

Univerzita Palackého v Olomouci
Přírodovědecká fakulta
Katedra mezinárodních rozvojových studií

**Aktuální trendy a dopady HIV/AIDS na socioekonomický rozvoj vybraných zemí jižní
Afriky**

**Current trends and impacts of HIV/AIDS on socio-economic development of selected
countries in southern Africa**

Diplomová práce

Bc. Marek Švanda

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Jaromír Harmáček, Ph. D.

Olomouc 17. 12. 2015

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil.

V Olomouci dne 17. prosince 2015

.....

Děkuji panu Ing. Mgr. Jaromíru Harmáčkovi, Ph.D. za vedení mé práce, jeho rady a připomínky.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Přirodovědecká fakulta
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Marek ŠVANDA**
Osobní číslo: **R130106**
Studijní program: **N1301 Geografie**
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**
Název tématu: **Aktuální trendy a dopady HIV/AIDS na socioekonomický rozvoj vybraných zemí jižní Afriky**
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 analýza aktuálních trendů vývoje a dopadů nemoci HIV/AIDS na socioekonomický rozvoj vybraných zemí jižní Afriky. V úvodní části, po stručném vymezení základních pojmů (region jižní Afriky, vybrané státy a základní pojmy související s nemocí HIV/AIDS), bude analyzován teoretický vztah mezi HIV/AIDS a rozvojem. V dalších částech práce budou zkoumány a komparovány aktuální trendy vývoje a zejména dopady HIV/AIDS na sociální a ekonomický rozvoj vybraných zemí regionu jižní Afriky.

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

- O'Neill, F. Joseph. 2007. HIV/AIDS in the developing World. Henry Stewart Talks.
- Hosegood, V. 2009. The demographic impact of HIV and AIDS across the family and household life-cycle: implications for efforts to strengthen families in sub-Saharan Africa. AIDS care.
- Gilbert, L. Selikow, Terry-Ann. The epidemic in this country has the face of a woman?1: Gender and HIV/AIDS in South Africa. University of the Witwatersrand
- Uwah, Ch. Ebewo, P. 2011. Culture and HIV/AIDS: Analysis of the Perception of Culture and HIV/AIDS Prevalence in Southern Africa. Tshwane University of Technology. Pretoria.
- Karim, S. Karim, Q. 2005. HIV/AIDS in South Africa. Cambridge University Press. Cape Town.
- Jones, N. 2013. Have we learned from history? A comparative critical assessment of the Independent Group's coverage of the HIV/AIDS pandemic in South Africa in 2004 and 2011. Critical Arts Projects & Unisa Press.
- Akintola, O. 2008. UNPAID HIV/AIDS CARE IN SOUTHERN AFRICA: FORMS, CONTEXT, AND IMPLICATIONS. Feminist Economic.
- Simms, Ch. 2014. Sub-Saharan Africa's HIV Pandemic. Dalhousie University.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Mgr. Jaromír Harmáček, Ph.D.**
Katedra rozvojových studií

Datum zadání diplomové práce: **29. ledna 2014**
Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2015**

L.S.

Prof. RNDr. Juraj Ševčík, Ph.D.
děkan

Doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.
vedoucí katedry

V Olomouci dne 29. ledna 2014

ABSTRAKT/ABSTRACT	8
SEZNAM ZKRATEK	9
ÚVOD	10
CÍL A METODOLOGIE	11
1 HIV/AIDS – ZÁKLADNÍ INFORMACE	13
1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ HIV/AIDS	13
1.2 CHARAKTERISTIKA NEMOCI	14
1.2.1 Přenos a identifikace viru HIV	15
1.2.2 Fáze nemoci HIV/AIDS – průběh infekce	17
1.2.3 Typy HIV	18
1.3 LÉČBA HIV/AIDS	19
1.3.1 Rizika antiretrovirové terapie	21
1.3.2 Dostupnost a rozšíření antiretrovirové léčby ve světě	22
1.3.3 Financování léčby	24
1.4 PREVENCE	25
1.4.1 Strategie ABC	26
1.5 RIZIKOVÉ SKUPINY	26
1.6 HIV/AIDS A SVĚT.....	28
1.6.1 HIV/AIDS v jednotlivých regionech.....	33
1.7 VYMEZENÍ REGIONU JIŽNÍ AFRIKY	35
SHRNUTÍ PRVNÍ KAPITOLY	37
2 VZTAH NEMOCI HIV/AIDS A ROZVOJE	38
2.1 HIV/AIDS A VLIV NA ROZVOJ	38
2.1.1 HIV/AIDS a Rozvojové cíle tisíciletí	41
2.2 HIV STIGMA	41
SHRNUTÍ DRUHÉ KAPITOLY	43
3 HIV/AIDS V KONTEXTU SUB-SAHARSKÉ AFRIKY	44
3.1 VZTAH AFRICKÉ SPOLEČNOSTI, JEJICH HODNOT A KULTURY K HIV/AIDS	46
3.2 DOPADY HIV/AIDS V KONTEXTU SUB-SAHARSKÉ AFRIKY	48
3.2.1 Vztah HIV/AIDS a chudoby	51
3.2.2 HIV/AIDS a zdraví.....	53
3.2.3 HIV/AIDS a vzdělání	54
3.2.4 HIV/AIDS a gender.....	55
3.2.5 HIV/AIDS a život domácností	56
SHRNUTÍ TŘETÍ KAPITOLY	59
4 HIV/AIDS V REGIONU JIŽNÍ AFRIKY	61

4.1	TRENDY A DOPADY HIV/AIDS V BOTSWANĚ	61
4.2	TRENDY A DOPADY HIV/AIDS V JAR	68
4.3	TRENDY A DOPADY HIV/AIDS V LESOTHU	74
4.4	TRENDY A DOPADY HIV/AIDS VE SVAZIJSKU	82
SHRNUTÍ ČTVRTÉ KAPITOLY		88
ZÁVĚR.....		95
SEZNAM TABULEK		99
SEZNAM GRAFŮ		99
SEZNAM MAP		100
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		101

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá analýzou aktuálních trendů vývoje a dopadů nemoci HIV/AIDS ve vybraných zemích jižní Afriky, kterými jsou Botswana, Jihoafrická republika, Lesotho a Svazijsko. V úvodu práce jsou vysvětleny základní termíny související s HIV/AIDS a představeny trendy nemoci ve světě. Ve druhé části je analyzován teoretický vztah mezi HIV/AIDS a rozvojem a jsou zkoumány dopady HIV/AIDS na aspekty společnosti i jednotlivce. Závěrečná kapitola řeší aktuální trendy vývoje HIV/AIDS ve vybraných zemích jihoafrického regionu, které jsou mezi sebou vzájemně komparovány. Nejvýraznějším trendem v jihoafrickém regionu je neustále se snižující míra prevalence, incidence i mortality nemoci HIV/AIDS. Naopak celkový počet nakažených v této oblasti stále narůstá.

Klíčová slova: HIV/AIDS, jižní Afrika, Botswana, JAR, Lesotho, Svazijsko, rozvoj, trendy a dopady

Abstract

The diploma thesis deals with analysis of current trends and the impact of HIV/AIDS in selected South African countries such as Botswana, South Africa, Lesotho and Swaziland. In the introduction are mentioned the basic terms related to HIV/AIDS and presented trends of this illness in the world. The second part analyzes the theoretical relationship between HIV/AIDS and development and examines the effects of HIV/AIDS on aspects of society and individuals. The final chapter addresses current trends of HIV/AIDS in the selected countries in South Africa. These key findings are compared among themselves. The most significant trend in this region is the steadily decreasing rate of HIV/AIDS prevalence, incidence and mortality. On the other hand, the total number of infected people in this area continues to grow.

Key words: HIV/AIDS, South Africa, Botswana, South Africa, Lesotho, Swaziland, development, trends and impacts

Seznam zkratek

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
amfAR (The American Foundation for AIDS Research)
ART (Antiretroviral Therapy)
BETA (The Bulletin of Experimental Treatments for AIDS)
CDC (Centers for Disease Control and Prevention)
GOSA (Government of South Africa)
GRID (Gay-Related Immune Defficiency)
HAART (highly active anti-retroviral therapy)
HIV (Human Immunodeficiency Virus)
HSRC (Human Sciences Research Council)
LBOS (Lesotho Bureau of Statistics)
MDGs (Milenium Development Goals)
MOHSWL (Ministry of Healt and Social Welfare Lesotho)
MOHSWS (Ministry of Health and Social Welfare Swaziland)
MSM (Men Sex with Men)
NACA (National AIDS Coordinating Agency)
NAPSAR (Network of African people living with HIV Southern Africa region)
NERCHA (National Emergency Response Council on HIV and AIDS)
NPBPAČR (Národní program boje proti AIDS v České republice)
NDH (National Department of Health)
OSN (Organizace spojených národů)
PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief)
POS (Public Health Solutions)
UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
UNDESA (The United Nations Department of Economic and Social Affairs)
UNDP (United Nations Development Programme)
SANAC (South African National AIDS Council)
SIDA (Syndrome d'Immunodefience Acquise)
SIV (Simian Immunodeficiency Virus)
WB (Světová banka)
WHO (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Nemoc HIV/AIDS je jednou z nejzávažnějších epidemií v moderních dějinách, která zásadním způsobem ovlivňuje každodenní životy lidí po celém světě. Na HIV/AIDS každoročně umírají 2–3 miliony lidí a její celospolečenské důsledky se projevují ve všech zemích (Ortblad et al., 2013; UNAIDS 2014). Z relativně malé a lokálně omezené hrozby, jejíž první případy se objevily v 80. letech 20. století v USA, se postupem času stal významný zdravotní problém, který kvůli svému obrovskému rozsahu a rychlosti šíření překonal všechna původní očekávání (Vella et al., 2012).

Na konci roku 2013 žilo s HIV/AIDS asi 30–40 milionů lidí na světě. Nejvíce postiženou oblastí byl, je a pravděpodobně i v budoucnu zůstane africký kontinent, respektive jeho sub-saharská část (UNAIDS, 2014).

Hlavní důvody, proč jsem svou diplomovou práci tematicky zaměřil na problematiku HIV/AIDS, vycházejí z její globální povahy a závažnosti. Rozhodl jsem se tak podrobně nahlédnout do pozadí této nemoci, pro zkoumání jejích jednotlivých charakteristik a složek a faktorů, které jsou příčinou rapidního rozšíření HIV/AIDS v sub-saharské Africe, zejména pak v její nejvíce zasažené oblasti jižní Afriky.

Cíl a metodologie

Cílem diplomové práce je analyzovat aktuální trendy vývoje a dopady nemoci HIV/AIDS na socioekonomický rozvoj vybraných zemí regionu jižní Afriky.

Diplomovou práci dělím na dvě základní části. První z nich je více teoretická a zabývá se spíše obecnými termíny, které se týkají nemoci HIV/AIDS. Druhá polovina je pak z velké části orientovaná na oblast jižní Afriky a charakteristiku různých aspektů nemoci HIV/AIDS v tomto regionu.

V první kapitole představuji a definuji základní pojmy, na které se má práce zaměřuje. Řeším výzkumnou otázku, jaké jsou aktuální světové trendy a přístupy k nemoci HIV/AIDS. Charakterizuji zde nemoc HIV/AIDS a její historický vývoj. Vysvětluji způsoby přenosu viru HIV a jednotlivé fáze průběhu nemoci. Dále popisuji možnosti léčby, zmiňuji rizikové skupiny a faktory. Také zkoumám ostatní klíčová fakta o HIV/AIDS, rozšíření nemoci ve světě nebo její zařazení mezi Rozvojové cíle tisíciletí (*Millennium Development Goals*, MDGs). V této části práce zároveň vymezuji a charakterizuji region jižní Afriky a jeho konkrétní státy, kterým se později věnuji detailněji. V navazující kapitole řeším teoretický vztah mezi HIV/AIDS a rozvojem. Pomocí analýzy dopadů a vlivu nemoci na různé sféry společnosti, jako jsou například ekonomický růst, chudoba, vzdělání a podobně, popisují souvislosti mezi HIV/AIDS a rozvojem.

Druhá část diplomové práce je zaměřena na region sub-saharské Afriky a obzvláště jeho jižní část. Ve třetí kapitole se výzkumná otázka vztahuje k analýze dopadů HIV/AIDS v tomto regionu. Zde jsou vymezeny konkrétní dopady HIV/AIDS, které jsou hlouběji analyzovány.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na dopady a přístupy k nemoci HIV/AIDS ve vybraných zemích jižní Afriky. Zde se již zabývám státy regionu jižní Afriky, kterými jsou Botswana, Jihoafrická republika, Lesotho a Svazijsko. U nich následně podrobně analyzuji jejich stav a zkoumám místní trendy vývoje prevalence¹, incidence², mortality³ aj., které souvisejí s HIV/AIDS i další aspekty nemoci, které určitým způsobem působí na společnost. Tyto údaje jsou mezi sebou vzájemně komparovány. V závěru práce jsou sumarizovány klíčové poznatky z jednotlivých kapitol a zodpovězeny výzkumné otázky.

¹ podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci v určitém čase (WHO, 2013)

² podíl počtu nově nakažených za dané časové období a počtu všech jedinců ve sledované populaci (na rozdíl od prevalence, která popisuje daný stav v určitý čas, incidence poukazuje na dynamiku onemocnění v populaci) (WHO, 2013)

³ počet úmrtí v poměru k počtu obyvatel (Petráčeková & Kraus et al., 2001)

V práci využívám české i zahraniční informační zdroje. Kvůli specifické problematice však převažují materiály v anglickém jazyce. Vycházím z relevantních mezinárodně uznávaných institucí, akademických databází a publikací. Získané údaje se snažím ověřovat ve více zdrojích, čímž by měla být zaručena jejich dostatečná objektivita. Chci, aby práce obsahovala co nejvíce aktuálních informací, proto čerpám především z elektronicky dostupných materiálů, jakými jsou webové portály, vědecké články a studie.

Ve své práci využívám metody popisné statistiky, kterými čtenáři pomocí grafů a tabulek danou problematiku přibližují a umožňují mu snadnější orientaci v textu. Data pro mé zkoumání vycházejí ze statistických údajů mezinárodních institucí, kterými jsou například Organizace spojených národů (OSN) a její program *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), Světová zdravotnická organizace (WHO) nebo Světová banka (WB). Vycházím ale i ze statistik jednotlivých úřadů a ministerstev dotyčných zemí nebo z autorů vědeckých článků. Využívám také výroční zprávy organizací a států i další informační prameny, které důkladně analyzuji. V práci aplikuji metody rešerše, které slouží k vyhledávání důležitých poznatků z různých zdrojů, metody analýzy dat, kterými získané údaje hodnotím a vzájemně porovnávám a metody kompilace, kterými pak veškeré nashromážděné informace řadím do jednoho uceleného logického celku.

1 HIV/AIDS – základní informace

1.1 Historický vývoj HIV/AIDS

Podle vědeckých zkoumání je virus HIV nástupcem tzv. *Simmian Immunodeficiency Virus* (SIV), který byl identifikován u druhů šimpanzů pocházejících ze západní Afriky. Odhaduje se, že virus SIV je starý asi 32 000 let a patří do skupiny tzv. zoonóz, tedy virů, které jsou přenosné ze zvířat na člověka (AVERT, 2014). K přenosu viru SIV došlo nejpravděpodobněji koncem 18. století, kdy byli šimpanzi loveni na maso nebo pro rituální účely. Jejich infikovaná krev se tak dostala do přímého kontaktu s lidmi, u nichž virus SIV postupně zmutoval v HIV, stal se přenosným z člověka na člověka, a začal se pomalu šířit napříč africkým kontinentem (CDC, 2014).

Podmínky pro masivnější rozšíření viru se změnily v období dekolonizace Afriky. Války o nezávislost, nárůst urbanizace a celková post-koloniální nestabilita a další faktory sociálních změn v zemích Afriky přispěly v průběhu 50–70. let 20. století k další fázi rozvoje HIV/AIDS (O'Hara, 2007). V tomto období náhlých a rychlých společenských změn se virus ve většině zemí sub-saharské Afriky asimiloval s místní populací a v důsledku zvýšené mobility obyvatel světa a stále rostoucího vlivu globalizace se během 60. a 70. let rozšířil i na ostatní kontinenty. V západním světě přispěla k jeho šíření také sexuální revoluce probíhající v 60. letech 20. století (O'Hara, 2007).

Dalšími faktory masivního a rychlého nárůstu nákazy HIV jsou podle organizace AVERT (2014) zejména: mezinárodní doprava (usnadnila rozptýlení viru na všechny kontinenty), průmysl s krevními výrobky (například při krevních transfuzích nebylo zpočátku kontrolováno, zda není krev infikovaná virem HIV), nárůst nitrožilní konzumace drog (používání nesterilních jehel) a války (nestabilní situace ve společnosti, násilí, znásilňování...). Tyto všechny faktory odstartovaly fázi celosvětové epidemie/pandemie⁴ HIV/AIDS, jejíž počátek se datuje do 80. let 20. století (O'Hara, 2007).

Od této doby nemoc zásadním způsobem ovlivňuje vývoj světové mortality. Průměrná míra nárůstu světové mortality z důvodů HIV/AIDS mezi lety 1980–2006 byla 19,4 % (Ortblad et al., 2010). Dnes se společnost nachází ve stadiu, které je charakterizováno

⁴ epidemie – výskyt nemoci nebo jiné události související se zdravím v populační skupině nebo regionu, jež přesahuje běžný výskyt daného jevu v takto definované skupině osob pro dané období

pandemie – rozsáhlá epidemie (infekční onemocnění postihuje velké skupiny lidí na rozsáhlém území v řadě zemí, popř. i na různých kontinentech) (VLS, 2008)

poklesem mortality a incidence HIV/AIDS. K tomuto obratu velmi pravděpodobně přispěla stále dostupnější antiretrovirová léčba, vyšší informovanost společnosti a preventivní programy. V USA a v Evropě odstartovala zatím poslední fáze vývoje HIV/AIDS v polovině 90. let 20. století díky časnějšímu nástupu tzv. HAART (angl. *highly aktive anti-retroviral therapy* - vysoce účinná antiretrovirová terapie) (O'Hara, 2007).

1.2 Charakteristika nemoci

První případ nákazy virem HIV byl vědecky detekován v krevním vzorku patřícímu muži z Demokratické republiky Kongo z roku 1959 (AIDS Institute, 2011). V roce 1981 byl v USA poprvé oficiálně zaznamenán případ onemocnění, kterému dnes říkáme AIDS. Pacienty, u kterých byla nemoc evidována, byli homosexuální muži, u kterých se projevovaly vzácné varianty onemocnění typu zápalu plic, rakoviny (např. Kaposiho sarkom – zhoubné bujení kůže) aj. (AVERT, 2014). V této době se však nevědělo, co je jeho příčinou. Na sklonku roku 1981 se tak v lékařských kruzích začalo hovořit o nové medicínské jednotce, kterou někteří lékaři začali nazývat GRID (z anglického *Gay-Related Immune Deficiency*) (NPBPAČR, 2011).

Pneumocystový zápal plic, kvasinkové infekce, toxoplasmóza mozku a řada dalších infekcí byly prvními příznaky nově popsaného medicínského syndromu charakterizovaného poruchou obranyschopnosti organismu. Počet případů této nemoci stále narůstal, a bylo zřejmé, že americké homosexuály zachvátila epidemie poruchy imunitního systému zatím neznámého původu (AIDS Institute, 2011). V průběhu roku 1981 se však kromě homosexuálů začaly příznaky stejného onemocnění objevovat i u dalších skupin společnosti. Byli jimi především nitrožilní uživatelé drog, hemofilici a ženy, které s těmito skupinami lidí udržovaly sexuální poměr. Po těchto případech již původní označení GRID neodpovídalo skutečností, a ukázalo se, že nemoc nepostihuje jen homosexuální muže. Proto bylo označení nemoci GRID nahrazeno nám dnes známým AIDS (NPBPAČR, 2011). Název AIDS je zkratkou odvozenou z anglického „*Acquired Immune Deficiency Syndrome*“ neboli Syndrom získaného selhání imunity, který je charakterizován jako soubor příznaků a infekcí vedoucích k poškození imunitního systému člověka (Nováček, 2010).

Virus způsobující rozvoj onemocnění AIDS v těle člověka byl identifikován v roce 1983. Tímto původcem je virus nazvaný HIV (angl. *Human Immunodeficiency Virus* – virus lidské imunitní nedostatečnosti) (AIDS Institute, 2011). Vir HIV je lentivirus, který můžeme definovat jako „pomalý virus“, u něhož trvá delší dobu, než dojde k projevům jeho

nepříznivých účinků v těle (AVERT, 2014). Tento lentivir patří pod skupinu retrovirů. Retroviry obecně disponují charakteristickou schopností, kterou je zabudování vlastní genetické informace do genomu hostitelské buňky, ve které pak vyvolávají celoživotní perzistující infekci (NPBPAČR, 2011). HIV napadá především buňky imunitního systému, tzv. T lymfocyty nesoucí receptor CD-4+ a makrofágy, ale může infikovat i jiné buňky. Oba typy buněk patří mezi skupinu bílých krvinek, které jsou důležité pro imunitu člověka. V T lymfocytech se virus množí a postupně tyto krvinky zabíjí. V těle nakaženého tak dochází ke snižování jejich počtu, a tento výrazný pokles vede k selhávání obranyschopnosti organismu a rozvíjí se v onemocnění AIDS (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011).

1.2.1 Přenos a identifikace viru HIV

Virus HIV se vyskytuje v tělesných tekutinách, a to zejména v krvi, spermatu, poševním sekretu a mateřském mléku. K infekci virem HIV dochází při proniknutí jeho určitého množství do organismu člověka (AIDS Institute, 2011). Pro přenos je určující zejména přítomnost viru HIV v krvi a sekretech pohlavního ústrojí nakažených osob. V ostatních tělesných tekutinách jako jsou slzy, pot nebo moč se za normálního stavu vyskytuje jen velmi nízké množství tohoto viru, které nemá na jeho přenos téměř žádný vliv. Virus HIV je velmi citlivý k vnějším vlivům. Ničí ho fyzikální a chemické prostředky, teplota nad 60°C a různé dezinfekční prostředky. Po zaschnutí na vzduchu virus náhle umírá (NPBPAČR, 2011).

USDHHS & CDC & GAP et al. (2011), NPBPAČR (2011) nebo Sahn (2012) uvádí několik způsobů přenosu viru HIV. Rozdělil jsem je do tří základních kategorií:

1. přenos nechráněným pohlavním stykem,
2. přenos krevní cestou,
3. přenos z matky na dítě.

Přenos viru HIV nechráněným pohlavním stykem je nejčastější formou infekce HIV jak u heterosexuálních, tak u homosexuálních párů. Rizikové jsou všechny běžné způsoby pohlavního styku s nakaženou osobou (NPBPAČR, 2011). Nejvíce nebezpečný je nechráněný anální sex, a přenos nelze zcela vyloučit ani při sexu orálním. Pravděpodobnost infekce virem z muže na ženu je výrazně vyšší než přenos z HIV pozitivní ženy na muže. To souvisí s vyšším množstvím viru HIV ve spermatu než v poševním sekretu, s citlivostí vaginální stěny a dalšími biologickými předpoklady (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011).

Riziko přenosu HIV dále zvyšuje přítomnost oděrek a poranění v oblasti pohlavních orgánů nebo přítomnost jiných sexuálně přenosných chorob. Dostatečnou ochranou, i když ne stoprocentní, je používání kondomu při pohlavním styku. Žádné jiné způsoby, jako jsou přerušovaná soulož či hormonální antikoncepce, nezabrání infekci tímto virem (NPBPAČR, 2011).

Přenos HIV krevní cestou je druhým nejčastějším způsobem, kterým dochází k infekci. V takových případech se můžeme HIV nakazit při krevních transfuzích, při podávání krevních přípravků nebo při používání nesterilních zdravotnických pomůcek (Sahn, 2012). Tento způsob nákazy je dnes v rozvinutých zemích již téměř eliminován díky důsledným krevním kontrolám a sterilitě prostředí. Velké riziko však i nadále přetrvává zejména v zemích se středními a nízkými příjmy. Vysoké nebezpečí infekce HIV nastává i v případech nitrožilního užívání drog, při sdílení kontaminovaných injekčních jehel a stříkaček (UNAIDS, 2014).

Při drobných poraněních a vnějším kontaktu s kontaminovanou krví je pravděpodobnost nákazy virem HIV relativně nízká, protože k infekci organismu je potřeba jeho určitého množství. I zde je však nutno dbát na dodržování ochranných zásad s infikovanou osobou a je proto lépe se vyvarovat společnému používání hygienických potřeb, jako kartáčků, žiletek apod. (NPBPAČR, 2011).

Poslední možností infekce je tzv. vertikální (perinatální) přenos viru HIV neboli přenos z matky na dítě. HIV pozitivní matka může nakazit své dítě v průběhu těhotenství, při kojení nebo již při porodu (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Nejrizikovější je infekce při porodu, kdy je dítě v přímém kontaktu s matčinou krví. V současné době mohou těhotné ženy využít testů na HIV, aby se v případě jeho přítomnosti v těle mohla zahájit včasná léčba, a snížilo se tak riziko přenosu viru na novorozence. Dnešní medicína umožňuje snížit riziko infekce z matky na dítě asi o dvě třetiny (NPBPAČR, 2011).

The Bulletin of Experimental Treatments for AIDS (2014) udává pravděpodobnost přenosu HIV u jednotlivých způsobů nakažení. Pokud dojde ke kontaktu s krví obsahující HIV při krevních transfuzích, je pravděpodobnost přenosu viru 92,5 %. U injekčního užívání drog je pravděpodobnost transmise HIV 63 %. Pravděpodobnost přenosu z HIV pozitivní matky na dítě je 22,5 %. Podle *Public Health Solutions* (2014) se průměrné riziko přenosu HIV u různých typů pohlavního styku pohybuje od 0,04 % při sexu orálním, po 1,4 % při sexu análním.

Přítomnost viru HIV v organismu se dá odhalit pouze laboratorním vyšetřením, zaměřeným na konkrétní diagnózu viru HIV v těle. Pokud je u člověka zjištěna pozitivní přítomnost viru HIV, je označen jako „HIV pozitivní“ (NPBPAČR, 2011).

1.2.2 Fáze nemoci HIV/AIDS – průběh infekce

Průběh nemoci AIDS můžeme rozdělit na několik fází. NPBPAČR (2011), Hontelez et al. (2012) a AVERT (2014) uvádí stadia čtyři. O'Hara (2007) nebo CDC (2014) hovoří o třech základních etapách. Ve své práci vycházím ze všech zmíněných informačních zdrojů, ale volím rozčlenění na čtyři fáze. Důvodem je z mého pohledu přehlednější a jasnější popis průběhu nemoci.

U člověka, který byl nakažen virem HIV, se třeba i několik let nemusí projevit žádné příznaky onemocnění ani žádné zdravotní komplikace. Dle NPBPAČR (2011) se ale první známky nemoci objevují přibližně u 50 % infikovaných po 3–8 týdnech od nákazy. CDC (2014) a AVERT (2014) uvádějí týdny 2–4. O' Hara (2007) tvrdí, že období s těmito příznaky může trvat až několik měsíců, Hontelez et al. (2012) udává v průměru čtvrt roku. V této době se jedná se o tzv. stadium *primární infekce*, neboli akutní HIV infekci, při níž dochází ke zduření uzlin a nemoc probíhá podobně jako chřipkové onemocnění, které většinou během několika dní samovolně odezní (CDC, 2014). Ve fázi primární infekce se v krvi nachází velké množství viru HIV a riziko jeho přenosu na jiného člověka je právě v tomto období nejvyšší (AVERT, 2014).

Druhým stadiem je tzv. *asymptomatická latentní fáze*, která trvá u každého jedince různě dlouhou dobu. Hontelez et al. (2012) udává 5,5 roku, AVERT (2014) v průměru 10 let, CDC (2014) 10–12 let. V tomto stadiu nejsou pozorovatelné žádné zdravotní komplikace ani viditelné příznaky nemoci. Proto se toto období někdy nazývá jako tzv. *bezpříznakové nosičství viru HIV* (NPBPAČR, 2011). Přestože se mnohdy právě nakažený jedinec může cítit zdravý a nemusí tušit, že je HIV pozitivní, je již od počátku infekce přenašečem viru HIV. V této době tak může neúmyslně infikovat další osoby. Nakažlivost pak přetrvává až do konce života nemocného člověka (AIDS Institute, 2011). Během asymptomatické latentní fáze dochází u pacienta k postupným změnám imunitního systému, jehož nejnápadnějším výrazem je pokles CD-4+ lymfocytů. K prvním příznakům, které signalizují sníženou výkonnost imunitního systému, dochází při poklesu počtu CD-4+ lymfocytů pod hodnoty 500 buněk/mm³ (kubický milimetr krve). V tomto stavu přechází pacient z asymptomatické latentní fáze do *symptomatické fáze* HIV infekce (NPBPAČR, 2011).

Symptomatická fáze je charakterizovaná například zvýšenou únavou, horečkami, průjmami, hubnutím, zmenšováním dříve zduřelých uzlin a dalšími projevy. V průběhu symptomatického stadia HIV se objevují i tzv. *oportunní infekce*⁵, které mohou napadnout každý systém lidského těla (CDC, 2014). S jejich propuknutím dochází k dalšímu výraznému zhoršování funkcí imunitního systému a mění se klinické příznaky nemocného. Doba trvání této fáze se u většiny případů pohybuje kolem čtyř let (NPBPAČR, 2011). Pokud se počet CD-4+ lymfocytů dostane pod úroveň 200 buněk/mm³, je u nemocného diagnostikována nemoc AIDS (CDC, 2014). Celková délka asymptomatické a symptomatické latentní fáze do propuknutí AIDS tak může trvat od 3 do 15 let.

Kvůli AIDS se organismus stává náchylnějším k řadě infekčních a nádorových onemocnění. Výskyt vážných oportunních infekcí, například pneumocystového zápalu plic, Kaposiho sarkomu nebo toxoplasmózy mozku, je důsledkem vážné poruchy imunitního systému a jedním z projevů nemoci AIDS (NPBPAČR, 2011).

Za jak dlouhou dobu od infikace se u nakaženého projeví AIDS, záleží na mnoha faktorech. Jsou jimi například: původní úroveň obranyschopnosti organismu, životní styl, výživa nebo schopnost zvládnání stresových situací (AVERT, 2014). K rozvoji onemocnění AIDS může také přispět tzv. reinfekce, tedy příjem další dávky viru HIV do organismu. K tomu zpravidla dochází při sexuálním kontaktu HIV pozitivního s HIV pozitivním partnerem. Proto je i v tomto případě nutné dodržovat zásady bezpečného sexu a používat ochranné prostředky (NPBPAČR, 2011).

Stupeň nakažlivosti se liší podle množství viru v krvi a podle fáze infekce, ve které se nemocný člověk nachází. Nejvíce viru se vylučuje v období primární infekce, kdy se projevují první příznaky onemocnění. V době asymptomatické latentní fáze je zase množství vylučovaného viru naopak nejnižší, a opětovně stoupá, čím blíže se nakažený přesouvá do konečného stadia AIDS (CDC, 2014). Osobám, u kterých je diagnostikována AIDS jsou ve většině případů predikovány 3 roky života (AIDS Info 2011; CDC 2014; AVERT 2014).

1.2.3 Typy HIV

HIV se vyskytuje ve dvou základních typech označovaných jako HIV-1 a HIV-2. V rámci nich pak ještě rozlišujeme řadu dalších sub-typů. HIV-1 a HIV-2 se od sebe odlišují

⁵ způsobují je mikroorganismy, které za normálních okolností nejsou pro člověka nebezpečné, ale za určitých podmínek – zejména při snížení imunity např. při AIDS – jsou schopny vyvolat onemocnění (VLS, 2008)

především geografickým výskytem, klinickým obrazem, patogenitou, toxicitou a některými dalšími epidemiologickými charakteristikami (O'Hara 2007).

HIV-1 je mnohem více virulentní⁶ než HIV-2 a jeho nejvirulentnější podtyp označený *M* se nachází především v sub-saharské Africe. I to je jedním z faktorů přispívajících k velkému rozšíření nemoci v tomto regionu (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011.) Naopak méně virulentní sub-typy převažují v Severní Americe a Evropě (O'Hara, 2011). HIV-2 je vzácnější, je lokalizován především v oblasti západní Afriky a v porovnání s HIV-1 je méně infekční. Průběh jeho rozvoje v těle je také pomalejší než u HIV-1 (Hontelez et al., 2012).

1.3 Léčba HIV/AIDS

S nástupem nemoci HIV/AIDS se od 80. let začala rozvíjet i její léčba. Přestože se skupinám lékařů, vědců a farmaceutickým společnostem povedlo za bezmála 30 let dosáhnout řady úspěchů a do jisté míry se podařilo smrtelnou nemoc převést na nemoc chronickou a částečně léčitelnou, stále neexistuje žádná účinná vakcína, která by umožnila zabránit přenosu viru HIV a dokázala nemocného kompletně vyléčit (WB, 2008).

Základem současné léčby je brzká diagnóza, profylaxe⁷, včasné zahájení léčby oportunních infekcí a tzv. *antiretrovirová* neboli protivirová terapie (ART). Jejím cílem je snížit a zmírnit následky infekce, zpomalit množení viru HIV v buňkách a předejít zhroucení imunitního systému člověka (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Na světě existuje celá řada antiretrovirových léků, které se dávkuje v různých fázích replikace viru a jejichž kombinací lze dosáhnout zvýšeného účinku a omezení výskytu rezistentních variant HIV. Úplná eliminace viru HIV v organismu je však zatím nemožná (NPBPAČR, 2011)

Hynek Rozsypal z Lékařské fakulty Univerzity Karlovy (2003) uvádí čtyři základní funkce antiretrovirové léčby:

1. maximální a dlouhodobá suprese virové replikace⁸,
2. částečná regenerace imunitních funkcí,
3. zlepšení kvality života,
4. redukce morbidit⁹ a mortality spojená s HIV.

⁶ míra schopnosti choroboplodného patogenního zárodku vyvolat onemocnění (opakem je avirulence) (VLS 2008; Petráčková & Kraus et al. 2001)

⁷ ochrana před určitou nemocí, která by mohla nastat (léčebnými prostředky, léky, očkováním) (VLS, 2008)

⁸ zmnožení viru (VLS, 2008)

⁹ nemocnost – číselný údaj vztažený pro danou nemoc k určitému časovému úseku a počtu obyvatel (VLS, 2008)

Z rozvojového pohledu se na antiretrovirovou terapii dívá UNAIDS (2014), který mezi její hlavní výstupy zařazuje:

1. záchranu životů,
2. zabraňování novým případům HIV,
3. redukci rizika rozvoje dalších onemocnění (v rozvojových zemích zejména tuberkulózy),
4. ekonomické úspory a podporu rozvoje,
5. udržování ekonomické aktivity HIV pozitivních.

Všechna dnes dostupná antiretrovirová chemoterapeutika více či méně zpomalují množení viru HIV v organismu, ale neumějí průběh nemoci zvrátit. Základním a nejpoužívanějším lékem v antiretrovirové terapii je azidothymidin (AZT), jehož užíváním lze například snížit riziko přenosu HIV z matky na dítě během těhotenství (NPBPAČR, 2011). Dalším významným lékem je například Indinavir, jehož aplikací se společně v kombinaci s dalšími léky v polovině 90. let podařilo rapidně zvýšit účinnost antiretrovirové terapie a prodloužit délku života pacientů s HIV. Nové, úspěšnější metody léčby se pak začaly nazývat jako HAART neboli vysoce účinná antiretrovirová terapie (angl. *highly active anti-retroviral therapy*) (Vella et al., 2012).

Důležitou otázkou, kterou si neustále pokládá řada odborníků zabývajících léčbou HIV/AIDS, je, kdy nastává vhodná doba pro zahájení antiretrovirové terapie. Podle aktuálního doporučení WHO by se s antiretrovirovou léčbou mělo začít při poklesu CD-4+ buněk pod 350 buněk/mm^3 (WHO, 2013). V západních zemích se antiretrovirová terapie ve většině případů zahajuje již tehdy, pokud se sníží počet CD-4+ buněk pod 500 buněk/mm^3 (Vella et al., 2012). USDHHS & CDC & GAP et al. (2011) uvádí zahájení léčby při stavu CD-4+ buněk pod $200/\text{mm}^3$. Hranice 50 buněk/mm^3 je ve většině případů brána jako „hranice smrti“ (O’Hara, 2007).

Na světě existuje několik různých typů a režimů léčby, které většinou využívají kombinaci tří odlišných antiretrovirových léků. Úspěch léčby ale také vždy závisí na individuálních vstupních předpokladech každého pacienta a na prostředí, ve kterém terapie probíhá (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Vella et al. (2012) mezi individuální předpoklady řadí například pacientovy způsoby chování, virový genotyp, kterým je nakažen, nebo stav nemoci, ve kterém se nemocný nachází. V rámci prostředí jde o soubor podmínek, v nichž léčba probíhá. Jedná se například o kvalitu zdravotní péče a zejména socioekonomické faktory.

Podle Rosse et al. (2012) a UNAIDS (2014) se základní komponenty účinné léčby HIV skládají z těchto bodů:

1. včasné testování na přítomnost viru HIV a identifikace lidí, kteří léčbu potřebují,
2. poskytování dostatečného množství informací o dodržování léčby,
3. hodnocení způsobilosti pro započatí léčby HAART,
4. správný management oportunistických a jiných nemocí,
5. poskytování ostatních zdravotnických a poradenských služeb,
6. zajištění mentální zdravotní péče a psychologické podpory,
7. dostupnost výživového poradenství a přímá podpora výživy,
8. zapojení komunit a komunitních organizací.

1.3.1 Rizika antiretrovirové terapie

Antiretrovirová léčba prošla od 80. let 20. století dlouhým vývojem, při kterém docházelo k rozvíjení jednotlivých léků a jejich účinků na pacienty. Tak jako jiná chemoterapeutika naráží i antiretrovirotika na své limity, a je proto nutné počítat i s jejich nežádoucími vedlejšími účinky (AVERT, 2014).

Původní léky, které byly pacientům podávány v prvních etapách vývoje léčby jako zalcitodin nebo thymidin, byly značně toxické a s jejich užíváním souvisela i řada nežádoucích účinků, které způsobovaly pacientům vážné zdravotní komplikace. S některými antiretrovirovými léky používanými v prvních obdobích léčby se proto již v dnešní medicíně nesetkáváme (Vella et al., 2012). Počáteční antiretrovirová léčba také spočívala v každodenním přijímání velkého množství léčiv. Zatímco v současné antiretrovirové terapii se ve většině případů operuje s kombinacemi 2–3 léků za den, dříve pacienti užívali denně 10–15 léků (Vella et al., 2012). I když se antiretrovirotika postupným vývojem neustále zdokonalují a omezují se jejich nežádoucí účinky, stále existují určitá rizika spojená s jejich užíváním (Bravinger et al., 2013).

Rozsypal (2003) hovoří o rizikových faktorech, které jsou spojeny s dnešní antiretrovirovou léčbou. Jsou jimi například špatná absorpce léků a jejich relativní poddávkování nebo i nadále přetrvávající toxicita a nežádoucí účinky. Dalšími faktory, které ohrožují současnou antiretrovirovou terapii, jsou nedostatečný efekt antiretrovirotik, rezistence viru HIV nebo špatná adherence léčby. Tak jako Rozsypal (2003) i Bravinger et al. (2013) zmiňuje nežádoucí účinky antiretrovirotik. Jedná se především

o zvýšenou četnost komorbidit¹⁰ a kardiovaskulárních a metabolických poruch, které nemají přímou souvislost s AIDS. Jsou jimi například diabetes, onemocnění kostí nebo některé druhy rakoviny.

1.3.2 Dostupnost a rozšíření antiretrovirové léčby ve světě

Z celkových 30–40 milionů nakažených ve světě podstupuje v současné době antiretrovirovou léčbu necelá polovina. Přestože terapie prozatím není k dispozici pro všechny nemocné, jedná se i tak o rapidní zlepšení v dostupnosti léků a nárůstu počtu léčících se pacientů v několika posledních letech. Například v roce 2006 antiretrovirovou terapii nevyužívalo až 90 % HIV pozitivních. Procento lidí žijících s HIV/AIDS, kteří neměli přístup k této léčbě, se do roku 2013 snížilo na 63 % (UNAIDS, 2014). Počet lidí využívajících antiretrovirovou terapii v roce 2013 je společně s celkovým počtem lidí žijících s HIV/AIDS podle jednotlivých regionů světa zobrazen v Tabulce č. 1. Procentuálně je pak tento stav vyjádřen na Grafu č. 1.

Hovoří se také o tom, že antiretrovirová léčba zabránila od roku 1995 asi 7,6 milionu úmrtí, z toho cca 4,8 milionu v sub-saharské Africe (UNAIDS, 2014). Můžeme tak říci, že expanze antiretrovirové léčby v posledních letech z velké míry přispěla k obrácení trendu rostoucí mortality způsobené HIV/AIDS.

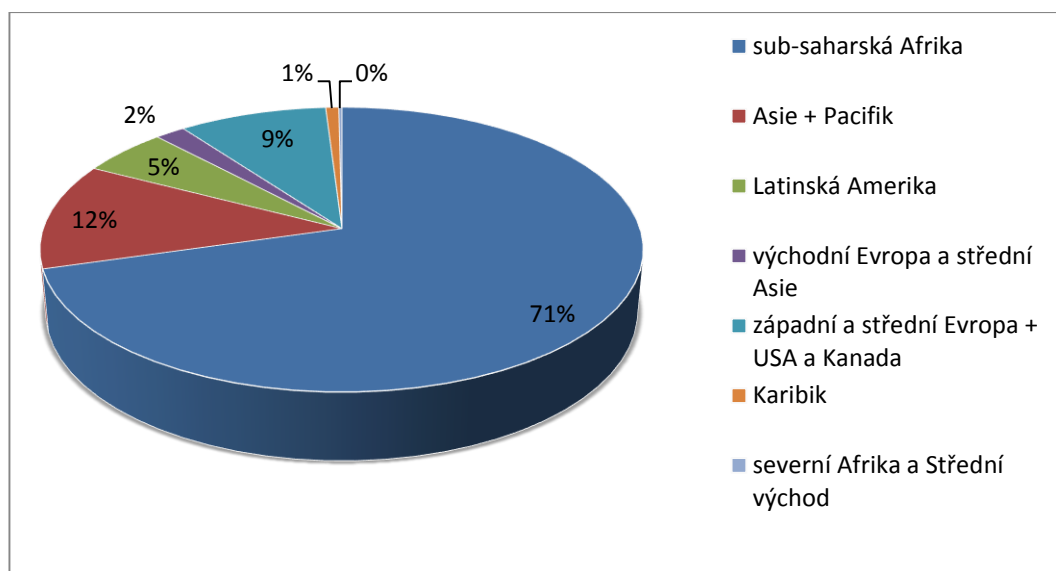
¹⁰ současný výskyt více nemocí (VLS, 2008)

Tabulka č. 1: Počet lidí žijících s HIV/AIDS v jednotlivých regionech světa a počet a podíl lidí s HIV/AIDS, kteří využívají antiretrovirovou terapii (2013)

Regiony světa	Lidé žijící s HIV/AIDS	Lidé využívající ART	Podíl lidí využívajících ART (%)
sub-saharská Afrika	24 700 000	9 080 086	36,7
Asie + Pacifik	4 800 000	1 561 139	32,5
Latinská Amerika	1 600 000	691 723	43,2
východní Evropa a střední Asie	1 100 000	239 077	21,7
západní a střední Evropa + USA a Kanada	2 300 000	1 176 149	51,1
Karibik	250 000	103 299	41,3
severní Afrika a Střední východ	230 000	25 546	11,1
Celkem	35 000 000	12 114 100	34,6

zdroj: UNAIDS, 2014

Graf č. 1: Procentuální zastoupení lidí žijících s HIV/AIDS, kteří využívají antiretrovirovou terapii, z celkového počtu lidí využívajících ART



zdroj: UNAIDS, 2014

Rozdíly v přístupu a kvalitě léčby však i přes tato zlepšení zůstávají a jsou nejvíce patrné ve vzájemném porovnání rozvinutého a rozvojového světa. Přestože incidence i mortalita v důsledku HIV/AIDS klesá, počet lidí žijících s HIV potřebujících odpovídající léčbu rok od roku narůstá. Tento trend je způsoben především prodloužením délky života

pacientů s HIV díky vyšší efektivitě a většímu rozšíření antiretrovirové léčby (Ros set al., 2012).

V západních zemích je antiretrovirová terapie na velmi vysoké úrovni a je zároveň dostupná širokému spektru populace. Naopak v zemích rozvojových panují daleko obtížnější podmínky (UNAIDS, 2014). Jedny z prvních antiretrovirových léků se do sub-saharských států rozšířily až po 15 letech od zahájení léčby, a to v roce 1997, kdy se antiretrovirotika objevila v Ugandě a Pobřeží Slonoviny. Ceny těchto léků však byly v mnohých případech příliš vysoké, a léčba tak ve skutečnosti zůstávala pro místní obyvatele téměř nedostupná (Vella et al., 2012).

Postupným nátlakem nevládních organizací i jednotlivých států se ale podařilo ceny antiretrovirotik snížit a přiblížit je i lidem v rozvojových zemích (Nováček, 2010). Pomohl tomu také export levnějších léků z Indie nebo Španělska, který se uskutečňuje od roku 1999 a redukce denního dávkování léků na 2–3 pilulky. I přesto však v některých zemích zůstává antiretrovirová léčba pro HIV pozitivní obyvatele drahá a nedostupná (Vella et al., 2012).

V zemích se středními a nízkými příjmy navíc antiretrovirová terapie mnohdy není tak efektivní jako v zemích rozvinutého světa. K nepříznivým výsledkům přispívá především horší kvalita života reprezentovaná několika faktory. Barnett & Whiteside (2002) nebo Vella et al. (2012) sem zařazují determinanty jako podvyživenost, imunosupresi, pozdější odhalení nemoci, častý výskyt koinfekcí¹¹ (nejvíce tuberkulózy), dále pak anemii nebo kryptokoková onemocnění.

Celková zdravotní infrastruktura je v rozvojových zemích v mnoha případech na nízké úrovni a její možnosti a kapacity jsou omezené (Vella et al., 2012). Problémy s lékařskou péčí (limitovaná dostupnost léčiv druhé a třetí linie, nedostatečný monitoring viru, omezený přístup k diagnóze) v souvislosti s celkovým sociálně kulturním prostředím (stigmatizace, tabu) se následně promítají do pozdního zahajování léčby, z toho plynoucích oslabených odpovědí na léky a k celkově nižší efektivitě antiretrovirové terapie (Kelly & Desmond & Cohen, nedatováno).

1.3.3 Financování léčby

Nemoc HIV/AIDS je jednou z největších výzev, kterým v současné době světová populace čelí. I díky zařazení HIV/AIDS mezi Rozvojové cíle tisíciletí získala tato problematika značnou pozornost a finanční podporu mezinárodního společenství. Například

¹¹ současná infekce dvěma, popř. více druhů choroboplodných zárodků (VLS, 2008)

za rok 2013 bylo v zemích s nízkými a středními příjmy investováno celkem 19,1 miliardy USD na boj proti HIV/AIDS (AVERT, 2014). Za pozitivní trend ve financování můžeme označit stále vyšší snahu o zapojení národních zdrojů jednotlivých států. Domácí investice ze strany zemí s nízkými a středními příjmy činily v roce 2013 asi 9,5 miliardy dolarů (UNAIDS, 2014).

Hlavní mezinárodní pomoc týkající se tohoto problému putuje z USA skrze *U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), dále prostřednictvím Globálního fondu pro boj s HIV/AIDS, tuberkulózou a malárií a Světové banky (WB, 2008). Od roku 2010 však ve financování této oblasti můžeme pozorovat trend postupné stagnace. Tomu do jisté míry přispěla finanční krize, která postihla ekonomiky donorů z vyspělých zemí i jednotlivé národní ekonomiky (Ross et al., 2012). Kvůli předpokladu nárůstu počtu lidí potřebujících antiretrovirovou léčbu, však může takové zpomalení financování do budoucna v boji proti HIV/AIDS představovat značný problém. Aby tak efektivita boje s HIV/AIDS mohla i v následujících letech zůstat na stejné úrovni, bude nutné zajistit i navyšování finančních prostředků plynoucích do této sféry. Odhaduje se, že minimální investice do roku 2015 by se měly pohybovat v rozmezí mezi 22–24 miliardami USD (UNAIDS 2014; AVERT 2014).

1.4 Prevence

Při řešení problematiky HIV/AIDS a zabraňování dalšímu rozšiřování této nemoci hrají významnou roli preventivní opatření a strategie. Jejich základním aspektem je vzdělávání obyvatel a poskytování informací o HIV/AIDS. Jedná se zejména o způsoby ochrany před HIV/AIDS a možnými riziky spojenými s touto nemocí (UNAIDS, 2014). V komplexní rovině je myšlena výchova vedoucí ke změně přístupů a chování v sexuálním životě. Na světě existuje celá řada preventivních programů a strategií zabývajících se touto problematikou (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Například WB (2008) doporučuje zacílit preventivní programy především na ženy (obzvláště do 25 let), klást důraz na změnu chování v sexuálních vztazích (střídání sexuálních partnerů) a zaměřit se na nejvíce ohrožené skupiny obyvatel jako pracovníky v sexuálních službách, drogově závislé nebo homosexuální muže.

V každé zemi i v každé oblasti se přístupy k nemoci liší. Proto zde nyní představuji asi nejrozšířenější a nejznámější preventivní strategii v boji proti HIV/AIDS, strategii ABC.

1.4.1 Strategie ABC

Název ABC je zkratkou složenou ze tří anglických slov *abstain* (sexuálně abstinuj), *be faithful* (pokud neabstinuješ, buď věrný jednomu partnerovi) a *condomise* (pokud nejsi věrný, používej kondom) (Avert, 2014). Tato preventivní strategie klade důraz na změnu chování zejména u HIV pozitivních osob, ale také u ostatních, kteří nejsou infikováni HIV/AIDS. Aby se zabránilo dalšímu šíření infekce, je lidem doporučováno být sexuálně zdrženlivými, při pohlavním styku používat kondom a zůstat věrný jednomu partnerovi (K. and CH. Mchobu, 2007).

Na kolik je tato strategie opravdu účinná, je velmi obtížné odpovědět. Jedná se o doporučení, jak se chovat, ale rozhodnutí je vždy na každém člověku a na jeho osobní zodpovědnosti a přístupu k životu. Strategii je také vyčítána její silná religiózní a konzervativní povaha, která v mnoha případech nerespektuje odlišná specifika jednotlivých kultur a místních podmínek (AVERT, 2014).

Další formou prevence, která pomáhá zabraňovat rozšiřování HIV/AIDS, je zajišťování bezpečnosti krevních konzerv a derivátů. V minulosti byl právě přenos touto cestou jedním z předních faktorů šíření HIV/AIDS (NPBPAČR, 2011). V neposlední řadě spadají do preventivních opatření také programy věnující se drogové problematice a programy zaměřené na distribuci mužských a ženských kondomů. Stále výraznější pozornost získává také mužská obřízka (podle studií z JAR je u obřezaných mužů až o 60 % menší pravděpodobnost nákazy HIV než u neobřezaných) (Nováček, 2010).

1.5 Rizikové skupiny

Celosvětově dochází k nejčastějšímu přenosu HIV/AIDS heterosexuálním pohlavním stykem. Určité skupiny obyvatel jsou však touto nemocí a jejími dopady postiženy více než ostatní (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Nyní si proto představíme části populace, u nichž je riziko infekce virem HIV nejvyšší. Podle UNAIDS (2014) nebo organizace AVERT (2014) sem patří muži provozující sex s jinými muži (angl. *men who have sex with men*, MSM) prostitutky a prostituti, nitrožilní uživatelé drog nebo vězni.

Z obecného hlediska postihuje nemoc HIV/AIDS nejvíce populaci v produktivním věku. To je způsobeno charakterem jejího přenosu a značnou sexuální aktivitou tohoto vzorku populace. U mužů se jedná především o věkové kategorie mezi 30–44 lety. Ženy jsou nejčastěji infikovány mezi 25–44 lety. U populace v rozmezí 15–24 let převládají HIV

pozitivní ženy (někde až dvakrát více) (UNAIDS 2014; USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). V zemích, které jsou nejvíce postiženy epidemií HIV/AIDS, jako například státy z regionu východní a jižní Afriky, způsobuje koncentrace HIV/AIDS u produktivní populace nejen zdravotní komplikace, ale její negativní dopady se projevují i v sociální a ekonomické oblasti. V některých afrických zemích tento trend ovlivňuje střední délku života (u států jižní Afriky i pod 40 let) i ekonomický růst a další oblasti (Ortblad et al., 2010).

UNAIDS (2014) uvádí, že u homosexuálních, bisexuálních a trans-sexuálních mužů provozujících sex s jinými muži je riziko přenosu HIV/AIDS až 19 krát pravděpodobnější než u heterosexuální populace. V současné době je incidence HIV u těchto skupin na vzestupu, zejména v latinsko-amerických a asijských státech. V mnoha zemích světa je ale velmi obtížné získat přesná relevantní data o této kategorii populace, a to především kvůli stigmatizaci homosexuality a dalším restrikcím namířeným proti jiné než heterosexuální populaci (UNAIDS, 2014).

Vysoká prevalence HIV/AIDS se vyskytuje také u prostitutek a prostitutů. Kvůli velkému množství partnerů a klientů z různých sfér společnosti navíc představuje placený sex i riziko pro širší spektrum populace. U těchto skupin hrají v prevenci důležitou roli především programy zaměřené na zvyšování informovanosti a distribuci kondomů (AVERT, 2014).

Až 30 % nových případů HIV/AIDS mimo sub-saharskou Afriku jsou nitrožilní uživatelé drog. Tento problém se v současné době projevuje nejvíce v Ruské federaci, na Ukrajině a v zemích střední Asie. Ve státech západní a střední Evropy nebo USA, kde jsou služby a programy pro drogově závislé na vysoké úrovni, jsou počty nově HIV pozitivních narkomanů relativně nízké, ale i zde existují výjimky (UNAIDS, 2014).

Migranti ze zemí se středními nebo nízkými příjmy a etnické minority jsou dalšími specifickými skupinami čelícími výraznějšímu riziku nákazy HIV. Na tuto populaci se často zapomíná a její přístup ke zdravotním službám je v mnohých případech omezený. Například v USA je z etnického hlediska nejvyšší výskyt HIV/AIDS u afroamerických a hispánských obyvatel (WHO, 2013).

Často opomíjenými skupinami lidí, které jsou ve velké míře postiženy epidemií HIV/AIDS, jsou vězni. K infekci dochází kvůli používání nesterilizovaných jehel při užívání drog a při tetování. Vězni jsou také vystaveni větší míře násilí a vysoce rizikovému sexuálnímu chování a znásilňování (AVERT 2014). V některých případech je u nich pravděpodobnost nákazy virem HIV až 50 krát vyšší než u běžné populace (UNAIDS 2014).

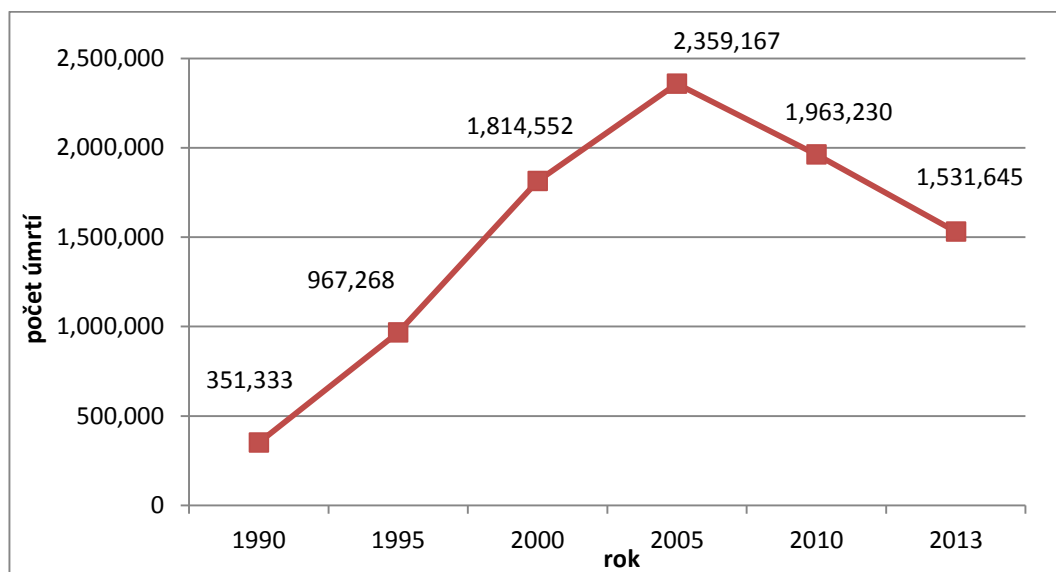
Na mnoha místech světa může k vyššímu riziku nákazy HIV/AIDS přispívat řada předpisů omezujících sexuální chování, jako je například kriminalizace prostituce nebo stigmatizace homosexuality. Prostituce je nelegální a trestná ve 166 státech a zákaz homosexuálního styku platí v 78 zemích světa. V sedmi z nich se homosexualita trestá smrtí (UNAIDS, 2014). V takových zemích, kde není homosexualita tolerována, musí gayové svou orientaci skrývat, jinak by byli velmi pravděpodobně vyloučeni ze společnosti. Proto v leckterých případech žijí běžným způsobem života, jsou ženatí a mají rodiny. Kvůli restrikcím a homofobii ale může docházet k nesprávnému nebo mylnému šíření informací, omezené dostupnosti preventivních opatření a ochranných prostředků a obtížnějšímu přístupu k antiretrovirové terapii (AVERT, 2014). Restrikce a stigmatizace tak vytvářejí prostor pro další rozšiřování nemoci a přímé ohrožení rodin těchto lidí. Efekt takovýchto opatření je proto na mnoha místech často opačný a neodpovídá původnímu záměru (AVERT, 2014).

1.6 HIV/AIDS a svět

Od prvního oficiálně zaznamenaného případu HIV/AIDS v roce 1981 bylo touto nemocí infikováno téměř 75 (odhady mezi 63–89 mil.) milionů lidí na celém světě. Na ni nebo její následky zemřela asi polovina z nich, tedy cca 36 (odhady mezi 30–42 mil.) milionů lidí (UNAIDS 2014; WB 2014; WHO 2013).

V roce 2005 zemřelo v důsledku HIV/AIDS asi 2,3 (odhady mezi 2,2–2,9 mil.) milionu lidí. To bylo nejvíce za celou její historii a od této doby má světová mortalita HIV/AIDS klesající tendenci (UNAIDS 2014; WHO 2013). Vývoj počtu úmrtí související s HIV/AIDS je zachycen v Grafu č. 2. Z jeho křivky je jasně patrný trend rostoucí úmrtnosti v důsledku HIV/AIDS od roku 1990 vrcholící přibližně v polovině nultých let. Od přelomu let 2005/2006 je jasná klesající tendence úmrtnosti na tuto nemoc.

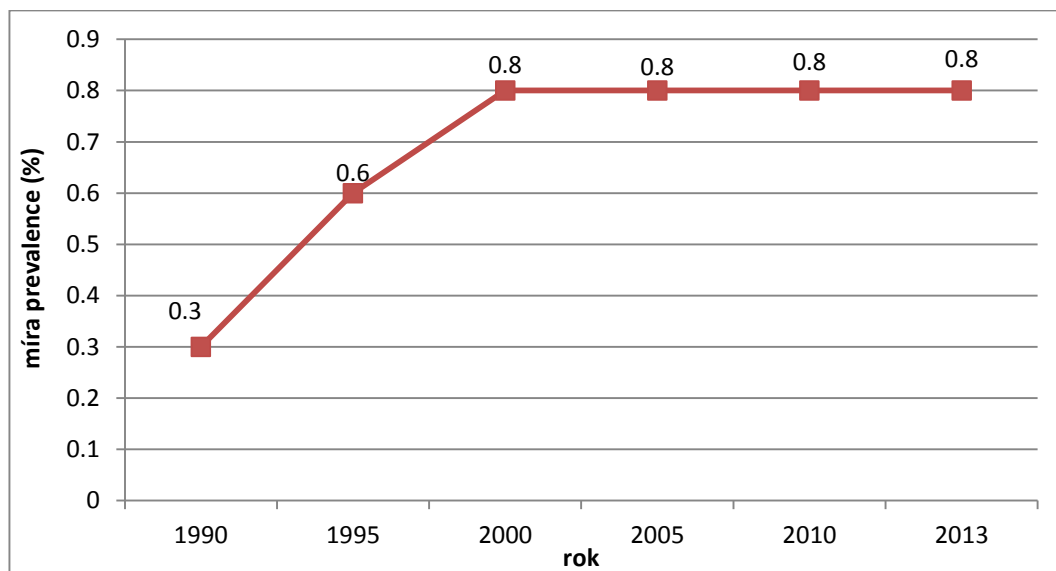
Graf č. 2: Vývoj celosvětového počtu zemřelých v důsledku HIV/AIDS



zdroj: UNAIDS, 2014

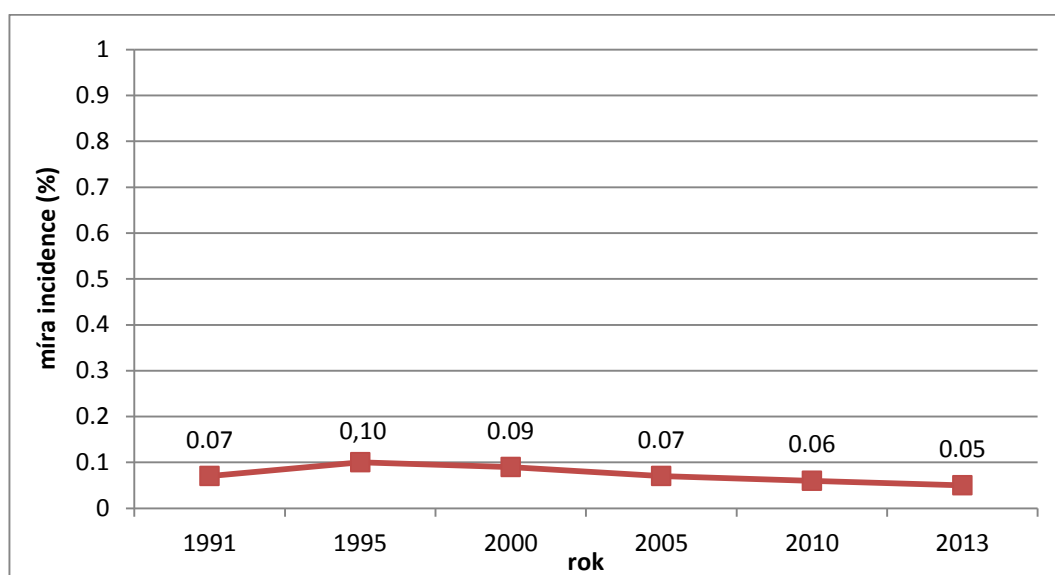
Vývoj globální prevalence a incidence HIV/AIDS je představen v Grafu č. 3 a č. 4. Světová prevalence HIV/AIDS rostla do roku 2000, poté se její stav stabilizoval a dodnes zůstává téměř neměnný. Růst míry incidence nemoci se projevoval do roku 1995. Po tomto roce je incidence HIV/AIDS na ústupu.

Graf č. 3: Vývoj míry světové prevalence HIV/AIDS mezi lety



zdroj: UNAIDS, 2014

Graf č. 4: Vývoj míry světové incidence HIV/AIDS



zdroj: UNAIDS, 2014

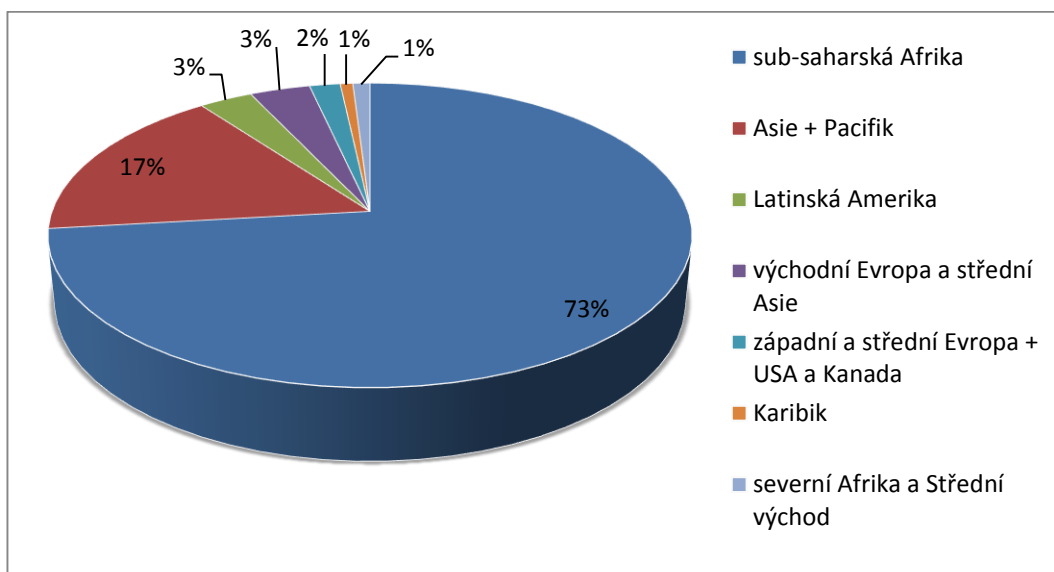
Za rok 2013 dosáhla mortalita v důsledku HIV/AIDS 1,5 milionu lidí, což je o 35 % méně než na přelomu let 2005/2006 (UNAIDS 2014; WHO 2013). Počet úmrtí souvisejících s HIV/AIDS ve světě za rok 2013 je znázorněn v Tabulce č. 2. Jeho procentuální vyjádření zobrazuje Graf č. 5. Z obou je patrná výrazná převaha úmrtnosti na HIV/AIDS v sub-saharské Africe nad ostatními regiony.

Tabulka č. 2: Počet úmrtí souvisejících s HIV/AIDS v letech 2005 a 2013

Regiony světa	2005	2013
sub-saharská Afrika	1 800 000	1 100 000
Asie + Pacifik	340 000	250 000
Latinská Amerika	68 000	47 000
východní Evropa	51 000	53 000
a střední Asie		
západní a střední	28 000	27 000
Evropa + USA		
a Kanada		
Karibik	23 000	11 000
severní Afrika	8 800	15 000
a Střední východ		
Celkem	2 400 000	1 500 000

zdroj: UNAIDS, 2014

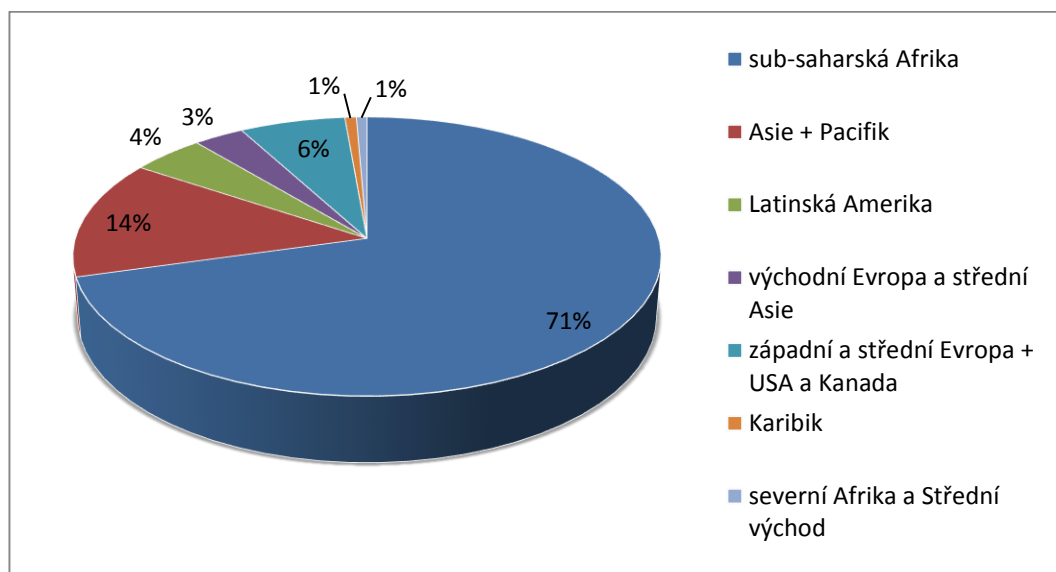
Graf č. 5: Stav světové mortality v důsledku HIV/AIDS (2013) (%)



zdroj: UNAIDS, 2014

Podle dvou významných mezinárodních institucí, UNAIDS (2014) a WHO (2013), žije v současné době s nemocí HIV/AIDS celosvětově asi 35,3 milionu lidí, z toho 32,6 mil. (odhady mezi 30,5–34) v zemích se středními a nízkými příjmy. Přes polovinu nakažených tvoří ženy a 3,2 milionu HIV pozitivních jsou děti. I další aktuální zdroje, například WB (2014) nebo organizace Amfar (2014), hovoří o počtu nad 35 milionů. Lékaři bez hranic (2013) dokonce operují s údajem i více než 40 milionů HIV pozitivních. Jako nejpříjemnější a nejvhodnější se podle mého názoru jeví počítat s údaji v rozmezí mezi 33–40 miliony (UNAIDS 2014; WB 2014; WHO 2013). Stav lidí s HIV/AIDS zachycující situaci v roce 2013 je představen na Grafu č. 6. I z tohoto grafu jasně vyplývá jako nejhůře postižený region sub-saharské Afriky.

Graf č. 6: Procento lidí žijících s HIV/AIDS podle jednotlivých regionů (2013)



zdroj: UNAIDS, 2014

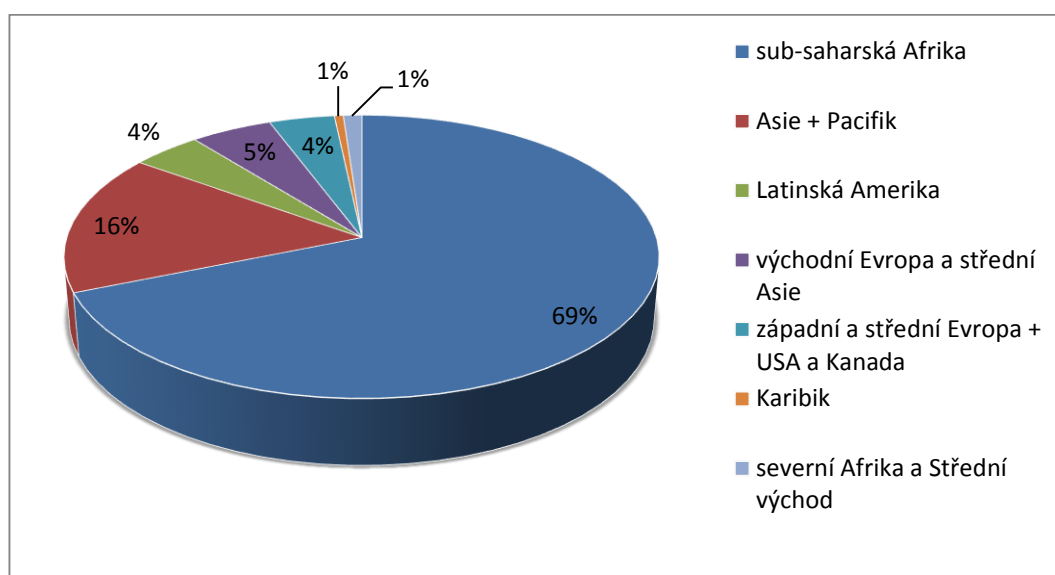
Za rok 2013 se podle UNAIDS (2013), WB (2014) a WHO (2013) celosvětově nově nakazilo asi 2–2,5 milionu lidí. Tabulka č. 3 znázorňuje počty případů nově nakažených lidí HIV za rok 2013 podle jednotlivých oblastí světa. 40 % z nich tvoří lidé mladší 25 let. V uplynulých třech letech se průměrný počet nově nakažených snížil o 13 %, přičemž nejvýznamnější a nejdramatičtější pokles nastal u dětí (až 50% snížení počtu nových případů HIV v posledních 10 letech). I přesto, že se výskyt nových případů HIV nakažených rok od roku snižuje, zůstává i nadále na poměrně vysoké úrovni (cca 6000 infikovaných denně) (UNAIDS, 2014).

Tabulka č. 3: Počet nových případů HIV/AIDS v letech 2005 a 2013

Regiony světa	2005	2013
sub-saharská Afrika	2 200 000	1 500 000
Asie + Pacifik	370 000	350 000
Latinská Amerika	97 000	94 000
východní Evropa a střední Asie	100 000	110 000
západní a střední Evropa + USA a Kanada	95 000	88 000
Karibik	19 000	12 000
severní Afrika a Střední východ		25 000
Celkem	290 000	1 500 000

zdroj: UNAIDS, 2014

Graf č. 7: Procentuální vyjádření nových případů HIV/AIDS ve světě (2013)



zdroj: UNAIDS, 2014

1.6.1 HIV/AIDS v jednotlivých regionech

Rozšíření HIV/AIDS se výrazně liší mezi jednotlivými regiony a zeměmi světa. Z obecného hlediska se s touto problematikou nejvíce potýkají země se středními a nízkými příjmy (UNAIDS, 2014). Ve všech regionech pak také platí, že oblasti s horšími socioekonomickými podmínkami a chudšími společenskými třídami jsou častěji postiženy nemocemi nebo jinými formami strádání, což se projevuje i vyšší mírou nakažlivosti HIV, časnějším nástupem AIDS a vyšší mírou úmrtnosti na tuto nemoc (O'Hara, 2007).

Latinská Amerika společně s Karibikem je regionem s přibližně 1,9 milionu HIV pozitivních (Tabulka č. 1). Nejčastějším způsobem přenosu HIV v Karibiku je nechráněný heterosexuální a homosexuální pohlavní styk a na rozdíl od ostatního světa zde nitrožilní užívání drog nepředstavuje tak významnou roli v přenosu nemoci (WHO, 2013). V prevalenci mezi jednotlivými zeměmi existují značné rozdíly a státem s nejvyšší mírou prevalence HIV v oblasti Karibiku jsou Bahamy (3,2 %) (UNAIDS, 2014).

V samostatné Latinské Americe je narůstajícím problémem zvyšující se počet HIV pozitivních žen. Stigmatizace homosexuality je paradoxně výrazným faktorem přispívajícím k incidenci HIV u této skupiny společnosti. Ženy jsou infikovány virem HIV od svých partnerů, kteří tajně a rizikově provozují sexuální styk i s jinými muži (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Silné sociální a kulturní tabu sexu dvou partnerů stejného pohlaví je tak v latinskoamerických společnostech významným faktorem přispívajícím k rozšiřování HIV. Tento trend se projevuje zejména u kategorie andských

zemí, jako jsou Chile, Peru nebo Bolívie (UNAIDS, 2014). Obecný majoritní způsob přenosu HIV/AIDS na jihoamerickém kontinentu je pak nechráněný sex a nitrožilní užívání drog. Brazílie je zemí s nejvyšším počtem infikovaných v regionu (730 000) (WHO, 2013).

V oblasti východní Evropy a střední Asie žije cca 1,1 milionu nakažených (Tabulka č. 1). Jedná se o část světa, ve kterém incidence nemoci v posledních letech stoupá. V tomto regionu nyní žije cca 0,6 % světové populace s HIV/AIDS. Nejvíce HIV pozitivních, až 85 % z celé oblasti, tvoří zejména dva státy – Rusko a Ukrajina. Tyto země zároveň představují nejrozsáhlejší epidemii HIV/AIDS v Evropě (UNAIDS, 2014). Nejčastější formou přenosu HIV je zde nitrožilní užívání drog, a to zejména kvůli sociálním a ekonomickým příčinám vycházejících z 90. let po rozpadu Sovětského svazu (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Mnoho nových případů ale také pramení z nechráněného heterosexuálního styku. Ve střední Asii se epidemie sice nerozšiřuje takovým tempem jako ve východní Evropě, ale i tak je její trend stoupající a nejvíce k jeho nárůstu přispívají nitrožilní uživatelé drog (WHO, 2013).

Jižní a jihovýchodní Asii a Pacifiku připadá cca 4,9 milionu lidí žijících s HIV (Tabulka č. 1) (UNAIDS, 2014). Běžnou cestou přenosu HIV v této části světa je nechráněný heterosexuální pohlavní styk. Infikace kontaminovanými injekčními jehlami a prostituce jsou hlavními atributy přenosu HIV ve Vietnamu, Thajsku a Kambodži (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Stále častěji také dochází k infekci žen od manželů nebo milenců, kteří se pravděpodobně nakazili HIV během placeného sexu s prostitutkami nebo sexem s jinými muži (UNAIDS, 2014).

V Pacifiku, zejména v zemích jako Papua Nová Guinea, panuje velké riziko přenosu viru HIV mezi původním obyvatelstvem kvůli sociálně-kulturnímu prostředí. Celkově jsou však počty HIV pozitivních v celé Oceánii na relativně nízké úrovni (UNAIDS, 2014).

Na Středním východě a v severní Africe je prevalence HIV/AIDS jedna z nejmenších. I zde však začíná pomalým tempem přibývat nových případů, a to především kvůli nechráněnému sexu a drogové problematice (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Od roku 2001 v tomto regionu vzrostl počet nových případů HIV/AIDS o 31 %, z 19 na 25 tisíc. Blízký východ a severní Afrika zaznamenaly také výrazný nárůst úmrtnosti na AIDS (až o 66 %) (UNAIDS, 2014).

V ostatních zemích západní civilizace, kam řadíme USA, Kanadu, Austrálii nebo další evropské státy, jsou touto nemocí z historického hlediska nejvíce postiženi homosexuální muži, prostitutky, prostituti, emigranti a narkomani. To je způsobeno vyšší mírou vystavení rizikovým faktorům, jako jsou vyšší promiskuita, nechráněný pohlavní styk nebo omezený

přístup ke zdravotní péči (O'Hara, 2007). Státy západního světa mají v porovnání s ostatními kontinenty relativně malé míry HIV/AIDS, což je dáno nižší virulencí viru HIV, vyšší mírou chráněného sexu, redukcí používání kontaminovaných jehel a krevních transfuzí a dobrou dostupností HAART (USDHHS & CDC & GAP et al. 2011; O'Hara 2007). I zde však za poslední roky počet nových případů mírně narostl. Česká republika a celkově střední Evropa se řadí k regionům s malou prevalencí i incidencí HIV/AIDS (UNAIDS, 2014)

Nejpostiženější oblastí světa je region sub-saharské Afriky, obzvláště pak jeho jižní část. Přestože v sub-saharské Africe klesla úmrtnost na HIV/AIDS mezi lety 2005–2013 až o 39 %, zůstávají zde počty HIV pozitivních stále nejvyšší na světě a v absolutních číslech se pohybují okolo 25 mil. lidí (odhady v rozmezí 23–27 mil). Oblast sub-saharské Afriky tak představuje přes 70 % (71–74 %) světové populace žijící s HIV/AIDS (jeden z dvaceti dospělých je v sub-saharské Africe infikován virem HIV) (Graf č. 3) (UNAIDS 2014; WB 2014). Více než polovinu celkového počtu, asi 16 milionů HIV pozitivních, představují dívky a ženy starší 15 let (UNAIDS, 2014).

Příčin, proč je právě sub-saharská Afrika nejvíce postižena HIV/AIDS, je několik a hlouběji se jimi zabývám v následujících kapitolách. Pro nynější představu se jedná například o vyšší virulenci viru HIV-1 a jeho sub-typů MD, MC, MA, které zde převažují nebo o způsoby chování (vysoká míra nechráněného sexu a používání nesterilizovaných jehel), vyšší míru negramotnosti a chudoby, vyšší míru rizika přenosu HIV z matky na dítě, *brain drain* (odchod vzdělané části populace) a nerozvinutost ekonomiky (O'Hara, 2007). Většina obyvatel Afriky se také řadí do nižších socioekonomických skupin, pro které je antiretrovirová léčba obtížně dostupná (Gillespie, 2008).

Zemí s nejvíce HIV pozitivními obyvateli v tomto regionu je Nigérie a státy s nejvyššími prevalencemi nemoci se nacházejí na jihu afrického kontinentu. Jsou jimi například JAR, Botswana, Svazijsko, Lesotho a další území z tohoto regionu (WHO, 2013).

1.7 Vymezení regionu jižní Afriky

Pro své zkoumání jsem si ve své práci vybral region jižní Afriky, který je v současné době epicentrem epidemie HIV/AIDS. Státy ležící v této oblasti vykazují nejvyšší míru prevalence HIV/AIDS nejen v rámci regionu sub-saharské Afriky, ale i v globálním měřítku.

Existuje několik geografických členění tohoto regionu. Téměř každá mezinárodní instituce i odborná literatura však používá trochu jiné dělení a zařazuje do regionu jiné státy.

Ve své práci jsem se proto rozhodl použít vlastní členění a vybral jsem státy z regionu jižní Afriky, které jsou problémem HIV/AIDS zatíženy nejvíce. Kritériem pro můj výběr byla míra prevalence HIV/AIDS pohybující se nad 20 %. Do této kategorie spadají státy: Lesotho, Svazijsko a Botswana. Dále jsem k tomuto výběru přičlenil Jihoafrickou republiku (JAR), ve které je celkový počet obyvatel žijících s HIV/AIDS nevyšší.

Mapa č. 1: Státy regionu jižní Afriky s prevalencí HIV/AIDS vyšší než 20 % + JAR (stát s nejvyšším počtem HIV pozitivních v tomto regionu) – státy jsou označeny barevně



zdroj: Africa investment research, 2011; upraveno: Marek Švanda, 2015

Shrnutí první kapitoly

První kapitola slouží především k uvedení do obecné problematiky HIV/AIDS. Jsou v ní vykreslena základní fakta související s touto nemocí, která jsou důležitá pro budoucí pochopení jednotlivých informací a orientaci v probírané látce.

Nejprve je představena historie nemoci HIV/AIDS a její vývoj od přenosu viru ze zvířete na člověka, přes pandemii nemoci vrcholící v 90. letech 20. století, až po současný trend klesající incidence a mortality.

Kapitola pokračuje základními charakteristikami nemoci. Vysvětluje pojmy HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) a AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Jsou zmíněny tři způsoby přenosu viru HIV – pohlavním stykem, krevní cestou a přenos viru z matky na dítě. Dále je popsán průběh nemoci a jeho čtyři fáze – primární infekce, asymptomatická latentní fáze, symptomatická fáze a konečné stadium AIDS. Kapitola se také zabývá léčbou nemoci, jejími cíli, výsledky, riziky, financováním, dostupností a rozšířením v jednotlivých regionech světa. Část je také věnována prevenci nemoci, ve které je představena pravděpodobně nejrozšířenější strategie boje proti HIV/AIDS – strategie ABC (*abstain, be faithful, condomise*).

V průběhu první kapitoly pracuji s aktuálními statistickými údaji týkajícími se nemoci HIV/AIDS. Je zde zaznamenán globální vývoj mortality, vrcholící přibližně v polovině nultých let, prevalence a incidence nemoci. Přináším také obecný přehled o stavu nemocnosti v jednotlivých regionech a zmiňuji základní specifika nemoci v nich. Z těchto statistik je zcela zřejmé, že ve všech ohledech souvisejících s HIV/AIDS je nejvíce postiženým regionem subsaharská Afrika, především pak její jižní část.

V závěrečné části první kapitoly je vymezen region jižní Afriky, který je předmětem mého zkoumání. V něm jsou definovány konkrétní státy, kterými se později v práci zabývám detailněji. Patří sem státy jižní Afriky s prevalencí HIV/AIDS přesahující 20 % (Lesotho, Svazijsko, Botswana) a stát s nejvyšším počtem obyvatel žijících s touto nemocí v regionu (Jihoafrická republika).

2 Vztah nemoci HIV/AIDS a rozvoje

Pro svou globální povahu a dopady na jednotlivce i celou společnost patří nemoc HIV/AIDS k předním globálním zdravotním problémům. Společně s průjmovými onemocněními, tuberkulózou, malárií, rakovinou plic a několika dalšími chorobami se HIV/AIDS zařazuje mezi 10 světových nemocí, na jejichž následky umírá nejvíce lidí (Pietrangello 2014; Nováček 2010).

HIV/AIDS neovlivňuje pouze zdraví jednotlivce, ale její dopady se projevují i na úrovni domácností, komunit a celkového stavu společnosti. Vliv HIV/AIDS tak prostupuje všemi sférami společenského spektra přes ekonomiku po kulturu. Sociální, ekonomické a demografické statistiky i celkový rozvoj společnosti se pak odvíjí od následků této nemoci. Mnoho zemí nejvíce postižených HIV/AIDS se současně potýká i s dalšími problémy, jakými jsou například ostatní infekční choroby (zejména malárie a tuberkulóza), nedostatek potravin, chudoba apod. (Gillespie, 2008)

2.1 HIV/AIDS a vliv na rozvoj

„Rozvoj můžeme chápat jako všestranný ekonomický, společenský, kulturní a politický proces, jehož cílem je neustálé zlepšování kvality života jednotlivce i společnosti, na základě jejich aktivní, svobodné a významné participace“ (UNDESA, 2004, s. 81).

HIV/AIDS představuje velkou překážku pro rozvojové procesy. Epidemie vyčerpává úspory, snižuje pracovní nabídku, zvyšuje zranitelnost domácností, snižuje produktivitu v soukromém i veřejném sektoru a negativně ovlivňuje veřejné finance (WB, 2008).

O'Hara (2007) definuje vztah nemoci HIV/AIDS a rozvoje jako vztah dvou proměnných, které jsou mezi sebou v neustálé interakci, vzájemně na sebe působí a ovlivňují se. V důsledku vysoké mortality na HIV/AIDS se snižuje úroveň lidského kapitálu a rozvoj jedince i celé společnosti je omezován. Přítomnost HIV/AIDS tak narušuje sociální strukturu a přispívá k fragmentaci společnosti, jejíž ochranné reakce na tento problém se stávají nedostatečnými a její komunitní zdroje se postupně vyčerpávají. Tato socioekonomická fragmentace poté opětovně přispívá k dalšímu šíření nemoci HIV/AIDS, která později znovu narušuje celkovou socioekonomickou sféru společnosti.

Drimie & Casale (2009) tvrdí, že HIV/AIDS působí jako zhoršující činitel ostatních negativních faktorů ve společnosti, který prohlubuje nejistoty mnoha zemí. HIV/AIDS

přispívá ke kritickému snižování produkce, příjmu, kapitálu, zapřičiňuje pokles kvalifikované pracovní síly ve veřejných službách i v soukromém sektoru a podkopává schopnost domácností odolávat šokům.

Dle Kelly & Desmond & Cohen (nedatováno) má HIV/AIDS negativní efekt na ekonomický růst a rozvoj společnosti, protože snižuje hodnotu lidského, fyzického a sociálního kapitálu následujícím způsobem:

- 1) lidský kapitál – nemoc nejvíce ovlivňuje dospělou ekonomicky produktivní populaci (15–49 let), jejich rodiče i potomky, u kterých omezuje vyhlídky do budoucna,
- 2) fyzický kapitál – vládám (výdaje do zdravotnictví) i domácnostem (náklady na léčbu) snižuje úspory a podněty spořit,
- 3) sociální kapitál – snižuje množství lidí se zkušenostmi a znalostmi, které nejsou předávány mladším generacím (Kelly & Desmond & Cohen nedatováno).

„Ekonomický růst je důležitou součástí rozvojového procesu, ale sám o sobě není adekvátním měřítkem rozvoje“ (UNDESA, 2004, s. 81).

Nemoc HIV/AIDS tedy prostupuje všemi sférami společnosti a ve své podstatě neexistuje oblast, na kterou by neměla buď přímý, nebo nepřímý vliv. Dopady HIV/AIDS na rodiny a domácnosti tak mají komplexní povahu a jsou určující silou v současných demografických, sociálních a ekonomických procesech a trendech (Hosegood, 2009).

HIV/AIDS zpomaluje růst nabídky pracovní síly (různé sektory ekonomiky jinak zasaženy), redukuje úspory a investice domácností i státu, zahraniční a soukromé domácí investice mohou také upadat (pokud jsou investoři přesvědčeni, že epidemie zásadně podkopává míru návratnosti investic), a dále prohlubuje chudobu v nejvíce zasažených zemích (snižuje míru růstu příjmu na osobu) (UNDESA, 2004).

Ve státech, které jsou epidemií HIV/AIDS zasaženy nejvíce, má HIV/AIDS výrazný vliv na celkovou míru produktivity populace a zvyšuje pracovní absenci. Kvůli HIV/AIDS dochází ke ztrátám pracovníků, jejich zkušeností a dovedností. Kvůli vysoké fluktuaci pracovníků také zaměstnavatelům rostou náklady související se školením nových zaměstnanců (Gillespie, 2008).

Kelly & Desmond & Cohen (nedatováno) nebo Stover & Bollinger (1999) také popisují vliv na soukromý a veřejný sektor. V soukromém sektoru dochází kvůli HIV/AIDS k ovlivnění celkového byznys prostředí v zemi. Firmy se potýkají se sníženou produktivitou (zvýšená absence zaměstnanců, zvýšené náklady na zdravotní výlohy, pojištění, pohřby),

růstem nákladů a klesajícími výnosy. V některých případech podnikatelé přesouvají svou činnost do méně výnosných sektorů.

Vláda, jakožto největší představitel veřejného sektoru, patří k významným zaměstnavatelům. Pokud je daný stát výrazně postižen epidemií HIV/AIDS představuje to pro místní vlády rostoucí výdaje do veřejných odvětví, nejvíce do zdravotnictví (roste poptávka po léčbě, ovlivnění samotní zdravotníci), školství, na sociální služby aj... (Kelly & Desmond & Cohen nedatováno)

Dopady HIV/AIDS se projevují i na úrovni úspor a investic jednotlivých domácností. Kvůli redukci příjmů domácností dochází ke snižování úspor a investic do fyzického i lidského kapitálu (Barnett & Whiteside, 2002). Všechny tyto faktory pak dále prohlubují bludný kruh vlivu nemoci na ekonomickou stagnaci, který je charakteristický zejména pro země s nízkými příjmy. Rozvojové iniciativy by proto měly počítat s pozitivní korelací mezi investicemi do efektivní léčby a vlivem na ekonomický růst (Sahn, 2012). Hodnocení celkového dopadu HIV/AIDS na ekonomiku a rozvoj u konkrétních zemí ale vždy závisí na jejich jednotlivých socioekonomických charakteristikách a specifických faktorech, které utvářejí jejich prostředí.

O'Hara (2007), Sahn (2012), Barnett & Whiteside (2002) nebo Gillespie (2008) říkají, že zdraví je významným prvkem působícím na produktivitu práce, která ovlivňuje výši příjmů a míru chudoby a která dále působí na celkový rozvoj společnosti. Špatné zdraví rodičů a nízké příjmy domácností v rozvojových zemích vedou v některých případech ke ztrátě schopnosti investovat do budoucnosti. Rodiče například nemohou dále financovat školní docházku svých dětí, které jsou nuceny školský systém opustit. Děti se tak místo vzdělávání starají o domácnost nebo si samy nacházejí zaměstnání, aby zajistily svým rodinám alespoň částečný příjem. Výsledkem však je snižování hodnoty jejich budoucího kapitálu a omezené možnosti při výběru budoucího povolání, což se v širším měřítku a dlouhodobé perspektivě může negativně odrazit na ekonomickém růstu a rozvoji celé společnosti.

HIV/AIDS také působí jako faktor zvyšující nerovnost ve společnosti, prohlubující chudobu na úrovni domácností, komunit i regionu a činící chudé jednotlivce nebo celé oblasti zranitelnějšími (Gillespie, 2008). Epidemie podkopává úsilí ve snižování chudoby a zvyšování produktivity a ekonomického růstu. Kvůli rozsáhlému vlivu nemoci tak AIDS způsobuje obrácený efekt směrem k dosažení mezinárodních rozvojových cílů (UNDESA, 2004).

2.1.1 HIV/AIDS a Rozvojové cíle tisíciletí

Pro svou globální povahu a výrazné dopady na rozvoj států získala problematika HIV/AIDS značný prostor ve všech mezinárodních institucích světového společenství. OSN proto zařadila HIV/AIDS do tzv. Rozvojových cílů tisíciletí (*Milenium development goals*, MDGs) (Vandermoortele, 2002).

Rozvojové cíle tisíciletí byly formulovány na tzv. Summitu tisíciletí v roce 2000 a na jejich přijetí se shodli zástupci všech 191 členských států OSN, kteří podepsali Miléniovou deklaraci. V této deklaraci bylo formulováno celkem 8 základních cílů, jejichž úkolem je zajistit zlepšení v oblastech chudoby, hladu, zdraví, vzdělání, genderu, dětské úmrtnosti, zdraví matek, životního prostředí a světového partnerství (Vandermoortele, 2002).

Problematika HIV/AIDS je součástí šestého cíle, který je zaměřen na boj s HIV/AIDS, malárií a ostatními nemocemi. V rámci něj mělo být do roku 2010 dosaženo univerzálního přístupu k antiretrovirové terapii pro všechny, kdo ji potřebují a do roku 2015 se mělo zvrátit a zastavit šíření HIV/AIDS (Kandala et al., 2011). V různých částech světa se naplňování těchto předpokladů dařilo a daří lépe či hůře, přesto je zřejmé, že k jejich stoprocentnímu naplnění nedojde.

Nemoc HIV/AIDS a její následky také významným způsobem ovlivňují dosahování ostatních rozvojových cílů. HIV/AIDS více či méně působí na naplňování úspěchů v oblastech eradikace extrémní chudoby a hladu, přístupu k univerzálnímu základnímu vzdělání, podpoře genderové rovnosti, snižování dětské úmrtnosti, zlepšování zdraví matek nebo zajišťování environmentální udržitelnosti (O'Hara, 2007).

2.2 HIV stigma

„Stigma je definováno jako značná odlišnost s negativním sociálním dopadem. Je to nepřijetí nebo předsudečné jednání s lidmi nebo věcmi, zejména z důvodů rasových, věkových, zdravotního stavu nebo genderu“ (dos Santos, 2014, nestránkováno).

„V souvislosti s HIV/AIDS se jedná o negativní postoje, předsudky a diskriminaci vůči lidem, kteří žijí s touto nemocí. Zahrnuje psychické a fyzické zneužívání a celkové společenské opomíjení lidí trpících HIV/AIDS“ (Dlamini et al., 2007, s. 390).

Lidé, kteří jsou nakaženi HIV/AIDS se musí vyrovnávat se zdravotními následky nemoci, ale i se stigmatizací ze strany společnosti. Forma stigmatizace se pak odvíjí

od prostředí a specifík kultury, ve kterém vzniká (Parker & Aggleton, 2003). Stigmatizace se může projevat diskriminací ze strany celého společenského spektra nemocného – ze strany zaměstnavatele, zdravotních pracovníků, blízkých rodinných příslušníků, přátel nebo komunity (Dlamini et al., 2007). Stigmatizace se negativně odráží na psychickém stavu jedince, na pozici v zaměstnání (ztráta nebo jsou donuceni změnit zaměstnání), v rodinném životě (odmítání, zavrnutí ze strany rodiny), v přístupu k základním službám (vzdělání, zdravotnictví) a tedy na celkové kvalitě jejich života. Při stigmatizaci a diskriminaci HIV pozitivních často dochází k porušování základních lidských práv (dos Santos, 2014).

Mezi nejčastější formy stigmatizace a diskriminace HIV pozitivních osob patří slovní napadání (pomluvy, obviňování, urážky...), fyzické zneužívání (izolování lidí s HIV/AIDS, sexuální odmítání, bití...) a opomíjení (sociální vyloučení z rodinných, společenských nebo náboženských kruhů) (Berger & Ferrans & Lashley, 2001). Stigmatizací jsou častěji postiženy ženy než muži. To je částečně dáno maskulinní povahou většiny společností a nastavením genderových a ekonomických rolí (muži dominují nad ženami, ženy jsou častěji ekonomicky závislé na mužích) (dos Santos, 2014).

Dle Parker & Aggleton (2003), Dlamini et al. (2007) nebo dos Santos (2014) souvisí stigmatizace lidí žijících s HIV/AIDS především s nedostatečným porozuměním, s mylnými informacemi o nemoci, nezodpovědným chováním médií a strachem vztahujícím se ke způsobu přenosu nemoci, který je často dáván do souvislosti se špatným společenským chováním (promiskuita, drogová problematika, násilí...).

V Africe jsou příčiny stigmatizace v mnoha případech také spojeny s místními kulturními předpoklady a rolí náboženství, ve kterých jsou nemoci mnohokrát chápány jako tresty seslané vyšší mocí za nevhodné chování (Rankin et al., 2005).

Problémem vyskytujícím se u stigmatizovaných je i tzv. *internalised stigma* (internalizované stigma = vnitřní ztotožnění se se stigmatem, obviňování sebe sama) (Dlamini et al., 2007). Takoví lidé se cítí zahanbeni, mají nízké sebevědomí, přestávají si vážit sami sebe, a chtějí být za tuto nemoc potrestáni. V krajních případech u nich dochází k projevům sebevražedných sklonnů (dos Santos, 2014). Internalizované stigma může vést k vyhýbání se zdravotním vyšetřením a prohlídkám, které jsou ale pro léčbu HIV/AIDS nezbytné (Rankin et al., 2005). Strach ze stigmatizování a sociálního vyloučení tak může zapříčinit skrývání svého HIV statusu, což v takovém případě přispívá k dalšímu nárůstu rizika přenosu nemoci (dos Santos, 2014).

Shrnutí druhé kapitoly

Druhá kapitola pojednávala o obecném vztahu nemoci a jejím vlivu na rozvojové procesy ve společnosti. V úvodu byla představena globální povaha HIV/AIDS a její prostupující negativní účinek skrze všechny sféry společnosti. Byly nastíněny dopady pro jednotlivce, domácnosti, komunity i celé regiony, které jsou hlouběji a podrobněji řešeny ve třetí kapitole.

V této kapitole byly také definovány pojmy rozvoj a ekonomický růst tak, aby došlo k jejich jednoznačnému odlišení, a to z toho důvodu, aby se dopady nemoci mohly zkoumat pro každý pojem zvlášť.

V rámci ekonomického rozvoje nemoc negativně ovlivňuje fyzický, lidský a sociální kapitál a snižuje produktivitu pracovníků. V soukromém i veřejném sektoru nemoc způsobuje rostoucí náklady. Z hlediska stavu domácností je nemoc nežádoucím činitelem snižujícím jejich příjmy a zvyšujícím náklady.

Dále je zde problematika HIV/AIDS představena v konceptu Rozvojových cílů tisíciletí. Primárně spadá boj s HIV/AIDS pod Šestý rozvojový cíl, ale jeho dopady se promítají i do dosahování ostatních rozvojových cílů, jako jsou například eradikace chudoby, přístup ke vzdělání nebo genderová rovnost.

Závěr druhé kapitoly se zabývá stigmatizací a diskriminací lidí trpících touto chorobou. Je zde vymezen pojem HIV stigma, jeho příčiny a vliv na nakaženého HIV i jeho okolí.

3 HIV/AIDS v kontextu sub-saharské Afriky

Negativní důsledky HIV/AIDS se v regionu sub-saharské Afriky a obzvláště její jižní části projevují nejvíce na světě. Řada afrických zemí se současně s HIV/AIDS potýká také s dalšími závažnými problémy, jakými jsou například konflikty, chudoba, zadlužení, nízká úroveň základních služeb, potravinová bezpečnost, genderová nerovnost apod., které společně s epidemií dále prohlubují celkový sociální a ekonomický výstup těchto států (AVERT, 2014).

První oficiální případy nákazy HIV/AIDS v Africe byly zaznamenány v roce 1983 v Ugandě a Tanzanii. Během 80. let byla HIV/AIDS rozšířena především v oblasti střední Afriky. V ostatních afrických regionech byl v prvních etapách vývoje nemoci její výskyt zanedbatelný (Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura, 2002).

Zatímco v Evropě nebo USA se nemoc nejprve objevovala u homosexuálů a drogově závislých, v sub-saharské Africe již od počátku převažuje přenos skrze heterosexuální pohlavní styk (May, 2003). Nejmasivnější nárůst epidemie se v tomto regionu odehrál v průběhu 90. let 20. století a zpočátku postihl zejména populace městských obyvatel (Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura, 2002).

Gillespie (2008) trend prevalence HIV/AIDS v sub-saharské Africe popisuje následovně. V počátečních fázích rozvoje HIV/AIDS byly touto nemocí zasaženy především bohatší a vzdělanější vrstvy populace žijící ve městech, a to zejména díky vyšší autonomii, prostorové mobilitě a častějšímu střídání partnerů. Tato skupina obyvatel tak byla náchylnější k infekci HIV/AIDS zejména v prvních etapách, kdy byly informace o viru HIV a jeho přenosu poměrně malé. Barnett & Whiteside (2003) a Kelly & Desmond & Cohen (nedatováno) říkají, že v delším časovém horizontu mají ale vyšší socioekonomické vrstvy lepší přístup k informacím týkajících se prevence, k ochranným prostředkům a jsou schopny lépe reagovat a vypořádat se s následky této nákazy díky celkově vyšším zdrojům a snadnějšímu přístupu ke službám než chudší vrstvy obyvatel.

Chudší domácnosti jsou na rozdíl od bohatších vrstev náchylnější k nákaze HIV především kvůli vyšší míře rizikového chování způsobeného zejména negativními ekonomickými charakteristikami (nedostatek příjmů, nedostatek potravin, omezený přístup ke službám...). Například chudoba nebo potravinová nejistota může vést ke zvýšenému riziku přenosu pohlavních chorob, a to zejména u žen, které aby zajistily příjmy domácnostem

a svým dětem, začínají z nouze provozovat placený sex (Gillespie 2008; Kelly & Desmond & Cohen nedatováno).

Gillespie (2008) a Barnett & Whiteside (2003) hovoří o HIV/AIDS jako o nemoci plynoucí z nerovnosti ve společnosti, především pak z nerovnosti mezi muži a ženami a ekonomické nerovnosti mezi společenskými vrstvami. UNDESA (2004) pak dodává, že HIV/AIDS má tendenci tyto sociální nerovnosti ve společnosti prohlubovat.

Africký kontinent dnes zahrnuje asi 11 % světové populace, ale přes 70 % všech lidí postižených nemocí HIV/AIDS žije právě zde. V absolutních číslech tak Africe připadá cca 25 milionů HIV pozitivních (odhady mezi 23–27 miliony). Míra prevalence HIV/AIDS u dospělé populace v sub-saharské Africe dosahuje hodnoty 4,7 % (UNAIDS, 2014).

Mezi jednotlivými africkými regiony i zeměmi se však její hodnoty výrazně liší. Již delší dobu je nejhůře postiženou oblastí region jižní Afriky (K. & Ch. Mchobu, 2007). U všech jihoafrických zemí přesahuje míra prevalence 10 % a u těch nejvíce zasažených dosahuje hodnot až přes 20 %. Ostatní regiony jsou na tom v kontextu Afriky o něco lépe. V západní, východní i střední Africe se průměrná míra prevalence HIV/AIDS pohybuje v rozmezí od 5 do 10 % (AVERT, 2014). V deseti afrických státech žije 81 % HIV pozitivní populace z celého kontinentu. Patří sem země: Etiopie, Jihoafrická republika, Keňa, Malawi, Mozambik, Nigérie, Uganda, Tanzanie, Zambie a Zimbabwe (UNAIDS, 2014).

V několika posledních letech bylo dosaženo i významných pokroků v rámci boje s touto nemocí. Například celkový počet úmrtí souvisejících s HIV/AIDS v sub-saharské Africe poklesl mezi lety 2005–2013 o 39 %. Ve stejném období došlo i k poklesu počtu nově nakažených o 33 %. Nejlépe si v tomto ohledu vedly například Jihoafrická republika (pokles o 48 %), Rwanda (78 %), Keňa (63 %) nebo Botswana (53 %) (UNAIDS, 2014).

V sub-saharské Africe je nemocí HIV/AIDS významnou měrou postižena zejména produktivní populace ve věku od 15 do 49 let (K. & Ch. Mchobu, 2007). Koncentrace nemoci u ekonomicky produktivní skupiny obyvatel, která by měla být páteří hospodářství, tak přináší velmi zásadní problémy ve fungování místních ekonomik a společností nejen dnes, ale představuje i řadu rizik do budoucna (Barnett & Whiteside, 2003).

3.1 Vztah africké společnosti, jejich hodnot a kultury k HIV/AIDS

„Kultura je jedním z mnoha faktorů ovlivňujících lidské chování, systém hodnot, přesvědčení a praktické znalosti v dané společnosti. Zahrnuje způsoby vyjadřování a komunikace, jakými jsou různé formy umění, například hudba, tanec nebo divadlo. V širším kontextu zahrnuje kultura tradice a místní zvyky, tabu, náboženské přesvědčení, genderové či příbuzenské vztahy apod... Kultura je hluboce zakořeněná ve všech aspektech společnosti, a zahrnuje i lokální představy o nemocech a zdraví“ (Uwah & Ebewo, 2011, s. 199).

Před charakteristikou zásadních dopadů HIV/AIDS pro africkou společnost pokládám za významné vymezení vztahu HIV/AIDS a role africké kultury a tradic. Vzhledem ke geografické a etnické heterogenitě a celkové kulturní pestrosti afrického kontinentu není v této kapitole možné obsáhnout každou africkou oblast a její zvyky a tradice individuálně. Snažím se proto představit základní fakta, která se prolínají kulturami napříč subsaharskou Afrikou a jejich náhledem na život a nemoci.

Kultura může mít pozitivní i negativní vliv na chování společnosti směrem ke zdraví a chápání specifických aspektů HIV/AIDS. Tradiční zvyky tak někdy hrají roli v oblastech stigmatizace a diskriminace a mohou představovat překážku v účinném boji proti této nemoci (Dlamini et al., 2007). Před zaváděním preventivních programů je tedy nezbytné porozumění africkému myšlení, chování a celkovému vnímání světa a života. Nesprávné pochopení a znalost zdejšího prostředí a kultury může vést ke zkreslenému pohledu na tento závažný problém a k nesprávnému nastavení preventivních opatření. Kelly & Desmond & Cohen (nedatováno) nebo Airhihenbuwa & Webster (2004) proto zdůrazňují roli kultury a její vliv na chování společnosti ve vztahu k nemocem a k jejich léčení a upozorňují na užívání správného jazyka v porozumění konceptu nemocí v různých společnostech.

V kontextu sub-saharské Afriky hraje místní kultura významnou roli v determinování úrovně zdraví jednotlivce. Rodina i široká komunita jsou výraznými činiteli, kteří formují a ovlivňují chování jednotlivců v řešení problémů, kterým v daných společnostech čelí (Airhihenbuwa & Webster, 2004). Znalost komunity ohledně HIV/AIDS tak působí na celkový život postiženého jedince, jeho rodinných příbuzných nebo jeho partnerů a zvyky a tradice určitých oblastí mají vliv na smýšlení a představy o těle, včetně způsobů, jakými by měl být nemocný člověk léčen (Hosegood, 2009).

Tradiční africká kultura je založena na vnímání člověka jako jedince, který je zcela oddělen od vnějšího vesmíru (tzv. *cosmos*). Člověk je považován za centrum vesmíru, ve kterém se věci dějí kolem něj (Uwah & Ebewo, 2011). Afričané nevěří v náhodu, neštěstí nebo osud. Ale naopak si každou nemoc vysvětlují jako něco, co má svůj důvod a specifickou příčinu. Aby mohli s některou nemocí soupeřit, je nutné najít její původ a odstranit ji. U nemocných je také typické pokládání otázky „kdo“ a „proč“? Například člověk trpící malárií ví, že se nakazil od komára, který je jejím přenašečem, neustále se však bude ptát, která magická síla a z jakých důvodů ji na něj seslala (Uwah & Ebewo, 2011).

Velká část Afričanů navštěvuje tradiční léčitele i profesionální doktory současně. Tradiční léčitelé však v Africe významně převyšují počty klasických doktorů, a jsou tak lidem daleko dostupnější. Navzdory zdravotním pracovníkům mají léčitelé mnohdy vyšší důvěru komunit. Úkolem léčitele je především diagnóza osobní příčiny (kletba, zlá moc apod.) a její následné vymýcení (rituál), zatímco medik léčí aktuální a akutní příznaky nemoci (UNAIDS, 2000). Původním africkým způsobem ochrany sexuálně přenosných chorob je například nošení různých amuletů nebo šperků. Místní si proto nemusí uvědomovat rizika přenosu HIV a mohou odmítat moderní antikoncepční prostředky jako kondomy (Uwah & Ebewo, 2011).

V tradičních sub-saharských společnostech jsou nemoci a špatné události často přičítány nadpřirozeným silám, které na obyčejné lidi tyto pohromy sesílají (Rankin et al., 2005). Přisuzování HIV/AIDS vyšší vůli ale může na druhou stranu pomoci rodinám vyhnout se stigmatizaci ze strany komunity. Lidé, kteří věří, že HIV/AIDS je způsobena kouzly duchů, jsou totiž častěji ochotni pomáhat postiženým touto nemocí, protože věří, že se nakazili bez svého vlastního zavinění (Uwah & Ebewo, 2011).

Víra ve zlé síly zapříčiňující HIV/AIDS kvůli špatnému chování je majoritní zejména ve venkovských oblastech. Podle místních lidí jsou negativní jevy na společnost sesílány kvůli nesprávnému chování, jako jsou například násilí nebo žárlivost. Svůj význam v porozumění afrického chápání HIV/AIDS představuje i vnímání smrti. Smrt je v Africe akceptována pouze jako přirozená součást stáří a v ostatních případech je viděna jako trest a práce zlých duchů (Uwah & Ebewo, 2011).

Sexuální akt je z kulturního hlediska v sub-saharské Africe mužskou dominantou. V této souvislosti mohou být ženy brány jako méně důležité a jejich úkolem je především porodit a vychovat děti a plnit manželovy touhy (Rankin et al., 2005). V některých společnostech je zastáván názor, že by se ženy neměly starat o problémy související se sexuální tematikou (K. & Ch. Mchobu, 2007). Mnoho společností tak vyžaduje, aby měly

dívky před svatbou minimum sexuálních zkušeností a byly v manželství věrné jednomu muži. U mužů je naopak předmanželský i mimomanželský sex většinou tolerován (Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura, 2002).

Množství tradičních společností uznává polygamii. Obvyklé jsou i svatby, při kterých si starší muž bere velmi mladou ženu. Není tak náhoda, že mladé ženy představují nejvýraznější podskupinu HIV pozitivní populace v nejvíce zasažených zemích. Podle zvyku někteří Afričané věří, že polygamie zabraňuje nevěře v manželství, prostituci a přenosu pohlavních chorob (May, 2003). Používání kondomů může být v některých případech bráno jako nemorální. Na některých místech mohou tuto nedůvěru v prevenci prohlubovat i léčitelé (věří, že je sperma dar, kterému by nemělo být uměle bráněno, nebo mají strach z používání kondomů) (UNAIDS, 2000).

Pod vlivem západních misionářů získalo také křesťanství silnou pozici v sub-saharské společnosti. Některé křesťanské organizace a kněží vnímají HIV/AIDS podobně jako tradiční léčitelé, a to jako zlo seslané na hříšníky. Takový pohled ale také může negativně působit na zavádění preventivních opatření a celkový boj s touto nemocí (Rankin et al., 2005). V rámci prevence je tak důležitá spolupráce a komunikace s kněžími a představenými kostelů, kteří svým vlivem mohou pozitivně působit na společenské vnímání HIV/AIDS (Dlamini et al., 2007).

Tradiční africká víra v nadpřirozené síly může představovat v celkovém boji proti HIV/AIDS řadu překážek, ale pomocí správných prostředků může i napomáhat v zavádění preventivních opatření a osvěty společnosti. Negativní dopady se projevují zejména v oblasti předávání informací a prevenci. Je proto důležité, aby všechny zdravotní i vzdělávací intervence braly v úvahu místní zvyky a byly schopny programy integrovat do tohoto specifického kulturního prostředí. Velmi potřebný je také dialog s léčiteli, kněžími nebo zástupci komunit, kterým lidé důvěřují a oni k nim tak mohou hlouběji promlouvat.

3.2 Dopady HIV/AIDS v kontextu sub-saharské Afriky

Ve zkoumání demografických a socioekonomických záležitostí této geografické oblasti je velmi důležitý podrobný a kritický pohled na jednotlivé faktory a charakteristiky vybraných zemí. Předpoklady sexuálního chování, které jsou často vnímány jako primární determinanty přenosu HIV, totiž nemusí být vždy nutně jeho přímou příčinou (Beegle & Walque, 2009). Dopady HIV/AIDS se projevují v domácnostech, v systému

zdravotní péče a vzdělávání, v produktivitě na pracovišti i v nákladech soukromých firem a státu (AVERT, 2014).

May (2003) tvrdí, že v zemích s prevalencí HIV/AIDS pod hranicí 5 % u dospělé populace jsou dopady na HDP mírné. Ve státech s prevalencemi u dospělých nad 20 % však může nemoc snižovat HDP až o 2 % ročně. UNDESA (2004) uvádí příklad, ve kterém znamená snížená míra růstu HDP o jedno, dvě nebo tři procenta ročně, redukcí produkce ekonomiky o 15, 25 nebo 35 procent během příštích 15 let. Přesto se však mnoho ekonomů shoduje, že dopady HIV/AIDS na ekonomický růst jsou relativně malé a nemoc spíše způsobuje zvyšování chudoby domácností a nerovné rozdělení příjmů.

K. & Ch. Mchobu (2007) říkají, že epidemie HIV/AIDS snížila sub-saharské Africe relativní socioekonomické úspěchy nabyté v dekadách před propuknutím epidemie (zejména v 60. a v první polovině 70. let) a omezila další snahy těchto zemí v boji proti chudobě a dalším problémům. Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura (2002) pak přicházejí s poměrně kontroverzními výroky týkajícími se ekonomických neoliberalních programů SAPs (*Structural Adjustment Programmes*). SAPs byly v 80. letech 20. století zavedeny na základě tzv. Washingtonského konsenzu jako sada neoliberalních opatření zahrnujících privatizaci ekonomiky, liberalizaci trhu nebo značné snižování výdajů do veřejné sféry. Autoři tvrdí, že právě tyto reformy přispěly k celkovému zhoršení situace kolem epidemie HIV/AIDS v 90. letech 20. století v sub-saharských zemích. Snižování státních výdajů totiž postihlo i oblast zdravotnictví. Zdroje do zdravotního systému byly výrazně zredukovány, což se projevilo i v systému léčby HIV/AIDS. V 90. letech proto podfinancovaný systém afrického zdravotnictví nebyl připraven obsloužit náhlé obrovské objemy pacientů s touto relativně novou a neznámou nemocí.

Nejvyšší procento lidí s HIV/AIDS žijících v sub-saharské Africe je koncentrováno v produktivním věku od 15 do 49 let, což u států s vysokými prevalencemi nemoci může způsobovat značné sociální a ekonomické problémy (AVERT, 2014). Taková skupina obyvatel totiž zásadním způsobem ovlivňuje ekonomiku a společenské dění generováním příjmů, vytvářením pracovních příležitostí, sociálních sítí a v neposlední řadě výchovou dětí, které jsou zásadním elementem pro budoucnost. Z tohoto důvodu představuje akumulace nemoci u této věkové kategorie velmi závažný problém, který má nejen aktuální dopady, ale může potenciálně nebezpečně ovlivnit i následující léta (Hosegood, 2009).

Modernizace a ekonomický rozvoj přinesly sub-saharským státům zlepšení infrastruktury a vyššího ekonomického a společenského propojení venkova a měst. Africké země také přijaly mnoho standardů, norem a trendů vyspělých zemí, ale ne vždy si s nimi

dokázaly poradit tak, aby pro ně byly prospěšné (Kelly & Desmond & Cohen, nedatováno). Zvýšený mezistátní i vnitrostátní pohyb obyvatel, rychlá doprava a mezinárodní obchodní cesty tak na druhou stranu byly jedny z faktorů, které přispěly k rychlému rozšíření HIV/AIDS (AVERT, 2014).

Kvůli modernizaci a urbanizačním procesům v Africe neustále stoupá městská populace, na níž se výraznou měrou podílí migrace venkovských obyvatel do měst. Migrace ale může negativně působit na řadu společenských vztahů – manželství, vazby v rodině nebo v komunitě (Gillespie, 2008). Po mnoho let migrují za prací v sub-saharské Africe především muži mezi 15–30 lety života, kteří zůstávají delší dobu odloučení od svých rodin a manželek žijících na venkově. Během tohoto dlouhodobého odloučení častěji provozují pohlavní styk s prostitutkami nebo střídají krátkodobé partnery. I kvůli tomuto rizikovému chování tak muži po návratu do svých domovů napomohli k šíření epidemie na africkém venkově. Migrující ženy se zase mnohokrát kvůli mizivým platům a pro zajištění živobytí uchylují k prostituci (Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura, 2002).

Negativním dopadem zvýšené migrace do měst je z velké části i frustrace z nenaplněných očekávání městského prostředí, která je významným faktorem vyšší míry rizikového chování a sociálních problémů, jako jsou užívání drog, násilí, promiskuita, práce v šedé ekonomice aj... (Barnett & Whiteside, 2003).

Migrace z venkova do měst také přispívá k nárůstu slumů. Je prokázáno, že obyvatelé těchto chudých městských čtvrtí začínají se sexuálním životem dříve, mají více sexuálních partnerů, obtížnější přístup k informacím o HIV a omezenou dostupnost ochranných prostředků než obyvatelé ostatních městských částí. To je způsobeno zejména jejich špatnou ekonomickou situací, omezenými životními možnostmi, frustrací a celkovým nízkým společenským postavením. Takový stav tedy zapříčiňuje i vyšší míru rizika přenosu HIV/AIDS (Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura, 2002).

Ve venkovské ekonomice se dopady nemoci HIV/AIDS nejčastěji projevují ztrátou pracovní síly, poklesem zemědělské produkce a následnými sníženými výživovými poměry jednotlivých členů domácností (AVERT, 2014). Zejména ve státech ohrožených suchem představují jakékoli poklesy zemědělské produkce závažný problém. Takové rodiny se pak potýkají s každodenním ohrožením chudobou (Stover & Bollinger 1999). Venkovské zemědělské domácnosti z důvodu ztráty výkonnosti mohou měnit své hospodářství a zaměřovat se na méně náročné plodiny a pěstovat méně druhů, které jsou však často také méně žádané, výnosné a v neposlední řadě i méně výživné (Kelly & Desmond & Cohen nedatováno). Podvýživa a snížená schopnost organismu odolávat stresu pak představují další

významný rizikový faktor (Gillespie, 2008). Kvůli dopadům a nákladům nemoci HIV/AIDS mnozí farmáři také rozprodávají svůj dobytek a majetek (Kelly & Desmond & Cohen nedatováno).

Ve východní a jižní Africe patří mezi sektory a oblasti s vysokým výskytem HIV/AIDS zemědělské a těžařské oblasti, které jsou asociovány s vysokým počtem sexuálních pracovníků (Gillespie, 2008). Zvláště pak v regionu jižní Afriky výraznou měrou k rozšíření HIV/AIDS přispěla tradiční ekonomická migrace uskutečňující se mezi sousedními státy. Dělníci z Lesotha, Svazijska, Zambie, Zimbabwe či Malawi již od minulosti hojně migrovali do zlatých a diamantových dolů v JAR nebo Botswaně (May, 2003).

Podle UNAIDS (2014), Gillespie (2008) nebo Stover & Bollinger (1999) patří celkově v sub-saharské Africe mezi nejvíce ohrožené pracovní sektory prostituce, doprava (muži odloučení dlouhou dobu a daleko od svých rodin – zvýšené riziko střídání sexuálních partnerů), armáda, námořnictvo, zemědělství (sezónní dělníci také dlouhou dobu a daleko od svých partnerů) a těžba (často daleko od center, využívají placený sex).

Významným činitelem šíření HIV/AIDS v Africe jsou i války a konflikty. Během nich jsou civilisté vystavováni násilí a masivnímu porušování lidských práv (znásilňování...). Některé africké konflikty jsou také spojeny s drogovou problematikou. To vše jsou faktory, které mohou přispět ke zvýšenému rizikovému chování a následnému přenosu HIV (AVERT, 2014). V souvislosti s konflikty a válkami také vyvstává problematika uprchlictví a vnitřně vysídlených osob. Tyto skupiny představují potenciál pro přenos HIV/AIDS a zároveň jsou samy více náchylné k nákaze od komunit, přes které procházejí. Zranitelnost těchto populací roste, jakmile dochází k úbytku financí, ztrátě sociálních sítí a omezení přístupu ke zdravotním a vzdělávacím službám (WB, 2008).

3.2.1 Vztah HIV/AIDS a chudoby

Pokud se na problematiku HIV/AIDS díváme z globální perspektivy, pak jsou to zejména země s nízkými příjmy, které jsou touto epidemií postiženy nejvíce. Do jaké míry se však chudoba a HIV/AIDS v sub-saharské Africe skutečně ovlivňují?

Z obecného hlediska míra chudoby ovlivňuje míru zranitelnosti a schopnosti lidí odolávat a vyrovnávat se s těžkými životními situacemi. Podmínky chudoby tedy vedou ke zvýšené zranitelnosti a snížené schopnosti lidí odolávat šokům (Drimie & Casale, 2009). Život s omezeným množstvím fyzických a finančních statků, limitovanou možností výdělku,

nedostatečným přístupem ke službám činí chudé obyvatelstvo významně ohroženějším vůči všem druhům stresu než bohatší skupiny populace, které si například mohou dovolit pojištění (Barnett & Whiteside, 2002). Schopnost úspěšně čelit životním problémům není ovlivněna pouze ekonomickými charakteristikami, ale i zdravotním stavem, výživou, politickými právy, přístupem k sociálním sítím apod... (Gillespie, 2008).

V sub-saharské Africe je vztah mezi HIV a rolí chudoby (výší příjmu) velmi obtížný a v každé zemi odlišný. Neexistuje jednoduchá a přímá souvislost mezi HDP na osobu a prevalencí HIV/AIDS (Gillespie, 2008). Ve skutečnosti jsou některé relativně bohaté a industrializované africké státy postiženy epidemií nejhůře. Tímto typickým příkladem jsou státy regionu jižní Afriky, jako například JAR nebo Botswana (Beegle & Walque, 2009).

Chudoba je ve většině případů spojována s vyšší zranitelností a náchylností k přenosu různých nemocí. Negativní dopady chudoby na HIV/AIDS v sub-saharské Africe vysvětlují například Barnett & Whiteside (2002) nebo Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura, (2002). Mladí lidé vyrůstající v těžkých životních podmínkách mají omezený přístup ke vzdělání a malé perspektivy a možnosti rozhodovat o svém budoucím životě. V takových podmínkách proto není riziku HIV/AIDS přikládána velká priorita. V prostředí omezených příležitostí je také sex jedním ze způsobů trávení volného času. Lidé s nízkým vzděláním nebo bez něj mají i velmi omezené možnosti přístupu k informacím o bezpečném sexu, a proto také malé možnosti se účinně chránit před pohlavními chorobami.

Obecnými dopady HIV/AIDS na jednotlivce v prostředí chudoby se zabývá i Kelly & Desmond & Cohen (nedatováno). Podle nich je chudá populace vystavena vyššímu riziku HIV/AIDS, protože méně často zná svůj HIV status, má obtížnější přístup ke službám (zdravotnictví, sociální služby), k ochranným prostředkům (informace o nemoci, kondomy), nemá dostatek prostředků na léčbu zdravotního stavu, je vystavena vyšším rizikům ostatních zdravotních hazardů (malárie) a celkově žije v horších životních podmínkách (bez přístupu k pitné vodě, nedostatečná hygiena).

Beegle & Walque (2009), Barnett & Whiteside (2002) nebo Gillespie (2008) hovoří o tzv. „*downstream*“ dopadu HIV/AIDS na chudobu a nerovnost (HIV zhoršuje problém chudoby) i o tzv. „*upstream*“ dopadu chudoby a příjmové nerovnosti na HIV/AIDS (chudoba zhoršuje stav HIV/AIDS).

AIDS tak činí chudé domácnosti ještě chudšími, protože redukuje jejich příjmy, snižuje úspory a na druhou stranu zvyšuje výdaje například na léky, péči nebo náklady za pohřby (Kelly & Desmond & Cohen, nedatováno). Z důvodu ztráty produktivity a příjmu také některé domácnosti rozprodávají majetek, aby si zajistily alespoň částečný příjem

a mohly pokrýt výdaje na léčbu. Takovéto rozhodnutí však ve většině případů naprosto podkopává finanční stabilitu domácnosti a vede k prohlubujícímu se stavu chudoby (Barnett & Whiteside 2002; AVERT 2014).

Dalším problémem chudých je nedostatek potravin a podvýživa, které hrají svou roli například v dodržování antiretrovirové léčby. Pokud lidé nemají dostatek potravin se správnou výživovou hodnotou, jsou jejich těla náchylnější k vnějším vlivům a snáze podléhají nemocem. HIV/AIDS se u takových jednotlivců rychleji rozvíjí a vede k dřívější mortalitě a horší kvalitě života (May, 2003). Lidé s přístupem k dostatku výživově hodnotných potravin naopak v tomto ohledu vykazují lepší výsledky (Gillespie, 2008).

3.2.2 HIV/AIDS a zdraví

Ve všech vážně postižených sub-saharských zemích potýkajících se s nemocí HIV/AIDS tato epidemie vyvíjí velký tlak na jejich zdravotní systémy. S rostoucím prevalencí HIV/AIDS stoupají i požadavky na zdravotní péči a léčbu HIV pozitivních (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Podle Stover & Bollinger (1999) AIDS vystavuje zdravotní systémy dvěma základním výzvám:

1. zvyšuje počet pacientů vyhledávajících zdravotní služby (v Africe často počet pacientů hledajících léčbu převyšuje kapacity zdravotního systému),
2. zdravotní péče o HIV/AIDS pozitivní je dražší než u jiných nemocí.

Beegle & Walque (2009) dále dodávají, že epidemie také vyvíjí značný tlak na zdravotní personál, který je vystavován zvýšenému riziku infekce virem HIV (kontakt s kontaminovanou krví, tekutinami...). Pokud jsou zdravotníci nakaženi, rostou dále náklady spojené s jejich léčbou a na školení nových zaměstnanců. V případě velké ztráty kvalifikovaného lékařského personálu dochází také k poklesu kvality péče.

V roce 2006 byl reportován fakt, že nemoc HIV/AIDS způsobila v mnoha sub-saharských zemích pokles očekávané naděje dožití až o 20 let (AVERT, 2014). Uwah & Ebewo (2011) tvrdí, že by se průměrná očekávaná délka života bez přítomnosti HIV/AIDS v sub-saharské Africe dnes mohla pohybovat kolem 62 let. V nejvíce postižených státech, jako jsou například jihoafrické státy Botswana, Lesotho nebo Svazijsko, tato nemoc v průměru snížila očekávanou délku života na 50 let (AVERT 2014; Beegle & Walque 2009).

3.2.3 HIV/AIDS a vzdělání

„Vzdělání je jednou z neúčinnějších forem prevence proti nemoci HIV/AIDS a jeho rozšiřování může mít velký vliv na omezování dopadů HIV/AIDS ve společnosti“ (AVERT, 2014, nestránkováno).

Tak jako každý jiný sektor společenského a ekonomického života je dopady HIV/AIDS postižen i vzdělávací systém řady zemí. Sub-saharská Afrika čelí vlivem HIV/AIDS nedostatku učitelů nebo administrativních pracovníků a v neposlední řadě postihuje žáky, kteří nejsou schopni nebo nemohou dokončit řádnou školní docházku (UNDESA, 2004).

Z pohledu vzdělanosti a jejího vlivu na HIV/AIDS i opačně ale nemůžeme příliš simplifikovat. Tento vztah je důležité vnímat jako komplex řady vzájemně se ovlivňujících faktorů, které působí v různém prostředí jinak. Zjednodušený případ by pak mohl vést k očekávaným závěrům a omezit se na jedno tvrzení, a to například, že vyšší míra vzdělanosti vede k nižší nakažlivosti HIV/AIDS (Beegle & Walque, 2009).

Z obecného hlediska platí, že lidé, kteří žijí na venkově, jsou méně vzdělání, dosahují v průměru nižších příjmů, méně cestují a mají obtížnější přístup k informacím týkajících se bezpečného sexu a HIV/AIDS než lidé vzdělanější. Všechny tyto faktory mohou působit jako determinanty přispívající k vyšší pravděpodobnosti nákazy HIV/AIDS (Beegle & Walque, 2009). Na druhou stranu je ale v afrických zemích vyšší počet HIV nakažených v městských oblastech, které jsou brány jako vzdělanější. Míru prevalence a incidence tak nemůžeme jednoznačně definovat na základě vzdělanosti, ale hrají zde roli i jiné faktory (Gillespie, 2008).

„Vzdělání je hlavní motor ekonomického a společenského rozvoje“ (UNDESA, 2004, s. 69).

V sub-saharské Africe působí HIV/AIDS na vzdělávací systém ve třech základních dimenzích – redukuje stav učitelů, snižuje stav žáků ve školách a negativně ovlivňuje kvalitu vzdělávacího procesu (UNDESA, 2004). Nemocní učitelé sami opouštějí vzdělávací proces ze zdravotních důvodů nebo z důvodů stigmatizace. Kvůli poklesu učitelských sborů jsou tak najímáni a školeni noví, jejichž kvality a znalosti však ne vždy odpovídají jejich předchůdcům, což přispívá ke snižování kvality výuky (Stover & Bollinger, 1999).

K redukci počtu žáků ve školách dochází z řady důvodů:

1. sami žáci jsou nakaženi a nemůžou dokončit docházku,
2. děti musejí opustit školu kvůli péči o rodiče nebo si hledají zaměstnání,
3. postižené domácnosti si nemohou dovolit platit školné kvůli vyšším výdajům a nižším příjmům (UNDESA, 2004).

Vysoké míry prevalence HIV/AIDS v zemích jižní Afriky se projevují i ve snižování zdrojů do vzdělávacího systému. Státu rostou náklady za výlohy na léčbu, kterým přispívá nemocným učitelům nebo za náborů stále nových zaměstnanců a jejich školení (AVERT, 2014).

3.2.4 HIV/AIDS a gender

Epidemie HIV jistou měrou působí na genderové role ve společnosti. K. & Ch. Mchobu (2007), Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura (2002) nebo May (2003) dokazují, že mladé ženy a dívky v sub-saharské Africe jsou touto nemocí postiženy více než muži, a to zejména kvůli genderové nerovnosti, rozdílným mocenským vztahům s muži a biologickým odlišnostem.

Většina kultur přisuzuje ženám pasivní, podřízenou roli, obzvláště v sexuální sféře. Od žen se všeobecně očekává poslušnost, submisivita a věrnost muži (Kelly & Desmond & Cohen, nedatováno). Ženy také častěji čelí stigmatizaci a diskriminaci než muži, které zahrnují obtěžování, zneužívání, násilí a omezená práva k přístupu k vlastnictví (WB, 2008).

Většina mladé HIV pozitivní sub-saharské produktivní populace mezi 15–24 lety jsou ženy, které jsou nakaženy v průměru o 5–7 let dříve než muži. V sub-saharské Africe představují ženy celkem 58 % HIV pozitivních (UNAIDS, 2014). Ženy mají obecně horší přístup ke vzdělání, půdě, kapitálu i zaměstnání. Výsledkem je, že jsou ekonomicky závislé na svých manželích. Pro ženy, které nejsou vdané nebo ovdovělé, tak může být prostituce jedním z prostředků, jak získat vlastní majetek a samostatně žít (Buvé & Bishikwabo-Nsarhaza & Mutangadura, 2002). Drimie & Casale (2009) odhalují výsledky několika studií uskutečněných v roce 2007 v Botswaně, Svazijsku a Zambii. Podle nich se ženy samoživitelky z důvodů zajištění jídla pro sebe a své děti vystavují nadměrnému riziku nechráněného sexu a tedy infekce virem HIV/AIDS.

V sub-saharské Africe jsou nejvíce ohroženou skupinou mladé dívky zejména proto, že mají častěji sex se staršími muži, u kterých je vyšší pravděpodobnost, že jsou nositeli

viru HIV (May, 2003). Podle Beegle & Walque (2009) jsou to brzké sňatky, tedy takové, při nichž je mladá dívka provdaná za staršího muže, které přispívají k tomuto faktu čtyřmi způsoby:

1. vyšší četnost nechráněného sexu (více než u dívek, které nejsou vdané),
2. u starších mužů je vyšší pravděpodobnost, že jsou nakaženi HIV (mladé nevěsty mohou být druhými nebo třetími manželkami v polygamních manželstvích, dívky mají také malou možnost zajistit, aby byl jejich muž věrný pouze jim),
3. mladé dívky jsou méně vzdělané než starší a mají omezený přístup k mediím informacím týkajících se HIV/AIDS,
4. kvůli věkovým a vzdělanostním rozdílům mezi manželi, dívky často nemají možnost používání antikoncepce.

Pokud je některý člen domácnosti nebo rodiny postižen HIV/AIDS, jsou to obvykle ženy, kdo přebírají více zodpovědnosti za chod domácnosti a starají se o nemocného (Rankin et al, 2005). V některých případech opouštějí svá zaměstnání a z důvodu velmi špatné ekonomické situace také volí prostituci jako řešení. Tím však automaticky narůstá riziko přenosu HIV (AVERT, 2014).

3.2.5 HIV/AIDS a život domácností

HIV/AIDS má výrazné dopady na chod domácností. Tyto dopady jsou nejzávažnější a nejrozsáhlejší v sub-saharské Africe, obzvláště v regionu jižní Afriky (Hosegood, 2009). Kvůli rostoucím zdravotním výdajům a klesajícím příjmům se rodiny vyrovnávající se s touto problematikou často dostávají do velmi obtížné finanční situace, která v mnoha případech může končit stavem chudoby a ohrožuje budoucnosti dětí. Rodiny zatížené břemenem HIV/AIDS a smrtí jednotlivých členů domácnosti se dostávají do nestability a v krajních případech se rozpadají (ovdovění, vyšší pravděpodobnost rozvodů v domácnostech zasažených HIV, odchod od rodiny) (AVERT, 2014). Studie z JAR dokazují, že výdaje na léčbu HIV dosahují až 25 % příjmů domácností v městských oblastech a až 50 % příjmů ve venkovských oblastech (WB, 2008).

Barnett & Whiteside (2002) definují několik klíčových faktorů, které ovlivňují míru dopadu HIV/AIDS na domácnosti. Jsou jimi: počet nakažených v domácnosti, individuální charakteristika nakaženého (věk, pohlaví, příjem, příčina smrti), postoj komunity a zdroje a podpůrné sítě dostupné například od státu nebo neziskového sektoru.

Významným dopadem je i vliv na životy dětí u rodin postižených touto nemocí. Domácnosti, které jsou zatíženy břemenem HIV/AIDS, mohou například kvůli tomu, aby snížily své finanční náklady, nechávat své děti doma ze školy. Výsledkem takové situace je pak především snižující se úroveň lidského kapitálu a budoucích možností živobytí (Drimie & Casale, 2009). Podle AVERT (2014) nebo Stove & Bollinger (1999) děti z těchto domácností opouštějí školu z několika základních příčin:

1. musejí se starat o nemocné rodiče nebo příbuzné, kterým se snaží zajistit aspoň určitou část příjmu,
2. samy jsou postiženy touto nemocí a kvůli zdravotnímu stavu a léčbě již nejsou schopny školu navštěvovat,
3. děti, které přišly o své rodiče a zůstaly sirotky, si nemohou dovolit platit školní poplatky a ostatní výdaje (například ve Svazijsku poklesla v době vrcholící epidemie školní docházka až o 30 %).

Pokud děti přijdou o své rodiče a stanou se sirotky, čelí několika výzvám, jako jsou ekonomické problémy, trpí nedostatkem lásky, osamělostí, psychologickými problémy, jsou stigmatizovány a diskriminovány (USDHHS & CDC & GAP et al., 2011). Bez podpory rodičů čelí tyto děti obzvláště velkému riziku podvýživy, špatnému zdravotnímu stavu, bezdomovectví a zneužívání (K. & Ch. Mchobu, 2007). Z celkového počtu asi 18 milionů sirotek na světě se jich 88 % nachází v sub-saharské Africe. Kvůli nedostatečnému zlepšení v péči o HIV pozitivní matky a jejich děti je na světě asi 3,5 milionu HIV pozitivních dětí do 15 let. Z nich cca 91 % připadá sub-saharské Africe (AVERT, 2014).

Tam, kde není sirotkům zajištěna dostatečná péče, putují z místa na místo a hledají své začlenění. Mohou tak zůstat bez domova a připojit se k různým skupinám, gangům, jsou využívány jako dětští vojáci nebo jsou zneužívány ke komerčnímu sexu (Barnett & Whiteside, 2002).

Břemeno HIV/AIDS se také projevuje neschopností takových domácností adekvátně plánovat svou budoucnost. Krátkodobé potřeby a požadavky týkající se základního přežití často limitují rodiny v dlouhodobých plánech a schopnosti zabezpečit se. Takovéto jednání opět negativně ovlivňuje rozvoj dětí. Je dokázáno, že velmi málo rodičů žijících s HIV/AIDS se nějakým způsobem zaměřuje na budoucnost svých dětí (Drimie & Casale, 2009).

Současným problémem v sub-saharské Africe je také postupně narůstající starší generace (nad 50 let) trpící nemocí HIV/AIDS nebo jejími dopady (Hosegood, 2009). V mnoha zemích neexistuje žádné sociální zajištění, jako například penze, a tak lidé musí

sami šetřit během svého produktivního života a spoléhat se na pomoc svých potomků (Rankin et al., 2005). Staří lidé patří často mezi nejchudší skupiny obyvatel v chudých společnostech a jsou fyzicky i finančně závislí na svých rodinách (Barnett & Whiteside, 2002).

Prarodiče také mnohdy přebírají zodpovědnost a starají se o osiřelé potomky. To pro ně samotné však představuje významnou ekonomickou a psychologickou zátěž, která se dále negativně projevuje v rodinných vztazích a celkovém životě již tak částečně rozpadlé rodiny (Barnett & Whiteside, 2002).

Shrnutí třetí kapitoly

Třetí kapitola věnuje pozornost nemoci HIV/AIDS a jejím dopadům v kontextu sub-saharské Afriky, které jsou aplikovatelné i pro jednotlivé jihoafrické státy. První případ HIV/AIDS byl v sub-saharském regionu oficiálně zaznamenán v 80. letech 20. století. Majoritním způsobem přenosu nemoci je zde heterosexuální pohlavní styk. V prvních etapách se HIV/AIDS objevovala především u městských obyvatel a v průběhu 90. let pak došlo k jejímu masivnímu nárůstu mezi celým společenským spektrem. Nejmarkantněji se HIV/AIDS rozšířila v zemích jižní Afriky.

V další části kapitoly je popsán vztah africké společnosti a nemoci HIV/AIDS. Jsou zde představena nejen základní fakta, ale i tradice a hodnoty, které se prolínají napříč sub-saharskou Afrikou a která určitým způsobem ovlivňují vztah africké společnosti k nemoci HIV/AIDS. Jedná se například o tradiční léčitelství, víru v nadpřirozené síly nebo vnímání sexuálního styku, v němž ženy zaujímají podřízenou roli.

Druhá část byla zaměřena na hlubší analýzu konkrétních dopadů HIV/AIDS. Byl diskutován vliv epidemie na HDP, produktivitu populace, vztah k modernizaci, chudobě, zdravotním systémům, souvislosti se vzděláním, genderem i dopady na domácnosti.

Chudoba ve vztahu k HIV/AIDS zvyšuje zranitelnost postižených a ovlivňuje schopnost se s touto nemocí vypořádat. V rámci dopadů jsou zmíněny tzv. *downstream* (HIV prohlubuje stav chudoby) a *upstream* (chudoba zhoršuje stav HIV/AIDS) efekty.

HIV/AIDS také způsobuje značný tlak na zdravotní systémy postižených zemí. Rostoucím počtem pacientů stoupají i náklady ve zdravotnictví a roste tlak na zdravotní personál. V některých afrických státech HIV/AIDS snížila očekávanou délku života až o 20 let.

V oblasti vzdělání se HIV/AIDS projevuje snižováním počtu učitelů i žáků a klesající kvalitou vzdělávání. Z obecného hlediska mají vzdělanější populace lepší přístup ke službám a prevenci, zatímco méně vzdělané jsou chudší, žijí v marginalizovaných oblastech a jejich přístup ke službám či preventivním opatřením je horší.

Dívky a ženy zastávají ve většině afrických společností podřízenou roli. Z této genderové nerovnosti také částečně plyne vyšší míra nakažlivosti HIV/AIDS u žen než u mužů. Celkem 58 % HIV pozitivních v subsaharské Africe jsou ženy.

Celkový dopad HIV/AIDS na domácnosti se projevuje růstem výdajů za léčbu a snížením příjmů z důvodu nemocnosti. To u mnohých domácností způsobuje nestabilitu, některé jsou ohroženy chudobou. HIV/AIDS také negativně působí na celkové vztahy

v rodině. Děti postižených domácností se starají o rodiče, stávají se sirotky nebo jsou samy nakaženy a čelí tak kvůli HIV/AIDS problémům, jako jsou, osamělost, psychologické problémy, ekonomická nestabilita, podvýživa nebo stigmatizace a diskriminace.

4 HIV/AIDS v regionu jižní Afriky

Region jižní Afriky je epidemií HIV/AIDS postižený nejvíce na světě. Jedním z důvodů masivního rozšíření HIV/AIDS v této oblasti je vzájemná blízkost a propojenost jednotlivých států. Ekonomická a společenská provázanost je velkou měrou dána migrací dělníků z Lesotha a Svazijska do zlatých, uhelných a platinových dolů v Botswaně a JAR. Migrace tak zde posloužila jako nezamýšlený zesilující prvek transportu HIV/AIDS (Zungu-Dirwayi & Shisana & Udjo & Mosala, 2004).

Cílem čtvrté kapitoly je představit a analyzovat trendy a dopady nemoci HIV/AIDS ve vybraných jihoafrických zemích. Protože se snažím pracovat s nejaktuálnějšími daty týkajícími se nemoci HIV/AIDS v těchto státech, je mé zkoumání omezeno na informace pocházející především z databází mezinárodních institucí typu UNAIDS a statistických úřadů, vládních portálů nebo specializovaných organizací daných zemí, které data této problematiky shromažďují. Pro snadnější přehlednost představuji významné charakteristiky nemoci a jejich historické trendy v grafech, jejichž podkladem jsou mi především údaje čerpané z databáze UNAIDS, a to proto, aby byly jejich hodnoty vzájemně porovnatelné. Data získaná z UNAIDS ale také vždy komparuji i s příslušným statistickým úřadem nebo organizací dané země tak, aby byla zajištěna určitá míra objektivity a validity informací.

4.1 Trendy a dopady HIV/AIDS v Botswaně

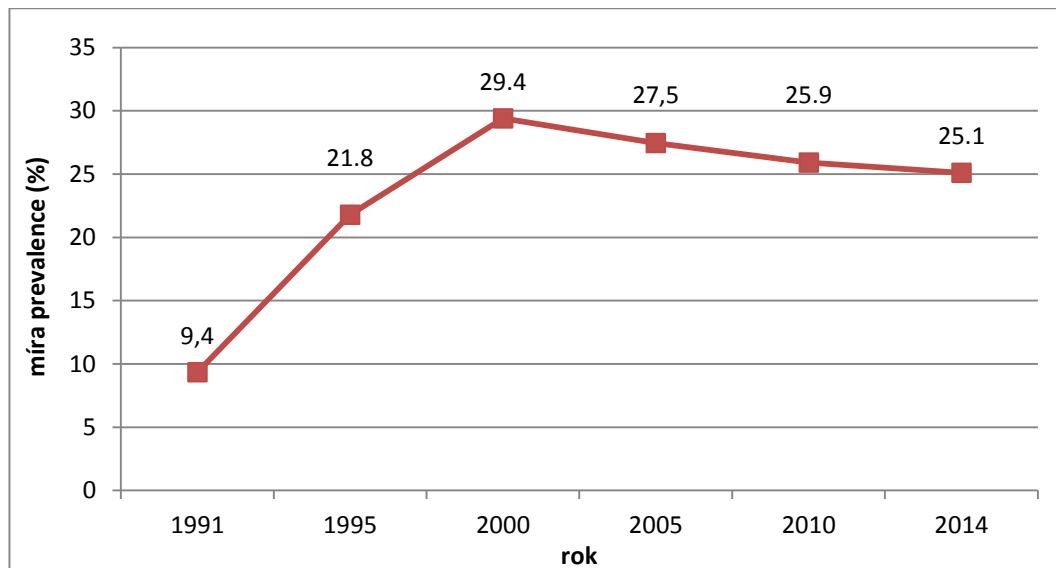
Botswana je vnitrozemskou zemí regionu jižní Afriky. V rámci ekonomického rozvoje spadá mezi země s vyššími středními příjmy (*Upper Middle Income Countries*) (WB, 2015). Z hlediska lidského rozvoje patří ke státům se středním lidským rozvojem (*Middle Human Development*) (UNDP, 2014).

Sčítání lidu z roku 2011 (Central Statistics Office, 2014) ukazuje celkovou populaci 2 024 904 obyvatel. UNAIDS (2015) odhaduje počet nakažených HIV/AIDS v zemi v roce 2014 okolo 390 000, z nichž je cca 380 000 dospělých a 10 000 dětí do 14 let. Organizace *National AIDS Coordinating Agency* (NACA 2014) uvádí stav okolo 320 000 nakažených.

Podle posledního průzkumu *Botswana AIDS Impact Survey IV* (BAISIV) z roku 2013 byla míra prevalence HIV/AIDS v roce 2012 18,5 % (BAISIV, 2013). Odhady UNAIDS (2015) pro rok 2014 ukazují prevalenci u dospělé populace (15–49 let) 25,1 %, organizace NAPSAR (*Network of African People Living with HIV Southern Africa region* 2014) udává 24,8 %. Vývoj prevalence od roku 1991 do roku 2014 znázorňuje Graf č. 8. Z něj můžeme

vyčíst prudký nárůst prevalence během 90. let vrcholící 29,4% prevalencí v roce 2000. Od tohoto roku má prevalence mírně klesající tendenci.

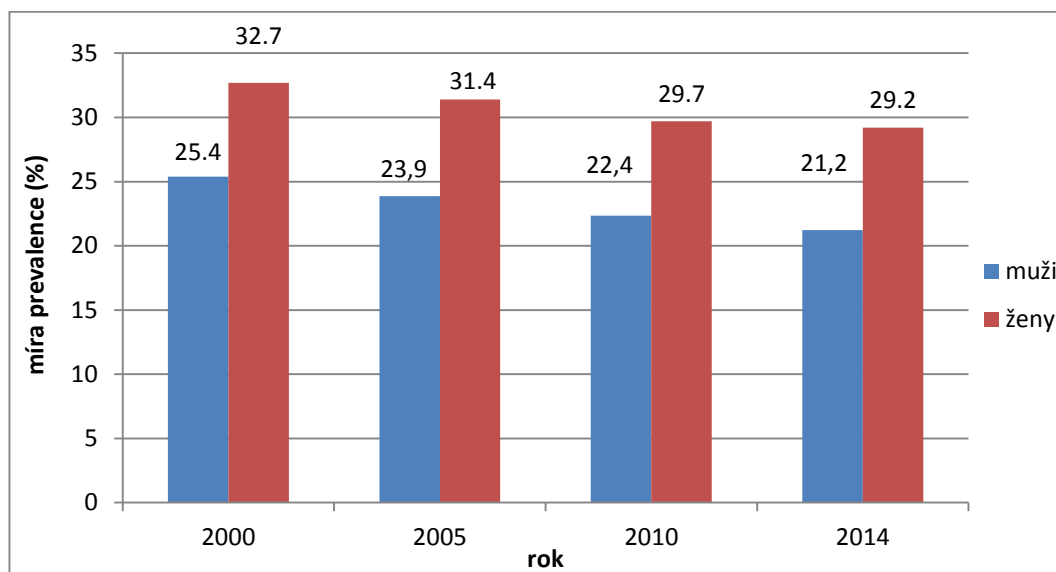
Graf č. 8: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Botswaně



zdroj: UNAIDS, 2015

Ženy jsou nemocí HIV/AIDS postiženy více než muži. Nejvyšší prevalence 50,6 % se u žen vyskytuje ve věku 35–39 let. U mužů dosahuje nejvyšších hodnot ve věku 40 až 44 let, a to 43,8 % (BAISIV, 2013). UNAIDS (2015) udává míru prevalence pro rok 2014 u žen ve věkové kategorii 15 až 49 let 29,2 % a u mužů 21,22 %. Míra prevalence od roku 2000 do roku 2014 mezi oběma pohlavími je znázorněna v Grafu č. 9. Z grafu lze jasně vyčíst vyšší míry prevalence u žen. U obou pohlaví pak pozorujeme postupný trend snižování prevalence HIV/AIDS.

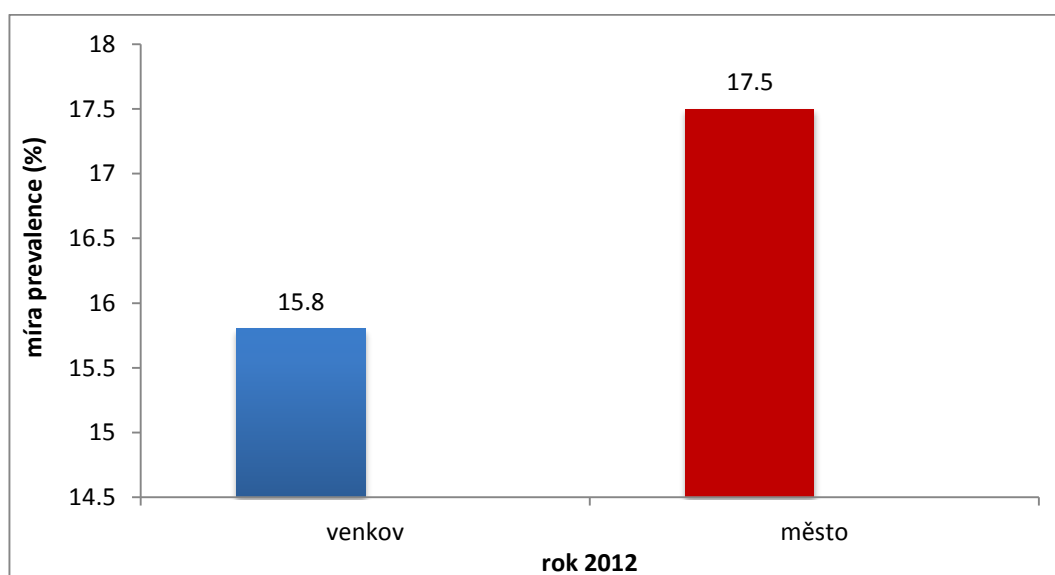
Graf č. 9: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Botswaně (muži X ženy)



zdroj: UNAIDS, 2015

Na venkově je míra prevalence HIV/AIDS 17,4 % a od roku 2008 je téměř neměnná. Ve městech je prevalence nemoci 19,2 %. Celkově se vyšší míra prevalence vyskytuje ve východních regionech. Díky dostupnější a efektivnější antiretrovirové léčbě se podařila prevalence relativně stabilizovat (BAISIV, 2013). Grafické znázornění míry prevalence HIV/AIDS na venkově a ve městech ukazuje Graf č. 10.

Graf č. 10: Míra prevalence HIV/AIDS v Botswaně (venkov X město)

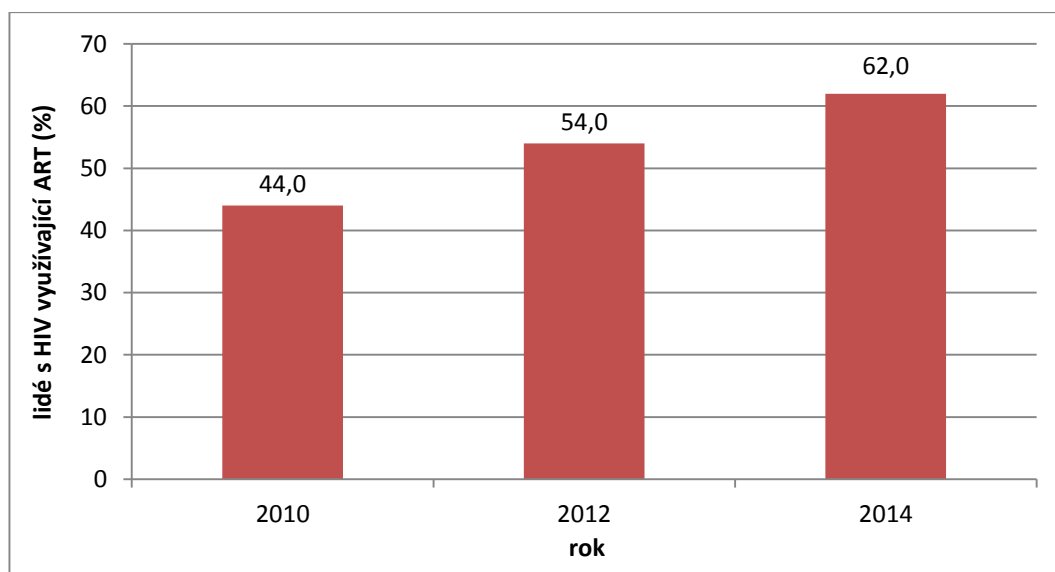


zdroj: BAISIV, 2013

Antiretrovirová léčba je pacientům v Botswaně poskytována zdarma. Data z antiretrovirového programu ukazují, že v roce 2014 tuto terapii využívalo 63,2 % (celkem 247 947) lidí žijících s HIV, což je méně než v roce 2013, kdy to bylo 69,9 % (NACA, 2015).

Dle UNAIDS (2015) však rozšíření antiretrovirové terapie od roku 2010 kontinuálně stoupá. V roce 2010 využívalo tuto léčbu 44 % obyvatel s HIV/AIDS, v roce 2013 58 % a v roce 2014 62 %. Tento vývoj zachycuje Graf č. 11.

Graf č. 11: Procento lidí s HIV/AIDS v Botswaně, kteří využívají ART



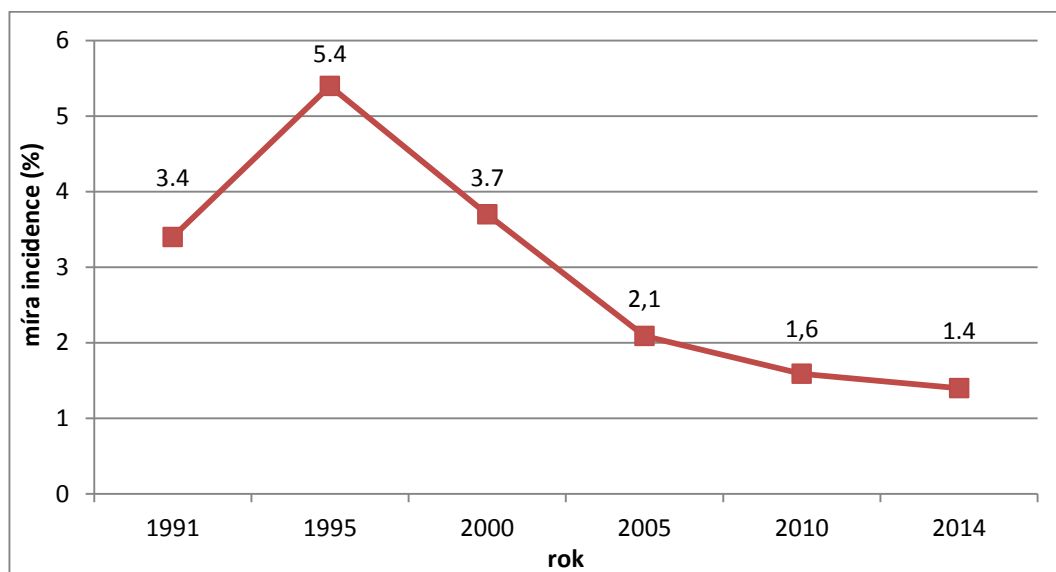
zdroj: UNAIDS, 2015

Zdravotnictví je v Botswaně považováno za jedno z nejlepších v celé sub-saharské Africe. Zdravotní personál je dostatečně kvalifikovaný a často také spolupracuje se zahraničními lékaři. Nemocnice jsou provozovány vládou i soukromým sektorem. (NERCHA, 2014).

Testování HIV u běžné populace má stoupající tendenci. V roce 2008 se nechalo testovat 61,7 % populace a v roce 2012 62,9 % (NACA, 2014). BAISIV (2013) uvádí testy na HIV/AIDS u 63,2 % populace v rozmezí 15 až 49 let.

Podle průzkumu BAISIV (2013) je míra incidence HIV/AIDS na úrovni 1,35 %. Celkový počet nově nakažených v roce 2013 byl 9 170 (NACA, 2014). Data UNAIDS (2015) uvádějí nejvyšší incidenci HIV/AIDS 5,4 % v roce 1995. Od tohoto roku se snížila až na současnou úroveň 1,4 %. Vývoj incidence je zobrazen na Grafu č. 12.

Graf č. 12: Vývoj míry incidence HIV/AIDS v Botswaně

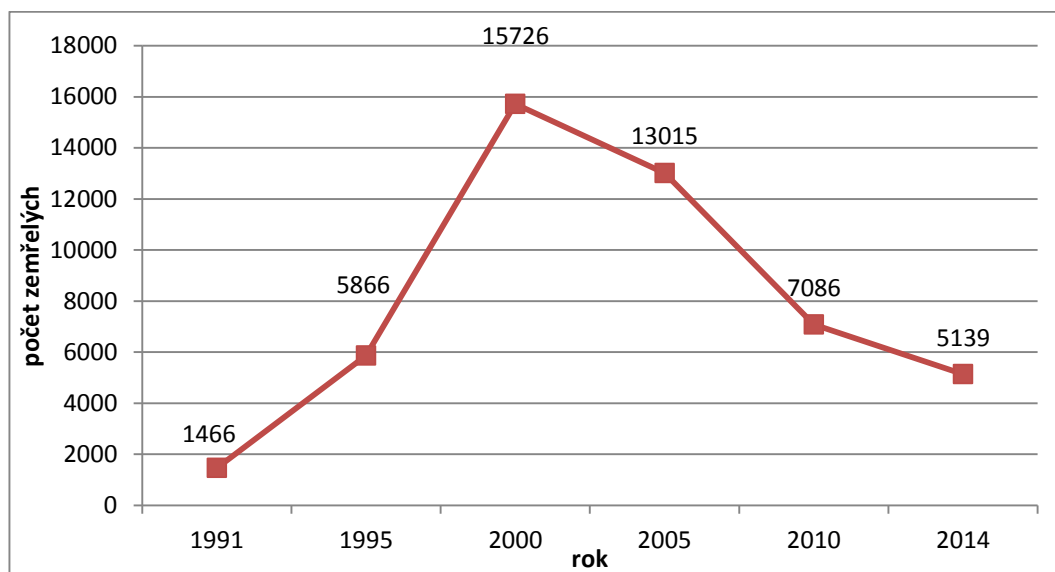


zdroj: UNAIDS, 2015

V roce 2014 zemřelo na příčiny HIV/AIDS cca 5 100 lidí (UNAIDS, 2015). Očekávaná délka života se kvůli HIV/AIDS snížila z 65 let v polovině devadesátých let na méně než 40 v polovině let nultých. V roce 2011 byla očekávaná délka dožití kolem 53 let (NAPSAR, 2014).

Po zemřelých rodičích na HIV/AIDS bylo v zemi v roce 2014 asi 67 000 sirotků do 17 let (UNAIDS, 2015). Strmý nárůst úmrtnosti kvůli HIV/AIDS se odehrál v průběhu 90. let, kdy nemoc zažívala největší rozmach. Za přispění antiretrovirové terapie se podařilo snížit počet úmrtí z 15 725 případů v roce 2000 na 5 139 případů v roce 2014. Tento stav je zachycen v Grafu č. 13 (UNAIDS, 2015).

Graf č. 13: Počet úmrtí souvisejících s HIV/AIDS v Botswaně



zdroj: UNAIDS, 2015

Hlavním způsobem přenosu nemoci HIV/AIDS v zemi je heterosexuální pohlavní styk. Další významnou cestou je vertikální přenos nemoci z matky na dítě (Zungu-Dirwayi & Shisana & Udjo & Mosala, 2004). Dle NACA (2014) jsou nejvíce rizikovými skupinami obyvatel prostitutky (míra prevalence 61,9 %) a muži provozující sex s jinými muži (míra prevalence 13,1 %).

Nemoc negativně ovlivňuje především dospělou populaci v produktivním věku. To pro každou společnost představuje závažné ekonomické dopady. Mnoho rodin se kvůli ztrátě příjmu a vysokým výdajům na léčbu ocitlo v podmínkách chudoby. Nejzávažnější dopady nemoci se projevují u lidí a komunit, které jsou ekonomicky a společensky znevýhodněné (Zungu-Dirwayi & Shisana & Udjo & Mosala, 2004). Z hospodářských sektorů jsou nemocí nejvíce zasaženy zemědělství a těžební průmysl (NAPSAR, 2014).

Z hlediska struktury vzdělanosti převládá nejvyšší míra prevalence HIV/AIDS 22,2 % u obyvatel s prvním stupněm základní školy. U obyvatel bez formálního vzdělání je prevalence 20,6 %. Bylo prokázáno, že se sekundárním a vyšším vzděláním míra prevalence HIV/AIDS v Botswaně klesá (NACA, 2014).

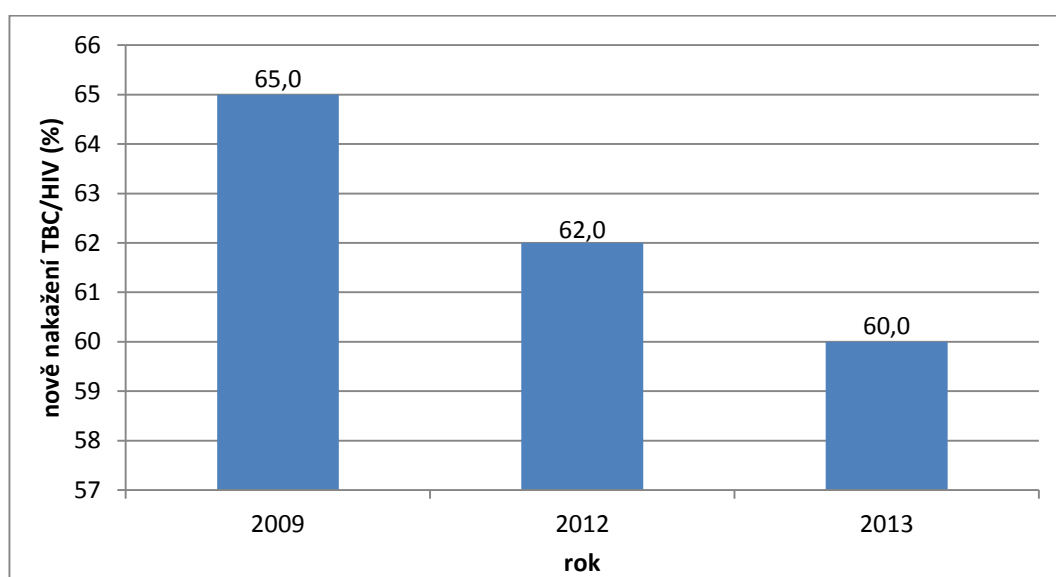
Podobně jako v sousedících zemích je míra prevalence HIV výrazně ovlivněna genderovými disparitami. Chudoba, nezaměstnanost, společenské a kulturní nevýhody, finanční závislost na mužích, nedostatek empowermentu v sexuálních vztazích. To vše u žen zvyšuje riziko infekce HIV/AIDS (Zungu-Dirwayi & Shisana & Udjo & Mosala, 2004). V devíti distriktech dosahuje míra prevalence HIV/AIDS u žen 20 %, u mužů je pouze

v jednom distriktu prevalence této nemoci nad 20 %. Nejhuře jsou na tom chudé, nevzdělané a nezaměstnané ženy, u nichž prevalence HIV přesahuje až 35 % (NACA, 2014).

TBC je v Botswaně druhou velkou zdravotní výzvou. Míra koinfekce TBC/HIV je zde jedna z nejvyšších na světě. Mezi lidmi s HIV/AIDS je také nejběžnější oportunistickou infekcí. Organizace ACHAP (2012) udává míru koinfikace HIV/AIDS s TBC pro rok 2012 až 64 % (ACHAP, 2012).

Graf č. 14 znázorňuje snižující koinfikovanost v zemi. V roce 2009 bylo HIV koinfikováno 65 % lidí žijících s TBC a v roce 2013 60 % (UNAIDS, 2015).

Graf č. 14: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v Botswaně



zdroj: UNAIDS, 2015

Průzkum *HIV Stigma Index Study*, který se uskutečnil v roce 2013, ukazuje vyšší míru internalizovaného stigmatu než externího vůči lidem žijícím s HIV/AIDS. Internalizované stigma zažilo 24 %, externí stigma 13 % (BAISIV, 2013). I v této oblasti jsou negativně více ovlivněny ženy. Například 67,3 % žen zažilo genderově motivované násilí, 44,4 % mužů připouští, že konalo násilí na svých ženách (NACA, 2015).

Používání kondomů při pohlavním styku zaznamenalo v zemi pokles. Z 90,2 % populace, která reportovala používání kondomů v roce 2008 na 81,9 % v roce 2012. Pravidelné používání kondomů při každém sexuálním styku v kategorii od 14 do 49 let reportovalo 41,9 % lidí. Změny byly zaznamenány také v užívání kondomů s běžnými a příležitostnými partnery. Více jsou používány se stálými partnery 71,9 %. U příležitostných toto procento odpovídá výši 44,8 % (NACA, 2014).

Boj s HIV/AIDS je financován vládou a mezinárodními organizacemi, jako jsou například Bill Gates Foundation, PEPFAR, ACHAP, CDC aj. V roce 2012 pocházelo 68 % financí na HIV/AIDS od vlády (267 287 846 USD) a 32 % od zahraničních partnerů (106 425 232 USD) (NACA, 2014).

Hlavními koordinátory v problematice HIV/AIDS jsou NACA a *Department of HIV, AIDS Prevention and Care*. V současné době je strategie proti HIV/AIDS řízena podle *National Strategic Framework II 2010–2016 a National Operational Plan*. Botswana předčila díky mezinárodní podpoře a silné politické vůli v některých ohledech různá očekávání. Nyní však zemi čekají výzvy v podobě financování boje s HIV kvůli očekávanému snížení podpory ze strany mezinárodních donorů, dále v otázkách sociálních, kulturních a v otázce genderových disparit aj... (NACA, 2014).

Největší pokroky udělala Botswana v oblasti biomedicínské prevence, kde prevence přenosu z matky na dítě a rozšíření antiretrovirové léčby stále stoupá. Přenos z matky na dítě se snížil na 1,8 % (3,9 % v roce 2008; 2,49 v roce 2013) (z 30 % před zahájením programu) (NACA, 2015)

4.2 Trendy a dopady HIV/AIDS v JAR

Jihoafrická republika je ekonomicky největším hráčem jihoafrického regionu a stejně jako Botswana spadá do kategorie zemí s vyššími středními příjmy (*Upper Middle Income Countries*) (WB, 2015). Po stránce lidského rozvoje patří ke státům se středním lidským rozvojem (*Middle Human Development*) (UNDP, 2014).

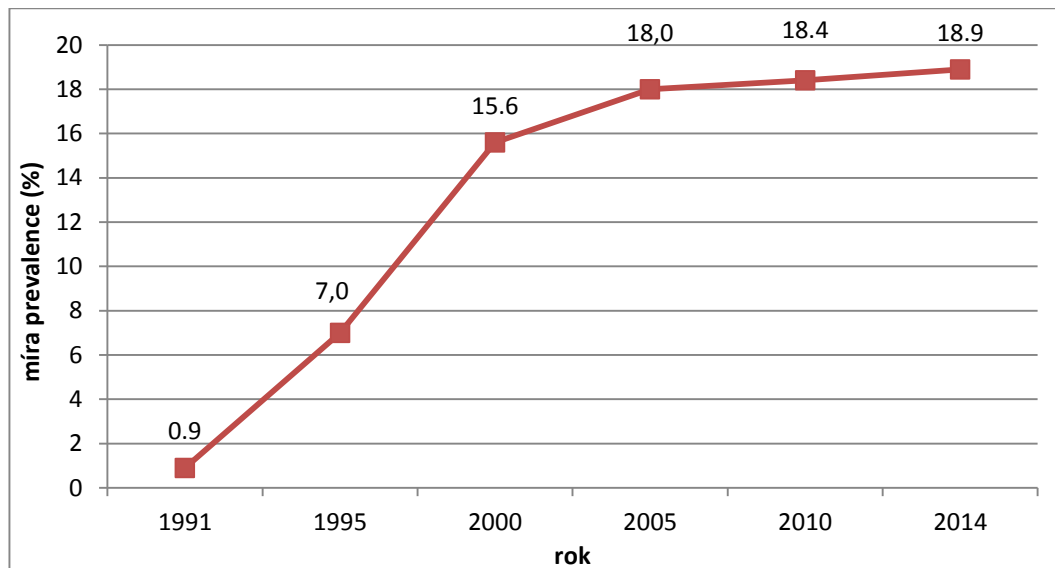
Podle sčítání lidu 2011 žije v JAR cca 51 milionů obyvatel (SSA, 2015). Současné odhady WB (2015) nebo *Statistics South Africa* (SSA, 2015) se shodují na populaci kolem 54 až 55 mil obyvatel.

JAR je dnes státem s nejvyšším počtem lidí nakažených HIV/AIDS. (NAPSAR, 2014). Celkový počet lidí žijících s touto nemocí je odhadován na 6 200 000 (SSA, 2015). UNAIDS (2015) prezentuje údaj cca 6 500 000 milionu dospělých s HIV/AIDS a 340 000 dětí do 14 let.

UNAIDS (2015) pro rok 2014 odhaduje míru prevalence HIV/AIDS u dospělé populace v rozmezí 15 až 49 let 18,9 %. SSA (2015) udává prevalenci mezi 15–49 lety 16,6 % a celkovou prevalenci pro celou populaci 11,2 %. Graf č. 15 zobrazuje obdobně jako pro ostatní státy regionu značně rostoucí prevalenci HIV/AIDS v 90. letech, její zpomalení od roku 2000 a následnou relativní stabilizaci od roku 2005 (UNAIDS, 2015).

Ačkoli se prevalence HIV v zemi do jisté míry ustálila, absolutní počet lidí trpících touto nemocí každoročně vzroste o cca 100 000 (NDHR & SANAC, 2012).

Graf č.: 15 Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v JAR

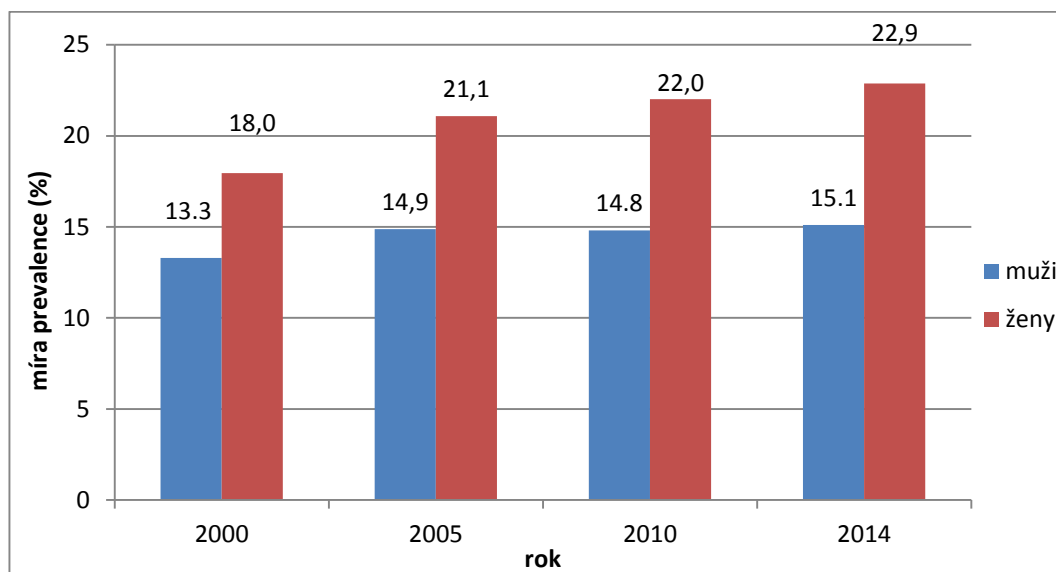


zdroj: UNAIDS, 2015

Genderové disparity způsobují podobně jako v ostatních státech regionu také disparity v prevalenci nemoci mezi muži a ženami. Mladé ženy ve věku 15–24 let jsou čtyřikrát více náchylné k infekci HIV než muži stejné věkové kategorie. V průměru jsou mladé dívky nakaženy o 5 let dříve než muži. Nejvyšší prevalence je u žen v kategorii od 30 do 34 let (NDHR & SANAC, 2012).

Prevalenci mezi muži a ženami zachycuje Graf č. 16. Dle UNAIDS (2015) se prevalence HIV/AIDS v roce 2014 u žen pohybovala kolem 23 % a u mužů okolo 15 %.

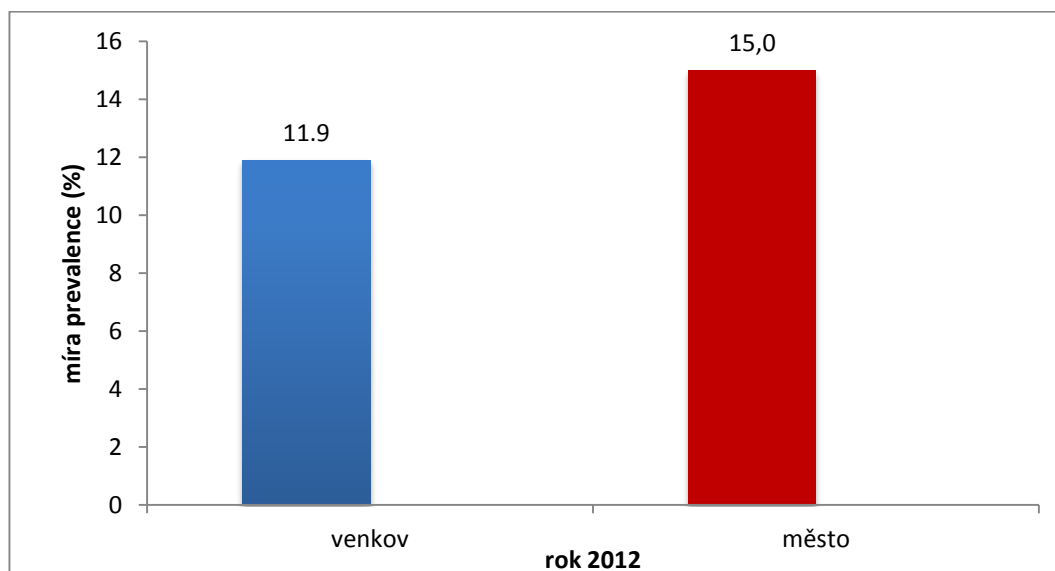
Graf č. 16: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v JAR mezi (muži X ženy)



zdroj: UNAIDS, 2015

Podle průzkumu *South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey (2012)* je v JAR také vyšší míra prevalence v městských oblastech (15 %) než na venkově (11,9 %). Graf č. 17 znázorňuje tento fakt (HSRC, 2014).

Graf č. 17: Míra prevalence HIV/AIDS v JAR (venkov X město)

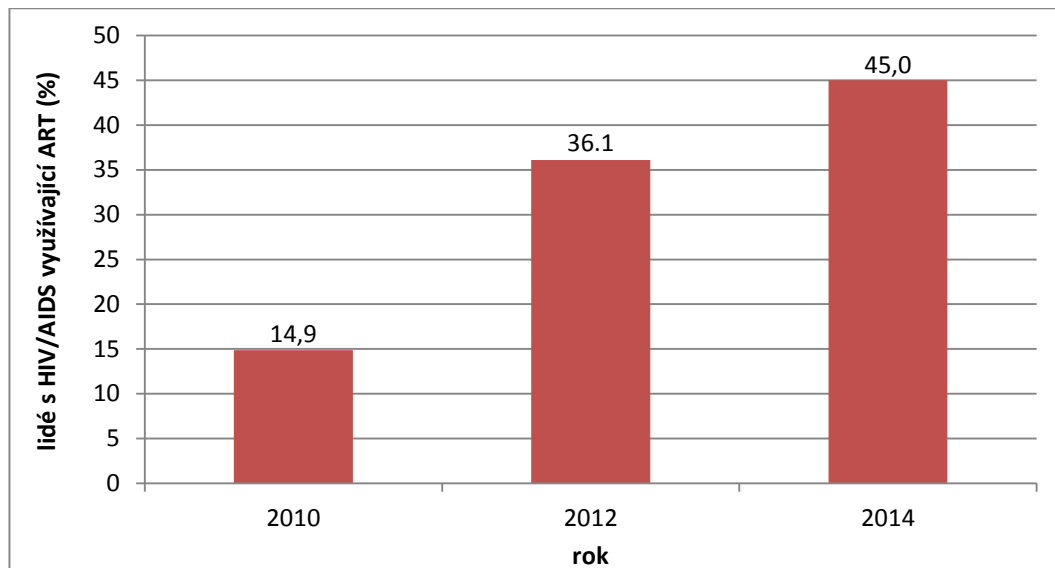


zdroj: South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, Human Sciences Research Council, 2014

Jihoafrická republika má největší antiretrovirový program na světě. V roce 2014 zahájilo léčbu celkem 662 312 lidí s HIV (DOH, 2014). Graf č. 18 vychází z dat UNAIDS

(2015) a ukazuje využití antiretrovirové terapie lidmi s HIV/AIDS. UNAIDS (2015) tak ukazuje růst ze 14,9 % využití ART v roce 2010 na 45 % v roce 2014.

Graf č. 18: Procento lidí s HIV/AIDS v JAR, kteří využívají ART

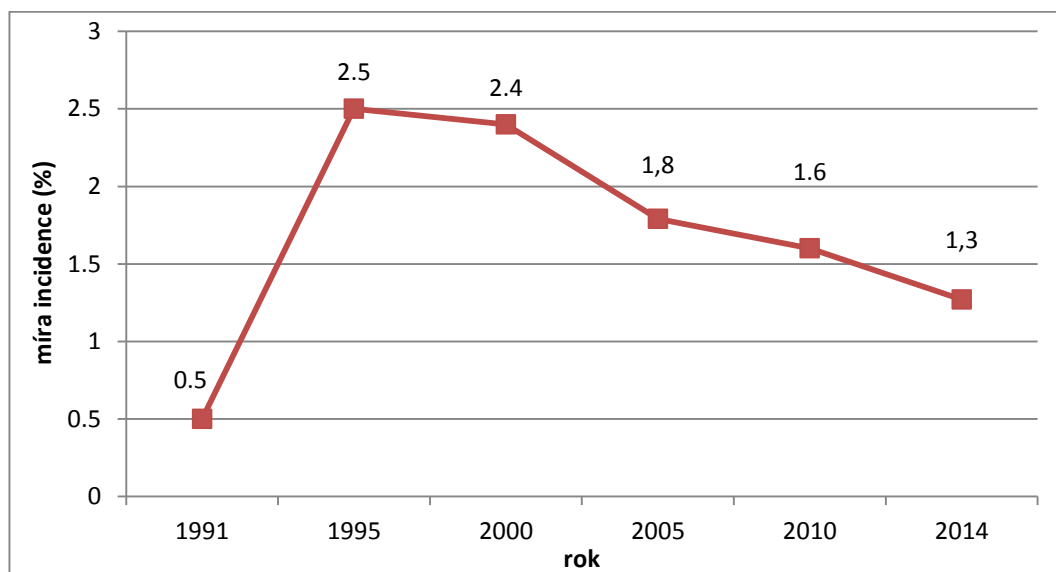


zdroj: UNAIDS, 2015

V jižní Africe je zdravotní systém složen z veřejného a privátního sektoru. Veřejné zdravotnictví je orientováno především na střední příjmové skupiny obyvatel, zatímco privátní spíše pro bohatší třídu. Těžařský průmysl má své vlastní nemocnice. Přestože je antiretrovirový program v JAR nejrozsáhlejší na světě, nedokáže vzhledem k velkému počtu nakažených obsloužit všechny. Dalšími zásadními výzvami ve zdravotnictví jsou nedostatek kvalifikovaných doktorů a špatné dodržování léčby (NAPSAR, 2014).

Vývoj incidence HIV/AIDS v JAR zachycuje Graf č. 19. V roce 2014 se míra incidence HIV/AIDS pohybovala na úrovni 1,27 % (UNAIDS, 2015).

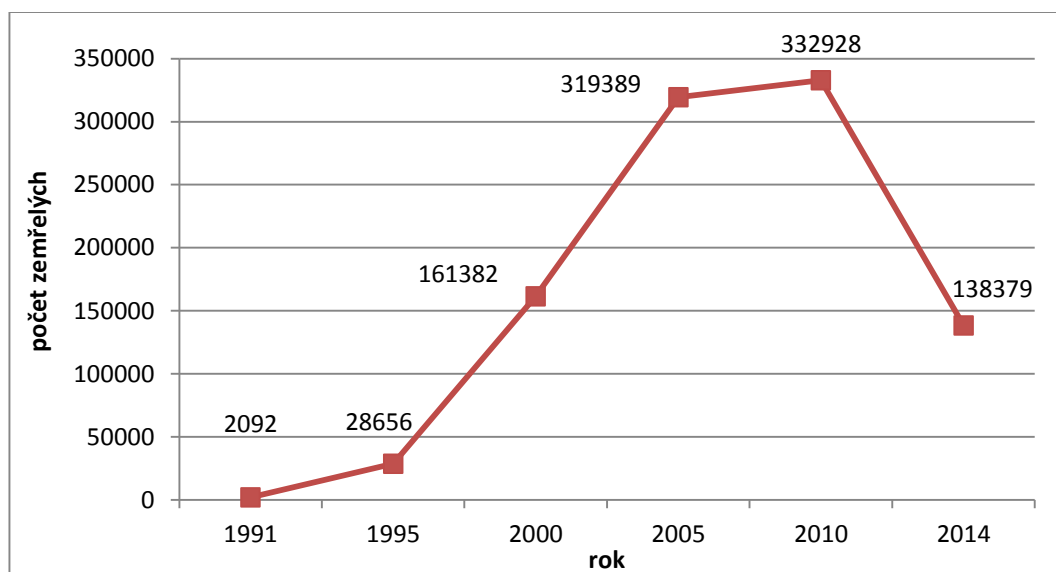
Graf č. 19: Vývoj míry incidence HIV/AIDS v JAR



zdroj: UNAIDS, 2015

V roce 2014 zemřelo na následky HIV/AIDS asi 140 000 lidí (UNAIDS, 2015). Pozitivním trendem je významný pokles v mortalitě související s HIV/AIDS. V roce 2005 na tuto nemoc zemřelo 319 389, v roce 2010 to bylo 332 928 a v roce 2014 zmiňovaných 140 000 (UNAIDS, 2015). Celkový vývoj úmrtí na následky HIV/AIDS zobrazuje Graf č. 20. Nejvyššího stavu 332 928 dosáhl počet zemřelých v důsledku HIV/AIDS v roce 2010.

Graf č. 20: Počet úmrtí v souvislosti s HIV/AIDS v JAR



zdroj: UNAIDS, 2015

Míra přenosu HIV/AIDS z matky na dítě se udržuje pod hranicí 4 procent. Přenos HIV z matky na dítě byl v roce 2008 8,5 % a v roce 2012 byla již míra přenosu 2,6 % (NAPSAR, 2014). 11 % dětí, které se narodí HIV pozitivním matkám, je také HIV pozitivních. Děti, které přišly o rodiče z důvodů HIV/AIDS bylo v roce 2014 cca 2 300 000 (UNAIDS, 2014).

Příčiny velkého rozšíření nemoci HIV/AIDS souvisí s historickými, společensko-kulturními a psychosociálními faktory. Zahrnují i politiku apartheidu, který podporoval diskriminaci a poškozování lidských práv v zemi (Zungu-Dirwayi & Shisana & Udjo & Mosala, 2004).

Mezi další příčiny patří také široká nezaměstnanost, chudoba a nízká míra příjmu mezi určitými skupinami populace, genderová a rasová nerovnost, nedostatek adekvátního vzdělání nebo systém migrační práce (Zungu-Dirwayi & Shisana & Udjo & Mosala, 2004).

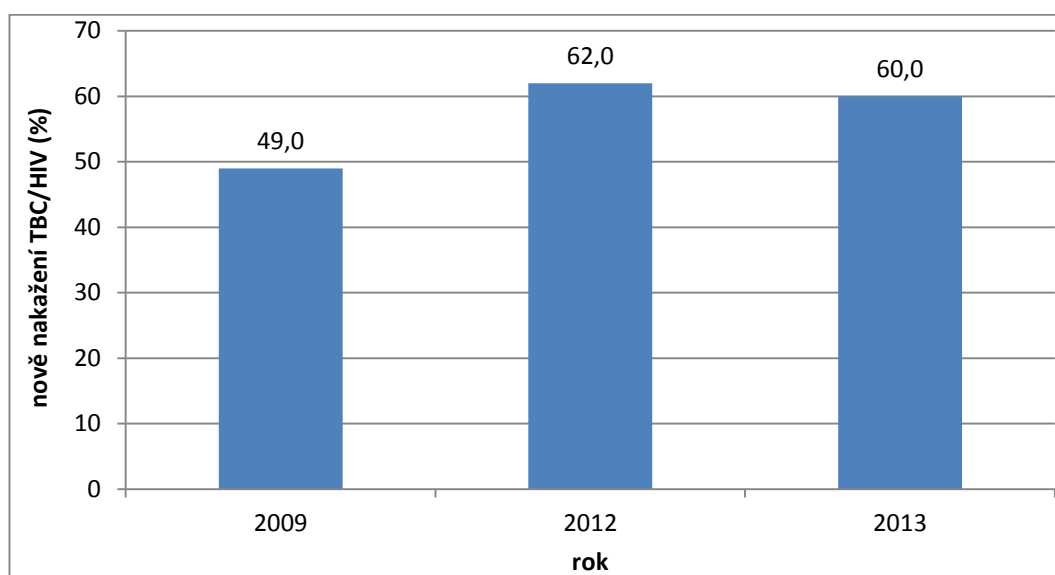
Dominantním způsobem přenosu HIV/AIDS v Jihoafrické republice je heterosexuálním pohlavní styk a přenos z matky na dítě (NAPSAR, 2014).

Know your epidemic report (2011) identifikoval nejvíce ohrožené skupiny pro přenos HIV v JAR. Mezi populace nejvíce ohrožené HIV patří mladé ženy ve věku od 15 do 24 let, lidé žijící v blízkosti mezinárodních cest, lidé bydlící v neformálních obydlích, mladí lidé, kteří nenavštěvují školu, lidé z nižších socio-ekonomických vrstev společnosti, neobřezaní muži, fyzicky a mentálně postižení lidé, sexuální pracovníci, muži provozující sex s muži (MSM) a transsexuálové (NDHR & SANAC, 2012).

Jižní Afrika je po Indii a Číně třetí zemí s nejvyšším výskytem tuberkulózy, kde je podle SANAC (2014) až 80 % obyvatel postiženo tuberkulózou v latentním stádiu (1 z 12 nejvíce zatížených zemí). JAR je zároveň zemí, ve které se automaticky nachází velké procento komorbidit souvisejících s TBC-HIV (až 70 %).

Graf č. 21 ukazuje procento nakažených tuberkulózou a koinfikovaných HIV. Zajímavý je trend nárůstu koinfikovaných od roku 2009 ze 49 % na 62 % v roce 2012 a následný pokles na 60 % v roce 2013 (UNAIDS, 2015).

Graf č. 21: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v JAR



zdroj: UNAIDS, 2015

Hlavními koordinátory boje s HIV/AIDS v zemi jsou úřad prezidenta a *The South African National AIDS Council* (SANAC), který zahrnuje různá ministerstva i občanskou společnost. V roce 2012 byla vytvořena nová strategie *National Strategic Plan on HIV, STIs and TB 2012–2016*, podle níž se řídí všechny programy související s HIV/AIDS (NDHR & SANAC, 2012). Financování je zaměřeno na hlavní 3 body – prevence, léčba, a péče o sirotky. Domácí výdaje na boj s HIV/AIDS se pohybují okolo 15,5 milionů ZAR, zahraniční okolo 2,5 milionu ZAR. Zahraničními donory jsou např. PEPFAR, OSN, EU, Nizozemsko nebo Velká Británie (NDHR & SANAC, 2012).

Mezi významné jihoafrické úspěchy v boji proti HIV/AIDS patří například implementace největší kampaně na testování HIV na světě (do roku 2011 přes 13 milionů testovaných Jihoafričanů), během let 2010–2011 došlo ke snížení ceny antiretrovirotik o 53 % (do konce roku 2011 bylo celkem 1,6 milionu lidí na ART) (NDHR & SANAC, 2012).

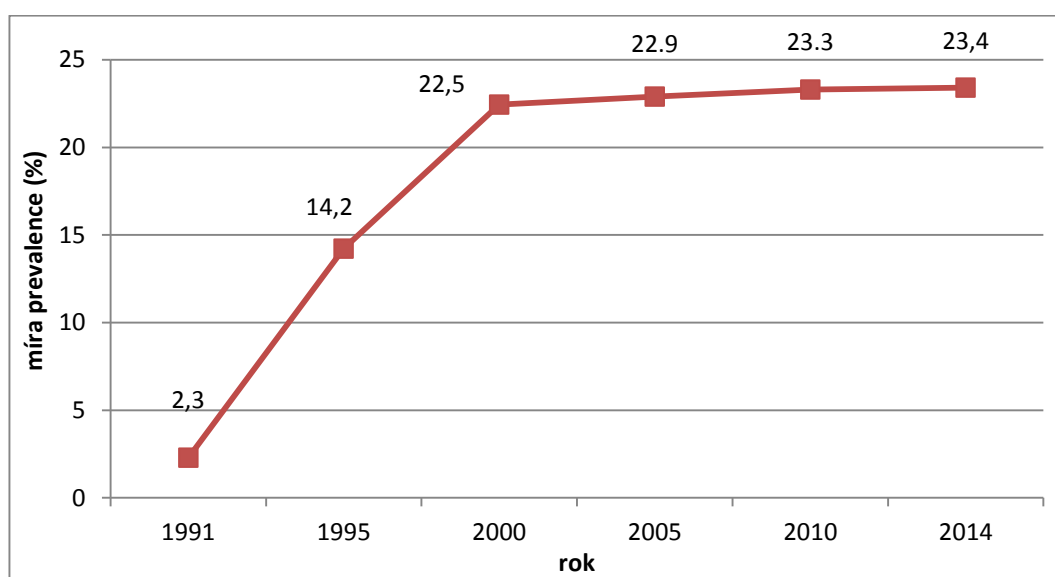
4.3 Trendy a dopady HIV/AIDS v Lesothu

Království Lesotho je od roku 1966 demokratickou zemí, kdy získalo nezávislost na Velké Británii. Z hlediska geografické polohy se jedná o hornatý vnitrozemský stát regionu jižní Afriky s rozlohou 30 355 km², který je obklopen Jihoafrickou republikou (LBS, 2011). Z hlediska ekonomického rozvoje se Lesotho řadí mezi *Least Developed Countries* (nejméně rozvinuté země) (WB, 2015). Po stránce lidského rozvoje patří Lesotho k zemím s nízkým lidským rozvojem (*Low Human Development*) (UNDP, 2014).

Podle posledního sčítání lidu z roku 2011 byl počet obyvatel Lesotha 1 894 195 (LBS, 2015). Světová banka (2014) nebo UNAIDS (2015) udávají ve svých odhadech stav současné populace nad 2 000 000. MOH (2015) nebo UNAIDS (2015) uvádějí 310 000 až 314 000 lidí žijících s HIV/AIDS v roce 2014. Z nichž je asi 295 000 dospělých a 19 000 dětí.

První oficiálně zaznamenaný případ nemoci HIV/AIDS se v Lesothu objevil v roce 1986 (Zungu-Dirwayi & Shisana & Udjo & Mosala, 2004). Dnes je v zemi míra prevalence HIV/AIDS cca 23% (Miller 2014 & UNAIDS 2015 & MOH 2015). Graf č. 22 zachycuje strmý nárůst míry prevalence v Lesothu v průběhu 90. let a její následnou relativní stabilizaci.

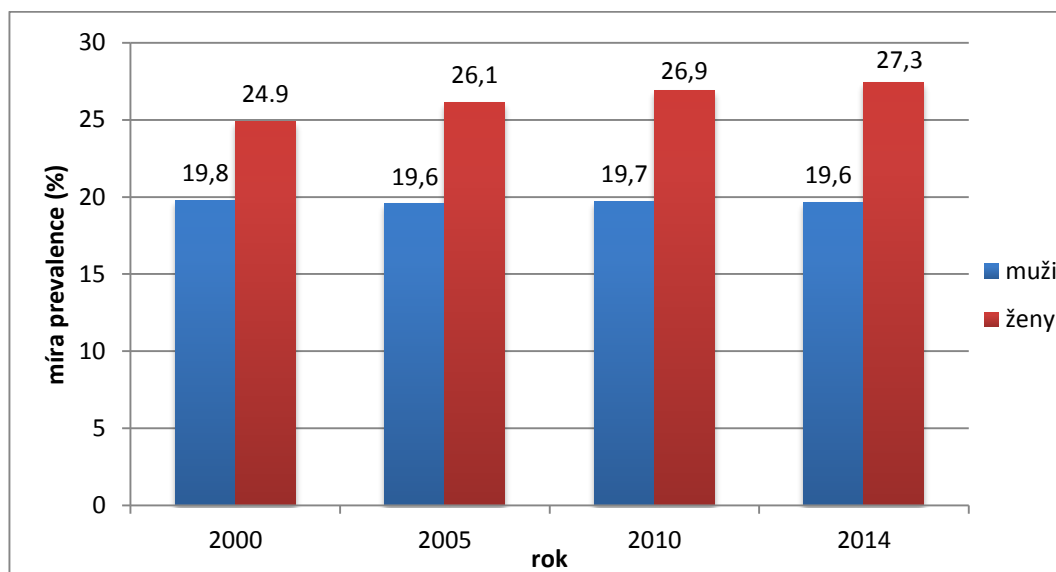
Graf č. 22: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Lesothu



zdroj: UNAIDS, 2015

Značné rozdíly v míře prevalence HIV převládají mezi muži a ženami a pramení především z genderové nerovnosti. Ženy jsou nemocí zasaženy více (prevalence 27,4 %) než muži (prevalence 19,6 %). Zvláště mezi 20–30 lety jsou míry prevalence výrazně vyšší u žen než u mužů. Pro ženy od 20 do 24 let je tato prevalence 24 % a u mužů stejné věkové kategorii je to pouze 11 %. Ve věkové kategorii od 15 do 29 let jsou nakaženými v 70 % ženy (UNAIDS, 2015). Kolem 30 let života je prevalence HIV/AIDS u mužů i žen srovnatelná a pohybuje se kolem 40 % (Miller, 2014). Rozdíly v prevalenci HIV/AIDS mezi muži a ženami zachycuje Graf č. 23, na kterém vidíme pomalý nárůst prevalence u žen a mírné snižování prevalence u mužů.

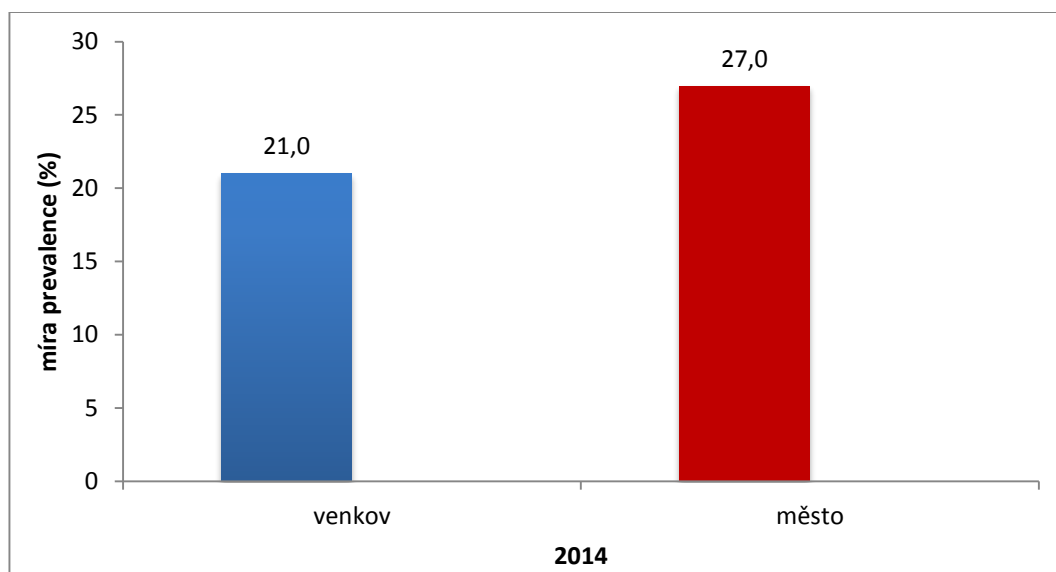
Graf č. 23: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Lesothu (muži X ženy)



zdroj: UNAIDS, 2015

Vyšší prevalence HIV/AIDS je ve městech (27 %) než na venkově (21 %) (MOH, 2015). Nejnižší prevalence nemoci je v horských oblastech, které jsou vzdálené a izolované. Ty neumožňují velkou mobilitu obyvatel a střídání sexuálních partnerů. Nejvyšší míry prevalence mají západní provincie (Khobotlo, 2009). Rozdělení prevalence HIV/AIDS mezi venkovem a městem je znázorněn v Grafu č. 24.

Graf č. 24: Míra prevalence HIV/AIDS v Lesothu (venkov X město)

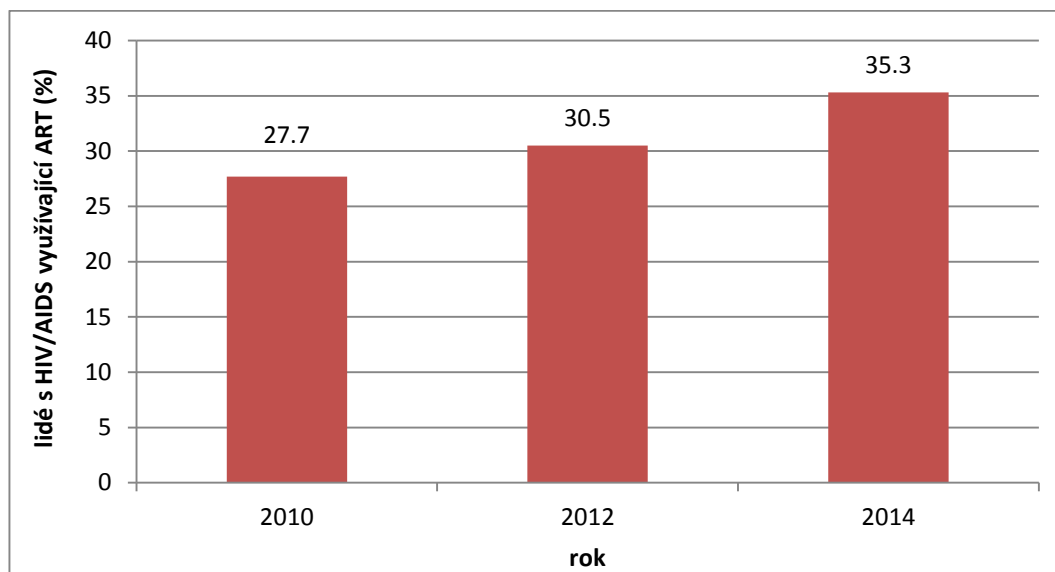


zdroj: MOH, 2015

Vývoj počtu osob žijících s HIV/AIDS a využívajících antiretrovirovou terapii je v pětiletém intervalu znázorněn v Grafu č. 25. Nárůst využití antiretrovirové léčby u lidí s HIV/AIDS stoupl z 27,7 % v roce 2010 na 35,3 % v roce 2014 (UNAIDS, 2015).

V roce 2009 bylo na HIV testováno cca 221 616 lidí a v roce 2014 celkem 553 243 (63 % žen a 84 % mužů). 55 089 z nich bylo HIV pozitivních v roce 2014 (MOH, 2015).

Graf č. 25: Procento lidí s HIV/AIDS v Lesothu, kteří využívají ART

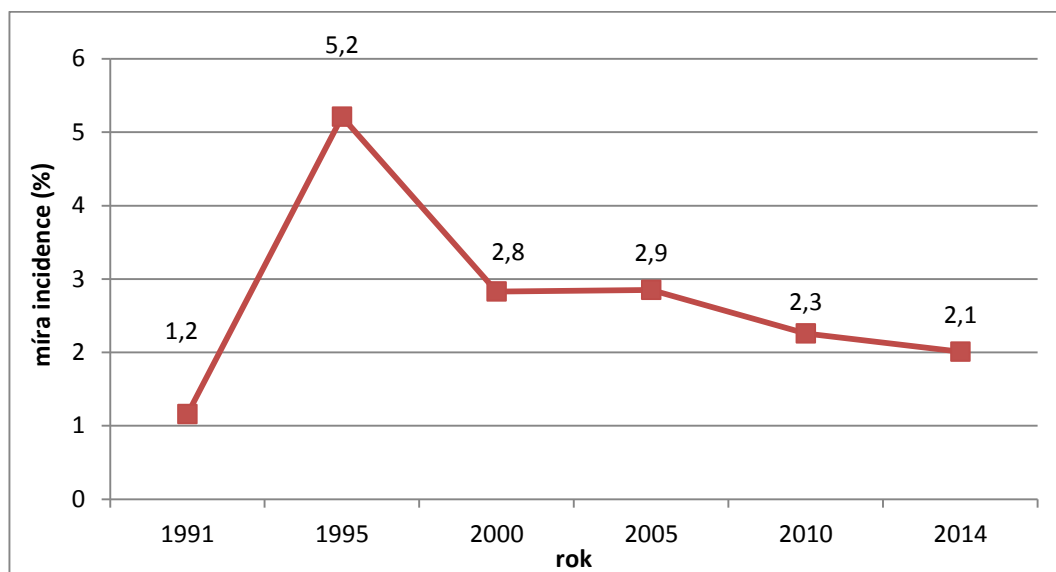


zdroj: UNAIDS, 2015

Přístup ke zdravotním službám je v Lesothu ovlivňován především socio-ekonomickým statusem a genderem. Často reportovanými problémy jsou obavy z nedostupnosti léčiv, velké vzdálenosti zdravotních zařízení a nedostatku financí (LBS, 2011). Zdravotní systém se skládá z několika vládních nemocnic a soukromých klinik a je řízen ministerstvem zdravotnictví a sociálních věcí. Celkově se vláda snaží podporovat soudržný zdravotní systém s přímou spoluprací s nevládními organizacemi, individuálními donory a soukromými organizacemi. Lesotho má nejnižší procento zdravotních pracovníků na populaci v regionu s 1 doktorem na 1000 obyvatel (NAPSAR, 2014).

Míra incidence HIV/AIDS se podle MOH (2015) pohybuje na úrovni 2,32 %. UNAIDS (2015) uvádí incidenci pro rok 2014 2,01 %. Celkových případů nově nakažených HIV/AIDS bylo v roce 2014 24 544 (Miller, 2014). Pohyb míry incidence, její vrchol v roce 1995 na 5,21 % a její následná postupná redukce je znázorněna v Grafu č. 26.

Graf č. 26: Vývoj míry incidence HIV/AIDS v Lesothu

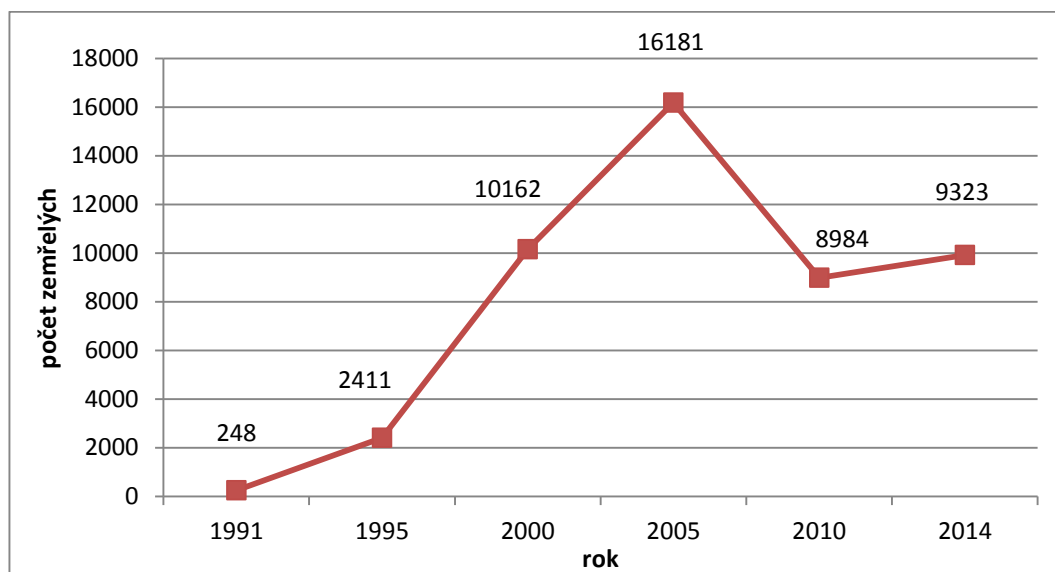


zdroj: UNAIDS, 2015

V Lesothu se očekávaná délka života z důvodu zvýšené úmrtnosti způsobené HIV/AIDS snížila na 48,2 let (NAPSAR, 2014). V roce 2014 bylo případů úmrtí v souvislosti s HIV/AIDS 9 323 (UNAIDS, 2015). Nemoc je v zemi také hlavním faktorem, kvůli kterému se z dětí stávají sirotci a jejichž počet stále roste (LBS, 2011). V roce 2014 žilo v Lesothu kvůli HIV/AIDS cca 74 000 osiřelých dětí od 0 do 17 let (UNAIDS, 2015).

Vývoj počtu zemřelých souvisejících s HIV/AIDS v Lesothu je zobrazen na Grafu č. 27. V roce 2005 dosáhl počet úmrtí svého maxima - 16 181. Od tohoto roku se snížil na 8 948 v roce 2010 a poté opětovně stoupl v roce 2014 na 9 323 (UNAIDS, 2015).

Graf č. 27: Vývoj počtu úmrtí souvisejících s HIV/AIDS v Lesothu



zdroj: UNAIDS, 2015

Míra přenosu HIV/AIDS z matky na dítě dosahovala v roce 2009 9,5 %. Do roku 2014 se ji podařilo snížit na 5,9 % (MOH, 2015). Procento HIV pozitivních těhotných žen využívajících ART ke snížení přenosu nemoci z matky na dítě, bylo v roce 2012 – 89 % a v roce 2014 – 72 % (MOH, 2015).

Podle *Lesotho Bureau Statistics* (2011) a *Khobotlo* (2009) patří v zemi mezi zvláště postižené skupiny obyvatel nemocí HIV/AIDS především vězni, zaměstnanci policie, příslušníci armády, sexuální menšiny, pasáci dobytka, sexuální pracovníci, migrující dělníci a HIV/pozitivní děti a adolescenti. Prevalence HIV/AIDS u sexuálních pracovníků je 71 %, u pracovníků v továrnách asi 43 % a u mužů, kteří mají sex s jinými muži 33 %.

Mezi nejčastější způsoby přenosu infekce patří především rizikový heterosexuální pohlavní styk (MOH, 2015). Ženy mají v Lesothu v průměru za život 2 sexuální partnery, muži 8 partnerek (LBS, 2011).

Nižší míra vzdělanosti je v Lesothu asociována s vyšší mírou prevalence HIV. V roce 2009 byla prevalence u lidí bez vzdělání 26,6 % a u populace se sekundárním a vyšším vzděláním 20,9 % (Khobotlo, 2009). Vyšší vzdělanost je také v pozitivní korelaci s preventivními opatřeními. To znamená, že vzdělanější lidé ve více případech používají kondomy, později začínají se sexuálním životem, jsou častěji testováni, mají vyšší znalosti o HIV/AIDS aj... (Miller, 2014).

Prevalence HIV/AIDS je v Lesothu vyšší u zaměstnaných (27,2 %) než u nezaměstnaných (17,6 %). Hlavním důvodem je, že velká většina pracujících

jsou zároveň migrující populace, u nichž je vyšší výskyt rizikového sexuálního chování (Miller, 2014).

Nemoc má v zemi zásadní dopad také na samozásobitelské zemědělství. Až 77 % obyvatel Lesotha je závislých na tomto způsobu hospodaření (produkce potravin pro vlastní spotřebu), které pro zemědělce představují hlavní zdroj potravin (LBS, 2011). Nemoc tak ohrožuje zdraví a produktivitu farmářů a zvyšuje náklady a zranitelnost domácností, které mohou vyústit až ve stav chudoby (Khobotlo et al., 2009).

Díky mediálními kampaním vzrůstá určitá akceptace nemoci HIV/AIDS ve společnosti. Vyplývá to z průzkumů, kdy se například přes 80 % populace v roce 2009 bylo ochotno starat o HIV postižené členy rodiny, akceptovalo by HIV pozitivní učitele nebo by si bez problémů koupilo ovoce nebo zeleninu od prodejce postiženého touto nemocí. Přitom v roce 2005 by se takhle zachovalo pouze 55 % obyvatel (LBS, 2011).

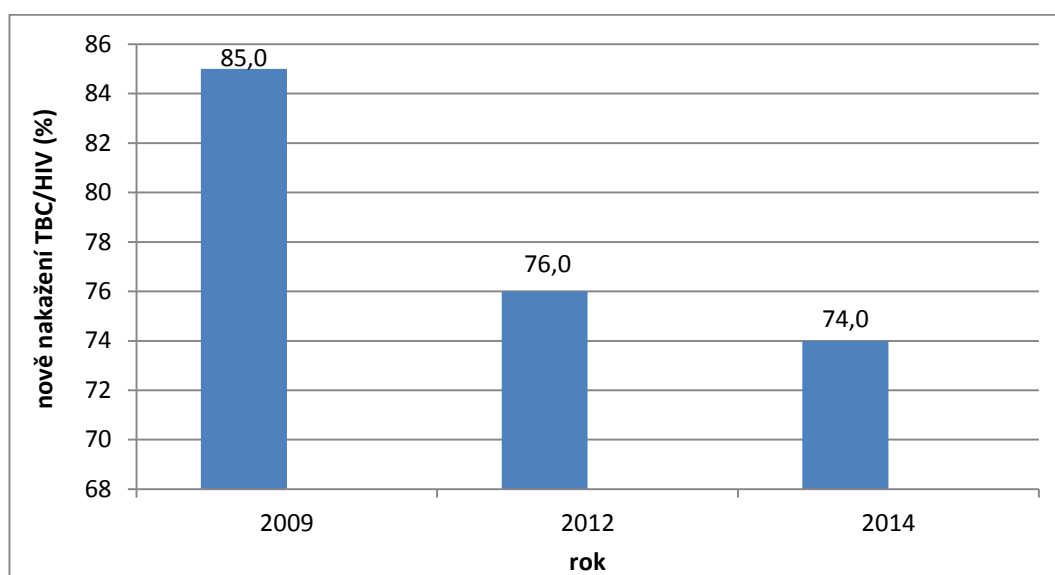
Přestože je stigmatizace a diskriminace na ústupu, jsou lidé s HIV i nadále vystavováni následujícím druhům stigmatu: 41 % pomluvy, 27 % urážky, ohrožení, 16 % vyloučení ze společenských shromáždění, fyzické týrání 15 % (MOH, 2015).

Ve společnosti také zůstává i jistá míra tolerance násilí vyplývajícího z genderové nerovnosti. Ženy jsou učeny akceptovat násilí – věří, že násilí mezi mužem a ženou je čistě soukromá záležitost, do které nemají druzí co mluvit (Khobotlo, 2009). Například 27 % žen a 34 % mužů věří, že je manžel oprávněn bít svou ženu, pokud s ním ona nesouhlasí. Pokud žena odmítá sex, 26 % mužů věří, že je správné ji neposkytnout finanční odměnu, a 16 %, že je ospravedlnitelné použít sílu k vynucení sexuálního styku (Miller, 2014).

Snahou zvrátit tyto genderové rozdíly je například *National Action Plan for Women, Girls and HIV and AIDS 2012–2016*. Všichni partneři působící na tomto poli se snaží intenzifikovat jejich úsilí především na komunitní úrovni (LBS, 2011).

V zemi je také významným zdravotním problémem tuberkulóza, která se v mnoha ohledech propojuje s HIV. Až tři čtvrtiny pacientů s tuberkulózou je zároveň nakaženo HIV/AIDS. Tuberkulóza je tak jednou z hlavních oportunistických onemocnění lidí s HIV v Lesothu. (NAPSAR 2014; MOH 2015). Graf č. 28 udává klesající trend míry koinfekce TBC/HIV z 85 % v roce 2009 na 74 % v roce 2014. UNAIDS (2015) udává pro rok 2013 míru 79 %.

Graf č. 28: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v Lesothu



zdroj: MOH, 2015

Z hlediska preventivních opatření probíhá například distribuce kondomů vládou s pomocí UNFPA v zemi zdarma. Jejich dostupnost ve městech je 69 %, ale pouze 33 % na venkově a jejich používání při pohlavním styku se také stále ještě nestalo samozřejmostí (Miller, 2014). Kondomům jako preventivním opatřením brání společenské normy, v nichž mohou kondomy znamenat nedostatek důvěry nebo známku nevěry (LBS, 2011). LDHS (2014) *Key indicator* odhaluje, že 92 % žen a 88 % mužů ví, že pravidelné používání kondomů při pohlavním styku je způsobem prevence proti HIV/AIDS (MOH, 2015).

Hlavním koordinátorem boje s HIV/AIDS v Lesothu je místní vláda. V roce 2012 byla totiž v zemi pozastavena činnost *National AIDS Commission* (NAC), kterou v současné době čeká restrukturalizace a znovu obnovení činnosti. V roce 2011 byl publikován *New National HIV and AIDS Strategic Plan 2011–2015* a v rámci něj vydána *National Multi-sectoral HIV and AIDS Response Strategy*, podle níž jsou organizovány veškeré programy zaměřující se na problematiku této nemoci (LBS, 2011).

Země dostává významnou podporu od svých rozvojových partnerů, jako je *UN Joint Country Team*, *Global Fund*, PEPFAR, WB, EU aj... (LBS, 2011). V roce 2014/2015 bylo na boj s HIV/AIDS v Lesothu vyčleněno 97 milionů amerických dolarů, z toho vláda přispívá asi 26 % (MOH, 2015).

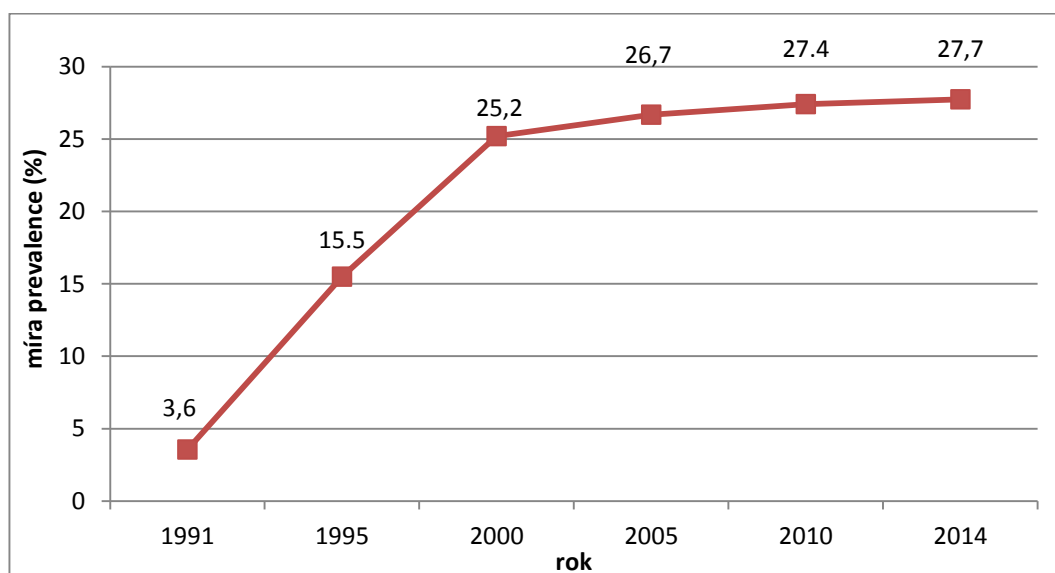
4.4 Trendy a dopady HIV/AIDS ve Svazijsku

Svazijsko je stejně jako Lesotho vnitrozemské království obklopené ze všech stran Jihoafrickou republikou. Podle ekonomické rozvinutosti patří mezi země s nižšími středními příjmy (*Lower Middle Income Countries*) (WB, 2015). V rámci lidského rozvoje se jedná o stát s nízkým lidským rozvojem *Low Human Development* (UNDP, 2014).

Celkovou populaci odhaduje WB (2015) na 1 296 000. Počet lidí, kteří trpí nemocí HIV/AIDS, je podle UNAIDS (2015) 210 000. Z toho je asi 200 000 dospělých a 10 000 dětí.

První případ HIV/AIDS byl v zemi oficiálně zaznamenán v roce 1986. V současné době dosahuje míra prevalence HIV/AIDS nejvyšších hodnot na světě, kdy je jeden ze čtyř dospělých nakažen virem HIV/AIDS (NAPSAR, 2014). Celková míra prevalence HIV/AIDS v zemi u dospělé populace mezi 15–49 lety tak dosahuje hodnoty až 26 % (NERCHA, 2014). UNAIDS (2015) uvádí pro rok 2014 stav prevalence HIV/AIDS dokonce 27,7 %. Celkový vývoj prevalence od roku 1991 do roku 2014 zachycuje Graf č. 29. Podobně jako u ostatních zemí je patrný výrazný vzestup prevalence v 90. letech a od roku 2005 její postupná stabilizace.

Graf č. 29: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS ve Svazijsku

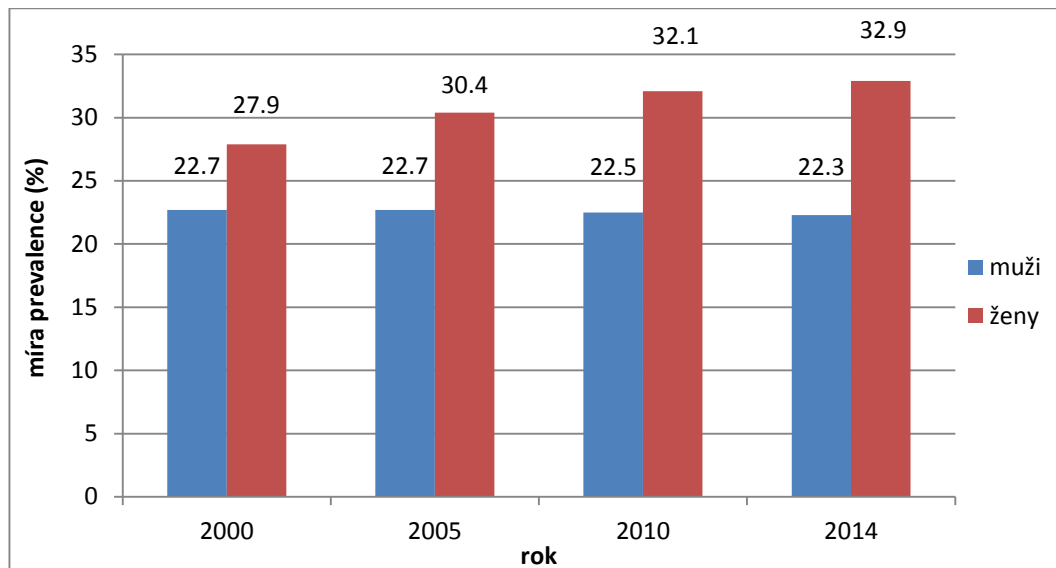


zdroj: UNAIDS, 2015

Ženy jsou tak jako v ostatních zemích postiženy nemocí HIV/AIDS výrazněji více než muži. Míra prevalence HIV/AIDS u žen se v roce 2014 pohybovala kolem 30 %, zatímco u mužů kolem 20 % (NERCHA, 2014).

UNAIDS (2015) uvádí míru prevalence 32,9 % u žen a 22,3 % u mužů. Převládající míra prevalence u žen nad muži od roku 2000 je zachycena na Grafu č. 30.

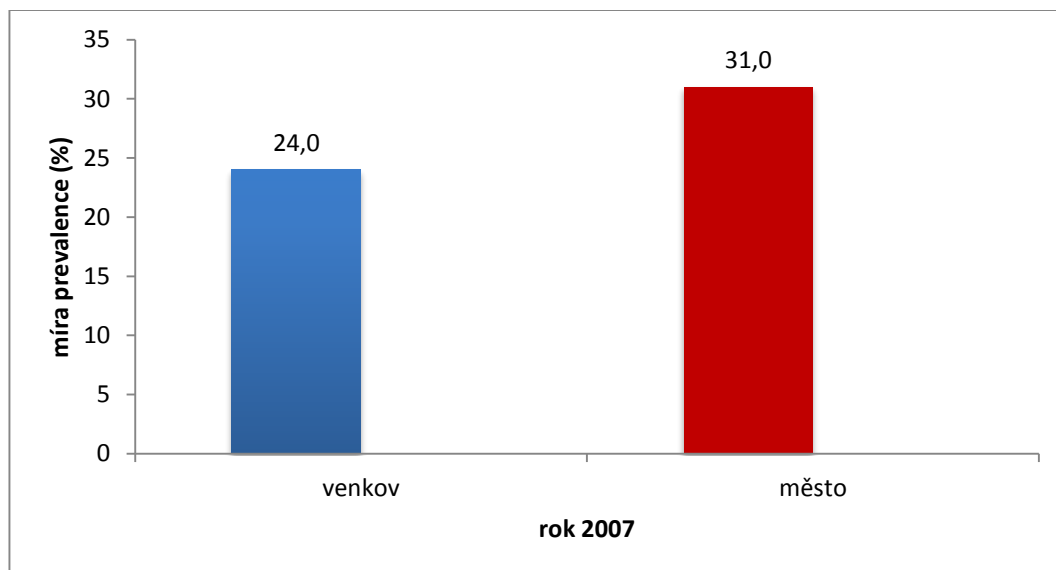
Graf č. 30: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS ve Svazijsku (muži X ženy)



zdroj: UNAIDS, 2015

I ve Svazijsku je vyšší míra prevalence HIV/AIDS ve městech (31 %) než na venkově (24 %). Graf č. 31 znázorňuje tento stav.

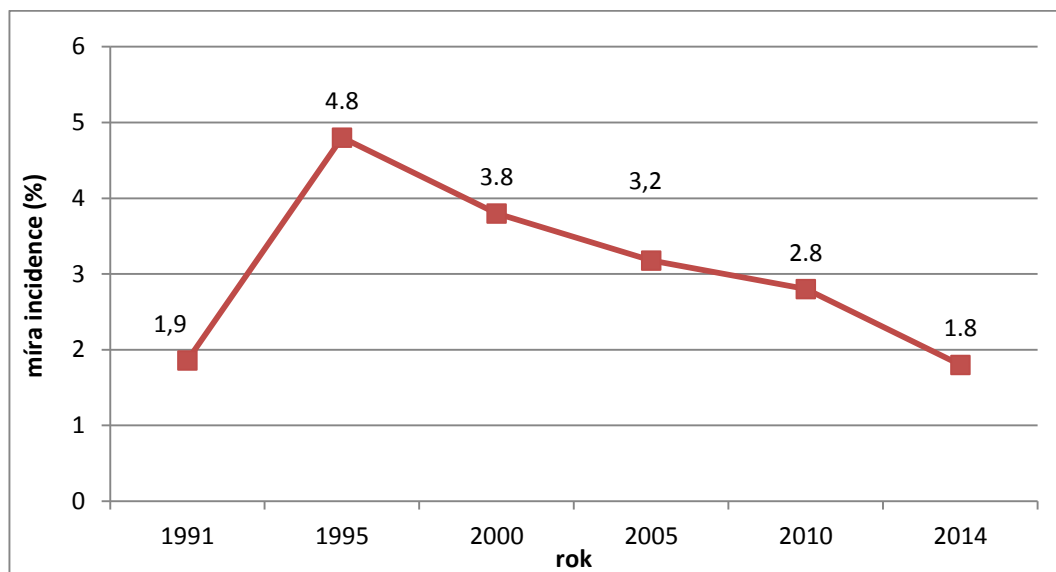
Graf č. 31: Míra prevalence HIV/AIDS ve Svazijsku (venkov X město)



zdroj: SDHS, 2007

Míra incidence mezi 18–49 lety v roce 2010 činila 2,38 %. U žen byla nejvyšší ve věkové kategorii od 20–24 let 4,2 % a u mužů v kategorii 30–34 let 3,12 % (NERCHA, 2014). Podle odhadu UNAIDS (2015) v roce 2015 byla míra incidence 1,8 %. Incidence HIV/AIDS vrcholila v roce 1995 mírou 4,8 %. Následně došlo k jejímu snižování až na současnou hodnotu 1,8 %. Tento vývoj je zachycen v Grafu č. 32.

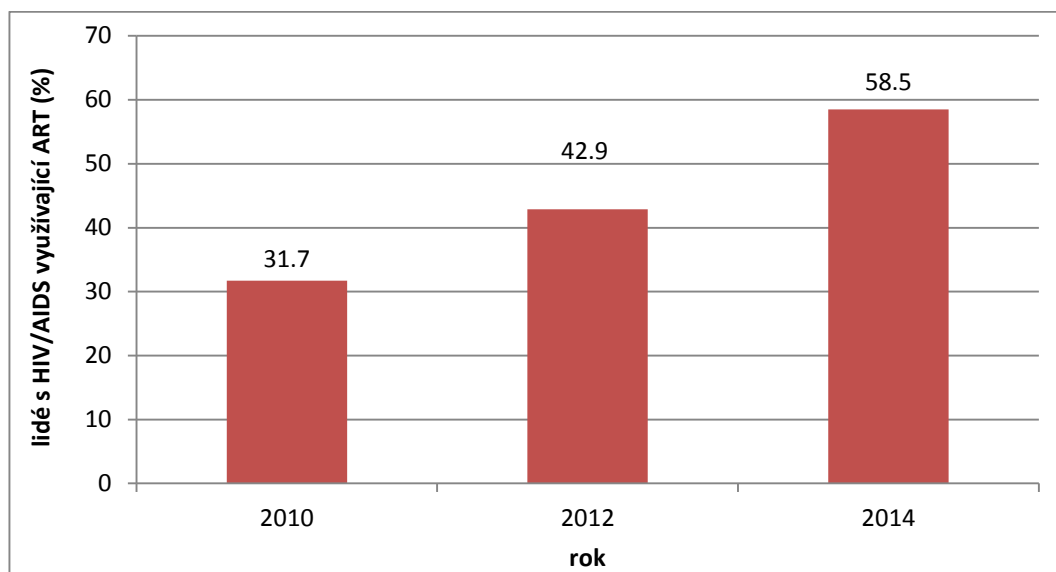
Graf č. 32: Vývoj míry incidence HIV/AIDS ve Svazijsku



zdroj: UNAIDS, 2014

Data UNAIDS (2015) udávají míru využití antiretrovirové léčby lidmi s HIV/AIDS v roce 2014 na úrovni 58,5 %. Dostupnost antiretrovirové terapie je znázorněna v Grafu č. 33. V něm můžeme také pozorovat rostoucí tendenci využití antiretrovirové léčby v zemi z 31,7 % v roce 2010 na 58,5 % v roce 2014.

Graf č. 33: Procento lidí s HIV/AIDS, kteří využívají ART ve Svazijsku

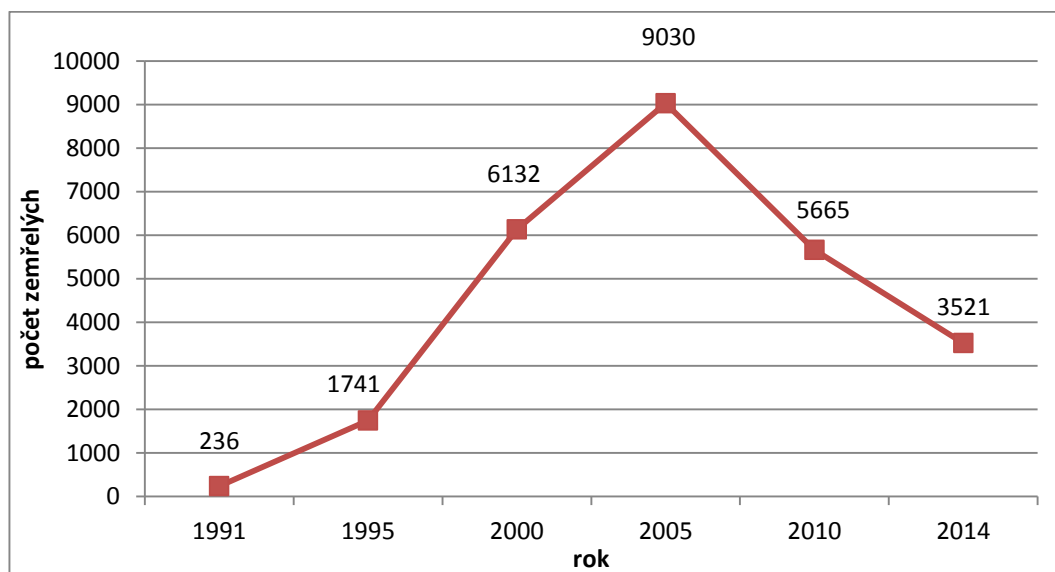


zdroj: UNAIDS, 2015

Zdravotní systém se skládá z formální a neformální oblasti. Neformální sektor představují tradiční lékaři nebo šamani. Profesionální zdravotnictví je založeno na západní medicíně a skládá se z veřejného a soukromého sektoru. Poskytovateli zdravotní péče jsou vláda, náboženské organizace, soukromí lékaři (MOHSW, nedatováno). Hlavními hráči v boji proti HIV v zemi jsou *National Emergency Response Council for HIV and AIDS* (NERCHA), Ministerstvo zdravotnictví a civilní sektor (NERCHA, 2014). Testování na HIV/AIDS je dnes běžné ve všech zdravotnických zařízeních. V roce 2013 bylo testováno 274 719 lidí. (NERCHA, 2014).

Počet úmrtí na následky HIV/AIDS v roce 2014 dosáhl 3 500. Celkový počet osiřelých dětí se pohybuje okolo 56 000 (UNAIDS, 2015). Dle NERCHA (2014) zahrnují sirotci 15 % populace. Očekávaná délka života je pouze 48,7 let (NAPSAR, 2014). Vývoj počtu úmrtí v souvislosti s HIV/AIDS je vyobrazen na Grafu č. 34. V roce 2005 následkům této nemoci podlehl 9 030 lidí, což bylo nejvíce za celou historii. Od této doby se úmrtnost související s HIV/AIDS daří rok od roku snižovat.

Graf č. 34: Počet úmrtí v souvislosti s HIV/AIDS ve Svazijsku



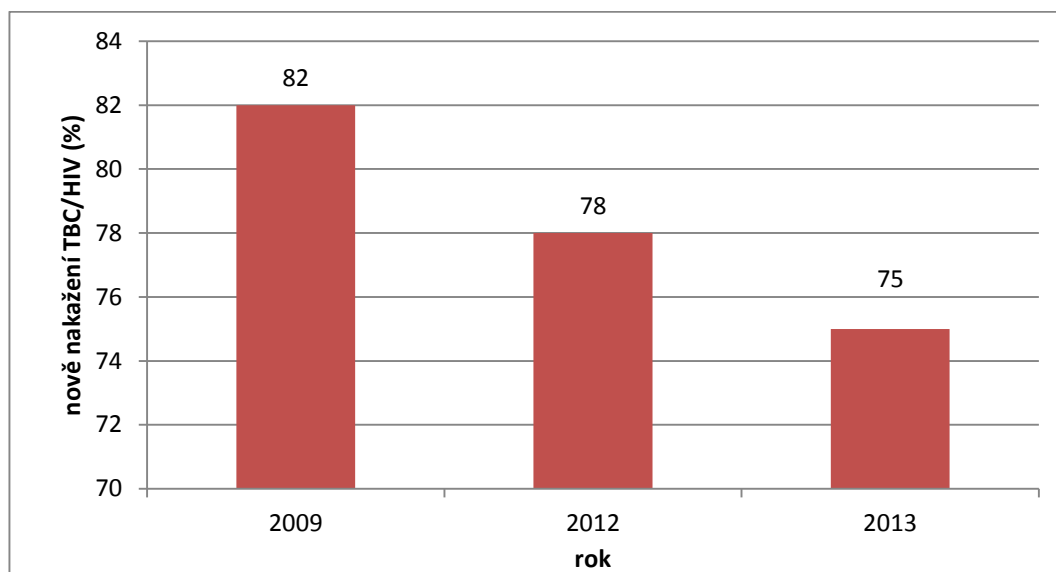
zdroj: UNAIDS, 2015

Hlavním činitelem přenosu HIV/AIDS je heterosexuální pohlavní styk, kterým je nakaženo 94 % všech nově infikovaných. Mezi nejčastější rizikové faktory patří vícenásobné a souběžné střídání sexuálních partnerů, mezigenerační sex, sex za peníze (prostituce – až 70 % žen od 15 do 49 let, které se považují za poskytovatelky sexuálních služeb, je HIV pozitivních), genderové nerovnosti, nízké a nepravidelné používání kondomů (NERCHA, 2014).

Mezi rizikové skupiny patří především MSM (*men sex with men*), u nichž je prevalence 17,7 %, sexuální pracovníci s prevalencí 70,3 %. Epidemie je poměrně rovnoměrně rozšířena ve všech 4 regionech země (NERCHA, 2014).

Země čelí dvojité epidemii TBC a HIV, v níž 80 % nositelů TBC je také koinfikováno HIV. Programy na zmírnění těchto vzájemných dopadů odstartovaly v roce 2007. V roce 2012 již 90 % pacientů s TBC bylo také testováno na HIV a přes 60 % bylo léčeno, čímž došlo ke snížení úmrtnosti z 18 % na 9 % (NERCHA, 2014). O historii koinfikace TBC/HIV pojednává Graf č. 35. Podle UNAIDS (2015) bylo v roce 2005 HIV koinfikováno 81 % lidí, v roce 2010 to bylo 83 % lidí a v roce 2013 75 %. Můžeme tak sledovat nejprve rostoucí a následně klesající trend koinfikace.

Graf č. 35: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV ve Svazijsku



zdroj: UNAIDS, 2015

V rámci problematiky stigmatizace a diskriminace lidí žijících s HIV/AIDS převládá především internalizované stigma (NERCHA, 2014). *Stigma index report* (2011) přichází s výsledky internalizovaného stigmatu: 26 % lidí s HIV, cítí pocitu viny, 45 % nechce mít děti, 22 % odmítá sex (NERCHA, 2014).

Svazijsko je typicky patriarchální společnost, a tak jako v ostatních zemích regionu se i zde setkáváme s genderovou nerovností a násilím v socio-kulturním, ekonomickém či polickém prostředí (NERCHA, 2014). Epidemie je zde poháněna především chudobou, nezaměstnaností, vysokým podílem migrující populace, náboženskými omezeními, tradicemi a pověrami o kondomech (NAPSAR, 2014).

Od roku 2014 v zemi odstartoval tzv. *Extended National Strategic Framework (2014–2018)*, který se zaměřuje především na nejvíce zasažené populace nemocí HIV/AIDS a geografické oblasti, ze kterých pochází nejvíce nakažených touto nemocí. NERCHA s podporou svazijské vlády a ministerstva zdravotnictví je hlavním organizátorem preventivních programů. V celkových částkách dostává Svazijsko na boj s HIV/AIDS 63 776 000 USD od mezinárodních partnerů, 33 155 000 USD pak přispívá samo (NERCHA, 2014).

Shrnutí čtvrté kapitoly

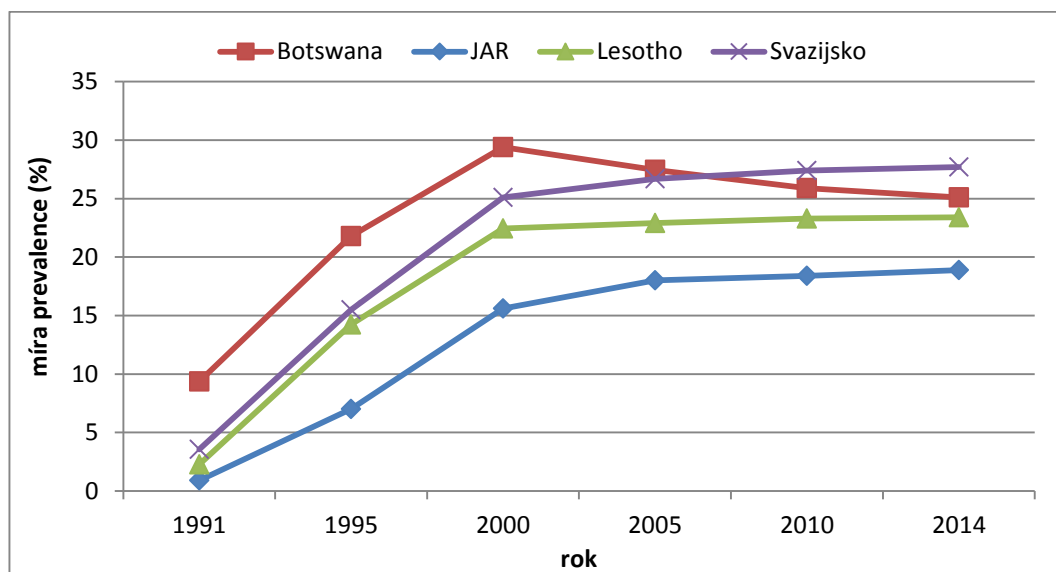
Závěrečná kapitola se zabývá jednotlivými charakteristikami HIV/AIDS ve vybraných státech regionu jižní Afriky, kterými jsou: Botswana, JAR, Lesotho a Svazijsko.

Analyzována jsou základní fakta a trendy vývoje týkající se HIV/AIDS v jednotlivých zemích regionu. Postupně se věnují počtu nakažených, míře prevalence u dospělé populace, srovnání prevalence mezi muži a ženami, porovnáním prevalence mezi venkovem a městem, dále pak míře pokrytí antiretrovirové léčby, systému zdravotnictví, míře incidence, počtu úmrtí souvisejících s HIV/AIDS, rizikovým skupinám, způsobům přenosu, koinfikovanosti tuberkulózy s HIV/AIDS, stigmatu, financování a postoji vlády a vládní politiky k problému.

Svazijsko je s hodnotou 26–27,7 % státem s nejvyšší mírou prevalence HIV/AIDS jak v rámci jihoafrického regionu, tak i z globální perspektivy. V Botswaně se míra prevalence HIV/AIDS odhaduje na 18,5 až 25 %. V Lesothu je míra prevalence 23,4 % a v JAR se pohybuje mezi 16,6 až 18,9 %. Graf č. 36 ukazuje srovnání vývoje míry prevalence HIV/AIDS ve zkoumaných zemích. V Botswaně vrcholila míra prevalence nemoci HIV/AIDS v roce 2000 a od této doby klesá. V JAR, Lesothu a Svazijsku se prevalence relativně ustálila v roce 2005. Od tohoto roku se jen nepatrně zvyšuje. Prevalence se také snižuje zejména u mladší populace a u starší mírně narůstá. Ve všech státech je míra prevalence HIV/AIDS vyšší u žen než u mužů.

V absolutních číslech žije nejvíce lidí s HIV/AIDS, cca 6 800 000 v Jihoafrické republice. V Botswaně je počet nakažených asi 392 000, v Lesothu 315 000 a ve Svazijsku 214 000.

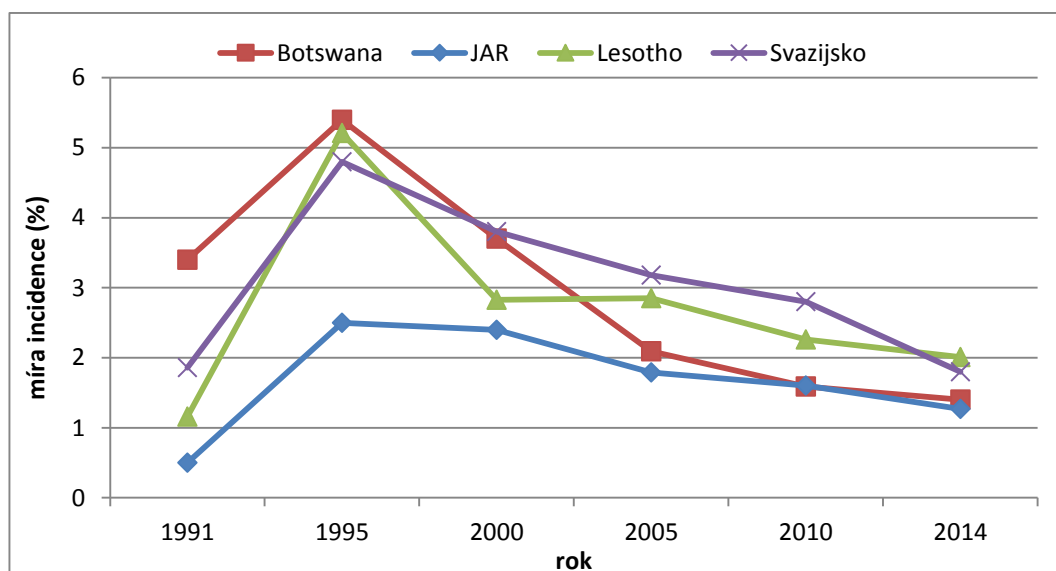
Graf č. 36: Vývoj míry prevalence v Botswaně, JAR, Lesothu a Svazijsku



zdroj: UNAIDS, 2015

Státem s nejvyšší mírou incidence HIV/AIDS (2,01 %) je Lesotho. Následuje jej Svazijsko s 1,8 %, Botswana s 1,4 % a JAR s 1,27 %. Vývoj incidence ve všech čtyř zemích za období od roku 1991 do 2014 je znázorněn v Grafu č. 37. U všech států dosahovala incidence svého maxima v roce 1995. Míra incidence se od této doby každým rokem snižuje.

Graf č. 37: Vývoj míry incidence v Botswaně, JAR, Lesothu a Svazijsku



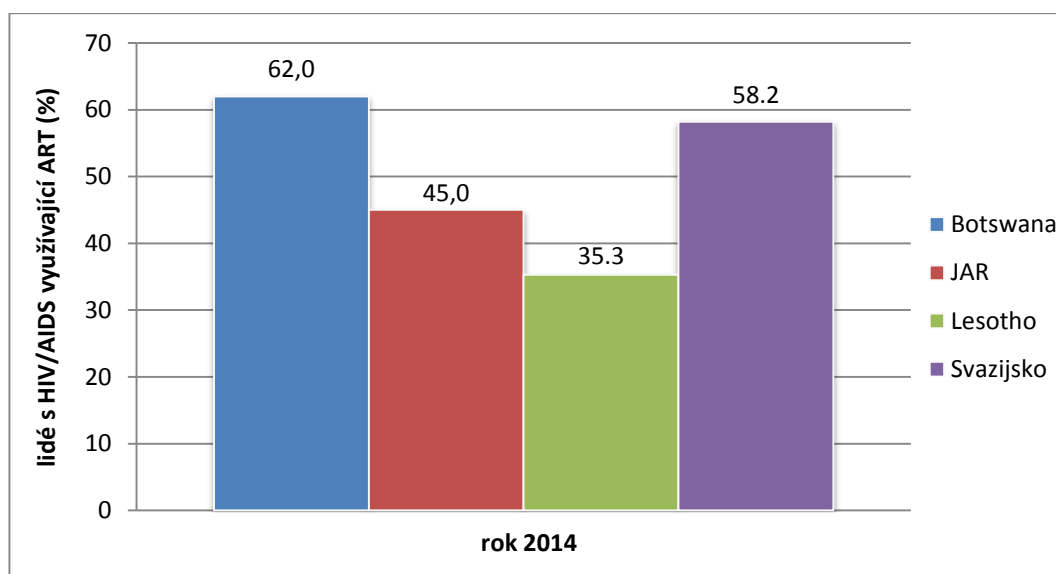
zdroj: UNAIDS, 2015

Procentuálně využívá antiretrovirovou léčbu nejvíce lidí s HIV/AIDS v Botswaně, a to 62 %. Nejhůře si v tomto ohledu stojí Lesotho s pokrytím antiretrovirové terapie

na úrovni pouhých 35 %. Ve Svazijsku je pokrytí ART 58,5 % a v JAR cca 45 %. Graf č. 38 znázorňuje procentuální využití antiretrovirové léčby u lidí žijících s HIV/AIDS v těchto zemích.

Z pohledu zdravotní péče je na tom nejlépe z hlediska profesionality a dostupnosti antiretrovirové léčby Botswana. Ta jako jediná země regionu také poskytuje antiretrovirovou terapii zdarma. JAR a Lesotho jsou zeměmi s nejnižším využitím ART u lidí trpících HIV v této oblasti.

Graf č. 38: Procento lidí s HIV/AIDS využívajících ART v roce 2014

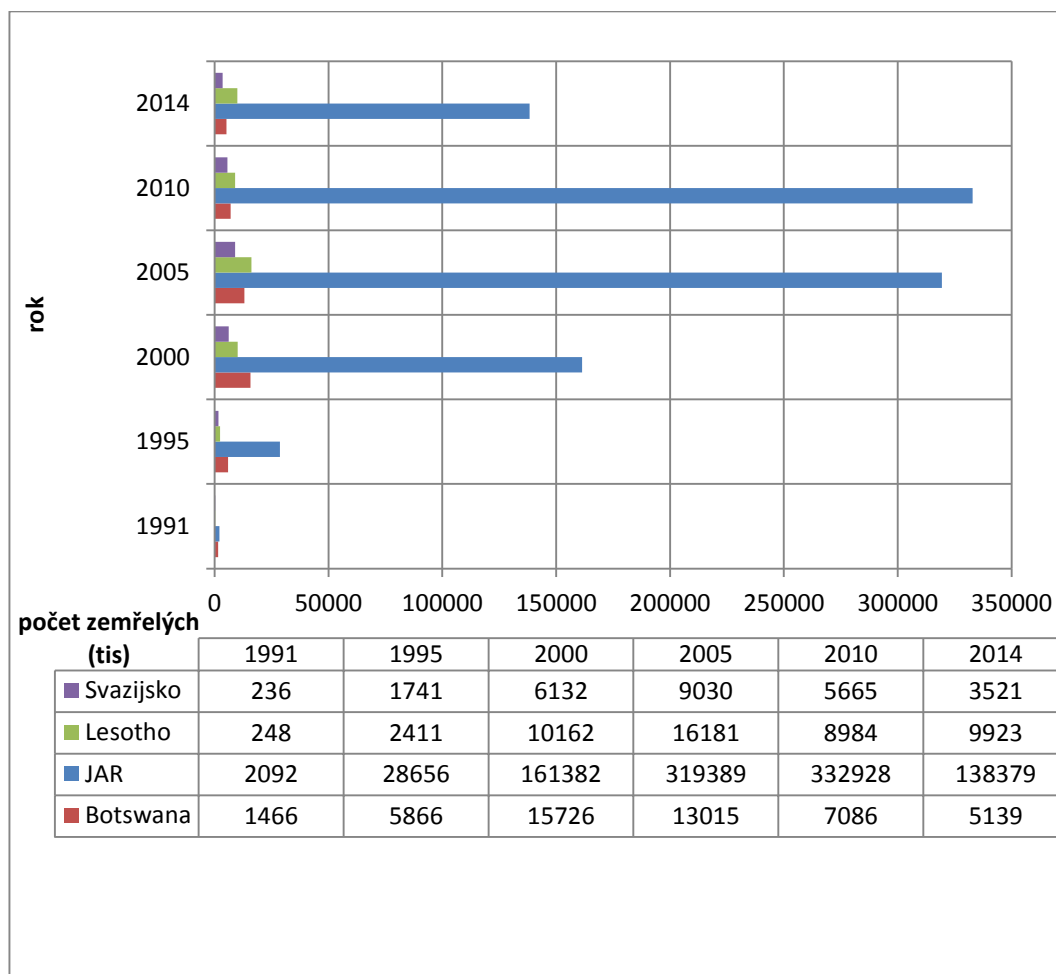


zdroj: UNAIDS, 2015

Obecně se pak zdravotnictví těchto čtyř zemí potýká s nedostatkem antiretrovirových léků, správným dodržováním léčby nebo kvalitou a dostupností zdravotních služeb. V rámci přístupu ke zdravotním službám hraje roli především socio-ekonomický status pacienta, genderový status a geografická lokalita.

Vývoj počtu úmrtí ve všech čtyřech zemích je znázorněn v Grafu č. 39. JAR je státem s nejvyšším počtem HIV nakažených na světě, což se promítá i do počtu zemřelých na následky této nemoci. U případu Jihoafrické republiky je jasně patrný trend nárůstu počtu zemřelých v důsledku HIV/AIDS od roku 1991 do roku 2010. Kvůli této nemoci v roce 2010 zemřelo 332 928 obyvatel. Od této doby došlo k poměrně rapidnímu zvrácení tohoto trendu a počet zemřelých v důsledku HIV/AIDS se podařilo redukovat na cca 140 000 za rok 2014. U ostatních zemí se počty zemřelých pohybují v jednotkách tisíců: Botswana cca 5 000, Lesotho asi 9 000 a Svazijsko kolem 3 500.

Graf č. 39: Vývoj počtu úmrtí v souvislosti s HIV/AIDS v Botswaně, JAR, Lesothu a Svazijsku



zdroj: UNAIDS, 2015

Některé skupiny populace jsou v jihoafrickém regionu ovlivněny nemocí více než jiné. Nejvíce ohroženými skupinami jihoafrických států jsou především marginalizovaní obyvatelé, čelící určité formě stigmatizace a diskriminace, kteří mají zároveň omezený přístup k službám.

Dle poznatků ze čtvrté kapitoly patří mezi nejvíce ohrožené skupiny především prostitutky, MSM (*men sex with men*), transsexuálové, obyvatelé měst, lidé žijící nebo pracující v blízkosti hlavních cest, migrující a pracující obyvatelstvo, nevzdělaná populace a neobřezaní muži. Z hlediska pohlaví jsou nejhůře zasaženy ženy od 15 do 30 let a muži od 40 do 50 let. Nejvýznamněji postiženými hospodářskými sektory jsou těžba a zemědělství.

Nižší míra prevalence HIV/AIDS se vyskytuje na venkově, mezi vzdělanějšími vrstvami obyvatel a mezi nepracujícími. V rámci pohlaví je nižší míra prevalence u mužů od 15 do 30 let a u žen od 40 do 50 let.

Údaje o nitrožilních uživatelích drog, kteří v ostatních částech světa patří mezi populace nejvíce zasažené nemocí HIV/AIDS, nejsou v jihoafrickém regionu příliš dostupné. Zdroje uvádějí nedostatečný monitoring a sledování těchto skupin obyvatel.

Za hlavní příčiny přenosu HIV/AIDS v jihoafrickém regionu můžeme označit tyto faktory:

A) Faktory vztahující se k chování

- několik souběžných sexuálních vztahů
- neadekvátní testování na HIV/AIDS a neznalost svého HIV statusu
- nedostatečné používání kondomů mezi všemi vrstvami populace
- malý pokrok ve změně chování v sexuálních vztazích u mladé populace
- vysoká míra užívání alkoholu (užívání alkoholu často předchází rizikové sexuální aktivitě)
- nízká ochota k dobrovolné mužské obřízce

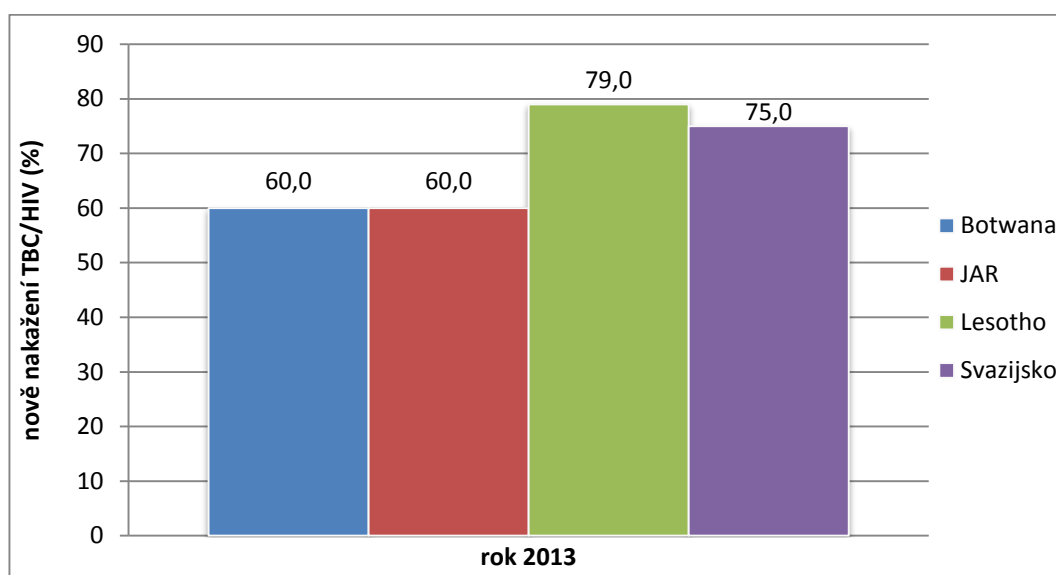
B) Strukturální determinanty přenosu HIV/AIDS

- společenské a kulturní faktory (tradiční medicínské praktiky) negativně působící na ženy a dívky
- chudoba a nedostatek potravin
- překážky k přístupu ke zdravotním službám

Ačkoli problém HIV/AIDS v těchto zemích přetrvává již dlouhou dobu, přesto se stále lidé s HIV setkávají s určitou formou stigmatizace a diskriminace. Nejčastěji se jedná o pomluvy, urážky, ale existují i fyzická napadení. Setkáváme se také s genderově motivovaným násilím vůči ženám.

Pro jihoafrický region je typická i vysoká míra koinfekce tuberkulózy s HIV/AIDS. Riziko rozvoje z latentní do aktivní fáze tuberkulózy je významně vyšší u lidí trpících HIV/AIDS. Zároveň se také zvyšuje závažnost TBC a riziko přenosu na ostatní. TBC/HIV koinfekce také podkopává úspěchy antiretrovirové léčby. Graf č. 40 ukazuje míru koinfekce nově nakažených tuberkulózou s HIV/AIDS u zkoumaných zemí v roce 2013. Trend koinfekce TBC/HIV má v posledních 5 letech klesající tendenci.

Graf č. 40: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v roce 2013



zdroj: UNAIDS, 2015

Vlády všech států mají zájem o řešení této zásadní zdravotní problematiky. V každé zemi je připraven určitý plán a několik programů zaměřujících se na komplexní problematiku HIV/AIDS, které se u všech zkoumaných států snaží řešit prakticky totožné oblasti – prevenci, přenos z matky na dítě, rizikové skupiny, dostupnost antiretrovirové léčby, genderové problémy aj. Tyto programy a strategie jsou koordinovány specializovanými agenturami zabývajícími se širokou škálou činností vztahujících se k HIV/AIDS – např. monitoring nemoci, prevence, financování, poskytování služeb aj. V Botswaně je to organizace NACA, v JAR SANAC a ve Svazijsku NERCHA. V jediném Lesothu plní tuto roli pouze vláda. Činnost organizace NAC, která byla dříve hlavním koordinátorem, byla totiž v roce 2012 pozastavena a momentálně se čeká na její restrukturalizaci a znovu obnovení činnosti. V oblasti také operují mezinárodní instituce typu UNAIDS, PEPFAR nebo USAID, které přispívají jak po stránce finanční, tak po stránce profesionální pomoci.

Ve většině případů je politika boje s HIV/AIDS financována kombinovaně vládou dané země a mezinárodními donory. Ve všech případech přispívá vyšším procentem postižená země a ostatní zdroje putují z mezinárodních organizací.

Největšími výzvami v budoucím boji s nemocí je v regionu zejména genderová problematika, zaměření na nejzranitelnější skupiny (prostituce, MSM) a otázky financování. Důležité jsou také legislativní změny týkající se ohrožených skupin. Například kriminalizace sexuálních pracovníků prohlubuje negativní postoje společnosti, stigma a diskriminaci

a marginalizaci, kvůli kterým mají tyto skupiny obtížnější přístup ke službám, a stávají se tak náchylnějšími k infekci touto nemocí.

Tabulka č. 4 na závěr shrnuje základní aspekty a ukazatele nemoci HIV/AIDS v jednotlivých zemích.

Tabulka č. 4: Souhrnný přehled vybraných aspektů HIV/AIDS v jednotlivých zemích v roce 2014

Stát	Počet obyvatel (mil)	Prevalence (%)	Lidé s HIV/AIDS (tis)	Incidence (%)	Úmrtí (tis)	ART (%)
Botswana	2	18,5–25 (Ž: 20,8) (M: 15,6)	392	1,35	5	62
JAR	54	16,6–18,9 (Ž: 22,9) (M: 15,1)	6 830	1,27	140	45
Lesotho	2	23,4 (Ž: 27,4) (M: 19,6)	315	2,01	9	35
Svazijsko	1,2	26–27,7 (Ž: 32,9) (M: 22,3)	214	1,8	3,5	58,5

zdroj: Central Statistics Office 2014; SSA 2015; LBS 2015; WB 2015; UNAIDS 2015

Závěr

V mé diplomové práci jsem se zabýval aktuálními trendy vývoje a dopady nemoci HIV/AIDS na socioekonomický rozvoj vybraných zemí regionu jižní Afriky.

V první kapitole byly představeny a definovány základní pojmy související s touto nemocí a analyzovány aktuální světové trendy a přístupy k nemoci HIV/AIDS. Jsou zde popsána vývojová stádia HIV/AIDS (přenos viru ze zvířete na člověka, stadium pandemie nemoci a současný trend klesající incidence a mortality), vysvětleny pojmy HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) a AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Dále jsou zmíněny tři způsoby přenosu viru HIV (pohlavním stykem, krevní cestou a přenos viru z matky na dítě), popsán průběh nemoci a její čtyři fáze (primární infekce, asymptomatická latentní fáze, symptomatická fáze a konečné stádium AIDS), léčba a prevence nemoci.

V průběhu první kapitoly pracuji také s aktuálními statistickými daty, která se zabývají globálními trendy nemoci HIV/AIDS. Představuji zde světový vývoj míry prevalence, incidence nebo mortality v důsledku HIV/AIDS. Přináším také obecný přehled o stavu nemocnosti v jednotlivých regionech a zmiňuji základní specifika nemoci v nich. Subsaharská Afrika a její jižní část jsou dle těchto statistik nejvíce postiženou oblastí světa.

Závěrem první kapitoly je vymezen region jižní Afriky a státy Botswana, Jihoafrická republika, Lesotho a Svazijsko, které jsou předmětem mého zkoumání.

V navazující kapitole řeším teoretický vztah mezi HIV/AIDS a rozvojem. Jsou zde definovány pojmy rozvoj a ekonomický růst a analyzován vliv a dopady nemoci na různé sféry společnosti. V rámci ekonomického rozvoje nemoc negativně působí na fyzický, lidský i sociální kapitál a snižuje produktivitu pracovníků. HIV/AIDS způsobuje rostoucí náklady v soukromém i veřejném sektoru. Z hlediska domácností je nemoc nežádoucím činitelem snižujícím jejich příjmy a zvyšujícím náklady.

HIV/AIDS je v této kapitole také představena v konceptu Rozvojových cílů tisíciletí, do níž spadá boj s HIV/AIDS pod Šestý rozvojový cíl. Dopady HIV/AIDS se ale promítají i do naplňování ostatních rozvojových cílů, jako jsou například eradikace chudoby, přístup ke vzdělání nebo genderová rovnost.

Na konci druhé kapitoly je řešena problematika stigmatizace a diskriminace lidí trpících touto chorobou. Je zde definován pojem HIV stigma a jsou diskutovány jeho příčiny a vliv na nakaženého HIV i jeho okolí.

Třetí kapitola analyzuje dopady HIV/AIDS v regionu sub-saharské Afriky, kde se nachází přes 70 % všech nakažených HIV/AIDS. Jsou zde vymezeny konkrétní dopady HIV/AIDS, které jsou blíže zkoumány. Kromě HIV/AIDS trpí sub-saharská Afrika také dalšími závažnými problémy, jako jsou například chudoba, konflikty nebo genderová nerovnost.

Nemoc HIV/AIDS se v sub-saharské Africe v prvních fázích projevovala zejména u městských bohatších obyvatel. K masivnímu rozšíření HIV/AIDS v tomto regionu došlo v průběhu 90. let a nejmarkantnější nárůst nastal v jihoafrické oblasti. Majoritním způsobem přenosu zde je heterosexuální pohlavní styk.

V této kapitole je také popsán vztah africké kultury a nemoci HIV/AIDS. Jsou zde představena základní fakta (léčitelství), tradice (víra v nadpřirozené síly) a hodnoty, které se prolínají napříč sub-saharskou Afrikou a které určitým způsobem ovlivňují vztah africké společnosti k nemoci HIV/AIDS. Ve většině společností zastává žena podřízenou roli a sexuální styk je chápán jako dominanta mužů.

Postupně je hlouběji diskutován vliv epidemie na HDP, produktivitu populace, vztah s modernizací (zvýšená mobilita populace, nárůst městského obyvatelstva), chudobou (*downstream* a *upstream* efekt), zdravotními systémy (růst počtu pacientů a nákladů), vzděláním (snížování počtu učitelů, žáků, klesající kvalita výuky), genderem (58 % HIV pozitivních v subsaharské Africe jsou ženy) a dopadem na domácnosti (růst výdajů na léčbu, snížení příjmů).

Vzdělanější populace mají lepší přístup ke službám a prevenci, zatímco méně vzdělaní jsou chudší, žijí v marginalizovaných oblastech a jejich přístup ke službám či preventivním opatřením je horší.

Pokles příjmu a růst výdajů na léčbu u mnohých domácností způsobuje nestabilitu, některé jsou ohroženy chudobou. HIV/AIDS ovlivňuje také celkové vztahy v rodině. Děti v mnohých případech opouštějí vzdělávací systém a starají se o rodiče, stávají se sirotky nebo jsou samy postiženy touto nemocí.

Závěrečná čtvrtá kapitola se zabývá jednotlivými charakteristikami HIV/AIDS ve vybraných státech regionu jižní Afriky, kterými jsou: Botswana, JAR, Lesotho a Svazijsko.

V této části porovnávám a zkoumám fakta a trendy o HIV/AIDS v jednotlivých zemích. Konkrétně se jedná o vývoj počtu nakažených, míru prevalence u dospělé populace, prevalenci mezi muži a ženami, mezi venkovem a městem, dále pak míru pokrytí antiretrovirové léčby, systém zdravotnictví, míru incidence, počet úmrtí souvisejících

s HIV/AIDS, rizikové skupiny, způsoby přenosu HIV, koinfikovanost tuberkulózy s HIV, stigma, financování a postoj vládní politiky.

Státem s nejvyšší mírou prevalence (26–27,7 %) je Svazijsko. V Botswaně udávají různé zdroje míru prevalence v rozmezí 18,5 až 25 %. V Lesothu je míra prevalence 23,4 % a v JAR se pohybuje mezi 16,6 až 18,9 %. Ve všech zemích vrcholila prevalence mezi lety 2000 až 2005 a od této doby se pouze s minimálními nárůsty v jednotlivých letech relativně stabilizovala. Prevalence se také snižuje zejména u mladé generace, zatímco u starší se efektem setrvačnosti a antiretrovirové terapii, která prodlužuje životy lidí trpících touto nemocí, mírně narůstá. Ve všech státech je míra prevalence HIV/AIDS vyšší u žen než u mužů. V rámci rozdělení venkov X město je vyšší prevalence mezi obyvateli měst.

Z pohledu absolutních hodnot žije nejvíce lidí s HIV/AIDS, cca 6 800 000 v Jihoafrické republice. V Botswaně je počet nakažených asi 392 000, v Lesothu 315 000 a ve Svazijsku 214 000.

Nejvyšší míra incidence HIV/AIDS 2,01 % se vyskytuje v Lesothu. Následuje jej Svazijsko s 1,8 %, Botswana s 1,4 % a JAR s 1,27 %. Od svého vrcholu v 90. letech 20. století je incidence ve všech zemích na ústupu.

Antiretrovirová léčba je lidmi s HIV/AIDS v nejvyšší míře využívána v Botswaně a to v 62 %. Nejhůře si v tomto ohledu stojí Lesotho s využitím antiretrovirové terapie na úrovni pouhých 35 %. Ve Svazijsku se ART léčí 58,5 % a v JAR cca 45 %. Botswana jako jediná poskytuje svým občanům antiretrovirovou léčbu zdarma. Nejhůře si v ohledu využití antiretrovirové léčby stojí JAR a Lesotho.

Státem s nejvyšším počtem zemřelých v důsledku HIV/AIDS je Jihoafrická republika. V roce 2010 zemřelo na následky této nemoci 332 928 obyvatel. Od této doby ale došlo k poměrně rapidnímu zvrácení tohoto trendu a počet zemřelých v důsledku HIV/AIDS se v roce 2014 podařilo redukovat na cca 140 000. Botswana prezentuje údaj cca 5 000 zemřelých, Lesotho asi 9 000 a Svazijsko kolem 3 500.

Mezi nejvíce ohrožené skupiny obyvatel v celém jihoafrickém regionu patří prostitutky, MSM (*men sex with men*), obyvatelé měst, lidé žijící nebo pracující v blízkosti hlavních cest, migrující a pracující obyvatelstvo, nevzdělaná populace a neobřezaní muži. Z hlediska pohlaví jsou nejhůře zasaženy ženy od 15 do 30 let a muži od 40 do 50 let. Nejvýznamněji postiženými hospodářskými sektory jsou těžba a zemědělství.

Za hlavní příčiny přenosu HIV/AIDS v jihoafrickém regionu můžeme označit tyto faktory: několik souběžných sexuálních vztahů, neznalost svého HIV statusu, nedostatečné

používání kondomů, vysoká míra užívání alkoholu, dále pak genderovou nerovnost, chudobu a překážky v přístupu ke zdravotním službám.

V jižní Africe je také typická vysoká míra koinfekce tuberkulózy s HIV/AIDS. Trend koinfekce TBC/HIV má v posledních 5 letech ve všech zemích klesající tendenci. Míra nově nakažených TBC a koinfikovaných HIV/AIDS byla v roce 2014 v Botswaně 60 %, v JAR 60 %, v Lesothu 74 % a ve Svazijsku 75 %.

Vlády všech států mají snahu tento problém řešit. V každé zemi kromě Lesotha koordinuje boj s HIV/AIDS specializovaná organizace. V Botswaně je to NACA, v JAR SANAC a ve Svazijsku NERCHA. Tyto agentury pak vytvářejí akční plány zaměřující se na komplexní problematiku HIV/AIDS. V regionu působí také několik specializovaných organizací. V oblasti také působí mezinárodní instituce typu UNAIDS, PEPFAR nebo USAID, které vládám a místním organizacím přispívají po stránce finanční i profesionální pomoci. Boj s HIV/AIDS je financován kombinací zdrojů jednotlivých vlád se zahraničními partnery.

Největšími výzvami v budoucím boji s touto nemocí je v regionu zejména genderová problematika, zaměření preventivních opatření na nejzranitelnější skupiny (prostitute, MSM) a otázky financování. Důležité jsou také legislativní změny týkající se ohrožených skupin.

Seznam tabulek

1. Tabulka č. 1: Počet lidí žijících s HIV/AIDS v jednotlivých regionech světa a počet a podíl lidí s HIV/AIDS, kteří využívají antiretrovirovou terapii (2013)
2. Tabulka č. 2: Počet úmrtí souvisejících s HIV/AIDS v letech 2005 a 2013
3. Tabulka č. 3: Počet nových případů HIV/AIDS v letech 2005 a 2013
- Tabulka č. 4: Souhrnný přehled vybraných aspektů HIV/AIDS v jednotlivých zemích v roce 2014

Seznam grafů

1. Graf č. 1: Procentuální zastoupení lidí žijících s HIV/AIDS, kteří využívají antiretrovirovou terapii, z celkového počtu lidí využívajících ART
2. Graf č. 2: Vývoj celosvětového počtu zemřelých v důsledku HIV/AIDS
3. Graf č. 3: Vývoj míry světové prevalence HIV/AIDS
4. Graf č. 4: Vývoj míry světové incidence HIV/AIDS
5. Graf č. 5: Stav světové mortality v důsledku HIV/AIDS (2013)
6. Graf č. 6: Procento lidí žijících s HIV/AIDS podle jednotlivých regionů (2013)
7. Graf č. 7: Procentuální vyjádření nových případů HIV/AIDS ve světě (2013)
8. Graf č. 8: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Botswaně
9. Graf č. 9: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Botswaně (muži X ženy)
10. Graf č. 10: Míra prevalence HIV/AIDS v Botswaně (venkov X město)
11. Graf č. 11: Procento lidí s HIV/AIDS v Botswaně, kteří využívají ART
12. Graf č. 12: Vývoj míry incidence HIV/AIDS v Botswaně
13. Graf č. 13: Počet úmrtí souvisejících s HIV/AIDS v Botswaně
14. Graf č. 14: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v Botswaně HIV
15. Graf č. 15: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v JAR
16. Graf č. 16: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v JAR (muži X ženy)
17. Graf č. 17: Míra prevalence HIV/AIDS v JAR (venkov X město)
18. Graf č. 18: Procento lidí s HIV/AIDS v JAR, kteří využívají ART v JAR
19. Graf č. 19: Vývoj míry incidence HIV/AIDS v JAR
20. Graf č. 20: Počet úmrtí v JAR v souvislosti s HIV/AIDS
21. Graf č. 21: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v JAR

22. Graf č. 22: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Lesothu
23. Graf č. 23: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS v Lesothu (muži X ženy)
24. Graf č. 24: Míra prevalence HIV/AIDS v Lesothu (venkov X město)
25. Graf č. 25: Procento lidí s HIV/AIDS v Lesothu, kteří využívají ART
26. Graf č. 26: Vývoj míry incidence HIV/AIDS v Lesothu
27. Graf č. 27: Vývoj počtu úmrtí souvisejících s HIV/AIDS v Lesothu
28. Graf č. 28: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v Lesothu
29. Graf č. 29: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS ve Svazijsku
30. Graf č. 30: Vývoj míry prevalence HIV/AIDS ve Svazijsku (muži X ženy)
31. Graf č. 31: Míra prevalence HIV/AIDS ve Svazijsku (venkov X město)
32. Graf č. 31: Vývoj míry incidence HIV/AIDS ve Svazijsku
33. Graf č. 33: Procento lidí s HIV/AIDS, kteří využívají ART ve Svazijsku
34. Graf č. 34: Počet úmrtí v souvislosti s HIV/AIDS ve Svazijsku
35. Graf č. 35: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV ve Svazijsku
36. Graf č. 36: Vývoj míry prevalence v Botswaně, JAR, Lesothu a Svazijsku
37. Graf č. 37: Vývoj míry incidence v Botswaně, JAR, Lesothu a Svazijsku
38. Graf č. 38: Procento lidí s HIV/AIDS využívajících ART v roce 2014
39. Graf č. 39: Vývoj počtu úmrtí v souvislosti s HIV/AIDS v Botswaně, JAR, Lesothu a Svazijsku
40. Graf č. 40: Procento nově nakažených TBC a současně koinfikovaných HIV v roce 2013

Seznam map

1. Mapa č. 1: Státy regionu jižní Afriky s prevalencí HIV/AIDS vyšší než 20 % + JAR (stát s nejvyšším počtem HIV pozitivních v tomto regionu) – státy jsou označeny barevně

Seznam použité literatury

Africa investment research. 2011. Mapa: Afrika. [online]. Dostupné z: <http://www.africair.co/africa-investment-research.php>. [cit. 2015-001-6].

ACHAP (African Comprehensive HIV/AIDS Partnership). 2012. *Annual report 2012*. Gaborone. ACHAP.

Airhihenbuwa, Collins O. Webster, J. DeWitt. 2004. *Culture and African contexts of HIV/AIDS preventiv, care and support*. Vol. 1. No. 1. Journal of social aspects of HIV/AIDS research alliance. Taylor & Francis Group.

AVERT. 2014. *HIV preventiv strategies*. [online]. Dostupné z: <http://www.avert.org/hiv-prevention-strategies.htm>. [cit. 2014-010-18].

AVERT. 2014. *HIV/AIDS Vulnerable Groups*. [online]. Dostupné z: <http://www.avert.org/men-who-have-sex-men-msm-hiv-aids.htm>. [cit. 2014-010-18].

AVERT. 2014. *HIV and AIDS in sub-Saharan Africa*. [online]. Dostupné z: <http://www.avert.org/hiv-aids-sub-saharan-africa.htm>. [cit. 2015-001-6].

amfAR. 2014. *Statistics: Worldwide*. [online]. Dostupné z: <http://amfar.org/worldwide-aids-stats/>. [cit. 2014-010-18]

Barnett, T. Whiteside, A. 2002. *Poverty and HIV/AIDS: Impact, coping and mitigation policy*. From: AIDS, public policy and child well-being. UNICEF.

BETA (The Bulletin of Experimental Treatments for AIDS). 2014. *Just How Risky Is It? Studies Shed Light on HIV Risk and Prevention*. [online]. Dostupné z: <http://betablog.org/studies-shed-light-on-hiv-risk-and-prevention/>. BETA.

Buvé, A. Bishikwabo-Nsarhaza, K. Mutangadura, G. 2002. *The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa*. Vol. 359. s. 2011–2017. Lancet.

Beegle, K. Walque, D. 2009. *Demographic and Socioeconomic Patterns of HIV/AIDS Prevalence in Africa*. World Bank.

CDC (Centers for disease and control and prevention). 2014. *Act against AIDS*. [online]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/actagainstaids/basics/whatishiv.html>. [cit. 2015-010-15]

Central Statistical Office. 2007. *Swaziland Demographic and Health Survey 2006–2007*. Central Statistical Office. Svazijsko.

Dlamini, Priscila S. Kohi, Thecla W. Uys, Leana R. Et al. 2007. *Verbal and physical abuse and neglect as manifestations of HIV/AIDS stigma in five african countries*. Vol. 24. No. 5. s. 389-399. Backwell publishing, Inc.

Dos Santos, M. et al. 2014. *An exploratory survey measuring stigma and discrimination experienced by people living with HIV/AIDS in South Africa: the people living with HIV stigma index*. BMC Public Health.

Drimie, S. Casale, M. 2009. *Multiple stressors in Southern Africa: the link between HIV/AIDS, food security, poverty and children's vulnerability now and in the future*. Vol. 21. No. S1. AIDS Care. Taylor & Francis.

Gillespie, S. 2008. *Poverty, Food Insecurity, HIV Vulnerability and the Impacts of AIDS in sub-Saharan Africa*. Vol. 39. No. 5. Institute of development studies.

GOSA (Government of South Africa). SANAC (South African National Aids Council). 2011. *Know your epidemic/Know your response: summary report*. SANAC.

Hontelez, Jan A.C. et al. 2012. *The impact of antiretroviral treatment on the age composition of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins.

Hosegood, V. 2009. *The demographic impact of HIV and AIDS across the family and household life-cycle: implications for efforts to strengthen families in sub-Saharan Africa*. Vol. 21. No. S1. s. 13–21. AIDS Care.

HSR (Human Sciences Research Council). 2014. *South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey 2012*. Human Sciences Research Council.

Kandala, Ngianga-Bakwin. Brodish, Paul. Buckner, Bates. Foster, Susan. Madise, Nyovani. 2011. *Milenium development goal 6 and HIV infection in Zambia: what can we learn from successive household surveys?* Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins.

Kelly, M. J. Desmond, C. Cohen, D. Ndatovano. *The impacts of HIV/AIDS on development*. International institute for educational planning.

Khobotlo, Motlalepula. Tshehlo, Relebohile. Nkonyana, John. Ramoseme, Mahlape. et al. 2009. *Lesotho HIV prevention response and modes of transmission analyses*. National AIDS Commission & UNAIDS.

Lékaři bez Hranic. 2013. *Boj proti HIV/AIDS*. [online]. Dostupné z: http://www.lekari-bez-hranic.cz/HIV_vystava/Boj_proti_HIV_AIDS.pdf. [cit. 2014-010-18].

LBS (Lesotho Bureau of Statistics). 2015. *Key indicators*. Ministry of Development Planning. [online]. Dostupné z: <http://www.bos.gov.ls/>. [cit. 2015-001-30].

May, A. 2003. *Social and Economic Impacts of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa, with specific reference to aging*. Institute of Behavioral Science. University of Colorado.

Mchobu, Kingo. Mchobu, Chiku. 2007. *Overview and information issues concerning the HIV/AIDS situation in Africa*. University of Namibia. Windhoek. Namíbie.

Miller, Heather. 2014. *Millennium development goals status report 2013*. Government of the Kingdom of Lesotho. Ministry of Development Planning.

MOHSW (Ministry of Health and Social Welfare Lesotho). 2012. *Global AIDS Response Country Progress Report*. Lesotho. UNAIDS.

MOH (Ministry of Health Lesotho). 2015. *Global AIDS response progress report 2015*. UNAIDS.

Ministry of Health and Social Welfare Swaziland. Nedatováno. *Health policy document*. Ministry of Health and Social Welfare.

NACA (National AIDS Coordinating Agency). 2014. *Global AIDS response report: progress report of the national response to the 2011 declaration of commitments on HIV and AIDS*. Botswana. National AIDS Coordinating Agency.

NACA. 2015. *Progress report of the national response to the 2011 declaration of commitments on HIV and AIDS*. Gaborone. NACA.

NDHR (National Department of Health and Research). 2014. *Annual report 2013/2014*. Pretoria. South Africa.

NDHR. South African National AIDS Council (SANAC). 2012. *Global AIDS response report 2012*. South Africa. UNAIDS.

NERCHA (National Emergency Response Council on HIV and AIDS). 2014. *The National multisectoral HIV and AIDS framework (eNSF) 2014-2018*. NERCHA.

NERCHA. 2014. Swaziland global AIDS response progress reporting 2014. UNAIDS.

NPBPAČR (Národní program boje proti AIDS v České republice). 2011. *Detailně o AIDS*. [online]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aids/oaid.html>. [cit. 2014-010-18].

NAPSAR (Network of African people living with HIV Southern Africa region). 2014. *Review on integration of HIV and AIDS, harmonisation of ARV treatment and life insurance coverage for PLHIV in Botswana, Lesotho, Mozambique, Swaziland and South Africa*. Johannesburg. NAPSAR.

Nováček, Pavel. 2010. *Zdravotní stav obyvatel*. from *Udržitelný rozvoj*. s. 97-106. Univerzita Palackého v Olomouci.

O'Hara, Phillip Anthony. 2007. *The Global Spread of AIDS and HIV*. Vol. XLI. No. 2. Journal of economic Issues.

Ortblad F., Lozano, Katrina., Murray, R. J. L. Ch. 2013 *The burden of HIV: insights from the global burden of disease study 2010*. Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams and Wilkins.

Parker, R. Aggleton, P. 2003. *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*. Elsevier Science.

Petráčková, V. Kraus, J. et al. 2001. *Akademický slovník cizích slov*. Academia. Praha.

Pietrangello, Ann. 2014. *The Top 10 Deadliest Diseases*. Healthline. [online]. Dostupné z: <http://www.healthline.com/health/top-10-deadliest-diseases#1>.

POS (Public Health Solutions). 2014. *Average Risk of HIV Transmission Per Exposure to Infected Source*. [online]. Dostupné z: http://www.poz.com/pdfs/P0414p53.risk_transmission.pdf.

Rankin, William W. Brennan, Sean. Schell, Ellen. Laviwa, Jones. Rankin, Sally H. 2005. *The stigma of being HIV-positive in Africa*. Vol. 2. PLoS Medicine.

Ross, A David. South, Annabelle. Weller, Ian. Hakim, James. 2012. *HIV treatment and care systems: the way forward*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins.

Rozsypal, H. 2003. *Antiretrovirová terapie*. Karlova Univerzita. [online]. Dostupné z: <http://www1.lf1.cuni.cz/~hrozs/ohiv/ohiv3.htm#Uvod>. [cit. 2014-010-18].

Sahn, David E. 2012. *Meeting Africa's Health Challenges*. from Economics of Africa. Oxford University.

SANAC (South African National AIDS Council). 2014. *National strategic plan on HIV, STIs and TB 2012-2016*. SANAC.

Statistics Botswana. 2013. *Botswana AIDS impact survey IV (BAISIV)*. Statistics Botswana.

Statistics Botswana. 2013. Preliminary results *Botswana AIDS impact survey IV*. Statistics Botswana.

SSA (Statistics South Africa). 2015. *Mid Year Population Estimates*. Pretoria. Statistics South Africa.

Stover, J. Bollinger, L. 1999. *The Economic Impact of AIDS*. The Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

The AIDS Institute. 2011. *Where did HIV come from*. [online]. Dostupné z: <http://www.theaidsinstitute.org/education/aids-101/where-did-hiv-come-0>. [cit. 2015-010-15].

UNAIDS. 2014. *The gap report*. UNAIDS.

UNAIDS. 2015. *Countries: Botswana, Lesotho, South Africa, Swaziland*. [online]. Dostupné z: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries>. UNAIDS. [cit. 2015-011-2].

UNAIDS. 2000. *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa*. Ženeva. UNAIDS.

UNDESA. 2004. *Economic & Social Affairs: The impact of AIDS*. New York. UN.

UNDP. 2014. *Human Development Statistical Tables*. [online]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/data>. UNDP. [cit. 2015-011-2].

USDHHS & CDC & GAP (United States Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Global AIDS Program). 2011. *Introduction to HIV, AIDS and Sexually Transmitted Infection Surveillance Overview of the HIV/AIDS Epidemic with an Introduction to Public Health Surveillance*. Centers for Disease Control and Prevention.

Uwah, Ch. Ebewo, P. 2011. *Culture and HIV/AIDS: Analysis of the Perception of Culture and HIV/AIDS prevalence in Southern Africa*. In: The journal of arts management, law and society. s. 199–211. Tswane University of Technology. Pretoria. South Africa. Taylor & Francis Group.

Vandemoorlete, Jan. 2002. *Are the MDGs feasible?*. New York. UNDP. Bureau for development policy.

VLS (Velký lékařský slovník). 2008. [online]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/epidemie>. Maxdorf. [cit. 2015-011-17].

Vella, Stefano. et al. 2012. *The history of antiretroviral therapy and of its implementation in ressource-limited area sof the world*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins.

WB. 2015. *Botswana*. [online]. Dostupné z: <http://www.worldbank.org/en/country/botswana/overview>. [cit. 2014-010-18].

WB. 2014. *HIV and AIDS overview*. [online]. Dostupné z: <http://www.worldbank.org/en/topic/hivandaids/overview>. [cit. 2014-010-18].

WB. 2014. *Lesotho*. [online]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/country/lesotho>. [cit. 2014-001-23].

WB. 2015. *South Africa*. [online]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/country/south-africa>. [cit. 2015-010-13].

WB. 2015. *Swaziland*. [online]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/country/swaziland>. [cit. 2015-010-13].

WB. 2008. *The World Bank's commitment to HIV/AIDS in Africa: our agenda for action 2007-2011*. Washington, DC. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

WHO. 2013. *Global summary of the AIDS epidemic*. [online]. Dostupné z: http://www.who.int/hiv/data/epi_core_dec2014.png?ua=1. [cit. 2014-010-18].

WHO. 2013. *Consolidated ARV guidelines 2013*. [online]. Dostupné z: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/art/statartadolescents_rationale/en/. [cit. 2014-010-18].

WHO. 2013. *Definition of key terms*. Dostupné z: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>. [cit. 2015-011-23].

Zungu-Dirwayi, Nompulelelo. Shisana, Olive. Udjo, Eric. Mosala, Thabang. 2004. *An audit of HIV/AIDS policies in Botswana, Lesotho, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*. Cape Town. Human Sciences Research Council.