

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Veronika Veselá

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Hodnocení úrovně znalostí žáků 8. a 9. tříd
v problematice HIV/AIDS

OLOMOUC 2014

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Hodnocení úrovně znalostí žáků 8. a 9. tříd vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Michaely Hřivnové, Ph.D. a použila jen uvedenou literaturu a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 23. 4. 2014

.....
Bc. Veselá Veronika

Děkuji Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a za cenné rady, které mi poskytla. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Charakteristika pubescentů/ adolescentů	9
2.1.1 Termínová specifikace vývojové etapy	9
2.1.2 Somatický, psychický a sociální vývoj.....	10
2.2 HIV/AIDS	12
2.2.1 Historie objevu HIV/AIDS	13
2.3 Virus HIV	15
2.3.1 Životní cyklus viru HIV.....	17
2.3.2 Původ viru HIV.....	18
2.4 Cesty přenosu	19
2.5 Diagnostika HIV	21
2.6 Klasifikace HIV infekce.....	23
2.6.1 Klinický obraz a průběh HIV infekce.....	24
2.6.1 Psychosociální aspekty nemoci	27
2.7 Terapie HIV/AIDS	27
2.8 Výskyt HIV/AIDS.....	29
2.8.1 Česká republika.....	29
2.8.2 Svět	32
2.9 Prevence nákazy.....	34
2.9.1 Světový den boje proti AIDS.....	36
2.9.2 UNAIDS – Organizace spojených národů.....	37
2.9.3 Červená stužka.....	37
2.9.4 Hrou proti AIDS	38

2.9.5	Česká společnost AIDS pomoc a Dům světla	39
2.10	Postoje populace k nemoci HIV/AIDS.....	39
3	METODIKA PRÁCE	41
3.1	Charakteristika zkoumaného souboru	41
3.2	Realizace sběru dat.....	43
3.3	Výzkumná metoda	43
4	VÝSLEDKY A DISKUZE	44
4.1	Základní informovanost žáků o HIV/AIDS	44
4.2	Informace o způsobech přenosu HIV viru	46
4.3	Informace o způsobu testování a léčby HIV viru.....	53
4.4	Informace o možných způsobech prevence proti HIV viru	60
4.5	Postoje žáků k problematice HIV/AIDS	66
4.6	Nejčastější informační zdroje žáků	70
	ZÁVĚR	74
	SOUHRN	77
	SUMMARY	78
	REFERENČNÍ SEZNAM	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ	85
	SEZNAM TABULEK	86
	SEZNAM GRAFŮ	88
	SEZNAM PŘÍLOH.....	89
	PŘÍLOHY	90
	ANOTACE	97

ÚVOD

„Nejdůležitější dárek, který dnes rodiče svým dětem mohou dát, je upřímný rozhovor o AIDS. To znamená věnovat jim čas, naslouchat jejich starostem a mít nachystaná fakta, která jim potřebujeme sdělit k tomu, aby přežili věk AIDS.“

Mathylde Krimová, Ph.D

Knihy Earvina „Magica“ Johnsona pochází sice z roku 1993, ale z příběhů, jež tato publikace obsahuje, mrazí dodnes. Jedním z nich je i příběh v té době 23 leté Antigony, jež se nakazila během heterosexuálního styku v dospívání. Popisován je zde první rok jejího života s vědomím, že je smrtelně nemocná. Zmiňuje, jak pro ni bylo toto období nesmírně složité, představovalo pro ni především hledání sebe samé. Až prostřednictvím podpůrných skupin se dokázala s nemocí smířit a najít své nové poslání – být poradcem pro stejně postižené lidi. Líčí zde i svoji obrovskou zlobu vůči lékařům či učitelům, jimž vytýkala velmi nízkou míru informování o nemoci, jež ji postihla (Johnson, 1993). Přestože se v dnešní době tato nemoc v podvědomí lidí vyskytuje značně více, jsou patrné rezervy v edukaci mládeže, která jakožto nejzranitelnější věková skupina byla vybrána jako cílová pro danou diplomovou práci.

Téma diplomové práce jsem si mimo jiné zvolila, neboť i já jsem ve věku cílové skupiny této práce sama o problematice HIV/AIDS mnoho nevěděla. Během studia posledního ročníku základní školy byl mně a mým spolužákům předložen dotazník podobného charakteru. Míra mých znalostí mi při pohledu zpět přišla tristní. Rozhodla jsem se proto zjistit s odstupem času úroveň znalostí žáků současných 8. a 9. tříd základních škol. Řada žáků adolescentního věku prožívá svoji první sexuální zkušenost již v brzkém věku a nebojí se dokonce ani experimentovat s drogami různého charakteru, což dokazuje množství tematicky různých výzkumů. Příkladem může být výzkum autorky Mezerové provedený v roce 2011, z jehož výsledků vyplývá, že první sexuální styk prožilo 57,5 % žáků ve věku 15 až 18 let. U mužů k prvnímu sexuálnímu styku došlo průměrně v 15,8 letech, u dívek byl průměrný věk 15,4 let. Průměrný věk počátku sexuálního života byl tedy 15,6 let (Mezerová, 2011). Proto je nutné neustále zvyšovat znalosti žáků o viru HIV a nemoci AIDS, kterou virus způsobuje.

Žáci by se vlivem účasti na dotazníkovém šetření měli zamyslet nad důsledky jejich případného rizikového chování, nutnosti prevence přenosu HIV viru a zvýšení uvědomělosti dané problematiky nejen v budoucím sexuálním životě.

V teoretických poznatcích diplomové práce je specifikována cílová skupina žáků konkrétní věkové kategorie a čtenáři jsou jejich prostřednictvím uvedeni do široké problematiky HIV/AIDS. Následuje vyhodnocení výsledků výzkumného šetření, jež bylo provedeno prostřednictvím anonymních dotazníků.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této diplomové práce je zhodnotit úroveň znalostí žáků 8. a 9. tříd v problematice HIV/AIDS na vybraných základních školách v Olomouckém a Jihomoravském kraji. Úkolem je stanovit míru informovanosti těchto žáků, zjistit nejčastěji používané zdroje informací, které cílová skupina využívá ke svému poznání v dané problematice a odhalit osobnostní postoje těchto jedinců k otázce HIV/AIDS.

Pro diplomovou práci byly stanoveny tyto dílčí cíle a úkoly:

1. Zjistit, zda už žáci slyšeli o HIV/AIDS a zdali jsou schopni rozlišit tyto zkratky.
2. Zmapovat, zda žáci vědí, jaký systém organismu je virem HIV napaden.
3. Detekovat, zda žáci znají nejčastější způsoby přenosu HIV viru a které situace či chování považují za rizikové.
4. Vyhodnotit, zdali si žáci myslí, že existuje možnost nechat se proti viru HIV očkovat.
5. Odhalit, zda žáci vědí, z čeho se testuje přítomnost viru HIV v organismu jedince.
6. Určit, zda žáci vědí, po jaké době je možné nechat se otestovat na HIV.
7. Zjistit, zdali si žáci myslí, že je nemoc vyléčitelná.
8. Stanovit, zda žáci mají povědomí o výskytu nemoci v České republice.
9. Zmapovat u žáků jejich informovanost o možnostech prevence a ochrany před nákazou.
10. Odhalit nejčastější zdroje, které žáci využívají k získání informací o dané problematice.
11. Detekovat, zdali žáci měli ve své škole besedu na téma HIV/AIDS.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Charakteristika pubescentů/ adolescentů

Dle publikace od Machové a Hamanové je adolescence čili dospívání jednou z vývojových etap lidské existence, v níž dítě přestává být dítětem, avšak nestává se z něj dospělý jedinec. Je to proces, v němž se daná osoba neúprosně vyvíjí ve všech svých sférách - biologické, sociální i psychické (Machová, Hamanová, 2002). Tuto etapu můžeme nazvat jako přípravu na roli dospělého člověka (Macek, 2003). Stanovené vývojové období se řadí mezi nejrizikovější z hlediska docílení zdravé zralosti člověka. Ten se stává v mnoha směrech zranitelný. Na počátku 90. let minulého století vymezila WHO (Světová zdravotnická organizace) dospívání jako vlastní rizikovou skupinu jedinců, pro niž je důležitá především preventivní péče (Machová, Hamanová, 2002).

Macek ve své publikaci uvádí, že odborný termín adolescent pochází z latinského slova adolescere, což v překladu znamená dorůstání, dospívání a mohutnění jedince. Dále zdůrazňuje, že označení Adolescent se používá převážně v psychologii, v lékařství se jedinec v této fázi vývoje označuje jako dorost či dospívající individuum. Tento pojem, jenž určuje etapu vývoje člověka, pochází již z 15. století (Macek, 2003).

2.1.1 Termínová specifikace vývojové etapy

V časovém období pokrývá adolescence druhé desetiletí existence člověka. Avšak časová definice se u mnoha autorů odlišuje (Macek, 2003). Periodizace věku záleží na určitém potřebném znaku, jenž se vždy odlišuje dle různého oboru (www.sci.muni.cz, 2007).

V evropských zemích se odděluje pojem adolescence od pubescence. Pro pubescenci neboli dospívání je stanoveno časové období od 11. do 15. roku života a lze jej nadále rozdělit na prepubertální fázi a pubertu. Samotná adolescence je tu datována od 15. roku zhruba do 22. roku života. Macek se přiklání k rozdělení, v němž pojem adolescent zahrnuje celé období od dětství až do dospělosti jedince. Celé dospívání pak rozděluje do třech fází. Jsou to fáze rané, střední a pozdní adolescence. Období rané adolescence zahrnuje jedince od 11. do 13. roku, střední adolescence

se týká jedinců od 14. do 16. roku a období pozdní adolescence zahrnuje časové období od 17. do 20. roku života, někdy i jedince starší (Macek, 2003). Autorky Machová a Hamanová ve své publikaci uvádějí rozdělení tohoto období na pubertu a dospívání, kdy puberta u dívek začíná v průměru okolo 10. roku a u chlapců zhruba ve 12. roku života. Dospívání navazuje na pubertu a vrcholí asi v 19 letech jedinců (Machová, Hamanová, 2002). Dle publikace od Lébla se počátek období dospívání objevuje od 10. roku u dívek a od 12,5 roku u chlapců. Dříve se období dospívání rozdělovalo také na období fyzické puberty a období adolescence. Jelikož se však objevila fyziologická podmíněnost u těchto období, považujeme jej za jeden celek (Lébl, Provazník, Hejčmanová, 2007). Autorka Riegerová vyčleňuje cílovou věkovou skupinu jako starší školní věk od 11. do 15. roku a nazývá ji dospívání a puberta (Riegerová, 1993).

Celková periodizace lidského jedince dle Langmeiera a Krejčířové z roku 2006:

1. Období novorozenecké
2. Období kojenecké – do 1. roku života
3. Období batolecí – od 2. do 3. roku života
4. Období předškolního věku – od 3. do 5. roku
5. Období mladšího školního věku – od 6-7 let do 11-12 let
6. Období pubescence – od 11 do 15 let
7. Období adolescence – od 15 do 22 let
8. Období časně dospělosti – od 20 až do 30 let
9. Období střední dospělosti – do 40. roku
10. Období pozdní dospělosti – do 60 – 65 let
11. Stáří

(www.sci.muni.cz, 2007)

2.1.2 Somatický, psychický a sociální vývoj

Somatický vývoj již zmiňované populace (viz 2.1.1) prodělává významné změny, které se týkají převážně pohlavních tělesných znaků. Je to vývojové období, v němž se jednotlivá těla dívek a chlapců od sebe navzájem tvarově odlišují. Tento stav se nazývá pohlavní dimorfismus. Autorky Machová a Hamanová ve své publikaci uvádějí, že samotný vývoj můžeme rozdělit do 2 fází. První fáze, jež je charakteristická pro svůj rychlý růst a vývoj sekundárních pohlavních znaků, je označována

za fázi rychlou. U dívek nastává o dva roky dříve než u chlapců. Na konci této etapy, která trvá přibližně dva roky, dochází k pohlavní zralosti jedince. U dívek se projevuje menarché (první menstruace), která se objevuje zhruba ve 13 letech (Machová, Hamanová, 2002). Dle Váňové dochází u chlapců k vzrůstu penisu a varlat, která zvětšují svůj objem. Okolo 13. roku se vyskytuje první ejakulace. Kromě pohlavních znaků roste i trup, horní a dolní končetiny, což se projevuje v hrubé motorice, kdy se jedinec stává nemotorným. Období je provázeno velkou spotřebou energie, proto dochází u zmiňované populace k časté únavě (Váňová, 1990). Druhá fáze se označuje za fázi pomalou, neboť u jedinců dochází k pomalým výškovým nárůstům. Přitom neustále probíhá dokončování rozvoje a zrání sekundárních pohlavních znaků (Machová, Hamanová, 2002). Rozlišení rychlé a pomalé fáze není u chlapců zcela tak značné, jako tomu je u dívek dle první menstruace. U chlapců se objevují prvotní známky ochlupení na obličeji a v podpaží, akné, mutace hlasu, pigmentace prsních bradavek a scrota. I když je růst individuální, končí u dívek v průměru v 16 letech, u chlapců v 18 letech (Machová et al., 2009).

V psychickém rozvoji jedince nastává změna zejména v oblasti abstraktního myšlení, pozornosti, paměti, u níž se zvyšuje jak její kvalita, tak i kvantita. Objevuje se zvýšená sebestřednost a dochází k rozvoji komunikativnosti. Emocionální oblast je obohacena o tzv. vyšší city (Macek, 2003). Do této skupiny citů se řadí city estetické, intelektuální, morální a především společenské. U jedinců nastává změna ve vnímání dospělého jedince, jež je převážně kritická. Časté střídání nálad, popudlivost a podrážděnost patří mezi charakteristické znaky tohoto vývojového období. Při střídání nálad si dotyčný mnohdy neuvědomuje příčinu, za níž stojí hormonální činnost organismu (Váňová, 1990). Veškerý průběh je individuální záležitostí každé vyvíjející se osoby. V rámci psychického vývoje je nutné brát v potaz i typologické odlišnosti jednotlivců, kulturní a společenské prostředí, způsob výchovy. Jedinci si začínají více všimnout vlastního chování, jednání a prožívání, takže u nich nastává sebehodnocení, které je zaměřeno na všechny složky svého já. Důležitým prvkem je začleňování se do vrstevnické skupiny, party a následné hledání prvních heterosexuálních vztahů (Macek, 2003). Při navozování těchto vztahů u dívek převládá složka citová, kdežto u chlapců je v popředí složka pudová, biologická. Díky tomuto rozložení jsou dívky považovány za tzv. brzdu v navazování sexuálních poměrů. Chlapci se pak na základě odmítavého postoje dívek učí sebekázně a sebeovládání (Machová, Hamanová, 2002).

Jak uvádí ve své publikaci Macek, je adolescence obdobím, jež je považováno za jedno z nejdůležitějších v procesu socializace každého jedince. V průběhu zmiňovaného období dochází k zásadním změnám, které se týkají přípravy jedince na roli a status dospělého člověka (Macek, 2003). Hlavní úlohou socializace člověka je připravit ho na společenský život tak, aby mohl žít ve společnosti ostatních lidí a vycházet s nimi (Emmert et al., 2004). Proces socializace tak můžeme definovat jako vývoj daného individua v určitém materiálním a společenském prostředí. Danou etapu vývoje rozdělujeme do několika složek. Je to složka hodnotově normativní, mezilidsky vztahová, rezultativní složka systémů a složka osobnostní. V první hodnotově normativní složce dochází ke změně vlastních názorů, postojů, hodnot a dosavadních představ jedince o společnosti, v níž vyrůstá a žije. Obzvláště důležitou roli zde hraje rodina, výchovné, vzdělávací a náboženské zařízení, politicko-právní systém a média. Všechny zmiňované instituce se snaží porozumět adolescentům a především pak jejich osobitému světu. Druhá složka je reprezentována mezilidskými vztahy. U jedinců dochází k osvojování sociálních rolí, které vycházejí z jejich postavení. V této části vývoje u jedince dochází k výrazným konfliktním situacím v důsledku změn, které se objevují ve školním a rodinném prostředí. Třetí, rezultativní složka systémů, je výsledkem působení složek předchozích. Pojednává o hmotném a kulturním vývoji v procesu socializace jedince. Poslední osobnostní složka zahrnuje charakteristické vlastnosti, sebereflexi, sebehodnocení a nacházení vlastní identity (Macek, 2003). Dolejš zmiňuje, že během uvedeného období dochází k hledání identity jedinců. Nastává rozpor dvou identit, na straně jedné je to identita dětská a na straně druhé identita dospělého jedince. Adolescent cítí potřebu zařadit se do nějaké skupiny, jež bude mít stejné názory, zájmy či zkušenosti. Z tohoto důvodu se jedinec chová určitým způsobem, aby se do daného spolku začlenil a případně v něm získal vysokou pozici. Dále uvádí, že z počátku se jedinec začleňuje do menších skupin, jež jsou záhy nahrazeny skupinami většími, v nichž jsou zastoupena obě pohlaví (Dolejš, 2010).

2.2 HIV/AIDS

Zkratka **HIV** pochází z anglického **H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus. Tyto slova v překladu znamenají virus lidského imunodeficitu. Písmeno **H** pochází ze slova Human v překladu lidský, poukazuje na skutečnost, že virus napadá pouze lidské bytosti,

netýká se tedy zvířat, hmyzu ani rostlin. Písmeno **I** z anglického Immunodeficiency, v překladu deficiid imunity, značí, že virus napadá bílé krvinky, a to především T-lymfocyty. Písmeno **V** znamenající virus, označuje mikroorganismus, jenž se rozmnožuje pouze v buňce (Johnson, 1993).

Zkratka **AIDS** pochází z anglického **Acquired Immune Deficiency Syndrome**, což v překladu znamená syndrom získaného selhání imunity. Písmeno **A** ze slova **Acquired** v překladu znamená získaný, což poukazuje na fakt, že nemoc je způsobena virem, kterým se jedinec v průběhu svého života infikoval. Písmena **I** a **D** ze slov **Immune Deficiency** znamenají imunodeficit, čili selhání obranyschopnosti organismu. Písmeno **S** pocházející ze slova **Syndrome**, jímž označujeme kombinaci znaků a projevů, která je typická pro onemocnění určitého typu (Montagnier, 1996).

2.2.1 Historie objevu HIV/AIDS

Začátkem roku 1981 newyorský dermatologický specialista Dr. Friedman-Kien popsal velmi nezvyklé kožní onemocnění, jež se vyskytovalo u dvou mladých, homosexuálně orientovaných mužů. Nemoc se projevovala tmavě zbarvenými fleky, které se nacházely na kůži po celém těle. Jednalo se o nádorové kožní onemocnění (příloha 1) zvané Kaposiho sarkom (www.aids-hiv.cz, 2013). Pro mladou věkovou kategorii bylo onemocnění tohoto druhu velmi vzácné. V téže době přicházely zprávy z Los Angeles, jež informovaly o výskytu zánětů plic, které byly způsobeny parazitem *Pneumocystis carinii*. Nemoc se opět projevovala pouze u homosexuálně orientovaných jedinců, u nichž byla zjištěna také cytomegalovirová infekce a kandidóza ústní dutiny. Společným znakem těchto jedinců byl závažný rozvrat imunitního systému (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004).

Holub uvádí, že velká část nakažených jedinců pocházela z Haity, proto z počátku odborníci nazývali tento druh onemocnění jako nemoc 4H. Celkový počet nakažených jedinců začal od roku 1980 prudce stoupat. Bylo prokázáno, že záněty plic ani kožní sarkomy nejsou projevem samostatného onemocnění, nýbrž jsou komplikacemi nového, neznámého onemocnění, jež vzniká v důsledku selhání obrany organismu. Ve své publikaci se Holub nadále zmiňuje, že celý proces odhalení nemoci byl provázen velkým množstvím chyb, omylů a sporů. Například než daná nemoc dostala svoji nynější

zkratku AIDS, byla označována jako GRIDS (gay related immunodeficiency syndrom), neboť se vyskytovala hlavně u homosexuálních jedinců. V roce 1982 se odborníci shodli na tom, že se jedná o závažné onemocnění, které je příčinou poruchy imunity, jež způsobí nástup tzv. oportunních infekcí (infekce, s nimiž se organismus za normálních okolností snadno vyrovná). Později v roce 1982 CDC (Centrum pro kontrolu nemocí) upravilo název nemoci na AIDS. Toto označení i zkratka byly všeobecně přijaty (Holub et al., 1993).

Španělsky, francouzsky a portugalsky mluvící země a společnosti používaly vlastní zkratku SIDA pocházející z francouzského Syndrom d'Imuno-deficiencie Acquis nebo španělského Syndrome de Immuno deficiencia Acquirida. V rusky mluvících zemích byla nemoc označována nejen zkratkou AIDS, ale používala se i zkratka SPID vyplývající ze Syndrom priobretennogo imunodeficita (Syrůček, Šejda, Ticháček, 1986).

V důsledku výskytu onemocnění i u ženské populace vedlo lékaře k závěru, že nově popisované onemocnění bude patrně infekčního původu. Aby byl objeven původce zřejmě virového onemocnění, začaly intenzivně pracovat řady výzkumných týmů. O objevení se zasloužily tři vědecké týmy, které pracovaly nezávisle na sobě. První skupina vědců pracovala v Pasteurově ústavu v Paříži pod vedením profesora Montagnier, druhá skupina pod vedením Roberta Gally prováděla své výzkumy v NCI (Národním onkologickém institutu) a poslední skupina vědců pracovala pod vedením J. A. Levyho v San Franciscu (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004).

Velká zásluha je připisována francouzským vědcům pod vedením profesora Montagnier, kteří jako první v roce 1983 popsali virus lidského imunodeficitu. Tento virus byl získán z homosexuálního jedince, jenž měl rozsáhlou lymfadenopatii. Pracovně byl virus označen za LAV (Lymphadenopathy Virus). Jak uvádí ve své publikaci Šejda, přibližně ve stejném časovém období, přesněji v roce 1984, se američtí vědci intenzivně zabývali problematikou lidských onkogenních virů, jež označili jako HTLV (Human T Lymphocyte Virus type I and II). Tento tým amerických vědců, pracující pod vedením profesora Gally, vypracoval systém kultivace těchto virů na senzitivních buněčných liniích. Za pomoci těchto linií izolovali pracovníci virus, který získali z pacienta trpícího AIDS. Virus byl velmi podobný dosud objeveným a známým virům HTLV I a HTLV II, proto jej označili jako virus HTLV III. Velkou zásluhu měl na výzkumu i československý vědec M. Popovič. Bylo rozpoznáno,

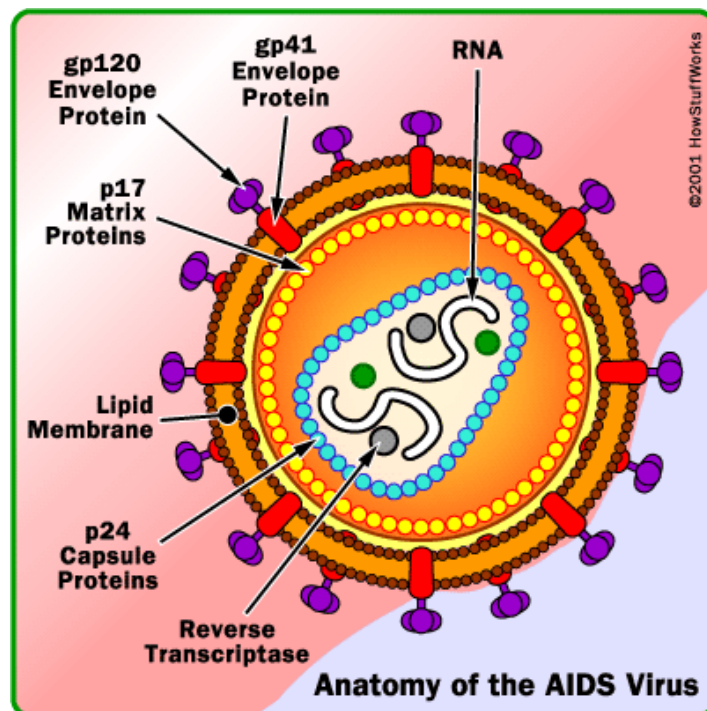
že oba nově zjištěné viry HTLV III a LAV virus jsou totožné a s definitivní platností byly stanoveny jako etiologické agens AIDS. Pro sjednocení terminologie byl výše zmiňovaný virus označen jako virus lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus), ve zkratce HIV (Šejda, 1993). Na základě zjištěných informací byla vytvořena diagnostická metodika, jež umožnila v roce 1984 výrobu prvních setů sloužících ke zjištění původce AIDS (Holub et al., 1993). Již v roce 1985 a 1986 z důvodu podezření přítomnosti AIDS v Československu byla Ministerstvem zdravotnictví ČSR a SSR vybudována Národní referenční laboratoř pro AIDS (Dvořák et al., 1992).

Roku 1986 byl v Paříži objeven a charakterizován další virus, jenž byl získán od heterosexuálního jedince trpícího AIDS. Jedinec pocházel z oblasti západní Afriky. Jelikož měl virus rozdílné biologické vlastnosti než doposud objevený virus LAV, byl pojmenován jako virus LAV II. Posléze byl ve Švédsku izolován nový podobný virus, který pocházel z imunodeficitního jedince. Tento virus byl nazván jako SBL-6669-85. Protože u obou nově nalezených virů byla prokázána identita, bylo provedeno nové třídění všech doposud nalezených virů, jež se podílely na vzniku HIV. Viry objeveny v roce 1983 a 1984 byly nazvány jako HIV typ 1 a viry způsobující AIDS zejména v západní Africe byly nazvány jako HIV typ 2. HIV typ 1 a HIV typ 2 jsou biologicky odlišné (Šejda, 1993). První případ nákazy v České republice byl diagnostikován v roce 1985 (Černý, Machala, 2007).

2.3 Virus HIV

Svoboda uvádí, že virus HIV (obrázek 1) je velmi dobře přizpůsoben tělu hostitele, kterým je lidský jedinec a to nejen z hlediska biologického, ale i sociologického a psychologického. Z biologického hlediska se HIV virus řadí mezi čeleď Retroviridae, což v českém překladu znamená retroviry. Retroviry se dělí do tří podčeledí – Spumavirinae, Oncovirinae a Lentivirinae, z nichž každá zahrnuje množství virů, které jsou jak lidského, tak zvířecího původu. Samotný HIV virus spadá do podčeledi Lentivirinae, jež v překladu označuje něco pomalého. V téže publikaci Svoboda dále upozorňuje, že HIV virus je patogenní jen pro lidského jedince a způsobuje onemocnění, které je charakteristické pro svůj chronický průběh a dlouhou inkubační dobu. Stejně jako ostatní retroviry má virus HIV oválný tvar o průměru 80-120 nm. Je tvořen zevním obalem – envelope a proteinovým pláštěm vnějšího jádra

neboli core. Virion (virová částice) je tvořen lipidním obalem, jenž má vliv na citlivost tukových rozpouštědel. Ve virionu se nachází výběžky oválného tvaru, které jsou glykoproteinového charakteru. Výběžky, jež se nazývají gp120, jsou upevněny pomocí tyčinkovitých útvarů gp41 v lipidním obalu. Celý obal viru je posílen matrixovou bílkovinou značenou p17. Všechny retroviry pak mají svou genetickou informaci uloženou v RNA neboli ribonukleové kyselině. Dvouvláknová RNA, jež se nachází ve vlastním jádru viru HIV, tvoří nejdůležitější součást celkové stavby, proto je kryta proteinovým obalem p24 (Svoboda, 1996).



Obrázek 1 - Skladba viru HIV (<http://science.howstuffworks.com>, 2014)

Stejně jako ostatní viry není ani virus HIV schopen přežít bez hostitelské buňky (Montagnier, 1996). Weiss uvádí, že samotný virus HIV je velmi lehce zničitelný a dostane-li se v infikované tekutině mimo organismus, přežívá velmi krátce. Je slabší než virus způsobující například chřipku nebo hepatitidu typu B. Weiss poukazuje také na to, že virus HIV může být zneškodněn prostou dezinfekcí či omytím čisticím prostředkem, kterým může být například mýdlo. Zahubí jej i výskyt plísní, bakterií, teplota nad 60°C či sluneční paprsky (Weiss et al., 2010).

2.3.1 Životní cyklus viru HIV

Virus HIV je po vniknutí do krevního řečiště vstřebán buňkami. Tyto buňky, jež označujeme jako buňky cílové, mají na svém povrchu receptory, které vstřebání viru umožňují. Zmiňované receptory jsou označovány jako CD4 (Černý, Machala, 2007). Beneš zdůrazňuje, že se nachází zejména na T-lymfocytech a v nepatrné míře i na povrchu enterocytů, monocytů, na povrchu buněk endotelu, dentritických a gliových buněk. (Beneš, 2009). Vniknutý vir HIV tedy napadá zejména T-lymfocyty (Holub et al., 1993). U jedince rozlišujeme tři typy T-lymfocytů, jsou to pomocné T-lymfocyty označované jako T4, cytotoxické T-lymfocyty a tlumivé T-lymfocyty, které jsou označovány jako T8 (Váňová, 1990). Tyto bílé krvinky jsou součástí imunitního systému člověka a mají pro něj velký význam (Holub et al., 1993). Šejda zmiňuje, že jejich zásadní funkce spočívá ve schopnosti rozeznat napadající mikroorganismus a následně dát signál organizmu k vytváření protilátek. Zdůrazňuje, že vir HIV napadá i makrofágy, což je další druh krvinek bílé krevní řady, jenž se podílí především na fagocytóze. Specifický buněčný receptor CD4, který se nachází na povrchu cílové buňky, je buněčná substance umožňující svými velkými vstřebávacími schopnostmi přilnutí viru na buněčný povrch a následný vstup viru do buňky. Tento proces je způsoben dvěma již zmiňovanými glykovanými proteiny gp120 a gp41. Oba se nacházejí na povrchu viru (Šejda, 1993).

Pokud se jedinec infikuje virem HIV, dojde k jeho uchycení na leukocyty zvané CD4-T-lymfocyty (Angus, 2001). Po vniknutí retrovirů do hostitelské buňky dochází k přepisu kódu RNA do genetického kódu DNA (kyselina deoxyribonukleonová), a to pomocí virového enzymu RT neboli reverzní transkriptázy (Svoboda, 1996). Aby však mohlo k uvedenému přepisu genetického kódu z RNA do DNA dojít, musí se virus v cytoplazmě buňky zbavit svého vnějšího obalu a jádra. Prostřednictvím duplikázy dojde ke zdvojení vlákna DNA a následně pomocí enzymu, jenž umožňuje integraci viru, vloží doposud cizí genetickou informaci do jejího genomu. Takto se provirus stává součástí napadené buňky. Virová DNA se následně přenáší při dělení buněk, avšak zůstává v ní i v jejím potomstvu. Touto reakcí, specifickou pro retroviry, se buňka stává schopnou k tvorbě nových virových částic (Šejda, 1993).

Bílá krvinka, jež je určena k likvidaci jakýchkoliv choroboplodných zárodků, pak produkuje stále nové HIV viry, které se nadále šíří krevním řečištěm jedince a destruuje obranný systém infikovaného člověka (Angus, 2001). Virus HIV se následně

rozmnožuje na úkor lymfocytů, jež v závěru zničí. Tímto způsobem dochází k paralýze a rozvratu imunitního systému. U nakaženého jedince vzniká neschopnost bránit se obyčejným infekcím a některým nádorovým onemocněním (Montagnier, 1996).

2.3.2 Původ viru HIV

Pro zjištění původu viru byly do roku 1993 stanoveny 3 hypotézy, jež původ viru měly objasňovat (Montagnier, 1996). V dnešní době však už můžeme s jistotou říci, odkud virus HIV pochází (www.bojprotiaids.cz, 2011).

První teorie vycházela z názoru vědců z NDR. Ti vytvořili studii, která dokazuje, že vytvořením viru HIV byla spuštěna biologická zbraň, jež sloužila k nákaze americké populace. Měla být testována na dobrovolnících, kteří měli virus rozšířit. Díky prozkoumání všech faktů bylo prokázáno, že se jedná o absurdní a nepravdivou teorii (Holub et al., 1993). Tuto hypotézu vylučuje i fakt, že případy infekce se objevily v době, kdy technologie nebyla zdaleka na tak vyspělé úrovni, aby umožnila genetické mutace (Montagnier, 1996).

Druhý názor, jenž měl objasnit původ viru HIV, je následkem dopadu Božího trestu na lidstvo. Trest měl být uložen kvůli promiskuitnímu sexuálnímu životu, který se v 60. letech tohoto století navýšil (Holub et al., 1993).

Třetí teorie odkazuje na opičí původ. Autoři této teorie tvrdí, že některé kmeny ve Střední Africe si pro posílení pohlavní výkonnosti vtíraly opičí krev do hlubokých ran na kůži. Tímto došlo k přenosu SIV (opičí virus selhání imunity) do organismu člověka a mutaci na HIV do současné podoby a účinnosti. Tuto teorii potvrzují pozitivní serologické vzorky krve, jež pochází z roku 1959 a byly získány u osoby, která se vyskytovala v oblasti Kinshase. Spekulovalo se také o tom, že za rozmach nákazy do ostatních zemí mají na svědomí námořníci, kteří navštívili africké nevěstince, kde se nakazili tímto virem. Ve spojitosti s touto hypotézou se uvádělo, že virus na zemi existoval již v minulých staletích, například u některých indiánských kmenů či ve spekulacích o smrti Erasma Rotterdamského na následky nemoci AIDS (Holub et al., 1993).

Dle informací z roku 2011 pochází virus HIV 1 ze šimpanze. Zřejmě se však již delší dobu vyskytoval u populace, která žila v izolaci a vir poměrně dobře tolerovala. Protože je vir HIV 2 poměrně blízkým příbuzným viru, jenž se vyskytuje u africké opice (rod *Cercocebus*), je nejpravděpodobnější hypotézou přenos viru z opice na člověka (www.aids-pomoc.cz, 2011). Místo, kde k původnímu přenosu viru došlo, je Kamerun, jak uvedli vědci z birminghamské univerzity. Tohle je poslední doposud publikovaný a nejrozšířenější názor, odkud virus HIV pochází (www.bojprotiaids.cz, 2011).

2.4 Cesty přenosu

„Nedostanete HIV kvůli tomu, kdo jste – dostanete ho kvůli tomu, co děláte.“

Earvin „MAGIC“ Johnson

Dle publikace od Svobody se z hlediska epidemiologického rozděluje přenos nemoci do 4 vzorových skupin, jež se ve většině případů prolínají. Tyto skupiny jedinců můžeme nazývat jako rizikové skupiny. První skupinu tvoří homosexuální jedinci, kteří si virus předávají převážně análním pohlavním stykem. Příkladem může být oblast San Francisca, kde 95 % infikovaných jedinců je orientováno homosexuálně. Nejpočetnější v pořadí druhou skupinu tvoří heterosexuálně orientované osoby. Třetí skupinu představují jedinci, kteří pomocí intravenózní aplikace užívají heroin, kokain a jiné omamné látky. Tato skupina osob se vyskytuje převážně v oblasti New Yorku, jižní Evropy, Itálie, Francie a v oblasti Španělska. Poslední skupinu představuje možnost šíření viru vznikající v důsledku nízké úrovně zdravotnických zařízení, které se objevují hlavně v Rusku, Rumunsku a subsaharské Africe. Dále Svoboda ve své publikaci uvádí, že i když je přenos nákazy způsoben popsány cestami, vesměs nemluvíme o výše zmiňovaných obecných rizikových skupinách, ale vždy jen o určitém jedinci, u něhož se objevuje patřičný druh rizikového chování. Rovněž ve většině případů nerozlišujeme, zdali se jedná o HIV typu 1 či HIV typu 2, neboť uvedené typy virů se liší pouze inkubační dobou, jež je u viru HIV 2 delší (Svoboda, 1996).

Cestou přenosu chápeme vniknutí viru HIV do krve nebo do tkáně senzitivního jedince. Přenos viru z člověka na člověka se nejsnáze uskutečňuje prostřednictvím **krve**, v níž se nachází největší koncentrace viru. Do přenosu krví spadá intravenózní aplikace

drog, kdy narkomani používají nesterilní jehly, jež si navzájem půjčují (Syrůček, Šejda, Ticháček, 1986). Nejen narkomani, ale například i atleti, kteří si aplikují steroidy, se řadí mezi tuto rizikovou skupinu jedinců. Kontaminovaná nemusí být pouze injekční stříkačka a jehla, ale mohou to být i pomůcky, jež se používají k přípravě drogy. V České republice byl do roku 1987 možný přenos viru HIV prostřednictvím transfuze a injekčně aplikovaných krevních derivátů (www.aids-hiv.cz, 2013). Ohrožení se týkalo především hemofiliků, kteří byli závislí na podávání hemokoagulačních faktorů. Výjimku v přenosu HIV viru netvořila ani transplantace orgánů (Černý et al., 2008). V dnešní době se však u nás s tímto druhem přenosu již nesetkáváme, neboť všechny vzorky krve vždy podléhají závazné kontrole. Nově infikovaný jedinec představuje pouze malé riziko přenosu viru tímto způsobem. Avšak i přesto musí být kladen velký důraz na výběr vhodného dárce krve (Montagnier, 1996). Pokud je krev některého z dárců pozitivní na screening, je okamžitě vyřazena z registru a pro dárcovství tudíž zcela nepoužitelná. Ve většině zemí se používají screeningová vyšetření na přítomnost obou druhů HIV viru (Svoboda, 1996).

Dalším možným způsobem přenosu je **nechráněný pohlavní styk** u heterosexuálních i homosexuálních jedinců, neboť virus je po krvi nejvíce koncentrován v mužském spermatu a v poševním sekretu ženy. Převažující skupinu v přenosu viru pohlavním stykem tvoří zejména homosexuální jedinci. U nich dochází k mikrotraumatům v oblasti konečníku v důsledku citlivější sliznice v této oblasti. Všechny sexuální praktiky, které způsobují poškození sliznice, přispívají ve větší míře k riziku přenosu viru (www.bojprotiaids.cz, 2011). Montagnier uvádí, že z tohoto hlediska je anální styk nejvíce rizikový. Orálně-genitální styk je rizikový pouze v případě, nachází-li se v ústech nebo na pohlavních orgánech otevřená léze. K přenosu onemocnění dochází i v případě neporušených sliznic. S množstvím pohlavních styků stoupá riziko přenosu infekce (Montagnier, 1996). Tento druh přenosu představuje nejrizikovější cestu šíření nákazy. Pokud jedinec současně trpí i jinými sexuálně přenosnými nemocemi, jimiž může být kapavka či lues, je riziko přenosu výrazně větší (Černý, Machala, 2007).

Nákaza virem HIV je možná i **z matky na plod a novorozence**. V případě, kdy je matka již infikovaná virem HIV, je v Evropě riziko přenosu viru na dítě 20 - 30 %, v rozvojových zemích až 55 %. Možnost tohoto druhu přenosu je závislá na fázi infekce u matky. Nejvíce ohrožující je primární infekce nebo plně rozvinuté onemocnění AIDS.

Nákaza může proběhnout nejen během těhotenství, ale i během porodu a kojení. Dle odhadů se denně narodí až 1 000 dětí nakažených HIV (Machová et al., 2009). Rizikovým faktorem pro dítě může být i kojení. Čím delší je samotná doba kojení, tím vyšší je pravděpodobnost postnatálního přenosu HIV viru na dítě (www.who.int, 2008).

Známé jsou i **jiné cesty** přenosu, především darováním spermatu či prostřednictvím velkých kožních či slizničních lézí, které přišly do styku s infikovanou tekutinou (Svoboda, 1996). Tzv. francouzské líbání je nebezpečné pouze v tom případě, pokud dochází ke kontaktu slin obsahujících stopy infikované krve jedince se slizničními lézemi, které se objevují u druhého jedince v dutině ústní (Montagnier, 1996). V malé koncentraci byl virus nalezen i ve slinách, slzách a moči, kde však dle odborníků údajné riziko přenosu nehrozí, pokud nepřijdou uvedené tekutiny do styku s krví (Weiss et al., 2010)

Při zachování náležitých zásad nehrozí přenos viru ani při rizikových činnostech, jimiž může být tetování, propichování uší a jiných částí těla, při akupunktúře a v neposlední řadě při manikúře a pedikúře (www.aids-pomoc.cz, 2011).

2.5 Diagnostika HIV

Za základní metodu kontroly šíření HIV infekce je považována včasná diagnostika, která se od dob počátků této nemoci značně rozšířila (Brůčková et al., 2005). Samotná diagnostika onemocnění není příliš náročná. Na možnost výskytu viru v organizmu jedince upozorňují již anamnestické údaje, v nichž se objevuje neustálý výskyt oportunních infekcí (Černý et al., 2008).

K laboratorní diagnostice využíváme přímou či nepřímou metodu. Nepřímá virologická diagnostika se zaměřuje na objevení protilátek anti-HIV a využívá se především pro zachycení nově infikovaných jedinců. Přímá virologická diagnostika zjišťuje přítomnost virového antigenu p24, nebo zkoumá přítomnost kyseliny RNA v krvi jedince (www.hiv.cz, 2013). Testy na potvrzení nebo vyloučení přítomnosti HIV viru tak pracují na bázi vyhledávání určitých specifických bílkovin, jimiž označujeme protilátky a antigeny. Samotné zjišťování přítomnosti HIV viru v těle je příliš komplikované, drahé a trvá delší časový úsek, proto se ve většině případů tyto testy

neprovádějí. Při volbě testu bereme na zřetel jeho citlivost a specifčnost, které nám udávají spolehlivost výsledků. Protože jsou všechny užívané HIV testy citlivostní, zajišťují nám, že se falešný negativní výsledek nemůže objevit. Při diagnostice HIV pozitivita a negativita můžeme využívat testy různého charakteru (www.spolecneprotiaids.cz, 2014).

Hynek uvádí, že specifická mikrobiologická diagnostika je důležitá, bezpečná a citlivá metoda, jež se podílí na diagnostice HIV/AIDS. Tato metoda je využívána hlavně k vyšetření dárců krve, pro zabezpečení krevních konzerv a krevních derivátů (Hynek et al., 2003). Testovanému jedinci je odebráno 5-7 ml venózní krve, ze které se zjišťuje přítomnost HIV viru. Abychom zabránili pozitivním výsledkům, jež mohou být klamné, odesíláme každý výsledek s pozitivním statusem na specializované pracoviště, kde se výsledek ověřuje v systému konfirmačních testů. U testů, které naopak byly vyhodnoceny jako negativní, musíme brát v úvahu imunologické okénko, jež se vyskytuje u jedinců, u nichž se nestačily vytvořit protilátky, které detekujeme. Zmiňované období trvá okolo 3 měsíců, proto po uplynutí této doby vyšetření opakujeme (www.aids-pomoc.cz, 2011). Konfirmační testy, Western blot, zajišťují výraznější přesnost výsledku než testy ostatní, ale protože je jejich realizace náročná z hlediska časového i finančního, uplatňuje se pouze na jedince, u nichž nebyl výsledek testu jednoznačně negativní (www.spolecneprotiaids.cz, 2014).

Dnes existují i méně invazivní metody, z nichž je možno zjistit svůj stav. Mezi ně je řazen odběr slin, moči či kapka krve z prstu (Brůčková et al., 2005). Nejvíce rozšířený test v ČR užívaný k detekci HIV jedinců je test ELISA. Vzorek je odebrán z žilní krve, ve které se zkoumá přítomnost antigenu p24, protilátek gp41 a gp36. Další možnost je INSTI HIV test, jenž k detekci používá pouze kapku krve z prstu (obrázek 2). Tento druh testu je možno zakoupit v lékárně (300 Kč). Přestože je tento test volně dostupný, jeho užívání není doporučeno pro domácí sebetestování (www.spolecneprotiaids.cz, 2014). Velkou předností testu je objevení se výsledku po jedné minutě. Je-li výsledek testu negativní, je důležité brát v potaz, že testovaný jedinec může být i přesto pozitivní, protože se právě nachází v imunologickém okénku. Výsledek testu se zjišťuje na základě přítomnosti testovacího bodu (obrázek 3), kdy test může být pozitivní, negativní či neplatný (www.aidstest.cz, 2010).



Obrázek 2 – Použití testu INSTI (www.aidstest.cz, 2010)



Obrázek 3 – Výsledky testu INSTI (www.aidstest.cz, 2010)

Další HIV test, Genscreen, využívá k testování tekutiny z dutiny ústní - sliny. Je to neinvazivní bezbolestná metoda, již lze provádět kdekoli v terénu. Nevýhodou testu je poměrně dlouhá testovací doba trvající přibližně 2 týdny (www.spolecneprotiaids.cz, 2014).

Jedinci se nechávají testovat na HIV především z důvodu dlouhodobého rizikového chování či ojedinělého rizikového chování, dále také před navázáním nového partnerského vztahu (www.bojprotiaids.cz, 2011). U dárců krve, spermatu a orgánů se testování provádí povinně a neanonymně. U osob, které jsou zbaveny svéprávnosti či jsou v bezvědomí, se testování provádí bez souhlasu vyšetřovaného. U těhotných žen se za předpokladu vědomého souhlasu provádí vyšetření HIV protilátek běžně (Machová et al., 2009).

2.6 Klasifikace HIV infekce

V publikaci od autora Šejdy byly uvedeny a popsány 4 klasifikace infekce HIV (Šejda, 1993). Avšak v publikaci od Svobody je používáno celkem 5 klasifikací HIV infekce, jež se užívají i v současnosti (Svoboda, 1996). Budeme-li některou z uvedených

klasifikací aplikovat, musíme brát na zřetel určité změny vyskytující se v klinickém obraze dotyčného, které se od objevení AIDS změnily (Šejda, 1993).

Původní neboli iniciální klasifikace je považována za nejstarší. Aplikovala se pouze u jedinců trpících patrnými klinickými projevy (Šejda, 1993).

Další **Klasifikace dle Waltera Reed Hospital**, ve zkratce WR, člení vývoj HIV infekce podle posloupnosti do 7 stádií z pohledu klinického i imunologického stavu jedince (Šejda, 1993).

Klasifikace Center for Disease Control (CDC) se snažila zhodnotit klinický stav jedince včetně preventivních opatření a epidemiologických sledování (Šejda, 1993).

Další **klasifikace** byla stanovena **Světovou zdravotnickou organizací** a zaměřuje se na klinický obraz a imunologická kritéria (Šejda, 1993). Zmiňovaná klasifikace je v dnešní době brána za nejpodstatnější a nejvíce propracovanou kategorizaci HIV infekce, neboť zahrnuje 4 stádia klinická a 3 stádia laboratorní (Svoboda, 1996). Klasifikace se snaží začlenit co nejvíce možných onemocnění, kterými se AIDS projevuje a je navržena tak, aby mohla být využita ve všech regionech světa (Boniphace et al., 2011).

Poslední Svobodou uvedená **klasifikace** je **patofyziologická**. Vychází především z intenzity zdvojení HIV (Svoboda, 1996).

2.6.1 Klinický obraz a průběh HIV infekce

HIV infekce se krok za krokem stává onemocněním chronickým, jež se projevuje v různě závažných formách (Montagnier, 1996). Celkové klinické projevy HIV infekce se projevují v závislosti na stádiu nemoci, závažnosti infekce a imunitních poruch, přítomnosti nádorových onemocnění, životosprávě, výživě a především léčbě infikovaného jedince (Černý et al., 2008).

Jako inkubační dobu, jak uvádí autoři Černý a Machala, označujeme časový úsek, který se počítá od okamžiku nákazy až do propuknutí akutní HIV infekce. Obvykle trvá 2 až 6 týdnů, ojediněle však může nastat až za několik měsíců. První příznaky snížené obranyschopnosti organismu se začínají objevovat zhruba za 10 až 11 let po nákaze virem HIV. Z důvodu rozsáhlého časového období můžeme rozdělit jednotlivá stádia průběhu

infekce do tří kategorií, jež stanovilo již zmiňované CDC. Jednotlivé třídy se z klinického hlediska popisují jako kategorie A, B a C. Dále zmiňují, že prvotní HIV infekce se ve většině případů projevuje jako chřipka, jež je doprovázena zduřením lymfatických uzlin a dočasnou vyrážkou. Laboratorní nález poukazuje na dočasné snížení CD4+ lymfocytů a objevení se genu p24 v krvi. Za několik dní dochází k výskytu protilátek anti-HIV v organizmu jedince. Tato akutní infekce se objeví asi u 85 % HIV infikovaných jedinců. Protože jsou však příznaky netypického charakteru, je velmi obtížné infekci v tomto stádiu identifikovat (Černý, Machala, 2007). Rozsypal uvádí, že po uplynutí 1 - 3 týdnů onemocnění ustupuje a laboratorní hodnoty se vrací do normálního stavu, stoupá tedy množství CD4+ lymfocytů a antigen p24 v krvi vymizí (Rozsypal, 1998). Po této prvotní infekci nastává asymptomatické období, jež může trvat i řadu let (Černý, Machala, 2007).

U jedince následuje asymptomatické stádium, kdy se neprojevují žádné příznaky, které by poukazovaly na přítomnost HIV viru v organizmu. Objevení perzistující generalizované lymfadenopatie (ve zkratce PGL) poukazuje na brzký konec asymptomatického období. U jedince se začínají objevovat zvětšené lymfatické uzliny dosahující velikosti okolo 1 cm. Přítomny jsou po dobu delší než 3 měsíce (Černý, Machala, 2007). V laboratorních nálezech se vyskytuje kromě lymfadenopatie, což je již výše zmiňované zvětšení lymfatických uzlin, také anémie. V popisovaném období setrvává jedinec po dobu 2 - 15 let (Rozsypal, 1998). Akutní infekci, asymptomatické stádium a PGL řadí CDC do **klinické kategorie A** (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004).

Dle Černého v dalším průběhu vývoje infekce, které je nazýváno jako manifestní non AIDS stadium, se začínají připojovat oportunní herpetické infekce, jež se objevují především v oblasti anu a zevních pohlavních orgánů (Černý, 2008). Malé oportunní infekce jsou důležitým příznakem snižující se funkce imunitního systému a velmi často jsou doprovázeny úbytkem tělesné hmotnosti jedince, horečnatými stavy, nechutí k jídlu a vyčerpaností (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004). Dále se v tomto stádiu objevují i trombocytopenická purpura a poruchy periferních nervů. Celé popisované stádium se řadí dle CDC do **klinické kategorie B**. Autoři Černý a Machala ve své publikaci uvádí, že důležitým aktem tohoto stádia je nasazení antivirové terapie, jež zásadním způsobem ovlivní znovupostavení nefungujících schopností imunitního systému. Není-li terapie zahájena, dochází k dalšímu prohlubování imunodeficitu. V laboratorním nálezu

se objevuje leukopenie, lymfopenie a trombocytopenie, zvýšené bílkovinné krevní sérum obsahující protilátky a zvýšená hladina β -2-mikroglobulinu poukazující na zánětlivá a nádorová onemocnění (Černý, Machala, 2007). U infikovaného jedince se pyrexie a diarrhoe vyskytuje déle nežli jeden měsíc. Důsledkem toho je ztráta tělesné hmotnosti, která činí 10 % z celkové tělesné hmotnosti jedince. Následujících několik měsíců se infekce rozvíjí do plně propuknutého onemocnění AIDS (Černý et al., 2008). Podle Rozsypala považujeme za další signál blížícího se onemocnění AIDS zmenšení již zduřelých lymfatických uzlin. Stejně jako výše zmiňovaná stádia infekce může i tahle fáze trvat několik let (Rozsypal, 1998). Období relativního zdraví jedince se zmenšuje v důsledku neustále se opakujících infekcí (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004).

V **klinické kategorii C** se vyskytují oportunní infekce, nádory a nastává hluboký imunodeficit (Černý, Machala, 2007). Celkové vyčerpání dotyčného má za následek neschopnost infekcím odolávat. U jedince se objevují tzv. indikativní onemocnění, mezi něž patří například TBC (tuberkulóza), HIV encefalopatie, generalizované infekce, Kaposiho sarkom, kandidózy a lymfomy (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004). I když je převážná většina oportunních infekcí léčitelná, jsou z důvodu neustále se opakujících atak u většiny jedinců s rozvinutým AIDS nejčastější příčinou smrti. Další nejčastější příčiny smrti představují u nemocných zhoubná nádorová bujení, která se u zdravých jedinců vyskytují zřídka. Zmiňované poslední období většinou trvá okolo 2 až 5 let. Zpravidla končí smrtí dotyčného (www.aids.alms.cz, 2014).

Od získání HIV infekce do propuknutí plně rozvinutého AIDS je rozvoj zcela individuální a odlišně rychlý. Stejně tak je tomu u délky života HIV nakažených jedinců. V průměru 60 % infikovaných jedinců onemocnění do 10 let od nákazy, u 20 % se objevuje preklinická forma a 20 % jedinců je klinicky němých (Machová et al., 2009).

Ani zařazení jedince a jeho průjevů do příslušných kategorií nemusí vždy reflektovat jeho přesný stav. Autoři Černý a Machala uvádějí, že jednou z nejpodstatnějších příčin úmrtí jedinců s HIV jsou neurologické komplikace, které se objevují u 70 % infikovaných. Postihují centrální i periferní nervový systém (Černá, Machala, 2007).

2.6.1 Psychosociální aspekty nemoci

Podle autorek Mojžíškové a Kašové se všechny závažnější onemocnění nebo infekce téměř u každého jedince projevují psychosociálními změnami v jeho chování. Nemoc nepostihuje pouze fyzickou stránku člověka, ale postihuje i jeho stránku bio-psycho-sociální. U jedince infikovaného HIV se změna projevuje především v jeho sociálním statusu, kdy v mnohých případech ztrácí své zaměstnání a mění se jeho role v rodině. Onemocnění neovlivňuje pouhého jednotlivce, ale ovlivňuje i společnost a rodinu, v níž se nachází. U dotyčného se vyskytují změny nálad, často převažuje podrážděnost a přecitlivělost na doposud běžné situace (Mojžíšková, Kašová, 2004). Jak uvádí Rozsypal, ještě než je výsledek positivity zřejmý, objevují se psychosociální změny jak u potvrzených HIV infikovaných jedinců, tak i u osob, které teprve na výsledek testu čekají. V tomto období se projevují pocity strachu a nejistoty z budoucnosti. Nejen že trpí subjektivním pocitem strachu z bezmocnosti, ale mají také obavu, jak fakt, že je jedinec HIV pozitivní, přijme jeho okolí a především jeho rodina. Nastává otázka, jak bude společnost reagovat a jak přijme skutečnost, že je jedinec nejen HIV pozitivní, ale například také bisexuální, homosexuální či se choval rizikově užíváním drogových látek nebo byl nevěrný (Rozsypal, 1998). Je důležité, aby rodina zajistila infikovanému jedinci citovou podporu (Plesník, 1995).

Autor Barua ve svém článku uvádí, že dle výsledků studie, jež byla prováděna v roce 2007 po dobu jednoho roku a již se zúčastnilo 150 dospělých jedinců trpících HIV/AIDS, se u probandů projevovali psychosociální změny a deprese. I když se všichni probandi snaží zachovat mlčenlivost o svém onemocnění, u 26,67 % z nich se objevilo sociální stigma. Celých 40 % se snaží vyhýbat společenskému setkání a dalších 40 % bylo svými přáteli a dokonce i rodinou zavrhnuto. Další výsledky poukazují na fakt, že se všichni jedinci potýkali s depresí, v silnější míře ženy. Dále uvádí, že deprese se u všech projevovala spánkem, apatií, pesimismem, sklíčeností a sociální izolací (Barua et al., 2013).

2.7 Terapie HIV/AIDS

Autorka Páralová uvádí, že léčba nemoci se provádí v AIDS centrech, jež jsou k tomu patřičně kompetentní. Zmiňovaná centra jsou zřizována při infekčních odděleních nemocnic. Základním krokem k nastavení patřičné léčby je především

profylaxe a zahájení příslušné terapie všech oportunních infekcí. Prvotními léky pro jedince trpících HIV jsou antiretrovirotika, která ovlivňují množení virů tím, že jej zpomalují (Páralová, 2008). Na světě byla provedena řada studií, jež se zabývaly doporučením různých postupů antiretrovirové léčby. Největší ohlas mají postupy stanovené WHO. V České republice se uznávají a jsou aplikovány postupy pocházející z Terapeutické skupiny Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS. Antiretrovirová terapie ovlivnila průběh HIV infekce zásadním způsobem. Onemocnění, které se dříve nazývalo jako fatální, se stalo onemocněním chronickým (Staňková, 2008).

Z celkového počtu nakažených jedinců potřebujících léčbu si ji může dovolit a má k ní přístup pouhých 31 % (www.hivaids.sk, 2014). Proto je v dnešní době patrná snaha zajistit dostupnost antiretrovirové terapie i v odlehlých oblastech, jakou je například subsaharská Afrika, jak ve svém článku podotýká autor Boniphace. Ve většině případů si však tyto jedinci příznaky onemocnění léčí sami pomocí speciálních bylinných přípravků. Z tohoto důvodu je velmi složité zavést odpovídající antiretrovirovou léčbu ke stavu jedince, neboť tyto „domácí“ postupy překrývají mnohdy důležité klinické příznaky AIDS (Boniphace et al., 2011).

Od poloviny 90. let se infikovaným jedincům zavádí protivirová terapie. Tato léčba je nazývána jako kombinovaná z toho důvodu, že k zajištění dlouhodobého a především dobrého účinku je nutno kombinovat několik antiretrovirových preparátů. K standardně užívaným medikamentům patří inhibitory reverzibilní transkriptázy (azidothymidin, lamivudin, tenofovir), inhibitory proteázy (ritonavir, lopinavir, amprenavir), CCR5 antagonisté a inhibitory fúze (enfuvirtid), které jsou nejnovější. Další preparáty jsou ve vývoji. K zajištění dobrých výsledků během terapie je nutná spolupráce infikovaného jedince. Při vynechání 3 dávek léků v měsíci se zvyšuje riziko odolnosti léčiv (Weiss et al., 2010). I když existují medikamenty, jež zvyšují kvalitu života infikovaných jedinců, nebyl doposud stále vynalezen účinný lék, který by nemoc zcela vyléčil. Antiretrovirová terapie u těhotných snižuje riziko přenosu na 8 % (Machová et al., 2009).

I přes to, že antiretrovirotika od začátku svého vývoje značně zlepšila svoji snášenlivost u nemocných jedinců, mají stále poměrně velké zastoupení nežádoucích účinků. Jsou značně toxické pro ledviny, zvyšují hladinu cukru a plazmatických lipidů, u jedince způsobují změnu v distribuci tělesného tuku

a inzulínovou rezistenci. Právě vznik rezistence je jednou z podstatných komplikací užívání antiretrovirotik způsobená mutacemi viru (Krečmerová, 2012).

V článku publikovaném Atkinsem se u 50 % jedinců trpících HIV/AIDS objevují kognitivní potíže spojené s neuropsychickými problémy a depresemi, je proto důležité, aby zmiňovaní jedinci byli podporováni i po stránce sociální. Jak ukazují výsledky kanadské studie z Toronta, již se zúčastnilo 357 dospělých mužů s HIV, kognitivní příznaky a deprese se u zkoumaných jedinců nápadně zvýšily s jejich nezaměstnaností. U jedinců s vyšší úrovní vzdělání a se sociální podporou se naopak tyto příznaky zmírnilly (Atkins et al., 2010).

2.8 Výskyt HIV/AIDS

Podle Černého onemocnění HIV/AIDS do roku 2005 zasáhlo více než 40 milionu jedinců. Mezi postiženými mírně převažují muži nad ženami. Z celkového počtu infikovaných tvoří více než 2 miliony případů děti. Nejvyšší počet nemocných se vyskytuje především v subsaharské Africe, kde se odhaduje celkové množství infikovaných jedinců na polovinu z celkového počtu 40 milionů. Další v pořadí s vysokým počtem infikovaných jsou země východní Evropy a jihovýchodní Asie či Jižní Ameriky. Mezi země s nejmenším výskytem se řadí státy střední a západní Evropy či Severní Ameriky (Černý et al., 2008). Z celkového počtu nemocných ve světě ročně umírá na 2 miliony infikovaných lidí (Adámková, 2010).

2.8.1 Česká republika

Již v roce 1984 byly na území Československa hlášeny 2 případy, u nichž se projevíly známky onemocnění AIDS i přesto, že infekční původ tohoto zcela neznámého onemocnění nebyl potvrzen. Díky vzniku Národních referenčních laboratoří byla umožněna první studie, do které byly vybrány skupiny osob s rizikovým chováním. Výsledky zaregistrovaly první nosiče HIV viru. Postupně byly prokázány pozitivní výsledky u osob s hemofilií a homosexuálních jedinců. Dle počtu hlášených případů výskytů z roku 1992 byla ČR poměrně málo postižena epidemií, zřejmě v důsledku pozdějšího přenosu do naší země, nežli do Spojených států či západní Evropy. V uvedeném roce se odhad seropozitivních jedinců pohyboval v rozmezí 500 až 1000 (Dvořák et al., 1992).

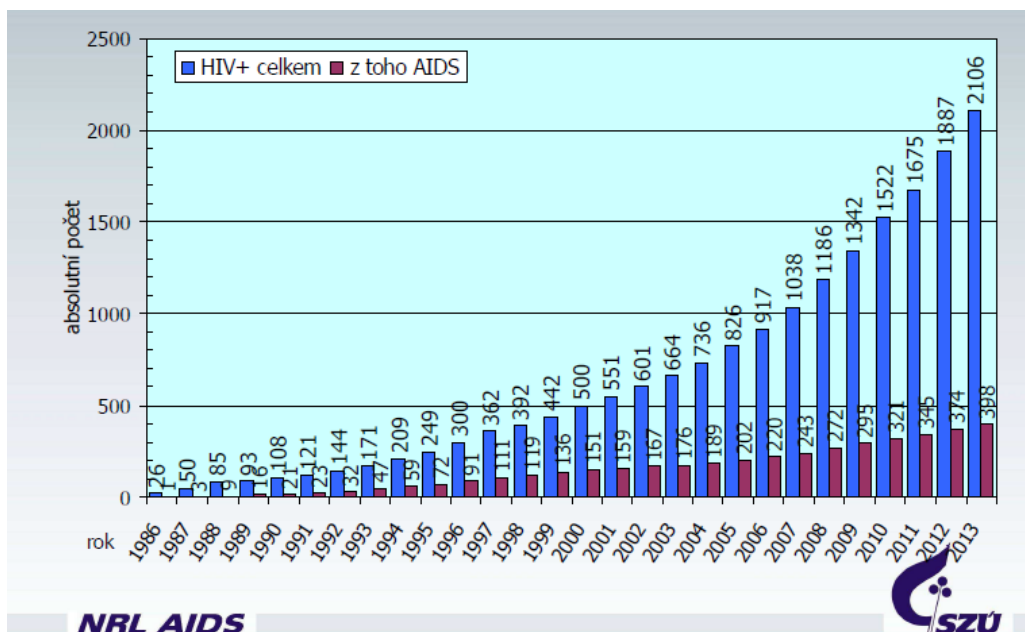
Česká republika na konci roku 2003 zaznamenala 662 případů s pozitivním HIV nálezem, z tohoto počtu bylo u 172 jedinců evidováno plně rozvinuté onemocnění AIDS. Mimo uvedené údaje se HIV objevilo u 197 osob cizího původu, z nichž ve stádiu AIDS bylo 7 osob (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004). V roce 2005 bylo v České republice odhadováno na tisíc jedinců s rizikem potvrzení HIV viru, avšak celkový počet byl zřejmě mnohem větší (Černý et al., 2008).

Kuklová ve svém článku uvádí, že v roce 2009 bylo evidováno 1 344 HIV pozitivních jedinců, z nichž bylo nakonec 292 hlášeno jako případy, u kterých se plně rozvinulo onemocnění AIDS (Kuklová, 2011).

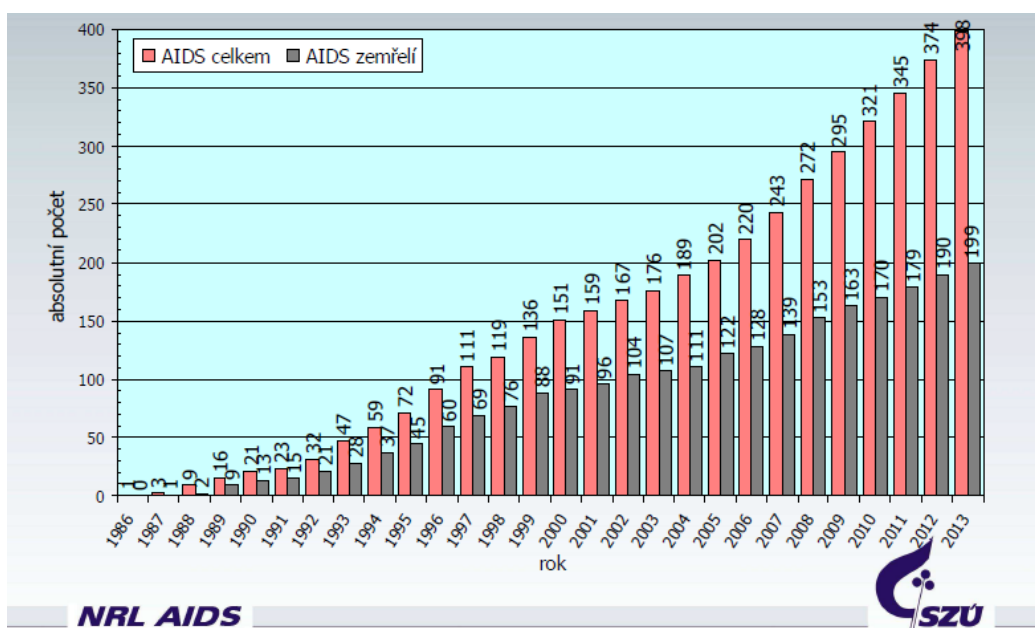
Jak uvádí data z Národní referenční laboratoře pro AIDS, bylo v České republice v roce 2011 nově zjištěných a diagnostikovaných 167 HIV pozitivních jedinců, u 26 případů došlo k rozvoji onemocnění AIDS (www.uzis.cz, 2011).

V průběhu roku 2013 bylo nově zaznamenáno 195 HIV pozitivních jedinců. Onemocnění má v České republice podle statistik trvale stoupající charakter. Nárůst seropozitivních jedinců byl v posledních letech ovlivněn zejména přenosem mezi homosexuálními jedinci. Od 1. 10. 1985, kdy začala evidence HIV pozitivních jedinců, bylo do 31. 11. 2013 zjištěno 2106 případů, z nichž 81,7 % tvoří muži a 18,3 % ženy (obrázek 4). K plnému rozvinutí onemocnění AIDS došlo v 398 případech (obrázek 5), nemoci podlehl 199 jedinců (www.szu.cz, 2013).

Největší počet infikovaných jedinců dle jejich rozložení v jednotlivých krajích ČR ke dni 30. 11. 2013 byl hlášen v Praze - 1027, což tvoří polovinu z celkového množství výskytu v naší republice. V pořadí následuje Středočeský kraj, kde bylo hlášeno 208 případů, Jihomoravský kraj – 162, Moravskoslezský kraj – 131, Ústecký kraj – 120, Plzeňský kraj – 88, Karlovarský kraj – 72, Jihočeský kraj – 65, Olomoucký kraj – 56, Liberecký kraj – 47, Královéhradecký a Zlínský kraj – 38, Pardubický kraj – 33 a Vysočina s počtem 21 infikovaných jedinců (www.szu.cz, 2013).



Obrázek 4 – Celkový počet HIV/AIDS v ČR, údaje ke dni 30. 11. 2013
(www.szu.cz, 2013)



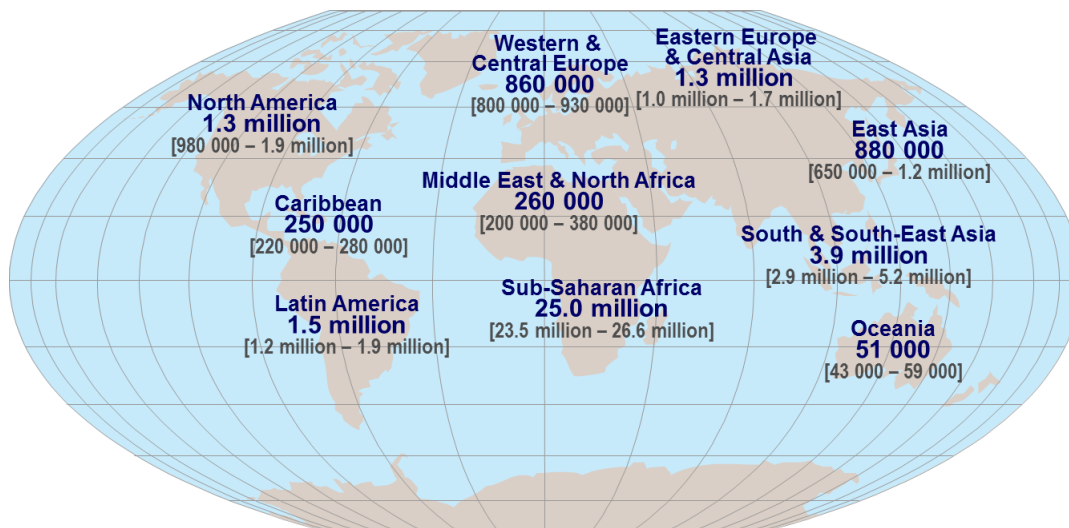
Obrázek 5 – Žijící a zemřelí jedinci s AIDS v ČR, údaje ke dni 30. 11. 2013
(www.szu.cz, 2013)

2.8.2 Svět

Od objevení a popisu prvních případů nákazy virem HIV, což bylo v roce 1981, se začaly vyskytovat stále častěji nové zprávy o nákaze dalších jedinců. Ve spojených státech na konci roku 1985 bylo evidováno na 16 tisíc jedinců. Na území Kanady v totéž roce počty infikovaných jedinců dosáhly čísla 258, v oblasti Karibiku se počet vyšplhal na 340 infikovaných. Jižní Amerika měla v evidenci 459 jedinců, z nichž jenom z Brazílie pocházelo 415. Dle údajů SZO se v Evropě vyskytovalo 1500 případů infikovaných (Syrůček, Šejda, Ticháček, 1986).

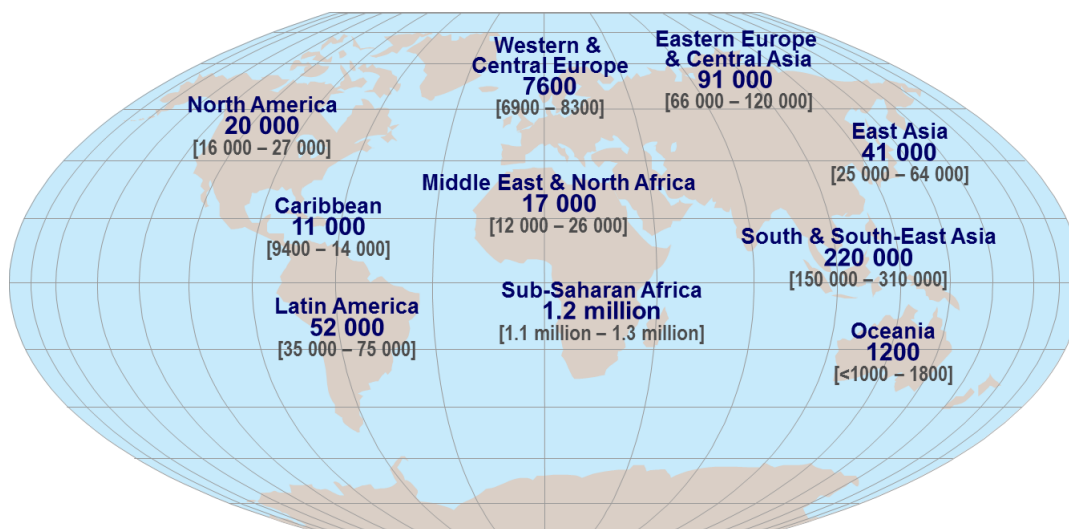
V roce 2001 žilo odhadem pouze na území evropského regionu okolo 1,6 milionu dětí a dospělých s onemocněním HIV/AIDS (www.who.int, 2013). Statistiky uvádí, že každý den v roce 2003 se infikovalo přibližně 14 tisíc jedinců, z nichž 15 % případů jsou děti do 15 let života (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004).

Podle statistik, které WHO zveřejnila k roku 2011, se na africkém kontinentu nachází na 23 milionů jedinců všech věkových kategorií, kteří jsou nositeli HIV viru. Z uvedeného počtu nemoci podlehl 1,2 milionů. Ve Spojených státech amerických se nacházely 3 miliony infikovaných, z nichž 85 tisíc jedinců zemřelo. V jihovýchodní Asii bylo evidováno 3,5 milionů infikovaných, ze kterých 230 tisíc zemřelo. Evropa hlásila na 2,3 milionů infikovaných obyvatel, z nichž 99 tisíc zemřelo. Západní Pacifik hlásil okolo 1,3 milionu infikovaných obyvatel, zde nemoci podlehl 36 tisíc jedinců a ve východní části Středoziemního moře bylo hlášeno 560 tisíc jedinců, z nichž 38 tisíc infikovaných nemoci podlehl. Celkový počet infikovaných jedinců tak v roce 2011 činil 34 milionů a 1,7 milionů jedinců zemřelých. Epidemie má stále rostoucí charakter. Důkazem toho je každoroční nárůst těchto jedinců. Nejvíce zarážející je fakt, že dobrá polovina těchto infikovaných si vůbec není vědoma toho, že je nakažena. Na celém světě se dle nejnovějších statistik poskytnutých WHO, jež pocházejí z roku 2012, vyskytuje více než 35,3 milionů infikovaných (obrázek 6). Z tohoto alarmujícího čísla tvoří 2,1 milionů jedinci, kteří se pohybují v rozmezí 10 až 19 let. Dle odhadů zemřelo v roce 2012 na HIV/AIDS okolo 1,6 milionů lidí (obrázek 7) a nově infikovaných bylo až 2,3 milionů lidí (www.who.int, 2013).



Total: 35.3 million [32.2 million – 38.8 million]

Obrázek 6 – Počet jedinců s HIV v roce 2012 (www.who.int, 2013)



Total: 1.6 million [1.4 million – 1.9 million]

Obrázek 7 – Počet zemřelých jedinců na AIDS v roce 2012 (www.who.int, 2013)

2.9 Prevence nákazy

Mezinárodně organizované preventivní programy vznikly díky znalostem cest přenosu viru HIV. Tyto programy se zabývají prováděním testů na anti-HIV protilátky či bojem proti diskriminaci osob, u nichž byl virus HIV potvrzen. UNAIDS, program Organizace spojených národů, v anglickém originále United Nations Joint Programme, se na mezinárodní úrovni věnuje globálnímu boji proti HIV/AIDS (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004). Od poloviny devadesátých let 20. století tak došlo k velkému pokroku v oblasti prevence, diagnostiky a léčby tohoto onemocnění (Jedlička, Staňková, Strouhal, Mručkovičová, 2002).

Epidemiologická opatření rozdělujeme na preventivní a represivní. Do opatření preventivních patří edukace a výchova, jejímž cílem je minimalizovat nežádoucí sexuální chování a testování všech dárcovských krví. Spadá sem také dosti diskutovaný program výměny jehel a stříkaček u drogově závislých. Mezi represivní opatření řadíme hlášení všech jedinců s pozitivním HIV nálezem, nemocných AIDS a jedinců, kteří zemřeli na HIV/AIDS (www.aids-hiv.cz, 2013).

Prevence v oblasti sexuálního přenosu je dle autora Weisse zajištěna prostřednictvím trias prevence ABC.

A – abstinence, jež by měla být zajištěna při začátcích sexuálního života mladých jedinců, kteří nejsou mnohdy dostatečně informováni o možnostech prevence. Nejedná se o abstinenci po celý život, pouze po dobu, než jedinci budou připraveni sexuálně žít a budou si uvědomovat všechny možné následky.

B – být věrný znamená mít v životě stálého sexuálního partnera, nebýt promiskuitní. Pokud je věrnost partnerů porušena, je vhodné, aby se jedinci nechali testovat a do výsledků testu používali ochranné pomůcky.

C - užívání kondomů výrazně snižuje riziko přenosu (Weiss et al., 2010).

Největší koncentrace viru, jak již bylo řečeno, je zastoupena v tělních tekutinách, jako je sperma či krev. Správně používané kondomy (příloha 3) proto vytváří bariéru, přes kterou by se vir HIV neměl dostat. Navíc nás ochrání i před dalšími pohlavně přenosnými nemocemi (Hlavatý, 2006). Nové výzkumy dokazují, že zhruba u 60 % mužů snižuje mužská obřízka (příloha 2) přenos heterosexuálně získaných infekcí HIV.

WHO proto doporučuje podstoupit tento zákrok mužům převážně v zemích, kde je vysoká prevalence HIV. I když obřízka relativně snižuje možnost přenosu, je pouze součástí preventivního opatření, proto se kombinuje s dalšími možnostmi, jako je užívání nejen mužského, ale i ženského kondomu (www.who.int, 2012). Na trhu jsou totiž dnes i prezervativy, které jsou určeny pro ženskou populaci. Takovým je například Femidom (příloha 4), který je zaváděn do pochvy. Tento preparát lze využít i při análním styku (Svoboda, 1996). V roce 2009 se na trhu objevil speciální gel, tzv. molekulární kondom, jež si žena aplikuje do pochvy před začátkem pohlavního styku. Látka se uvnitř ženy při kontaktu s ejakulátem změní na polotuhou látku a případný virus tak v sobě uzavře. Tento druh ochrany byl vyvinut v Utažské univerzitě a je určen převážně pro méně rozvinuté země (aids.alms.cz, 2009).

Při výzkumu z roku 2003, který byl proveden v České republice, uvedlo 20 % mužů a 13 % žen, že změnilo své sexuální chování z důvodu obavy z nákazy HIV/AIDS. Změna nastala především ve snížení množství sexuálních partnerů (Weiss et al., 2010).

Pokud je jedinc sexuálně aktivní, je důležité, aby provozoval **SAFER SEX** neboli bezpečný sex. Je to způsob, kdy je možné snížit riziko nákazy, nikoliv jej úplně odstranit například používáním kondomu (Johnson, 1993).

Nejvhodnější **prevencí v oblasti krevního přenosu** HIV infekce je okamžitě přestat s injekčním užíváním drog. Pokud jedinci nejsou schopni přestat užívat drogy, je vhodné, aby při jejich aplikaci dodržovali alespoň základní pravidla, a aby se nechávali pravidelně testovat na HIV. Mezi zásadní preventivní opatření při nitrožilní aplikaci drog patří užívání pouze své stříkačky a jehly, před každou aplikací dezinfekčně očistit místo vpichu a používat pouze svoje pomůcky k přípravě drogy (Brůčková et al., 2005). K preventivnímu opatření u narkomanů patří tzv. harm reduction strategie, jež spočívá ve výměně použitých injekčních stříkaček a jehel a v podpoře neinjekčního užívání drogových látek (Weiss et al., 2010).

Preventivním opatřením v těhotenství pro minimalizaci rizika přenosu během tohoto období, je vhodné využít všech dostupných farmakologických i nefarmakologických postupů a metod. Tím dojde k poklesu přenosu rizika viru pod 2 – 3 % (Černý, Machala, 2007). Dle zákona o ochraně veřejného zdraví jsou všechny

gravidní ženy od roku 2000 z důvodu perinatálního přenosu testovány na HIV (Weiss et al., 2010).

I přestože možnost přenosu infekce z matky na plod byla v průběhu let minimalizována, je potřeba možnost nákazy brát stále v úvahu. Matka, u níž bylo HIV diagnostikováno, má právo ukončit své těhotenství. Prognóza u infikovaných těhotných žen je nejistá. Pokud se matka rozhodne dítě donosit a následně porodit, měla by se poradit s ošetřujícím lékařem na postupu, který zabrání přenosu HIV viru během matčiny péče. Protože k přenosu dochází i během kojení, je matkám doporučeno dítě nekojit (Jedlička, Staňková, Strouhal, Mručkovičová, 2002).

Weiss ve své publikaci upozorňuje i na **Postexpoziční profylaxi**, která představuje jednu z možností preventivního opatření. Jedná se o krátkodobé podání medikamentů z důvodu výjimečného rizika například u zdravotnických pracovníků, kteří přišli do styku s HIV virem. Důležitý je fakt, že tato profylaxe musí být podána co nejdříve od možné nákazy, nejlépe do 24 hodin. Cena tohoto preparátu se pohybuje okolo 15 - 20 tisíc korun a nezajišťuje 100 % účinnost. Způsobuje také poměrně vysoké množství nežádoucích účinků (Weiss et al., 2010).

Peer výchova je metoda, jež vychází ze zážitků starších jedinců, kteří informují jedince mladšího věku o problematice různého charakteru, především pak o HIV/AIDS, kondomech, antikoncepci a drogách. Protože mezi účastníky není razantní věkový rozdíl, jak to bývá ve výuce ve škole, je tu minimalizována zbytečná nervozita a stud, proto je metoda v mnoha zemích velmi oblíbená. Peer výchova v oblasti prevence HIV/AIDS využívá celou řadu různých výukových metod, jež jsou zaměřeny dle věku cílové skupiny jedinců. Protože poskytování pouhých informací je ve výchově mnohdy nedostatečné, je důležité, aby jedinci byli do tohoto programu aktivně zapojeni. Tato výchova se může realizovat v různém prostředí, ve školách může být aplikována například jako součást programů podpory zdraví (Svenson, 2003).

2.9.1 Světový den boje proti AIDS

Smyslem Světového dne boje proti AIDS, který připadá na 1. prosinec, je snaha posílit informovanost široké veřejnosti a vzbudit zájem o tuto nemoc, která je způsobena virem HIV. Snaha o podpoření prevence, léčby a celkové péče o pacienty s HIV/AIDS ve světě patří také neodmyslitelně k hlavním důvodům,

proč se tento den koná. Tato kampaň patří mezi mezinárodně a zdravotnický neuznávanější dny v roce. K příležitosti tohoto dne zveřejňuje Regionální úřad WHO pro Evropu za spolupráce s Evropským střediskem pro prevenci a kontrolu nemocí zprávu, jež uvádí celkový počet infikovaných jedinců ve všech evropských státech (www.who.cz, 2014).

V roce 2013 probíhal Světový den boje proti AIDS pod heslem: „Dostaňme se na nulu“. Tento název vychází ze strategie OSN a UNAIDS, jejíž cílem je snížit počet nově infikovaných jedinců a počet celkového úmrtí v důsledku onemocnění AIDS na nulu (www.szu.cz, 2013).

2.9.2 UNAIDS – Organizace spojených národů

Organizace spojených národů stanovila strategie k prevenci a léčbě HIV pro roky 2011-2015. Schválena byla na konci roku 2010 koordinační radou. Mezi zásadní cíle strategie, které by měly být splněny do roku 2015, patří například snížení počtu nakažených jedinců prostřednictvím sexuálního přenosu HIV viru na polovinu, především u homosexuálně orientovaných a mladých a u osob provozujících prostituci. V neposlední řadě také snížení úmrtnosti těhotných žen, zabránění šíření HIV viru mezi injekčními uživateli drog, snaha zajistit všestranný přístup k antiretrovirové terapii pro všechny infikované jedince, snížení úmrtnosti jedinců s HIV na polovinu, zajistit přístup k základní péči a k podpoře pro všechny jedince, kteří trpí HIV/AIDS (www.unaids.org, 2010).

2.9.3 Červená stužka

Hlavním mezinárodním symbolem solidarity pro lidi infikovaných virem HIV či trpících onemocněním AIDS je Červená stužka (obrázek 8) z anglického překladu Red ribbon. Barva znaku byla záměrně zvolena tak, aby symbolizovala krev a život (www.cervenestuzky.sk, 2012). Stužka se objevuje také v logu Světového programu boje proti AIDS v již výše zmiňovaném UNAIDS. Červená stužka vznikla jako dílo skupiny charitativních umělců přezdívajících si „Visual AIDS“ v New Yorku roku 1991. Autoři projektu vyjadřují respekt a uznání svým přátelům či kolegům, kteří tomuto zákeřnému onemocnění podlehlí nebo se s ním stále snaží bojovat. Dále se snaží o šíření informací ohledně přenosu HIV/AIDS a také o větší podporu

v oblasti finančních služeb a výzkumu. Je to vlivná síla představující naději, že jednoho dne onemocnění vymizí a tohoto projektu nebude již zapotřebí (Jedlička, Staňková, Strouhal, Mruškovičová, 2002).

Díky tomu, že autoři Červené stužky zůstali v anonymitě, může být tento znak využíván bez nároku na zisk z prodeje. Poselstvím Červené stužky je zájem o lidi infikované virem HIV či onemocněných AIDS a solidarita s nimi, neboť i oni jsou přesto všechno součástí naší společnosti. Další poselství představuje naději výhry nad touto chorobou, zmírnění či úplné potlačení bolesti a utrpení lidí. A posledním poselstvím, jež Červená stužka prezentuje, je podpora pro všechny, kdo s nemocí bojují, pro jejich rodiny, přátele a blízké. Dále také podporuje šíření osvěty mezi jedince, kteří si neuvědomují, že tento problém se netýká jen určitých lidí, ale celého světa, tedy včetně jich samotných (www.cervenestuzky.sk, 2012).



Obrázek 8 - Červená stužka (www.bbonline.sk , 2011)

2.9.4 Hrou proti AIDS

Po žáky základních a středních škol je určena interaktivní hra s názvem Hrou proti AIDS. Hlavním záměrem tohoto projektu je předání důležitých informací o možných cestách přenosu HIV viru a o prevenci neplánovaného početí a sexuálně přenosných onemocnění. Aktivita zúčastněných žáků spočívá v absolvování celkem 5 stanovišť, kdy každé informuje a seznamuje účastníky s úkoly, které musí vyřešit. Jednotlivé zastávky se zabývají cestou přenosu HIV, láskou, sexualitou a ochranou před HIV, zabránění nechtěného početí, pohlavně přenosnými infekcemi a HIV, sexualitou řeči těla

a životem s HIV/AIDS. Žáci na základě svých dosavadních znalostí, popřípadě i zkušeností, vyjadřují své postoje, pocity a názory na danou problematiku. Celý projekt funguje na základě finanční pomoci Národního programu podpory zdraví (www.aids-hiv.cz, 2013).

2.9.5 Česká společnost AIDS pomoc a Dům světla

ČSAP, neboli Česká společnost AIDS pomoc, která působí od roku 1989, vybudovala sociálně-azylový Dům světla, ve kterém má v nynější době společnost své sídlo. Hlavním cílem celé společnosti je pomoc HIV pozitivním jedincům a lidem, u nichž se projevilo onemocnění AIDS, žít smysluplný a plnohodnotný život. Dům světla je také centrum pro všechny lidi, kteří se nějakým způsobem setkali s HIV/AIDS. Je tedy určen nejen přímo infikovaným jedincům, ale i jejich přátelům a rodině, pro něž poskytuje široké spektrum služeb. Otevření se datuje na 11. srpna roku 1999 v Praze. Z počátku se společnost zaměřovala spíše na preventivní programy, v nynější době má však široké působení. Dům světla poskytuje ubytování pro infikované osoby, jež potřebují péči během období rekonvalescence a dokonce možnost azylu pro mimopražské osoby, které navštěvují Prahu pouze z důvodu kontroly u lékaře. Další nabídku tvoří léčebné a ozdravné pobyty a terapie, jež jsou vedeny zkušenými zdravotníky. V neposlední řadě Dům světla nabízí psychosociální poradnu, bezplatné a anonymní testování, právní pomoc v případě diskriminace jedince. (www.aids-pomoc.cz, 2011).

2.10 Postoje populace k nemoci HIV/AIDS

Mojžíšová a Kašová zmiňují, že onemocnění HIV/AIDS vyvolává ve společnosti sociální stigma. Oproti jiným nemocem, které vyvolávají soucit a porozumění, vyvolává HIV/AIDS u společnosti obavu a ohrožení z nákazy. Důkazem je i návrh z roku 1994 v Zimbabwe, jenž opravňoval zabíjet těhotné ženy, u nichž se potvrdil HIV virus, a tím tak zabránit dalšímu šíření nemoci. Téměř stejný návrh padl v Ghaně, kde se usilovalo o možnosti podat smrtící injekci infikované osobě. V polovině 90. let byla provedena studie Douglasem Webbem, který zjišťoval postoje veřejnosti k těmto jedincům v Jihoafrické republice a v Namibii. Studenti v 32 % považují AIDS za nějaký druh trestu za provinění, jehož se jedinec někdy dopustil (Mojžíšová, Kašová, 2004).

Protože schopnost vést zdravý sexuální život a mít možnost rozhodnout se, kdy mít děti, patří mezi základní lidská práva i u HIV infikovaných osob, byla na toto téma provedena studie v oblasti subsaharské Afriky. Dotázáno bylo okolo 10 000 jedinců, kteří měli vyjádřit své stanovisko, zda jedinci s HIV mají právo mít děti a vést sexuální život. Do studie byly zahrnuty osoby od 18. do 70. roku života a s různým typem vzdělání. I přestože všichni dotázaní uvedli, že infikovaní jedinci mají právo mít sexuální pocity, uvedlo 60,7 % z nich, že tyto osoby nemají právo mít nadále sexuální styk, neboť jen tak se zabrání šíření infekce. Celých 52,7 % respondentů zavrhuje právo infikovaných jedinců mít děti (Lau, Tsui, 2013).

3 METODIKA PRÁCE

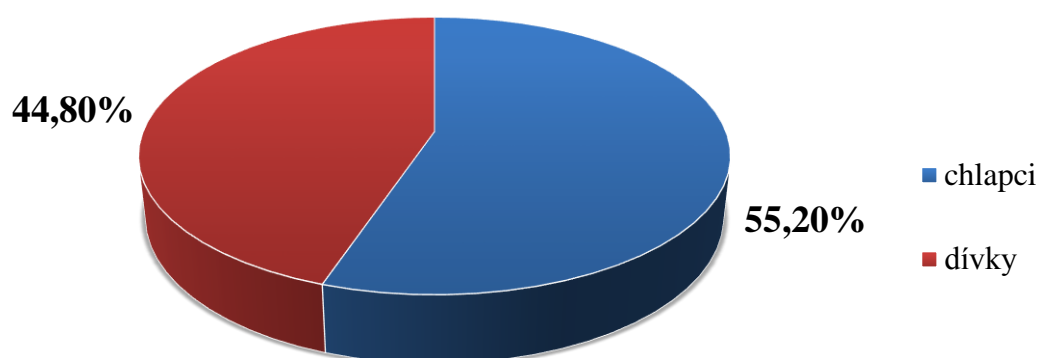
3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumného šetření, jehož hlavním cílem bylo zhodnotit úroveň znalostí žáků 8. a 9. tříd v problematice HIV/AIDS, se zúčastnilo 241 žáků v rozmezí 13 až 16 let.

Do výzkumného souboru byly osloveny základní školy v Olomouckém a Jihomoravském kraji na základě záměrného výběru. Oslovené základní školy byly zvoleny tak, aby byly zastoupeny základní školy, jejichž zřizovatelem je obec, základní školy, jejichž zřizovatelem je město a víceletá gymnázia.

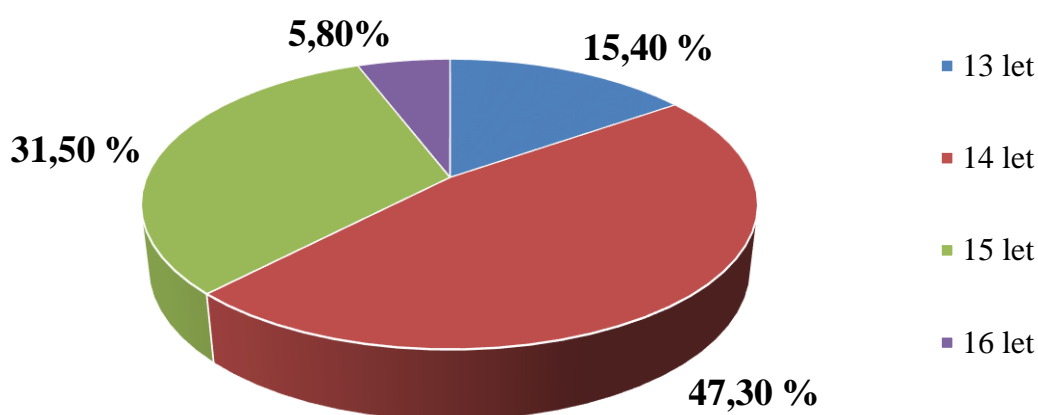
Celkový počet rozdaných dotazníků činil 246. I přes 100 % návratnost bylo možné pro výzkumné potřeby použít jen 241 dotazníků. Nepoužité dotazníky byly vyřazeny z důvodu jejich neúplného vyplnění.

Z celkového počtu 241 respondentů tvoří 108 žáků dívky (44,8 %) a 133 žáků chlapci (55,20 %), což názorně vyjadřuje graf 1. Z uvedeného počtu navštěvovalo 129 žáků 8. třídu (53,5 %) a 112 žáků 9. třídu (46,5 %) základních škol.



Graf 1 - Rozdělení respondentů dle pohlaví

Graf 2 názorně vyjadřuje celkové rozložení věku respondentů. Nejpočetnější skupinu ve výzkumu tvořili chlapci a dívky ve věku 14 let, v počtu 62 chlapců a 51 dívek v zastoupení 47,3 % celého souboru. Druhou nejpočetnější skupinu s 31,5 % tvořilo 48 chlapců a 29 dívek ve věku 15 let. Jedinci ve věku 13 let se ve výzkumu objevovali v 15,5 % celého souboru, u dívek v počtu 23 jedinců, u chlapců pak v počtu 14 jedinců. Nejméně početnou skupinu 5,8 % celého souboru tvořili jedinci ve věku 16 let., dívky s počtem 5 a chlapci s počtem 9 jedinců. Celkové rozložení respondentů dle věku a tříd nám názorně ukazuje tabulka 1.



Graf 2 - Věkové rozložení respondentů

Tabulka 1 – Rozložení zúčastněných respondentů dle tříd, pohlaví a věku

Věk	8. třída				9. třída				Celkem respondentů	
	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13	23	38,4	14	20,3	0	0	0	0	37	15,4
14	37	61,6	46	66,7	14	29,2	17	26,6	114	47,3
15	0	0	9	13	29	60,4	38	59,4	76	31,5
16	0	0	0	0	5	10,4	9	14	14	5,8
Celkem	60	100,0	69	100,0	48	100,0	64	100,0	241	100,0

3.2 Realizace sběru dat

Výzkumné šetření bylo na základních školách prováděno v průběhu roku 2013. Po předchozí domluvě s řediteli základních škol byly dotazníky žákům rozdány v předem domluveném termínu a čase. Protože autorka diplomové práce byla přítomna na všech oslovených školách v průběhu výzkumného šetření, bylo možné zodpovědět případné nejasnosti a dotazy ze stran žáků. Tím byly eliminovány nejasnosti a případné chyby ve vyplňování dotazníků. Žáci byli seznámeni s cílem výzkumu. Ředitelům škol byla nabídnuta možnost poskytnutí vyhodnocených výsledků.

3.3 Výzkumná metoda

K výzkumnému šetření byla použita empirická metoda dotazník. Dotazník byl převzat z programu Hrou proti AIDS, jehož autoři jsou lektori uvedeného programu, a autorce práce jej poskytnul docent Miroslav Kopecký. Dotazník je anonymní a žákům byl předložen v tištěné formě, viz příloha 5. Vzhledem k tomu, že dotazník je využíván v uvedeném programu, nebylo nutné uskutečnit pilotní šetření.

K zpracování a vyhodnocení dotazníků byl použit program Microsoft Excel. Program dále umožnil vytvoření kontingenčních tabulek a grafů, které jsou v práci zařazeny. Stěžejní otázky byly zpracovány prostřednictvím zmiňovaných tabulek. V nich je vyjádřen počet respondentů jako absolutní četnost n a relativní četnost f , tedy podíl absolutní četnosti n a celkové četnosti. Autorka ji vyjadřuje v procentech % (Chráška, 2007).

Úvodní část dotazníku obsahovala informace, jakým způsobem se dotazník vyplňuje. Zahrnovala také vyplnění identifikačních údajů o respondentovi, kam spadá třída, věk a pohlaví vyplňujícího jedince. Tyto informace byly nutné pro vyhodnocení výzkumného šetření. Další část dotazníku obsahovala 22 uzavřených otázek. Respondent si měl vždy vybrat pouze jednu z možných odpovědí.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

Tato část diplomové práce se zabývá prezentací vyhodnocených výsledků z dotazníkového šetření. Zahrnuje odpovědi na hlavní cíl diplomové práce a na 11 dílčích cílů a úkolů, které jsou uvedeny v kapitole Cíle práce.

4.1 Základní informovanost žáků o HIV/AIDS

První otázky v dotazníku se zabývaly podvědomím žáků o základních informacích ohledně HIV/AIDS. Tyto 3 otázky měly zjistit, zda žáci již slyšeli o HIV/AIDS a zda jsou schopni tyto zkratky rozlišit a dále zmapovat, jaký systém organismu jedince je virem napaden.

První otázka zněla: **Slyšel/a jsi už někdy o HIV/AIDS?** K výběru byly odpovědi 1) Ano, 2) Ne, 3) Nevím.

Z výsledků vyplývá, že 100 % chlapců a 96,3 % dívek z 8. a 9. tříd už někdy o HIV/AIDS slyšelo. 2,7 % dívek o HIV/AIDS neslyšelo a 1 % dívek neví. Proto lze z výsledků usuzovat, že žáci 8. a 9. tříd o problematice HIV/AIDS již slyšeli.

Druhá otázka se zaměřovala na znalost žáků v rozdílu významu zkratk HIV a AIDS. Otázka zněla: **Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?** Žáci měli na výběr z možností 1) Žádný. Oba pojmy znamenají totéž, 2) **HIV je virus. AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena**, 3) AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena, 4) Nevím.

Správnou odpověď, tedy možnost č. 2, zvolilo 72 % dívek z 8. tříd, dívky z 9. tříd byly ještě úspěšnější, neboť ji zvolily v 88 % případů. Zbývající dívky z 8. tříd, které zvolily nesprávné odpovědi, vybraly v 10 % možnost č. 1, v 10 % možnost č. 3 a v 8 % možnost č. 4. V 9. třídě pak možnost č. 1 volilo 8 % dívek, možnost č. 3 nebyla zvolena vůbec a poslední možnost jen u 4 % dívek.

Správnou odpověď č. 2 zvolilo 71 % chlapců z 8. tříd, chlapci z 9. tříd ji zvolili v 78 % případů. Zbývající chlapci z 8. tříd zvolili v 10 % možnost č. 1, v 12 % možnost č. 3 a v 7 % možnost č. 4, v 9. třídě pak možnost č. 1 volilo 14 % chlapců, 3. možnost 6 % chlapců a poslední možnost jen 2 % chlapců. Tyto odpovědi představují nesprávně

zvolené možnosti. Můžeme tedy závěrem říci, že dívky i chlapci v převážné většině rozdíl mezi zkratkami znají, neboť z celkového počtu 241 respondentů správnou odpověď zvolilo 184 z nich. Všechny možnosti zvolených odpovědí jsou zobrazeny v tabulce 2a, b.

Tabulka 2a – Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

DÍVKY						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Žádný. Oba pojmy znamenají totéž	6	10	4	8	10	9
2) HIV je virus. AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena	43	72	42	88	85	79
3) AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena	6	10	0	0	6	5
4) Nevím	5	8	2	4	7	7
Celkem	60	100	48	100	108	100

Tabulka 2b – Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Žádný. Oba pojmy znamenají totéž	7	10	9	14	16	12
2) HIV je virus. AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena	49	71	50	78	99	74
3) AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena	8	12	4	6	12	9
4) Nevím	5	7	1	2	6	5
Celkem	69	100	64	100	133	100

Vir HIV napadá a postupně ničí imunitní systém infikovaného jedince (Johnson, 1993). Proto třetí otázka zněla: **HIV napadá:** 1) Trávicí systém, 2) Dýchací systém, **3) Imunitní systém**, 4) Nevím.

Správnou odpověď zvolilo 89 % z 8. tříd a 84 % dívek z 9. tříd. V 8. třídách si možnost odpovědi č. 1 a č. 4 vybralo 3 % dívek, 5 % zvolilo odpověď č. 2. U dívek v 9. třídách se objevila odpověď č. 1 a č. 2 ve 4 % případů, odpověď č. 4 si vybralo dokonce 8 % dívek.

Chlapci byli v této otázce úspěšní ze 78 % (8. třída) a 92 % (9. třída). Zbývající chlapci 8. tříd vybrali možnost odpovědi č. 1 v 9 % případů, možnost č. 2 pouze v 1% a možnost č. 4 ve 12 % případů. U zbylých chlapců 9. tříd se odpověď č. 1 nevyskytovala vůbec, odpověď č. 2 se objevila ve 2% a odpověď č. 4 v 6 % případů. Nejúspěšnější kategorii v rámci této otázky představují chlapci z 9. tříd. Jinak je tomu u žáků 8. tříd, kde se lepší znalost problematiky projevila u dívek. Z celkového počtu respondentů správně odpovědělo 206 z nich.

4.2 Informace o způsobech přenosu HIV viru

Otázky v této kapitole byly směřovány na problematiku způsobu přenosu HIV viru. U žáků detekovaly, které situace a chování považují za rizikové. K této tematice se vztahovaly 2 otázky z dotazníku, z nichž jedna obsahovala 12 podotázek.

První otázka zjišťovala: **Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje?** Žáci mohli označit pouze jednu z 6 možných odpovědí. 1) Transfuzí krve, 2) Injekčním užíváním drog, 3) Líbáním, **4) Nechráněným pohlavním stykem**, 5) Kýcháním a kašláním, 6) Nevím.

V názorech žáků razantně převládala možnost č. 4, tedy za nejčastější způsob přenosu označili cestu nechráněného pohlavního styku, což se shoduje s názorem řady serverů, jakým je kupříkladu Česká společnost AIDS pomoc (www.aids-pomoc.cz, 2011). V 8. třídách zvolilo tuto možnost 82 % a v 9. třídách 77 % dívek. Ostatní odpovědi se vyskytovaly v minimálním zastoupení, viz tabulka 3a. stejně tak u chlapců 8. a 9. tříd se nejčastěji vyskytoval způsob přenosu prostřednictvím nechráněného pohlavního styku, a to v 67 % a v 75 % případů. Oproti dívkám poměrně často (12 % v 8. a 17 % v 9. třídách) zaškrtnuli za nejčastější možný způsob přenosu HIV viru injekční užívání drog.

V ještě poměrně širokém zastoupení se u chlapců 8. tříd objevily odpovědi č. 1 a č. 3 (transfuze krve 10 %, líbání 9 %). Z celkového počtu zvolilo celkem 180 respondentů neschráněný pohlavní styk jako nejčastější způsob přenosu.

S transfuzí, jakožto možným druhem přenosu, se u nás již nesetkáváme, neboť všechny vzorky krve vždy podléhají závazné kontrole, to již od roku 1987, a proto nově infikovaný jedinec představuje pouze malé riziko přenosu viru tímto způsobem. Přenos HIV viru líbáním je možný pouze v tom případě, dojde-li ke kontaktu poraněné sliznice jedince s infikovanou krví (Montagnier, 1996). Další možné odpovědi vyskytující se v minimálním zastoupení, jsou znázorněny v tabulce 3a, b.

Žáci 6. až 9. tříd základní školy v Brně prokazují obdobnou znalost v problematice přenosu HIV viru ve srovnání s respondenty tohoto výzkumu. V 85,6 % jejich odpovědí se HIV vir šíří nechráněným pohlavním stykem (Pilchová, 2013).

Tabulka 3a – Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje?

Dívky						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Transfuzí krve	5	8	2	4	7	6
2) Injekčním užíváním drog	3	5	6	13	9	8
3) Líbáním	2	3	2	4	4	4
4) Nechráněným pohlavním stykem	49	82	37	77	86	80
5) Kýcháním a kašláním	0	0	1	2	1	1
6) Nevím	1	2	0	0	1	1
Celkem	60	100	48	100	108	100

Tabulka 3b – Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje?

CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Transfuzí krve	7	10	2	3	9	7
2) Injekčním užíváním drog	8	12	11	17	19	14
3) Líbáním	6	9	2	3	8	6
4) Nechráněným pohlavním stykem	46	67	48	75	94	71
5) Kýcháním a kašláním	1	1	0	0	1	1
6) Nevím	1	1	1	2	2	2
Celkem	69	100	64	100	133	100

Otázka druhá byla zaměřena na vyhodnocení uvedených situací a chování, které žáci považovali za rizikové a bez rizikové. Přesné znění otázky bylo tedy následující: **Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možností přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?** Na každou z 12 podotázek měli žáci možnost odpovědět 1) Rizikové, 2) Bez rizika, 3) Nevím.

Pro obsáhlost otázky č. 5, velké množství podotázek a možných odpovědí jsou uvedena jen výběrová data zvolená tak, aby představovala vždy nejpočetnější volenou odpověď. K úplné přehlednosti slouží tabulky 4a-d. Možnost odpovědi 1) Rizikové je správná pro otázky 5.3, 5.6, 5.8, 5.9 a 5.12. Možnost 2) Bez rizika je správná pro otázky 5.1, 5.2, 5.4, 5.5, 5.7, 5.10 a 5.11.

Dívky z 8. tříd za rizikové považují: nechráněný pohlavní styk (95 %), kojení (55 %), používání stejného WC a sprch (47 %), sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů (100 %), časté střídání sexuálních partnerů (93 %), krevní transfuze (78 %), těhotenství (60 %); naopak bez rizikové je podle nich: bodnutí hmyzem (76 %), líbání (50 %), podání ruky (85 %), kýchání, kašlání (57 %), kontaminovaná voda a potraviny (55 %). Naprostá názorová jednota je patrná u otázky č. 5.8, kdy se celých 100 % dívek shodlo na tom, že sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů patří mezi rizikové chování. Naopak nejmenší shoda panovala u otázky č. 5.7, kdy používání

stejného WC a sprch považovalo za rizikovou možnost přenosu 47 %, bez rizika 38 % a 15 % na otázku neznalo odpověď.

Doposud nebyl evidován způsob přenosu HIV viru prostřednictvím užívání stejného WC a sprch. Tato skutečnost je často považována za mýtus, jenž ovlivnil ne jeden život infikovaného jedince (www.vitalion.cz, 2012).

Tabulka 4a - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

DÍVKY 8. třída						
	Rizikové		Bez rizika		Nevím	
	n	%	n	%	n	%
5.1 Bodnutí hmyzem	7	12	46	76	7	12
5.2 Líbání	26	43	30	50	4	7
5.3 Nechráněný pohlavní styk	57	95	0	0	3	5
5.4 Podání ruky	7	12	51	85	2	3
5.5 Kýčání, kašláni	14	23	34	57	12	20
5.6 Kojení	33	55	18	30	9	15
5.7 Používání stejného WC a sprch	28	47	23	38	9	15
5.8 Sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů	60	100	0	0	0	0
5.9 Časté střídání sexuálních partnerů	56	93	4	7	0	0
5.10 Krevní transfuze	47	78	9	15	4	7
5.11 Kontaminovaná voda a potraviny	16	27	33	55	11	18
5.12 Těhotenství	36	60	12	20	12	20

Dívky z 9. tříd za rizikové považují: nechráněný pohlavní styk (94 %), kojení (62 %), sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů (98 %), časté střídání sexuálních partnerů (96 %), krevní transfuze (69 %), těhotenství (67 %); naopak bez rizikové je podle nich: bodnutí hmyzem (90 %), líbání (61 %), podání ruky (92 %), kýchání, kašláni (67 %), používání stejného WC a sprch (67 %), kontaminovaná voda a potraviny (71 %). Nejvíce zarážejícím faktem je, že 19 % dívek 9. tříd neznalo odpověď na otázku č. 5.6, zda je kojení rizikové či nikoliv.

Studie WHO rozlišují, zda k přenosu HIV viru na dítě došlo v tzv. raném přenosu, jenž byl uskutečněn po 4 týdnech života či došlo k tzv. postnatálnímu přenosu, čili po 4 týdnech věku dítěte. Analýza, která zkoumá změnu rychlosti přenosu od narození v čase, naznačuje, že pozdní postnatální riziko přenosu se pohybuje kolem 1 % za jeden měsíc kojení a zůstává tak po dobu od čtyř - šesti týdnů až do 18 měsíců. Čím delší je doba kojení, tím vyšší je kumulativní riziko postnatálního přenosu HIV, jehož pravděpodobnost byla po 18 měsících 9,3 %. Tyto výsledky pocházejí ze studie The Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group, v překladu Mezinárodní studijní skupina kojení a přenosu HIV, jíž se zúčastnilo 4 085 dětí (www.who.int, 2008). Riziko přenosu viru z matky na dítě se pak v těhotenství pohybuje v rozmezí 20 až 30 % (www.aids-pomoc.cz, 2011).

Tabulka 4b - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

DÍVKY 9. třída						
	Rizikové		Bez rizika		Nevím	
	n	%	n	%	n	%
5.1 Bodnutí hmyzem	5	10	43	90	0	0
5.2 Líbání	17	35	29	61	2	4
5.3 Nechráněný pohlavní styk	45	94	3	6	0	0
5.4 Podání ruky	3	6	44	92	1	2
5.5 Kýchání, kašláni	11	23	32	67	5	10
5.6 Kojení	30	62	9	19	9	19
5.7 Používání stejného WC a sprch	12	25	32	67	4	8
5.8 Sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů	47	98	0	0	1	2
5.9 Časté střídání sexuálních partnerů	46	96	1	2	1	2
5.10 Krevní transfuze	33	69	10	21	5	10
5.11 Kontaminovaná voda a potraviny	9	19	34	71	5	10
5.12 Těhotenství	32	67	10	21	6	12

Chlapci z 8. tříd za rizikové považují: nechráněný pohlavní styk (95 %), kojení (48 %), sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů (96 %), časté střídání sexuálních partnerů (90 %), krevní transfuze (64 %), těhotenství (55 %); naopak bez rizikové je podle nich: bodnutí hmyzem (71 %), líbání (55 %), podání ruky (84 %), kýchání, kašláni (58 %), používání stejného WC a sprch (48 %), kontaminovaná voda a potraviny (49 %). Pro chlapce 8. tříd se jako nejobtížnější ukázala otázka č. 5.7 používání stejného WC a sprch, kdy 41 % z nich označilo tuto cestu přenosu za rizikovou, 48 % bezrizikovou a 12 % si odpovědi nebylo jisto vůbec.

Tabulka 4c - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

CHLAPCI 8. třída						
	Rizikové		Bez rizika		Nevím	
	n	%	n	%	n	%
5.1 Bodnutí hmyzem	11	16	49	71	9	13
5.2 Líbání	25	36	38	55	6	9
5.3 Nechráněný pohlavní styk	65	95	3	4	1	1
5.4 Podání ruky	8	12	58	84	3	4
5.5 Kýchání, kašláni	22	32	40	58	7	10
5.6 Kojení	33	48	24	35	12	17
5.7 Používání stejného WC a sprch	28	41	33	48	8	11
5.8 Sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů	66	96	2	3	1	1
5.9 Časté střídání sexuálních partnerů	62	90	6	9	1	1
5.10 Krevní transfuze	44	64	21	30	4	6
5.11 Kontaminovaná voda a potraviny	24	35	34	49	11	16
5.12 Těhotenství	38	55	24	35	7	10

Chlapci z 9. tříd za rizikové považují: nechráněný pohlavní styk (97 %), kojení (50 %), sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů (100 %), časté střídání sexuálních partnerů (95 %), krevní transfuze (67 %), těhotenství (63 %); naopak bez rizikové je podle nich: bodnutí hmyzem (72 %), líbání (56 %), podání ruky (86 %), kýchání, kašláni (48 %), používání stejného WC a sprch (55 %), kontaminovaná voda a potraviny (63 %). Úplná názorová jednota panovala u otázky č. 5.8, kdy se ve svém mínění shodlo 100 % chlapců. Další výrazná shoda se objevila u otázky č. 5.3, kdy 97 % považuje nechráněný pohlavní styk za rizikový.

I když na základě převážné většiny odpovědí považují respondenti bodnutí hmyzem za rizikové, nebyl doposud evidován žádný případ přenosu viru HIV

tímto způsobem. Stejně tak nebyly evidovány případy infikování jedince vzdušnou cestou (kýchání, kašláni), potravinami a vodou či běžným kontaktem s nakaženým jedincem (přátelský polibek, podáním ruky). Není prokázán ani přenos prostřednictvím kontaktu s domácími zvířaty, jako jsou psi, kočky a ptáci (www.aids-pomoc.cz, 2011).

Tabulka 4d - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

CHLAPCI 9. třída						
	Rizikové		Bez rizika		Nevím	
	n	%	n	%	n	%
5.1 Bodnutí hmyzem	13	20	46	72	5	8
5.2 Líbání	21	33	36	56	7	11
5.3 Nechráněný pohlavní styk	62	97	0	0	2	3
5.4 Podání ruky	6	9	55	86	3	5
5.5 Kýchání, kašláni	23	36	31	48	10	16
5.6 Kojení	32	50	20	31	12	19
5.7 Používání stejného WC a sprch	18	28	35	55	11	17
5.8 Sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů	64	100	0	0	0	0
5.9 Časté střídání sexuálních partnerů	61	95	3	5	0	0
5.10 Krevní transfuze	43	67	19	30	2	3
5.11 Kontaminovaná voda a potraviny	17	27	40	63	7	10
5.12 Těhotenství	40	63	20	31	4	6

4.3 Informace o způsobu testování a léčby HIV viru

Následující kapitola se zabývala zjištěním přítomnosti HIV viru v organizmu jedince. Měla za úkol detekovat, z jaké tělní tekutiny se zjišťuje přítomnost viru u infikovaného jedince, za jaký časový interval po rizikovém chování by se respondenti

nechali otestovat a zjistit, zdali je nemoc léčitelná a jestli se proti ní dá očkovat. Tato oblast šetření pokládala žákům celkem 4 samostatné otázky.

Na otázku č. 6, **Přítomnost HIV/AIDS v organismu se zjišťuje**, bylo možné odpovědět těmito čtyřmi možnostmi: 1) Z moči, 2) **Z krve**, 3) Ze stolice, 4) Nevím.

U dívek z 8. tříd převažovala odpověď č. 2 vyskytující se u 86 % dotazovaných, odpověď č. 1 v 7 %, stejně jako odpověď č. 4, odpověď č. 3 nebyla zvolena vůbec. Dívky z 9. tříd vykazovaly téměř identické výsledky, kdy 92 % zvolilo možnost odpovědi č. 2, možnost č. 1 a č. 4 zvolilo shodně 4 % a možnost č. 3 nebyla zaškrtnuta vůbec.

U chlapců z 8. tříd také převládla odpověď č. 2, kdy ji volilo 75 % respondentů, odpověď č. 1 byla zvolena ve 12 %, odpověď č. 3 v 7 % a odpověď č. 4 v 6 % případech. Volba odpovědi č. 2 také dominovala v odpovědích u chlapců z 9. tříd. Vyskytovala se u 89 % z nich. Celých 7 % žáků označilo odpověď č. 1 a shodně ve 2 % se objevila možnost č. 3 a č. 4. Z výsledků můžeme usuzovat, že žáci 8. i 9. mají dobré vědomosti v této problematice. Správnou odpověď zvolilo 205 respondentů.

Z brněnského výzkumu je patrné, že i jeho respondenti jsou stejně dobře informováni, z čeho se testuje přítomnost HIV/AIDS v organismu jedince. Správně odpovědělo 81,6 % respondentů (Pilchová, 2013).

I když se v současnosti objevují testy, které umožní zjištění přítomnosti HIV viru v organismu jedince prostřednictvím méně invazivních metod, jakým je například odběr slin, i přesto u nás stále převládá identifikace infikovaného jedince za pomoci odběru krve (www.spolecneprotiaids.cz, 2014).

Další otázka spadající do této kapitoly měla za úkol zjistit: **Lze AIDS vyléčit?** Žáci mohli vybírat ze tří možností: 1) Ano, 2) **Ne**, 3) Nevím.

Správnou odpověď zvolilo 89 % z 8. tříd a 86 % dívek z 9. tříd. V 8. třídách si možnost odpovědi č. 1 vybralo 8 % dívek, 3 % zvolilo odpověď č. 3. U dívek v 9. třídách se objevila odpověď č. 1 v 6 % případech, odpověď č. 3 si vybralo dokonce 8 % dívek.

Chlapci z 8. tříd byli v této otázce poměrně méně úspěšní, neboť správnou odpověď zvolilo jen 58 %. Celých 29 % žáků se domnívalo, že AIDS lze vyléčit, 13 % odpověď neznalo vůbec. Chlapci z 9. tříd byli v této otázce poměrně úspěšnější,

neboť správnou odpověď zvolilo 72 % z nich. Odpověď č. 1 a č. 3 se v obou případech objevila shodně ve 14 % případů. Správná možnost odpovědi byla zvolena 180 respondenty.

Z brněnského výzkumu můžeme zjistit, že odpověď na otázku, zda je onemocnění AIDS léčitelné, správně odpovědělo pouze 52,8 % respondentů (Pilchová, 2013).

Medikamenty, jež infikovaní jedinci užívají, zvyšují kvalitu jejich života. Avšak doposud nebyl vynalezen účinný lék, který by nemoc zcela vyléčil (Brůčková et al., 2005). Každoročně se řada vědců podílí na výzkumu nového léku, jenž by umožnil jedince infikované HIV/AIDS vyléčit. Výzkumy jsou velice náročné z časového hlediska. Než se nějaký lék dostane k nemocnému jedinci, může tato časová prodleva trvat dokonce 9 let, nemluvě o tom, že vývoj samotného léku se pak odhaduje až na několik desítek let (www.aidsresearch.org, 2014).

Další otázka směřující na žáky zněla: **Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?** Respondenti měli možnost zaškrtnout tři možné odpovědi 1) **Ano**, 2) **Ne**, 3) **Nevím**.

Největší znalost problematiky prokázaly dívky z 9. tříd, kdy 81 % z nich odpovědělo na tuto otázku správně, naopak pouhé 4 % označila nesprávnou odpověď. Dívky z 8. tříd v poměrně širokém zastoupení 72 % zaškrtnuly správnou odpověď, 18 % z nich se mylně domnívalo, že se proti HIV/AIDS lze nechat očkovat.

Značně hůře na tom byli chlapci z 8. tříd, neboť správnou odpověď označilo jen 57 % žáků. Celých 28 % z nich vybralo špatnou možnost. O trochu lépe dopadli chlapci z 9. tříd, kdy 66 % odpovědělo správně a 19 % špatně. Všechny odpovědi respondentů jsou názorně zaznamenány v tabulkách 5a, b. Správná odpověď byla zvolena ve 163 případech.

Všechny informace o vzniku nových vakcín proti HIV viru skončily vždy negativně. I přes urputnou snahu vědců doposud nebyla vyvinuta vakcína, jež by zbavila organismus viru (www.hiv.cz, 2013).

Tabulka 5a - Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

DÍVKY						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	11	18	2	4	13	12
2) Ne	43	72	39	81	82	76
3) Nevím	6	10	7	15	13	12
Celkem	60	100	48	100	108	100

Tabulka 5b - Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

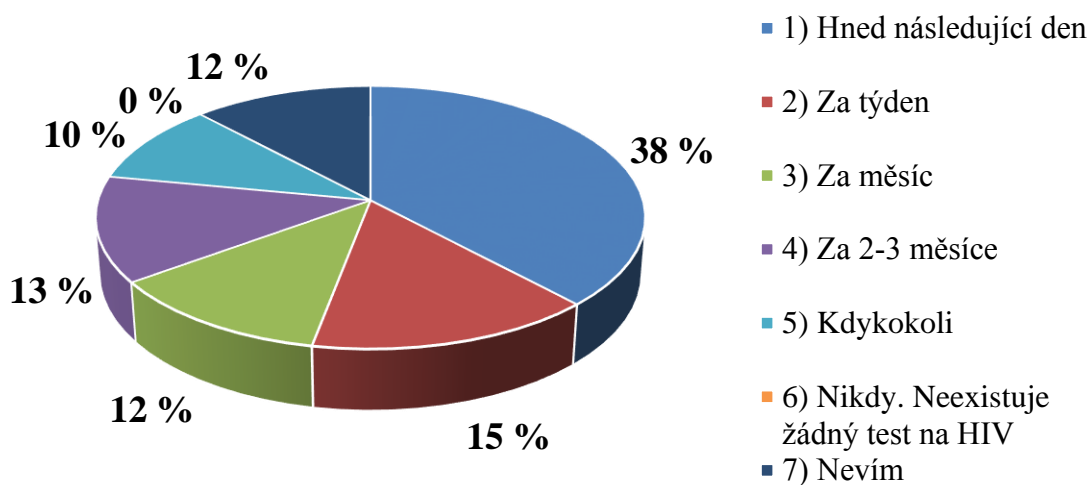
CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	19	28	12	19	31	23
2) Ne	39	57	42	66	81	61
3) Nevím	11	15	10	15	21	16
Celkem	69	100	64	100	133	100

Při podezření na přítomnost HIV viru v organismu se mohou jedinci obrátit na svého praktického lékaře, jenž jim na požádání provede příslušný test. Žadatelé o tento druh vyšetření mohou požádat náležitá odběrová místa, kupříkladu zdravotní ústav – Poradna pro AIDS. V ČR existuje seznam míst, kde je možné vyhledat pomoc (www.aids-pomoc.cz, 2011). Protože se anti-HIV protilátky objevují za 1 měsíc po infikování a u všech infikovaných jedinců se vždy projeví do 3 měsíců, je testování možné za 2 - 3 měsíce po rizikovém chování (www.hiv.cz, 2013).

Proto další otázka zněla: **Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?** Respondenti měli na výběr z celkem 7 možných odpovědí: 1) Hned následující den, 2) Za týden, 3) Za měsíc, 4) **Za 2-3 měsíce**, 5) Kdykoli, 6) Nikdy. Neexistuje žádný test na HIV, 7) Nevím.

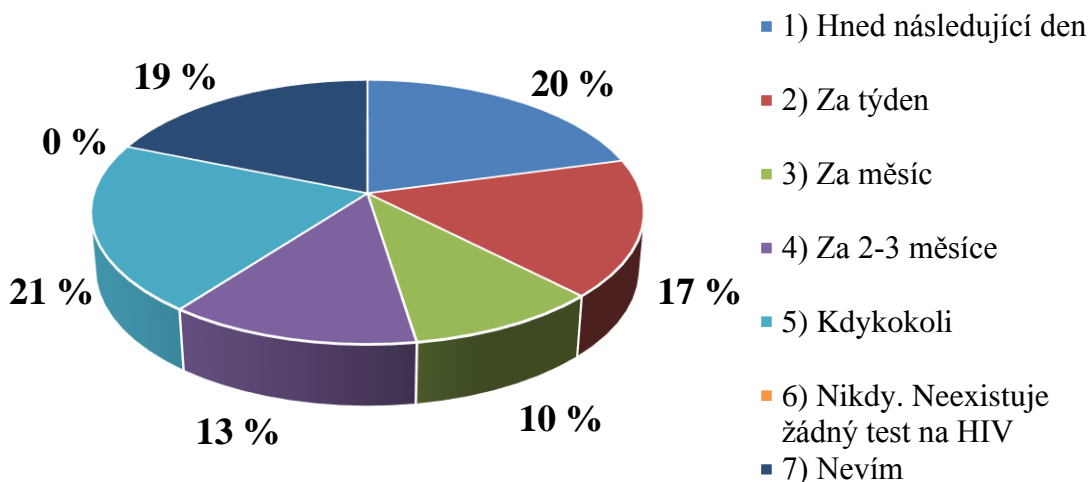
Pouhých 13 % dívek z 8. tříd zaškrtnulo správnou odpověď, tedy možnost č. 4. Převážná většina z nich vybrala možnost č. 1 (38 %), v menší míře se vyskytovala možnost č. 2 (15 %), možnost č. 3 (12 %), možnost č. 5 (10 %), možnost č. 7 (12 %) a možnost č. 6 nebyla zvolena vůbec. I když se u respondentů neprojevila znalost

problematiky, lze kladně vyhodnotit, že žáci mají povědomí o existenci testu na HIV. Odpovědi názorně ukazuje graf 3a.



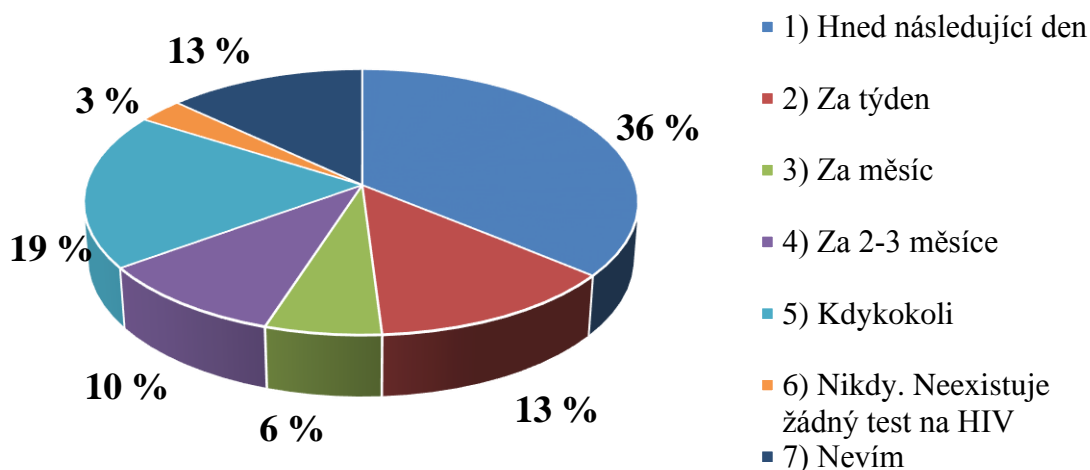
Graf 3a - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašly otestovat na HIV, dívky 8. třída

Výsledky dívek z 9. tříd dopadly obdobně, jak ukazuje graf č. 3b. Správná odpověď se vyskytla u 13 % a odpověď č. 6 se nevyskytla vůbec. Zbytek dívek poměrně rovnoměrně zaškrtnulo odpověď č. 1 (20 %), odpověď č. 2 (17 %), odpověď č. 3 (10 %), odpověď č. 5 (21 %) a odpověď č. 7 (19 %). Stejně jako u dívek z 8. tříd i tato skupina žákyň si je vědoma toho, že lze nějakým způsobem potvrdit či vyvrátit přítomnost viru HIV v organizmu jedince.



Graf 3b - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašly otestovat na HIV, dívky 9. třída

Nejmenší zastoupení správných odpovědí se objevilo u chlapců z 8. tříd, kdy ji zvolilo pouhých 10 % žáků. Možnost č. 1 se objevila u 36 % chlapců, možnost č. 2 u 13 %, možnost č. 3 u 6 %, možnost č. 5 u 19 %, možnost č. 6 u 3 % a možnost č. 7 u 13 % z nich. Je nutno poukázat na fakt, že v rámci této dotazované skupiny se objevila menšina 3 % jedinců, kteří o existenci testu na HIV nemají vůbec ponětí, jak názorně ukazuje graf 3c.

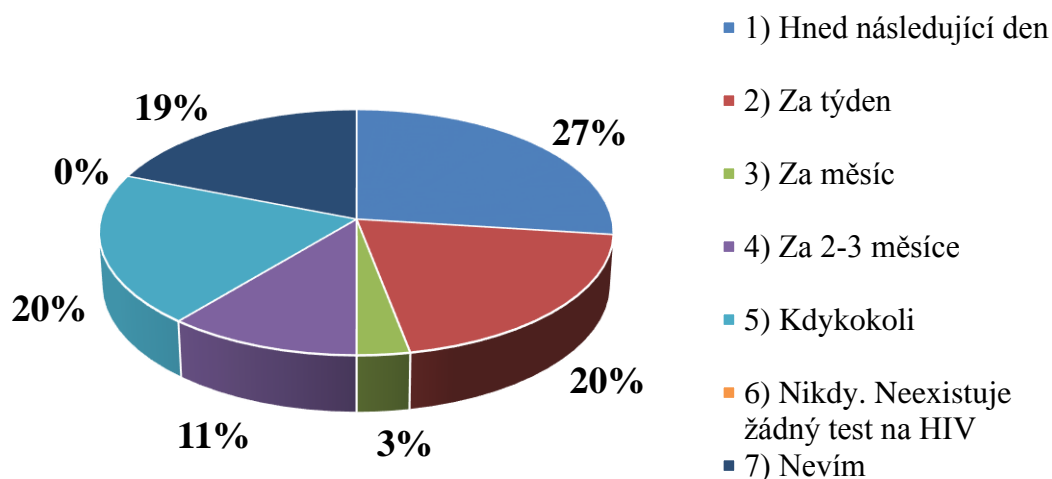


Graf 3c - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV, chlapci 8. třída

U chlapců z 9. tříd se znalost problematiky projevuje téměř na stejné úrovni, jako je tomu u předchozích dotazovaných skupin. Možnost č. 1 označilo 27 % žáků, 20 % zvolilo možnost č. 2, 3 % možnost č. 3, 20 % možnost č. 5, 19 % možnost č. 7 a možnost č. 6 nebyla opět zvolena vůbec. I přes různorodost výsledků lze za pozitivum brát skutečnost znalosti existence testu na HIV. Všechny odpovědi jsou názorně vyjádřeny v grafu 3d, ze kterých lze vyčíst, že většina respondentů neví, za jaký časový interval je vhodné nechat se otestovat. Správná možnost byla zvolena pouze v 28 případech odpovědí.

Z celkového počtu respondentů správně odpovědělo pouhých 75 z nich.

Obdobně jsou na tom žáci brněnského výzkumu, kteří také projevili neznalost této problematiky. Správně odpovědělo pouhých 0,88 % respondentů, což je značně nedostačující (Pilchová, 2013).



Graf 3d - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV, chlapci 9. třída

4.4 Informace o možných způsobech prevence proti HIV viru

Následující oblasti u žáků detekovaly způsoby ochrany před nákazou HIV virem. K zjištění této problematiky byly jedincům položeny 4 následující otázky.

První otázka zněla: **Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku kondom?** Dávala žákům na výběr ze tří odpovědí: **1) Ano**, **2) Ne**, **3) Nevím**.

U dívek z 8. tříd se projevila nejmenší znalost této problematiky, neboť na otázku neznalo správnou odpověď 13 % dívek, 7 % odpověď nevědělo. Dívky z 9. tříd byly po této stránce razantně úspěšnější, jak ukazuje tabulka č. 6a. Správně odpovědělo 94 % dívek a špatně 6%.

Chlapci z 8. tříd dopadli lépe než jejich spolužačky. Správně odpovědělo celých 90 % z nich, nesprávně 6 % a odpověď nevěděly 4 %. Chlapci z 9. tříd ukázali znalost v 93 %, 2 % na otázku odpovědělo špatně a 5 % odpověď na otázku nevědělo vůbec. Celkové rozložení odpovědí chlapců znázorňuje tabulka 6b. Celkový počet správně zvolených odpovědí činil 215, což je velmi pozitivní zjištění.

Šíření HIV viru je značně omezeno používáním prezervativů, které vytváří spolehlivou ochranou bariéru, jež zabraňuje prostupu viru do organismu jedince (Hlavatý, 2006).

Tabulka 6a - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku kondom?

DÍVKY						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	48	80	45	94	93	86
2) Ne	8	13	3	6	11	10
3) Nevím	4	7	0	0	4	4
Celkem	60	100	48	100	108	100

Tabulka 6b - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku kondom?

CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	62	90	60	93	122	92
2) Ne	4	6	1	2	5	4
3) Nevím	3	4	3	5	6	5
Celkem	69	100	64	100	133	100

V pořadí další otázka: **Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku antikoncepční pilulky?** Respondenti měli na možnost zaškrtnout tři možné odpovědi 1) Ano, 2) Ne, 3) Nevím.

Brůčková (2005) zdůrazňuje, že je důležité v rámci prevence pohlavního styku uvědomit si, že antikoncepce nechrání před pohlavně přenosnými nemocemi (Brůčková et al., 2005). Znalost problematiky prokázaly dívky z 8. tříd, kdy 78 % z nich odpovědělo na tuto otázku správně, 12 % označilo nesprávnou odpověď. Dívky z 9. tříd měly překvapivě nejhorší výsledky. Správnou odpověď vyznačilo pouhých 46 %, 48 % z nich se mylně domnívalo, že jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží antikoncepční pilulky.

Nečekaně lépe na tom byli chlapci z 8. tříd, neboť správnou odpověď označilo 75 % žáků. Špatnou možnost vybralo 16 %. Nejlépe dopadli chlapci z 9. tříd, kdy celých 88 % odpovědělo správně a pouhých 9 % špatně. Všechny odpovědi respondentů jsou názorně zaznamenány v tabulkách 7a, b. I když ze všech respondentů správně odpovědělo 177 z nich, je zarážející skutečnost, že v rámci této otázky byla úspěšnost dívek oproti chlapcům výrazně nižší.

Tabulka 7a - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku antikoncepční pilulky?

DÍVKY						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	7	12	23	48	30	28
2) Ne	47	78	22	46	69	64
3) Nevím	6	10	3	6	9	8
Celkem	60	100	48	100	108	100

Tabulka 7b - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku antikoncepční pilulky?

CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	11	16	6	9	17	13
2) Ne	52	75	56	88	108	81
3) Nevím	6	9	2	3	8	6
Celkem	69	100	64	100	133	100

Respondenti měli dále odpovědět na otázku: **Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku nitroděložní tělísko?** Ta dávala žákům na výběr ze tří odpovědí: 1) Ano, 2) Ne, 3) Nevím.

U dívek z 8. tříd se projevila v rámci všech respondentů nejvyšší znalost této problematiky, avšak i ta je značně nedostačující, neboť správnou odpověď zvolilo pouze 67 % dívek, dokonce až 30 % odpověď nevědělo. Dívky z 9. tříd byly úspěšné v 65 % případů, špatně odpovědělo 12 % dívek, jak ukazuje tabulka č. 8a.

Chlapci z 8. tříd správně odpověděli v 58 % případů, nesprávně 9 % a odpověď nevědělo až 33 %. Chlapci z 9. tříd prokázali znalost v 59 %, špatně na otázku odpovědělo 5 % a 36 % odpověď na otázku nevědělo vůbec. Celkové rozložení odpovědí chlapců znázorňuje tabulka 6b. Správnou možnost odpovědi respondenti zvolili ve 149 případech.

Jedinou možnou ochranou před pohlavně přenosnými chorobami, mezi něž patří i HIV/AIDS, je kondom. Ostatní antikoncepční metody, včetně zmiňovaného nitroděložního tělíska, zabraňují pouze otěhotnění (www.hiv-aids.euweb.cz, 2014).

Tabulka 8a - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku nitroděložní tělísko?

DÍVKY						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	2	3	6	12	8	7
2) Ne	40	67	31	65	71	66
3) Nevím	18	30	11	23	29	27
Celkem	60	100	48	100	108	100

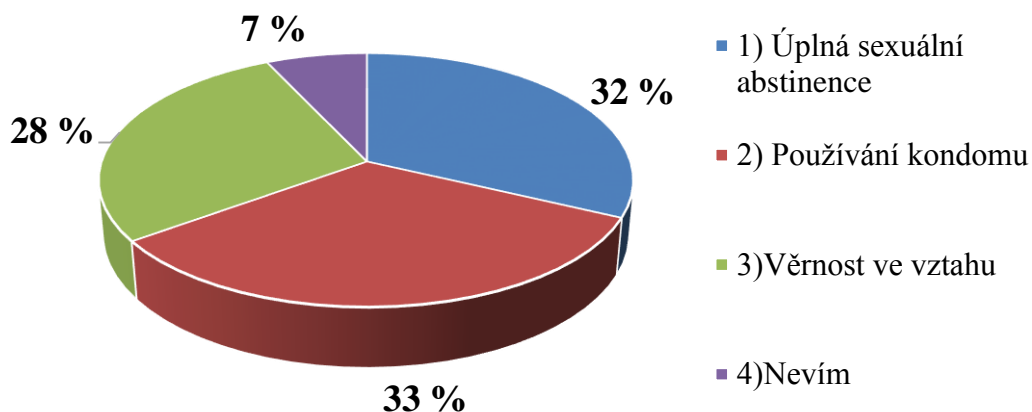
Tabulka 8b - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku nitroděložní tělísko?

CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	6	9	6	9	9	7
2) Ne	40	58	56	88	78	59
3) Nevím	23	33	2	3	46	35
Celkem	69	100	64	100	133	100

Otázka zjišťující: **Jedinou 100 % ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je?** Umožňovala respondentům odpovědět čtyřmi možnými způsoby 1) **Úplná sexuální abstinence**, 2) Používání kondomu, 3) Věrnost ve vztahu, 4) Nevím.

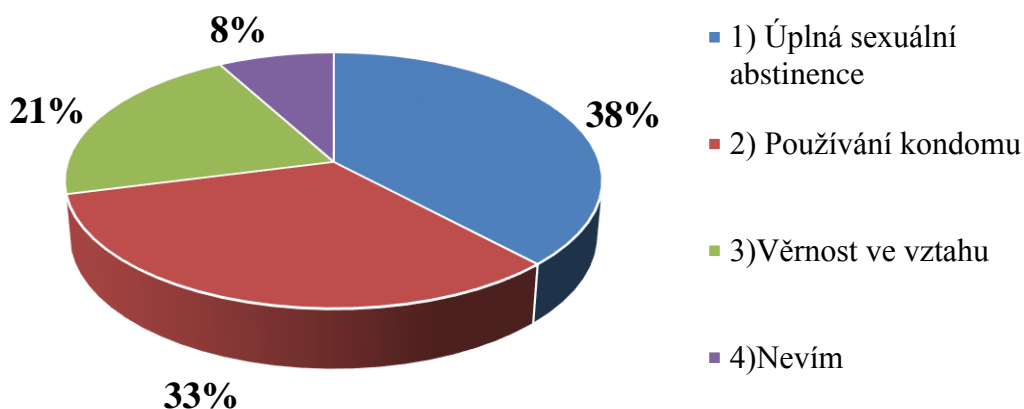
Aby byl jedinec chráněn na 100 % před nákazou virem HIV prostřednictvím pohlavního styku, je jediným možným způsobem sexuální abstinence či vzdát se sexuálního života (Jedlička, Staňková, Strouhal, Mruškovičová, 2002). Jak znázorňuje graf 4a, dívky 8. tříd si plně uvědomují nutnost ochrany proti HIV/AIDS, i když na přesné znění otázky správně odpovědělo pouze 32 % z nich. Největší množství dívek, a to celých 33 %, se přiklonilo k používání kondomu jako jediné 100 % ochrany v oblasti pohlavního styku. Dalších 28 % dívek klade důraz na věrnost ve vztahu. Pozitivní

zjištěním je skutečnost, že pouhých 7 % dívek si nedokázalo vybrat ani jednu z uvedených možností. Převážná většina 93 % dívek si uvědomuje nutnost nějakého druhu ochrany při pohlavním styku.



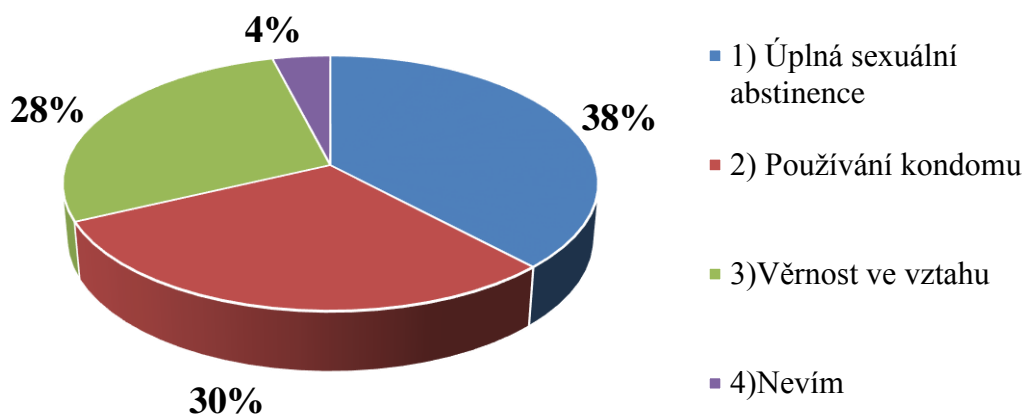
Graf 4a - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, dívky 8. třída

Dívky z 9. tříd byly v této otázce úspěšnější, neboť 38 % z nich bylo pro úplnou sexuální abstinenci, tedy správnou možnost. Používání kondomu zvolilo 33 % dívek, věrnost ve vztahu 21 % a zbylých 8 % dívek vybralo možnost č. 4, tedy nedokázaly zaškrtnout jednu z nabízených možností, viz graf 4b.



Graf 4b - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, dívky 9. třída

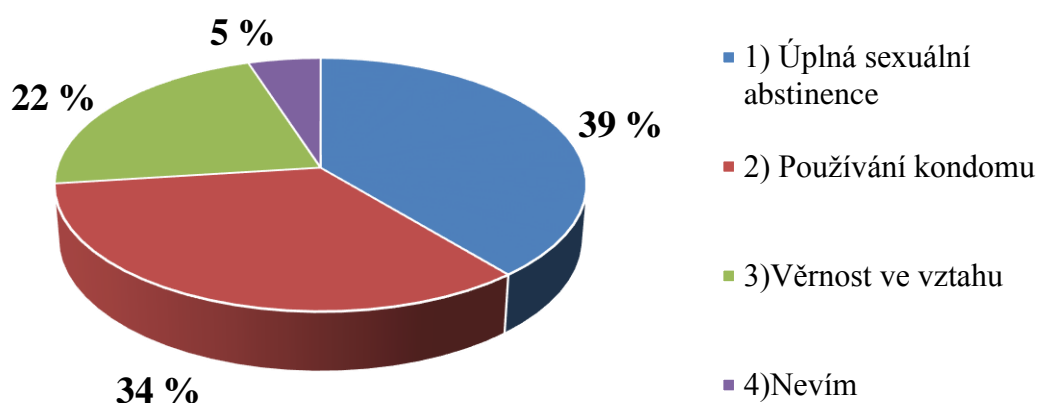
Stejně úspěšní jako dívky z 9. tříd byli chlapci z 8. tříd, neboť 38 % z nich zvolilo správnou možnost. Nutnost alespoň nějaké ochrany si uvědomilo 30 % žáků, kteří zaškrtnuli používání kondomu a 28 % žáků, kteří si vybrali věrnost ve vztahu. Ani pro jednu z nabízených možností se nedokázala rozhodnout 4 % z nich, jak je patrné z grafu 4c.



Graf 4c - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, chlapci 8. třída

Nejvyšší znalost v rámci této otázky prokázali chlapci z 9. tříd, neboť správnou odpověď zvolilo 39 % z nich. Pro používání kondomu bylo 34 % chlapců, dalších 22 % zvolilo věrnost ve vztahu. Pouhých 5 % žáků si nedokázalo u této otázky zvolit z nabízených možností. Vše je detailně znázorněno v grafu 4d.

Celkový počet správně zvolených odpovědí v této otázce zvolilo pouze 88 respondentů.



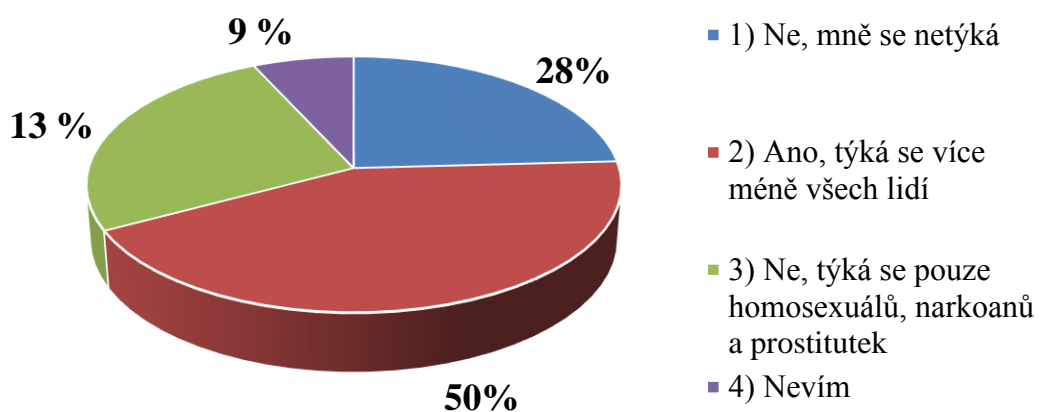
Graf 4d - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, chlapci 9 třída

4.5 Postoje žáků k problematice HIV/AIDS

Každý adolescent zaujímá různé postoje k uvedené problematice. Odlišný názor se může objevovat nejen u jedinců stejného či opačného pohlaví, ale i u jedinců stejné věkové kategorie. Proto dalším úkolem bylo identifikovat jednotlivé postoje žáků k problematice HIV/AIDS. Pro zjištění názorů respondentů sloužily 2 otázky.

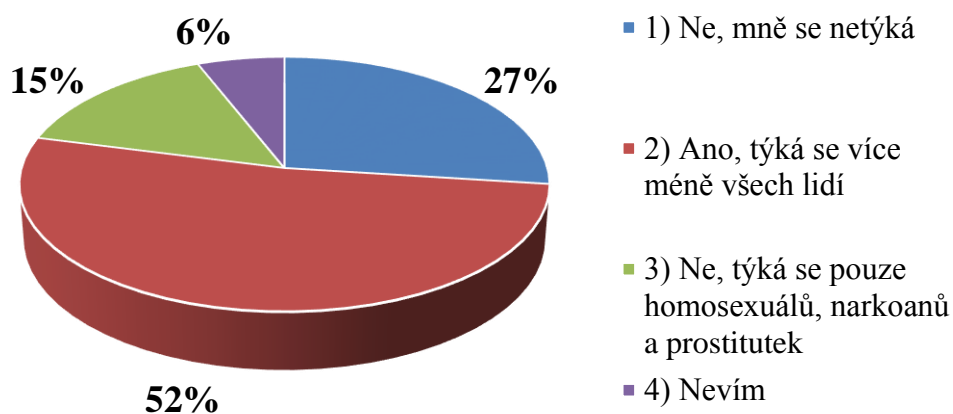
Zásadní roli pro vyjádření postoje v této kategorii hrála otázka: **Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás?** Možné odpovědi na ni byly následující: 1) Ne, mně se netýká, 2) Ano, týká se více méně všech lidí, 3) Ne, týká se pouze homosexuálů, narkomanů a prostitutek, 4) Nevím.

Dívky z 8. tříd, jak znázorňuje graf 5a, odpověděly v 50 % na otázku možností č. 2, což dokazuje jejich uvědomělost v uvedené problematice. Možnost č. 1 zvolilo 28 % žákyň, poměrně početná skupina 13 % zaškrtnla možnost č. 3. Široké zastoupení voleb těchto dvou odpovědí poukazuje na mylný postoj dívek. Celých 9 % respondentek nevědělo, jak svůj postoj vyjádřit.



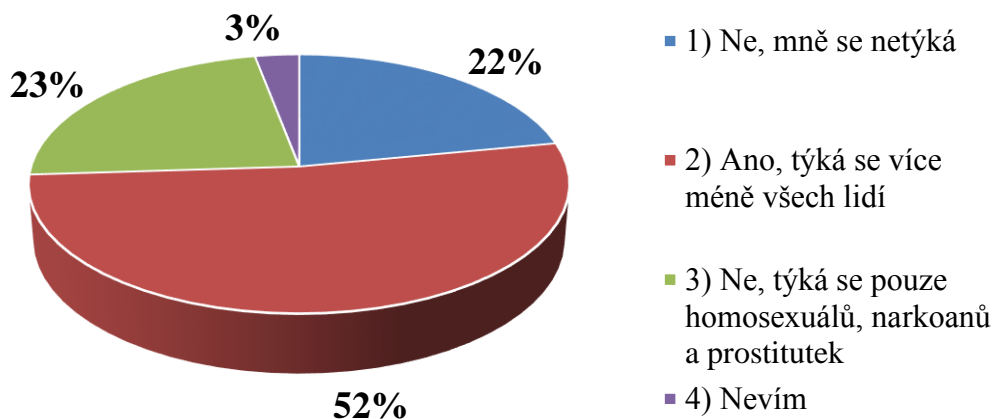
Graf 5a - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, dívky 8. třída

U dívek z 9. tříd převažovala odpověď č. 2 vyskytující se u 52 % dotazovaných, odpověď č. 1 zvolilo 27 %, odpověď č. 3 byla zvolena u 15 % z nich a 6 % respondentů nedokázalo vyjádřit svůj názor k uvedené problematice vůbec. Z výsledků, které jsou znázorněny v grafu 5b, můžeme opět usuzovat, že ani o rok starší dívky si zcela neuvědomují, jaké dopady HIV/AIDS může mít.



Graf 5b - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, dívky 9. třída

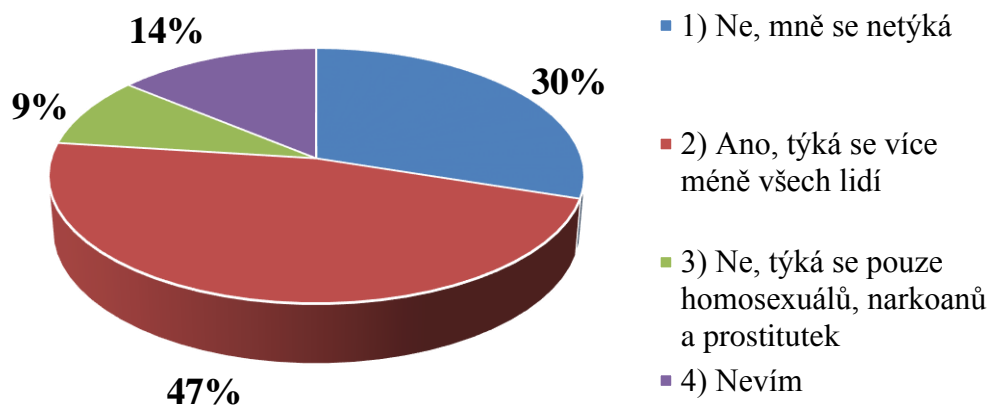
Chlapci z 8. tříd vykazovali téměř identické výsledky, kdy 52 % zvolilo možnost odpovědi č. 2, možnost č. 1 zvolilo 22 % dotazovaných a možnost č. 3 byla zvolena v 23 % případů. Oproti ostatním dotazovaným respondentům nevěděla, jak na otázku odpovědět, pouhá 3 % chlapců, jak znázorňuje graf 5c.



Graf 5c - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, chlapci 8. třída

Chlapci z 9. tříd v 47 % zvolili možnost č. 2, což oproti výše zmiňovaným respondentům poukazuje na poměrně nižší uvědomělost v této problematice, celých 30 % dotazovaných si ji v rámci své osoby neuvědomují dokonce vůbec. Možnost č. 3 zvolilo jen 9 % chlapců, 14 % na otázku pak neznalo odpověď, což je patrné z grafu 5d.

Zarážející je skutečnost, že pouhých 121 respondentů si uvědomuje možné ohrožení touto nemocí.



Graf 5d - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, chlapci 9. třída

Na další otázku: **Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?** měli žáci na výběr z těchto tří možných odpovědí: **1) Ano**, 2) Ne, 3) Nevím.

U dívek z 8. tříd se projevila vysoká znalost této problematiky. Na otázku správně odpovědělo 92 % dívek, pouhých 5 % žákyň si neuvědomuje, že HIV/AIDS se vyskytuje i v ČR a 3 % odpověď nevědělo. Dívky z 9. tříd byly po této stránce ještě informovanější, jak ukazuje tabulka č. 9a. Správně odpovědělo až 98 % dívek, 2 % odpověď neznalo a odpověď č. 2 se nebyla zaznamenána vůbec.

Možnost č. 2, tedy špatná odpověď, se nevyskytla ani u chlapců z 9. tříd. Znalost projevilo celých 97 % z nich, odpověď nevěděla 3 % žáků. Chlapci z 8. tříd dopadli obdobně jako jejich spolužačky. Správně odpovědělo 93 % z nich, nesprávně 6 % a odpověď nevědělo pouhé 1 %. Celkové rozložení odpovědí chlapců znázorňuje tabulka 9b. Velmi pozitivní je zjištění, že až 228 respondentů si plně uvědomuje přítomnost HIV/AIDS v ČR.

Tabulka 9a – Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

DÍVKY						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	55	92	47	98	102	94
2) Ne	3	5	0	0	3	3
3) Nevím	2	3	1	2	3	3
Celkem	60	100	48	100	108	100

Tabulka 9b – Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Ano	64	93	62	97	126	95
2) Ne	4	6	0	0	4	3
3) Nevím	1	1	2	3	3	2
Celkem	69	100	64	100	133	100

4.6 Nejčastější informační zdroje žáků

O tom, z jakých zdrojů žáci získávají informace a o tom, zda jim škola poskytla možnost zúčastnit se různých besed či přednášek na téma HIV/AIDS, mapují následující 2 položené otázky v dotazníku.

Otázka zjišťující: **Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?** Dávala respondentům na výběr až ze 7 možných odpovědí. 1) Knihy, časopisy, 2) Internet, 3) Škola, 4) Rodiče, 5) Kamarádi, 6) Televize, rádio, 7) Nezajímám se.

Dívky z 8. tříd uvedly jako dva nejčastější zdroje internet (37 %) a školu (30 %). Dalších 14 % z nich uvedlo, že se o problematiku HIV/AIDS nezajímá. Jako další zdroj uvedly shodně v 7 % kamarády, televizi a rádio. Jen 5 % z nich získává informace od rodičů. Knihy a časopisy jako možný zdroj neuvedl nikdo, viz tabulka 10a. Také dívky z 9. tříd vybraly možnost internetu (43 %) a školy (30 %) jak nejhojnější informační zdroj. O problematiku se nezajímá 8 % dívek. Shodně 6 % z nich vybralo možnost knih,

časopisů, televize a rádia. Možnost č. 4., stejně jako možnost č. 5., vybraly 4 % dívek, jak ukazuje tabulka 10a.

U chlapců z 8. tříd se v rámci odpovědí také nejčastěji vyskytoval internetový zdroj (42 %), s 36 % následovala odpověď škola, 13 % zmiňovanému tématu nevěnuje pozornost. Možnost č. 1, č. 5 a č. 6 vždy vybrala 3 % žáků, možnost č. 4 nevybral nikdo. Celých 51 % chlapců z 9. tříd, jak ostatně ukazuje tabulka 10b, zaškrtno možnost č. 2. Možnosti č. 3 a č. 7 zvolilo v obou případech shodných 22 % žáků. Rodiče jako nejčastější zdroj informací vybralo 5 %, televizi a rádio 2 % z nich. Odpověď č. 1 a odpověď č. 5 nebyla chlapci 9. tříd zvolena vůbec. Z celkového počtu respondentů využívá 103 z nich k informacím internet.

Tabulka 10a – Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

DÍVKY						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Knihy, časopisy	0	0	3	6	3	3
2) Internet	22	37	20	43	42	38
3) Škola	18	30	14	29	32	29
4) Rodiče	3	5	2	4	5	5
5) Kamarádi	4	7	2	4	6	6
6) Televize, rádio	4	7	3	6	7	7
7) Nezajímám se	9	14	4	8	13	12
Celkem	60	100	48	100	108	100

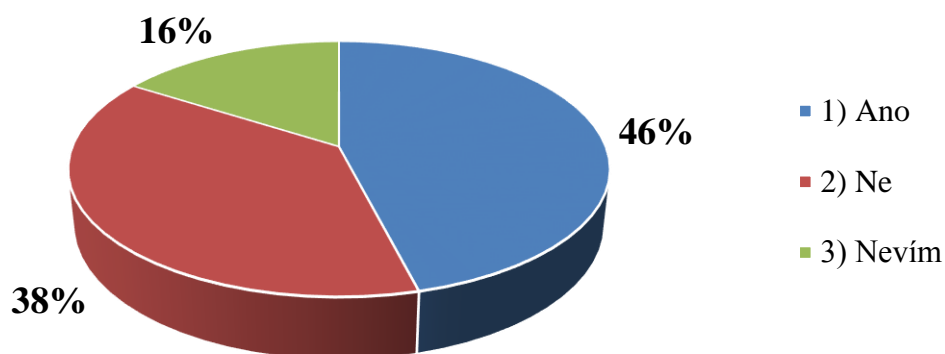
Tabulka 10b – Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

CHLAPCI						
	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1) Knihy, časopisy	2	3	0	0	2	2
2) Internet	29	42	32	51	61	46
3) Škola	25	36	14	22	39	29
4) Rodiče	0	0	3	5	3	2
5) Kamarádi	2	3	0	0	2	2
6) Televize, rádio	2	3	1	2	3	2
7) Nezajímám se	9	13	14	22	23	17
Celkem	69	100	64	100	133	100

Poslední otázka dotazníku zněla: **Měli jste ve škole besedu na téma HIV/AIDS?**

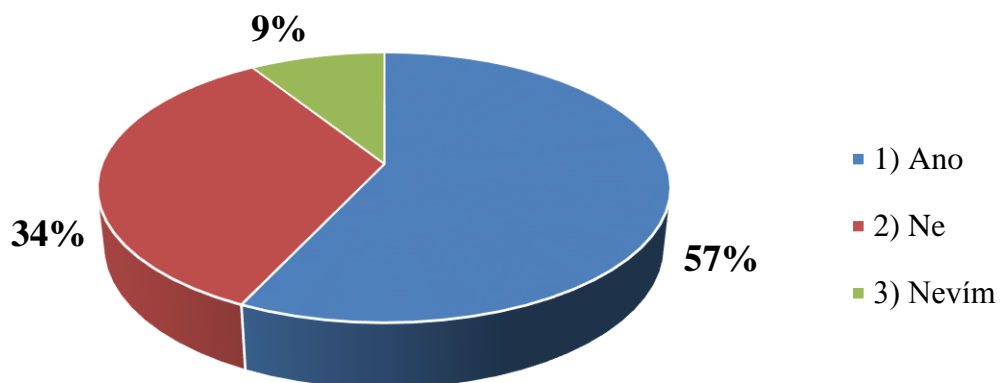
Otázka žákům nabízela možnosti 1) Ano, 2) Ne, 3) Nevím.

Z výsledků vyplývá, že 45 % dívek z 8. tříd se zmiňovaných besed někdy zúčastnilo, 35 % se nikdy nezúčastnilo podobné akce a 20 % respondentů neví. Dívky z 9. tříd se v 60 % případů besed zúčastnily, 34 % z nich se nezúčastnilo a 6 % žákyň nevědělo odpovědět.



Graf 6a - Měli jste ve škole besedu na téma HIV/AIDS – dívky a chlapci 8. třída

Necelá polovina chlapců z 8. tříd, tedy 46 %, se besedy na téma HIV/AIDS zúčastnila, 41 % se nezúčastnilo a 13 % žáků nevědělo, zda na nějaké akci bylo přítomno. Chlapci z 9. tříd se nějaké besedy na dané téma v 55 % zúčastnili, u 34 % z nich tomu bylo naopak a 11 % odpověď nevědělo. Celkové rozložení respondentů 8. a 9. tříd, kteří byli prostřednictvím besedy informováni o HIV/AIDS, znázorňuje graf 6a, b.



Graf 6b - Měli jste ve škole besedu na téma HIV/AIDS – dívky a chlapci 9. třída

ZÁVĚR

Hlavním cílem předložené diplomové práce, jež se zabývá problematikou HIV/AIDS, je stanovit míru informovanosti u žáků 8. a 9. tříd vybraných základních škol v Olomouckém a Jihomoravském kraji. Cílem dílčích úkolů je mimo jiné zmapovat nejčastěji využívané zdroje k čerpání informací a odhalit subjektivní postoje žáků k uvedenému onemocnění. Výzkumného šetření se zúčastnilo 241 respondentů ve věku 13 - 16 let, z nichž bylo 108 dívek a 133 chlapců.

Pro vyhodnocení hlavního cíle je stanoveno jedenáct dílčích cílů a úkolů, jež mapují vědomosti a postoje zúčastněných respondentů na základě předložených anonymních dotazníků pocházejících z programu Hrou proti AIDS.

Výsledky výzkumného šetření jsou následující:

- 1) Výzkum poukázal na fakt, že 100 % chlapců a 96,3 % dívek během svého života slyšelo o onemocnění zvané HIV/AIDS. Pouze 2,7 % dívek neslyšelo o HIV/AIDS a 1 % dívek si tím není jisto. Rozlišit rozdíl mezi zkratkami HIV a AIDS dokáže 72 % dívek z 8. tříd a 88 % dívek z 9. tříd. Chlapci z 8. tříd zkratky správně rozlišili v 71 % a z 9. tříd v 78 % případů.
- 2) Šetření dokazuje, že 89 % dívek z 8. tříd a 84 % z 9. tříd dokáže určit, který systém organismu vir HIV napadá. Chlapci z 8. tříd správně odpověděli v 78 % a chlapci z 9. tříd dokonce až v 92 % případů.
- 3) Na otázku mapující nejčastější způsob přenosu HIV viru žáci v převážné většině odpovídali správně a mezi nejčastější způsob tak zařadili přenos prostřednictvím nechráněného pohlavního styku. U dívek z 8. tříd tak učinilo 82 % a z 9. tříd 77 %. Chlapci z 8. tříd tuto možnost zvolili v 67 % a z 9. tříd v 75 % případů. U chlapců se oproti dívkám častěji vyskytovaly i další možnosti přenosu viru, například prostřednictvím užívání drog, transfuze krve a líbání. Všichni respondenti za rizikové považují nechráněný pohlavní styk, kojení, sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů, časté střídání sexuálních partnerů, krevní transfuze, těhotenství. Výjimku tvoří dívky z 8. tříd, jež mezi rizikové zařadily i používání stejného WC a sprch.

- 4) Dle výzkumu se 72 % dívek z 8. tříd správně domnívá, že se proti HIV/AIDS nelze očkovat, dívky z 9. tříd zaškrtnuly správnou odpověď v 81 %, čímž na otázku odpověděly nejlépe. Chlapci z 8. tříd na tom byli podstatně hůře, neboť správnou možnost odpovědi zaznačilo jen 57 % respondentů. V 9. třídách se 66 % chlapců domnívá, že se proti HIV/AIDS očkovat nelze.
- 5) Na skutečnost, že se přítomnost HIV/AIDS v organismu jedince zjišťuje prostřednictvím krve, správně odpovědělo 86 % dívek z 8. tříd a dokonce až 92 % z 9. tříd. Shodně u dívek nebyla zvolena možnost testování přítomnosti HIV/AIDS v organismu ze stolice. Úspěšnost chlapců z 8. tříd byla nižší, neboť správně odpověděli pouze v 75 % případů. Chlapci z 9. tříd zvolili správnou odpověď v 89 % případů.
- 6) Poněkud znepokojivý je fakt, že jen shodných 13 % dívek z obou tříd označilo správnou dobu, kdy je možné se nechat otestovat na HIV po rizikovém chování. Chlapci ve výsledcích dopadli ještě hůře. Z 8. tříd správně odpovědělo 10 % a z 9. tříd 11 % případů. Za jediné pozitivum můžeme brát fakt, že všechny dívky a chlapci z 9. tříd si jsou vědomi, že nějaký HIV test existuje.
- 7) Jak dokázal výzkum, až 89 % dívek z 8. tříd ví, že onemocnění AIDS nelze vyléčit. Dívky z 9. tříd byly v odpovědích téměř stejně úspěšné, neboť správně odpovědělo 86 % z nich. Chlapci byli v této otázce méně úspěšní, správnou odpověď vyznačilo 58 % z 8. tříd a 72 % z 9. tříd.
- 8) O tom, že se HIV/AIDS vyskytuje v České republice, mají žáci vysoké povědomí. Dívky z 8. třídy možnost výskytu u nás správně zaškrtnuly v 92 % a dívky z 9. tříd dokonce až v 98 % případů. Chlapci z 8 a 9. tříd dopadli podobně jako jejich spolužačky. Správně odpovědělo 93 % chlapců z 8. tříd a 97 % z 9. tříd. Toto zjištění je velmi pozitivní.
- 9) Respondenti jsou v nadpoloviční většině informováni o možnostech prevence a ochrany před nákazou proti HIV/AIDS. To, že kondom chrání jedince před nákazou, si plně uvědomuje 80 % dívek z 8. tříd a 94 % z 9. tříd. Chlapci z 8. tříd jsou s touto skutečností obeznámeni v 90 % a z 9. tříd v 93 % případů.

Skutečnost, že antikoncepční pilulky neochrání uživatele před nákazou, bere na vědomí 78 % dívek z 8. tříd a 46 % z 9. tříd. Neočekávaně lépe se znalostmi na tom byli chlapci z 8. tříd, kteří správně odpověděli v 75 % a chlapci z 9. tříd až dokonce v 88 % případů. Otázka, zda nitroděložní tělísko chrání před nákazou HIV virem, činila respondentům největší obtíže. Správnou možnost zvolilo 67 % dívek z 8. tříd a 65 % z 9. tříd. Chlapci z 8. tříd odpověděli v 58 % správně a z 9. tříd v 59 % případů. I přesto, že za 100 % ochranu před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku považuje úplnou sexuální abstinenci jen 32 % dívek z 8. tříd a 38 % z 9. tříd, je velké pozitivum, že dívky vždy zvolily alespoň nějakou možnost ochrany před nákazou. Chlapci z 8. tříd na tuto otázku správně odpověděli v 38 % a z 9. tříd v 39 % případů.

10) Nejčastějším informačním zdrojem všech respondentů byl internet, následovala škola a vždy poměrně velké množství žáků uvedlo, že se o zmiňovanou problematiku nezajímá. Zbývající možnosti se vyskytovaly v minimálním zastoupení s tím, že nejméně byla zmiňována možnost zisku informací z knih a časopisů.

11) Besedy na téma HIV/AIDS se zúčastnilo 45 % dívek z 8. tříd a 60 % z 9. tříd. Chlapci z 8. tříd byli na nějaké besedě přítomni v 46 % a z 9. tříd v 55 % případů.

Z výsledků výzkumu je patrné, že oslovení respondenti mají v některých položených otázkách značné rezervy. Otázkou může být, zda za nedostatky, jež se projeví například v možných preventivních opatřeních proti nákaze HIV/AIDS, stojí poměrně malá účast žáků na besedách s danou problematikou, mladý věk či možná nezkušenost respondentů. Dále bychom mohli uvažovat nad případnou relevantností používaného informačního zdroje, kterým byl v převážné většině internet. Z výsledků dotazníku je zřejmé, že do výchovy adolescentů se jen minimálně zapojují rodiče, od nichž se očekává předání zkušeností svým potomkům v uvedené problematice. Nezáměrným pozitivním dopadem anonymně vyplněných dotazníků na žáky by měl být impuls zajímat se o problematiku HIV/AIDS, která má globální parametry. Naopak logickým krokem učitelů, jakožto adekvátní reakce na poměrně neuspokojivé výsledky, by mělo být zavedení různých tematicky odpovídajících besed, seminářů a projektů do výchovy. Sama autorka práce spatřuje jako nejvhodnější východisko tohoto problému zavedení Peer výchovy.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá hodnocením úrovně znalostí žáků 8. a 9. tříd v problematice HIV/AIDS.

Teoretická část pojednává o obecných informacích charakteristické pro věk adolescentů. Obsahuje všeobecné informace vztahující se k problematice HIV/AIDS, které zahrnují původ a životní cyklus viru, možné cesty přenosu, diagnostiku, klasifikaci a klinické projevy HIV/AIDS, léčbu, prevenci, postoje populace a statistické informace o výskytu onemocnění v České republice a ve světě. Předložené informace poskytují odpovědi na otázky z dotazníkového šetření.

Praktická část zahrnuje vyhodnocené výsledky z výzkumného šetření, jehož se zúčastnilo 241 respondentů ve věku 13 - 16 let. Dotazníkového šetření se zúčastnily vybrané základní školy Olomouckého a Jihomoravského kraje. Výsledky dokládají, že žáci jsou v obecných otázkách týkajících se problematiky HIV/AIDS v uspokojivé míře vzděláni. Je velké pozitivum, že 100 % chlapců a 96,3 % dívek během svého života vůbec o problematice slyšeli. Poměrně neuspokojivě však dopadly otázky zaměřené na preventivní opatření, kde se plno žáků potýká s mylnými vědomostmi. Pozitivem je, že respondenti si uvědomují nutnost preventivního opatření při pohlavním styku. Překvapivým zjištěním byla uvědomělost respondentů, neboť řada z nich jako možnou prevenci přenosu volí i věrnost ve vztahu. Postoje a názory dokonce až poloviny žáků nejsou zcela vyhovující. Neuvědomují si nebezpečnost této epidemie, která je globálních parametrů, což můžeme přisuzovat mladému věku v období puberty a nezájmu 15 % respondentů o tuto problematiku.

Z předloženého výzkumného šetření vyplývá, že žáci mají v převážné většině případů dobré znalosti v oblasti problematiky HIV/AIDS. Avšak nutnost dalšího vzdělávání je samozřejmá, neboť žáci zmiňované věkové kategorie jsou naší budoucností a dalo by se říci, že osud této epidemie je i v jejich rukou.

SUMMARY

The diploma thesis deals with an evaluation of a level of the elementary school students' knowledge about the HIV/AIDS problems. The research was done among the 8th and 9th grade students.

The theoretical part discusses general information which is characteristic for the adolescent age. It contains general information connected with the problems of HIV/AIDS. That involves the origin and the life cycle of the virus, the possible modes of its transmission, the diagnostics, the classification and the clinical demonstrations of HIV/ AIDS, the treatment, prevention, the attitudes of the population and statistic information about the occurrence of the disease in the Czech Republic and in the world. Submitted information provides the answers to the questions from the survey.

The practical part includes the evaluated results of the survey. 241 respondents who were aged from 13 – to 16 took part in the survey. The survey was done at chosen elementary schools from Olomouc and Jižní Morava regions. The results prove that students' education and their awareness of the general issues about the HIV/AIDS problems is satisfactory. It is a great positive fact that 100 % of male and 96,3 % of female respondents have heard about the HIV/AIDS problems in their lives. The questions focused on prevention showed quite negative results because there were many students who face their incorrect knowledge. A positive fact is that the respondents are aware of a need of prevention during coitus. A surprising finding was the maturity of the respondents because many of them see faithfulness as a possible prevention of a transmission of the virus. Nevertheless, the attitudes and opinions of nearly a half of the students are not absolutely satisfactory. They are not aware of the danger of this epidemic which is a global problem. This unawareness can be assigned to their young age during a period of puberty and the lack of interest of 15 % of the respondents.

The submitted thesis shows that the students are mostly well aware of the HIV/AIDS problems. However, it is obvious that there is a need of further education because the students of the mentioned age are our future and it could be said that a fate of this epidemic is also in their hands.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ADÁMKOVÁ, V. 2010. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton. 130 s. ISBN 978-80-7387-413-1.
2. ANGUS, S. 2001. *Sex, AIDS, vztahy*. Albrechtice: Křesťanský život. 46 s. ISBN 80-7112-056-1.
3. BENEŠ, J. 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén, 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
4. BRŮČKOVÁ, M. et al., 2005. *Příručka HIV poradenství*. Státní zdravotní ústav. 80 s. ISBN80-7071-259-7.
5. ČERNÝ, R. a L. MACHALA. 2007. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Karolinum. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
6. ČERNÝ, Z. et al. 2008. *INFEKČNÍ NEMOCI Jak pečovat o pacienta s infekčním onemocněním*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 284 s. ISBN 978-80-7013-480-1.
7. DOLEJŠ, M. 2010. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 189 s. ISBN 978-80-244-2642-6.
8. DVOŘÁK, J. et al. 1992. *Ve stínu AIDS*. 1.vyd. Praha: Academia. 164 s. ISBN 80-200-0236-7.
9. EMMERT, F. et al. 2004. *Odmaturuj ze společenských věd*. Brno: Didaktis spol. s. r. o. 224 s. ISBN 80-86285-68-5.
10. HÁJEK, M., NOVÁK, K., SEDLÁČEK D. a P. PAZDIORA. 2004. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha: Grada Publishing, a. s. 79 s. ISBN 80-247-0857-4.
11. HOLUB, J. et al. 1993. *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 80-7169-068-6.
12. HLAVATÝ, M. 2006. *KONDOMY aneb co by gayové (a nejen oni) měli vědět*. Česká společnost AIDS pomoc, 43 s.
13. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
14. JEDLIČKA, J., STAŇKOVÁ, M., STROUHAL, V. a L. MRUŠKOVIČOVÁ. 2002. *Pozitivní život neboli jak žít s virem a vírou*. Státní zdravotní ústav. 143 s. ISBN 80-7071-204-X.
15. JOHNSON, E. 1993. *Jak se vyhnout AIDS*. Praha: Lunarion. 200 s. ISBN 80-901031-9-7.

16. KREČMEROVÁ, M. 2012. Novinky v léčbě HIV infekce. *Praktické lékařství*. Olomouc: Solen s. r. o., roč. 8, č. 1, s. 18-21, ISSN - 1801-2434.
17. KUKLOVÁ, I. 2011. Aktuální pohled na problematiku sexuálně přenosných infekcí. *Dermatologie pro praxi*. Olomouc: Solen s. r. o., roč. 5, č. 1, s. 20-22, ISSN 1802-2960.
18. LÉBL, J., PROVAZNÍK, K. a L. HEJCMANOVÁ. 2007. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén. 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6.
19. MACEK, P. 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
20. MACHOVÁ, J. a J. HAMANOVÁ. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
21. MACHOVÁ, J. et al. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a. s. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
22. MEZEROVÁ, H. 2011. *Sexuální výchova a sexuální zkušenosti adolescentů: bakalářská práce*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie. 63 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Marta Franclová.
23. MOJŽIŠOVÁ, A. a K. KAŠOVÁ. 2004. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*. Praha: Triton. 89 s. ISBN 80-7254-566-3.
24. MONTAGNIER, L. 1996. *AIDS: fakta a naděje*. Praha: Nadace pro život. 68 s.
25. PÁRALOVÁ, L. 2008. Pohlavní choroby - II. díl. *Dermatologie pro praxi*. Olomouc: Solen s. r. o., roč. 2, č. 3, s. 140-143, ISSN 1802-2960.
26. PILCHOVÁ, P. 2013. *Onemocnění AIDS a informovanost o prevenci na ZŠ: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra výchovy ke zdraví. 79 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Jitka Reissmannová, Ph.D.
27. PLESNÍK, V. 1995. *Péče o HIV infikované a nemocné AIDS*. Praha: Národní centrum podpory zdraví. 16 s.
28. ROZSYPAL, H. 1998. *AIDS: klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.
29. RIEGEROVÁ, J. 1993. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu*. Olomouc: Univerzita Palackého. 185 s. ISBN 80-7067-307-9.
30. STAŇKOVÁ, M. 2008. Novinky v antiretrovirové terapii HIV/AIDS infekce. *Interní medicína*. Olomouc: Solen s. r. o., roč. 10, č. 11, 498-501 s. ISSN 1212-7299.

31. SVOBODA, J. 1996. *Imunologie v klinické praxi: HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému*. Praha: Marvil, 435 s.
32. SYRŮČEK, L., Bohumil T. a J. ŠEJDA. 1986. *Syndrom získaného selhání imunity (AIDS)*. Praha: Avicenum, 22 s.
33. ŠEJDA, Jan. 1993. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. Praha: Galén. 267 s. ISBN 80-85824-02-7.
34. VÁŇOVÁ, M. 1990. *Pedagogům o prevenci AIDS*. Praha. 27 s.
35. WEISS P. et al. 2010. *Sexuologie*. Praha: GRADA publishing, a.s. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

Internetové zdroje:

1. AIDS INFO. *Nový typ ochrany proti HIV pro ženy* [online]. 2009 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://aids.alms.cz/novinky/preventivni-metody/novy-typ-ochrany-proti-hiv-pro-zeny.htm>
2. AIDS INFO. *AIDS jako klinicky rozvinuté stadium infekce HIV* [online]. 2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-203.php>
3. AIDS RESEARCH ALLIANCE. *Treatment & Vaccine Research* [online]. 2014 [cit. 2014-01-05]. Dostupné z: <http://aidsresearch.org/>
4. AIDSTEST. *Jak to funguje* [online]. 2010 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z: <http://www.aidstest.cz/jak-to-funguje/>
5. ANTIKONCEPCJA. *Zavedení Femidomu* [online]. 2005 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z: <http://www.antykoncepcja.com.pl/>
6. ATKINS, Jana H et al. Impact of social support on cognitive symptom burden in HIV/AIDS. *AIDS Care* [online]. 2010, roč. 22, č. 7, s. 793-802 [cit. 2014-01-11]. DOI: 10.1080/09540120903482994 ISSN 136-0451. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=bf48d5dd-d0cc-4bd0-a65f-349d15faab3a%40sessionmgr4004&hid=4204>
7. BARUA, Ankur et al. Burning Issue of HIV/AIDS: A Psychosocial Study. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. [online]. 2013, roč. 5, č. 7, s. 545-551 [cit. 2014-01-23]. ISSN 1840-4529. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5160aeed-2e8b-4097-8cee8e518f25fe54%40sessionmgr110&hid=108>

8. BBONLINE. *Červená stužka* [online]. 2011 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://bbonline.sk/den-boja-proti-aids-bude-poucnny-i-zabavny/>
9. BOJ PROTI AIDS. *Přenos HIV infekce* [online]. 2011 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: http://www.bojprotiaids.cz/aids_hiv.php
10. BONIPHACE, I. et al. HIV/AIDS Clinical Manifestations and their Implication for Patient Clinical Staging in Resource Limited Settings in Tanzania. *The Open AIDS Journal*. [online]. 2011, roč. 5, s. 9-16 [cit. 2014-01-23]. DOI: 10.2174/1874613601105010009 ISSN 1874-6136. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103877/>
11. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Dům světla* [online]. 2011 [cit. 2013-11-28]. Dostupné z: http://www.aids-pomoc.cz/kj_ds.htm
12. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Přenos HIV infekce* [online]. 2011 [cit. 2013-11-19]. Dostupné z: http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm#1
13. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Původ HIV* [online]. 2011 [cit. 2013-11-19]. Dostupné z: http://www.aids-pomoc.cz/ca_puvod_hiv.htm
14. ČERVENÉ STUŽKY. *Červená stužka*. 2012 [online]. 2013 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.cervenestuzky.sk/PageData/6%20tvorba%20cervenej%20stuzky.pdf>
15. DOCHECK. *Kaposiho sarkom* [online]. 2014 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://pictures.doccheck.com/de/photos/2/5080/kaposi-sarkom-bei-hiv-infektion-1/>
16. ESTETICKÁ CHIRURGIE. *Mužská obřízka* [online]. 2012 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.chirurgie-esteticka.cz/zakroky-plasticke-chirurgie/obrizka-cirkumcize/attachment/male-circumcision-before-and-after-11-1200x900/>
17. HIV. *Laboratorní diagnostika* [online]. 2013 [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <http://www.hiv.cz/showpage.php?key=laboratorni-diagnostika>
18. HIV. *Léčba HIV a AIDS* [online]. 2013 [cit. 2014-02-06]. Dostupné z: <http://www.hiv.cz/showpage.php?key=lecba-hiv-a-aids>
19. HIV/AIDS. *Antikoncepce* [online]. 2014 [cit. 2014-02-06]. Dostupné z: <http://www.hiv-aids.euweb.cz/antikoncepce.html>
20. HIV/AIDS. *HIV vo svete* [online]. 2014 [cit. 2014-01-09]. Dostupné z: <http://www.hivaidssk/index.php/vyskyt-hiv>
21. HOW STUFF WORK. *Skladba viru HIV* [online]. 2014 [cit. 2013-12-09]. Dostupné z: <http://science.howstuffworks.com/enlarge-image.htm?terms=HIV&page=11>

22. HYNEK, Václav a kol. Zánětlivý pseudotumor ledviny – projev onemocnění AIDS. *Urologie pro praxi* [online]. 2003, č. 6, s. 248-250 [cit. 2014-01.10] ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2003/06/09.pdf>
23. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČESKÉ REPUBLICE. *Hrou proti AIDS* [online]. 2013 [cit. 2014-01- 03]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/hrou-proti-aids.html>
24. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČESKÉ REPUBLICE. *Počátky nemoci* [online]. 2013 [cit. 2014-01- 08]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/pocatky.html>
25. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČESKÉ REPUBLICE. *Podrobný popis HIV/AIDS* [online]. 2013 [cit. 2014-01- 03]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/popis.html>
26. J T F Lau, H Y Tsui. Discriminatory attitudes towards people living with HIV/AIDS and associated factors: a population based study in the Chinese general population. *Sex Transm Infect.* [online]. 2013, roč. 81, č. 2, s. 113-119 [cit. 2014-01-23]. DOI: 10.1136/sti.2004.011767 ISSN 1472-3263. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764671/>
27. SPOLEČNĚ PROTI AIDS. *HIV testy* [online]. 2014 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z: http://www.spolecneprotiaids.cz/?s=hiv_krev&m=22&uid=52da5046286fd5.84749766
28. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2013* [online]. 2013 [cit. 2014-01-09]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2013/Tiskova_zprava_NRL_AIDS_29112013.pdf
29. SVENSON, R. Gary. *Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS* [online]. 2003 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/peer.pdf>
30. UNAIDS. *Strategie 2011-2015.* [online]. 2010 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unaidsstrategygoalsby2015/>
31. ÚSTAV ANTROPOLOGIE PŘÍRODOVĚDECKÉ FAKULTY MASARYKOVY UNIVERZITY. Elektronické studijní materiály: *Členění lidského života* [online]. 2007 [cit. 2013-11- 01]. Dostupné z:http://www.sci.muni.cz/anthrop/soubory/IV_03.pdf

32. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. *Pohlavní nemoci* [online]. 2011 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/pohlavni-nemoci>
33. VITALION. *AIDS*. [online]. 2012 [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/aids/#prevence>
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global epidemiology* [online]. 2013 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/hiv/data/en/index.html>
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *HIV Transmission Through Breastfeeding* [online]. 2008 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596596_eng.pdf?ua=1
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Male circumcision for HIV prevention* [online]. 2012 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *1. prosinec – Světový den boje proti AIDS* [online]. 2014 [cit. 2014-01-07]. Dostupné z: <http://www.who.cz/1-prosince-svetovy-den-boje-proti-aids.html>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Skladba viru HIV

Obrázek 2 – Použití testu INSTI

Obrázek 3 – Výsledky testu INSTI

Obrázek 4 - Celkový počet HIV/AIDS v ČR, údaje ke dni 30. 11. 2013

Obrázek 5 - Žijící a zemřelí jedinci s AIDS v ČR, údaje ke dni 30. 11. 2013

Obrázek 6 - Počet jedinců s HIV v roce 2012

Obrázek 7 - Počet zemřelých jedinců na AIDS v roce 2012

Obrázek 8 - Červená stužka

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Rozložení zúčastněných respondentů dle tříd, pohlaví a věku

Tabulka 2a – Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Tabulka 2b – Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Tabulka 3a – Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje?

Tabulka 3b – Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje?

Tabulka 4a - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

Tabulka 4b - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

Tabulka 4c - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

Tabulka 4d - Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

Tabulka 5a - Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

Tabulka 5b - Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

Tabulka 6a - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku kondom?

Tabulka 6b - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku kondom?

Tabulka 7a - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku antikoncepční pilulky?

Tabulka 7b - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku antikoncepční pilulky?

Tabulka 8a - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku nitroděložní tělísko?

Tabulka 8b - Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku nitroděložní tělísko?

Tabulka 9a – Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

Tabulka 9b – Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

Tabulka 10a – Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

Tabulka 10b – Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Rozložení respondentů dle pohlaví

Graf 2 – Věkové rozložení respondentů

Graf 3a - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV, dívky 8. třída

Graf 3b - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV, dívky 9. třída

Graf 3c - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV, chlapci 8. třída

Graf 3d - Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV, chlapci 9. třída

Graf 4a - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, dívky 8. třída

Graf 4b - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, dívky 9. třída

Graf 4c - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, chlapci 8. třída

Graf 4d - Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je, chlapci 9. třída

Graf 5a - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, dívky 8. třída

Graf 5b - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, dívky 9. třída

Graf 5c - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, chlapci 8. třída

Graf 5d - Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás, chlapci 9. třída

Graf 6a - Měli jste ve škole besedu na téma HIV/AIDS – dívky a chlapci 8. třída

Graf 6b - Měli jste ve škole besedu na téma HIV/AIDS – dívky a chlapci 9. třída

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Kaposiho sarkom

Příloha 2 – Mužská obřízka

Příloha 3 – Správné nasazení pánského prezervativu

Příloha 4 – Zavedení Femidomu

Příloha 5 – Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Kaposiho sarkom (<http://pictures.doccheck.com>, 2014)

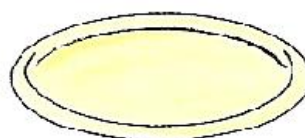


Příloha 2 – Mužská obřízka (www.chirurgie-esteticka.cz, 2012)



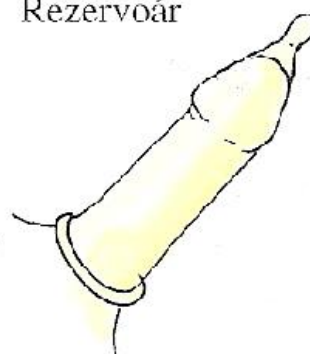
Příloha 3 – Správné nasazení pánského prezervativu (Montagnier, 1996)

Pánský prezervativ



Prezervativ v obalu

Rezervoár

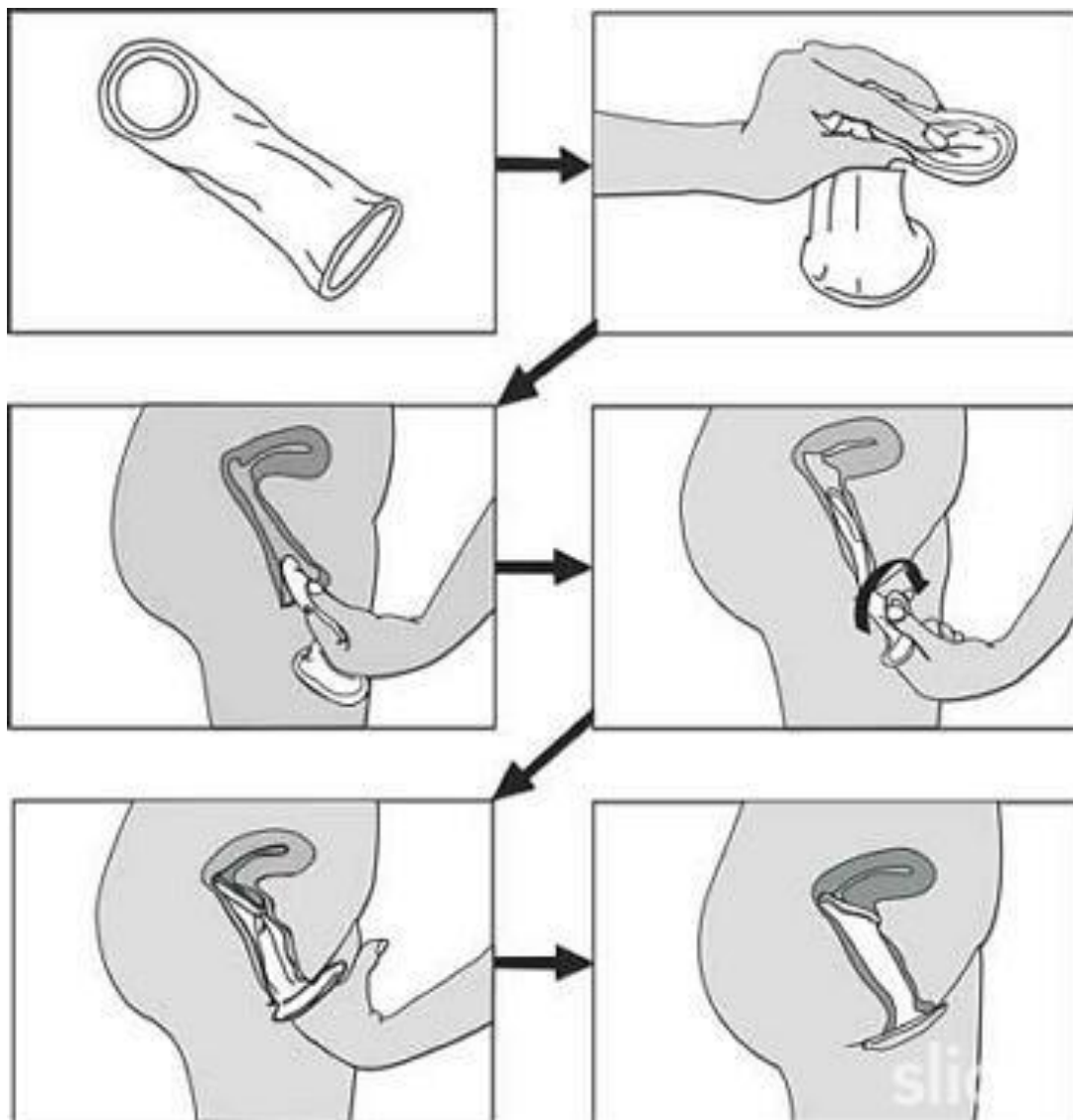


Postupné navlékání prezervativu na penis v erekci. Prezervativ si navlékneme *ještě před započetím styku*.



Styk je nutno ukončit a prezervativ sejmout takem za jeho konec, dokud je penis ještě v erekci.

Příloha 4 – Zavedení Femidomu (www.antykoncepceja.com.pl, 2005)



Příloha 5 – Dotazník

Prosím o anonymní vyplnění dotazníku.

V každé otázce zakroužkujte prosím pouze 1 odpověď. Za Vaši ochotu a čas k vyplnění dotazníku předem děkuji.

Třída: _____ Věk: _____

Pohlaví: Muž Žena

1. Slyšel/a jsi už někdy o HIV/AIDS?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

2. Jaký je rozdíl mezi pojmy HIV a AIDS?

- 1) Žádný. Oba pojmy znamenají totéž.
2) HIV je virus. AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena.
3) AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena.
4) Nevím.

3. HIV napadá:

- 1) Trávicí systém.
2) Dýchací systém.
3) Imunitní systém.
4) Nevím.

4. Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje:

- 1) Transfuzí krve.
2) Injekčním užíváním drog.
3) Líbáním.
4) Nechráněným pohlavním stykem.
5) Kýcháním, kašláním.
6) Nevím.

5. Které z následujících situací a chování považuješ z hlediska možnosti přenosu HIV v ČR za rizikové či bez rizika?

5.1 Bodnutí hmyzem

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.2 Líbání

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.3 Nechráněný pohlavní styk

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.4 Podání ruky

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.5 Kýchání, kašláním

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.6 Kojení

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.7 Používání stejného WC a sprch

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.8 Sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.9 Časté střídání sexuálních partnerů

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.10 Krevní transfuze

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.11 Kontaminovaná voda a potraviny

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.12 Těhotenství

- 1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

6. Přítomnost HIV/AIDS v organismu se zjišťuje:

- 1) Z moči.
- 2) Z krve.
- 3) Ze stolice.
- 4) Nevím.

7. Zjišťuje lékař přítomnost HIV v organismu při běžné preventivní lékařské prohlídce?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

8. Lze AIDS vyléčit?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

9. Poznám vždy člověka infikovaného virem HIV na první pohled?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

10. Myslíte si, že se HIV/AIDS týká i vás?

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

11. Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku kondom?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

12. Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku antikoncepční pilulky?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

13. Slouží jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku nitroděložní tělíčko?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

14. Jedinou 100 % ochranou před nákazou virem HIV v oblasti pohlavního styku je:

- 1) Úplná sexuální abstinence.
- 2) Používání kondomu.
- 3) Věrnost ve vztahu.
- 4) Nevím.

15. Jaký pohlavní styk je nejvíce rizikový z hlediska přenosu HIV?

- 1) Anální.
- 2) Orální.
- 3) Vaginální.
- 4) Nevím.

16. Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

17. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

- 1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

18. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?

- 1) Hned následující den.
- 2) Za týden.
- 3) Za měsíc.
- 4) Za 2-3 měsíce.
- 5) Kdykoli.
- 6) Nikdy. Neexistuje žádný test na HIV.
- 7) Nevím.

**19. Uvažoval/a jsi někdy nad tím,
že by ses nechal/a testovat na HIV?**

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

20. Víš, jak se správně nasazuje kondom?

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

**21. Jaký zdroj informací
používáte nejčastěji, abyste se
dozvěděli o HIV/AIDS?**

- 1) Knihy, časopisy.
- 2) Internet.
- 3) Rodiče.
- 4) Kamarádi.
- 5) Televize, rádio.
- 6) Nezajímám se.

**22. Měli jste ve škole besedu
na téma HIV/AIDS?**

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníku
a přeji mnoho zdaru ve studiu.**

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Veselá
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Hodnocení úrovně znalostí žáků 8. a 9. tříd v problematice HIV/AIDS
Název v angličtině:	Evaluation of HIV/AIDS knowledge among 8th and 9th grade students
Anotace práce:	Teoretické poznatky diplomové práce se zaměřují na specifikaci adolescentů a pojednávají o celkové problematice HIV/AIDS. Následující část zahrnuje výsledky dotazníkového šetření, jež bylo provedeno v 8. a 9. třídách základních škol Olomouckého a Jihomoravského kraje, které mělo za cíl zjistit úroveň znalostí žáků zmiňovaných tříd.
Klíčová slova:	HIV, AIDS, prevence, léčba, diagnostika, Hrou proti AIDS, kondomy, červená stužka, kojení, adolescence, kojení
Anotace v angličtině:	Theoretical knowledge of the thesis focuses on the adolescents and deals with the overall issue of HIV/AIDS. The following section includes the results of the survey, which was conducted in the 8th and 9th classes of primary schools in the Olomouc and South Moravian Region, which aimed to identify the level of students' knowledge.
Klíčová slova v angličtině:	HIV, AIDS, prevention, treatment, diagnosis, The Game against AIDS, condoms, red ribbon, adolescence, breast-feeding
Přílohy vázané v práci:	CD, 5 příloh
Rozsah práce:	89 s.
Jazyk práce:	CZ