2011-08-21]. Dostupný z WWW:

<<http://www.colorado.edu/ibs/pubs/pac/pac2003-0005.pdf>>

MSD. *Access to Medicines* [online]. 2011 [cit. 2011-07-25]. Dostupný z WWW:

<[http://www.msd.co.za/content/corporate/social\\_responsibility/access\\_medicines.html](http://www.msd.co.za/content/corporate/social_responsibility/access_medicines.html)>.

NACA. *HIV/AIDS IN BOTSWANA: ESTIMATED TRENDS AND IMPLICATIONS BASED ON SURVEILLANCE AND MODELLING* [online]. 2008 [cit. 2011-07-25]. Dostupný z WWW:

<[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/countryestimationreports/20080701\\_botswana\\_nationalestimate2007\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/countryestimationreports/20080701_botswana_nationalestimate2007_en.pdf)>.

NACA. *National HIV/AIDS Strategic Framework 2003-2009* [online]. 2003 [cit. 2011-08-10]. Dostupný z WWW:

<[http://www.ub.bw/ip/documents/2003\\_Botswana%20National%20Strategic%20Framework%20for%20HIVAIDS.pdf](http://www.ub.bw/ip/documents/2003_Botswana%20National%20Strategic%20Framework%20for%20HIVAIDS.pdf)>.

OGLETHORPE, J., GELMAN, N. *HIV/AIDS and the Environment: Impacts of AIDS and Ways to Reduce Them* [online]. 2007 [cit. 2011-07-24]. Dostupný z WWW:

<<http://www.worldwildlife.org/what/communityaction/people/phe/WWFBinaryitem7051.pdf>>.

PREIS, J. *Geografické aspekty pandemie HIV/AIDS: úvod do problematiky a případová studie Ugandy* [online]. 2008 [cit. 2011-12-01]. Dostupný z WWW:

<[http://www.kge.zcu.cz/pepersonal/PERSON/preis/publik/rigo\\_final\\_draft.pdf](http://www.kge.zcu.cz/pepersonal/PERSON/preis/publik/rigo_final_draft.pdf)>.

REPUBLIC OF BOTSWANA - MINISTRY OF STATE PRESIDENT, NACA. 2008 *Progress Report of the National Response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS* [online]. 2007 [cit. 2011-08-20]. Dostupný z WWW:

<[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/botswana\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/botswana_2008_country_progress_report_en.pdf)>.



SOS CHILDREN'S VILLAGES. *Worldwide Orphan Facts, Figures and Statistics* [online]. 2011 [cit. 2011-11-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.sos-usa.org/about-sos/focus-areas/orphan-statistics/pages/global-orphan-statistics.aspx>>.

STANECKI, K. A. *The AIDS Pandemic in the 21<sup>st</sup> Century: The Demographic Impact in Developing Countries* [online]. 2000 [cit. 2011-07-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.usaid.gov/press/releases/2000/censusfinal.doc>>.

STANECKI, K. H. *The AIDS Pandemic in the 21<sup>st</sup> Century* [online]. 2004 [cit. 2011-07-29]. Dostupný z WWW: <<http://www.census.gov/ipc/prod/wp02/wp02-2.pdf>>.

STOVER, J., BOLLINGER, L. *The Economic Impact of AIDS* [online]. 1999 [cit. 2011-10-22]. Dostupný z WWW: <[http://www.policyproject.com/pubs/SEImpact/SEImpact\\_Africa.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/SEImpact/SEImpact_Africa.pdf)>.

TELIČKA, M. *Sucho, AIDS a diamanty* [online]. 2010 [cit. 2011-10-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.rozvojovka.cz/sucho-aids-a-diamanty\\_222\\_935.htm](http://www.rozvojovka.cz/sucho-aids-a-diamanty_222_935.htm)>.

THURLOW, J. *Is HIV/AIDS Undermining Botswana's 'Success Story'? Implications for Development Strategy* [online]. 2007 [cit. 2011-07-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.ifpri.org/pubs/dp/ifpridp00697.pdf>>.

TIMKO, J. A. *HIV/AIDS, Forests, and Futures in Sub-Saharan Africa* [online]. 2010 [cit. 2011-11-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.steps-centre.org/PDFs/HIV\\_AIDS\\_web.pdf](http://www.steps-centre.org/PDFs/HIV_AIDS_web.pdf)>.

TIRUNEH, G. Determinants of Adult HIV/AIDS Prevalence in Africa: Do Cultural Variations Matter. *Midsouth Political Science Review*. 2009. 10: 103-124

TOP BANANA. *Botswana – HIV/AIDS related statistics: Preliminary results of the Botswana AIDS Impact Survey (BAIS II)* [online]. 2005 [cit. 2011-10-25]. Dostupný z WWW: <<http://topbanana.concentra.co.uk/downloadsAndMedia/downloads/Botswana%20HIV-AIDS%20related%20statistics.pdf>>.

TORELL, E. et al. Examining the linkages between AIDS and biodiversity conservation in coastal Tanzania. *Ocean & Coastal Management*. 2006. 49: 792-811

TORELL, E. et al. *GUIDELINES FOR MITIGATING THE IMPACTS OF HIV/AIDS ON COASTAL BIODIVERSITY AND NATURAL RESOURCE MANAGEMENT* [online]. 2007 [cit. 2011-11-30]. Dostupný z WWW: <[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADK111.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK111.pdf)>.

UN. *GOAL 6: COMBAT HIV/AIDS, MALARIA AND OTHER DISEASES* [online]. 2011 [cit. 2011-07-24]. Dostupný z WWW:

<<http://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>>.

UNAIDS. *2006 Report on the global AIDS epidemic: IV. THE IMPACT OF AIDS ON PEOPLE AND SOCIETES* [online]. 2006b [cit. 2011-07-24]. Dostupný z WWW:

<[http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_gr\\_ch04\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_gr_ch04_en.pdf)>.

UNAIDS. *Fact sheet: Sub-saharan Africa* [online]. 2006a [cit. 2011-10-17]. Dostupný z WWW:

<[http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/200605-fs\\_subsaranafrica\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/200605-fs_subsaranafrica_en.pdf)>.

UNAIDS. *UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC: EPIDEMIC UPDATE* [online]. 2010a [cit. 2011-08-14]. Dostupný z WWW:

<[http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_Chap2\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap2_em.pdf)>.

UNAIDS. *UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC: INTRODUCTION* [online]. 2010b [cit. 2011-07-10]. Dostupný z WWW:

<[http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_Chap1\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap1_em.pdf)>.

UNAIDS. *UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC: HIV PREVENTION* [online]. 2010c [cit. 2011-07-20]. Dostupný z WWW:

<[http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_Chap3\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap3_em.pdf)>.

UNAIDS. *UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC: HIV AND AIDS ESTIMATES AND DATA, 2009 AND 2001* [online]. 2010e [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW:

<[http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_Annexes1\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Annexes1_em.pdf)>.

UNAIDS. *UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC: HIV TREATMENT* [online]. 2010d [cit. 2011-08-05]. Dostupný z WWW:

<[http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_Chap4\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap4_em.pdf)>.

UNECA. *THEME I ADF DOCUMENT: HIV/AIDS AND ECONOMIC DEVELOPMENT IN SUB-SAHARAN AFRICA* [online]. 2000 [cit. 2011-11-22]. Dostupný z WWW:

<<http://www.uneca.org/adf2000/theme1.htm>>.

UNPD. *The Impact of AIDS: II. Demographic impact of AIDS* [online]. 2004a [cit. 2011-10-29]. Dostupný z WWW:

<[http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/5\\_CHAP\\_II.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/5_CHAP_II.pdf)>.

UNPD. *The Impact of AIDS: V. Impact on agriculture* [online]. 2004c [cit. 2011-08-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/8\\_Chap\\_V.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/8_Chap_V.pdf)>.

UNPD. *The Impact of AIDS: VI. Impact on education* [online]. 2004e [cit. 2011-10-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/9\\_CHAP\\_VI.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/9_CHAP_VI.pdf)>.

UNPD. *The Impact of AIDS: IV. Impact on firms* [online]. 2004d [cit. 2011-11-30]. Dostupný z WWW: <[http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/7\\_Chap\\_IV.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/7_Chap_IV.pdf)>.

UNPD. *The Impact of AIDS: III. Impact on households* [online]. 2004b [cit. 2011-11-23]. Dostupný z WWW: <[http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/6\\_CHAP\\_III.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/6_CHAP_III.pdf)>.

USAID. *AIDS nad conflict: a growing problem worldwide* [online]. 2004 [cit. 2011-07-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.usaid.gov/policy/cdie/HIVandConflict-BgkReport04FINAL.pdf>>.

USIP. *AIDS and Violent Conflict in Africa* [online]. 2001 [cit. 2011-07-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.usip.org/files/resources/sr75.pdf>>.

WHO. *About the 3 by 5 Initiative* [online]. 2011b [cit. 2011-10-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/3by5/about/initiative/en/index.html>>.

WHO. *Antiretroviral therapy* [online]. 2011a [cit. 2011-12-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>>.

WIKIPEDIA. *Urbanization in Africa* [online]. 2011 [cit. 2011-11-12]. Dostupný z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Urbanization\\_in\\_Africa](http://en.wikipedia.org/wiki/Urbanization_in_Africa)>.

## Přílohy

**Příloha 1: Dopad AIDS na populační růst, všeobecnou úmrtnost, úmrtnost dětí do 5 let a střední délku života při narození ve vybraných zemích v letech 2005 a 2015**

Země a rok	Populační růst (v %)		Všeobecná úmrtnost		Střední délka života při narození		Úmrtnost dětí do 5 let	
	S AIDS	Bez AIDS	S AIDS	Bez AIDS	S AIDS	Bez AIDS	S AIDS	Bez AIDS
<b>2005</b>								
Botswana	—	2,6	29,4	3,5	33,9	76,1	87,2	18,1
Pobřeží slonoviny	2,1	2,5	14,9	11,0	48,6	56,1	138,2	126,8
Etiopie	2,4	2,6	15,1	12,7	48,8	53,5	154,1	146,6
Keňa	2,6	3,1	14,7	9,8	48,0	57,5	91,6	81,0
Mozambik	1,5	2,2	21,0	13,9	40,3	50,9	190,9	168,1
Namibie	0,7	2,2	18,4	4,9	43,9	70,3	78,3	34,0
Nigérie	2,4	2,7	17,2	13,9	46,7	52,9	191,5	182,9
Rwanda	2,4	2,7	16,3	13,3	47,0	52,7	163,5	154,7
Jihoafrická republika	-0,3	1,2		7,2	43,3	67,0	99,4	56,9
Tanzanie	1,8	2,4	16,7	11,3	45,2	55,5	145,5	131,1
Uganda	3,3	3,5	12,8	10,0	51,6	58,7	114,7	108,8
Zambie	2,1	3,0	20,2	10,9	39,7	56,6	149,9	123,3
<b>2015</b>								
Botswana	-0,1	2,1	29,0	3,0	34,7	79,6	84,2	9,7
Pobřeží slonoviny	1,7	2,1	13,9	9,2	50,7	60,1	110,1	97,1
Etiopie	1,9	2,2	13,2	10,2	51,2	57,5	122,9	113,9
Keňa	1,8	1,8	8,5	7,5	58,8	61,4	63,2	61,3
Mozambik	0,9	2,0	22,4	11,6	38,5	54,9	162,6	134,0
Namibie	—	1,4	19,0	4,6	44,6	73,1	68,7	23,3
Nigérie	2,4	2,7	14,7	11,5	50,3	56,7	153,9	145,1
Rwanda	2,2	2,5	13,7	10,8	50,8	56,7	130,3	122,0
Jihoafrická republika	-0,5	1,0	22,1	7,2	44,5	70,1	80,0	37,6
Tanzanie	1,9	2,4	14,3	9,1	48,9	59,5	115,5	100,5
Uganda	3,7	3,7	9,1	8,0	58,9	62,5	85,6	82,0
Zambie	1,9	2,7	17,9	8,7	42,5	60,6	122,0	94,3

**Příloha 2: Vliv AIDS na počet úmrtí dospělých a jejich všeobecnou úmrtnost ve vybraných státech pro roky 2005 a 2015**

Země a rok	Počet úmrtí dospělých (% ze všech úmrtí)		Všeobecná úmrtnost dospělých					
	S AIDS	Bez AIDS	Celkem		Muži		Ženy	
			S AIDS	Bez AIDS	S AIDS	Bez AIDS	S AIDS	Bez AIDS
<b>2005</b>								
Botswana	68	21	38,6	1,4	37,3	1,8	39,9	1,0
Pobřeží slonoviny	36	24	11,0	5,3	11,0	6,4	11,0	4,2
Etiopie	30	22	9,6	6,0	9,5	6,5	9,8	5,6
Keňa	44	30	13,1	6,0	11,2	5,8	14,9	6,2
Mozambik	40	23	17,8	6,9	16,9	7,3	18,7	6,5
Namibie	58	20	21,3	1,9	18,2	2,2	24,6	1,5
Nigérie	27	17	9,8	4,9	9,2	5,4	10,5	4,5
Rwanda	32	23	10,5	6,2	10,4	6,8	10,6	5,5
Jihoafrická republika	56	21	22,0	2,8	19,7	3,7	24,2	1,8
Tanzanie	38	22	13,4	5,3	12,4	5,8	14,4	4,9
Uganda	30	20	8,8	4,7	8,5	5,3	9,1	4,1
Zambie	44	22	19,2	5,2	17,5	5,8	20,9	4,5
<b>2015</b>								
Botswana	71	18	36,8	1,0	34,9	1,3	38,8	0,7
Pobřeží slonoviny	42	25	11,4	4,6	11,3	5,8	11,5	3,4
Etiopie	36	25	9,6	5,1	9,3	5,6	9,8	4,5
Keňa	37	32	6,3	4,9	6,0	4,9	6,7	4,9
Mozambik	48	25	21,1	5,8	18,6	6,3	23,6	5,3
Namibie	60	19	20,5	1,6	16,9	1,9	24,4	1,2
Nigérie	29	18	9,0	4,3	8,6	4,9	9,4	3,8
Rwanda	34	24	9,7	5,3	9,6	6,0	9,9	4,6
Jihoafrická republika	54	19	21,3	2,4	17,9	3,2	24,9	1,6
Tanzanie	43	25	12,1	4,5	11,3	5,1	13,0	3,9
Uganda	28	21	5,8	3,8	6,0	4,5	5,5	3,2
Zambie	50	24	18,4	4,4	16,6	5,1	20,4	3,6