

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Monika Zamazalová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Zmapování vědomostí žáků středních škol o viru HIV
a onemocnění AIDS**

Olomouc 2013

vedoucí práce: doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

Ve Skaličce dne 15. 4. 2013

Bc. Monika Zamazalová

Děkuji doc. PaedDr. Miroslavu Kopeckému, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytování rad. Poděkování patří také všem žákům i jejich vyučujícím za jejich pomoc při realizaci výzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE A DÍLČÍ ÚKOLY PRÁCE.....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Charakteristika adolescentního období	9
2.1.1 Somatický vývoj	10
2.1.2 Vývoj poznávacích procesů	11
2.1.3 Emocionální vývoj	12
2.1.4 Sociální vývoj	12
2.2 Virus HIV a onemocnění AIDS	13
2.2.1 Infekce virem lidské imunodeficiencie (HIV)	13
2.2.2 Etiologie	14
2.2.3 Patogeneze	15
2.2.4 HIV virus a jeho typy.....	17
2.2.5 Šíření viru HIV	17
2.2.6 Počátky onemocnění AIDS	18
2.2.7 Cesty přenosu viru HIV	19
2.2.8 Jak se virus HIV nepřenáší	21
2.2.9 Průběh onemocnění.....	21
2.2.10 Laboratorní diagnostika a používané metody	24
2.2.11 Terapie	26
2.2.12 Prevence sexuálního přenosu	29
2.2.13 „Hrou proti AIDS“	32
2.2.14 Statistické údaje HIV/AIDS v České republice	33
2.2.15 Statistické údaje ze světa a z Evropy	35
2.3 Sexuální výchova	36
2.3.1 Vymezení sexuální výchovy odborníky.....	36
2.3.2 Náhled do historie sexuální výchovy	37
2.3.3 Dnešní sexuální výchova	38
3 METODIKA PRÁCE	40
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
3.2 Organizace výzkumu.....	41
3.3 Dotazníková metoda	41

4	VÝSLEDKY	42
4.1	Povědomí o pojmové rozdílnosti HIV a AIDS	42
4.2	Povědomí o způsobech přenosu HIV	43
4.3	Informovanost o testování.....	46
4.4	Povědomí o bližší charakteristice onemocnění AIDS.....	48
4.5	Žáci středních škol a osvěta	50
4.6	Osobní postoj žáků středních škol k nebezpečí HIV/AIDS	52
5	DISKUSE	54
	ZÁVĚR	59
	SOUHRN	62
	SUMMARY	63
	REFERENČNÍ SEZNAM	64
	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68
	ANOTACE	

ÚVOD

Strach ze zákeřné choroby AIDS, panující v devadesátých letech minulého století, již pominul. Povinné školní přednášky pro mládež o předcházení nemoci zanikají. Lidé se při sexu už tolik nechrání a opouštějí i od testování na HIV, neboť nevidí důvod (<http://zpravy.idnes.cz>).

Občanské sdružení Art for Life přišlo s osvětovou kampaní Dej si bacha! Do středních škol přináší besedy a divadelní představením, které se věnují tématu HIV a AIDS.

"Každý náctiletý musí vědět, jaká nebezpečí při sexu hrozí a jak se jim vyvarovat. Zatajováním informací růstový trend nákazy virem HIV v Česku nezvrátíme," uvedl předseda občanského sdružení Art for Life Martin Kámen.

"Tento druh informací mají dětem předávat rodiče, ale i škola, kde jsou k tomu kvalifikovaní učitelé. Učit děti zodpovědnosti k sobě i k ostatním v jakékoliv oblasti včetně sexu je stejně důležité jako matematika. Jde tady o zdraví a lidské životy," dodává zpěvačka Bára Basiková, která je jednou z tváří kampaně Dej si bacha! A zároveň podporuje besedy o HIV i AIDS ve školách.

David Jilich, lékař z AIDS Centra Fakultní nemocnice Na Bulovce, k problematice udává: *"Pokud člověk o své nákaze neví, ohrožuje nejen sebe, protože se neléčí, ale i své sexuální partnery, které vystavuje obrovskému riziku,"* (<http://zpravy.idnes.cz>).

Dle mého názoru je až zarážející, že v dnešní době, kdy je naše společnost informovaná na tak vysoké úrovni pomocí sdělovacích prostředků a zařazením sexuální výchovy do učebních osnov, údaje statistik osob nakažených HIV nadále stoupají rychlou a strmou cestou směrem nahoru a nyní hovoříme o celosvětovém problému.

Ze statistik dále vyplývá, že nejrizikovější skupinou pro nakažení tímto virem, jsou lidé mezi 20 a 30 lety. Nemoc AIDS jako hrozbu nevnímá v této věkové kategorii celých 63 procent. Počty nakažených tímto smrtícím virem a těch, u kterých se již onemocnění AIDS objevilo, se pro ně zdají malé: 1600 nakažených Čechů a 173 osob, které této chorobě již podlehl (<http://zpravy.idnes.cz>).

Marta Munzarová z Ústavu lékařské etiky vidí kořenem veškeré tragédie pokles etického cítění, sníženou vnímavost k nesení odpovědnosti jeden za druhého a ztrátu hledání objektivního řádu v lidských vztazích. AIDS je dle ní chorobou nakažlivou především díky poruchám chování (Munzarová, 2006).

Jsem přesvědčená, že v době dospívání se stává střední škola velkým zdrojem informací. Středoškolští žáci získávají paralelně většinou i první sexuální zkušenosti a troufám si napsat, že až životně důležitými se stávají dobré znalosti o HIV a nemoci AIDS sídlící v jejich povědomí.

Záleží však na každém z nás, na našem osobním přístupu, znalosti o šíření této prozatím nevyhlášené nemoci AIDS, uvědomělosti v péči o své zdraví, sexuálním chování i zodpovědnosti k našim blízkým, jakým směrem se bude ubírat další boj s tímto nebezpečným virem.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část se věnuje teoretickým poznatkům o viru HIV a onemocnění AIDS, zároveň slouží jako základ pro seznámení s touto problematikou a koresponduje s výzkumnou oblastí. Dále se v ní věnuji obrazu dospívajícího jedince a lze zde nahlédnout do oblasti sexuální výchovy. Druhá část analyzuje a vyhodnocuje výzkumné šetření, které bylo provedeno pomocí dotazníkové metody.

V práci se nalézají odpovědi na různé otázky, jako např.: Lze AIDS vyléčit? Jak dlouho po rizikovém chování je vhodné testování na HIV? Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS? Může se člověk nakazit už při jediném nechráněném sexuálním kontaktu? Kdy nemoc AIDS obvykle propuká?

Přestože v dnešní době jsou informace o této problematice všem dostupné, setkáváme se s tím, že se lidé přestávají nákazy HIV bát. Důvodem může být lehkomyšlnost nebo vnitřní odpověď: „Mne se to přeci netýká.“ Dle varujících odborníků je několikanásobně více zasažených virem HIV, než těch, u kterých bylo HIV diagnostikováno.

V praktické části pomocí dotazníků analyzuji data, kde se snažím zmapovat znalosti středoškolských žáků o viru HIV a onemocněním AIDS ve městě Hranicích.

Práce by měla sloužit čtenářům jako zdroj informací o viru HIV a nemoci AIDS, k prohloubení vědomostí a k nahlédnutí do světa dospívajících i do oblasti sexuální výchovy.

1 CÍL PRÁCE A DÍLČÍ ÚKOLY PRÁCE

Cílem práce je zjistit vědomosti žáků středních škol Regionu Hranicko o viru HIV a onemocnění AIDS. Současně se zaměřuje na informační zdroje žáků v této oblasti a snaží se zmapovat jejich osobní postoj.

Dílčí cíle práce:

1. Zjistit, zda žáci středních škol znají rozdílnost mezi zkratkami HIV a AIDS.
2. Zjistit, zda žáci středních škol znají způsoby přenosu viru HIV.
3. Zjistit, jak jsou žáci středních škol informováni o testování na přítomnost viru HIV.
4. Zjistit, zda dovedou žáci středních škol blíže charakterizovat onemocnění AIDS.
5. Zjistit, kde žáci středních škol nejčastěji získávají informace o této problematice.
6. Zjistit osobní přístup k přenosu a možné nákazy virem HIV.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Následující část diplomové práce je věnována adolescentnímu období, ve kterém se žáci zkoumaného vzorku nacházejí. Považuji za vhodné přiblížení vývoje tělesného, kognitivního, emocionálního a zároveň procesu socializace.

2.1 Charakteristika adolescentního období

Adolescence (z lat. „adolescere“ znamená dorůstat, mohutnět, dospívat) se od pubescence odlišuje tím, že adolescentní jedinec již prošel pubescencí a má se naučit být dospělým a to ve smyslu odpovědnosti, zkušeností, sociálního postavení a osobnostní svébytnosti (Šulová, Fajt, Weiss, 2011).

Etapa dospívání bývá pro jedince náročná, neboť se zde ukončuje doba mezi dětstvím a dospělostí. Děvčata do ní vstupují okolo 16. roku, chlapci o rok později. Vývojové rozdíly mezi pohlavím se na konci adolescentního období vyrovnávají. Horní věková hranice se nedá přesně stanovit, neboť ji ovlivňuje spousta faktorů, mezi nejpodstatnější patří společenské a kulturní jevy (Zacharová, Šimíčková-Čížková a kol., 2011).

Vágnerová (2012) uvádí přibližné trvání pozdní adolescence od 15 do 20 let, kdy důležitým sociálním mezníkem je ukončení profesní přípravy a následný vstup do zaměstnání nebo pokračování studia, s čímž bývá spojeno dosažení nebo oddálení ekonomické samostatnosti, které dosahují nejdříve mladí jedinci v dělnické profesi a nejpozději vysokoškoláci.

Říčan (2010) považuje za hlavní vývojový úkol adolescenta **budování vlastní identity**, kdy vážněji experimentuje s životními styly, získává erotické zkušenosti, dochází k rozhodnutí týkající se profesní dráhy a odvíjí se mezigenerační dialog, bývá formován světový názor i spirituální orientace.

Jedinec se postupně stává osobností, získává charakteristické vzorce myšlení, emocí, chování, ovlivňující jeho interakci s prostředím. Získávání vlastní identity a typičnosti ve svých reakcích se neděje jen prostřednictvím sociálních vlivů a situacím, spolupodílejí se zde i vrozené vzorce chování, nazývané se genotyp. (Zacharová, Šimíčková-Čížková a kol., 2010).

Způsob, jakým je adolescentní věk posuzován, závisí i na aktuálním stavu společnosti. Závěr výzkumu D. Offery uvádí zajímavý fakt, že přibližně 80 %

dospívajících je adaptována dobře a neprožívá „adolescentní zmatek“ nebo jiné psychické poruchy (Hort, 2008).

Psychosexuální vývoj (Říčan, 2010) podle Freuda označuje páté stádium jako genitální, kdy s nástupem somatické puberty se „probouzí“ sexualita do své dospělé podoby. Již je možná skutečná zamilovanost, zpravidla heterosexuální. Samozřejmě se zatím nejedná o plně zralý milostný vztah spojený s opravdovým a dlouhodobým zájmem o partnera a jeho blaho, ale má solidní základ v genitalitě.

Erikson (Říčan, 2010) pro období dospívání přiděluje stádium identity, které znamená často rozchod s názory a postoji osvojené v dětství, bez velkého přemýšlení převzato od rodičů či jiných autorit. Vše je třeba kriticky přezkoumat a rozejít se s tím, co jedinec doopravdy nechce, čemu nemůže uvěřit, co dělal jen ze zvyku. Identita je dle Eriksona celoživotním tématem, především však tématem pubescentů a adolescentů.

Podle Josselsonové (Vágnerová, 2012) proces vytváření vlastní identity, bývá označován jako individualizace a má čtyři fáze:

1. *fáze diferenciac* – koncentrace na vlastní osobu, srovnávání s ostatními lidmi, neztotožnění s rodiči ani jinými autoritami
2. *fáze experimentace* – experimentace s vlastní emancipací, odmítání nadměrné podřízenosti dospělými, vázanost na vrstevníky
3. *fáze postupné stabilizace* – postupné vyrovnání a stabilizace vztahů s rodiči
4. *fáze psychického osamostatnění* – ukončení separace ze závislosti na rodině, dosažení samostatnosti a vytvoření určité podoby vlastní identity.

2.1.1 Somatický vývoj

Smolík (2005) charakterizuje počátek adolescence jako plnou reprodukční zralost, v jejímž průběhu se obvykle pomalým tempem dokončuje tělesný růst. Biologická kritéria pro pozdní dospívání nejsou tak důležitá jako psychologická, sociologická či pedagogická.

Weiss (2010) udává, že tempo růstu se zpomalí, nastolí se hormonální rovnováha a do tělesného obrazu jsou již začleněny sekundární pohlavní znaky.

Kelnarová a Matějková (2010) popisují růstový vývoj jako téměř nepatrný u obou pohlaví, přibližně 0,5–1 cm ročně, na závěr tohoto období se zcela zastaví. Přibývání na hmotnosti je také minimální, u hochů je o něco větší okolo 2–3 kg za rok než u děvčat, které v průměru přiberou 1–1,5 kg ročně.

Roztočil (2011) popisuje u 15–16letých dívek změny zbarvení hlasu v altové, vymizení fluoru pubertalis purus a vzrůstající koncepční schopnost. Mezi 17.–18. rokem je u dívek dokončeno tělesné a psychosexuální dospívání, mají plnou koncepční schopnost a tělesnou zralost pro mateřství. Dvacetiletá mladá žena dozrává pro mateřství i z psychosociálního hlediska. Reprodukční osa zralosti může být vyšetřována hormonálními testy, např. GoRH stimulačním testem nebo Estrogenovým testem.

Dle Vágnerové (2012) je předpokladem úspěchu ve sportu fyzická síla a obratnost, navíc s pozitivním hodnocením, a adolescenti mnohdy předčí dospělé. V určitých vrstevnických skupinách lze získat prestiž právě fyzickou silou. Pokud je uplatňována proti slabším jedincům, bývá výrazem nejistoty, nezralosti a pocitů nejistoty.

2.1.2 Vývoj poznávacích procesů

V kognitivním vývoji přetrvává **kritický realismus**, projevuje se přezkoumáváním získaných poznatků, ale již na vyšší úrovni, než bylo patrné v pubertě. Přiklánějí se k realitě, mizí naivní romantismus. Nadále jsou **radikální a nekompromisní**, projevují jednostrannost v chápání skutečností, nedokážou postihnout všechny faktory, které ovlivňují danou situaci. Řešení situací bývá okamžitě jasné, své názory prosazují, zvláště ve střetu s dospělými. Nedokážou předvídat důsledky svého chování, rádi riskují a mají méně zábran. Mnohdy bývají odvážní, vrhají se do situací, které jsou nové a neotřelé (Zacharová, Šimíčková-Čížková a kol., 2011).

Farková (2009) popisuje hlavní **pokroky v myšlení**, kde patří užívání pojmů, které nejsou závislé na bezprostřední realitě, stávají se obecnější a abstraktnější. Při řešení problémů je adolescent schopen uvažovat o možných alternativách, které zkouší a hodnotí. Používá domněnky, které nemusejí být opřeny o reálnou skutečnost. Mohou být pouze hypotetické, avšak i ty testuje. Již dokáže aplikovat logické operační myšlení. Novou skutečností se stává „myšlení o myšlení“, vytváří si soudy o soudech, tím se rozvíjí metakognitivní procesy. Často se v myšlení objevují i mravní soudy.

Farková (2009) dodává, že nový způsob myšlení vrhá závažné důsledky, promítající se v postojích k celému světu, obzvláště k lidem. Dospívající již umí srovnávat reálně existující svět s určitým ideálem, což může také vést ke kritičnosti, zklamání, nejasným tužbám, nespokojenosti až pesimismu.

2.1.3 Emocionální vývoj

V adolescentním období odeznívá náladovost a vysoká labilita, přibývají silné prožitky. Na významu získávají emoce a city, které souvisejí s erotikou, estetikou i mravním cítěním. Dospívající se postupně učí regulovat své emoce, uvědomují si je, nenechávají se jimi již tak přemoci. Dokážou již porozumět, jaký dopad mohou mít na druhé osoby, odlišují pocity od reality. Učí se zacházet s pocity lásky, nenávisti, apatie ve vztazích obecně, ale i s protějším pohlavím (Šulová, Fajt, Weiss, 2011).

2.1.4 Sociální vývoj

Vztahy s rodiči. Významným úkolem dospívání je uvolnění z primární rodiny. Průběh separace závisí na předchozím vztahu dítěte s rodiči, typu rodiny a způsobu reakce rodičů na separační projevy dítěte. Komplikovanou separací můžeme označit stav, kdy na jedné straně dospívající rodiče odmítá, a na druhé straně se od nich nedokáže odpoutat (Hort, 2008).

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) empirické studie prokazují, že většinou nejdůležitějším zdrojem sociální opory pro dospívající zůstávají jejich rodiče. V případě emočních problémů nebo vztahových konfliktů se nejčastěji o radu na svou matku, teprve na druhém místě uvádějí zdroj emoční podpory své přátelé nebo spolužáky.

Vztah s vrstevníky popisuje Vágnerová (2012) jako snahu o osamostatnění, která bývá orientována na jiné sociální skupiny, než rodinu. S generační skupinou sdílí mnohé názory, hodnoty a preferovaný způsob života. Vrstevnická skupina slouží jako opora v procesu vytváření individuální identity, avšak může dojít i k uspokojivé skupinové identitě. **Potřeba přátelství** v období dospívání je velmi silná. Přátelský vztah představuje důležitou emoční vazbu, zároveň slouží jako zdroj opory při zvládnání různorodých problémů nebo i jako kontext sebepoznání.

Smolík (2005) o vrstevnických skupinách v adolescentním období píše jako o unikátním a nezastupitelném výchovném činiteli. Tyto skupiny charakterizuje následovně:

- dobrovolné
- bez přímé kontroly dospělých, hlavně rodičů
- kontrolovatelné vrstevníky
- orientované především na volnočasové aktivity.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) se zpravidla na přelomu pubescence a adolescence objevují skutečné vztahy chlapců a dívek, které jsou zprvu nestálé a proměnlivé, i když velmi silně prožívané jako „první lásky“. Převládajícím prvkem bývá zvědavost a ujištění se o vlastní ceně a přitažlivosti. Chlapci vystavují na obdiv svou sílu, odvahu a dovednost, dívky svůj vzhled, půvab a přitažlivost.

Pro trvalejší vztah nebývají adolescenti mnohdy dostatečně zralí. Trvalý vztah znamená zodpovědnost a nutnost vzdát se vlastní identity ve prospěch partnera, což ale neznamená, že vztahy v adolescenci musejí být povrchní (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Volba povolání. Adolescenti si vybírají přiměřený studijní obor a později hledají pracovní začlenění. Problémy mohou nastat při neúspěchu, nemožnosti sladit vlastní zájmy s představou rodičů a zájmem společnosti. Na úspěchu studijní nebo profesní oblasti se nepodílí jen inteligence, specifické schopnosti, ale také motivační schopnosti, připravenost akceptovat sociální normy a hodnoty a v neposlední řadě schopnost snášet frustraci při neúspěchu (Hort, 2008).

Malá skupina dospívajících má natolik vyhraněné životní cíle, že volba povolání je jejich logickým vyústěním. Tito dospívající mívají silné seberealizační tendence a povolání volí dle svých představ (Zacharová, Šimíčková-Čížková a kol., 2011).

2.2 Virus HIV a onemocnění AIDS

V této kapitole diplomové práce jsou zpracovány teoretické poznatky o viru lidského imunodeficitu (HIV) a Syndromu získaného selhání imunity (AIDS).

2.2.1 Infekce virem lidské imunodeficiencie (HIV)

Rozsypal (1998) uvádí, že infekce **virem lidské imunodeficiencie (HIV, Human Immunodeficiency Virus)** vede imunitní systém k postupné destrukci, kdy konečným důsledkem je syndrom získané imunitní nedostatečnosti (AIDS). AIDS je charakterizován výskytem některého z definujících nebo indikativních onemocnění, mezi které se řadí určité oportunní infekce, některé nádory, kachexie a encefalopatie.

Anglický název viru Human immunodeficiency virus nemá v českém jazyce ustálený převod, proto se v mluvené i psané řeči užívá označení HIV, případně neobvyklý, ale logický pojem - lidský virus imunitní nedostatečnosti (Schindler, 2010).

2.2.2 Etiologie

Dle Beneše (2009) se HIV (Human Immunodeficiency Virus) řadí do čeledi Retroviridae, sdružující RNA viry, jejichž nukleová kyselina se po vstupu do buňky přepisuje do DNA. Tato schopnost je pro retroviry typická, vděčí za ní speciálnímu enzymu, který je nazýván reverzní transkriptáza. Dále retroviry mají některé vlastnosti RNA virů, a to vysokou rychlost replikace a značnou proměnlivost. Současně ovládají i schopnosti DNA virů jako je integrace do buněčného genomu, vznik dlouhodobě latentních infekcí i značný onkogenní potenciál.

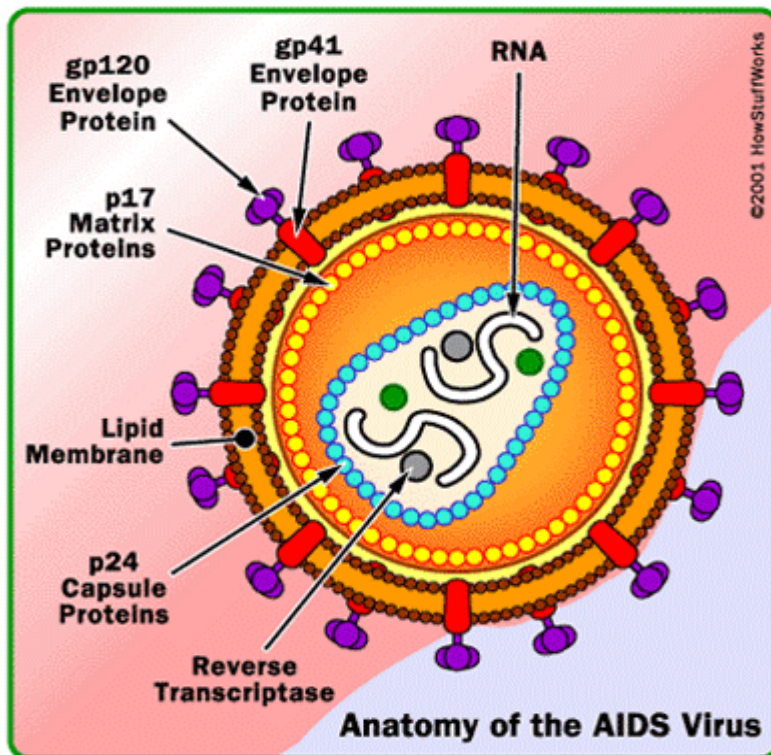
Weiss a kolektiv (2010) se vyjadřuje o HIV jako o virové partikuli o průměru 110 nm, tvořenou **fosfolipidovým obalem**, v němž je zakotveno 72 glykoproteinových komplexů, kde důležitou roli hrají především glykoproteiny gp41 a gp120, zajišťující zachycení viru a následnou fúzi s hostitelskou buňkou. Pod obalem se nalézají vnitřní membrána.

Vnitřní strukturu viru tvoří **nukleoid**, nazýván také core, tvoří ho protein p24 (obrázek 1). Uvnitř nukleoidu se nachází genom HIV, tvořený dvěma identickými vlákny ribonukleové kyseliny s HIV genetickým signálem (Rozsypal, 1998).

Weiss (2010) popisuje, že k přepisu do hostitelské DNA je zapotřebí enzymu **reverzní transkriptázy** a pro dokončení virové replikace jsou zapotřebí další dva enzymy – HIV **integrázy** a HIV **protézy**.

RNA vlákna tvoří přesně devět genů. Tři nejdůležitější z nich se nazývají gag, pol a env, kódují informace potřebné k tvorbě virové partikule. Dalších šest (tat, rev, nef, vif, vpr a vpu), kódují proteiny umožňující viru napadat imunitní buňky a produkovat nové kopie viru (Rozsypal, 1998).

Connor a Kingmanová (1991) se vyjadřují o stavbě HIV viru jako o téměř dokonalé. Především jeho jednoduchá a miniaturní struktura umožňuje život pouze jako součást jiné buňky, kde se integruje do genetického materiálu hostitelské buňky.



Obrázek 1. Anatomie viru způsobující AIDS
(www.health.howstuffworks.com)

2.2.3 Patogeneze

Dle Beneše (2009) je virus HIV neobyčejně komplexní, infikuje v lidském organismu především **T – lymfocyty**, které koordinují imunitní odpověď organismu. Montagnier (1993) uvádí, že virus HIV je zálný, **napadá samotné řídicí centrum imunitního systému**, tedy T4 lymfocyty, tím ochromuje obranu organismu ještě dříve, než se stačí zkonfrontovat k boji. Destrukce imunitního systému zapříčiní nemožnost napadeného organismu bránit se běžným infekcím a některým nádorovým onemocněním.

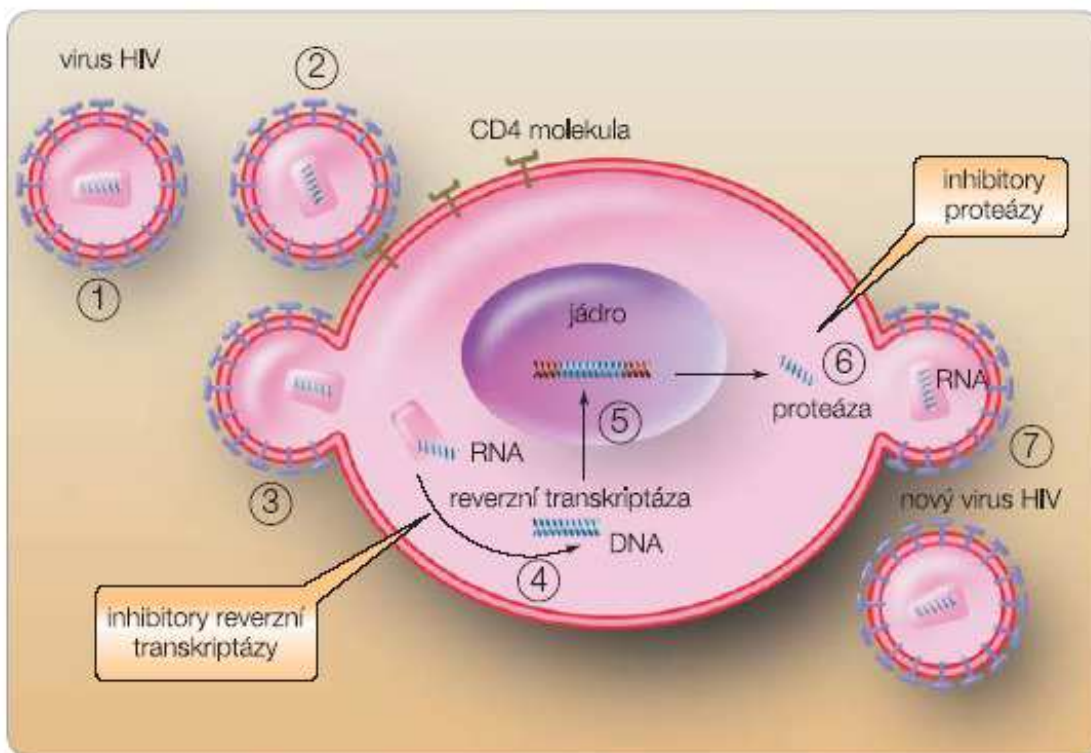
Dle Connor a Kingmanové (1991) virus HIV způsobující onemocnění AIDS napadá a ničí imunitní systém, který zodpovídá za boj organismu s infekcí. Lidské tělo bez imunitního systému se nevzpamatuje ani z lehkých nákaz a stává se otevřeným terčem pro stovky potenciálně smrtelných mikrobů. AIDS je onemocnění, které vzniká důsledkem neschopnosti těla bránit se fatálním infekcím.

Vazbu na receptor CD4 zajišťuje virový glykoprotein 120. Vazba tedy dovoluje vstup viru do buněk endocytózou nebo fúzí virového obalu s povrchem buňky. Pro fúzi HIV s buňkou je zapotřebí i vazba gp 120 na koreceptor. Tímto koreceptorem jsou chemokinové receptory CXCR4, nacházející se na povrchu T-lymfocytů a CCR5,

přítomný na Langerhansových buňkách obsažených v kůži a ve sliznicích (Beneš, 2009). Replikační cyklus HIV viru názorně ukazuje obrázek 2.

Rozsypal (1998) informuje, o každodenním vytvoření miliardy virových částic, které napadají nové CD4+ buňky. Tím neustále dochází k akcentovanému zániku a důsledkem je zrychlené obnovování CD4+ buněk. Na počátku existuje zdánlivá rovnováha mezi vznikem a zánikem CD4+ buněk, avšak postupem času převládá zánik a pól CD4+ buněk nestačí být obnovován. Tím dochází k absolutnímu a relativnímu poklesu CD4+ lymfocytů, jejichž snížení koreluje s pokročilostí infekce.

Beneš (2009) dodává, že vyčerpaný imunitní systém se hroutlí. V terminálním stádiu onemocnění není virem nalezeno dostatek buněk, v nichž by se množil a virová nálož může poklesnout.



Replikační cyklus viru HIV s vyznačenými místy terapeutického působení

1 – volný virus HIV; 2 – vazba a fúze: virus se váže k CD4 molekule a fúzuje s ní; 3 – infekce: virus penetruje do hostitelské buňky a vyprázdňuje svůj obsah; 4 – reverzní transkripce: jednovláčková virová RNA je konvertována na dvouvláčkovou DNA enzymem reverzní transkriptázou; 5 – integrace: virová DNA je enzymem integrázou začleněna do vlastní buněčné DNA; 6 – transkripce: při dělení infikované buňky je virová DNA „čtena“ a syntetizují se proteiny, jejichž řetězce se spojují; 7 – zrání: nezralá virová částice se osamostatňuje a dozrává.

Obrázek 2. Replikační cyklus viru s vyznačenými místy působení
(www.remedia.cz)

2.2.4 HIV virus a jeho typy

HIV virus se vyskytuje ve dvou typech značených **HIV–1** a **HIV–2**. Oba typy se odlišují ve složení povrchových struktur, geografickým výskytem, patogenitou, klinickým obrazem a některými epidemiologickými charakteristikami. HIV-2 byl izolován od pacientů ze západní Afriky, ale i u několika pacientů v USA. Většina těchto infikovaných je běžně asymptomatická. Tato varianta bývá méně patogenní s delším obdobím latence předcházející nemoci (Rozsypal, 1998).

Staňková a Skokanová (2007) popisují genetické rozdíly především v oblasti genomu env se **HIV–1** se člení do tří skupin: M (major–hlavní typ), O (outliers–vedlejší typ) a N (non–M–non–O). V podstatě je skupina M zodpovědná za světovou epidemii. Kmeny, zahrnující M skupina se rozdělují do 9 odlišných subtypů A až K, mezi nimiž vznikají četné rekombinační formy. Skupiny O a N jsou zatím bez subtypů. HIV–2 má doposud 6 subtypů.

Na podkladě fylogenetické příbuznosti mezi HIV a opičími retroviry (SIV) se předpokládá, že HIV–1 se vyvinul z viru postihujícího šimpanze, SIV cpz. Zatímco vznik HIV–2 je odvozován od viru SIVsm, jehož nositelem je zelená opička mamangabejová (Beneš, 2009).

Rozsypal (1998) informuje, že **kolébkou viru HIV se stala Afrika**. Pravděpodobně k přenosu infekce na člověka došlo při lovu opic a šíření bylo zřejmě umožněno „krvavými“ domorodými rituály. Africký kmen Idjwi se pokoušel zvýšit pohlavní potenci tím, že ještě teplá krev z ulovené opice byla vtírána do hluboce rozpraskané kůže.

2.2.5 Šíření viru HIV

Rozsypal (1998) informuje, že HIV se rozšířil z Afriky zejména díky turistice, sexuální promiskuitě a prostituci do Karibské oblasti, na Haiti, poté do Spojených států, Evropy a ostatních zemí světa.

Staňková a Skokanová (2007) píší, že nejstarší průkaz části genomu HIV v lidském organismu byl nalezen ve vzorku plazmy z roku 1959 a pocházel od dospělého muže z Belgického Konga. Vědci na základě této analýzy předpokládají, že původní kmen pochází z konce čtyřicátých až počátkem padesátých let a k šíření došlo v západní Africe zřejmě ve třicátých letech.

V dějinách lékařství nebylo objeveno tolik údajů o nějaké chorobě za tak krátkou dobu jako o viru HIV. Ten se nejčastěji přenáší nejintimnější a nejpudovější lidskou činností – pohlavním stykem. V moderní společnosti se sexuální styk stává mezinárodním. Lidé daleko více cestují a sexuální vztahy překročily veškeré státní hranice. Sex se v dnešní době stal dokonce turistickou atrakcí. Sexuální volnost (Connor, Kingmanová, 1991).

2.2.6 Počátky onemocnění AIDS

V roce 1981 navštívil newyorského specialistu na kožní a pohlavní nemoci Dr. Friedmana – Kiena mladý muž, u kterého se vyskytovaly tmavé kožní léze. V krátké době se jistý specialista setkal s dalšími podobnými případy, kdy se jednalo o vzácně se vyskytující zhoubné bujení kůže, tzv. Kaposiho sarkom, doposud u této věkové skupiny nediagnostikován. U těchto pacientů mužského pohlaví byly shody v praktikách „uvolněného sexu“, užívání drog a laboratorně prokázán významný pokles CD4 T lymfatických buněk (www.aids-hiv.cz).

Connor a Kingmanová (1991) prezentují, že v témže roce byl syndrom získané imunitní nedostatečnosti popsán i v odborné literatuře a nikdo nepředpokládal, že během několika let dojde k destruktivní, katastrofické celosvětové pandemii, postihující miliony mužů, žen a dětí. Nejprve bylo usuzováno, že syndrom je v přímé souvislosti se specifickým chováním gayů, ale onemocnění bylo pozorováno také u hemofiliků, dětí a sexuálních partnerů infikovaných osob. Z epidemiologických poznatků vyplynulo, že nové infekční onemocnění se přenáší sexuální a krevní cestou, včetně vertikálního přenosu z infikované matky na dítě.

Dvořák (1992) informuje, že v dalších třech letech podaly výzkumné týmy (Montagnier v Paříži, Gallo v Bethesdě a Levy v San Francisku) epidemiologické a virologické důkazy o tom, že **příčinou AIDS je virus z čeledi Retroviridae**, který byl v roce 1986 nazván **Human Immunodeficiency Virus**. Montagnier a Barré – Sinoussi byli za tento převratný objev oceněni **v roce 2008 Nobelovou cenou**. U jedinců ze západní Afriky byl v roce 1986 identifikován příbuzný virus HIV-2, se stejnými cestami přenosu, častěji se vyskytující u heterosexuálního přenosu a pozvolnější progresí do rozvinutého stádia AIDS.

Dále Dvořák (1992) zmiňuje, že se nejprve neznámá porucha imunity nazývala GRID (Gay-Related Immune Deficiency). Byly stanoveny první **čtyři rizikové skupiny** – intravenózní narkomani obou pohlaví a heterosexuální muži trpící hemofilií, jež byli

lěčení krevními nebo plasmatickými koncentráty. Vysoký počet nemocných byl i mezi Haitťany. Ženy narkomanky a jejich narozené děti narozené byly mezi nemocnými výjimečně.

Riziko Syndromu získané imunitní nedostatečnosti, limitovaného dosud na „rizikové skupiny“, se rázem rozšířilo na celé lidstvo. „**Nemoc čtyř H**“ se stala hrozbou pro všechny. Éra sexuální volnosti, započatá v šedesátých letech minulého století definitivně skončila. AIDS se stává novým morem, **morem dvacátého století**. V osmdesátých letech minulého století byla tedy započata éra sexuální kontrarevoluce, která potrvá do doby objevení vakcíny proti záložnému viru (www.aids-hiv.cz).

Connor a Kingmanová (1991) zmiňují „mor homosexuálů“ v tiskových zprávách o AIDS, odmítnutí opravy telefonního sluchátka v klubu homosexuálů v polovině 80. let, osobám nakaženým AIDS mohl být zamítnut trvalý pobyt ve Spojených státech nebo zamezení vstupu tisíce dětí rodiči v New Yorku do školy, na protest proti tomu, že děti nakažené AIDS mohou chodit do škol - takové i jiné projevy strachu jsou spojeny s historií AIDS.

2.2.7 Cesty přenosu viru HIV

Beneš (2009) píše o HIV jako o výhradně lidském patogenu, přenášející se cestou sexuální, parenterální a vertikální čili z infikované matky na dítě.

HIV virus se nachází v tělesných tekutinách, především v krvi, spermatu, poševním sekretu a mateřském mléku. Dojde-li k infekci, musí do lidského organismu proniknout určité množství viru HIV, hovoříme o tzv. injekční dávce. Virus HIV se stává citlivý k zevním vlivům. Běžné fyzikální (např. teplota nad 60 stupňů Celsia), chemické prostředky a dezinfekční prostředky ho zničí. Po zaschnutí virus HIV zhyne (www.aids-hiv.cz).

Cesty přenosu: a) Nechráněným pohlavním stykem.

b) Krevní cestou.

c) Vertikálním přenosem.

a) Nechráněným pohlavním stykem:

Rozspal (1998) uvádí, že se jedná o vůbec nejčastější způsob přenosu. Nejvyšší riziko bývá spojováno s **nechráněným pohlavním stykem do konečníku**, ať už u pasivního partnera při pohlavním styku dvou mužů nebo při heterosexuálním

pohlavním styku. Riziko přenosu je daleko vyšší z muže na ženu, což je dáno větší virovou náloží ve spermatu než v poševním sekretu. Bez rizika není ani **nechráněná soulož do úst** (orální sex), kdy sliznice dutiny ústní přichází do kontaktu se spermatem, poševním sekretem nebo menstruační krví. Obzvlášť jsou-li při nechráněném pohlavním styku přítomny různé oděrky i jakékoliv afekce na genitálu, konečnicku nebo v dutině ústní.

Možnost nakazit se nevyléčitelným HIV a následně onemocnět AIDS se týká nejvíce osob s tzv. **rizikovým chováním**. Nejvíce ohrožení jsou lidé, kteří jsou promiskuitní, mají stále nové sexuální partnery a je jedno, jestli se jedná o heterosexuální či homosexuální styky, dále lidé drogově závislí (www.aids-hiv.cz).

b) Krevní cestou:

Podáním infikované krve nebo krevních derivátů. Tyto způsoby jsou v současné době v rozvinutých zemích takřka vyloučeny. V České republice již od roku 1987 jsou všichni **dárci krve povinně testováni**, zda jejich krev není infikovaná virem HIV. Nepravděpodobné nebezpečí jsou drobná poranění od infikovaného člověka HIV virem. K přenosu infekce bývá třeba určité množství viru. Společnému užívání hygienických potřeb je vhodné se vyvarovat, stejně nedostatečně sterilovaným nástrojům při provádění kosmetických úkonů, např. tetování, propichování ušních boltců a piercingu (Rozsypal, 1998).

Při injekčním užívání drog. Společné sdílení pomůcek pro injekci drog může vést k přenosu infekce virem HIV. Předpokládá se, že šance na přenos HIV tímto způsobem je až třikrát pravděpodobnější než přenos při pohlavním styku. Přenos infekce HIV viru představuje u injekčních uživatelů drog nejčastější způsob přenosu v zemích jižní a východní Evropy (Rozsypal, 1998).

Connor a Kingmanová (1991) upozorňují na důležitost opatrnosti zdravotnických pracovníků při manipulaci s krví, která může být infekční.

c) Vertikální přenos:

Rozsypal (1998) popisuje **přenos z matky na dítě**, což je možné ve třech situacích. Jednak během **těhotenství**, jednak během samotného **porodu** a zatřetí **kojením**. Většina případů vertikálního přenosu se vyskytuje v Africe a jiných málo rozvinutých zemích. V rozvinutých zemích včetně České republiky se jedná o výjimečné případy.

Beneš (2009) uvádí, že v naší zemi probíhá **rutinní testování gravidních žen** na HIV, aby v případě positivity mohla být nasazena profylaktická léčba, a tak došlo

k minimalizaci rizika přenosu na dítě. Podle současné legislativy lze dokonce testovat gravidní ženy i bez souhlasu rodičky v zájmu nenarozeného dítěte. Pokud se žena rozhodne těhotenství ukončit, je její pozitivita zdravotním důvodem k interrupci. V rozvinutých zemích se nedoporučuje HIV pozitivním matkám dítě kojit.

2.2.8 Jak se virus HIV nepřenáší

Při **každodenním pracovním nebo společenském kontaktu** neexistuje žádné riziko přenosu viru HIV. Nepřenáší se tedy při stisknutí ruky, políbením na tvář, užíváním stejného přístroje (počítač, telefon, peníze a další), návštěvou bazénu a sauny, veřejných sprch i toalet, jízdě v dopravních prostředcích, sdílením společného nádobí a příborů, kontaktem ložního či spodního prádla, při kašli nebo kýčání, prostřednictvím zvířat a hmyzu, pohybem ve stejném prostoru jako infikovaná osoba (www.khszlin.cz).

ČSAP (2008) informuje, že HIV infekce se **nepotvrdila u členů domácnosti, kteří s HIV pozitivním bydleli**, neměli s ním sexuální styk a nesdíleli s ním injekčně drogy. Polibkem, sliny HIV pozitivního jedince sice mohou obsahovat HIV virus, ale ve velmi malém množství, navíc ve slinách jsou obsaženy látky ničící virus. Přenos HIV viru touto cestou nebyl nikdy prokázán. Ne zcela bezpečným lze považovat tzv. „francouzské“ líbání, kdy může dojít k drobným poraněním v ústech.

Objímání. Některé sexuální praktiky např. tzv. „petting“, z hlediska možnosti přenosu HIV se jeví jako nerizikové. Zde může být zařazeno objímání, mazlení, dráždění pohlavních orgánů rukou partnera či partnerky bez kontaktu s jeho spermatem či s poševním sekretem (www.aids-hiv.cz).

Přenos hmyzem. Podle ČSAP (2008) se nemoci jako je žlutá zimnice nebo malárie přenáší hmyzem, avšak nebyl prokázán žádný případ přenosu viru HIV prostřednictvím komárů nebo jiného bodavého hmyzu. V rodinách, kde žije infikovaná osoba, dochází k přenosu pouze mezi sexuálními partnery a z matky, jež je nosičkou viru, na dítě. Kdyby infekci přenášel hmyz, virus HIV by se vyskytoval i u dalších členů domácnosti. Nejpřesvědčivějším důkazem je vysoký výskyt bodavého hmyzu v africkém kontinentu, kde se dosud nepodařilo prokázat přenos viru HIV po bodnutí hmyzem. Bylo také prokázáno, že se virus HIV nemnoží v zaživacím ústrojí hmyzu (www.aids-hiv.cz).

2.2.9 Průběh onemocnění

Bartošová a kolektiv (2005) uvádějí klasifikační systém vyvinutý americkými experty CDC (Center for Disease Kontrol and Prevention), který dělí pacienty infikované HIV do třech klinických (A,B,C), a třech laboratorních (1, 2, 3) kategorií, kdy základem pro laboratorní klasifikaci je počet CD4+ T- lymfocytů (Tabulka 1).

Tabulka 1. Klasifikace infekce HIV dle CDC (Bartošová a kol., 2005)

Absolutní počet CD4+ (na mm ³)	Klinické skupiny		
	A	B	C
více jak 500	A1	B1	C1
200- 499	A2	B2	C2
méně jak 200	A3	B3	C3

Dle amerických expertů jsou následující kategorie klasifikovány:

Kategorie A

Zde patří **akutní infekce HIV (primoinfekce), asymptomatické období a perzistující generalizovaná lymfadenopatie (PLG)**. U malé části nemocných lze zachytit asi 2 až 6 týdnů po nákaze primární infekce, většinou pod obrazem infekční mononukleózy nebo chřipkového onemocnění, občas se vyskytne i zduření mizních uzlin (Bartošová a kol., 2005).

Černý a Machala (2007) informují o **asymptomatickém průběhu infekce**. Laboratorně při ní dochází k přechodnému poklesu CD4+ lymfocytů, v krvi se objevuje antigen p24 a v průběhu několika dnů až týdnů dochází k sérokonvenci protilátek anti-HIV. Onemocnění odezní během 3 týdnů, normalizuje se počet lymfocytů a vymizí antigen p24. Infekce zůstává v několikaletém asymptomatickém stádiu, které trvá 2 až 15let. Přesto dochází k obrovským změnám v imunitním systému, projevující se poklesem CD4+lymfocytů z původních hodnot vyšších než 1000/ mm³ na polovinu. Začínají se objevovat klinické příznaky kategorie B.

Kategorie B

Bartošová a kolektiv (2005) popisuje charakteristickou přítomnost **nespecifických (konstitucionálních) příznaků** a tzv. „malých“**oportunních infekcí**, což může být označováno jako „manifestní non-AIDS stádium“.

Pokud klesnou CD4+ lymfocyty pod 500 buněk/ mm³, onemocnění přechází do časného symptomatického stadia (laboratorní kategorie 2). Pro řadu pacientů,

až vznik infekčních komplikací vede k provedení testu na protilátky anti-HIV a jeho pozitivitou se zjistí příčina nedostatečnosti imunity (Černý, Machala, 2007).

Dle Holuba (1993) se stádium projeví přímým působením HIV na organismus. Mezi symptomy patří **teplota**, trvající více než jeden měsíc. **Ztráta tělesné hmotnosti** za tři měsíce o více než 10 %. Dlouhodobé **průjmy** bez dietní chyby, či působení infekčního nebo parazitního původu. Výrazná **únava**, nevysvětlitelné noční **pocení**. Objevuje se i zvýšená podrážděnost, i **změna osobnosti** a poruchy paměti. Projevují se i **neurologické potíže** spojené s centrálním nebo periferním nervovým systémem.

Černý a Machala (2007) popisují imunitní systém doposud jako poměrně výkonný. Komplikace nejsou ještě závažným problémem a zvládají se běžnými antibiotiky. Veškeré projevy je třeba ihned léčit, aby dlouhodobě nedocházelo ke zvýšené aktivaci imunitního systému a tím pádem k akceleraci možení HIV. Imunologická insuficience časem progreduje a klesá absolutní počet CD4+ lymfocytů.

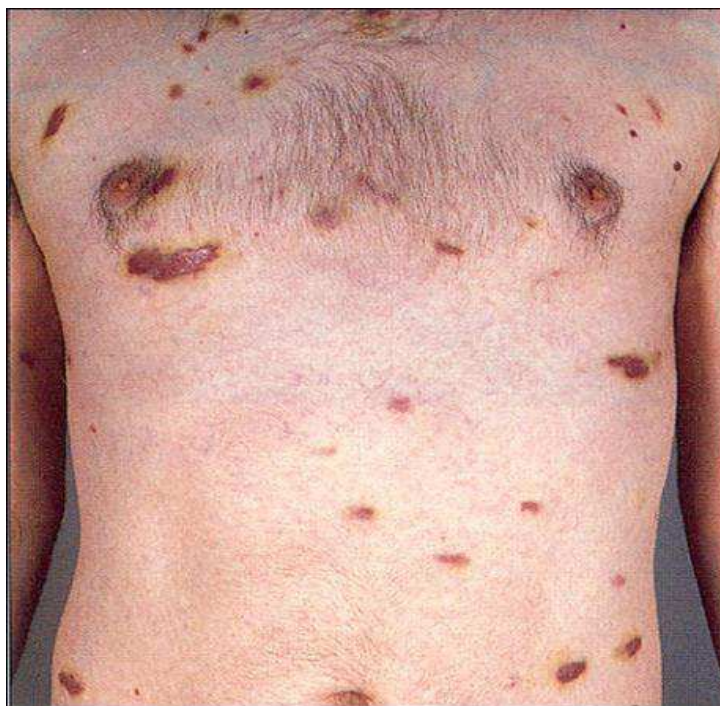
Kategorie C

Pokud klesne počet lymfocytů pod 200/mm³ (laboratorní kategorie 3) nemoc vstupuje do pozdního symptomatického stadia a vznikají tzv. „**velké**“ **oportunní infekce, nádory, wasting syndrom a HIV encefalopatie**, onemocnění označující AIDS (klinická kategorie C). Velké oportunní infekce vyvolávají agens, které jsou za normálních podmínek nepatogenní nebo nepatrně patogenní. Kategorie C trvá 1 až 4 roky. Průběh oportunních infekcí nebo nádorů mohou mít fatální následky (Černý, Machala, 2007).

Dle Holuba (1993) se stává pro onemocnění AIDS charakteristické **úplné selhání** obranyschopnosti lidského organismu. Virus ničí imunitní systém natolik, že pacient onemocní nejrůznějšími plísňovými, parazitárními a bakteriálními chorobami, často pro HIV infikovaného pacienta smrtelnými.

Weiss (2010) popisuje AIDS jako poslední a nejzávažnější fázi HIV infekce. Pro stanovení diagnózy, musí být splněny dvě podmínky, a to přítomnost tzv. AIDS definující onemocnění, kam spadají oportunní infekce a určité nádory a laboratorní nález poklesu hladiny CD4+ buněk v séru pod 200 buněk/ml.

Holub (1993) uvádí existenci dvou hlavních manifestací AIDS onemocnění, a to nádorů a oportunních (příležitostných) infekcí. Nejčastějším nádorem je **Kaposhiho sarkom** (obrázek 3), méně častý je lymfom i šupinatý karcinom, který postihuje dutinu ústní nebo konečník.



Obrázek 3. Kaposiho sarkom (www.std-aid.com)

Mezi **závažné plicní komplikace** patří záněty vyvolané *Mycobacterium tuberculosis* a výskyt multirezistentních kmenů. **Trávicí trakt bývá infikován nejrůznějšími parazity**, prvoky, plísněmi a dalšími vyvolavateli infekčních onemocnění. Postižení se projeví těžkými neovladatelnými průjmy, mohou vést až ke kachexii a rozvratu vnitřního prostředí. Objevují se i **nejrůznější kožní projevy**. Velmi nepříjemnou komplikací je výskyt plísní nejen na kůži, ale i na sliznicích, hlavně dutiny ústní. Plísně mohou prorůst dále do zažívacího traktu a způsobovat těžké potíže při polykání. Běžné jsou i **neurologické komplikace**, jejichž spektrum je velice široké. Patří zde bolesti hlavy, ztráta paměti, změny osobnosti, křeče, ztráta vědomí, poruchy hybnosti a další (Holub, 1993).

2.2.10 Laboratorní diagnostika a používané metody

Connor a Kingmanová (1991) zmiňují, že první komerčně diagnostické testy k detekci HIV protilátek byly vyvinuty v roce 1985, rok poté testy pro detekci antigenu p 24. Postupné rozpoznávání molekulární a funkční struktury viru HIV následovaly testy 2. a 3. generace, také možnosti specifického průkazu virové RNA a DNA v hostitelských buňkách. Od roku 1985 se vyšetřují dárci a krevní přípravky určené pro transfuze.

V ČR jsou **krevní dárce vyšetřováni na HIV infekci taktéž od roku 1985**. Před tímto rokem se v důsledku netestované krve nakazilo 14 příjemců krevních transfuzí a 17 hemofiliků. Od roku 2000 kromě dárců krve a ostatních orgánů podle Zákona o ochraně veřejného zdraví bylo v naší zemi zavedeno **povinné testování gravidních žen**, což i předtím bylo rutinní praxí (www.aids-hiv.cz).

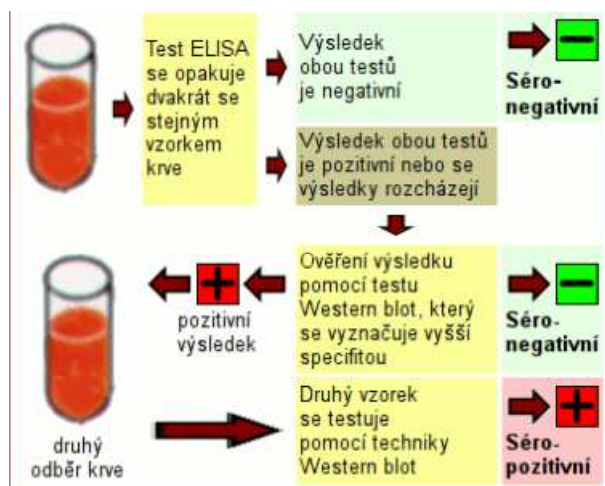
Weiss (2010) uvádí, že test na HIV infekci **bez souhlasu pacienta** je možné provést z diagnostických důvodů u pacientů v bezvědomí, u osob, obviněných ze spáchání trestného činu ohrožování pohlavní nemocí nebo povinně léčené pro tuto nemoc a dále při obvinění z deliktu, při němž mohlo dojít k přenosu HIV infekce na jinou osobu (např. při znásilnění). HIV test je doporučován u pacientů se sexuálně přenosnými nemocemi.

Vlastní testování na HIV infekci je vhodné **doprovázet poradenstvím**, které kromě objasnění spolehlivosti testu bývá jednou z neúčinnějších možností pokusit se o změnu rizikového chování. Za úkol si klade zjistit motivaci klienta k testování, odhad rizikového chování a zejména je důležité, aby pacient pro dostatečnou spolehlivost testování přišel za 2–3 měsíce od uplynutí posledního rizikového chování. Někteří poradci doporučují i delší dobu, pravděpodobnost pozdější sérokonverze bývá však již velmi nízkou.

Jednou z nabízených možností se stalo testování u praktického lékaře nebo v poradnách, nabízející **možnost anonymity**. Ročně je v České republice provedeno okolo 20 tisíc testů na vlastní žádost. Přibližně čtvrtina těchto testů je provedena anonymně (Weiss, 2010).

Bartošová a kolektiv (2005) informuje, že rutinní jsou **ELISA testy**, v posledních letech kombinované s testy na antigen p24. ELISA testy se vyznačují vysokou senzitivitou, ale i malou specifičností. Všechny pozitivní výsledky se potvrzují specifičtějšími testy jako např. **Western blot testy**. Duální testování umožňuje častější zachycení nákazy.

Postup testování znázorňuje obrázek 4.



Obrázek 4. Postup testování HIV (www.aids.alms.cz)

Beneš (2009) informuje, že v seroprevalenčních studiích se používají i méně spolehlivé testy, které stanovují ve slinách přítomnost specifických sekrečních protilátek (IgA). Pro rychlou diagnostiku jsou využívány **screeningové testy**, kdy je zapotřebí slin nebo kapilární krve. Případná pozitivita těchto testů musí být opět ověřena klasickými krevními testy.

Weiss (2010) dodává, že mezi nevýhody slinného testu patří poměrně dlouhá doba, 3–5 minut dostatečného zvlhčení odběrové lopatičky.

Tzv. **rychlé testy**, považovány spíše za orientační, umožňují vyšetření z kapilární krve, výhodou je šetrnější odběr a rychlejší sdělení výsledku. Mezi nevýhody patří nezachycení čerstvé infekce ani po třech měsících, čili prodloužení „okénka“. Další nevýhodou je potřeba odběru venózní krve k případné confirmaci. Metody však byly schváleny pouze ve zdravotnickém zařízení, nikoliv k běžnému testování na vlastní žádost. Lze se s nimi setkat v některých poradnách, centrech pro uživatele drog, kde chybí vhodný personál pro interpretaci případného reaktivního výsledku (Weiss, 2010).

2.2.11 Terapie

Rozsypal (1998) uvádí mezi základní léčbu HIV infekce antiretrovirovou chemoterapii, profylaxi a léčbu oportunních infekcí i ostatních stavů, komplikujících onemocnění. Léčba rovněž zahrnuje péči o správnou výživu a zdravou životosprávu.

Beneš (2009) píše, že v roce 1987 byl uveden do praxe první antivirový lék **zidovudin**, brzy následovaly další přípravky, dělicí se podle místa zásahu do replikačního cyklu viru do několika skupin.

Efekt monoterapie zidovudinem byl však limitován a nadále přibývalo úmrtí mladých lidí. Z těch, kteří byli infikováni před 5 lety, 85 % zemřelo. Velkým úspěchem zidovudinu však bylo snížení neonatálního přenosu HIV infekce z 25,5 % na 8,3 %. Preventivní programy se **zidovudinem u gravidních HIV pozitivních žen** byly zavedeny již v roce 1994 ve všech zemích s vyspělým zdravotnictvím (ČTK, 2012).

Účinnost antiretrovirové terapie lze monitorovat pomocí **virové nálože RNA u HIV** pozitivního pacienta. Klinické studie prokázaly, že **kombinace antiretrovirotik** je mnohem účinnější než monoterapie. Standardním léčebným postupem od roku 1996 je **trojkombinační léčba HAART** (Highly Active Antiretroviral Therapy), v současnosti se většinou užívá označení cART (Combination Antiretroviral Therapy), při které se pacientovi podávají současně tři přípravky, ze dvou různých skupin. Nejčastěji jde o dva nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy a jeden proteázový inhibitor. V indikovaných případech jako je polyrezistence, selhání terapie a záchranná léčba se používají i vícekombinované režimy (ČTK, 2012).

Bartošová a kolektiv (2005) dodává, že v dnešní době monitorování VL a počet CD4⁺ T-lymfocytů patří k nezbytné součásti vyšetřování HIV pacientů.

Poklesem počtu CD4⁺ T-lymfocytů, zvýšením plazmatické hladiny HIV a zhoršením klinického stavu, či objevením oportunních infekcí se projevuje **selhání terapie**. Pokud je léčba dobře tolerována, dochází k eliminaci HIV v periferní krvi, (ČTK, 2012).

Beneš (2009) upozorňuje na nutnost pečlivě zvažovat přínos oproti rizikům při rozhodování o antivirové léčbě. Doposud však nebyla nalezena žádná specificky působící látka, která by vedla k úplné eliminaci HIV z organismu. **Podávání antiretrovirotik nevede k vyléčení**, ale dokáže podstatně prodloužit a zkvalitnit život infikovaných osob. Na straně druhé stojí četné nežádoucí účinky antiretrovirotik a jejich lékové interakce.

Za další nutnost Beneš (2009) považuje **přesné dodržování stanovené léčby**. Značná proměnlivost HIV vytváří předpoklady k rychlému vzniku rezistentních kmenů.

Černý a Machala (2007) popisují **vznik řady mutací** v průběhu infekce. Původní antigenní výbava v důsledku selekčních mechanismů mizí a je nahrazována novými variantami. Tato plasticita viru zajišťuje únik před imunitní odpovědí a často vznikají klony, které jsou rezistentní na podávaná antiretrovirotika. Proměnlivost viru je další překážkou pro vývoj účinné vakcíny.

Podle ČSAP (2008) **se nedá HIV vyléčit** z těchto hlavních důvodů:

1. buňka zůstane infikovanou, vzhledem ke schopnosti viru skrýt se v ní.
2. HIV virus umí měnit svou strukturu (vytváří miliardy svých kopií každý den, ale při tom může dojít k různým mutacím ve struktuře viru).
3. HIV si dokáže vytvořit odolnost vůči lékům určeným k jeho potírání.

Bartošová a kolektiv (2005) uvádí jako nejděle používanou skupinu antiretrovirotik **nukleosidová analoga (nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy – NRTI)**. Fungují jako falešné nukleosidové báze, jejichž inkorporace do provirové DNA ukončuje přepis genetického materiálu viru do genomu napadené buňky. **Nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI)** se přímo vážou na reverzní transkriptázu, tím zabraňují transkripci virové RNA do provirové DNA. Obě skupiny antiretrovirotik tedy různými mechanismy ovlivňují preintegrační fázi infekce.

Naproti tomu **inhibitory virových proteáz (PI)** působí v posintegrační fázi infekce. Blokují enzymy, které jsou nutné k vytvoření funkčně hodnotných virionů. Účinkem PI vznikají nezralé inkompletní viry, které jsou neinfekční a zároveň neschopné po opuštění hostitelské buňky do té doby intaktní CD4+ buňky. Enfuvirtid je **inhibitorem fúze** HIV s cílovou buňkou, podáván parenterálně.

Staňková a Skokanová (2007) prezentují, že v poslední době se pro zlepšení spolupráce pacienta při léčbě vyrábějí kombinované přípravky, jež obsahují několik účinných látek v jedné tabletě. Byly vyvinuty **přípravky s dlouhým biologickým poločasem**, mohou se podávat v jediné denní dávce. Zaváděny jsou také antiretroviróvé léky, mající méně vedlejších nežádoucích účinků, tím pádem pacienty lépe snášeny.

Účinná kontrola HIV infekce je celosvětově možná jen pomocí bezpečné vakcíny. **Nový světový vědecký strategický plán** předpokládá, že při náležité politické a finanční podpoře by se první pozitivní výsledky mohly objevit v roce 2015.

Dle ČTK (2012) Americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) schválil užívání léku **Truvada pro prevenci nakažení virem HIV** u rizikových skupin obyvatelstva. Přípravek vyrábí farmaceutická firma Gilead Sciences, která při jeho vývoji využila výsledků výzkumu českého vědce Antonína Holého. Truvadu budou moci využít zdraví lidé, kterým ve zvýšené míře hrozí riziko nakažení HIV (např. lidé, jejichž partneři jsou HIV pozitivní). Doposud se lék užíval k potlačení infekce u nemocných, když jedna tableta nahrazovala dříve třináct užívaných prostředků. Podle studií snižuje Truvada v případě pravidelného užívání riziko přenosu až o 73 %.

Dále ČTK (2012) uvádí, že s preventivním podáváním Truvady nesouhlasí vedoucí AIDS centra Bulovka Marie Staňková, která udává jeho stoprocentní

neúčinnost a míní, že zdánlivý pocit bezpečí by mohl vést k promiskuitě, tím pádem i k většímu šíření nemoci.

2.2.12 Prevence sexuálního přenosu

Za nejčastější trias prevence se považuje ABC, tedy buď abstinence či být věrný jednomu partnerovi a kondom. Kromě toho existují i jiné preventivní strategie, které jsou více nebo méně účinné (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

A – abstinence

Holub (1993) uvádí první, spíše teoretickou, ale nejbezpečnější praktikou je **sexuální zdrženlivost** neboli sexuální abstinence, což znamená zřít se zcela sexuálního styku. Zdrženlivost se doporučuje uplatňovat **u mladých lidí, aby nevstupovali do aktivního sexuálního života příliš brzy a nepřípravěni**. Onemocnění AIDS vytvořilo i jiný postoj k sexuálním vztahům a každý jedinec by si měl uvědomit svou zodpovědnost za sexuální život a uplatňovat etické a morální normy v oblasti sexuálního vztahu dvou lidí. Cena za podceňování těchto přístupů je vysoká – možnost získání smrtelného onemocnění. V abstinenci bývají podporovány i **osoby HIV pozitivní**.

B – být věrný

V souvislosti s bezpečnějšími sexuálními praktikami je potřebné uvádět **citový vztah a vzájemnou důvěru obou partnerů**, což jsou důležité faktory vedoucí k bezpečnému sexu. Přitom nemusí být vždy opačného pohlaví. Každý nechráněný sexuální styk mimo stálý partnerský vztah se stává rizikový (Holub, 1993).

Šulová, Fait, Weiss a kolektiv (2011) uvádějí, že podíl osob, které měli v životě jen jediného partnera, nepřevyšuje v naší populaci 10 %. Vhodnou alternativou pro páry s navázaným vážným vztahem po předchozím užívání kondomu je podstoupení **společně HIV testu**. Od posledního nechráněného styku by mělo uplynout alespoň 2–3 měsíce. V případě porušení věrnosti nechráněným pohlavním stykem je vhodné, aby se až do dalšího testu oba partneři vrátili k používání kondomu. HIV negativita jednoho z partnerů neznamena negativitu druhého ani v případě, že již dlouhou dobu předtím provozovali nechráněné pohlavní styky.

C – kondom

Holub (1993) píše, že počátky na zásady bezpečnějšího sexu se zužovaly jen na **používání kondomu** (obrázek 5). Postupně byl uveden soubor bezpečnějších sexuálních praktik, aby se mohl každý jedinec rozhodnout, jaké bude v souvislosti s prevencí AIDS uplatňovat ve svém pohlavním životě.



Obrázek 5. Kondomy (www.novinky.cz)

Použití **mužského kondomu** při prevenci HIV infekce **podstatně snižuje riziko nákazy virem**. Zároveň podstatně snižuje i pravděpodobnost nákazy jinou sexuálně přenosnou nemocí. Pokud má být chráněná soulož doplněná lubrikantem, neměl by být na tukové bázi. Pro anální sex je vhodnější použít zesílený kondom, který lze doporučit i pro vaginální sex u HIV diskordantních (jeden HIV+, druhý HIV-) párů. Použití kondomu je dostatečně spolehlivé, jen pokud je soulož chráněná po celou dobu (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

Vzácně se lze setkat také s alergií na latex, což lze vyřešit hypoalergenními kondomy, které místo latexu obsahují polyuretan. Na stejném principu je založen tzv. **ženský kondom–femidom**, pomocí něhož má žena větší kontrolu nad dodržením bezpečnějšího sexu (www.aids-hiv.cz).

Během rozvoje epidemie AIDS bylo v mnoha zemích dokumentováno častější používání kondomů, zejména při souloži s nahodilým partnerem. Avšak v posledních letech opět dochází k ústupu od bezpečnějšího sexu a to zejména u žen. Pozitivním

jevem je rozšíření sociálních norem, které použití kondomu akceptují (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

Tabulka 2. Použití kondomu s nahodným partnerem (Weiss, 2010)

Použití kondomu s nahodilým partnerem	1993	1998	2003
Muži vždy	41 %	62 %	65 %
Muži nikdy	34 %	9 %	12 %
Ženy vždy	35 %	54 %	47 %
Ženy nikdy	47 %	17 %	29 %

Další preventivní strategie

Výsledky randomizovaných a kontrolovaných studií z Jižní Afriky, Keni a Ugandy prokázaly, že **obřezaní muži** čelí při sexu s infikovanými ženami nižšímu riziku nákazy virem HIV, došlo ke snížení přenosu o 50–60 %, avšak při homosexuálním styku se ochranný efekt obřízky neprojevil. Pro Evropany je představa obřízky těžko přijatelná, neboť integrita lidského těla se stala velmi důležitou, zaujímají spíše negativní postoje a vnímají ji spíše jako nevratný zmrzačující chirurgický zákrok (www.tribune.cz).

Šulová, Fait, Weiss a kolektiv (2011) vysvětlují účinnost obřízky především snadnějším dodržováním hygieny a také snížením rizika výskytu ostatních sexuálně přenosných chorob. Podmínkou kladného efektu je provedení výkonu za sterilních podmínek.

Holub (1993) řadí mezi další sexuální praktiky snižující riziko přenosu HIV, které se nazývají **nepenetrativní necking, petting a používání erotických pomůcek**. Jedná se o manuální laskání, mazlení a dráždění obou partnerů. Při neckingu je prováděno v horní části těla a může vést až k vyvrcholení. Umožňuje vzájemné bližší poznávání, objevování erotogenních zón, což vytváří dobrý předpoklad pro budoucí plný sexuální prožitek u obou partnerů. Petting se odehrává taktéž manuálně, včetně dráždění pohlavních orgánů, ovšem bez soulože.

Šulová, Fait, Weiss a kolektiv (2011) upozorňují, že se zvýšeným rizikem přenosu HIV bývají **souběžné epidemie jiných sexuálně přenosných chorob**, ať již v rozvojových zemích nebo v komunitě injekčních uživatelů drog či homosexuálních mužů. Užívání drog a alkoholu zvyšuje četnost rizikového chování. Rovněž bylo

dokumentováno, že rekreační užívání léků na podporu erekce bývá spojeno s častějším rizikovým sexem. Mohou se podílet i některé méně obvyklé sexuální praktiky. Například piercing žaludu prakticky vylučuje úspěšné použití kondomu.

Weiss 2010) uvádí, že možnosti vakcinace, ať již preventivní či terapeutické, se přes dlouholeté úsilí zatím nepřiblížily výraznému úspěchu. Další výzkumy se týkají vývoje mikrobicidů včetně těch vhodných pro anální sex.

Epidemiologické opatření je děleno:

a) Preventivní

- Výchova.
- Bezpečnost krevních konzerv a derivátů díky testování dárců.
- Program výměny jehel a stříkaček u injekčních uživatelů drog.

b) Represivní

- Hlášení HIV pozitivivity, onemocnění AIDS a úmrtí Národní referenční laboratoři.
- Represivní opatření podle zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví (např. podrobit se lékařskému dohledu, dodržovat poučení lékaře o ochraně jiných fyzických osob, nevykonávat činnosti, které by ohrožovaly zdraví jiných fyzických osob aj), (www.aids-hiv.cz).

2.2.13 „Hrou proti AIDS“

Kubátová a kolektiv (2008) doporučují v prevenci HIV/AIDS peer výchovu, zaměřující se na dospívající před zahájením sexuálního života. Cílem projektu není mentorování a pasivní předávání poznatků, ale aby dokázali mladí lidé předávané informace použít, aby byli nuceni o nich přemýšlet, aby se zamyslili nad svými postoji k otázkám sexuality a tím i k přenosu pohlavně přenosných infekcí včetně HIV/AIDS, a v neposlední řadě si vytvořit odpovídající vzorce sexuálního chování.

Kubátová a kolektiv (2008) dále uvádí, že předlohou programu „**Hrou proti AIDS**“ se stal projekt německé Spolkové centrály pro zdravotní osvětu (BzGA) nazvaný „Mitmach-Parcours zu AIDS, Liebe a Sexualität“. Mottem projektu jsou slova bývalého ředitele Global Programme on AIDS Dr. Michela Mersona: „*Jediný způsob, jak ochránit naše děti před AIDS, je dokázat, aby uměly ochránit sami sebe.*“

Hamplová (2008) píše, že podstatou peer výchovy se stala vzájemná výuka vrstevníků ve skupině. Metoda vznikla v sedmdesátých letech 20. století v USA, začala

být používána jako metoda zaměřená na ovlivnění chování a získávání určitých dovedností. Od konce devadesátých let se úspěšně používá po celém světě.

Intervenovanou populací jsou žáci základních i středních škol, speciálních škol a učilišť. Nositeli informací se stávají odborně proškolení studenti, kteří vystupují v roli moderátorů jednotlivých stanovišť. Filozofií tohoto projektu je předat mládeži znalosti jinou formou než přednáškami (Hamplová, 2008).

O odlišné výchovné akci informuje Křemen (2003). V letech 2000 až 2003 byly pořádány mediky 5. ročníku Univerzity Karlovy v Praze **semináře**, které absolvovalo přes 900 studentů ze 13 středních škol ve věku 14-19 let. V úvodní části byl zadán krátký dotazník a následovala diskuze, kde byl využit velký zájem k odstranění nedostatků ve znalostech pohlavně přenosných chorob.

Mezinárodní projekt „**Slunečnice proti AIDS**“ zaměřený na prevenci šíření HIV/AIDS absolvovalo více než 500 dospívajících v Ústeckém kraji. V rámci kampaně probíhaly besedy s vyškolenými dobrovolníky, které byly doplněny tištěnými materiály, vytvořenými mladými lidmi z devíti zúčastněných zemí na společném workshopu ve spolupráci s odborníky v problematice HIV/AIDS. Byly vyhodnoceny před i pokampaňové dotazníky, které vypovídaly o uspokojivém doplnění znalostí a zodpovědnějšímu náhledu na rizikové chování.

2.2.14 Statistické údaje HIV/AIDS v České republice

Počet nově objevených případů za rok 2012 vyřadil Českou republiku ze zemí s nejnižším výskytem HIV infekce. Došlo k překročení hranice výskytu infekce, a to dva případy na 100 tisíc obyvatel (www.zpravy.idnes.cz).

Šulová, Fait, Weiss a kolektiv (2011) označují za alarmující nárůst nových případů už v posledních pěti letech, kdy v každém následujícím roce byl zjištěn dosud největší zaznamenaný počet. V roce 2009 bylo 157 případů, což je prakticky dvojnásobek proti roku 2005.

Mezi nově infikovanými pro rok 2012 je 185 mužů a 27 žen. Došlo k nárůstu podílu infikovaných žen na 12,7 %. Průměrný věk zjištění diagnózy HIV infekce je 34 let. Česká republika se řadí mezi země, kde HIV infekce postihuje především mladou generaci. Polovina nově diagnostikovaných osob uvádí obvyklé bydliště v Praze, dále je zastoupen Středočeský kraj (12,3 %), Plzeňský kraj (7,1 %), následuje Moravskoslezský kraj s 6,1 % (www.szu.cz).

Obrázek 6 znázorňuje HIV pozitivní případy v ČR podle pohlaví, věku a klinického stadia v době první diagnózy a počtu úmrtí.

HIV POZITIVNÍ PŘÍPADY V ČR PODLE POHLAVÍ, VĚKU A KLINICKÉHO STADIA V DOBĚ PRVNÍ DIAGNÓZY A POČTU ÚMRTÍ <i>(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)</i> Kumulativní údaje ke dni 31.12. 2012												
Věková skupina	Věk při první diagnóze HIV+			Věk při první diagnóze HIV+ u asympt. osob			Věk při první diagnóze sympt. non AIDS			Věk při první diagnóze AIDS		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
0-4	3	3	6	2	3	5	0	0	0	0	0	0
5-9	3	1	4	2	1	3	0	0	0	0	0	0
10-14	6	0	6	0	0	0	1	0	1	0	0	0
15-19	42	28	70	28	21	49	7	0	7	3	1	4
20-24	231	88	319	175	76	251	20	6	26	14	3	17
25-29	332	76	408	242	53	295	30	8	38	43	13	56
30-34	332	66	398	239	41	280	41	9	50	62	19	81
35-39	241	27	268	165	21	186	38	3	41	55	6	61
40-49	266	28	294	166	9	175	37	8	45	76	16	92
50-59	82	13	95	39	3	42	16	2	18	34	5	39
60-	16	3	19	7	0	7	1	1	2	11	5	16
Celkem	1554	333	1887	1065	228	1293	191	37	228	298	68	366
Úmrtí	218	48	266	32	4	36	36	7	43	150	37	187

Obrázek 6. HIV pozitivní případy v ČR podle pohlaví, věku a klinického stadia v době první diagnózy a počtu úmrtí (www.szu.cz)

Zdrojem nákazy pro první polovinu roku 2012 byl pohlavní styk bez ochrany po seznámení s náhodným partnerem, seznámení po internetu, pohlavní styk s partnerem tající svou pozitivitu, homosexuální a swingers párty (www.aids-hiv.cz).

Státní zdravotní ústav udává, že **přenos sexuální cestou nadále dominuje**. Pro rok 2012 byl tento přenos klasifikován u 90,6 % případů. 153 nově zjištěných případů bylo zjištěno u mužů, kteří měli v minulosti sexuální styk se stejným pohlavím. Dlouhodobě dominantním rysem je vysoký podíl homo/bisexuálního přenosu. Naopak dlouhodobě nízký přenos se děje prostřednictvím injekčního užívání drog. Tento způsob přenosu byl evidován u 2 mužů a 3 žen (www.szu.cz).

Podle odhadů Evropského centra pro kontrolu nemocí o své nákaze virem HIV neví dalších 20 – 25 % lidí. Celkový počet infikovaných by se mohl pohybovat mezi 1800 -2000, kdy horní hranicí je až 3000. Tento podíl se blíží celoevropskému odhadu, kde se předpokládá, že o své nákaze neví asi třetina osob. Neznalost svého zdravotního stavu má zásadní dopad. Pravděpodobnost, že dojde k dalšímu přenosu HIV je 3,5x

vyšší od osoby, která o své nákaze neví, než od osoby, která je o svém zdravotním stavu informována. Kromě přijetí vyšší zodpovědnosti se může příznivě uplatnit i faktor snížené virové nálože v důsledku protivirové léčby (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

Při zjištění HIV infekce bylo 156 (73,6 %) v asymptomatickém stádiu, ve stádiu akutní infekce se evidovalo 27 pacientů (12, 7 %), v symptomatickém stádiu non-AIDS 14 případů (6,6 %) a 15 případů (7,1 %) s rozvinutým onemocněním AIDS.

V roce 2012 bylo z 212 nových případů zjištěno 61 u rezidentů (28,8 %), kteří pocházejí zejména ze Slovenska, Ukrajiny, Vietnamu a Moldavska (www.szu.cz).

2.2.15 Statistické údaje ze světa a z Evropy

Procházka (2012) uvádí, že celosvětově žije ve světě 34 milionů osob s HIV pozitivitou, dvě třetiny z nich žijí v subsaharské Africe, následuje Asie a východní Evropa. Celkový počet žijících s HIV se i přes snížený nárůst nových případů nadále zvyšuje, tímto důsledkem se stala léčba, díky níž klesla úmrtnost.

Podle odhadů UNAIDS, které jsou k dispozici za rok 2010, žije ve světě přibližně 34 milionů osob s HIV pozitivitou, z nichž se 2,7 milionů nakazilo v roce 2010 a 1,8 milionů v témže roce na AIDS zemřelo. V mnoha regionech světa došlo ke zpomalení a stabilizaci epidemie HIV, nicméně od roku 2001 vzrostl počet osob žijících s HIV o 17 %. Znatelný nárůst nově infikovaných osob byl zaznamenán ve východní Evropě, centrální Asii, Oceánii, na Blízkém východě a v Severní Africe (www.aids-hiv.cz).

Weiss (2010) informuje, že ročně přibudou 4 miliony nově HIV infikovaných osob. Nejpostiženější oblastí zůstává Afrika, v zemích jako je Svazijsko a Botswana se datuje prevalence vyšší než 25 %. Způsobem šíření dominuje heterosexuální přenos.

Údaje svědčí o pokračujícím nárůstu nových případů i v Evropské unii. V roce 2010 bylo zjištěno 27 587 nových případů, což je o 4 % více než v roce 2009. Naopak počet nových případů AIDS v Evropě klesá. V roce 2010 bylo registrováno 4626 případů. Od roku 2004 došlo ke snížení počtu nových případů na polovinu, zřejmě hlavně kvůli účinné léčbě. HIV se přenáší mezi homosexuálními muži, následují heterosexuální přenosy. V evropských zemích stojících mimo Evropu bylo zjištěno v roce 2010 celkem 91 219 nových případů HIV, a to zejména v zemích s generalizovanou epidemií HIV/AIDS jako Ukrajina, Rusko, Estonsko, kde dominuje přenos prostřednictvím injekčního užívání drog a heterosexuálního styku. Jelikož HIV může zůstat dlouhodobě asymptomatická, mnoho osob o své pozitivitě není

informováno, Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí odhaduje v Evropě 30 % podíl na všech infikovaných (www.aids-hiv.cz).

Celosvětově se v posledních deseti letech podařilo snížit počet nových HIV pozitivních infekcí o 20 %, což znamená, že každý nový rok se HIV nakazí 2,5 milionů osob. U dětí dosahuje snížení dokonce 24 %. Hlavním podílem snížení má rozšíření protivirové léčby, která snižuje zároveň i riziko přenosu. Nadále nejvíce nových případů zaznamenává Afrika (1,7milionů). Země bývalého sovětského impéria (Ukrajina, Rusko, Estonsko) vykazují však stále rychlejší nárůst. I přes toto snížení se denně zaznamená 7000 nových infekcí, tedy 5 nových nálezů během minuty (Procházka, 2012).

Na AIDS zemře ročně 1,7 milionů osob, což oproti roku 2005 značí 24 % pokles, hlavní příčinou úmrtí se stala tuberkulóza. Počet úmrtí na AIDS se stává desetkrát vyšší ve východní Evropě než v západní či střední Evropě.

2.3 Sexuální výchova

Z hlediska prevence a informovanosti HIV/AIDS nejen u středoškolských žáků se stává prioritní sexuální výchova. Primárně by se měla odehrávat v rodinném prostředí a poté ve školách, v praktickém životě se však tato ideální situace mnohdy neuskutečňuje.

2.3.1 Vymezení sexuální výchovy odborníky

Není jednoduché vymezit předmět sexuální výchovy. Dotýká se několika jiných oborů a to především sexuologie, psychologie, komunikace, pedagogiky a v neposlední řadě lékařství.

J. Mellan a A. Brzek (Weiss a kol., 2010) ji chápou jako komplexní výchovu směřující k vytvoření předpokladů pro správné chování ve všech oblastech sexuálně motivovaného chování, kde je zpravidla zahrnuta mimo pohlavní spojení i komplexní problematika manželství a rodiny.

Prevandúrová (Weiss a kol., 2010) zdůrazňuje smysluplnost výchovy začleněním do rámce celkové výchovy k mezilidským vztahům a dle ní ji nelze odtrhnout ani od etické kultury.

Zvěřina ji vymezuje jako složku, která rozvíjí lidskou sexualitu ve schopnost každého jedince realizovat sex v oblasti pozitivních citových zkušeností (Weiss a kol., 2010).

Horáková a Janiš (1997) sexuální výchovu charakterizují jako vědecky koncipovanou, rozvíjející a kultivující lidskou dispozici pro osobní život subjektu a pro jeho schopnost integrace do společenského systému.

Kubálková a Čáslavská (2010) uvádějí, že Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF) v souladu se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) se shodují, že sexuální výchova představuje nejen sexuální život, ale vychovává i k mezilidským a rodinným vztahům, klade důraz na antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných nemocí a řeší i psychologické a psychosexuální problémy spojené s každým partnerským soužitím.

Dle Vránové (2010) je sexuální výchova pojatá jako výchova k manželství, rodičovství a zdravému způsobu života. Ve výukových programech by měla být zařazena od vstupu dítěte do školy a provázet jej po celou dobu povinné školní docházky. Měla by být realizována v rozsahu a prostředky, které odpovídají věku a potřebám žáků. Vést k pochopení sexu jako daru, který umožňuje předávání života. Do výchovy je potřeba zahrnout i emotivní působení – ukázat krásu a jedinečnost rozvíjejícího se nového života.

2.3.2 Náhled do historie sexuální výchovy

Sexuální chování významně ovlivňuje lidské životy, kultury, ekonomiku a další škálu činností a systémů v lidské společnosti. Prapůvodní funkce rozmnožování byla ve vývoji člověka obohacena sexualitou pro rozkoš, vztah a lidskou harmonii. Sexualita se stala jedním z nejsilnějších zdrojů pocitu lidského štěstí a obrovské humánní inspirace (Horáková, Janiš, 1997).

Janiš (2007) konstatuje, že sexuální výchova se prolínala v různých obměnách celou historií lidstva. Ve druhé polovině 19. století došlo k postupnému odtabuizování lidské sexuality a tento trend se postupně šířil Evropou. Jako motivační základ posloužily zmínky z Rousseauova Emila.

Volání po změně sexuální morálky a po otevřené informovanosti lidí o pohlavním životě vyvrcholilo v době mezi dvěma světovými válkami. V Kodani roku 1928 byla založena instituce „Světová liga pro sexuální reformu“. Prvním bodem programu této ligy bylo zrovnoprávnění žen a druhým uvolnění manželství od církevního a státního poručnickování. Usilovala o plánovitou a cílevědomou sexuální výchovu a osvětu (Horáková, Janiš, 1997).

Weiss a kolektiv (2010) shrnují významné mezníky spojené s postoji k sexuální výchově v průběhu dvacátého století na **psychoanalýzu**, která odkrývá význam sexuality na vývoj jedince. Následoval **rozvoj antikoncepce**, což zapříčinilo oddělení sexuality od reprodukce. **Sexuální revoluce 60. let**, rozpoutala diskuzi na téma sexuality v lidském životě obecně. **Objevení rizika HIV/AIDS** rozvinulo strach z promiskuitního a nechráněného sexuálního chování. Jako poslední mezník udává **různé roviny mediálního vlivu** na lidskou sexualitu.

Vránová (2010) uvádí, že ve Švédsku vznikl nejstarší ucelený model sexuální výchovy, kde se od roku 1942 používá na základních školách. Švédská asociace pro sexuální výchovu byla založena roku 1933 a její hlavní ideologická východiska lze shrnout do tří bodů:

1. Zásada volných a objektivních informací o antikoncepci.
2. Právo na interrupci za určitých podmínek.
3. Otevřená sexuální výchova na školách.

Leiferová (2004) poukazuje na nedávnou minulost, kdy se sexuální vzdělání soustředilo na fyziologii pohlavního aktu, reprodukční orgány, popřípadě pohlavně přenosné choroby. Informace o osobních hodnotách sexuality, antikoncepci a bezpečném sexu citelně chyběly.

2.3.3 Dnešní sexuální výchova

Sexuální výchova žáků adolescentního věku představuje náročný úkol. Vyučující se musejí zbavit osobních postojů a zaujatosti, chápat v širší souvislosti kulturní, morální a sociální souvislosti, rozumět fyzickému a psychickému růstu a vývoji. Zvýšený výskyt HIV/AIDS a jiných sexuálně přenosných chorob je řádným důvodem formálního začlenění této výchovy do školského systému (Leifer, 2004).

Holub (1993) poukazuje na průzkumy v zahraničí, že správně volené a vhodně podané poznatky z oblasti sexuálního života vyvolávají u žáků v sexuálních počátcích zdrženlivost a opatrnost. S aktivním sexuálním životem začínají znatelně později, než jejich nepoučení a nepřipravení vrstevníci.

Vránová (2010) píše, že každá škola by měla žáky připravit na skutečný život. Základní vědomosti o sexualitě by neměly být nikomu upírány. Pedagogové by měli mít povinnost své žáky poučit v oblasti pohlavního života.

Holub (1993) zmiňuje zastavení výskytu HIV pozitivních pacientů v Holandsku. Hlavním důvodem byla uvedena otevřená zdravotní výchova dětí v oblasti prevence

AIDS. Odborníci zde mohli s prevencí AIDS začít ve 12. roku věku dítěte po předcházející postupné sexuální výchově od 8. roku. Dvanáctileté děti byly seznamovány s ochranou funkcí prezervativu, kde je možné prezervativ koupit a jak ho použít. Návčik provádí na modelech a dokonce organizují i soutěže v navlékání prezervativů. Je třeba zdůraznit, že těmto návčikům předchází velice seriózní a důstojné poučení o prevenci AIDS, pohlavních nemocech, rizicích předčasných a neuvážených styků (Holub, 1993).

Leifer (2004) dodává, že některé komunitní agentury ve Spojených státech amerických realizují komplexní formální strukturované vzdělávací programy sexuální výchovy, přizpůsobené dětskému věku. Středoškolákům se na kurzech přednáší o tom, jak se zachovat v případě otěhotnění, prenatální a postnatální péči i efektivních rodičovských technikách. Diskutují o intimních vztazích, dotýkají se pojmů jako např. kompromis, řešení problémů, zdůrazňují se také důvody odmítnutí náhodného sexu.

V roce 2011 odstartoval cyklus seminářů s názvem „Láska ano, děti ještě ne“ a „Rady začínajícím milencům“ na českých základních a středních školách. Zúčastnilo se ho 44 000 studentů. Jeho cílem je doplnit témata sexuální výchovy na školách, připravit je na zodpovědný vstup do sexuálního života a zároveň umožnit diskuzi s odborníky. Koordinátor konceptu Petr Kovář poukazuje, že jen 5 % dospívajících stihnou ohledně sexu poučit jako první rodiče. Žáci preferují probírání tematiky s nezávislými odborníky, jako hlavní důvod udávají stud před rodiči (www.denik.cz).

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Kvůli výzkumnému šetření byly osloveny čtyři střední školy v Hranicích. Jednalo se o Střední lesnickou školu, ze které se zúčastnilo 104 žáků (36,49 %), Střední průmyslovou školu zastupovalo 61 respondentů (21,40 %), ze Střední soukromé odborné školy bylo osloveno 76 žáků (26,67 %) a Střední zdravotnickou školu zastupovalo 44 dotazovaných (15,44 %). Výběr středních škol probíhal náhodně.

Výzkumný soubor tvořilo 285 žáků od 1. až po 4. ročník. Šetření na středních školách probíhalo od 22. ledna do 4. února v roce 2013.

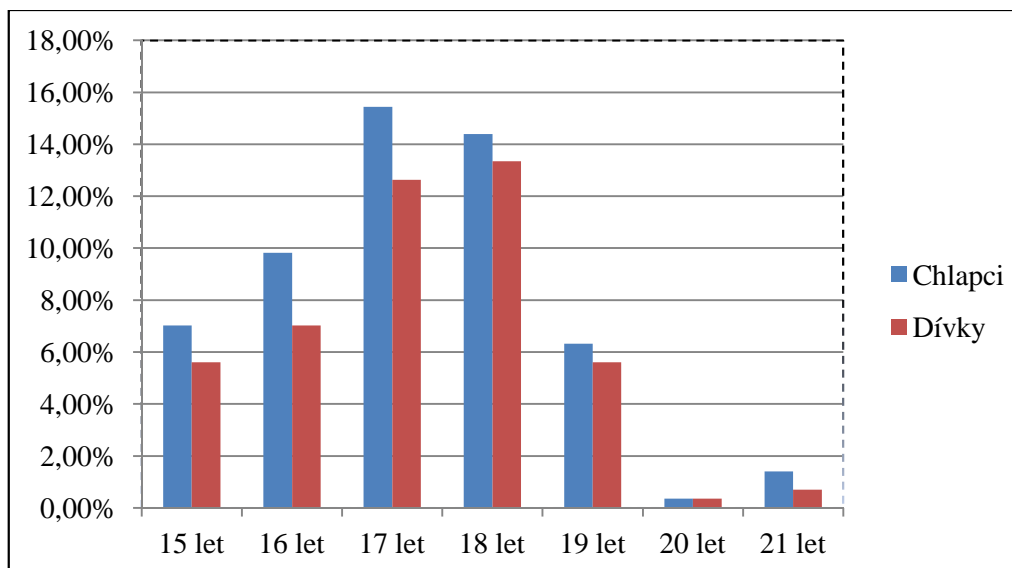
Pro vyhodnocení výsledků výzkumu a následného vyhodnocení dílčích úkolů práce byli žáci rozdělení podle pohlaví na chlapce a dívky. Zúčastněných chlapců ve výzkumu bylo 156, tedy 54,74 % a 129 dívek, což bylo 45,26 % z celkového souboru.

Z 285 respondentů, kteří se zapojili do výzkumu, bylo v 1. ročníku 69 žáků (24,21 %). Ve druhém ročníku bylo dotazováno 72 žáků, tedy 25,26 %. Největší skupina byla tvořena žáky třetího ročníku a to v počtu 99 žáků (34,74 %). Čtvrtý ročník zastupovalo 45 žáků (15,79 %).

Věkové kategorie respondentů jsou uvedeny v tabulce 3 a grafu 1.

Tabulka 3. Věkové rozložení respondentů

Věk	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
15 let	20	7,02	16	5,61	36	12,63
16 let	28	9,82	20	7,02	48	16,84
17 let	44	15,44	36	12,63	80	28,07
18 let	41	14,39	38	13,34	79	27,73
19 let	18	6,32	16	5,61	34	11,93
20 let	1	0,35	1	0,35	2	0,70
21 let	4	1,40	2	0,70	6	2,10
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00



Graf 1. Věkové rozložení respondentů

3.2 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo na středních školách, po předešlé dohodě s řediteli těchto škol. Následovalo setkání s vyučujícími zdravotnických předmětů, v jejichž výuce probíhalo výzkumné šetření. Nejprve jsem informovala studenty o požadavcích a technických záležitostech dotazníku. Ubezpečila jsem je o anonymitě testu. V závěru jsem s žáky prošla jednotlivé odpovědi a snažila se zodpovědět i další dotazy týkající se problematiky přenosu HIV/AIDS.

3.3 Dotazníková metoda

Empirickou metodou ke sběru dat byl vybrán dotazník (příloha 2), který byl žáky anonymně vyplněn. V úvodu vyplňování tohoto dotazníku byli žáci poučeni o správném způsobu vyplnění.

Celkově bylo vyhodnoceno 285 dotazníků. Pro přehlednost zjištěných výsledků byly vyhodnoceny data v tabulkovém editoru.

V dotazníku odpovídali respondenti na základní otázky týkající se jejich osoby. K vyhodnocení dat byly zapotřebí otázky především informačního charakteru. Dotazník obsahoval 20 uzavřených strukturovaných otázek. Žáci měli uvést vždy jednu správnou odpověď. Dotazník obsahoval i jednu otázku otevřenou, zde měli dotazovaní uvést, ve kterém předmětu se zabývali problematikou HIV/ AIDS. Čas pro vyplnění dotazníku se pohyboval v rozmezí 20 až 30 minut.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole se dostáváme k samotným empirickým údajům, tak jak byly získány formou dotazníků. Celkový počet otázek předložený studentům byl 21 a jejich interpretace bude prezentována v šesti oblastech za pomoci tabulek a grafů.

4.1 Povědomí o pojmové rozdílnosti HIV a AIDS

Zde studenti odpovídali na dvě otázky. Cílem bylo zjistit znalost pojmů HIV a AIDS. První otázka se zaměřila na samotný rozdíl mezi těmito zkratkami a zněla: Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS? Druhá z otázek zjišťuje, zdali studenti vědí, co označuje zkratka HIV. Odpovědi získané na první otázku zpracovává tabulka 4.

Tabulka 4. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Odpovědi na otázku 1	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Žádný. Oba pojmy znamenají totéž	14	4,91	9	3,16	23	8,07
HIV je virus. AIDS je onemocnění způsobeno HIV virem	126	44,21	116	40,70	242	84,91
AIDS je virus. HIV je onemocnění způsobeno AIDS virem	16	5,62	4	1,40	20	7,02
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Správná odpověď měla být: HIV je virus. AIDS je onemocnění způsobeno HIV virem. Správně odpovědělo 84,91 % respondentů. Celkový počet nesprávných odpovědí byl 15,09 %. Zajímavé je, že nesprávných odpovědí u dívek bylo 4,56 % a u chlapců 10,53 %, což je víc než dvojnásobný rozdíl.

Tabulka 5 zpracovává odpovědi na otázku druhou, která zní: Zkratka HIV znamená.

Tabulka 5. Zkratka HIV znamená

Odpovědi na otázku 2	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Označení pro bakterii, způsobující hnisavé onemocnění kůže	2	0,70	1	0,35	3	1,05
Označení pro žloutenku typu B	16	5,62	4	1,40	20	7,02
Označení pro vir, který napadá imunitní systém	138	48,42	124	43,51	262	91,93
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Správná odpověď zní: Označení pro vir, který napadá imunitní systém. Takto odpověděla většina respondentů (91,93 %), z nichž bylo 48,42 % chlapců a 43,51 % dívek. Dvacet žáků (7,02 %) uvedlo nesprávnou odpověď: Označení pro žloutenku typu B. Jen 3 žáci (1,05 %) uvedli: Označení pro bakterii, způsobující hnisavé onemocnění kůže, což je také nesprávné.

4.2 Povědomí o způsobech přenosu HIV

Těchto šest dotazů mapuje obeznámenost dotazovaných subjektů o způsobech přenosu HIV. První z nich je dotaz velmi obecný a ptá se, jak se HIV virus přenáší, odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 6.

Tabulka 6. HIV vir se přenáší

Odpovědi na otázku 3	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Slinami, dotykem	7	2,46	6	2,10	13	4,56
Hmyzem, chráněným pohlavním stykem, slzami	3	1,05	2	0,70	5	1,75
Krví, nechráněným pohlavním stykem, během těhotenství z matky na dítě	146	51,23	121	42,46	267	93,69
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

U této položky měli žáci odpovědět, že HIV vir se přenáší krví, nechráněným pohlavním stykem, během těhotenství z matky na dítě. Zde vidíme vysoké procento správných odpovědí (93,69 %), kde chlapci tvořili 51,23 % a dívky 42,46 %. Třináct respondentů (4,56 %) uvedlo, že HIV vir se přenáší slinami a dotykem. Pět respondentů (1,75 %) označilo, že se HIV vir přenáší hmyzem, chráněným pohlavním stykem, slzami. Tyto dvě možnosti byly nesprávné.

Další položka se dotazuje na rizikovost přenosu HIV u narkomanů sdílejících jehly. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 7.

Tabulka 7. Narkomani píchající si drogy mají riziko získat vir HIV při používání společných jehel

Odpovědi na otázku 4	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	155	54,39	129	45,26	284	99,65
Ne	1	0,35	0	0,00	1	0,35
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Zde vidíme prakticky stoprocentní úspěšnost správných odpovědí (99,65 %), kdy žáci zvolili odpověď: Ano. Zmýlení se dopustil jen 1 chlapec ze všech respondentů, což je zanedbatelných 0,35 %. Označil odpověď: Ne.

Podobný úspěch byl zaznamenán u dotazu, zda se člověk může nakazit HIV už při jediném nechráněném sexuálním kontaktu. Výsledky na otázku 5 zpracovává tabulka 8.

Tabulka 8. Člověk se může nakazit HIV už při jediném nechráněném sexuálním kontaktu

Odpovědi na otázku 5	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	151	52,99	127	44,56	278	97,55
Ne	5	1,75	2	0,70	7	2,45
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Správně odpověděli respondenti, kteří se domnívají, že se člověk může nakazit už při jediném nechráněném pohlavním styku. Tato odpověď byla zaznamenána u 278 studentů (97,55 %). Mylných odpovědí je pouze sedm (2,45 %), u chlapců v pěti případech (1,75 %), u dívek v případech dvou (0,70 %).

Informovanost klesá u otázky, jestli je pohlavní styk do konečníku vysoce rizikový pro přenos HIV? Výsledky ukazuje tabulka 9.

Tabulka 9. Pohlavní styk do konečníku je vysoce rizikový pro přenos HIV

Odpovědi na otázku 6	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	118	41,41	86	30,17	204	71,58
Ne	38	13,33	43	15,09	81	28,42
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Studenti, kteří uvedli kladnou odpověď, že pohlavní styk do konečníku je vysoce rizikový pro přenos HIV, zvolili správně. Bylo jich 204 (71,58 %). Zaznamenáno bylo 81 nesprávných odpovědí (28,42 %).

Předposledním dotazem v oblasti povědomí o přenosu HIV je otázka, zda se přerušovanou souloží stává pohlavní styk z hlediska přenosu HIV bezpečný. Tabulka 10 poukazuje na informovanost týkající se otázky 7.

Tabulka 10. Přerušovanou souloží se stává pohlavní styk pro přenos HIV bezpečný

Odpovědi na otázku 7	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	9	3,16	6	2,10	15	5,26
Ne	147	51,58	123	43,16	270	94,74
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Mylnou představu, že přerušovanou souloží se stává pohlavní styk pro přenos HIV bezpečný, mělo celkem 15 žáků (5,26 %). Studentů, kteří věděli, že přerušovanou souloží se nestává pohlavní styk pro přenos HIV bezpečný, bylo 270 (94,74 %).

Poslední položkou v části týkající se povědomí o způsobech přenosu HIV je otázka, zda používání společného nádobí, příborů a koupelny s osobou infikovanou virem HIV je rizikové pro přenos tohoto viru. Tabulka 11 znázorňuje, jak respondenti na tuto otázku odpověděli.

Tabulka 11. Společné používání nádobí, příborů a koupelny s osobou infikovanou virem HIV nepředstavuje riziko nákazy

Odpovědi na otázku 8	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	70	24,56	61	21,40	131	45,96
Ne	86	30,18	68	23,86	154	54,04
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Společné používání nádobí, příborů a koupelny s osobou infikovanou virem HIV nepředstavuje žádné riziko, to je správná odpověď na tuto otázku. Použilo ji ale jenom 131 dotazovaných (45,96 %), což je méně než polovina. Druhou (chybnou) odpověď zvolilo 154 dotazovaných (54,04 %).

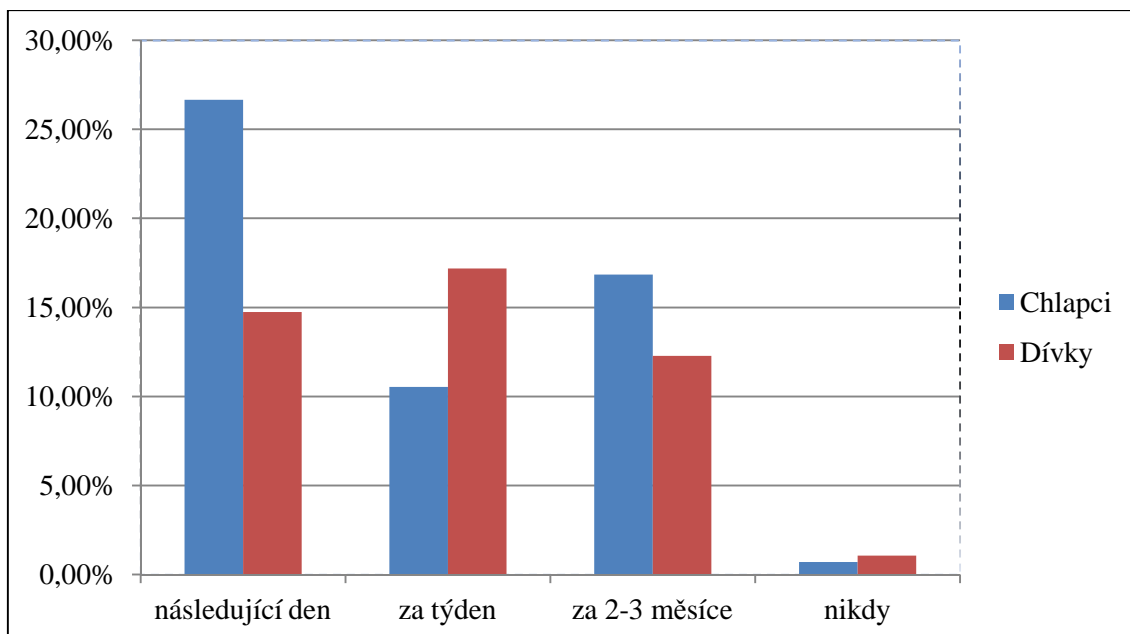
4.3 Informovanost o testování

V této oblasti byly položeny pouze dvě otázky. Cílem bylo zjistit, kolik základních vědomostí mají žáci středních škol ohledně testování na přítomnost HIV v krvi.

První otázka se ptá, za jakou dobu po rizikovém chování je vir HIV diagnostikovatelný v krvi. Odpovědi jsou v tabulce 12. Pro lepší vizuální přístupnost zde připojuji i graf 2.

Tabulka 12. Jak dlouho po rizikovém chování, lze zjistit vir HIV v krvi?

Odpovědi na otázku 9	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Hned následující den	76	26,67	42	14,74	118	41,41
Za týden	30	10,53	49	17,19	79	27,72
Za 2-3 měsíce	48	16,84	35	12,28	83	29,12
Nikdy. Neexistuje test na HIV	2	0,70	3	1,05	5	1,75
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00



Graf 2. Jak dlouho po rizikovém chování, lze zjistit vir HIV v krvi?

Správnou odpověď, tedy že přítomnost HIV v krvi lze zjistit nejdříve za 2-3 měsíce, udalo pouze 83 dotázaných (29,12 %). Ostatní možnosti nebyly správné. Odpověď, že lze zjistit vir HIV v krvi hned následující den uvedlo až 118 žáků, což činí 41,41 %. Odpověď, že lze zjistit vir HIV za týden použilo 79 respondentů (27,72 %). Pět žáků (1,75 %) se domnívá, že test na vir HIV neexistuje.

Následovala otázka: Jakým způsobem lze zjistit nakažení virem HIV? Získané odpovědi podává tabulka 13.

Tabulka 13. Jakým způsobem lze zjistit nakažení virem HIV?

Odpovědi na otázku 10	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Odběrem krve	152	53,34	120	42,11	272	95,45
Testem zakoupeným v lékárně	2	0,70	2	0,70	4	1,40
Rozborem moči	2	0,70	7	2,45	9	3,15
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Nakažení virem HIV lze zjistit odběrem krve. Zde je úspěšnost správných odpovědí velmi vysoká (95,44 %). Nesprávnou odpověď, že lze zjistit nakažení virem HIV testem zakoupeným v lékárně, použili celkem 4 žáci (1,40 %). Rozborem moči, což je mylná varianta, uvedlo 9 dotázaných (3,15 %), 7 dívek a jen 2 chlapci.

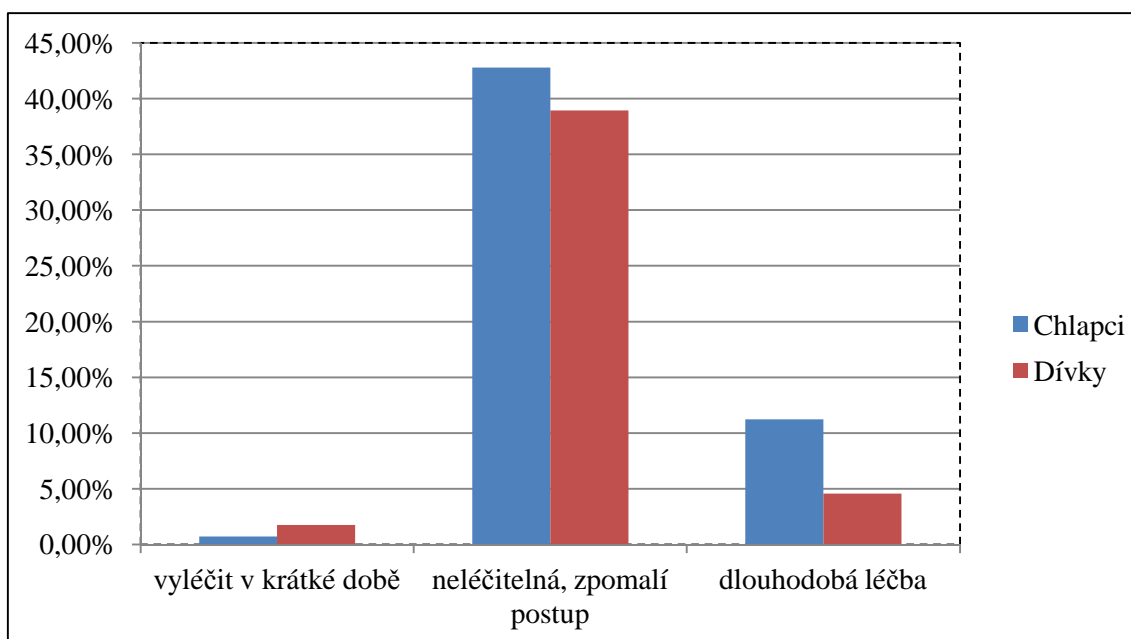
4.4 Povědomí o bližší charakteristice onemocnění AIDS

V této oblasti odpovídali respondenti na 3 otázky. První dvě se týkají léčitelnosti AIDS a době jeho propuknutí. Otázka třetí je dotazem o obecné povaze onemocnění AIDS.

První otázka se konkrétně ptá na léčebnou perspektivu u nemoci AIDS. Následující tabulka 14 i graf 3 poskytují zajímavé údaje.

Tabulka 14. Onemocnění AIDS

Odpovědi na otázku 11	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Lze vyléčit v krátké době, pacienta léčba nijak nezatěžuje	2	0,70	5	1,75	7	2,45
Je neléčitelná, může se pouze zpomalit postup onemocnění	122	42,81	111	38,95	233	81,76
Je léčitelné, ale léčba je dlouhodobá a nákladná	32	11,23	13	4,56	45	15,79
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00



Graf 3. Onemocnění AIDS

Žáci, kteří označili onemocnění AIDS za neléčitelné, kdy se může pouze zpomalit postup onemocnění, volili správnou možnost. Bylo jich celkem 233, což činí 81,76 %. Respondentů, kteří se domnívají, že onemocnění AIDS lze vyléčit v krátké době a léčba pacienta nijak nezatěžuje, bylo 7, to představuje 2,45 %. Třetí možnost, že

onemocnění AIDS je léčitelné, ale léčba je dlouhodobá a nákladná, je také chybná. Zvolilo ji 45 dotazovaných (15,79 %).

Druhá otázka v této části se ptá, za jak dlouho po nákaze AIDS nemoc obvykle projeví. Odpovědi najdeme v tabulce 15.

Tabulka 15. Nemoc AIDS se obvykle projeví

Odpovědi na otázku 12	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ihned po nákaze	32	11,23	14	4,91	46	16,14
Měsíc po nákaze	69	24,21	60	21,05	129	45,26
Roky po nákaze	55	19,30	55	19,30	110	38,60
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Správná odpověď zní, že nemoc AIDS propuká roky po nákaze, udalo ji 110 žáků (38,60 %). Nejčastěji volenou odpovědí bylo: měsíc po nákaze, uvedlo ji 129 žáků (45,26 %), avšak ti zvolili chybně. Ani odpověď: ihned po nákaze, není správná. Tuto možnost použilo 46 dotázaných (16,14 %).

Poslední otázka je zaměřena na charakteristiku onemocnění AIDS. Tabulka 16 prezentuje odpovědi.

Tabulka 16. Která z následujících charakteristik vystihuje nejlépe onemocnění AIDS

Odpovědi na otázku 13	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Závažné dědičné onemocnění	5	1,75	2	0,70	7	2,45
Virus způsobující onemocnění imunity	72	25,27	69	24,21	141	49,48
Nádorové onemocnění	2	0,70	1	0,35	3	1,05
Smrtelné selhání imunity	77	27,02	57	20,00	134	47,02
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Onemocnění AIDS nejlépe vystihuje smrtelné selhání imunity, tuto možnost uvedlo ve svých odpovědích 134 respondentů, což představuje (47,02 %). Další odpovědi, které byly nevyhovující, dopadly takto: AIDS je závažné dědičné onemocnění – uvedlo 7 žáků (2,45 %), AIDS je virus způsobující onemocnění imunity – použilo dokonce 141 tázaných (49,48 %), AIDS je nádorové onemocnění – zvolili pouze 3 žáci (1,05 %).

4.5 Žáci středních škol a osvěta

Tato oblast analyzuje osvětu žáků středních škol o problematice HIV/AIDS v současné době. Údaje v tabulkách v této oblasti jsou samy o sobě jednoduché. Na rozdíl od předchozích otázek se nejedná o nalezení správné odpovědi, ale o zjištění empirických faktů, týkajících se zdroje informací. Nezjišťujeme zde míru informovanosti studentů, ale míru a charakter jejich přístupu k dané problematice.

První otázka se ptá po zdroji těchto informací, následují dotazy na konání besed a probírání problematiky ve výuce.

První otázka konkrétně zněla: Jaký informační zdroj používáte nejčastěji, abyste se dozvěděl (a) o HIV/AIDS? Odpovědi poskytuje tabulka 17.

Tabulka 17. Jaký informační zdroj používáte nejčastěji, abyste se dozvěděl(a) o HIV/AIDS?

Odpovědi na otázku 14	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Internet	68	23,86	62	21,76	130	45,62
Kamarádi, známí	8	2,81	3	1,05	11	3,86
Škola	5	1,75	29	10,18	34	11,93
Rodiče	2	0,70	7	2,45	9	3,15
Brožurky, literatura	7	2,45	8	2,80	15	5,25
Nezajímám se	66	23,17	20	7,02	86	30,19
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Nejčteněji volenou odpovědí na nejčastější informační zdroj ohledně HIV/AIDS byl internet. Tuto možnost použilo 130 respondentů (45,62 %). Na druhé pozici byla uvedena odpověď: nezajímám se, kterou uvedlo až 86 středoškoláků (30,19 %), tuto variantu použilo 66 chlapců (23,17 %) 20 děvčat (7,02 %). Mezi další méně časté odpovědi patřily: kamarádi, známí - 11 žáků (3,86 %), škola - 34 žáků (11,93 %), rodiče - 9 žáků (3,15 %), brožurky a literatura - 15 žáků (5,25 %).

Druhá otázka: Měli jste ve škole besedu s tématikou HIV/AIDS? Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 18.

Tabulka 18. Měli jste ve škole besedu s tematikou HIV/AIDS?

Odpovědi na otázku 15	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	90	31,58	70	24,56	160	56,14
Ne	66	23,16	59	20,70	125	43,86
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Z celkového počtu 285 respondentů uvedlo 160 žáků (56,14 %) účast na besedě s tematikou HIV/AIDS. Žáků, kteří besedu ve škole neměli, bylo 125 (43,86 %).

Třetí otázka zněla: Pokud jste měli besedu, byla pro Vás přínosná? Odpovědi analyzuje tabulka 19.

Tabulka 19. Pokud jste měli besedu, byla pro Vás přínosná?

Odpovědi na otázku 16	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	66	41,25	40	25,00	106	66,25
Ne	6	3,75	2	1,25	8	5,00
Něco nového jsem se dozvěděl(a), většinu jsem již znal(a)	18	11,25	28	17,50	46	28,75
Celkem	90	56,25	70	43,75	160	100,00

Tabulka 19 vychází z celkového počtu 160 žáků, kteří se zúčastnili besedy ve škole s tematikou HIV/AIDS. Besedu jako přínosnou označilo 106 respondentů (66,25 %), z toho převažovalo 66 chlapců (41,25 %), děvčat 40 (25,00 %). Další skupina dotazovaných uvedla, že se něco nového dozvěděla, většinu však již znala. Těch bylo dohromady 46 (28,75 %). 8 (5,00 %) žáků uvedlo, že beseda pro ně nebyla přínosná.

Čtvrtá otázka byla formulována takto: Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v nějakém předmětu na Vaší škole? Odpovědi udává tabulka 20.

Tabulka 20. Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v nějakém předmětu na Vaší škole?

Odpovědi na otázku 17	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	60	21,05	57	20,00	117	41,05
Ne	96	33,69	72	25,26	168	58,95
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Bylo zjištěno, že problematikou HIV/AIDS v nějakém předmětu na škole se zabývalo pouze 117 respondentů (41,05 %). Výsledky u chlapců (21,05 %) a dívek (20,00 %) jsou vyrovnané. Počet žáků, kteří uvedli, že se tématikou HIV/AIDS ve škole nezabývali, bylo 168 (58,95 %).

Poslední položka se snaží blíže specifikovat předměty, ve kterých byla se žáky středních škol probírána tematika HIV/AIDS. Zde odpovídalo 117 respondentů, kteří v otázce 17 uvedli kladnou odpověď. Většinou se jednalo o předměty s humanistickým a přírodovědným zaměřením jako je občanská nauka, biologie, výchova ke zdraví, základy epidemiologie a hygieny. U 168 žáků nebyla zaznamenána žádná odpověď.

4.6 Osobní postoj žáků středních škol k nebezpečí HIV/AIDS

V této podkapitole studenti odpovídali na tři otázky, které se snaží zjistit, do jaké míry se osobně cítí být ohroženi nebezpečím HIV/AIDS. Ani zde si student nevybíral mezi správnou a špatnou variantou, ale svou odpovědí nám poskytl neutrální empirická fakta.

První otázka v oblasti osobního postoje žáků měla znění: Myslíte si, že HIV/AIDS se týká i Vás? Odpovědi byly zpracovány do tabulky 21.

Tabulka 21. Myslíte si, že HIV/AIDS se týká i Vás?

Odpovědi na otázku 19	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ne, mne se netýká	44	15,44	17	5,96	61	21,40
Ano, týká se více méně všech lidí	89	31,23	110	38,60	199	69,83
Ne, týká se pouze prostitutek, narkomanů a homosexuálů	23	8,07	2	0,70	25	8,77
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Největší skupina respondentů se shoduje, že HIV/AIDS se týká více méně všech lidí. Tuto odpověď uvedlo celkem 199 žáků (69,83 %). S další možností: Ne, mne se netýká, se ztotožnilo 61 dotazovaných (21,40 %). Dvacet pět studentů (8,77 %) se vyjádřilo, že HIV/AIDS se týká pouze prostitutek, narkomanů a homosexuálů.

Druhá otázka se týká realizace testování na HIV před zahájením společného sexuálního života. Odpovědi respondentů zaznamenávají níže uvedená data v tabulce 22.

Tabulka 22. Jestliže máte sexuálního partnera, nechali jste se s ním před zahájením společného sexuálního života testovat na HIV?

Odpovědi na otázku 20	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	2	0,70	15	5,26	17	5,96
Ne	133	46,67	52	18,25	185	64,92
Sexuálního partnera nemám	21	7,37	62	21,75	83	29,12
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Respondentů, kteří uvedli, že sexuálního partnera nemají, bylo celkem 83 (29,12 %). Z toho 62 dívek (21,75 %) a 21 chlapců (7,37 %). Nejpočetnější odpověď byla záporná, čímž studenti vyjádřili, že se před zahájením společného sexuálního života testovat nenechali. Tuto odpověď uvedlo 185 dotazovaných, což je 64,92 %. Pouze 17 žáků (5,96 %) uvedlo kladnou odpověď, z toho 2 chlapci (0,70 %) a 15 dívek (5,26 %).

Poslední položkou v dotazníku byl dotaz týkající se použití kondomu při náhodném sexuálním styku. Tabulka 23 nás seznamuje s odpověďmi.

Tabulka 23. Jestliže jste měli v minulosti náhodný pohlavní styk, použili jste kondom?

Odpovědi na otázku 21	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	100	35,09	42	14,74	142	49,83
Ne	33	11,58	26	9,12	59	20,70
Ještě jsem neměl(a) pohlavní styk	23	8,07	61	21,40	84	29,47
Celkem	156	54,74	129	45,26	285	100,00

Bylo zjištěno, že 142 středoškolských žáků (49, 83 %) v minulosti při náhodném pohlavním styku použilo kondom, z toho 100 chlapců (35,09 %) a 42 dívek (14,74 %). Kondom nepoužilo 59 dotázaných (20,70 %). Skupina 84 žáků (29,47 %) uvedla, že ještě neměl(a) pohlavní styk. Zde převažují dívky v počtu 61 (21,40 %) v porovnání s 23 chlapci (8,07 %).

5 DISKUSE

Nyní budeme stručně diskutovat a interpretovat výsledky prezentované v předchozí kapitole. V oblasti týkající se **Povědomí o pojmové rozdílnosti** byly dotazy směřovány na samotnou existenci viru HIV a onemocnění AIDS. Způsob tázání předpokládal znalost jednotlivých pojmů i vztahu mezi nimi. Na otázku, jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS, jsme dostali 84,91 % správných odpovědí.

Dotaz týkající se znalosti toho, co znamená zkratka HIV, dopadl lépe. Počet správných odpovědí byl 91,93 %. Zbývajících 8,07 % (23 žáků) se mylně domnívá, že vir HIV je bakterií způsobující hnisavé onemocnění kůže nebo zkrácený výraz pro žloutenku typu B.

Obdobnou otázku ve výzkumu položila 14-16letým žákům Škrobárová (2000). Otázka zněla: Co je původcem AIDS? Respondenti odpověděli správně ve 43,5 %, že původcem je virus HIV. Dotazovaní z hranických středních škol uvedli v 84,91 %, že onemocnění AIDS způsobuje vir HIV. Respondenti našeho výzkumu jsou lépe informováni o 41,41 %, což může být zapříčiněno i tím, že studenti našeho vzorku se nalézají ve vyšším věkovém rozmezí a volená odpověď byla nabídnuta ze tří možností.

Výsledky podkapitoly **Povědomí o způsobech přenosu HIV** se stávají z hlediska identifikace osvětových cílů již mnohem zajímavější. Informovanost respondentů má bezprostřední vztah k tomu, jak rizikově se dotázaní budou chovat.

Je evidentně důležité, zda studenti vědí, jakým způsobem se vir HIV přenáší. Studenti v 93,69 % případů zvolili správnou odpověď. Chybných odpovědí na tuto otázku bylo pouze 6,31 %. Znalost vztahu mezi přenosem HIV a používání společných jehel u narkomanů zjišťuje následující otázka, která zaznamenává 99,65 % úspěšných odpovědí. Pouze jeden dotázaný odpověděl mylně. Odpověď na otázku, zda je možné se nakazit již při jediném nechráněném pohlavním styku, znalo správně 97,54 % dotázaných, což lze chápat jako velmi dobrou informovanost.

Korelaci mezi análním sexem a rizikovostí nákazy virem HIV mapuje další otázka. Zde jsme obdrželi poměrně alarmující výsledek, kdy 28,42 % respondentů nevnímá anální sex jako rizikový ve vztahu k nákaze virem HIV. S otázkou, zda se přerušovanou souloží stává pohlavní styk pro přenos HIV bezpečný, si úspěšně poradilo 94,74 % dotázaných, což je výborná míra informovanosti.

Souhlasíte, že společné používání nádobí, příborů a koupelny s osobou infikovanou virem HIV nepředstavuje žádné riziko nákazy? Přestože tato otázka nemapuje klíčovou znalost pro snížení rizikovosti nákazy virem HIV, je zajímavá minimálně z hlediska potenciální společenské tolerance dotázaných vůči HIV pozitivním lidem. Míra chybných odpovědí byla překvapivě vysoká. Správnou odpověď neznalo 54,03 %. Velmi slabá informovanost v této oblasti může být silným indikátorem netolerance současné mládeže k nemoci AIDS a lidem jí postižených. Je totiž racionální předpokládat, že pokud si člověk myslí, že se může nakazit běžným kontaktem s HIV nakaženým, bude se snažit od této osoby izolovat.

Z hlediska osvěty je jistě nejzajímavějším údajem míra chybných odpovědí (28,42 %) na otázku týkající se rizikovosti análního sexu. Důvodem takto vysokého procenta chybných odpovědí může být fakt, že téma análního sexu je tématem tabuizovaným. Osvěta se možná tomuto tématu věnuje méně. Otevírá se nám zde tedy určitý prostor pro nápravu.

Otázky týkající se přenosu HIV byly použity z dotazníkového šetření Šejdy (1991), probíhajícího u slovenských středoškoláků v Považské Bystrici. V položce zaměřené na možnost získat HIV virus při sdílení jehel u narkomanů byly výsledky následující: správnou odpověď udalo 99,16 % slovenských žáků a hraničtí studenti byli úspěšní v 99,65 %. Možnost infikovat se HIV virem už při jediném nechráněném styku volilo správně 92,42 % respondentů ze Slovenska a 97,55 % žáků z hranického regionu. Obě srovnávané skupiny zde prokázaly výbornou informovanost. V položce spojené s používáním společné domácnosti si neporadilo 32,84 % studentů na Slovensku. Hraničtí studenti chybovali v 54,03 %. Přesto slovenští středoškoláci prokázali až o 21,19 % lepší informovanost. Rizikovost análního styku označilo správně až 87,79 % slovenských respondentů, hraničtí studenti byli úspěšní v 71,58 %. Středoškoláci na Slovensku byli opět úspěšnější v odpovědích, a to o 16,21 %.

Zde se nám nabízí vysvětlení, které může souviset se strachem ze zákeřné choroby AIDS. Ten panoval v devadesátých letech minulého století. Byl doprovázen povinnými přednáškami, vyšším počtem chráněných pohlavních aktů a zájmem o testování na virus HIV (<http://zpravy.idnes.cz>).

Další výzkum byl proveden v americkém městě New York, který uskutečnili Lesnick a Pace (1999). Celkový počet dotazovaných osob byl 1869 ve věkovém rozmezí 16-35 let. Respondenti v 93 % považují za rizikový faktor aplikaci drog společnými jehlami a 88 % dotazovaných uvedlo, že těhotná žena s chorobou AIDS

může přenést HIV vir na dítě. Studenti hranického zkoumaného vzorku uvedli v 93,69 % možnost přenosu z matky na dítě. Zde musíme uvést, že tato volba byla uvedena společně s krví a nechráněným pohlavním stykem, což mohlo být nápovědou.

Křemen (2003) upozorňuje, že až 80 % dotazovaných středoškoláků neuvedlo možnost nákazy HIV virem infikovanou injekční jehlou nebo přenosem infekce z matky na dítě během těhotenství. Tyto údaje již na první pohled znamenají velký úspěch výzkumného souboru v hranickém regionu.

Další zkoumanou oblastí byla **informovanost studentů ohledně testovacích metod**. První otázka zjišťuje: Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV? Mylné odpovědi byly nalezeny v 70,88 %. Procento mylných odpovědí je sice evidentně vysoké, ale naštěstí nemá přímou souvislost s případným rizikovým sexuálním chováním. Před testováním zdravotnický personál informuje o časovém zpoždění mezi rizikovým stykem a možnou průkazností viru HIV v lidském organismu. Druhá otázka zněla: Jakým způsobem lze zjistit nakažení virem HIV? Omyl byl zaznamenán u 4,56 % odpovědí.

Povědomí o bližší charakteristice onemocnění AIDS se opět vztahuje k potenciálně rizikovému sexuálnímu chování respondentů. První otázka ohledně perspektivy léčby onemocnění AIDS vypovídá o respektu dotázaných k závažnosti tohoto onemocnění. Studentů odpovídajících chybně bylo 18,24 %. Ti si neuvědomují, že AIDS je i v současné době nemocí neléčitelnou. Zde se opět odkrývá prostor pro osvětu, jelikož již samotná informace, že AIDS je onemocnění smrtelné jistě výrazně ovlivní přístup studentů k tomuto onemocnění.

Výsledky lze opět srovnat s výzkumem Škrobárové (2000), kde dotazovaní označili v 95 % AIDS jako onemocnění smrtelné, proti které nebyl doposud nalezen lék. Pět procent žáků si není této důležité informace vědomo. Přesto se jejich informovanost stává o 13,24 % lepší než u našeho zkoumaného vzorku.

Následující otázka se ptá, kdy se nemoc AIDS obvykle projeví. Počet mylných odpovědí je překvapivě velmi vysoký. Nesprávných odpovědí bylo až 61,40 %. Tato otázka souvisí s respektem k onemocnění AIDS podobným způsobem jako otázka předchozí. Člověk, který ví, že nemoc AIDS propukne až po několika letech, si je lépe vědom její zákeřnosti. Nemoc bude daleko více respektovat a dá se očekávat, že tomuto respektu přizpůsobí i své sexuální chování. Obdobně se to má i s následující otázkou: Která z následujících charakteristik vystihuje nejlépe onemocnění AIDS? Počet chybných odpovědí je opět překvapivě velmi vysoký. To, že AIDS je smrtelným

selháním imunity vědělo pouze 47,02 % dotázaných. Toto číslo opět vypovídá o tom, že studenti si často nejsou vědomi, jak závažným onemocněním AIDS je. S touto neznalostí souvisí nedostatečný respekt před nemocí a zvýšená rizikovost sexuálního chování.

Následují dvě oblasti, které kladou otázky jiného typu. Nejde v nich o zmapování četnosti *správných* a *špatných* odpovědí. Chtějí informovat, do jaké míry a jakým způsobem dosáhne současná osvěta až k samotnému studentovi a jaký osobní přístup student k této zákeřné nemoci má.

Výsledky podkapitoly s názvem **Žáci středních škol a osvěta** začíná otázkou: Jaký informační zdroj používáte, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS? Nepřekvapilo nás, že hlavním zdrojem informací v této oblasti je pro současného mladého člověka internet. Negativním zjištěním je, že 30,19 % dotázaných udalo nezájem o tak závažnou problematiku. Takto vysoké procento může souviset s nedostatkem respektu k závažnosti nemoci AIDS.

Dalším zajímavým údajem je velmi nízká míra komunikace o AIDS mezi dětmi a rodiči. S ohledem na zlepšení osvěty by jistě stálo za uvážení, do jaké míry by se její součástí měli stát i rodiče. Konkrétně jde také možná o to, naučit rodiče komunikovat o AIDS se svými dětmi.

Český gynekolog a sexuolog Petr Kolář poukazuje na preferenci dospívajících probírat intimní tematiku s nezávislými odborníky. Hlavní důvod dospívající uvádějí stud před rodiči (www.denik.cz).

Následuje otázka: Měli jste ve škole besedu s tematikou HIV/AIDS? Celkem 43,86 % středoškolských studentů ve škole nikdy nemělo besedu na toto téma! Jedná se o velmi alarmující zjištění. V době, kdy výskyt počtu nakažených osob smrtelným virem HIV nadále stoupá, je těžko uvěřitelné, že škola, jako instituce nesoucí hlavní odpovědnost za informovanost studentů zásadně selhává. Přitom jen 5,00 % žáků, kteří se besedy zúčastnili, ji označili za nepřínosnou. Výsledky přímo vybízí uspořádat vzdělávací akci v hranickém regionu.

Pomocí dalšího dotazu jsme došli ke zjištění, zda v některém z předmětů byla zmíněna problematika HIV/AIDS. Studentů, kteří odpověděli, že problematikou HIV/AIDS se v žádném z vyučovaných předmětů nezabývali, bylo 58,95 %. Výsledek opět upozorňuje na absenci osvětové činnosti.

Vhodným příkladem pro nápravu může být úspěšný projekt „Hrou proti AIDS“, akce s názvem „Slunečnice proti AIDS“ nebo semináře pořádané mediky 5. ročníku

Univerzity Karlovy určené pro střední školy. Projekty využívají především netradiční způsob osvojování základních znalostí v problematice HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných chorob. Informují o ochraně před nežádoucím těhotenstvím a otevírají možnost konfrontace vlastních postojů a chování spojených s rizikovým chováním.

Poslední sekce s názvem **Osobní postoj žáků středních škol k nebezpečí HIV/AIDS** mapuje míru osobního ohrožení virem HIV, tak jak je subjektivně pocíťován respondentem. Získaná data jsou opět poměrně znepokojující. Celkem 30,14 % žáků se nepovažují být ohrožení virem HIV. Je velmi pravděpodobné, že těchto 30,14 % studentů nebude motivováno chovat se ve svém sexuálním životě bezpečně.

Škrobárová (2000) položila shodnou otázku a 82 % respondentů volilo kladnou odpověď, tedy že HIV virus se dotýká i jich samotných. Zbýlých 18 % žáků se domnívá, že problematika HIV/AIDS se jich netýká. I když dotazovaní jsou ve věku 14-16 let, jejich uvědomělost se stává o 12,14 % vyšší než u žáků v Hranicích.

Centrum pro výzkum veřejného mínění na žádost Art for Life (2011) zjistilo, že více jak 80 % Čechů nevnímá AIDS jako hrozbu. Náš vzorek se necítí být ohrožen v 30,14 %. V tomto srovnání mají žáci hranického regionu téměř o 50 % větší uvědomělost.

Studenti byli dotázáni, zda se nechali před zahájením sexuálního života se svým partnerem testovat na HIV. Z celkového počtu dotázaných odpovědělo 64,92 %, že nikoli a 29,12 % uvedlo, že sexuálního partnera nemají. Zde osvětová činnost ohledně testování může být zaměřena nejen na skupinu žáků doposud nemajících sexuálního partnera, ale i na ty žáky, kteří jsou již sexuálně aktivní.

Poslední položka v dotazníku nás informuje, zda studenti v minulosti při náhodném sexuálním styku použili kondom. Z celkového počtu dotázaných uvedlo 49,83 % kladnou odpověď, což je údaj poměrně pozitivní. Pohlavní styk ještě nemělo 29,47 % dotazovaných.

Výsledky je možné srovnat s šetřením Centra pro výzkum veřejného mínění (2011), které bylo provedeno na žádost sdružení Art for Life. Bylo zjištěno, že víc než třetina Čechů nepoužívá při sexu s náhodným partnerem kondom. Zde můžeme uvést, že výsledky byly obdobné.

ZÁVĚR

Diplomová práce si klade za cíl zjistit vědomosti žáků středních škol o viru HIV a onemocnění AIDS v Hranicích. Virus HIV způsobující chorobu AIDS přináší milionům lidí z celého světa předčasnou smrt, proto práce zjišťuje, zda informovanost žáků v této problematice má dostatečnou úroveň a zda nezbytná osvětová činnost u dospívajících žáků správně funguje.

Práce se skládá z 6 dílčích úkolů zaměřených nejen na analýzu vědomostí, ale i faktů, týkajících se informačních zdrojů a v neposlední řadě i osobního postoje dotazovaných k nebezpečí HIV/AIDS.

Šetření proběhlo dotazníkovou metodou, zúčastnilo se ho 285 respondentů, z nichž bylo 156 chlapců (54,74 %) a 129 dívek (45,26 %) ze čtyř středních škol ve městě Hranice. Jednalo se o Střední lesnickou školu (36,49 % respondentů), Střední průmyslovou školu (21,40 %), Střední soukromou odbornou školu (26,67 %) a Střední zdravotnickou školu (15,44 %).

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno:

Dílčí cíl 1: **Většina dotazovaných ví, že HIV a AIDS nejsou synonyma**, nýbrž slova rozdílného významu. Správné odpovědi byly zaznamenány téměř u 84,91 % dotazovaných. HIV bezchybně identifikovalo 91,93 % respondentů.

Dílčí cíl 2: Středoškoláci **znají způsoby přenosu viru HIV** v oblastech: sdílení jehel u narkomanů (99,65 %), rizikosti jediného nechráněného sexuálního kontaktu (97,54 %) a vědí v 94,74 %, že HIV se přenáší i přerušovanou souloží. Na korelaci mezi análním sexem a rizikostí nákazy virem bylo obdrženo až 28,42 % chybných odpovědí, což lze považovat za alarmující. Dále je zážející, že až 54,03 % **nesprávných odpovědí** bylo spojeno s dotazem, který se ptá **na riziko přenosu viru ve společné domácnosti s infikovanou osobou**. Tento výsledek se stává zajímavý z hlediska potenciální společenské tolerance vůči HIV pozitivním lidem.

Dílčí cíl 3: 95,44 % odpovědělo správně, že HIV virus se identifikuje především z krve, avšak **jen 29,12 % středoškoláků má povědomí o správné testovací době** po rizikovém chování. Tato velká četnost nesprávných odpovědí naštěstí nemá přímou souvislost s rizikovým chováním, neboť zdravotní personál informuje o časovém zpoždění mezi rizikovým chováním a možnou průkazností HIV v krvi.

Dílčí cíl 4: Jen **81,75 % studentů si je vědomo, že AIDS je nemocí neléčitelnou**, končící smrtí a 61,40 % má nesrovnalosti v době, kdy onemocnění

propuká. Necelá polovina (47,02 %) označila AIDS za smrtelné selhání imunity, což jsou velmi smutné výsledky. Z odpovědí evidentně vyplývá malý respekt ze zákeřné choroby, která nekontrolovatelně zabíjí lidstvo celého světa.

Dílčí cíl 5: Negativním zjištěním se stává fakt, že **25,53 % respondentů problematika HIV/AIDS vůbec nezajímá. Školní prostředí je informačním zdrojem jen u 11,93 % dotazovaných a pouhých 3,26 % diskutovalo o HIV/AIDS s rodiči. 43,86 % studentů ve škole nemělo besedu s tematikou HIV/AIDS.** Necelých 58,95 % středoškolských žáků si není vědomo, že padla zmínka ve vyučovacích předmětech o HIV/AIDS. Získané údaje otevírají značný prostor pro osvětovou činnost, neboť nabývají opět alarmujícího charakteru.

Dílčí cíl 6: Dotazovaní se v **30,18 % nepovažují ohrožení virem HIV**, což je znepokojující z důvodu následného rizikového chování. Před zahájením sexuálního života se svým partnerem absolvovalo 5,96 % testování na HIV virus. Při sexuálním aktu použilo kondom 49,82 % dotazovaných.

Za hlavní přínos diplomové práce považuji identifikaci deficitu v informovanosti, který byl závažný u těchto položek v dotazníku: Je pohlavní styk do konečníku vysoce rizikový pro přenos HIV? Souhlasíte, že společné používání nádobí, příborů a koupelny s osobou infikovanou virem HIV nepředstavuje žádné riziko přenosu? Měli jste ve škole besedu s tematikou HIV/AIDS? Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v nějakém předmětu? Nechali jste se otestovat na HIV před zahájením společného sexuálního života se svým partnerem? Použili jste kondom při náhodném sexuálním styku?

V době, kdy výskyt počtu infikovaných smrtelným virem HIV nadále stoupá se zdá neuvěřitelné, že škola jako instituce, nesoucí hlavní zodpovědnost za informovanost žáků, selhává. V době, která má uvolněné morální cítění a sexuální zábrany u mladých lidí mnohdy téměř žádné, se vědomosti o viru, který způsobuje pomalé a bolestivé umírání jeví jako nezbytné.

Pro mou osobní potřebu bylo zajímavé a podnětné nastudování teoretických materiálů, které byly při psaní práce použity. Velmi pozitivně hodnotím vzdělávací program „Hrou proti AIDS“, kterého jsem se zúčastnila na Krajské hygienické stanici v Olomouci. Výborná byla spolupráce se studenty i pedagogy při realizaci výzkumu. Výsledky výzkumného šetření budou na žádost poskytnuty školám, kde proběhl sběr informativních dat.

Mým velkým přáním zůstává, aby byl nalezen lék proti tomuto smrtícímu viru. Přes tento nelehký úkol, kterým se zabývá značné množství vědců, zůstává nutností, aby se lidé k sobě i druhým začali chovat odpovědněji, dbali zásad bezpečného sexu a nebyli laxní k informacím o ochraně před virem HIV. Osobám, které jsou již virem postiženy, přeji tolerantní a pomáhající okolí. Taktéž zůstává můj obdiv pracovníkům, kteří pomáhají v šíření osvěty a pečují o nemocné.

SOUHRN

Diplomová práce se snaží zmapovat vědomosti žáků středních škol o viru HIV a onemocnění AIDS na Hranicku.

Teoretická část se věnuje poznatkům o viru HIV a onemocnění AIDS. Slouží jako základ pro seznámení s problematikou a koresponduje s výzkumnou oblastí. Dále se věnuje obrazu dospívajícího jedince a umožňuje nahlédnout do oblasti sexuální výchovy.

V praktické části jsou zpracovány výsledky získané dotazníkovým šetřením. Celkem se zúčastnilo 285 respondentů ze čtyř středních škol. Věkový rozptyl žáků byl od 15 do 22 let. Výsledky šetření poukázaly v oblasti přenosu, že 28,42 % nepovažuje riziko HIV ve spojitosti s análním sexem a 54,03 % si myslí, že se nakazí sdílením společné domácnosti s HIV infikovanou osobou. Necelých 30 % zná vhodnou dobu testování po rizikovém chování. Jen 47,02 % respondentů označilo AIDS za smrtelné onemocnění a dokonce 18,25 % žáků si myslí, že je onemocněním léčitelným. Alarmující je fakt, že 43,86 % studentů nemělo ve škole besedu s tematikou HIV/AIDS a 58,95 % dotazovaných si není vědoma, že padla zmínka o HIV/AIDS ve vyučovacích předmětech. Negativním zjištěním také bylo, že 25,53 % středoškoláků problematika nezajímá a pouhých 3,26 % diskutovalo s rodiči. 30,18 % respondentů se nepovažuje virem HIV ohroženo a 64,91 % neuskutečnilo testování na HIV před zahájením sexuálního života se svým partnerem.

Výsledky přímo volají o nutnosti osvěty a to nejen ve formě interaktivních přednášek, besed a jiných programů. Za stěžejní považují integraci této tematiky do vyučování.

Klíčová slova

Virus lidské imunodeficiency (HIV), Syndrom získaného selhání imunity (AIDS), žáci středních škol, sexuální výchova.

SUMMARY

In my dissertation work I have tried to find out about the knowledge of secondary schools students on the topic of virus HIV and disease AIDS in my hometown Hranice and its surroundings.

Theoretical part of my work is about virus HIV and about AIDS which serves as the starting point for learning about the topic and corresponds to a research part. Moreover, it describes adolescents and their knowledge in the field of sexual education.

In the practical part of my work I processed the results of questionnaires. The total number of students who were asked was 285 – they were from four secondary schools and between the age of 15 and 22.

28,42 % of students do not think about HIV in the connection with anal sex, 54,03 % of them think that they can become infected by sharing a flat with a HIV positive person. 30,18 % of students know about the suitable time for testing after their risky behaviour. Only 47,02 % of respondents think AIDS is a mortal disease and 18,25 % of them are convinced that AIDS is curable.

43,86 % of students did not take a part in any discussion organized by their school about HIV/AIDS and 58,95 % of them do not remember talking about HIV/AIDS during their school lessons. 25,53 % of respondents are not interested in this topic and only 3,26 % discussed the topic with their parents. 30 % of the students do not feel placed at risk by HIV and 64,91 % were not HIV tested before the beginning of their sexual life.

The results just show the necessity of raising the public awareness not only in terms of lectures, discussions and interactive programmes. An Integration of these topics straight into the education seems to be essential.

Keywords

Human immunodeficiency virus (HIV), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), secondary school students, sexual education.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BARTOŠOVÁ, D., P. HUSA. P. CHALUPA. L. KRBOVÁ a A. HOLČÍKOVÁ. 2005. *Infekční lékařství*. Brno: MU, Brno – Kraví Hora. 141 s. ISBN 80-210-3791-1.
2. BENEŠ, J. 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. 651s. ISBN 978-80-7262-644-1.
3. CONNOR, S. a S. KINGMANOVÁ. 1991. *AIDS ztracená imunita*. Praha: Panorama. 312 s. ISBN 80-7038-209-0.
4. ČERNÝ, R. a L. MACHALA. 2007. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Karolinum. 304 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
5. DVOŘÁK, J. a kol. 1992. *Ve stínu AIDS*. Praha: Academia - nakladatelství Československé akademie věd. 164 s. ISBN 80-200-0236-7.
6. FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5.
7. HAMPLOVÁ, L. 2008. „Hrou proti AIDS“ – úspěšný peer program v oblasti prevence HIV/AIDS v České republice. *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*, roč. XIV, č. 2, s. 69-72.
8. HOLUB, J. 1993. *AIDS a my, aneb, co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada.141 s. ISBN 80-7169-068-6.
9. HORÁKOVÁ, Z. a K. JANIŠ. 1997. Didaktika sexuální výchovy. *Sborník 2. celostátní konference*. Hradec Králové: Gaudeamus. s 3-4. ISBN 80-7041-997-0.
10. HORT, V. a M. HRDLIČKA. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. 497 s. ISBN 80-7367-404-1.
11. KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. 2010. *Psychologie I.díl*, Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
12. KŘEMEN, J. 2003. Opomíjené aspekty rizikového chování. *Nemocnice*. roč. 4, s. 39-41. Bez ISSN.
13. KUBÁLKOVÁ, P. a T. ČÁSLAVSKÁ. 2010. *Ženy a česká společnost*. Otevřená společnost o. p. ISBN 978-80-87110-19-5.
14. KUBÁTOVÁ, A., J. JEDLIČKA. L. MRUŠKOVIČOVÁ a V. MRAVČÍK. 2009. *Hrou proti AIDS manuál*. KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni a SZÚ Praha, 32 s. Bez ISBN.
15. LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie 2.*, 4. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
16. LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
17. LESNICK, H. a B. PACE. 1990. Knowledge of AIDS risk factors in south Bronx minority college students. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Raven Press, Ltd., New York. s. 173-176.
18. MUNZAROVÁ, M. 2006. AIDS – problematika edukace. *Causa subita: časopis pro lékaře v 1. linii*. roč. 9, č. 10, s 346. Bez ISSN.
19. ROZSYPAL, H. 1998. *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf-Jessenius. ISBN 80-85800-92-6.
20. ROZTOČIL, A. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
21. ŘÍČAN, P. 2010. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
22. SCHINDLER, J. 2010. *Mikrobiologie*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3170-4.

23. SMOLÍK, J. 2010. *Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky*. Praha: Grada Publishing. 288s. ISBN 978-80-247-2907-7.
24. STAŇKOVÁ, M., a V. SKOKANOVÁ. 2007. Historie a perspektivy antivirové terapie infekce HIV/AIDS. *Remedia*. č.17, s. 175-180, Bez ISSN.
25. ŠKROBÁROVÁ, D. 2000. Informovanost jako důležitý článek prevence HIV/AIDS. *Soubor referátů 8. mezinárodního semináře Poděbrady „AIDS, drogy a my 1999“*. VZP ČR. s 81-88. Bez ISBN.
26. ŠULOVÁ, L., T. FAIT., P. WEISS a kol. 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. 300 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
27. ŠVEJDA, L. 1992. Znalosti studentů středních škol o nákaze HIV a o AIDS. *Československá epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*. roč. 41, č. 4, s 218-222. ISSN: 0009-0522.
28. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum. 531s. ISBN 978-80-246-2153-1.
29. WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
30. ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. AIDS Info. *Jak lze prokázat virus HIV*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-109.php>>.
2. AIDS POMOC. *Novinky v antivirové terapii HIV/AIDS infekce*. [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z:< http://www.aids-pomoc.cz/pdf/kombi_lecba_novinky2008.pdf>.
3. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Léčba HIV infekce*. [online]. [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_lecba_hiv_infekce.htm>.
4. ČTK. MEDICAL TRIBUNE CZ. *FDA schválil užívání léku Truvada proti HIV*. [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:> www.tribune.cz > Denní zprávy> Z praxe.
5. DIAGNOSTIKA INFEKCE HIV – PRO LÉKAŘE. *Diagnostika infekce HIV a onemocnění AIDS v ordinaci praktického lékaře*. [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <<http://www.paveldanko.com/hiv-aids/diagnostika.htm>>.
6. DISCOVERY FIT & HEALTH. *AIDS overview*. [online]. [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <<http://health.howstuffworks.com/diseases-conditions/infectious/aids2.htm>>.
7. JANIŠ, K. SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU. *K historii cílené pohlavní výchovy v období první republiky*. [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:<<http://www.planovanirodiny.cz/rservice.php?cisloclanku=2007012702>>.

8. KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE ZLÍN. *At' žijete či pracujete kdekoli, měli byste být dobře informováni o HIV a AIDS.* [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: http://www.khszlin.cz/aids_tx.htm.
9. MYSLIVCOVÁ, N. MEDICAL TRIBUNE CZ. *Prevenci nákazy HIV užíváním Truvady odborníci v ČR nepodporují.* [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: >www.tribune.cz > Denní zprávy> Z praxe.
10. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS. *Epidemiologické opatření.* [online]. [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/pocatky.html>>.
11. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČR. *Jak se virus HIV nepřenáší.* [online]. [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/html/sik.html>>.
12. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČR. *Jak se virus HIV přenáší.* [online]. [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/html/sik.html>>.
13. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS. *Počátky nemoci AIDS.* [online]. [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/pocatky.html>>.
14. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS. *Podrobný popis HIV/AIDS.* [online]. [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/pocatky.html>>.
15. PERKNEROVÁ, K. DENÍK CZ *Spor o sexuální výchovu. Kdo, kdy a jak?*[online]. [cit. 2013-02-19]. Dostupné z:>www.denik.cz/.../spor-o-sexualni-vychovu-kdo-kdy-a-jak20111108>.
16. PETR, J. MEDICAL TRIBUNE CZ. *Americká pediatrická akademie doporučuje obrázku u chlapců.* [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:> www.tribune.cz > Denní zprávy> Z praxe.
17. PROCHÁZKA, I. SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU. *Trochu statistik před konferencí o AIDS.* [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:><http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2012072401>>.
18. REMEDIA. *Replikační cyklus viru s vyznačenými místy působení.* [online]. [cit. 2013-01-28]. Dostupné z:><http://www.remedia.cz/1091.magerticleprintversion.ashx>>.
19. STAŇKOVÁ, M. MEDICAL TRIBUNE CZ. *Před 30 lety byla zveřejněna první zpráva o AIDS.* [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: >www.tribune.cz > Denní zprávy> Z praxe>.
20. SZÚ.NRL AIDS. [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocni_zpravy/2012/HIV_AIDS_12_2012.pdf>.
21. ZPRAVY.IDNES.CZ. *Překvapení: AIDS je v Česku nemoc spořádaných občanů.*[online]. [cit. 2013-03-21]. Dostupné z:< zpravy.idnes.cz/prekvapeni-aids-

je-v-cesku-nemoc-sporadanych-obcanu-fx1-
/domaci.aspx?c=A110728_203145_domaci_brm>.

22. ZPRAVY.IDNES.CZ. *Sexuální výchovu ve školách nahradí divadlo a besedy.*
[online]. [cit. 2013-03-21]. Dostupné z:< zpravy.idnes.cz/sexualni...skolach-nahradi-
divadlo-a-besedy- f9x-/domaci.aspx?c=A111012_170118_domaci_taj>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Seznam obrázků, tabulek a grafů

Příloha 2. Dotazník

V příloze je vložený dotazník, který byl předkládán žákům středních škol ve městě Hranicích. Správné odpovědi jsou v něm označeny.

Příloha 3. Žádost o povolení šetření

V příloze je vložená žádost určená pro ředitele středních škol, na kterých probíhalo výzkumné šetření.

Příloha 4. Seznam testovacích míst a AIDS center v ČR

V příloze jsou adresy a telefonické kontakty zdravotnických zařízení, kde lze v ČR provést test na HIV a také přehled AIDS center.

Příloha 1

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Seznam obrázků

Obrázek 1. Anatomie viru způsobující AIDS (www.health.howstuffworks.com).....	15
Obrázek 2. Replikační cyklus viru s vyznačenými místy působení (www.remedia.cz).	16
Obrázek 3. Kaposhiho sarkom (www.std-aid.com).....	24
Obrázek 4. Postup testování HIV (www.aids.alms.cz).....	26
Obrázek 5. Kondomy (www.novinky.cz).....	30
Obrázek 6. HIV pozitivní případy v ČR podle pohlaví, věku a klinického stadia v době první diagnózy a počtu úmrtí (www.szu.cz).....	34

Seznam tabulek

Tabulka 1. Klasifikace infekce HIV dle CDC (Bartošová a kol., 2005)	22
Tabulka 2. Použití kondomu s nahodným partnerem (Weiss, 2010).....	31
Tabulka 3. Věkové rozložení respondentů	40
Tabulka 4. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?	42
Tabulka 5. Zkratka HIV znamená.....	43
Tabulka 6. HIV vir se přenáší.....	43
Tabulka 7. Narkomani píchající si drogy mají riziko získat vir HIV při používání společných jehel.....	44
Tabulka 8. Člověk se může nakazit HIV už při jediném nechráněném sexuálním kontaktu	44
Tabulka 9. Pohlavní styk do konečníku je vysoce rizikový pro přenos HIV	45
Tabulka 10. Přerušovanou souloží se stává pohlavní styk pro přenos HIV bezpečný ...	45
Tabulka 11. Společné používání nádobí, příborů a koupelny s osobou infikovanou virem HIV nepředstavuje riziko nákazy	46
Tabulka 12. Jak dlouho po rizikovém chování, lze zjistit vir HIV v krvi?.....	46
Tabulka 13. Jakým způsobem lze zjistit nakažení virem HIV?.....	47
Tabulka 14. Onemocnění AIDS.....	48
Tabulka 15. Nemoc AIDS se obvykle projeví.....	49
Tabulka 16. Která z následujících charakteristik vystihuje nejlépe onemocnění AIDS.	49
Tabulka 17. Jaký informační zdroj používáte nejčastěji, abyste se dozvěděl(a) o HIV/AIDS?	50

Tabulka 18. Měli jste ve škole besedu s tématikou HIV/AIDS?	51
Tabulka 19. Pokud jste měli besedu, byla pro Vás přínosná?	51
Tabulka 20. Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v nějakém předmětu na Vaší škole?	51
Tabulka 21. Myslíte si, že HIV/AIDS se týká i Vás?	52
Tabulka 22. Jestliže máte sexuálního partnera, nechali jste se s ním před zahájením společného sexuálního života testovat na HIV?	53
Tabulka 23. Jestliže jste měli v minulosti náhodný pohlavní styk, použili jste kondom?	53

Seznam grafů

Graf 1. Věkové rozložení respondentů	41
Graf 2. Jak dlouho po rizikovém chování, lze zjistit vir HIV v krvi?	47
Graf 3. Onemocnění AIDS	48

Příloha 2

Dotazník

Jmenuji se Monika Zamazalová a jsem studentkou 2. ročníku oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Chci Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku pro zpracování mé diplomové práce na téma: Zmapování znalosti žáků středních škol o viru HIV a onemocnění AIDS. Odpovědi budou použity pouze pro účel výzkumu a po zpracování znehodnoceny. Správné odpovědi zakroužkujte. Děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování.

Pohlaví: Muž Žena

Věk:

Ročník:

1. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

- 1) Žádný. Oba pojmy znamenají totéž
- 2) HIV je virus. AIDS je onemocnění způsobeno HIV virem
- 3) AIDS je virus, HIV je onemocnění způsobeno AIDS virem

2. Zkratka HIV znamená:

- 1) Označení pro bakterii, způsobující hnisavé onemocnění kůže
- 2) Označení pro žloutenku typu B
- 3) Označení pro vir, který napadá imunitní systém

3. HIV vir se přenáší:

- 1) Slinami, dotykem
- 2) Hmyzem, nechráněným pohlavním stykem, slzami
- 3) Krví, nechráněným pohlavním stykem, během těhotenství z matky na dítě

4. Narkomani píchající si drogy mají riziko získat vir HIV při používání společných jehel

- 1) Ano
- 2) Ne

5. Člověk se může nakazit HIV už při jediném nechráněném sexuálním kontaktu

- 1) Ano
- 2) Ne

6. Pohlavní styk do konečníku je vysoce rizikový pro přenos HIV

- 1) Ano
- 2) Ne

7. Přerušovanou souloží se stává pohlavní styk pro přenos HIV bezpečný

- 1) Ano
- 2) Ne

8. Společné používání nádobí, příborů a koupelny s osobou infikovanou virem HIV nepředstavuje riziko nákazy

- 1) Ano
- 2) Ne

9. Jak dlouho po rizikovém chování, lze zjistit vir HIV v krvi?

- 1) Hned následující den
- 2) Za týden
- 3) Za 2-3 měsíce
- 4) Nikdy. Neexistuje test na HIV

10. Jakým způsobem lze zjistit nakažení virem HIV?

- 1) Odběrem krve
- 2) Testem zakoupeným v lékárně
- 3) Rozborem v moči

11. Onemocnění AIDS:

- 1) Lze vyléčit v krátké době, pacienta léčba nijak nezatěžuje
- 2) Je neléčitelné, může se pouze zpomalit postup onemocnění
- 3) Je léčitelné, ale léčba je dlouhodobá a nákladná

12. Nemoc AIDS se obvykle projevív?

- 1) Ihned po nákaze
- 2) Měsíc po nákaze
- 3) Roky po nákaze

13. Která z následujících charakteristik vystihuje nejlépe onemocnění AIDS:

- 1) Závažné dědičné onemocnění
- 2) Virus způsobující onemocnění imunity
- 3) Nádorové onemocnění
- 4) **Smrtelné selhání imunity**

14. Jaký informační zdroj používáte nejčastěji, abyste se dozvěděl(a) o HIV/AIDS?

- 1) Internet
- 2) Kamarádi, známí
- 3) Škola
- 4) Rodiče
- 5) Brožurky, literatura
- 6) Nezajímám se

15. Měli jste ve škole besedu s tematikou HIV/AIDS?

- 1) Ano
- 2) Ne

16. Pokud jste měli besedu, byla pro Vás přínosná?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Něco nového jsem se dozvěděl(a), ale většinu jsem již znal(a)

17. Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v nějakém předmětu na Vaší škole?

- 1) Ano
- 2) Ne

18. Jestliže jste na předchozí otázku odpověděli ano, napište, ve kterých předmětech:

19. Myslíte si, že HIV/AIDS se týká i Vás?

- 1) Ne, mne se netýká
- 2) Ano, týká se více méně všech lidí
- 3) Ne, týká se pouze prostitutek, narkomanů a homosexuálů

20. Jestliže máte sexuálního partnera, nechali jste se s ním před zahájením společného sexuálního života testovat na HIV?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Sexuálního partnera nemám

21. Jestliže jste měli v minulosti náhodný pohlavní styk, použili jste kondom?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Ještě jsem neměl(a) pohlavní styk

Příloha 3

Žádost o povolení šetření

Ve Skaličce, 21. ledna 2013

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

jmenuji se Monika Zamazalová, jsem posluchačkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Obracím se na Vás se žádostí o povolení spolupráce s Vaší školou za účelem získání informací pro výzkumné šetření mé diplomové práce. Tématem závěrečné práce je: **Zmapování znalostí studentů středních škol o viru HIV a onemocnění AIDS.**

Šetření proběhne dotazníkovou metodou. Se získanými daty bude nakládáno dle platných etických norem a bude zachována anonymita respondentů.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Příloha 4

Seznam testovacích míst a AIDS center v ČR

(čerpáno z internetových stránek www.aids-hiv.cz)

Kde lze si nechat provést test na HIV?

Bezplatná linka pomoc AIDS odkudkoliv + Informace o cenách

tel.: 800 144 444

Seznam testovacích míst na HIV v roce 2013:

Pokud není uvedeno zdarma, jedná se o placenou službu.

Praha:

ZÚ Praha, Ditrichova 17, Pha 2, po-pá, 7.30-11.30 hod.

ZÚ Praha, Sokolovská 60, Pha 8, po-pá, 7.30-8.30 hod.

SZÚ, Šrobárova 48, út, st 8-10 hod.

ČSAP, Dům světla, Malého 3, Pha 8, po 16-19 hod., st 9-12 hod., zdarma

Sexuologický ústav, Apolinářská 4, Pha 2, čt 8 - 11 hod., zdarma

Dalších 40 míst v různých částech Prahy, informace na 800 144 444.

Středočeský kraj:

ZÚ Kladno, Fr.Klozse 231, po-pá 6-9 hod.

ZÚ Kolín, U nemocnice 3, po 8-13 hod.

ZÚ Příbram, U nemocnice 85, út, čt 7-8 hod.

Nemocnice Benešov, Nymburk, Mladá Boleslav, Rakovník, informace na 800 144 444

Ústecký kraj:

ZÚ Ústí nad Labem, Na Kabátě 229, (budova S), areál Masarykovy nemocnice po 9-12 a 13-15 hod., út 8-11 hod.(pouze na objednání),

st 9-11 a 13-16 hod., pá 9-11 hod.

ZÚ Chomutov, Kochova 1185, po 7-11 a 13.30-14.30 hod., čt 7-11 a 13-15.30 hod., pá na objednání

ZÚ Most, J.E.Purkyně 270/5, út 9-11.30 a 13.30-15.30 hod, čt 7-11.30 a 13-14.30 hod.

ZÚ Teplice, Wolkerova 3, sudé týdny út 13.30-17 hod.

Nemocnice Děčín a Rumburk, soukromé laboratoře **Chomutov, Jirkov, Klášterec n/O., Litvínov, Louny, Meziboří, Most, Podbořany, Vejprty, Žatec, Teplice**. Pro informaci volejte 800 144 444.

Liberecký kraj:

ZÚ Liberec, U Sila 1139, po, út 10-13 a 13-17 hod., st, čt 7.30-12 a 13-14 hod.

Nemocnice Jablonec, Semily, Vrchlabí.

Pro informaci volejte 800 144 444.

Karlovarský kraj:

ZÚ Karlovy Vary, Závodní 94, st 15-17 hod.

ZÚ, pobočka Sokolov, Chelčického 1938, po 14-18 hod.

Nemocnice Karlovy Vary, soukromé laboratoře **Aš, Cheb, Karlovy Vary, Kraslice, Nejdek, Mariánské Lázně, Ostrov n/O., Sokolov**.

Pro informace volejte 800 144 444.

Plzeňský kraj:

ZÚ Plzeň, 17. listopadu 1, st 8-9.30 hod.

Fakultní nemocnice Plzeň, Skrétova 15, út 13.30-15.30 zdarma

Fakultní nemocnice Rokycany, Svazu bojovníků za svobodu 68, po 13.30-15.30 zdarma

Klatovy, I. poliklinika, 2. patro, Pod nemocnicí 789/2, st 12.30-18 hod.

Poliklinika Tachov, Planá, pro informace volejte 800 144 444

Budějovický kraj:

Nemocnice Jindřichův Hradec, Písek, Strakonice, Tábor.

Soukromé laboratoře **České Budějovice, Český Krumlov, Písek, Blatná, Trhové Sviny.**

Pro informace volejte 800 144 444.

Infekční odd. nemocnice Č. Budějovice, B. Němcové 54, pá 10-12 hod.

Královéhradecký kraj:

ZÚ Hradec Králové, Habrmannova 19, po, st 7.30-11.30 hod., út 10-13.30 hod., čt 10 – 17 hod.

Nemocnice Náchod, Rychnov n/K., Pro informace volejte 800 144 444.

Soukromá ordinace Trutnov, Pro informace volejte 800 144 444.

Pardubický kraj:

Nemocnice Pardubice, Svitavy, Chrudim, Litomyšl, Ústí n/O.

Pro informace volejte 800 144 444.

Kraj Vysočina:

SZÚ, pracoviště Jihlava, Vrchlického 57, po, st 8-12 a 13-15 hod., pá 8-12 hod.

Nemocnice Havlíčkův Brod, Nové Město na Mor., Pelhřimov, Třebíč, Velké Meziříčí.

Poliklinika Žďár nad Sázavou.

Pro informace volejte 800 144 444.

Jihomoravský kraj:

Fakultní nemocnice Brno-Bohunice, inf.odd. /pav.B/ po-pá 8-12 hod.

ČSAP, soukromá laboratoř RNDr. Čecháčka, Bratislavská 2, Brno, po-pá 9-12 hod., zdarma

Nemocnice Boskovice, Hodonín, Kyjov, Vyškov, Znojmo.

Pro informace volejte 800 144 444.

Zlínský kraj:

ZÚ Zlín, Havlíčkovo nábř. 600, po 11–13 hod.

ZÚ Vsetín, 4.května 287, út 12.30-15 hod.

Nemocnice Uherské Hradiště. Pro informace volejte 800 144 444.

Soukromá laboratoř Kroměříž. Pro informace volejte 800 144 444.

Olomoucký kraj:

Poliklinika, Tř.Svobody 32, **Olomouc**, po-pá 7-14 hod.

Soukromé laboratoře, Nezvalova 2, **Olomouc.**

Nemocnice Hranice na Mor., Jeseník, Rýmařov, Šternberk, Šumperk, poliklinika

Prostějov.

Pro informace volejte 800 144 444.

Moravskoslezský kraj:

ZÚ Ostrava, Partyzánské nám.7, po-čet 7-12 a 13-14.30 hod., pá 7-12 hod.

ČSAP, Fakultní nemocnice Ostrava-Poruba, /přízemí infekční kliniky/ čt 15-19 hod.,
zdarma

Nemocnice Bruntál, Krnov, Nový Jičín, Opava, Třinec.

Pro informace volejte 800 144 444.

Soukromé laboratoře Ostrava, Nový Jičín, Frenštát, Hlučín

Pro informace volejte 800 144 444

AIDS CENTRA

AIDS Centrum - doc. MUDr. M. Staňková, CSc.

FN Bulovka

Budínova 2

180 01 Praha 8

tel.: 2 6608 2628-9

AIDS Centrum – MUDr. Václav Chmelík

NsP inf. odd.

B.Němcové 54

370 01 České Budějovice

tel.: 387 874 600, 387 874 465

AIDS Centrum – Doc. MUDr. D. Sedláček, CSc.

FN – inf. odd.

E. Beneše 13

305 99 Plzeň

tel.: 377 402 264

AIDS Centrum – Prim. MUDr. P. Dlouhý

inf. odd.

Masarykova nemocnice

401 13 Ústí nad Labem - Bukov

tel.: 475 682 600, 475 682 603

AIDS Centrum – MUDr. J. Kapla, MUDr. V. Dostál

FN – inf. klinika

Sokolská 581

500 05 Hradec Králové

tel.: 495 832 220, 495 833 773

AIDS Centrum - MUDr. S. Snopková

FN – inf. klinika

Jihlavská 20

639 01 Brno

tel.: 547 192 276, 547 192 265

AIDS Centrum – MUDr. J. Kolčáková
FNsP – inf. klinika
ul. 17. listopadu 1790
708 52 Ostrava-Poruba
tel.: 596 984 252, 596 983 480

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Monika Zamazalová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Zmapování znalostí žáků středních škol o viru HIV a onemocnění AIDS na Hranicku.
Název v angličtině:	Knowledge survey of college students on HIV and AIDS in Hranice.
Anotace práce:	Teoretická část diplomové práce se zabývá poznatky o HIV/AIDS. Praktická část obznamenuje s výsledky dotazníkového šetření o znalostech žáků středních škol na Hranicku.
Klíčová slova:	Virus lidské imunodeficiency (HIV), Syndrom získaného selhání imunity (AIDS), žáci středních škol, sexuální výchova.
Anotace v angličtině:	A theoretical part of my work is about virus HIV and about disease AIDS. In the practical part of my work I processed the results of questionnaires about the knowledge of secondary schools students in Hranice.
Klíčová slova v angličtině:	Human immunodeficiency virus (HIV), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), secondary school students, sexual education.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Seznam obrázků, tabulek a grafů Příloha 2. Dotazník Příloha 3. Žádost o šetření Příloha 4. Seznam testovacích míst a AIDS center v ČR
Rozsah práce:	70 stran
Jazyk práce:	český