

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Anastázie Bohanesová

**Analýza znalostí žáků na 2. stupni základních škol Olomouckého kraje
v problematice HIV/AIDS**

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

V Kostelci na Hané dne 5. 4. 2012

Bc. Anastázie Bohanesová

Děkuji doc. PaedDr. Miroslavu Kopeckému, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Ráda bych poděkovala Mgr. Daně Strniskové za možnost zúčastnit se dotazníkového šetření a také ochotu k poskytnutí cenných informací k tomuto šetření. Poděkování za poskytnutí hodnotných informací, patří i Mgr. Evě Matouškové – školnímu metodiku prevence na Základní škole a mateřské škole Jana Železného v Prostějově, Mgr. Šárce Kvapilové – školnímu metodiku prevence na Základní škole a mateřské škole v Kostelci na Hané a Mgr. Radce Špačkové – vyučující rodinné výchovy na Základní škole a mateřské škole v Kostelci na Hané.

Obsah

1	ÚVOD.....	6
2	CÍL PRÁCE A DÍLČÍ ÚKOLY PRÁCE	10
3	TEORETICKÉ POZNATKY	11
3.1	Sexualita a její vývoj.....	11
3.2	Sexuální výchova	15
3.3	Příklady prevence na vybraných školách Olomouckého kraje	18
3.4	Jaký je rozdíl mezi HIV/AIDS	21
3.4.1	Retrovir HIV - virus lidského imunodeficitu	21
3.4.2	Patogeneze.....	22
3.4.3	Vývoj a klasifikace HIV infekce	24
3.4.4	Původ a rozlišení HIV	27
3.4.5	Historie HIV	28
3.4.6	Syndrom získaného selhání imunity - AIDS.....	30
3.5	Způsoby přenosu HIV – jak je možné se virem HIV (ne) nakazit	31
3.5.1	Sexuální přenos	31
3.5.2	Sdílení kontaminovaných jehel a injekčních stříkaček	33
3.5.3	Krevní transfuzí a injekčním podáním krevním derivátů.....	34
3.5.4	Z infikované matky na dítě	34
3.6	Laboratorní průkaz a testování.....	37
3.7	Terapie	41
3.8	Prevence před nákazou HIV a onemocněním AIDS	44
3.9	Výskyt HIV/AIDS v České republice a ve světě	49
3.9.1	Světové statistiky	51
3.9.2	České statistiky.....	52
4	METODIKA PRÁCE	54
4.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	54
4.2	Organizace výzkumu.....	54
4.3	Dotazníková metoda.....	55
5	VÝSLEDKY	57
5.1	Základní znalosti žáků o viru HIV a nemoci AIDS	57
5.2	Ochrana před virem HIV.....	66
5.3	Informovanost o viru HIV a nemoci AIDS	76
6	ZÁVĚR.....	82
7	SOUHRN.....	85

8	SUMMARY	86
9	REFERENČNÍ SEZNAM	87
10	SEZNAM PŘÍLOH	95

1 ÚVOD

AIDS taková horší sebevražda.

„Fotky mají říct především to, že člověk, který onemocní AIDS, si podepíše jasný ortel smrti. Jen je daleko pomalejší než sebevražda, proto je to podle nás horší verze sebevraždy. Před AIDS, respektive před nákazou virem HIV, je třeba se chránit. Zároveň víme, že velká část veřejnosti má velmi málo informací,“ říká předseda Art for Life, o.s. Martin Kámen (www.colourplanet.cz (1)). Obrázek 1 znázorňuje fotky propagující kampaň.



Obrázek 1. Dej si bacha (www.colourplanet.cz (1))

Když jsem tuto kampaň poprvé viděla na televizní obrazovce, donutila mě zamyslet se nad jejím, pro někoho možná poněkud drsným, sloganem – AIDS taková horší sebevražda. Přemýšlela jsem nad tím, jak je možné, že v době internetu, masmédií a v podstatě netabuizované společnosti je potřeba takto výrazných a poměrně drsných kampaní k tomu, abychom si jako společnost uvědomili, jak závažné a zásadní je jedno jediné rozhodnutí. A jak nám toto někdy i sekundové rozhodnutí může změnit celý zbytek našeho života. Jak ten malinký časový úsek může podepsat ortel smrti – rozhodnutí, zdali použít nebo nepoužít kondom?

Čím může být způsobena naše neznalost? Jak je možné, že při tak velkém přísunu informací, jež se nám dostává ze všech stran, si stále nepřipouštíme, či nemyslíme na rizika spojená s tímto nepřítelem malých rozměrů, nazývaným HIV. Jsme natolik lhostejní ke svému zdraví, říkáme si „*nás se to netýká?*“ - jak jsme k tomuto závěru mohli dojít? Zejména v době, kdy čísla statistik osob nakažených HIV stále stoupají, a to poměrně strmě a rychle nahoru.

Pokud by nám někdo položil otázku: „*Měl jste sex na jednu noc?*“ a „*Jste si jistí, že jste se nemohli nakazit?*“ Kolik z nás může s čistým svědomím odpovědět „*ne*“.

Je možné, že lidé se nechtějí chránit? Nevědí jak se chránit? Anebo vlastně ani netuší, že by toto měli dělat, zejména ve svém sexuálním životě? Nicméně, jak se dovíme o sexualitě, sexuální výchově a o tom, co by mělo být dobře a co zase špatně? Nakolik nás v našem sexuálním chování ovlivňuje naše vlastní poznání, utváření naší sexuality a sexuální výchova samotná? Hrají v našem „dospěláckém“ životě podstatnou roli, nebo nikoli? Jakou roli mají city v sexuálním chování? Jsou vůbec ještě city v dnešní uspěchané „přeseexualizované“ době důležité? Milujeme se z lásky, nebo pro požitek? Domnívám se, že Matějček (1999, s. 94) správně podotkl: „*Nebojme se sexuální výchovy! Ale pamatujme, že začíná výchovou citovou a do ní konec konců ústí*“.

Další otazník visí nad správností domněnky některých lidí tvrdících, že heterosexuální páry se více chrání z důvodu možnosti nechtěného otěhotnění prezervativem při pohlavním styku a sekundárně před infekcí HIV a tím pádem je mezi nimi i menší procento výskytu nákazy, jako o správné a oprávněné. Argumentace spočívá zejména v tom, že homosexuální páry se nechtěného těhotenství obávat nemusí, a možná z tohoto důvodu necítí tak velkou potřebu chránit se při pohlavním styku, zvláště při pohlavním styku na jednu noc.

Již ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem HIV/AIDS a zjišťovala, jakou vědomostní úroveň o této problematice mají studenti středních škol a učebních oborů. Ve výzkumném šetření, kterého se účastnilo 102 respondentů, byly zjištěny alarmující skutečnosti o tom, že mladí lidé nevědí, jaké jsou rozdíly mezi pojmy HIV/AIDS, neví, kdy mají po rizikovém chování jít na testy a ani kde se testování provádí. Ze 102 respondentů by jich 87,7 % ocenilo přednášku na téma HIV/AIDS, 66,3 % se míra

informovanosti zdá být nedostatečná. Téměř polovina respondentů nedokázala odpovědět na otázku, kde se mohou nechat testovat, což se jeví jako velice znepokojivý výsledek, vzhledem k faktu, že z počtu 44 respondentů, co již mělo „sex na jednu noc“ 12 z nich nepoužilo prezervativ (Bohanesová, 2010). To se mi stalo impulzem k tomu, abych přemýšlela nad tím, zda je možné, že tato neznalost může být způsobena tím, že žáci na střední školy přichází nevybaveni znalostmi ze základních škol.

Po výše uvedených zjištěních je jistě dobré zamyslet se, zda se o problematiku nezajímají z osobních důvodů, či je opravdu informovanost o tomto viru nedostatečná. Elliotová (1995) se v knize Jak ochránit své dítě zamýšlí nad možností, že slogany užívané na plakátech kampaní proti HIV/AIDS, jako je například „*Nevědomost můžete zaplatit svým životem*“, si mohou děti nesprávně interpretovat nebo jim vůbec nemusí rozumět. I mladí lidé mnohdy přesně nechápou, čemu se ve škole učí, nebo se dovídají z různých brožur, médií a plakátů. „*Některé děti znepokojuje ona souvislost mezi smrtí, sexem a AIDS, protože nevědí, co to všechno znamená*“ (s. 107).

Dle mého názoru je v době dospívání škola podstatným zdrojem informací mezi učiteli a žáky a rovněž jsou silné komunikační kanály i mezi žáky navzájem. A proto, jak se domnívám, je více než důležité zjistit, jakou vědomostní hladinu o viru HIV a nemoci AIDS mají žáci základních škol a tudíž s jakými vědomostmi vstupují do svého sexuálního života.

Diplomová práce je rozdělená na dvě části. První část se zabývá teoretickými poznatky o viru HIV a nemoci AIDS, druhá část se skládá z analýzy a vyhodnocení výzkumného šetření prováděného pomocí dotazníkové metody.

Teoretickou část diplomové práce jsem koncipovala jako základ pro seznámení se s virem HIV a nemoci AIDS, které koresponduje s výzkumným šetřením. V práci se nalézají odpovědi na různé otázky, jakými jsou např.: Rozdíl mezi virem HIV a onemocněním AIDS. Nejčastějším způsobem přenosu infekce je? Jak se můžeme virem nakazit? Kdy je vhodná doba jít na test? Lze AIDS vyléčit? Jaká existuje ochrana před nákazou virem? Vyskytuje se HIV/AIDS i v České republice?

Jedná se tedy o odpovědi na velmi důležité otázky, jejichž znalost je v dnešní „promiskuitní době“, v době, kdy se lidé opět přestávají nákazy bát, více než důležitá. Což dokazují nová, stále se zvyšující, čísla oficiálních statistik, které zpracovává Národní referenční laboratoř pro AIDS. Ty uvádějí, že v roce 2011 se nakazilo 153 lidí virem HIV. Celkový počet lidí žijících s diagnózou HIV pozitivní stoupl na 1675 osob v roce 2011 (www.aids-pomoc.cz (3)). Ale i přesto stále vládne nevědomost, zkreslené a nepřesné informace o tomto zákeřném viru HIV a smrtelné nemoci zvané AIDS.

V praktické části diplomové práce analyzuji data získaná pomocí dotazníků o současném stavu znalostí žáků základních škol o viru HIV a nemoci AIDS.

Práce by měla sloužit čtenářům jako zdroj informací a také návod k nalezení dalších podrobností o viru HIV a nemoci AIDS v případě zájmu o prohloubení vědomostí v této problematice.

2 CÍL PRÁCE A DÍLČÍ ÚKOLY PRÁCE

Cíl práce je zjistit u žáků základních škol Olomouckého kraje vědomostní úroveň o viru HIV a nemoci AIDS, o možných způsobech přenosu viru HIV a testování na něj. Současně práce zjišťuje to, kde žáci získávají informace o této oblasti.

Dílčí úkoly práce:

1. Zjistit, zda žáci základních škol znají rozdílné významy zkratk HIV a AIDS.
2. Zjistit, zda žáci základních škol znají způsoby, jak se lze či nelze infikovat virem HIV.
3. Zjistit, zda žáci základních škol znají nejčastější způsoby přenosu viru HIV.
4. Zjistit, zda jsou si žáci základních škol vědomi toho, že kondom slouží při pohlavním styku také jako ochrana před virem HIV.
5. Zjistit, zda žáci základních škol vědí, kdy je vhodná doba jít na test na HIV.
6. Zjistit, zda si žáci základních škol uvědomují, že AIDS je smrtelná nemoc.
7. Zjistit, zda jsou žáci základních škol obeznámeni s faktem, že HIV a AIDS se vyskytují i v České republice.
8. Zmapovat, jaký je nejčastější zdroj používaný při hledání informací o viru HIV a nemoci AIDS.

3 TEORETICKÉ POZNATKY

3.1 Sexualita a její vývoj

Weiss (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011, s. 75) uvádí: „*Stimulace spojená s orgasmem byla pozorována u chlapců i dívek už v 6. měsíci života a masturbace u dětí přetrvává jako převládající sexuální aktivita až do zahájení párových sexuálních styků*“.

Myšlenka asexuálního dětství byla opuštěna, jelikož děti jsou schopny základních sexuálních emocí, vzrušení, orgasmu a fascinace jiným objektem – proto často onanují. Od kojeneckého věku je schopno dítě vnímat příjemné pocity spojené s drážděním genitálu, nicméně nechápe erotický význam činnosti a proto toto chování restriktivně nepotlačujeme.

Na rozvoj vlastní sexuální aktivity může mít neblahý vliv sexuální zneužívání dítěte. Více negativních následků si dítě ponese, pokud je zneužívající osobou rodinný příslušník či osoba blízká než cizí osoba (pokud se nejedná o sexuální násilí) (www.sexus.cz (1)).

Během 1. roku života dítěte se citové vazby soustřeďují kolem „mateřských osob“. Období je označováno jako symbiotické, znamená to, že dítě s matkou tvoří psychickou jednotu. Do 2. roku se pak rozvíjí citové a společenské vazby, které se postupem času diferencují, spojují, soustřeďují a integrují do větších celků. Matějček (1999, s. 38) uvádí: „*Dítě dospěje k představě rodiny a domova*“. Kolem 2 až 3 let poznává dítě vztah k sobě, přičemž podmínkou pro utvoření tohoto vztahu je vzájemný vztah otce a matky. Svě „já“ si vytváří na základě vztahu „já“, „ty“ a „on/ona“, pokud je zde osob více, není to na škodu. Pozornost je věnována závažnosti sebeoznačení se jako „já“, sebeprosazení „já sám“ - tedy zrodu identity, čímž nastává klíčový obrát v životě jedince. Zrod „já“ posiluje skutečnost být partnerem druhých lidí (Matějček, 1999; Helus 2004).

Velký vývojový předěl nastává kolem 3. roku, kdy se dítě loučí s časným dětstvím a vydává se na životní výpravu do světa. Nyní se bude vyvíjet lidství kulturní a civilizované. Uvědomuje si, že druhé děti jsou svébytné osobnosti a toto v něm musíme rozvíjet tak, aby se to stalo spolehlivou základnou pro vztahy k druhým lidem (Matějček, 1999).

V předškolním věku se rozvíjí vztah k druhým dětem – schopnost spolupráce a prosociální vlastnosti. Kladou se základy pro přátelský vztah (Matějček, 1999). Dítě se snaží včlenit do kolektivu dětí, navazuje kontakty, předvádí se před druhými, nebo naopak děti napadá, utiskuje. Už ví co je správné, chvályhodné či trestuhodné, což znamená, že dítě začíná zaujímat mravní postoje (Helus, 2004). Weiss (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011, s. 73) píše o dvou mechanismech uplatňujících se v utváření sexuální role, jimiž jsou:

- *Identifikace s rodičem či jinou postavou stejného pohlaví.*
- *Komplementace nebo vzájemné doplňování osobou opačného pohlaví.*

Jak uvádí dále, častou dětskou aktivitou jsou „sexuální“ hry, objevující se kolem 5. roku. Jsou projevem dětské zvědavosti, nemají erotický charakter. Spočívají v exploraci intimních tělesných partií, napodobování sexuálních aktivit dospělých téměř výlučně v nekoitální podobě. Jejich zakazování by mohlo vést k deteorizaci diferenciaci sexuální identity a pohlavní role. Ale i přes to má své hranice, jež by se neměli překračovat, a je potřeba dítě v této oblasti poučit (www.sexus.cz (1)).

Mezi 10 až 11 lety si děti začnou všimnout vztahů kolem sebe – kdo s kým chodí, kdo má děti a kdo nikoli, kdo se rozvedl nebo oženil, kdo se s kým hádá apod. Výzkumy potvrdily objevující se instinktivní „rodičovské chování“. V tomto období převažují vztahy mezi jedinci téhož pohlaví (seskupení se říká izosexuální skupiny), vztah k opačnému pohlaví je plný rozpaků a provokací. Období izosexuální skupiny střídá období izosexuálního dyadického vztahu, kdy se velmi důvěrně přátelí dvě osoby stejného pohlaví. Je zajímavé, že u dívek jsou to vždy jen dvě osoby. Kluci dokáží vytvořit skupinu 3-4 (Matějček, 1999; Weiss in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

Pubescence (z lat. „pubes“ znamenající vousy, chmýří v přeneseném významu pohlavní orgány). Puberta je závěrečná část dětství, etymologicky ji chápeme jako nabývání dospělosti projevující se růstem ochlupení, sexuálním zráním, urychlující se hormonální činností, probouzení sexuality a intimity. U dívek dochází k první menstruaci jako projevu nejvyššího stupně sexuální zralosti. U chlapců se projevuje prvními výrony semene a prudkým zvýšením sexuální potřeby a aktivity. Somatosexuální vývoj je rychlejší než psychosexuální. Rozvíjí se introspekce – dítě se zajímá o svůj vnitřní svět a o vnitřní světy svých nejbližších. Pubescent chce být se svými city sám, je plný neklidu.

V posledních desetiletích pubescence nastupuje dříve – růst ňader a menstruace u dívek, erekce a hlasová mutace u chlapců. To znamená, že pubescenti jsou dříve sexuálně zralí a dříve se tak i projevují, než tomu bylo před deseti či dvaceti lety.

Kromě fyzických změn (nápadné jsou druhotné sexuální znaky) se mění i v hledání vztahů s lidmi, prožívání sám sebe. Je potřeba se zajímat a starat se o pojetí a akceptaci vlastního těla a hodnot, jež je potřeba objevovat, ale i chránit. V sexuálním zrání je zakotven proces nejdůležitějšího vymezení, jež je často velice dramatické – pojetí a prezentace sebe sama jako muže anebo ženy.

V pubescenci tedy dochází k akceptaci vlastní ženské či mužské přirozenosti, zvládnání sociálních rolí, akceptace druhého pohlaví v jeho jinakosti a v neposlední řadě hledání vhodných projevů styku mezi chlapcem a dívkou, přítelem a přítelkyní apod. Jinými slovy období heterosexuální skupinové (přátelí se skupiny kluků a skupiny holek) přechází k heterosexuálnímu dyadickému vztahu, který je nejdříve platonický (láska ke zpěvákovi, trenérce ...) a poté dochází ke vztahu s reálnou osobou.

Chlapci a dívky mají do puberty sexuálně odlišné záliby (např. bojové sporty u chlapců oproti domácím pracím u dívek). Pod vlivem rozvoje sexuálních citů, experimentování a tužeb se některé rozdílly v zájmech mění.

Adolescence (z lat. „adolescere“ znamenající dorůstat, dospívat, mohutnět) se odlišuje od pubescence tím, že adolescent prošel pubescencí a musí se naučit být dospělým co se zkušeností, odpovědností, sociálního postavení a osobnostní svébytnosti týče.

Datuje se od 15 do 20 let a je spojena s plnou reprodukční zralostí a ukončením tělesného růstu.

U většiny lidí dochází k prvnímu sexuálnímu styku, který pokud není pouze fyziologickou záležitostí, ale především objevem druhého člověka v intimitě sblížení, představuje mimořádnou událost pro rozvoj osobnosti. Pokud je adolescence završena zformováním základů identity, je jedinec připraven založit intimní vztah s druhým člověkem.

Sexuální styk je rozhodnutí ovlivňující celý další život, je tedy vhodné pro bezpečí dětí – adolescentů podat životně důležité informace, jako je třeba debata o HIV/AIDS.

Neméně důležité je uvědomit si, že sexuální chování je podmíněno rozvojem sexuálních emocí. Jde o schopnost sexuálního vzrušení (u mužů erekce, u žen lubrikace), dosažení orgasmu, sexuální satisfakce a rozvoj emoce zamilovanosti (Matějček, 1999; Helus, 2004; Macek, 1999; Elliotová 1994; Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

Weiss (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011) píše o skutečnosti, že většina poruch sexuální preference (tzn. sexuální deviace nověji parafílie) se projeví v době puberty či adolescence (obsah sexuálních fantazií může být sadomasochistický, pedofilní, voyeuristický apod.).

Dospívající pomocí jazyka, dorozumíváním se s druhými a vlastním uvažováním bude moci zaznamenávat a přijmout své tělesné a citové změny, kterými bude procházet a to i proměny ve vztazích s okolím. Pokud povaha podnětu vyžaduje okamžité uspokojení, ovládá i vyjadřování dospívajících – slova mají sexuální nebo agresivní konotaci, slovník obsahuje hrubé a drsné výrazy prozrazující zájem o sex a lásku (Goddetová, 2001).

Láska v dospívání začíná většinou zamilovaností, přičemž máme oči jen pro toho, koho milujeme a k tomu patří i sexualita. „*I láska těch mladých lidí, kteří spolu ještě sexuálně nežijí, je láskou sexuální*“ doplňuje k dospívání Schneiderová (2001, s. 25).

Helus (2004) pozoruje ve vývoji chlapce a dívky odlišnosti v sociálních souvislostech od prvních dnů života až po dospívání. Uvádí, že existují čtyři procesy vpravující děti do role ženskosti (feminita) či mužskosti (maskulinita):

Formování či manipulace – u ročních až pětiletých dětí. Jedná se například o matku, jež obléká dceru do šatů jako princeznu, poněvadž bude hezká. U chlapce zdůrazňuje sílu.

Systematické zaměřování pozornosti – na určité předměty podle toho, jak to v daném prostředí odpovídá jeho pohlaví. Například dívka je orientována na panenky, chlapec na auta.

Verbální (jazykové) pojmenování – „hodné děvče“, „šikovný kluk“, obraty napomáhají k uvědomování si, že patřím mezi děvčata či chlapce.

Aktivizace – předpoklad, že chlapci a děvčata se budou chovat specifickým způsobem vzhledem ke svému pohlaví. Je to vidět např. u domácích prací, kdy děvčata umývají nádobí a chlapci vynášejí koš apod.

3.2 Sexuální výchova

Historie sexuální výchovy

Historie sexuální výchovy v České republice se datuje rokem 1917, kdy Spolková rada Pedagogického muzea Komenského v Praze předložila Memorandum C. K. Zemské školní radě pro království české „*O pohlavní výchově mládeže*“ - žádala zavést pohlavní výchovu do škol. Ve své publikaci „*Mravní názory*“ hovořil v roce 1923 o pohlavní výchově prezident T. G. Masaryk, vyslovuje se proti zbytečnému tabuizování těchto témat. Ústav pro studium pohlavnosti (nyní znám pod názvem Sexuologický ústav) byl založen v Praze 1921 jako první univerzitní sexuologické pracoviště na světě. V roce 1934 vyšla kniha M. Skořepy „*Pohlavní výchova naší mládeže*“, kde jsou stanoveny tři úkoly pohlavní výchovy:

- *Usměrňovat pohlavní pud*
- *Předat poučení o pohlavních věcech*
- *Napравovat pohlavní poklesky (s. 392)*

V roce 1935 byl v čele Ústavu pro studium pohlavnosti J. Hynie, zakladatel české sexuologické školy a autor mnoha odborných publikací, překládaných do cizích jazyků. Úpadek nastal v době 2. světové války a době poválečné. V roce 1972 vyšel Věstník Ministerstva školství „*Zásady výchovy k rodičovství na ZDŠ*“, určoval obsah výchovy k manželství a rodičovství ve třech etapách rozdělených podle věku, ale některá zásadní témata zde chyběla. V 80. letech odborníci stále naléhavěji upozorňovali na nutnost informovat děti o sexualitě. Změnu přineslo až zavádění Manželských a předmanželských poraden do každého okresního města, což se stalo základem snahy přednášet o sexuální výchově na školách. Snahy řešit situaci systémově se v ČR objevily v 90. letech. Aktuálně je prosazuje řada organizací jako např. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, Asociace manželských poradců aj. (Šulová in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011)

Sexuální výchova v rodině a ve škole

Sexuální výchova začíná kojeneckým věkem a má své fáze, jež jsou ve shodě s mentálním a tělesným vývojem. V dospívání jde především o věcné a taktní poučení. Pokud se ale ve výchově někdy něco trochu promešká, není to definitivní, ve většině případů je nějaká náprava možná. Vývoj člověka je totiž kontinuální proces bez přerušování či velkých skoků (Matějček, 1999).

Lze ji chápat jako dlouhodobý proces probíhající ve funkční či normální rodině, škola doplňuje pouze nefunkční chování rodičů v této oblasti. Škola poskytuje institucionální, kontinuální a odborné působení na všechny děti, přičemž sexuální výchova klade důraz na aplikaci předávaných poznatků. Přičemž přispívá k pochopení sexuality a sexuálního chování jako součásti mezilidských vztahů, kultury a ne jen na pouhé reprodukční chování (Šulová in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

V době „tzv. sexuální revoluce“ se sexuální výchova učí pod názvy „výchova k rodičovství“ nebo „výchova ke zdraví“. Padaly úvahy nad tím, zda má být samostatný předmět, jenž by vyučoval „sexuální“ pedagog, nebo se má sexuální poučení rozdělit do více předmětů jako přirozená součást školního vzdělávání (Matějček, 1999).

Šulová (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011) uvádí cíle sexuální výchovy předkládané Sielertem. Spatřuje je v popisu rozmanitosti forem sexuálních projevů, vytvoření schopnosti sexualitu adekvátně vyjadřovat, užívat dostupné podněty k sexuálnímu utváření osobnosti, pěstovat vztah k hodnotám a normám obecně. Dále poskytnout základní poučení v oblasti sexuality, chránit žáky před mýty a tabuizováním některých oblastí lidské sexuality. Jako cíl spatřuje také vést k pochopení všech aspektů sexuality a jejích forem a využívat aktuální odborné poznatky.

Dle Matějčka (1999) má sexuální výchova tři roviny – citovou přípravu, vzor citového mužského a ženského chování (prostřednictvím rodiny) a třetí rovinu poučení. Ta může být ve spolupráci se školou. Nebezpečí spočívá v chybění prvních dvou rovin, jelikož pak poučení nemusí stačit k plnohodnotnému prožitku vlastní sexuality. Takový člověk zůstává ochuzen, zažívá tzv. chladný sex – pouze uspokojení pohlavního pudu. Tito lidé se často chlubí sexuálními výkony a sexuální nezávislostí, protože nic jiného neznají.

Šulová (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011) sleduje **tři základní modely sexuální výchovy**:

Křesťanská sexuální výchova – orientována na vytváření zodpovědných postojů, založených na sexuální zdrženlivosti před manželstvím. Důraz kladen na panenství, mateřství, vzájemnou úctu partnerů. Odmítána je antikoncepce a interrupce.

Humanistická sexuální výchova – akcentuje užívání vlastního rozumu při rozhodování o sobě. Důraz kladen na úctu k životu, neomezování práv druhých. Normy jsou měnné, lze je kritizovat. Dospívající má právo utvořit si své názory, ale musí je být schopen obhájit.

Pragmatická sexuální výchova – důraz kladen na kladné prožívání sexuality a snižování rizik s ní spojených. Vychází z toho, že sexualita je přirozená složka života a snaží se tuto oblast usnadnit přísunem informací. Poskytuje informační a technický servis pro bezpečný a bezproblémový sexuální život jedince.

Autorka vymezuje **mezníky sexuální výchovy** v průběhu 20. století následovně:

- Vliv psychoanalýzy – posloužil k detabuizaci tématu a k popsání významu sexuality.
- Rozvoj antikoncepce – umožnil oddělení sexuality od reprodukce.
- Sexuální revoluce 60. let – rozpoutala diskuzi na téma sexuality v lidském životě.
- Objevení rizika HIV/AIDS – rozvinul se strach z následků nezodpovědného sexuálního chování a opět akcelerovala nutnost sexuální výchovy jako vhodné prevence.
- Různé roviny mediálního vlivu na lidskou sexualitu.
- Extrémní detabuizace sexuality a možná následné snížení její hodnoty (s. 396).

Elliotová (1994) uvádí zásady, jež by měli dodržovat HIV pozitivní žáci školou povinní:

- Neměli by se zúčastňovat biologických pokusů s krví.
- Jakékoli poranění musí být pečlivě zalepeno náplastí.
- Neměli se účastnit rituálu „zpečetění bratrství krví“.

- Neměli by si raději nechat propichovat uši a nechávat se tetovat, neboť nástroj může být infikován.

V roce 1995 Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (*International Planned Parenthood Federation - IPPF*) schválila dokument právního charakteru - Chartu sexuálních a reprodukčních práv, představující etický rámec práv na sexuální a reprodukční zdraví (práva týkající se svobody jednotlivců i párů). Je v ní definováno 12 práv (např. právo na život, právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek, založit a plánovat rodinu. Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti, právo na zdravotní péči a ochranu zdraví, právo užívat plodů vědeckého pokroku aj.). Charta se stala jedním ze základních rámců obsahové náplně sexuální výchovy na všech stupních vzdělávání (www.clanky.rvp.cz).

3.3 Příklady prevence na vybraných školách Olomouckého kraje

Na **základní škole a mateřské škole Jana Železného v Prostějově** je metodikem prevence Mgr. Eva Matoušková, jež je v problematice HIV/AIDS proškolená několika semináři. Upozorňuje na fakt, že primární prevence má být soustavná a systematická. Školní metodik prevence spolupracuje s učiteli jednotlivých předmětů (např. výchova ke zdraví) a třídními učiteli, všichni uvedení preventivní programy vybírají podle nutnosti pro školu. Ve škole je umístěná nástěnka, kde se žáci mohou dovědět základní informace o sociálně patologických jevech a také HIV/AIDS. Prevence oblasti rizikového chování u žáků, kde v 8. a 9. třídě je cílem zdravý životní styl, se v 9. třídě zaměřuje v rámci jiných sociálně patologických jevů na problematiku AIDS a nemoci přenosné pohlavním stykem.

Problematika HIV/AIDS se vyučuje zejména v předmětech výchova ke zdraví a biologie, kde se také probírají jiné sexuálně přenosné choroby. Učebnice, jež se v hodinách používá, nese název Občanská výchova, Rodinná výchova – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia, kterou vydalo nakladatelství Fraus. „Škola pořídila tyto nové učebnice, jelikož chce pracovat s novými poznatky a dbá na aktualizaci“. V samotných předmětech záleží na vyučujícím, jak k dané tematice přistoupí a také na tom, jak velký zájem žáci o problematiku mají. Každé probírané téma má svou časovou dotaci, ale pokud mají žáci o téma zájem anebo pracují na projektech, může se téma vyučovat delší dobu nebo

souběžně s jiným. Vyučující mají možnosti zapůjčit si literaturu o problematice HIV/AIDS u školního metodika prevence, nejvíce však při hledání poznatků využívají internet.

Další možností jak se s žáky o tomto tématu bavit jsou třídnické hodiny, kde má třídní učitel možnost řešit se svými žáky různá témata dle svého zvážení, či témata, se kterými přichází samotní žáci. *„Většinou se zde řeší témata šikany, poruchy příjmu potravy, drogy, tedy ta témata, jež nejvíce trápí a musí se aktuálně řešit“*. Pokud se třídnické hodiny věnují prevenci, zapisuje se téma a možnosti řešení, evidují se a posléze archivují. Třídní učitelé mají dále možnost zvážit, zda by bylo vhodné do výuky zařadit besedu, jakožto speciální program (spolupráce například s kontaktním centrem v Prostějově). Zde je však nutné upozornit na fakt, že mnoho z nabízených besed je placených a pokud se musí žáci finančně podílet, škola na tyto nabídky reaguje méně.

Škola je zapojena do The Global Curriculum (program má multi-disciplinární charakter) a nejen díky tomuto programu, ve kterém jsou emigranti, učitelé upozorňují na problematiku HIV/AIDS i v rámci multikultury (zejména problematika HIV/AIDS v Africe). Na ZŠ Jana Železného jsou do programu zapojeni čtyři pracovníci.

Mgr. Matoušková uzavírá rozhovor slovy: *„díky tomu, jak média prezentují otázku sexuality, žáci o této problematice vědí a uvědomují si případné nebezpečí. Ale měli by na to reagovat i rodiče, zejména v oblasti sexuality. I škola a učitel musí vtáhnout a zaujmout. Aby byla prevence užitečná, je zapotřebí zájem a samotná potřeba o tématu hovořit“*.

Na **Základní škole a mateřské škole v Kostelci na Hané** se zabývají prevencí HIV/AIDS zejména ve výuce rodinné výchovy. Školní preventivní akce jsou zaměřené obzvláště na sociálně patologické jevy, především prevence šikany a návykové látky. Tedy to, co se nejvíce týká žáků. Dále školní metodik prevence Mgr. Šárka Kvapilová upozorňuje: *„s velkým rozvojem sociálních sítí je nutné zaměřit se i na prevenci kyberšikany“*. Škola pořádá adaptační pobyty, které jsou také preventivní, ale i zde se spíše zabývají šikanou a návykovými látkami v rámci prevence. HIV se bere pouze okrajově a při zájmu žáků. Pokud do školy přijdou nějaké preventivní materiály, jsou rozdány dětem. O možnosti přednášky „Hrou proti AIDS“ Mgr. Kvapilová nevěděla, stejně tak i vyučující rodinné výchovy 9. ročníku Mgr. Radka Špačková. Ta by ocenila přednášky na toto téma,

a také, aby se možnost těchto přednášek více propagovala a byla o nich větší informovanost.

Žáci mají v 8. ročníku spojenou výuku rodinné a občanské výchovy, v 9. ročníku mají rodinnou výchovu samostatně. Často se stává, že pokud se výuka „opakuje“, žáci nechtějí učivo brát se slovy, že toto již brali v jiném předmětu.

V 9. ročníku se probírá tematika HIV/AIDS a jiných sexuálně přenosných nemocí ve výuce rodinné výchovy. Žáci nedělají žádné projekty, téma se probírá pouze v rámci výuky. Téma se rozebírá spíše na slovní úrovni, praktické věci, jako je například manipulace s kondomem, se v rámci výuky nevyučují. Dále se s touto problematikou žáci seznamují v rámci biologie, kde se o viru HIV zmiňuje v rámci tělních tekutin. Mgr. Špačková uvádí: *„žáci o viru HIV a nemoci AIDS vědí. Bohužel velice často neví, jaký je mezi nimi rozdíl, mají mylné představy o možných způsobech přenosu viru“*. Dle jejího názoru by přednášku ocenili nejen žáci, ale i učitelé daných předmětů. *„Žáci mají často tendence diskutovat i zpětně, buď v rodinné výchově, nebo v biologii, ptají se a zajímají se, zejména pokud se probírá rozmnožovací soustava nebo transfuze“*.

Dle Mgr. Špačkové jsou učebnice, jež se při výuce používají Občanská výchova, Rodinná výchova – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia, kterou vydalo nakladatelství Fraus, nedostačující a nevyhovující co se týká této problematiky.

V následující části diplomové práce jsou zpracovány teoretické poznatky o viru lidského imunodeficitu - HIV a Syndromu získaného selhání imunity - AIDS.

3.4 Jaký je rozdíl mezi HIV/AIDS

3.4.1 Retrovir HIV - virus lidského imunodeficitu

HIV pochází z anglického Human Immunodeficiency Virus a překládá se jako **virus způsobující selhání lidského imunitního systému**. Napadá lidský imunitní systém a může způsobit nevyléčitelný a zdraví poškozující stav nazývaný AIDS. Virem je poměrně nesnadné se nakazit, nelze ho přenést dotykem, ani vdechnout, přenos je nejčastěji mnohem intimnější, nejčastější cesta přenosu je sexuální styk (ČSAP, 2008(1)).

Human (lidský) – vir může napadnout jen lidský organismus.

Imunodeficiency (deficit imunity) – vir způsobuje nedostatek v imunitním systému organismu a tím ho oslabuje.

Virus (vir) – rozmnožuje se pomocí lidských buněk (ČSAP, 2008 (2)).

V latině slovo virus původně znamenalo „šťáva, jed“, v lékařské terminologii nabylo významu „infekční činitel“ (Votava, 2003).

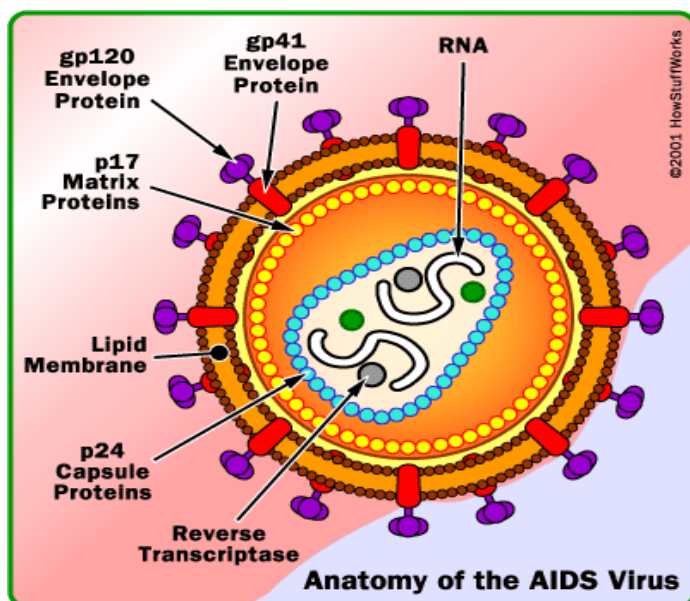
Ve druhé polovině 19. století v době počátků „zlatého věku bakteriologie“ začíná historie infekčních agens. První, komu se zdařilo přenést virové onemocnění v letech 1879 – 1882 byl německý chemik Adolf Mayer. Od této události uběhlo téměř 101 let a můžeme datovat objev viru lidského imunodeficitu – retroviru HIV, na jehož objevu se v roce 1983 podílel Francouz Luc de Montagnier se svými spolupracovníky a také Američan Robert C. Gallo (Votava, 2003).

Definovat viry není snadné, představují různorodou skupinu odlišující se velikostí, tvarem, chemickým složením i způsobem množení v buňce. Mají rozdílné hostitele, na něž rozdílně působí. Viry jsou velmi malé, až na výjimky nejsou viditelné běžným mikroskopem a citlivé jsou pouze na speciální antivirotika. Princip diagnostiky je přímý a nepřímý průkaz infekce za pomoci speciálních technik (Votava, 2003).

Virus HIV patří mezi viry obalené ssRNA – viry pozitivní polarity, ikosaedrické symetrie, nesoucí reverzní transkriptasu. Tato skupina zahrnuje pouze čeleď Retroviridae (retro = zpět), jež má přítomnost reverzní transkriptázy ve virionu a unikátní replikační cyklus retrovirů. HIV patří pod rod Lentivirus (lat. Lentus, pomalý), odráží schopnost pomalu vyvolávat infekci s postupně zhoršujícím se průběhem a fatálním koncem (Votava, 2003).

3.4.2 Patogeneze

HIV má sférický tvar průměru asi 80 – 120 nm. Rozlišujeme na něm dvě základní části, vnější obal (envelope) a virovou kapsidu vnitřního jádra (core). Z lipidního virového obalu vyčnívají glykoproteiny gp 120, jež jsou zakotveny v lipidním obalu v glykoproteinu gp 41. Vazba gp 120 s receptorem CD 4 na povrchu pomocného T lymfocytu (na nich je největší koncentrace CD 4) je podmínkou vstupu HIV do cílové buňky. Glykoprotein CD 4 se vyskytuje na povrchu buněk, které mají vztah k imunitnímu systému (Svoboda, 1996), **HIV napadá buňky nesoucí receptor CD 4** (CD 4 T lymfocyty, makrofágy) (Hájek, 2004). Rezervoárem pro vir HIV může sloužit právě makrofág (Hájek, 2004). Gp 120 se skládá z několika klíčků, nejdůležitější je V3 indukující tvorbu neutralizačních protilátek, nicméně pravděpodobně většinou nedokážou zabránit rozvoji infekce. Gp 41 spolu s proteázou podmiňují fúzi obalu viru s buněčnou membránou při vstupu viru do buňky (Svoboda, 1996). Anatomie viru HIV je patrná na obrázku 2.



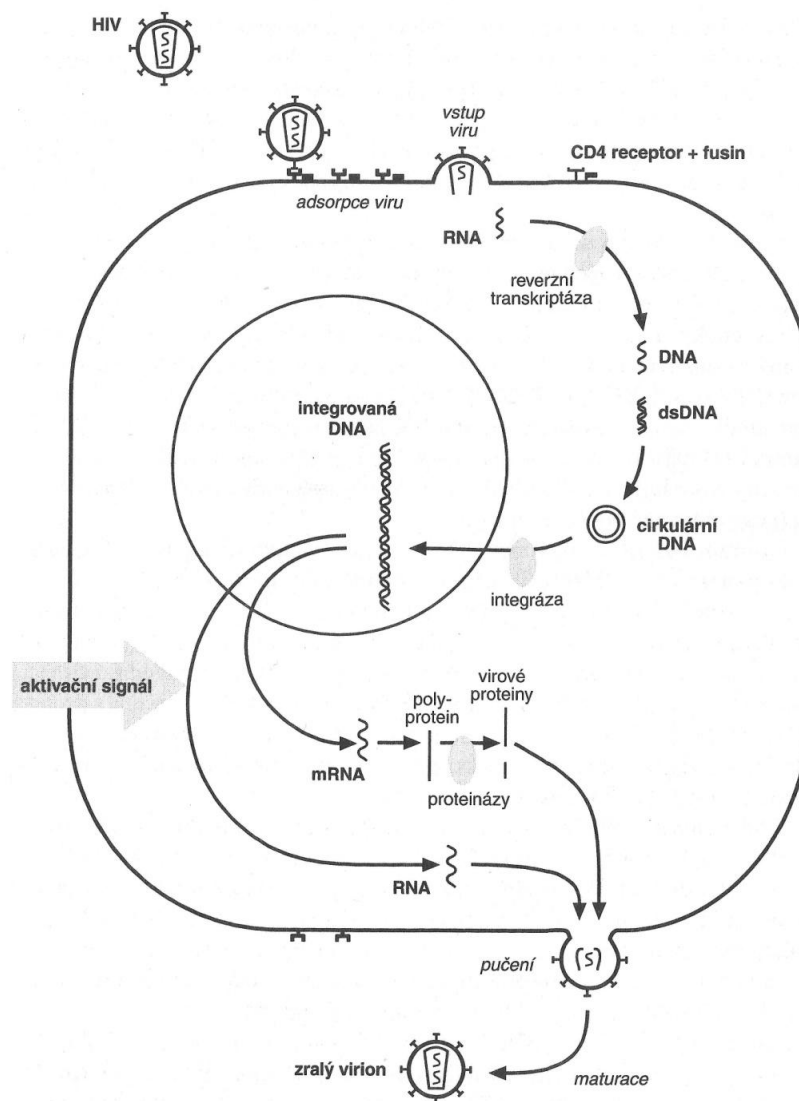
Obrázek 2. Anatomie viru způsobující AIDS (www.health.howstuffworks.com).

Jádro (core) HIV je kryto pod virovým obalem proteinovým pouzdem (p 24). Uvnitř jádra je reverzní transkriptáza umožňující „obrácený“ přepis genetické informace RNA do DNA. Enzym DNA polymeráza zdvojuje virovou informaci do dvouvláknové cirkulární formy a integráza umožní začlenění virové informace do jádra infikované buňky (Svoboda, 1996). Hájek (2004) považuje toto za konec tzv. preintegrační fáze replikačního cyklu.

Základním patogenetickým účinkem HIV na imunitní systém je postupné snižování počtu CD 4 T lymfocytů v krvi a tkáních, přičemž dochází k poškození funkční aktivity. Organismus není schopen rozpoznat nové antigeny a nedokáže zahájit eliminační reakci prostřednictvím T lymfocytů, protilátek či makrofágů, což může vyústit až k autoagresivní reakci. Destrukce CD 4 T lymfocytů je způsobena tím, že **virus buňky zabíjí, nově se tvořící virové částice pučí ven z buněčné membrány a postupně buňky uvolňuje, během čehož buňka hyne** (Svoboda, 1996). V časně fázi infekce HIV dochází k tvorbě velkého množství nových virových částic (Hájek, 2004). Rozsypal (1998) uvádí, že se každý den vytvoří okolo miliardy virových částic.

Virus se může podílet na zániku CD4 + buněk i Gp 120-CD4. Postupný pokles CD4 T lymfocytů považujeme za základní prognostický faktor při posuzování narušení imunitního systému HIV infekcí. Permanentní aktivace T lymfocytů s následným funkčním přetížením má za následek rychlé vyčerpání imunitního systému, z důvodu trvalé aktivizace T lymfocytů, které se ve své funkci vyčerpávají a předčasně hynou. HIV se integruje do jádra buňky jako DNA provirus, uvolňované partikule HIV napadají další buňky s povrchovým znakem CD4, především T lymfocyty. Tuto replikaci názorně ukazuje obrázek 3. Po průniku viru poškozenou kožní nebo slizniční bariérou jsou infikovány první Langerhansovy buňky v kůži (ty velmi rychle z tkání mizí) a poté transportují HIV do lymfatických uzlin.

Novou skutečností je, že HIV nemůže infikovat buňky již dříve infikované lidským herpetickým virem typu 7, chrání CD 4 buňky před HIV infekcí (Svoboda, 1996).



Obrázek 3. Replikace HIV (Rozsypal, 1998)

3.4.3 Vývoj a klasifikace HIV infekce

K latentní infekci paměťových CD4 T lymfocytů dochází první dny po nákaze HIV, což umožňuje viru dlouhodobě přežívat v orgánech a tkáních lidského těla. Zpravidla za dva až čtyři týdny se u 50-90 % infikovaných může objevit po dobu jeden až dva týdny akutní retrovirový syndrom (ARV sy. – manifestuje se např. chřipkovými příznaky s horečkou, suchým dráždivým kašlem, bolestmi svalů a kloubů), charakterizovaný extrémně vystupňovanou replikací HIV, který se dá prokázat i v lymfatické tkáni. Po odeznění akutního retrovirového syndromu, což je zpravidla do tří týdnů, sice dojde ke zvýšení počtu CD4 T lymfocytů, ale nedocílí výchozích hodnot. V této době bývá

málokdy poznána vlastní příčina uvedeného stavu (Hájek, 2004). Rozsypal (1998) označuje ARV sy. jako primární HIV infekci či primoinfekci.

Po odeznění akutní fáze nastupuje asymptomatické období trvající zpravidla několik let, kdy jsou přítomny protilátky anti-HIV. Pokud nositel o své infekci neví, může infikovat jak své sexuální partnery, tak i jiné osoby prostřednictvím krve, jelikož klinicky je stádium bezpříznakové a může trvat několik let (2 – 15 roků) (Rozsypal, 1998; Hájek, 2004).

Pozorovatelné zvětšení lymfatických uzlin (PGL) se vyskytuje v pozdní fázi, dnes označované jako **stádium A** (Hájek, 2004). Nebo jak uvádí Rozsypal (1998) časně symptomatické stádium, kdy pokles CD4 T lymfocytů je pod 500.

Malé oportunní infekce charakterizují další pokles výkonnosti imunitního systému, spojeny jsou s poklesem hmotnosti, nočním pocením, únavou a jinými. Dále sem patří kandidózy, herpes zoster, u žen záněty malé pánve a jiné. Období nazývané **stádium B** je charakterizováno pozvolným úbytkem imunologické kompetence, klesají počty CD4 T lymfocytů, dochází k recidivám různých infekcí a periody relativního zdraví se zkracují (Hájek, 2004). Časně symptomatické stádium jak uvádí Rozsypal (1998) je charakterizováno počtem CD4 T lymfocytů v rozmezí 100-500mm³. Rozlišuje i pozdí symptomatické stádium trvající obvykle 1 - 4 roky, v němž se objevují onemocnění definující AIDS, kterým může člověk podlehnout, charakterizuje pokles CD4 T lymfocytů pod 200mm³.

Ve stádiu B dochází k zahájení antiretrovirové terapie (Černý, Machala, 2007).

Neschopnost odolávat vlivům oportunních patogenů a úplné vyčerpání imunologické kompetence se uplatňují v klinickém stádiu C neboli AIDS. Mezi indikativní onemocnění „velkých“ oportunních infekcí patří např. Wasting syndrom (Obrázek 4.), HIV encefalopatie a nádory asociované s infekcí HIV (Obrázek 5.) (Hájek, 2004). Dochází k postupnému vyčerpání organismu, kachektizaci a nemocný umírá. Hodnoty CD4 T lymfocytů jsou menší než 50mm³ (Rozsypal, 1998).



Obrázek 4. Wasting syndrom (www.paveldanko.com).



Obrázek 5. Zduření lymfatických uzlin, progresivní herpes labialis
(www.paveldanko.com).

Centrum pro kontrolu nemocí (CDC) z ledna 1993 nahradilo klasifikaci CDC z roku 1987 novou čtvrtou klasifikací HIV infekce do tří klinických a tří laboratorních kategorií, které znázorňuje tabulka 1. Klinické kategorie A, B, C odpovídají přirozenému vývoji HIV infekce a nahrazuje dříve používané dělení na asymptomatické nosičství – ARC (AIDS Related Complex) – AIDS. Laboratorní kategorie jsou vymezeny počtem CD4 T lymfocyty. Podle CDC se k AIDS počítá kromě onemocnění kategorie C i CD4 lymfopenie pod 200mm^3 . Nicméně tato definice nebyla přijata Evropským monitorovacím centrem AIDS v Paříži, a proto je AIDS definován na základě klinického obrazu v celé Evropě včetně České republiky (Rozsypal, 1998).

Tabulka 1. Klasifikace infekce HIV (Hájek, 2004)

Kategorie klinická	kategorie laboratorní
stádium A - akutní, asymptomatická fáze, PLG	1 - CD4 > 500 / mm ³ (> 29%)
stádium B - "malé" oportunní infekce	2 - CD4 200 - 499 mm ³ (14 - 28%)
stádium C - indikativní onemocnění	3 - CD4 < 200 mm ³ (> 14%)

3.4.4 Původ a rozlišení HIV

Nejdůležitějším virem v epidemii AIDS je HIV 1, jehož genetický kód se liší od HIV 2. Nepředpokládá se proto, že by to byla genetická mutace HIV 1. HIV 1 se patrně dlouhou dobu vyskytoval a byl relativně dobře tolerován u izolovaně žijících lidí. Je možné, že HIV 1 pochází z viru vyskytujícího se u šimpanze a HIV 2 je relativně blízkým příbuzným viru africké opice – hypotéza naznačuje, že došlo k přenosu viru na člověka, který na něj nebyl připraven (Montagnier, 1996). HIV 1 byl popsán v roce 1983 a o 3 roky později byl izolován virus HIV 2 (Černý, Machala, 2007).

Za kolébkou AIDS je považována Afrika. Jaké okolnosti vedly k adaptaci opičího viru na člověka, není známo. Nabízí se cesta poranění při lovu opic a šíření bylo zřejmě umožněno „krvavými“ domorodými rituály (africký kmen Idjwi se od nepaměti pokoušel zvýšit pohlavní potenci tím, že ještě teplou krev z ulovené opice si muži či ženy vtírali do hluboce rozpraskané kůže), prostitucí, válkami a stěhování z vesnic do měst (Rozsypal, 1998; Dvořák, 1992). Max Essex izoloval virus podobný původci AIDS u makaků, byl nazván SIV. V roce 1985 zahájil seroepidemiologickou studii s lidskými séry získanými od prostitutek z východní a západní subsaharské Afriky, intravenózní narkomani a homosexuálové tu prakticky neexistují. Studie prokázala předpoklad, že v západní Africe je odlišný lidský virus, podobný SIV (Dvořák, 1992).

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

Když se AIDS začal šířit po světě, vynořily se i teorie o jejím původu. Jedna z nich byl předpoklad božího trestu, jiná že AIDS vznikl genetickou mutací lidského nebo zvířecího retroviru. Jiní se domnívali, že virus byl připraven náhodou nebo úmyslně genetickým inženýrstvím. Nicméně jediná „africká“ teorie získala řadu dokladů o pravdivosti (Dvořák, 1992).

Rozsypal (1998) rozlišuje nejméně **9 subtypů HIV 1** rozlišených podle struktury genů a Svoboda (1996) dodává, že můžeme být infikováni různými variantami téhož subtypu, ale neinfikujeme se dvěma různými subtypy. V Evropě se vyskytuje skupina M (major), subtyp B, E a I (Rozsypal, 1998).

3.4.5 Historie HIV

Od září 1980 do května 1981 onemocnělo „pět mladých mužů, vesměs homosexuálů“, žijících v Los Angeles, vzácnou formou zánětu plic, dva z nich zemřeli. Tuto zprávu poslal Dr. Gottlieb v květnu 1981 Centru pro kontrolu nemocí v Atlantě, které ji publikovalo 5. června 1981 ve svém bulletinu. Další zpráva byla otištěna 3. července 1981, přišla od Dr. Friedman-Kiena z New Yorku a jeho 50 spolupracovníků z New Yorku i Kalifornie. Bylo v ní, že od září 1978 do června 1981 onemocnělo v New Yorku, Los Angeles a San Franciscu 26 mladých homosexuálních mužů Kaposiho sarkomem (kožní onemocnění, jež ukazuje obrázek 6.). Epidemiologové začali rychle jednat, protože se jednalo patrně o novou nemoc a vzhledem k tomu, že obě onemocnění se vyskytovala velmi vzácně a vyskytovala se u dospělých homosexuálních mužů trpících selháním imunity, se zprvu neznámá porucha imunity nazývala GRID (Gay-Related Immune Deficiency) (Hájek, 2004; Dvořák, 1992).



Obrázek 6. Kaposiho sarkom (www.paveldanko.com).

Díky tomu byla vytvořena federální pátrací skupina. Během několika týdnů zjistila, že onemocnění se vyskytuje v USA nejméně od roku 1979 ve velkém rozsahu (Dvořák, 1992).

Byly stanoveny první čtyři rizikové skupiny – intravenózní narkomani obou pohlaví a heterosexuální muži trpící hemofilii, jež byli léčeni krevními nebo plasmatickými koncentráty. Vysoký počet nemocných byl i mezi Hait'any. Ženy a děti narozené narkomankám byly mezi nemocnými výjimečně (Dvořák, 1992). Teorie GRID, jednoho H, vzala za své, jelikož Hait'ané, heroinisté a heroinové děti i hemofilici potvrdili možné způsoby přenosu rozličnými cestami a možnou hrozbu pro všechny (www.aids-hiv.cz (1)).

V prosinci 1981 byla nová nemoc nazvána „Acquired Immunodeficiency Syndrom (AIDS). Od listopadu 1982 Robert Gallo a spolupracovníci z Národního ústavu pro výzkum rakoviny v Bethesda u Washingtonu D. C. zachycovali virové agens, stejně tak prof. Luc Montanier z Pasteurova ústavu v Paříži, který izoloval retrovirus a nazvali jej LAV (Lymphadenopathy-Associated Virus), výsledky publikoval v květnu 1983. Nový virus z čeledi retrovirů, nazvaný HTLV III (Human T-Lymphotropic Virus III) (dříve C. Gallo izoloval u lidí nemocných leukémií viry HTLV I a HTVL II) izoloval C. Gallo a M. Popovič na základě kultivace z dřívějších uchovaných kmenů od 48 nemocných AIDS. Zpráva byla otištěna v únoru 1984 a na jejím základě si Montagnier a C. Gallo vyměnili své kmeny a pojmenovali původce AIDS LAV/HTVL III (Dvořák, 1992). **V roce 1986** Mezinárodní komise pro nomenklaturu virů sjednotila **název** jako **HIV** (Human Immunodeficiency Virus) (Hájek, 2004).

Do roku 1985 docházelo k infekcím v důsledku převodu krve od dárce infikovaného HIV, což byl stimul k vyvinutí testů na HIV (Svoboda, 1996). Komerční příprava setů pro zjišťování infekce AIDS byla zahájena v červnu 1984, v březnu 1985 se diagnostika dostala na trh (Dvořák, 1992). U nás jsou testy u dárců krve používány od roku 1987 (Svoboda, 1996). V témže roce, jak píše Frei (2005), byl k dispozici první antiretrovirový lék azidothymidin (AZT).

Ministerstvo zdravotnictví ČSR a SSR zřídilo v roce **1985 a 1986 v Praze a Bratislavě Národní referenční laboratoře pro AIDS** (Dvořák, 1992).

„Mor homosexuálů“ v tiskových zprávách o AIDS, odmítnutí opravy telefonního sluchátka v klubu homosexuálů v roce 1985, osobě nakažené AIDS mohl být v roce 1987 zamítnut trvalý pobyt ve Spojených státech. V roce 1985 rodiče v New Yorku nepustili tisíce dětí do školy na protest proti tomu, že děti nakažené AIDS mohou chodit do škol - takové i jiné projevy ignorace jsou spojeny s historií AIDS (Connor, Kingmanová, 1991). O 26 let později, 3. 12. 2011 vyšel článek o tom, že Pensylvánská střední škola odmítla třináctiletého chlapce, protože má HIV (www.super.cz).

3.4.6 Syndrom získaného selhání imunity - AIDS

Nevyléčitelný, život ohrožující stav, způsobený virem HIV, v češtině **AIDS** překládaný jako **syndrom získaného selhání imunity** (Svoboda, 1996). HIV ochromuje obranyschopnost imunitního systému a organismus pak podléhá těžkým infekcím a některým nádorovým onemocněním, jako je Kaposiho sarkom (www.aids-pomoc.cz (1)).

AIDS je označováno ve vývoji HIV jako stádium C, dochází k úplnému vyčerpání imunologické kompetence, důsledkem toho je neschopnost odolávat vlivům oportunních infekcí, počet CD4 T lymfocytů klesne pod 200mm^3 (Hájek, 2004). Mezi běžné oportunní infekce řadíme pneumocystovou pneumonii (zápal plic), toxoplasmovou encefalitidu (onemocnění mozku), těžké mykotické (houbovité) infekce, recidivující těžké bakteriální infekce, tuberkulózu (ČSAP, 2008 (1), (2)). Rozsypal (1998) uvádí, že s definujícím onemocněním pro AIDS činí doba přežití průměrně 1-2 roky, obvykle nepřesáhne 5 let.

Acquired (získaný) – HIV ani AIDS nejsou dědičné, HIV se musíme infikovat

Immune (imunitní) – schopnost imunitního systému bojovat s virem se snižuje

Deficiency (deficit) – imunitní systém nemůže pracovat správně

Syndrome (syndrom) – soubor příznaků určitého onemocnění (Svoboda, 1996).

Ve španielsky alebo francúzsky hovoriacích oblastiach sa používa SIDA (franc. Syndrome d'Immuno-Deficiencie Acquisée, špan. Síndrome de Immuno-Deficiencia Aquirida). SPID je v ruskom jazyku (Síndrom priobretennogo imunodeficita) (Mayer, 1990).

3.5 Způsoby přenosu HIV – jak je možné se virem HIV (ne) nakazit

Dnes nehovoříme o rizikových skupinách, ale pouze o konkrétním člověku s rizikovým chováním – hetero či homosexuální promiskuitu bez dodržování zásad **safer sexu** a sdílení jehel při aplikaci drog do žíly (Svoboda, 1996). Zdrojem HIV je vždy infikovaný člověk, ať zdánlivě zdravý, nebo nemocný, protože i nakažené osoby bez klinických příznaků vylučují virus a jsou zdrojem nákazy (Votava, 2003).

HIV se přenáší určitým způsobem, a to pohlavním stykem, při sdílení kontaminovaných jehel a injekčních stříkaček, při krevní transfuzi a injekčním podáním krevních derivátů a z infikované matky na plod (Montagnier, 1996). **Způsob přenosu je určen přítomností viru v krvi, spermatu a vaginálním sekretu, v podprahovém množství se vyskytuje i v jiných tělních tekutinách jako sliny, ty se však v šíření HIV neuplatňují** (Rozsypal, 1999). Důvodem je, že sliny obsahují inhibitory viru a svou hypotonií inaktivují nakažené lymfocyty (Votava, 2003).

Nejčastěji uváděnými cestami přenosu viru HIV jsou sexuální přenos, sdílení kontaminovaných jehel a injekčních stříkaček, krevní transfuzí a injekčním podáním krevních derivátů a přenos z infikované matky na dítě.

3.5.1 Sexuální přenos

Heterosexuální či homosexuální, vaginální anebo anální sexuální styk představují hlavní způsob přenosu. Se 70 % převládá heterosexuální styk, homosexuální styk poklesl na 5-10 % jako způsob přenosu viru (Rozsypal, 1998). Uvádí se, že riziko přenosu z muže na ženu je vyšší než z ženy na muže. U ženy se za nejinfekčnější období pokládá menstruace, léze v oblasti předkožky usnadňují přenos infekce u mužů. Velké zvýšení rizika přenosu představují všechny pohlavní nákazy (www.aids-pomoc.cz (2)).

Virus musí do organismu proniknout a přijít do styku s krví člověka aby ho mohl infikovat. K vyvolání infekce je zapotřebí prahového množství viru, podprahovému množství se organismus brání a nedovolí viru usídlit se v něm. Mimo organismus přežívá krátkodobě, je citlivý na teplo, teplotu 60 °C nepřežije (www.aids.alms.cz (1)).

V průběhu sexuálního aktu dochází k mikroskopickým lézím díky přirozené zranitelnosti sliznic pohlavního ústrojí, tím se umožní styk viru přítomného ve spermatu nebo vaginálním sekretu s krví nebo lymfocyty příjemce, avšak k přenosu může zřejmě dojít i neporušenou sliznicí (Montagnier, 1996; Rozsypal, 1998).

Rozsypal (1998) uvádí, že riziko infekce při jediném nechráněném sexuálním styku s HIV pozitivní osobou se pohybuje v desetinách procenta. Používání bariérových metod ochrany (kondom či femidom – ženský kondom, příloha 2.) významně snižuje riziko expozice HIV infekce, ale i přes to je nutný uvážlivý výběr sexuálních partnerů (www.hiv.cz (1)).

Felace při stále oblíbenějším orálním heterosexuálním i homosexuálním styku, či při orálně-genitálním styku (felace, cunnilingus) je spojeno s rizikem přenosu HIV infekce také zvláště při výskytu lézí v ústech nebo na pohlavním orgánu (Svoboda, 1996; Montagnier, 1996). Anální styk se považuje za nejvíce rizikový, protože při něm nejčastěji dochází k poranění (Montagnier, 1996). Nechráněný anální styk je nejrizikovější zejména pro pasivního partnera, není podstatné, zda je to žena či muž. **Nejzásadnější je, aby byl použit kondom, přerušovaná soulož s předcházením AIDS nemá nic společného** (www.pohlavni-choroby.cz (1)). Prevence u análního styku spočívá v pravidelném používání speciálního zesíleného kondomu a dostatečném množství lubrikantu na vodní bázi (www.004.cz (1)).

Mayer (1990, s. 57) uvádí Eisenbergovu stupnici zkonstruovanou na základě výsledků matematicko-statistických modelů. Analyzuje parametry chování ve vztahu k počtu sexuálních kontaktů k počtu sexuálních partnerů, z čehož vznikla stupnice rizika infekce takto:

1. *Monogamný vztah s neinfikovaným partnerem,*
2. *Monogamný vztah s náhodně vybraným partnerem,*
3. *Vztah s více jako jedním náhodně vybraným partnerem*
4. *Vztah s roznými náhodně vybranými partnery,*
5. *Monogamný vztah s infikovaným partnerem.*

Hájek (2004) píše, že mezi africkými tradičními náboženstvími či mezi křesťany různých církví a sekt je značná sexuální promiskuita. Mezi křesťany přežívá mnoho pověr

a návyků. Sexuální akt není pro veřejnost tabu a jeho veřejná propagace či organizování je považováno za samozřejmost. Nejvíce nakažených je mezi studenty a obyvateli vesnic pod vlivem kmenových tradic. Dále uvádí rizikové faktory, kterými jsou:

- Opakovaně nechráněný sex (i přes osvětu a kondomy zdarma).
- V oblastech kmenových tradic využívají zpravidla HIV-pozitivní náčelníci, králové či regenti právo první noci.
- Kmenoví šamani (nazývaní též „tradicional doctors“) radí nakaženým mužům nechráněný sex s několika pannami jako možnost zbavení se choroby.
- Afričtí muži i ženy mají v oblibě tzv. dry sex – sex nasucho (ženy si vysušují vagíny pudrem či popelem, což vede k traumatizaci sliznic při sexuálním styku).

Weiss (2010, s. 581) uvádí prevenci a kontrolu nad sexuálně přenosnými chorobami (anglicky sexually transmitted disease – STD, příloha 4.) v pěti základních principech:

1. *Vzdělávání ohrožených skupin a poskytování poradenství o způsobech, jak předcházet STD změnami v sexuálním chování.*
2. *Identifikace asymptomatických a symptomatických infikovaných osob, které samy nemají potřebu vyhledat zdravotní péči.*
3. *Účinná diagnostika a léčba infikovaných osob.*
4. *Vyšetření, léčba a poradenství poskytované sexuálním partnerům infikovaných osob.*
5. *Preexpoziční vakcinace osob s rizikem nákazy STD, v případech, kdy je vakcína k dispozici.*

3.5.2 Sdílení kontaminovaných jehel a injekčních stříkaček

Tento způsob přenosu se netýká pouze injekčních uživatelů drog, používajících stejnou jehlu, ale třeba také atletů píchajících si steroidy. **Kontaminovaná může být i používaná lžice a jiné předměty používané při přípravě drogy** (Montagnier, 1996). Svoboda (1996) uvádí, že intravenózní aplikace drog, zejména aplikace kokainu do žíly, je nebezpečnější než aplikace heroínu. Jedinou prevencí je užívání vlastní jehly, stříkačky i roztoku drogy, jelikož i sdílení roztoku drogy může vést k infekci HIV. Osvědčil se švýcarský či holandský model, kdy jsou v některých městech, např. v parcích, vyhrazena

místa, kde se mohou měnit použité jehly a stříkačky za nové. Drogy mohou vést k nezodpovědnému sexuálnímu chování.

Existuje teoretické riziko přenosu u akupunkturních a tetovacích jehel i při piercingu, pokud nástroje nebyly řádně vydezinfikovány, nicméně tento způsob přenosu popsán nebyl. U nástrojů určené o péči na tělo (pinzety, žiletky apod.) je také nutno před použitím nástroj dezinfikovat v dezinfekčním prostředku či teplem (www.aids-pomoc.cz (2)).

Přenos je možný pouze relativně čerstvou krví, jež by kontaminovala např. čerstvou ranku, oděrku, či poraněnou sliznici další osoby. Riziko přenosu může být i při poranění o infikované předměty, použité jehly apod., na nichž zůstalo určité množství krve a zároveň může dojít k poranění (www.zdn.cz (1)).

3.5.3 Krevní transfuzí a injekčním podáním krevním derivátů

V dnešní době by k tomuto přenosu nemělo docházet. Všechny přípravky z krve podléhají povinnému testování způsobem likvidujícím vir. V České republice je toto povinné od 1. června 1987. (Do roku 1985, kdy se v České republice začala testovat krev na HIV infekci, se nakazilo 14 příjemců krevních transfuzí a 17 hemofiliků). Nepatrné riziko je dáno asi 20denním okénkem mezi expozicí a sérokonvencí, zavedením detekce antigenu p24 se doba zkrátila o 6 dní (Rozsypal, 1998; Šulová, Fait, Weiss a kol. 2011). Z tohoto důvodu by všichni, kdo byli v nedávné době vystaveni riziku infekce, upustili od dárcovství krve nebo orgánů (Montagnier, 1996).

3.5.4 Z infikované matky na dítě

K přenosu dochází v průběhu gravidity, zejména během porodu, výjimečně při kojení. Riziko pro novorozence narozeného z HIV pozitivní matky se pohybuje okolo 15-30 % (Svoboda, 1998; Rozsypal, 1998) Z tohoto důvodu není u séropozitivní ženy těhotenství žádoucí (Montagnier, 1996). Riziko lze snížit na 8 % vedením porodu a podáváním antiretrovirové terapie matce a následně dítěti (Rozsypal, 1998). Frei (2011) uvádí, že v České republice je povinné vyšetření na HIV u všech těhotných žen, aby se případná HIV pozitivita odhalila ještě před porodem, případně se zahájila profylaktická léčba jako prevence proti nákaze HIV u dítěte. Porod pak probíhá císařským řezem na specializovaných pracovištích (www.zdn.cz (1)).

Potenciálním zdrojem HIV po porodu je kojení, proto se ve vyspělých zemích doporučuje nekojit. V rozvojových zemích je při umělé výživě vyšší riziko střevní infekce než přenos HIV a proto zde SZO kojení doporučuje (www.aids-pomoc.cz (2)). Tato cesta přenosu je stále předmětem výzkumu a probíhá u kojení novorozence či kojence HIV pozitivní matkou, jelikož existuje domněnka, že se jedná o přenos krev-krev z matčiny bradavky do úst, dásní nebo jazyka novorozence (Hájek, 2004).

Na druhé mezinárodní konferenci „Globální strategie v prevenci přenosu HIV z matky na dítě“ konané v Montrealu 1. až 6. září 1999 navrhla ministryně zdravotnictví Zambie místo používání termínu „přenos z matky na dítě“ (mother-to-child transmission, zkratka MTCT) termín „rodičovský přenos“ (parentel transmission). Chtěla omezit stigmatizaci, že jsou to ženy-matky, způsobující nákazu svých dětí. Návrh se v plenárním zasedání nesetkal s ohlasem a termín MTCT se nadále běžně používá (www.zdn.cz (2)).

Svoboda (1998) uvádí, že cerviko-vaginální sekret u negravidních žen obsahuje virus skoro ve 12 % případů a v 38 % u gravidních žen, avšak záleží na pokročilosti onemocnění. Pohlavní styk s gravidní infikovanou ženou je tedy velmi riskantní. Dále píše o možnosti umělého oplodnění neinfikované matky spermatem HIV infikovaného muže, proto je nutné dárce spermatu testovat na HIV, sperma při negativním výsledku zmrazit a po 3 měsících dárce znovu otestovat. Teprve poté je možno realizovat umělou inseminaci. Jsou vypracovány experimentální postupy, zbavující sperma viru absorbujícího se do spermií.

Výzkum možnosti přenosu stále probíhá u kojení dítěte HIV pozitivní matkou (existuje domněnka, že se jedná o přenos krev-krev z matčiny bradavky do úst, dásní nebo jazyka novorozence) a možnosti přenosu kontaminací spojivkového vaku krví HIV-pozitivní osoby (Hájek, 2004).

Tabulka 2. Závislost četnosti infekce na způsobu přenosu HIV (Hájek, 2004)

Způsob přenosu HIV infekce	Infikace na 1000 expozic
nechráněný sex vaginální - z muže na ženu	1 - 2 případy
nechráněný sex vaginální - z ženy na muže	0,33 - 1 případ
nechráněný sex anální	5 - 30 případů
úraz jehlou u zdravotnického personálu	3 případy
přenos matka - dítě (MTCT)	130 - 480 případů
přenos kontaminovanou krví - krevní transfuze	900 - 1000 případů

Vysvětlivky: infikace 1000 na 1000 expozic (styků) znamená absolutní pravděpodobnost akvizice HIV infekce při jedné expozici.

Podle Hájka (2004) byl prokazatelně přenos vyloučen:

- **Běžným stykem** (dotykem, koupáním v bazénu, stravováním se ve veřejných zařízeních, používáním toalet, ručníků, oblečení a společenskými aktivitami) Mayer (1990) hovoří o sledování více jak 30 000 osob - rodinných příslušníků pacientů s AIDS, které neprokázalo přenos infekce, pokud nešlo o rizikové faktory nebo sexuální styk s pacientem s AIDS. Dvořák (1992) uvádí výzkum 101 osob žijících s nemocným ve společné domácnosti bez sexuálního styku, kdy mnoho z nich mělo společný kartáček na zuby, holicí strojky, prádlo a téměř všichni si vyměňovali běžné polibky aj. Nákaza byla prokázána pouze u pětileté dcery narkomanky, kde je předpoklad, že k přenosu došlo infikovanou krví při kontaktu s injekční stříkačkou. Africké studie taktéž nezjistily rozdíly mezi domácnostmi s AIDS pacienty a domácnostmi, kde se AIDS nevyskytuje (Mayer, 1990).
- **Kapénkami při kýchání nebo kašli.**
- **Exkremty** (slzami, potem, slinami, močí, stolicí).
- **Potřísněním krví HIV-pozitivní osoby**, pokud HIV-negativní akceptor nemá závažnější poranění kožního krytu.
- **Bodavým hmyzem** (šetřením v zemích tropického pásma se zjistilo, že nemoci přenášené komáry postihují celou populaci, kdežto HIV infekce postihuje zejména mladé sexuálně aktivní lidi a v rodinách infikovaných osob dochází k přenosu pouze mezi sexuálními partnery a z matky na dítě, pokud je nosičkou viru, u ostatních členů se nevyskytuje) (Montagnier, 1996).

- Téměř 100 % záruku poskytuje i **sexuální koitální styk chráněný nepoškozeným kondomem.**

Montagnier (1996) uvádí, že dárčům krve nehrozí nebezpečí infekce HIV z důvodu používání sterilního materiálu určeného na jedno použití.

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje uvádí následující rizikové chování pro přenos HIV/AIDS

- *Časté střídání sexuálních partnerů, promiskuita.*
- *Pohlavní styk s neznámou či promiskuitní osobou bez použití kondomu.*
- *Provozování sexu výdělečně (prostitutky, prostitutky, herci a herečky v pornoprůmyslu).*
- *Sdílení jehel, stříkaček, a jiných pomůcek při ředění a injekční braní drog.*
- *Piercing, tetování, propichování uší, akupunktura a jiné úkony, při nichž dochází k porušení celistvosti kůže v případě, že jsou tyto úkony prováděny nesterilními pomůckami.*
- *Sdílení zubních kartáčků, žiletek, břitev, holicího strojku s HIV pozitivní osobou (www.khsova.cz).*

3.6 Laboratorní průkaz a testování

V první generaci se při krevních vyšetřeních používal virový materiál připravený z viru pomnoženého v kulturách lidských buněk. Při čistění materiálu na průkaz antigenu docházelo k falešně pozitivním reakcím. V druhé generaci testů se jako virový antigen používal antigenově aktivní materiál získaný genetickým inženýrstvím, problémy však byly s čistěním špatně rozpuštěných antigenů. Testy v nižším procentu udávaly falešně pozitivní výsledky. Ve třetí generaci testování se snaží obejít předešlé nevýhody na základě počítačové analýzy chemické skladby genů (Mayer, 1990).

Průkaz virologických markerů HIV infekce je dle Rozsypala (1998) rozhodující pro stanovení diagnózy. Svoboda (1996) zdůrazňuje, že proteinové antigeny jako původce HIV jsou pro HIV 1 a HIV 2 společné, zatímco odlišné jsou povrchové antigeny, proto

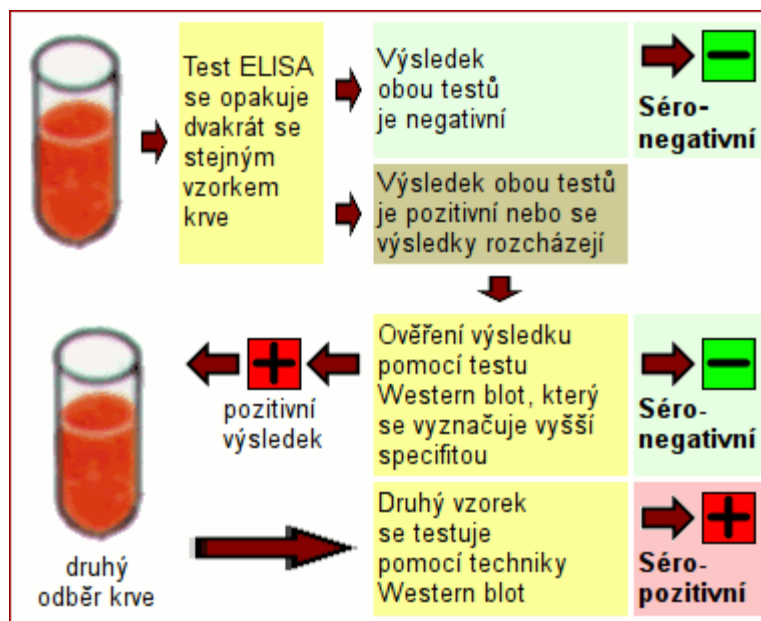
se dnes používají testy na oba viry, zejména v transfúzní službě. Pokud se jedná o urgentní transplantaci nebo krevní převod, používají se tzv. rychlé testy. Dobře akceptovaným testem je test využívající sliny.

Rozlišujeme přímou virologickou diagnostiku (izolace samotného viru, průkaz virového antigenu v séru, PCR – Polymerase Chain Reaction založená na zesílení části genetického materiálu HIV) a **nepřímou virologickou diagnostiku** (průkaz protilátek, nikoli samotného viru nebo jeho složek) (Rozsypal, 1998; Montagnier, 1996).

Nepřímá virologická diagnostika – protilátky anti-HIV se objevují 1-3 měsíce po vstupu viru do organismu, jejich průkaz slouží k záchytu nových HIV pozitivních osob (Rozsypal, 1998). Než se zhruba po 4 týdnech objeví protilátky v těle, i infikovaný člověk se jeví jako séronegativní – období tzv. okénka (window period) (Svoboda, 1996).

- a) **Testy ELISA** (enzyme-linked immunosorbent assai) jsou senzitivní, ale méně specifické (Rozsypal, 1998). Při vyšetření se odebere pacientovi vzorek krve, z něhož se připraví sérum. To se nanese do malých jamek v mikrotitračních destičkách s virovým antigenem (AG). Pokud jsou v séru obsaženy protilátky (AB), proti viru vznikne komplex AB-AG, chemickou reakcí se zabarví úměrně hladině přítomných protilátek, což signalizuje pozitivitu testu. Bezbarvá kapalina v destičce signalizuje negativnost (Montagnier, 1996).
- b) **Testy western blot** – technicky náročnější, velice specifické. Slouží k ověření seropozitivity zjištěné testem ELISA. Pokud se při druhém vzorku z druhého odběru zjistí pozitivní výsledek, pacient je označen jako seropozitivní (Montagnier, 1996).
- c) **Testy imunofluorescenční (IFA) a radioimunoprecipitační (RIPA)** jsou doplňkové, bez praktického uplatnění (Rozsypal, 1998).

Test Elisa se opakuje dvakrát, pokud je výsledek vždy negativní, pacient je séronegativní (HIV – negativní). Pokud jsou oba výsledky pozitivní nebo se rozcházejí, ověřují se pomocí více specifického Western Blotu a dochází k druhému odběru krve, pokud jsou výsledky negativní je pacient séronegativní, v opačném případě je seropozitivní (HIV-pozitivní) (Montagnier, 1996). Postup testování znázorňuje obrázek 7.



Obrázek 7. Postup testování HIV (www.aids.alms.cz (2)).

Přímá virologická diagnostika má význam pro diagnostiku dětí v prvním půlroce až roce života, při diagnostice akutní HIV infekce, testování krve v sérologickém okénku, sledování průběhu HIV infekce.

Vyšetřuje se při ní:

- Virová nálož.
- Přítomnost provirové DNA v buňkách periferní krve – jednoznačný důkaz infekce.
- Antigenémie p24.
- Kultivace viru – pro experimentální účely (Rozsypal, 1998).

Vyšetření provádí řada laboratoří, při reaktivním výsledku se vzorek posílá do Národní referenční laboratoře pro AIDS ve státním zdravotním ústavu v Praze (Rozsypal, 1998).

Dle zákona 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, lze test na HIV bez souhlasu fyzické osoby provést pouze u těhotných žen, u fyzické osoby s poruchou vědomí, u níž by mohlo dojít k poškození zdraví. Osobě, již bylo sděleno obvinění z trestného činu ohrožování pohlavní nemocí, nebo trestným činem, kdy mohlo dojít k nákaze jiné fyzické osoby a u fyzické osoby nuceně léčené pro pohlavní nemoc.

Na test je vhodné jít dva až tři měsíce po rizikovém chování (např. nechráněná soulož), jelikož organismus potřebuje nějakou dobu, než začne vytvářet protilátky na HIV. Pravidelně jednou za půl roku až rok při opakovaném vyšším riziku či při partnerství s HIV pozitivním člověkem. Také pokud se oba partneři na začátku svého nového vztahu nespolehají jen na bezpečný sex (www.pohlavni-choroby.cz (2); www.zachranny-kruh.cz).

Dle Dublinské deklarace by testování na vlastní žádost mělo být všeobecně dostupné, což dokazuje specifikum HIV infekce spočívající v dlouhodobém asymptomatickém průběhu a lze se tedy orientovat jen podle rizikovosti vlastního chování, nikoli podle příznaků (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

V současné době je možné test podstoupit v AIDS centrech, ve většině zdravotních ústavů nebo u každého praktického lékaře. Zdravotní ústav provede test obvykle za poplatek od 150,- do 550,- Kč, ceny se liší dle regionu, někde se provádí zdarma. U praktického lékaře test hradí zdravotní pojišťovna. Službu je možné využít anonymně, nicméně u praktického lékaře kvůli vyúčtování pro zdravotní pojišťovnu je nutnost test podstoupit s uvedením jména (www.004.cz (2); www.pohlavni-choroby.cz (2)).

Testování provádí všechna AIDS centra, nacházející se:

Praha – FN Bulovka

AIDS centrum FN Bulovka (budova 7), Budínova 2, 180 81 Praha 8

Plzeň – FN Bory

Infekční klinika FN, Dr. Beneše 13, 305 99 Plzeň

České Budějovice – Jihočeská nemocnice

Infekční odd. nemocnice, B. Němcové 54, 370 01 České Budějovice

Ústí nad Labem – Masarykova nemocnice

Infekční odd. Masarykovy nemocnice, Na Kabátě, 401 13 Ústí nad Labem

Hradec Králové – FN Hradec Králové

Infekční klinika FN (budova 6), Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

Ostrava – FNsP Poruba

Infekční klinika FNsP, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

Brno – FN Bohunice

Infekční klinika FN Bohunice (pavilon A, 2. nadzemní podlaží), Jihlavská 20, 625 00 Brno

Testování provádí také Azylové centrum České společnosti AIDS pomoc

Dům světla, Malého 3/282, Praha 8 – Karlín

linka AIDS pomoci: 800 800 980 (www.aids-pomoc.cz (3)).

Testování by mělo být provázeno předtestovým a potestovým poradenstvím. Mělo by se jednat o objasnění spolehlivosti testu. Poradenství je jednou z nejúčinnějších možností, jak se pokusit o změnu rizikového chování (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

Testy na HIV se provádí u každého dárce krve na transfuzním oddělení, ale nedoporučuje se sem chodit na testování. Před odběrem krve se musí vyplnit dotazník s otázkami, týkajícími se „sexuální morálky“ a jiné, nepravdivé odpovědi, mohou vést k hrozbě trestního stíhání. V době bezplatného testování tímto žadatel nezíská nic (www.pohlavni-choroby.cz (2)).

3.7 Terapie

Votava (2003) uvádí, že **prvním lékem byl azidothymidin**, který patří mezi inhibitory reverzní transkriptázy, vážící se na tento enzym přímo a tím brzdí jeho funkci (objevil se v roce 1985 pod zkratkou AZT). Používal se samostatně ve vyšších dávkách než v současnosti, jeho závažné vedlejší účinky (např. anémie, méně neutropenie, nauzea, xerostomie, pigmentace nehtů, myopatie aj.) byly považovány za nezbytnou daň účinku (www.infekce.cz; www.hiv.cz (2)). Inhibitory virové proteasy jako např. ritonavir zasahují v konečných fázích dozrávání viru. Problémem terapie je rychlý vznik rezistence a proto se musí antiretrovirotika kombinovat, což je podstatou tzv. **vysoce účinné antiretrovirové terapie (HAART, a ang. Highly aktive antiretroviral therapy)**.

Terapie se nasazuje ihned po zachycení HIV infekce ve stádiu primoinfekce (akutní infekce), zamezuje se tím prvotnímu vysokému namnožení viru, po určité době je možné terapii ukončit. V asymptomatické (bezpříznakové) fázi se léčba většinou nedoporučuje. Obvykle se terapie zahajuje, když počet CD4 klesne pod 300 mm^3 a stoupá virová nálož. Je-li počet CD4 pod 200 mm^3 , nasazuje se léčba ihned, bez ohledu na to, zda jsou či nejsou příznaky HIV (ČSAP, 2008 (2)). Světová zdravotnická organizace chce od roku 2015 posunout začátek léčby do okamžiku, kdy je v krvi pacienta zjištěno 350 mm^3 CD4 buněk, a tím zabránit vážnému poškození imunitního systému (www.zdn.cz (3)). Rozsypal (1998) uvádí cíl léčby ve snížení virové nálože na minimum bez rozvoje nežádoucích účinků.

Po ojedinělém vystavení riziku (poranění zdravotnického personálu, selhání kondomu při styku s HIV pozitivní osobou) je prevencí postexpoziční profylaxe (krátkodobé podání kombinace léků). Nasazení musí být včasné, nejlépe do 24 hodin, nejpozději do 72 hodin po události, ale ani to zcela nevyloučí možnost přenosu. Žádá se o ni v AIDS centru. V případě rizikového sexuálního chování se platí úhrada cca 15 000 – 20 000 Kč. Rizikem je vysoká četnost vedlejších nežádoucích účinků (Šulová, Fait, Weiss a kol, 2011).

HIV se nedá vyléčit z několika důvodů, např. proto, že buňka zůstane infikovaná, vzhledem ke schopnosti viru skrýt se v ní. HIV umí měnit svou strukturu (vytváří miliardy svých kopií každý den, ale při tom může dojít k různým mutacím ve struktuře viru), HIV si dokáže vytvořit odolnost vůči lékům určeným k jeho potírání apod. (ČSAP, 2008 (1)).

Vzhledem k tomu, že u jedinců nakažených HIV dochází k mohutné imunitní reakci, plyne z toho, že od vyvíjejících vakcín nelze čekat zázrak. Některé vakcíny se ukázaly být neúčinné. Vakcína chránící po určitou dobu alespoň před vznikem onemocnění je založena na indukci buněčné imunity zprostředkované lymfocyty CD8+ (Votava, 2003).

Organizace, sdružující lidi a působící v oblasti HIV v Evropě uvádí, že léčba není vždy nutná, ale převážná část lidí ji v určitou dobu potřebuje. Ani po 15 letech léčbu nepotřebuje méně než 5 % infikovaných osob (EATG, 2007). Případů AIDS přibývá i přes to, že pro české pojištěnce je dostupná a plně hrazená protivirová léčba. Nejčastěji to má souvislost s tzv. pozdní diagnózou, tedy až po propuknutí klinických příznaků. Podle odhadů Evropského centra pro kontrolu nemocí neví 20-25 % osob o své nákaze virem HIV v České republice, celoevropský odhad předpokládá, že o své nákaze neví asi

třetina osob. To má zásadní epidemiologický dopad, neboť možnost přenosu HIV je 3,5x vyšší od osoby, co o své pozitivitě neví, než od osoby, co o své HIV pozitivitě ví (Šulová, Fait, Weiss a kol, 2011).

Důležité je také stimulovat a bránit zhroucení imunitního systému. Toto je předmětem klinických studií, kdy se nejčastěji zkouší imunoterapie (injekční podání protilátek pro podpoření organismu, nebo vakcíny pro stimulaci imunitního systému) v kombinaci s antivirovými preparáty (www.aids.alms.cz (3)).

Společnost Inovio Pharmaceuticals oznámila, že vakcína Pennvax dosáhla v klinických zkouškách výrazného zvýšení imunitní odpovědi u 48 zdravých jedinců, kteří obdrželi očkovací látku. Další zpráva přišla z Itálie, zde se antiretrovirová terapie testovala u 87 infikovaných pacientů (www.zdn.cz (4)).

Rady pro HIV pozitivní osoby a péče o ně

Séropozitivní člověk je nosič viru a proto musí dodržovat určitá pravidla, snižující riziko vyvinutí AIDS a zabránění přenosu viru na další osoby – jedná se o použití ochrany při sexuálním styku (tím se chrání i sám před opakovanou infekcí). Nesdílení injekčních stříkaček a jehel, dále chránit se před různými infekcemi (dochází k aktivaci imunitního systému a tím pádem i pomnožení viru). Dbát správné životosprávy (nepít alkohol, nekouřit, dodržovat základní hygienická pravidla a nevystavovat se stresu). Vyvarovat se užívání drog (snižují odolnost organismu k infekcím) a pravidelně navštěvovat lékaře. Mezi další rady séropozitivním, tedy HIV pozitivním osobám, patří vyvarovat se dárcekrve, informovat o svém stavu sexuální partnery, informovat svého lékaře a zubaře, vyvarovat se těhotenství, dezinfikovat povrchy potřísněné krví, upustit od sportů, kde může dojít ke krvavým zraněním aj. **Je důležité, aby si HIV pozitivní osoby uchovaly naději**, že výzkum přinese nové léčebné postupy, zůstaly pod lékařským dohledem a spolurozhodovaly o svém životě, vedly kvalitní život a přijaly zdravý způsob života a v neposlední řadě se obklopile rodinou a přáteli (Montagnier, 1996; www.gay4you.estranky.cz).

Dnes je mezi zdravotníky a nemocným vztah partnerský, předpokládající mnoho práv i povinností na straně nemocných, jako např. právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky a právo

pacienta očekávat, že všechna dokumentace jeho případu bude důvěrná (Goldmann; Cichá, 2004).

V metodickém návodu k řešení problematiky infekce HIV/AIDS z roku 2003 se uvádí ve čl. 3 - **AIDS centra** poskytují základní léčebnou péči i péči dispenzární (pravidelný lékařský dohled) pokud si to HIV pozitivní osoba přeje, praktický lékař s AIDS centrem spolupracuje. Sociální problémy řeší AIDS centrum ve spolupráci se sociálním pracovníkem a využívá také nevládních organizací, zejména Domu světla České společnosti AIDS pomoc v Praze. AIDS centra jsou součástí infekčních klinik či oddělení obvykle fakultních nemocnic, každé pracoviště má čtyři základní části – ambulantní, kde probíhá základní depistážní péče, denní stacionář, lůžková část a laboratorní zázemí (Jedlička, 2008). První AIDS centrum vzniklo v České republice v roce 1986 Na Bulovce v Praze (Hájek, 2004).

Frei (2011) upozorňuje na fakt, že HIV pozitivní člověk je osoba jako každá jiná a nelze vůči ní mít předsudky. HIV pozitivita je pro většinu pacientů zdravotní problém s biopsychosociálními dopady na jejich život (www.zdn.cz (1)). V metodickém návodu k řešení problematiky infekce HIV/AIDS (2003) Ministerstva zdravotnictví ČR se uvádí, že HIV pozitivní osoba může, pokud ji to dovolí zdravotní stav, vykonávat své zaměstnání, navštěvovat školu apod. Zaměstnavatel ani vedení školy nejsou o HIV pozitivitě informováni.

3.8 Prevence před nákazou HIV a onemocněním AIDS

„Prevence je stále nejlepší strategií v boji proti AIDS, neboť na rozdíl od terapie, nemá žádné vedlejší účinky!“ (N. Ramjee)

Jako první se v boji proti HIV a AIDS začali angažovat homosexuálové, vybudovali dobrovolné nevládní organizace podílející se na pomoci lidem s HIV a taktéž na preventivních programech. Také byli první, kdo ověřil účinnost dodržování zásad bezpečnějšího sexu, tedy důsledné používání kondomu při všech formách pohlavního styku. Tím došlo k poklesu HIV infekce u homosexuálů, bohužel v poslední době došlo opět k nárůstu způsobeným fatalistickým přístupem, sníženou úrovní informovanosti

o způsobech ochrany. Někteří se mylně domnívají, že stačí vyjmout penis z konečníku před ejakulací (Svoboda, 1996).

Sex, při němž dochází k tělesnému kontaktu dvou a více osob nikdy není bezpečný, může být bezpečnější, když použijeme bariérovou ochranu (kondom) (Uzel). Vznik pomůcek podobných dnešnímu kondomu se odhaduje na 14 000 let př. n. l. Postupné nahrazování přírodních materiálů za kaučukový materiál nastalo v roce 1833. V roce 1920 byl v USA vyroben první automat na kondomy, v 50. letech 20. století se součástí kondomu stal rezervoár. Polyuretanový kondom jako bezpečná ochranná zdravotní pomůcka byl schválen 1991 (Obrázek 8). O rok později je k dostání i **Femidom** (ženský polyuretanový kondom, jež je na obrázku 9).



Obrázek 8. Kondom (www.blog.georgetownvoice.com).



Obrázek 9. Femidom (www.studentaffairs.case.edu)

Kondomy se vyrábí v různých tvarech, velikostech, šířkách (ta je velmi důležitá, aby nedošlo ke sklouznutí kondomu, či naopak, v případě úzkého kondomu může být soulož velice nepříjemná), délkách (od velikosti S = 160 mm po velikost XL měřící až 214 mm). Liší se povrchovou úpravou (lubrikované či nikoli), barvou (nehraje žádnou roli při prevenci), příchutí a vůní (jsou určené zejména k orálnímu sexu, nedoporučují se k análnímu styku). Efektivita kondomu při prevenci HIV/AIDS je 82-98 % (Jedlička, 2007). Weiss (2010) udává až 90% ochranu před sexuálně přenosnými chorobami, upozorňuje však na pocit falešné jistoty v rizikových situacích při používání kondomu. Kaňka (2008) uvádí, že známkou vyspělosti člověka a důkazem jeho zodpovědnosti, inteligence a vzdělanosti je použití kondomu.

V EU jsou předpisy pro výrobu a prodej kondomů, musí mít prohlášení o shodě s logem CE. Mělo by se hlídat datum výroby i expirace, kondom nesmí být v prodejně déle než jeden rok. Skladovat by se měly v chladnu, suchu a bez přímého slunečního svitu, teplo urychluje jejich rozklad (www.sexus.cz (2)).

Na prevenci HIV /AIDS má určitý vliv i věrnost, která má smysl jen tehdy, pokud je oboustranná a oba partneři jsou prokazatelně HIV negativní. Za účinnou metodu nelze považovat samotné používání lubrikačního gelu bez kondomu. Při análním styku zůstává vysoké riziko pro aktivního partnera a mírně se snižuje u pasivního partnera při přerušované souloži (Kaňka, 2008). Podle doporučení WHO (Světové zdravotnické organizace) a UNAIDS je vhodné uvažovat o mužské obřízce v epidemiologických oblastech, kde se HIV šíří pomocí heterosexuálního styku, jako redukce rizika přenosu (www.aids-sida.com).

Podle manuálu CDC o zlepšení preventivních programů HIV infekce by měla být větší pozornost věnována programům pro ohrožené skupiny. U nás dobře fungují programy pro gay muže a komerční sexuální pracovníky a pracovníce, ale muži co mají sex s muži, zůstávají téměř neosloveni (www.planovanirodiny.cz).

Při prevenci u injekčního užívání drog je důležité s nikým nesdílet injekční stříkačky a jehly, používat vždy novou injekční stříkačku a jehlu na jedno použití. Nebo stříkačku a jehlu, jenž se mohou dezinfikovat (opláchnout a ponořit na 10 až 15 minut do alkoholu nebo neředěného chlornanu sodného a opláchnout. Anebo na 10 – 15 minut vyvařit

ve vodě či do stříkačky a jehly natáhnout chlornan sodný, opakovat dvakrát a poté vypláchnout vodou) (www.aids.alms.cz (4)).

Epidemiologické opatření se dělí:

a) Preventivní

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

b) Represivní

- Hlášení HIV pozitivivity, onemocnění AIDS a úmrtí Národní referenční laboratoři.
- Represivní opatření podle zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví (např. podrobit se lékařskému dohledu, dodržovat poučení lékaře o ochraně jiných fyzických osob, nevykonávat činnosti, které by ohrožovaly zdraví jiných fyzických osob aj) (www.aids-hiv.cz (2), 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví).

„Jediný způsob jak ochránit naše děti před AIDS je dokázat, aby uměly ochránit sami sebe“ Dr. Michael Merson (bývalý ředitel Global Programme on AIDS).

Rozhodujícím faktorem při potlačení šíření HIV infekce je výchova všech občanů od nejtítlejšího školního věku zaměřená na etické a morální aspekty a dobré zvládnutí safer sexu (bezpečnější sex), což jsou hlavní zbraně, které mohou omezit šíření HIV (Svoboda, 1996; Hájek, 2004).

Hájek (2004) uvádí, že globální boj proti HIV/AIDS v mezinárodním měřítku je zastřešen jednotným programem Organizace spojených národů (UNAIDS).

„Harm Reduction“ (HR – do češtiny se obvykle nepřekládá) jsou přístupy snižující či minimalizující poškození organismu drogami a minimalizující, omezující či zmírňující rizika ohrožujícími infekcemi šířícími se sdílením injekčního náčiní při nitroděložní aplikaci drog a nechráněním pohlavním stykem jako je riziko AIDS, hepatitidy B a C, riziko sociálního debaklu, ztráty lidské důstojnosti aj. Nejznámějším postupem v HR je

výměna injekčního náčiní za sterilní, poskytování poradenství a distribuce kondomů (www.os-prostor.cz).

Peer výchova (forma působení mezi vrstevníky navzájem) je známa po celém světě v oblasti prevence HIV/AIDS. Spočívá v metodě, kde se menšina vrstevníků ze skupiny nebo určité populace pokouší informovat a ovlivnit většinu. Peer výchova má své cíle jako např. ovlivnění znalostí, postojů, názorů a chování v oblasti HIV/AIDS, zvýšení dovedností (např. jak používat kondom), zásady dezinfekce injekčních stříkaček a jehel (Svenson, 1998).

Česká společnost AIDS pomoc, jenž je zřizovatelem Domu světla, sloužící také jako azylové centrum pro HIV pozitivní občany v nouzi a pořádá besedy s HIV pozitivními lektory jak pro školy, tak pro odbornou veřejnost (www.prevence-praha.cz).

Interaktivní projekt primární prevence HIV/AIDS nese název „**Hrou proti AIDS**“ a je určen pro žáky 2. stupně ZŠ a studenty středních škol a učilišť a zvláštní skupiny, jako např. klienti na odvykací terapii, rodičovské skupiny. Cílem je např. osvojit si pomocí hry základní znalosti o HIV, pohlavně přenosných chorobách, přemýšlet o vlastním chování v možných rizikových situacích (Kubátová a kol., 2005). Svoboda (1996) zdůrazňuje důležitost podrobně vysvětlit v rámci preventivních programů jak používat prezervativ při nasazování na penis, během styku, ale také i otevírání obalu kondomu.

Pondělíčková-Mašlová (In Brtníková a kol, 1989) uvádí restriktivní cíle sexuální výchovy tak, aby se zejména mladá generace chtěla chránit. Jedná se o:

1. *Bránit brzkému zahájení sexuálního života.*
2. *Bránit promiskuitě.*
3. *Bránit šíření pohlavních chorob, včetně AIDS.*
4. *Bránit předčasnému a nechtěnému těhotenství.*
5. *Bránit sexuální delikvenci (s. 29).*

Zásady sexuální výchovy spatřuje v několika principech:

1. **Princip spontánnosti** – vychovávající k sexualitě přistupuje samozřejmě, jako ke všem dalším oblastem života.
2. **Princip přiměřenosti** – není třeba obávat se, že něco řekneme příliš brzy, spíše se obávejme, že dětem to potřebné neřekneme včas.
3. **Princip aktivní imunizace** – využívat zákonu vštípivosti, tedy má-li vysvětlování správný charakter a formativní postoj, dítě je jakoby imunizováno proti pozdějším negativním vlivům.
4. **Princip důvěry** – je potřeba vytvořit vzájemnou důvěru.
5. **Princip pravdivosti** – i nejmenším dětem odpovídáme na otázky pravdivě.
6. **Princip návaznosti** – dětské poznání rozvíjíme postupně.
7. **Princip otevřenosti** – mladí lidé získají zkušenost, že lze mluvit otevřeně a není proč se trápit v soukromí.

Na internetových stránkách Národního boje proti AIDS v České republice je možné shlédnout několik videí o HIV/AIDS pod názvem Školní informační kanál (www.aids-hiv.cz (3)).

3.9 Výskyt HIV/AIDS v České republice a ve světě

Svoboda (1996) upozorňuje na fakt, že čísla hovořící o počtech nemocných, s plně rozvinutým AIDS, jsou závislá na použitých kritériích, jež se v Evropě a USA liší. V USA je za rozhodující považován pokles CD4T lymfocytů pod 200 mm^3 . Dále se nerozlišuje, zda se jedná o infekci HIV-1 či HIV-2.

Hájek (2004) uvádí, že od počátku je nejhorší epidemiologická situace v kolébce HIV – **subsaharské Africe**, kde je v některých oblastech **infikován každý třetí a na komplikace infekce zemře denně až 9 000 osob**. Možnosti jak pandemii zvládnout jsou limitované, zejména je nutno nejvíce postiženým zemím zajistit dostatek účinných a přitom levných antiretrovirotik.

Šubík a kol. (2000) upozorňují, že v Africe je dle Světové zdravotnické organizace uznávaná definice onemocnění AIDS platná výhradně pro rozvojové země, díky níž je za AIDS nemocného prohlášen někdo, kdo má např. déle než jeden měsíc průjem, silný

úbytek váhy, kašel a nedá se prokázat jiná příčina možnostmi, jež jsou k dispozici. Test z důvodu nedostatku peněz není nezbytný. Poté, co se několik let pracovalo s touto definicí, americké Centrum pro kontrolu nemocí (ACDC) a Americká zdravotnická organizace (PAHO) zjistily, že definice WHO je nevhodná a každá z nich představila novou definici. **Rozvojové země tedy mohou volit ze tří rozdílných definic, nebo mohou akceptovat definici pro USA či Evropu.** V mezinárodních statistikách se všechna hlášení dají dohromady, ačkoli díky různým definicím jsou počty nesrovnatelné.

O nevhodnosti africké definice vytvořené WHO v roce 1985 v Bangui svědčí fakt, že obsahovala 4 hlavní kritéria (chronická asthenia, velký úbytek váhy, chronická horečka a chronický průjem) a 6 vedlejších kritérií (chronický kašel, přetrvávající nemoc lymfatických uzlin, herpes zoster, znovuopakující se herpetické infekce, oportunní slizniční infekce, pruritic dermatitida) na jejichž základě byl diagnostikován AIDS, jestliže pacient dosáhl 12 bodů z 36 v předpise pro diagnostikování AIDS. Roku 1987 došlo k aktualizaci definice přidáním 3 vedlejších kritérií (oportunní infekce, tuberkulóza, Wasting syndrome), což vyústilo ve vysoký nárůst diagnostikovaných osob AIDS (www.ncbi.nlm.nih.gov). Uganda po roce 1986 měla více než půlku postelí na klinice obsazenou pacienty s AIDS – tedy těmi, co trpěli horečkou, průjmem, úbytkem váhy a měli k tomu jedno z vedlejších kritérií pro určení diagnózy AIDS. V současné době může tuberkulóza v Ugandě vést k diagnóze AIDS, čímž se statistika uměle zvyšuje (Šubík, 2000).

Další skutečností je, že ohlášené případy AIDS zaznamenává světová zdravotnická organizace (WHO) v Ženevě, a protože některé případy nebyly diagnostikovány, tedy ani nahlášený, násobí se ohlášené případy koeficientem, což má vést k odhadu „skutečného“ počtu. V roce 1996 se faktor násobil 12krát, o rok později již 17krát. V roce 2002 WHO násobila hlášené případy faktorem 38.

Za pozoruhodné dále považuje Šubík a kol. (2000) epidemický charakter, jenž umocňuje fakt, že se všechny případy od 80. let sčítají, tedy kumulují, což je v medicíně neobvyklé.

3.9.1 Světové statistiky

Poslední celosvětové statistiky byly UNAID, UNICEF a WHO publikovány v listopadu 2011, odkazují na rok 2010 a jejich výsledky jsou v tabulce 3. Ze statistik vyplývá, že celosvětově je počet lidí žijících s HIV/AIDS odhadem 34 000 000 (rozsah 31,6 – 35,2 milióny) (www.avert.org (1)).

Tabulka 3. Celosvětová statistika HIV/AIDS (www.avert.org (3)).

Rok 2010	Odhad	Rozsah
Lidí žijící s HIV/AIDS	34 000 000	31,6 – 35,2 milionu
Děti žijící s HIV/AIDS	3 400 000	3,0 – 3,8 milionu
Nově nakažení HIV	2 700 000	2,4 – 2,9 milionu
Děti nově nakažené	390 000	340 – 450 tisíc
Úmrtí na AIDS	180 000	1,6 – 1,9 milionu
Rok 2009		
Lidé žijící s HIV/AIDS	33 300 000	31,4 – 35,3 milionu
Nově nakažení HIV	2 600 000	2,3 - 2,8 milionu
Úmrtí na AIDS	1 800 000	1,6 – 2,1 milionu
Sirotci (věk 0-17) v důsledku AIDS	16 600 000	14,4 – 18,8 milionu

V komentáři k těmto statistikám se dočteme, že růst epidemie se v posledních letech stabilizoval. Roční počet nových infekcí HIV postupně klesl a vzhledem k výraznému nárůstu osob užívajících antiretrovirovou terapii, klesl i počet úmrtí. Většina dětí se narodila ženám s HIV a získala virus v průběhu těhotenství, porodem, po porodu či prostřednictvím mateřského mléka. K dispozici jsou sice léky, aby se toto nebezpečí minimalizovalo, ale bohužel velice často chybí tam, kde jich je nejvíc potřeba (www.avert.org (1)).

Na evropském kontinentě žilo na konci roku 2010 kolem 2,3 milionů lidí s infekcí HIV. Odhadovaná prevalence se pohybuje od necelých 0,1 % v místech střední Evropy na více než 1% v oblastech bývalého Sovětského svazu (www.avert.org (2)).

3.9.2 České statistiky

Státní zdravotní ústav data o výskytu HIV/AIDS rozlišuje na tři kategorie: občané České republiky, rezidenti (osoby jiné než české národnosti s dlouhodobým pobytem v ČR) a cizinci s krátkodobým pobytem. Základní statistické zpracování se týká pouze občanů ČR a rezidentů, cizinci jsou zvlášť.

U osob s HIV se zaznamenává pět časových údajů – datum narození, datum diagnózy HIV, datum rozvinutí symptomatické infekce, datum onemocnění AIDS a úmrtí. Díky tomuto jsou jedinci klasifikováni do podskupin podle stádia onemocnění a přežití. Úmrtí jsou vykazována odděleně pro stadium AIDS a pro ostatní stadia. Dalšími sledovanými údaji jsou pohlaví, pravděpodobný způsob přenosu, důvod vyšetření vedoucí ke zjištění HIV positivity, stádium infekce při zjištění positivity a bydliště (www.szu.cz).

Česká společnost AIDS pomoci uvádí výsledky statistik udávající 153 nových HIV pozitivních případů v roce 2011, což značí mírný pokles (o 27 případů) oproti roku 2010. Celkový počet HIV pozitivních osob dosáhl počtu 1675 osob. Nejvíce HIV pozitivních osob je v Praze (evidováno 800 HIV pozitivních osob). Celkově v České Republice onemocnělo již 341 lidí, z toho 20 osob v roce 2011, 8 z nich nemoci podlehl (www.aids-pomoc.cz (3)). Obrázek 10 znázorňuje celkový stav vyšetřování HIV protilátek v České republice.

Šubík a kol. (2000) se pozastavují nad nulovým počtem pozitivních dárců krve od roku 1996 prezentované Státním zdravotním ústavem, přičemž bylo od roku 1996 do roku 2000 provedeno více než 2 miliony testů. Počet provedených testů zhruba odpovídá počtu odběrů a tím pádem se každoročně odebere enormní množství krve, jež je bezesporu exportním artiklem. A je proto zapotřebí, aby z důvodu krytí byl výsledek negativní. Šubík a kol. dále tvrdí, že kdyby všech 442 pozitivně testovaných (údaje z roku 2000) podstoupilo test na HIV protilátky jako krevní dárci, většina by prošla jako negativní.

**CELKOVÝ STAV VYŠETŘOVÁNÍ HIV PROTILÁTEK
V ČESKÉ REPUBLICĚ**
Kumulativní údaje ke dni
31.12. 2011

Důvod vyšetření	Celkem vyšetřeno	HIV+	z toho AIDS	Způsob přenosu u HIV+								
				HO	ID	IH	HF	TR	HT	MD	NO	NE
OSOBY VE ZVÝŠENÉM RIZIKU HIV	233583	110	39	28	18	7	16	14	22	0	0	5
Hemofilci	1913	16	7	0	0	0	16	0	0	0	0	0
Příjemci krve a krevních přípravků	17005	14	8	0	0	0	0	14	0	0	0	0
Homo/bisexuálové	9599	16	10	16	0	0	0	0	0	0	0	0
Injekční uživatelé drog	25978	10	1	0	8	1	0	0	1	0	0	0
Osoby často v zahraničí	23385	4	3	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Promiskuitní osoby	39583	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Osoby provozující prostituci	28162	19	2	6	2	4	0	0	7	0	0	0
Nápravná zařízení	87958	30	8	6	8	2	0	0	11	0	0	3
KONTAKTY POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ	3455	142	24	65	3	2	0	0	65	4	0	3
Homosexuální	846	67	13	65	0	2	0	0	0	0	0	0
Heterosexuální	419	71	11	0	3	0	0	0	65	0	0	3
Rodinné	437	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné	1753	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
KLINICKÉ PŘÍPADY	1511102	680	226	404	42	17	1	0	181	0	2	33
Dermatovenerologičtí pacienti	196130	133	22	118	2	3	0	0	10	0	0	0
Psychiatři pacienti	31030	16	2	2	3	3	0	0	6	0	0	2
Dialyzovaní pacienti	93515	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC pacienti	11018	8	8	1	3	0	0	0	4	0	0	0
Pacienti s nádorovým onemocněním **	22011	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Různé klinické diagnózy	1157398	523	194	283	34	11	1	0	161	0	2	31
PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ	1237593	65	6	28	1	2	0	0	26	0	0	8
Zdravotničtí pracovníci	82844	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní prevence	889949	45	5	16	1	1	0	0	20	0	0	7
Předoperační vyšetření **	263489	20	1	12	0	1	0	0	6	0	0	1
Epidemiologická surveillance **	1311	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VYŠETŘENÍ NA VLASTNÍ ŽÁDOST	305005	551	37	435	7	4	0	0	91	0	0	14
Pod jménem	175550	327	19	246	5	4	0	0	66	0	0	6
Anonymní	129455	224	18	189	2	0	0	0	25	0	0	8
VYŠETŘENÍ PRO MEZINÁRODNÍ CERTIFIKÁT	93217	5	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0
DÁRCI KRVE, ORGÁNŮ A TKÁNÍ	11750967	48	4	28	0	1	0	0	15	0	0	4
Dárci krve	11676973	48	4	28	0	1	0	0	15	0	0	4
z toho dárci krve - primodárci *	607078	16	1	5	0	0	0	0	9	0	0	2
Dárci orgánů a tkání	73994	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TĚHOTNÉ ŽENY	2976888	74	5	0	5	0	0	0	66	0	1	2
RŮZNÉ MATERIÁLY	40185	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CELKEM	18151995	1675	341	992	76	33	17	14	467	4	3	69
CIZINCI	130700	347	39	31	32	0	0	0	80	0	1	203

Způsob přenosu:

HO	homosexuální / bisexuální	ID	injekční uživatelé drog
IH	injekční uživatelé drog + homo/bisex.	HF	hemofilci
TR	příjemci krve a krevních přípravků	HT	heterosexuální
MD	z matky na dítě	NO	nozokomiální
NE	nezjištěný / jiný		

Pozn.: * údaje uváděny od r. 1994, ** údaje uváděny od r. 2002

Obrázek 10. Celkový stav vyšetřování protilátek HIV v ČR
(http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2011/HIV_AIDS_12_2011.pdf)

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumu byly osloveny všechny základní školy Olomouckého kraje. Samotný výběr škol probíhal náhodným výběrem.

Výzkumný soubor tvořili žáci 8. a 9. tříd základních škol Olomouckého kraje. Výzkum byl prováděn na základních školách od 12. 10 do 5. 11. 2010.

V rámci vyhodnocování výsledků výzkumu a následného vyhodnocení dílčích úkolů práce byli žáci rozděleni podle tříd na 8. třídu a 9. třídu. V těchto dvou skupinách jsou dále děleni podle pohlaví na chlapce a dívky.

Z 907 respondentů zapojených do šetření, bylo 366 žáků 8. tříd (40,4 %) a 541 žáků 9. tříd (59,6 %). Zastoupení dívek a chlapců bylo téměř stejné. Dívek se účastnilo 455, tedy 50,2 % a chlapců 452 což je 49,8% z celého souboru. Věkové rozložení žáků bylo následující. Největší skupinu žáků tvořili chlapci ve věku 14 let (24,3 %), následovala 14 letá děvčata (24,1 %). Z čehož vyplývá největší zastoupení 14 letých žáků, a to ve 48,4%. 29,2 % žáků bylo ve věku 15 let. Jednalo se o 13,3 % dívek a 15,9 % chlapců. 13 letých chlapců se zúčastnilo 9,7 % a dívek ve stejné věkové kategorii 12,7 %, což dohromady činí zastoupení 22,4 % z celého souboru. Toto rozdělení názorně ukazuje tabulka 4.

Tabulka 4. Věkové rozložení respondentů

Věk	8. třída				9. třída				Celkem	
	Chlapci		Dívky		Chlapci		Dívky		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
13	86	49,1	115	60,2	2	0,7	0	0,0	203	22,4
14	83	47,4	73	38,2	137	49,5	146	55,3	439	48,4
15	6	3,4	3	1,6	138	49,8	118	44,7	265	29,2
Celkem	175	100,0	191	100,0	277	100,0	264	100,0	907	100,0

4.2 Organizace výzkumu

Krajská hygienická stanice se sídlem v Olomouci každý rok zajišťuje preventivně výchovné akce na téma HIV/AIDS na školách, zejména díky projektu „Hrou proti AIDS“.

Program v Olomouckém kraji využilo v roce 2010 24 škol. V roce 2010 byl projekt „Hrou proti AIDS“ zaměřen na žáky 8. a 9. tříd základních škol. Krajská hygienická stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci při této rozsáhlé akci spolupracovala se Státním zdravotním ústavem v Praze a také s Pedagogickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, Katedrou antropologie a zdravotní vědy a Olomouckým krajem.

V prostorách Krajské hygienické stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci se od 12. 10. do 5. 11. 2010 v dopoledních hodinách uskutečnilo celkem 39 akcí, při nichž byly distribuovány dotazníky tohoto výzkumu.

„Hrou proti AIDS“ je připraven jako „peer program“. Peery (vrstevníky) programu se stalo 105 studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci studující Výchovu ke zdraví. Tito studenti proškoleni Jiřím Stupkou, Dis. (pracovník Státního zdravotního ústavu v Praze) se stali moderátory jednotlivých stanovišť. Akce byla pro školy zdarma a získala si kladné hodnocení jak ze strany žáků, tak i učitelů. (Strnisková, D. In: Ročenka HIV/AIDS, 2011).

4.3 Dotazníková metoda

Ke sběru dat byla vybrána empirická metoda, sběr dat pomocí dotazníkové metody.

Dotazník vyplňovali respondenti anonymně. V úvodu dotazníku bylo uvedeno, jakým způsobem se má dotazník vyplňovat. Dotazník je přiložen v práci jako příloha 5.

Celkem bylo vyhodnoceno 907 dotazníků. Pokud v dotazníku byla nezodpovězená otázka, vyhodnotila se, jako odpověď nevím. Data byla vyhodnocena v tabulkovém editoru, z důvodu přehlednosti zjištěných výsledků.

Dotazník obsahoval základní otázky o respondentovi, tedy třídu, do níž dochází, pohlaví a věk. Otázky měly informační charakter a byly zapotřebí k vyhodnocení dat. Skládal se z 18 uzavřených strukturovaných otázek a jedné otázky polootevřené (v ní měli žáci uvést v jakém ročníku a předmětu se problematikou HIV/AIDS zabývali). Každá otázka měla výběr odpovědí z několika možností. Pokud nebylo v zadání otázky uvedeno jinak, žáci měli kroužkovat jednu odpověď.

Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník byl distribuován v rámci projektu „Hrou proti AIDS“ byly jakékoli nejasnosti či případné otázky vyplývající z dotazníku zodpovězeny peery programu. Tímto došlo k eliminaci možnosti, že by žáci nerozuměli zadání otázky, či se jim nedostalo odpovědi na otázku, jež je zajímavá.

5 VÝSLEDKY

V této části diplomové práce analyzuji a vyhodnocuji data získaná v dotazníkovém šetření.

5.1 Základní znalosti žáků o viru HIV a nemoci AIDS

V první sadě otázek se zaměřuji na to, zda žáci vědí, že zkratky HIV a AIDS nejsou synonyma – obě tyto celosvětově známé zkratky mají jiný význam. HIV znamená virus, co způsobuje nemoc známou jako AIDS. Dále zjišťuji, zda žáci znají možné cesty přenosu viru HIV. Poslední otázka zjišťuje, zda jsou si žáci vědomi smrtelného konce, když se HIV v těle infikovaného člověka dostane do stádia C, tedy do stádia AIDS.

První otázka mapovala, zda žáci rozlišují rozdíly ve významu zkratk viru HIV a nemoci AIDS. Otázka zněla: **Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?**

Tabulka 5a. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Odpověď	Chlapci				Chlapci celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Žádný, oba pojmy znamenají totéž.	45	25,7	35	12,6	80	17,7
2) HIV je virus, AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena.	100	57,1	214	77,3	314	69,5
3) AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena.	19	10,9	19	6,9	38	8,4
4) Nevím.	11	6,3	9	3,2	20	4,4
Celkem	175	100,0	277	100,0	452	100,0

Z výsledků vyplývá, že nejvíce správných odpovědí skrývajících se pod odpovědí 2) HIV je virus, AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena uvedlo 57,1 % chlapců 8. třídy a 77,3 % chlapců 9. třídy. V obou ročnících je tedy nejvíce zastoupená správná odpověď. 25,7 % chlapců 8. tříd uvedlo, že nevidí žádný rozdíl mezi zkratkami, obdobně tomu bylo i v 9. třídě, kde se odpověď 1) Žádný, oba pojmy znamenají totéž, také umístila na druhém místě s 12,6 %. Odpověď 4) Nevím uvedlo 6,3 % chlapců v 8. třídách a pouze

3,2 % chlapců 9. tříd. Z výsledků lze tedy konstatovat, že chlapci v 8. třídě, stejně tak v 9. třídě vědí o rozdílu ve významu zkratk. V 9. ročníku je úroveň znalostí vyšší než v 8. ročníku, což je patrné z vyšší četnosti správně udané odpovědi 2) HIV je virus, AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena a velmi nízkému procentu odpovědi 3) AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena a 4) Nevím, které se v 8. ročníku objevovaly častěji, jak ukazuje tabulka 5a.

Tabulka 5b. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Žádný, oba pojmy znamenají totéž.	38	19,9	18	6,8	56	12,3
2) HIV je virus, AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena.	136	71,2	233	88,3	369	81,1
3) AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena.	9	4,7	10	3,8	19	4,2
4) Nevím.	8	4,2	3	1,1	11	2,4
Celkem	191	100,0	264	100,0	455	100,0

Tabulka 5b. ukazuje, že 71,2 % dívek 8. tříd a 88,3 % dívek 9. tříd správně uvedlo odpověď 2) HIV je virus, AIDS je nemoc, která je virem způsobena. U dívek 8. tříd se v 19,9 % objevila chybná odpověď 1) Žádný, oba pojmy znamenají totéž. U dívek 9. tříd se tato chybná odpověď vyskytla pouze v 6,8 %. V 8. třídách odpověď nevědělo 4,2 %, na rozdíl od dívek 9. tříd, kde se odpověď 4) Nevím vyskytla jen v 1,1 %. Lze tedy konstatovat skutečnost, že dívky v 9. třídách mají lepší znalosti o rozdílu mezi významy zkratk HIV/AIDS, než dívky v 8. třídách.

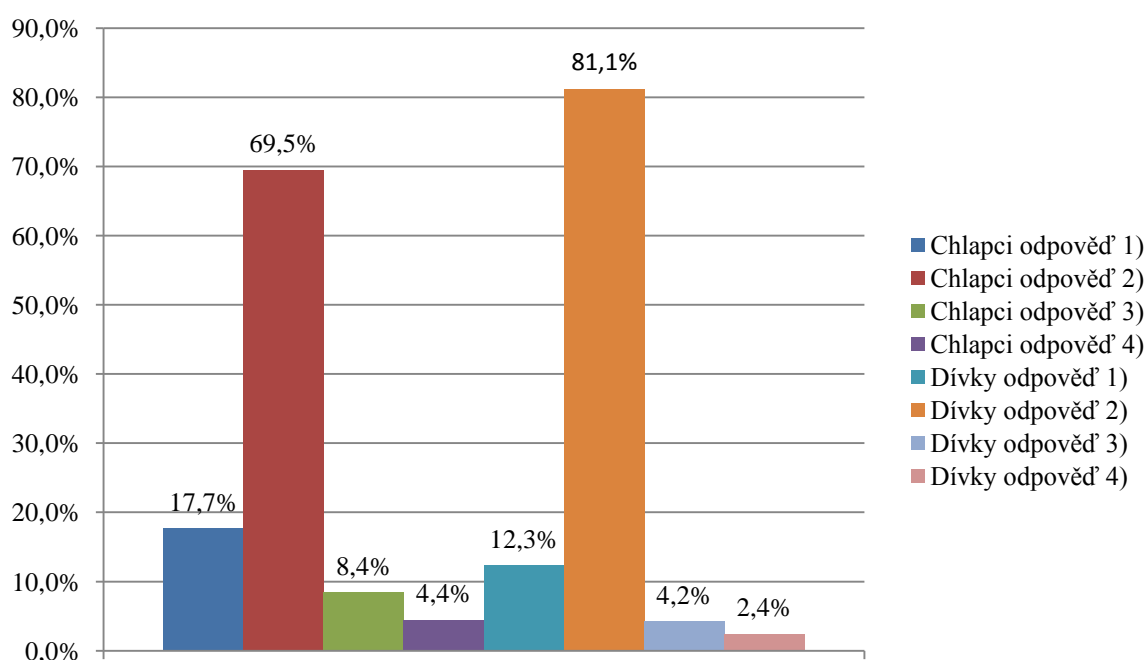
Správnou odpověď 2) HIV je virus, AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena, vybralo 75,3 % všech respondentů, což je 683 žáků. Pouze 3,4 % všech respondentů uvedlo, že odpověď neznají. 15 % respondentů uvedlo, že mezi významy zkratk není rozdíl a 6,3 % se mylně domnívá, že AIDS je virus a HIV nemoc, která je tímto virem způsobena.

Chlapci v 8. ročníku nejčastěji uváděli správnou odpověď 2, objevila se ve 100 případech (57,1 %), pouze 11 chlapců (6,3 %) nevědělo správnou odpověď. U dívek se také nejčastěji objevila správná odpověď 2 a to ve 136 případech (71,2 %), pouze 8 dívek (4,2 %) uvedlo, že odpověď neví.

V 9. ročníku byla situace obdobná. 214 (77,3 %) chlapců a 233 (88,3%) dívek uvedlo správnou odpověď. 9 chlapců (3,2 %) a 3 dívky (1,1 %) odpověď nevěděli. 18 dívek (6,8 %) a 35 chlapců (12,6 %) uvedli, že mezi zkratkami HIV a AIDS nejsou rozdíly.

Skutečnost, že nejvíce správných odpovědí uvedli dívky, dokazuje zobrazení na Grafu 1. Správnou odpověď 2) HIV je virus, AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena, dívky uvedly v 81,1 %, chlapci v 69,5 %. V Grafu je patrné, že dívky i chlapci nejméně uváděli odpověď 4) Nevím. Ta se u dívek vyskytla pouze ve 2,4 %, kdežto u chlapců tomu bylo ve 4,4 %. Rozdíl ve významech zkratk nevidí více chlapci, u nichž se odpověď vyskytla v 17,7 % na rozdíl od dívek, kde byla pouze ve 12,3 %.

Graf 1. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?



Skutečnost, že celkem 314 chlapců a 369 dívek uvedlo správnou odpověď, svědčí o skutečnosti, že žáci základních škol vědí o skutečnosti, že HIV a AIDS jsou rozdílné zkratky s jinými významy.

Další otázka mapovala znalosti žáků o tom, zda vědí, jak je možné se virem HIV nakazit. Zda si uvědomují, že bodnutí infikovaným hmyzem je např. dle Hájka (2004) bez rizika na rozdíl od nechráněného pohlavního styku, kde hrozí velké nebezpečí přenosu viru HIV. Uvědomují si žáci základních škol, že při běžném kontaktu jako je podání ruky, či užívání toalety nebo sprchy (za předpokladu dodržování hygienických pravidel) nehrozí nebezpečí nákazy virem HIV? U této otázky, jež zněla: **Virem HIV je možné se nakazit**, měli žáci možnost zakroužkovat maximálně 3 odpovědi.

Tabulka 6a. Virem HIV je možné se nakazit

Odpověď	Chlapci				Chlapci celkem	
	8. třída		9. třída		n	%
	n	%	n	%		
1) Bodnutím infikovaným hmyzem.	19	4,1	25	3,3	44	3,6
2) Líbáním.	32	7,0	39	5,1	71	5,8
3) Krevní transfuzí.	93	20,3	179	23,6	272	22,4
4) Nechráněným pohlavním stykem.	153	33,4	253	33,3	406	33,4
5) Podáním ruky.	3	0,7	4	0,5	7	0,6
6) Kýcháním, kašláním.	20	4,4	22	2,9	42	3,5
7) Používáním stejného WC a sprch.	10	2,2	10	1,3	20	1,6
8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů.	119	26,0	214	28,2	333	27,4
9) Kojením.	9	2,0	13	1,7	22	1,8
Celkem	458	100,0	759	100,0	1217	100,0

Chlapci v 8. třídě nejčastěji uváděli odpověď 4) Nechráněným pohlavním stykem. Uvedlo ji 33,4 % respondentů, nejméně frekventovanou odpovědí se stala odpověď 5) Podáním ruky, kterou uvedlo 0,7 % chlapců. V 9. třídě tomu bylo podobně, i zde se nejčastější odpovědí stala odpověď 4) Nechráněným pohlavním stykem se 33,3 % odpovědí, nejméně častou odpovědí se stala taktéž odpověď 5) uváděná 0,5% chlapci. Jak je vidět v tabulce 6a. výsledky jsou poměrně vyrovnané u obou ročníků. Malé rozdíly nalézáme ve výsledcích u otázek 6) Kýcháním, kašláním, 7) Používáním stejného WC a sprch, 9) Kojením. Tyto odpovědi více uváděli chlapci 8. ročníků. Chlapci 9. ročníků si více uvědomují riziko přenosu viru pomocí kontaminovaných injekčních stříkaček, které uvedli ve 28,2 %, u chlapců 8. tříd se tato odpověď vyskytla ve 26 %. Díky těmto

zjištěním lze konstatovat fakt, že chlapci 9. ročníků mají větší znalosti v možnostech přenosu viru HIV na jinou osobu, než chlapci 8. ročníků.

Tabulka 6b. Virem HIV je možné se nakazit

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Bodnutím infikovaným hmyzem.	15	3,0	8	1,1	23	1,9
2) Líbáním.	22	4,4	36	4,9	58	4,7
3) Krevní transfuzí.	100	20,2	168	23,0	268	21,9
4) Nechráněným pohlavním stykem.	177	35,7	250	34,3	427	34,9
5) Podáním ruky.	4	0,8	6	0,8	10	0,8
6) Kýcháním, kašláním.	7	1,4	19	2,6	26	2,1
7) Používáním stejného WC a sprch.	7	1,4	12	1,6	19	1,6
8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů.	154	31,0	218	29,9	372	30,4
9) Kojením.	10	2,0	12	1,6	22	1,8
Celkem	496	100,0	729	100,0	1225	100,0

Dívky 8. tříd (35,7 %) stejně tak dívky 9. tříd (34,3 %) nejčastěji uváděli správnou odpověď 4) Nechráněným pohlavním stykem. Dívky v 8. ročníku spatřují větší nebezpečí ve sdílení kontaminovaných jehel než dívky 9. ročníků. Tuto skutečnost můžeme vidět v tabulce 6b., kde je uvedeno, že odpověď 8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů uvedlo 31% dívek v 8. třídách a 29,9 % v 9. třídách. Z výsledků dále vyplývá, že dívky 9. ročníků se více obávají možného přenosu pomocí líbání (4,9 %) a kýcháním a kašláním (2,6 %) než dívky 8. ročníků. Dívky 8. ročníků se více než dívky v 9. ročníku obávají možného přenosu viru HIV bodnutím infikovaného hmyzu (3 %) a kojením (2 %). U obou ročníků se velmi často objevoval přenos krevní transfuzí, a to ve 20,2 % u dívek 8. ročníků a 23 % u dívek 9. ročníků.

Nejčastěji žáci kroužkovali odpověď 4) Nechráněným pohlavním stykem a to ve 34,1 %. Odpověď 8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů uvedlo 28,9 % respondentů. Třetí nejčastěji uváděnou odpovědí se stala se 22,1 % odpověď

3) Krevní transfúzí. **Nejméně frekventovaná byla odpověď 5) Podáním ruky. Uvedlo ji pouze 0,7 % respondentů.**

V 8. ročníku se nejčastěji – u 153 chlapců (33,4 %) a 177 dívek (35,7 %) vyskytla odpověď 4) Nechráněným pohlavním stykem. Následovala odpověď 8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů, tu uvedlo 119 chlapců (26 %) a 154 dívek (31%). 100 dívek (20,2 %) a 93 chlapců (20,3 %) zvolilo odpověď krevní transfúzí. 32 chlapců (7 %) a 22 dívek (4,4 %) se domnívá, že virem HIV je možné se nakazit líbáním. 19 chlapců (4,1 %) a 15 dívek (3 %) považuje za rizikové bodnutí infikovaným hmyzem. 20 chlapců (4,4 %) a 7 dívek (1,4 %) považuje za možnou cestu přenosu kýchání a kašláním. 10 chlapců (2,2%) a 7 dívek (1,4 %) by se obávalo používání stejného WC a sprchy, jelikož je považuje za možnou cestu přenosu. Kojení jako cestu přenosu považuje za možnou 9 chlapců (2 %) a 10 dívek (2 %). Jako nejméně frekventovaná odpověď se ukázala odpověď 5) Podáním ruky, kde by se 3 chlapci (0,7 %) a 4 dívky (0,8%) báli možnosti přenosu viru HIV.

V 9. ročníku se nejvíce frekventovanou stala taktéž odpověď 4) Nechráněným pohlavním stykem a to u 253 chlapců (33,3 %) a 250 dívek (34,3 %). Následovala odpověď 8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů, kterou uvedlo 214 chlapců (28,2 %) a 218 dívek (29,9 %). Třetí nejčastější odpovědí se stala odpověď 3) Krevní transfúzí, již uvedlo 179 chlapců (23,6%) a 168 dívek (23 %). 39 chlapců (5,1 %) a 36 dívek (4,9 %) považuje za možnou cestu přenosu líbání. 25 chlapců (3,3 %) a pouze 8 dívek (1,1 %) považuje bodnutí infikovaným hmyzem za možnou cestu přenosu. Používání stejného WC a sprch za možnou cestu přenosu považuje 10 chlapců (2 %) a 12 dívek (1,6 %). 13 chlapců (1,7 %) a 12 dívek (1,6 %) zakroužkovalo, že jako možná cesta přenosu je i cesta kojením. Jako nejméně uváděná odpověď, stejně jako u respondentů z 8. ročníků, se stala odpověď 5) Podáním ruky. Tu uvedli pouze 4 chlapci (0,5 %) a 6 dívek (0,8 %).

I u této otázky se ověřila poměrně dobrá znalost žáků základních škol o možných cestách přenosu. Jednoznačně vedla odpověď, že je možné se nakazit nechráněným pohlavním stykem, za ní skončilo sdílení kontaminovaných jehel. Je ale zajímavé, že 22,1 % žáků se domnívá, že je možné se nakazit krevní transfúzí. Otázkou zůstává, zda žáci, vědí, že od roku 1978 je každá odebraná krev testována na přítomnost viru HIV

či nikoliv a z tohoto důvodu by krevní transfúze neměla být potencionální hrozba. Je možné, že mylné povědomí může být způsobeno neznalostí, nebo podobnými zprávami jako vyšla v Blesku 2. října 2011 s titulkem – Mladíkovi (21) dali krev nakaženou HIV. První případ na Slovensku (www.blesk.cz).

Nadmíru dobrý se jeví málo procentní výskyt odpovědí u možnosti přenosu sociálním kontaktem, jako je podání ruky, kýchním, sdílením stejné toalety či sprchy.

Respondenti byli tázáni otázkou: **Lze AIDS vyléčit?** i na to, zda si uvědomují, že AIDS je smrtelná nemoc. Je totiž třeba upozorňovat na to, že sice existují léky a existují rady HIV pozitivním osobám, jak se lépe s nemocí vyrovnat a jak s virem žít tak, aby se nezhoršoval jejich zdravotní stav.

I přes pokrok v medicíně a laboratorním vývoji různých léků a vakcín je stále AIDS smrtelná nemoc a i přes všechny doporučení a mnohdy i přání se nedá vyléčit. Musíme mít na paměti, že správnou životosprávou a dodržováním lékařských rad můžeme život zkvalitnit a „prodloužit“, ale stále AIDS nemůžeme vyléčit. Můžeme jen doufat, že se již nebude opakovat zpráva pocházející z Velké Británie, jež obletěla svět. Jednalo se o to, že církev řekla v kostele věřícím, že je Bůh vyléčil – mezi nimi bylo minimálně 6 lidí nakažených HIV, všichni zemřeli (www.novinky.cz).

Tabulka 7a. Lze AIDS vyléčit?

Odpověď	Chlapci				Chlapci	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Ano.	39	22,3	30	10,8	69	15,3
2) Ne.	121	69,1	220	79,4	341	75,4
3) Nevím.	15	8,6	27	9,7	42	9,3
Celkem	175	100,0	277	100,0	452	100,0

79,4 % chlapců 9. tříd správně uvedlo, že AIDS se vyléčit nedá. Tuto odpověď nejčastěji uváděli i žáci 8. ročníků a to v 69,1 %. Nicméně poměrně vysoká byla i uváděná odpověď 1) Ano u chlapců 8. tříd, uvedlo ji 22,3 %. I v 9. třídách byla tato odpověď velmi často udávaná a to v 10,8 % odpovědí, ale i přes to, byla tato odpověď méně frekventovaná, než v 8. třídách.

Tabulka 7b. Lze AIDS vyléčit?

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Ano.	29	15,2	26	9,8	55	12,1
2) Ne.	138	72,3	216	81,8	354	77,8
3) Nevím.	24	12,6	22	8,3	46	10,1
Celkem	191	100,0	264	100,0	455	100,0

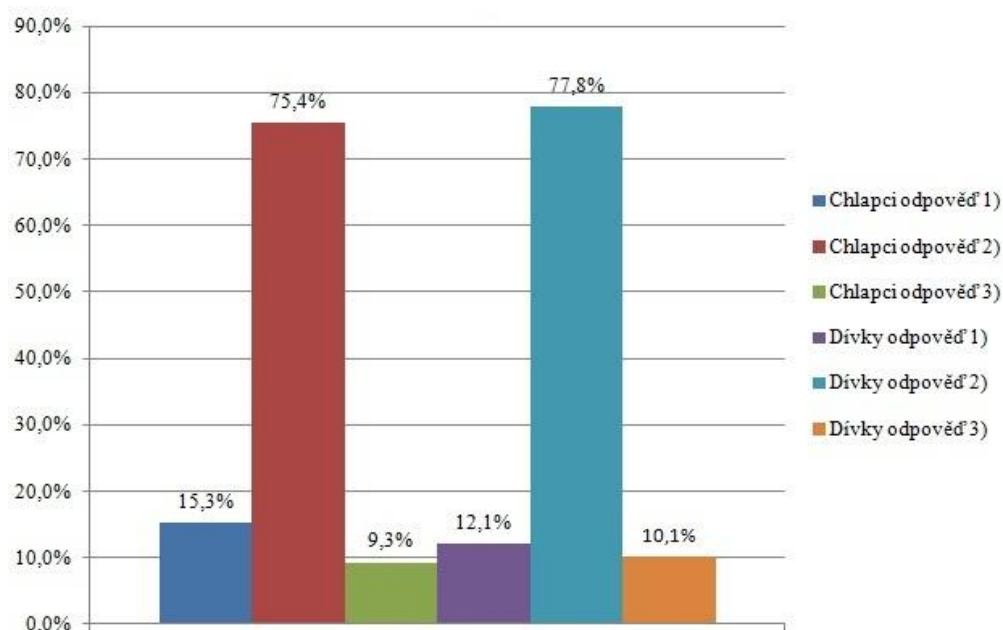
Dívky v 9. třídách nejčastěji uváděly správnou odpověď 2) Ne a to v 81,8 %. I u dívek 8. tříd se tato odpověď stala nejvíce udávanou a to v 72,3 %. Větší procento zastoupení měla odpověď 1) Ano u dívek 8. tříd, kde ji uvedlo 15,2 %, na rozdíl od dívek 9. tříd, kde se odpověď vyskytla pouze v 9,8 %. Odpověď neznalo 12,6 % dívek 8. ročníků a 8,3 % dívek 9. ročníků. Můžeme tedy konstatovat, že dívky 9. ročníků jsou si více vědomi faktu, že AIDS je smrtelná, nevyléčitelná nemoc, než dívky 8. ročníků.

Správnou odpověď 2) Ne uvedlo 341 chlapců a 354 dívek, tedy 695 respondentů tvořících celkem 76,6 % souboru. 13,7 %, tedy 124 respondentů, se domnívá, že AIDS vyléčit lze.

V 9. ročníku uvedlo správnou odpověď 220 chlapců (79,4 %) a 216 dívek (81,8 %). 30 chlapců (10,8 %) a 26 dívek (9,8 %) se domnívá, že AIDS vyléčit lze. Téměř stejně, tedy 27 chlapců (9,7 %) a 22 dívek (8,3 %), odpověď nezná.

V 8. ročníku je situace obdobná, 39 chlapců (22,3 %) a 29 dívek (15,2%), považuje AIDS za vyléčitelnou nemoc. 15 chlapců (8,6 %) a 24 dívek (12,6 %) neví, zda se AIDS dá vyléčit. 121 chlapců (69,1 %) a 138 dívek (72,3 %) uvedlo, že AIDS je nevyléčitelná nemoc.

Graf 2. Lze AIDS vyléčit?



Jak lze vidět v grafu 2., dívky i chlapci jsou velmi vyrovnaní a vědí, že AIDS je nevyléčitelná nemoc. I ostatní odpovědi jsou mezi dívkami a chlapci vyrovnané, nepatrný rozdíl je u odpovědi 1) Ano, kterou více uváděli chlapci. Dívky mají naopak nepatrně vyšší procento odpovědí nevím.

I tato otázka odhalila skutečnost, že žáci jsou sice informováni a jsou si vědomi faktu, že AIDS je smrtelná, nevyléčitelná nemoc. Ale 23,4 % žáků se projevuje jako poměrně vysoké číslo těch, kteří se buď domnívají, že AIDS vyléčit lze, nebo neví, zda ano či nikoli.

O tom jak definitivní rozsudek je diagnóza HIV svědčí i předpověď světové zdravotnické organizace (WHO), která předpovídala v roce 2008, že případy úmrtí na AIDS budou vrcholit v roce 2012. Dle předpovědi stoupne úmrtí na AIDS o 0,2 milionu více, než se očekávalo pro rok 2008, tedy na 2,4 milionu. Dřívější odhady byly sníženy pro upřesnění počtu nemocných. I přes předpokládaný pokrok v léčbě nemají počty zemřelých klesat nějak rychle. V roce 2030 bude pravděpodobně ročně umírat asi 1,2 milionu lidí na AIDS (www.aidsblog.ihelpdesk.cz).

5.2 Ochrana před virem HIV

Většina českých i zahraničních výzkumů svědčí o změnách, jež se udály v posledních desetiletích. Projevují se ve změně chování lidí a souvisejí se změnami sexuální morálky. Tyto změny v sexuálním chování lze shrnout jako posouvání zahájení pohlavního života do nižších věkových kategorií, zvyšování věku prvního sňatku, nárůst počtu sexuálních partnerů, nárůst předmanželských sexuálních partnerů, zvyšování počtu adolescentů začínající se sexuálním životem před zákonným věkem a odpovědnější antikoncepční chování i vyšší počet pravidelných uživatelů kondomů (Weiss; Zvěřina, 2001).

Příkladem změny sexuální morálky může být příběh Wilta Chamberlaina. Tento basketbalista napsal knihu, v níž prohlásil, že spal s více než dvaceti tisíci ženami – denní průměr 1,2 žen. Sportovní noviny otiskly sloupek, kde se o prohlášení mluvilo jako o žertu, ale takové chování už není zábavné a ve skutečnosti nikdy nebylo. Pár dní na to, jiný skvělý basketbalista, Magic Johnson, oznámil, že má virus HIV. Dostal ho a patrně i předal proto, že se choval stejně jako Wilt Chamberlain. Cesta, která měla vést k radostnému sexu, vedla ke smrti (Stafford, 1996).

Následující sada otázek zjišťuje, zda žáci základních škol znají nejčastější způsob přenosu viru HIV. V případě, že znají nejčastější způsob přenosu, jsou si vědomi toho, že by se během sexuálního styku mohli či měli chránit? V neposlední řadě zjišťují, zda vědí, kdy je správná doba jít na test na HIV po rizikovém chování. Cílem je zjistit, zda se žáci chovají či budou chovat ve svém sexuálním životě zodpovědně, jelikož mají dostatečné a správné informace.

První otázka zněla: **Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje** a měla za úkol zjistit, jaký způsob přenosu HIV žáci považují za nejčastější. Tedy zda jsou si vědomi nebezpečí, které se skrývá v různých možnostech přenosu. Mnoho odborníků uvádí (např. Rozsypal, Montagnier, Hájek, Svoboda), že nejčastější způsob přenosu a tedy nejvíce rizikové chování pro přenos a nakažení se virem HIV je prostřednictvím nechráněného pohlavního styku.

Tabulka 8a. Nejčastější způsob přenosu HIV

Odpověď	Chlapci				Chlapci celkem	
	8. třída		9. třída		n	%
	n	%	n	%		
1) Transfúzí krve.	7	4,0	9	3,2	16	3,5
2) Nechráněným pohlavním stykem.	138	78,9	221	79,8	359	79,4
3) Injekčním užíváním drog.	27	15,4	45	16,2	72	15,9
4) Libáním.	3	1,7	1	0,4	4	0,9
Neodpovědělo	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Celkem	175	100,0	277	100,0	452	100,0

Jak v 8. třídě, tak v 9. třídě se nejčastěji vyskytla odpověď 2) Nechráněným pohlavním stykem, a to v 78,9 % chlapců 8. tříd a 79,8 % chlapců 9. tříd. Výraznější rozdíl, jak ukazuje tabulka 8a. se projevil u odpovědi 4) Libáním, kdy tuto odpověď uvedlo 1,7 % chlapců 8. tříd, ale pouze 0,4 % chlapců 9. tříd. Chlapci 8. tříd se více obávají přenosu pomocí krevní transfuze, kdy byla tato odpověď uvedena u 4 % chlapců. V 9. třídách se objevila v 3,2 %. Otázka byla zodpovězena u všech respondentů z 8. tříd, v 9. třídách jeden respondent neodpověděl. Z výsledků vyplývá, že znalosti jsou u chlapců 8. tříd a 9. tříd srovnatelné, jediný výraznější rozdíl je v odpovědi 4) Libáním.

Tabulka 8b. Nejčastější způsob přenosu HIV

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída		n	%
	n	%	n	%		
1) Transfúzí krve.	3	1,6	7	2,7	10	2,2
2) Nechráněným pohlavním stykem.	164	85,9	234	88,6	398	87,5
3) Injekčním užíváním drog.	23	12,0	23	8,7	46	10,1
4) Libáním.	0	0,0	0	0,0	190	41,8
Neodpovědělo	1	0,5	0	0,0	1	0,2
Celkem	191	100,0	264	100,0	455	100,0

U dívek se nejčastější odpovědí stala odpověď 2) Nechráněným pohlavním stykem. A to jak u dívek 8. ročníků (85,9 %), tak u dívek 9. ročníků (88,6 %). Dívky 9. tříd se více obávají možného přenosu transfúzí krve, odpověď uvedlo 2,7 % dívek, v 8. třídě to bylo

pouze 1,6 % dívek. Významnější rozdíl nastal u odpovědi 3) Injekčním užíváním drog, kterou uvedlo 12 % dívek 8. tříd, ale pouze 8,7 % dívek 9. tříd. Pozoruhodné je, že odpověď 4) Líbáním neuvedla ani jedna dívka z žádné třídy.

83,5 % žáků, tedy 359 chlapců a 369 dívek (celkem 757 respondentů) považuje za nejčastější cestu přenosu cestu nechráněného pohlavního styku.

Svědectví o tom, že sexuální cesta přenosu je nejvíce frekventovaná, svědčí i varování odborníků související s nadcházejícím mistrovstvím Evropy ve fotbale v Polsku. Zde budou mít vybraní lékaři, úředníci nebo členové nevládních organizací během EURA 2012 za úkol varovat fanoušky před možnou nákazou virem HIV při sexu s prostitutkami. Osvětová kampaň zaměřená především na zahraniční fanoušky zahrnuje i rozdávání letáků a kondomů na letištích, nádražích a také stadionech (www.rozhlas.cz).

Neméně důležité je myslet i na jiné sexuálně přenosné nemoci, což potvrzuje Weiss a Zvěřina (2001), kteří vyjadřují názor, že nebezpečí přenosu sexuálně přenosných chorob u nás je podceňováno více než přenos HIV/AIDS. Výskyt sexuálně přenosných chorob byl u nás až do otevření hranic poměrně nízký, poté se v některých oblastech a regionech meziroční nárůst zachycení syfilidy a kapavky zvýšil až o 250 %.

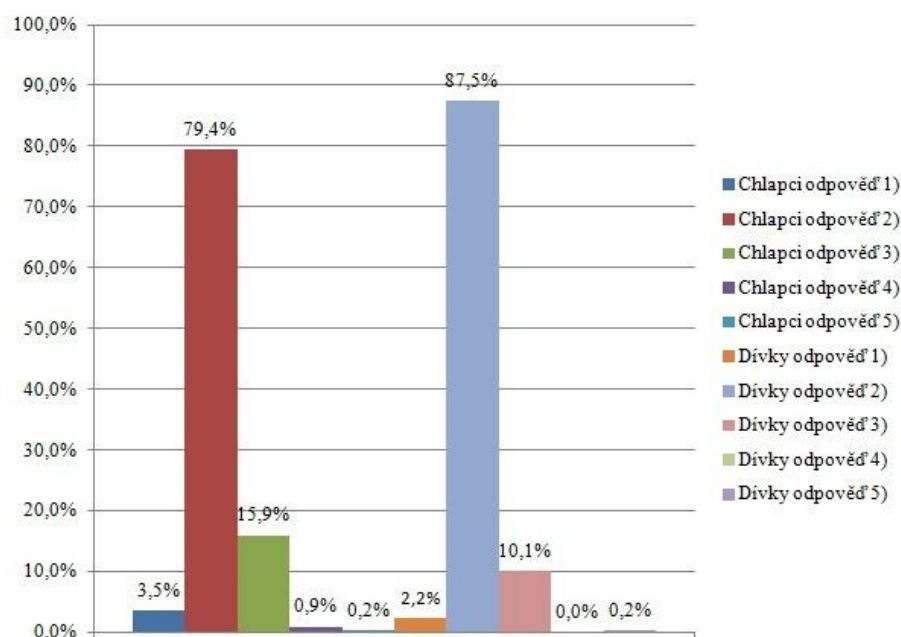
U žáků 9. ročníků se nejčastěji jak u chlapců, tak i u dívek objevovala odpověď 2) Nechráněným pohlavním stykem a to u 221 chlapců (79,8 %) a 234 dívek (88,6 %). Pouze jeden chlapec uvedl, že nejčastější cesta přenosu je líbáním, u dívek se tato odpověď nevyskytla. 9 chlapců (3,2 %) a 7 dívek (2,7 %) považuje za nejvíce rizikové transfúzi krve. 45 chlapců (16,2 %) a 23 dívek (8,7 %) považuje injekční užívání drog jako nejrizikovější faktor přenosu viru HIV.

U žáků v 8. ročníku je situace obdobná. 138 chlapců (78,9 %) a 164 dívek (85,9 %) uvedlo, že nejvíce rizikový je nechráněný pohlavní styk. 27 chlapců (15,4 %) a 23 dívek (12 %) považuje za nejvíce rizikové injekční užívání drog. Jako nejčastější způsob přenosu HIV považuje 7 chlapců (4 %) a 3 dívky (1,6 %) transfúzi krve. 3 chlapci (1,7 %) považují líbání za nejčastější cestu přenosu, u dívek se tato odpověď nevyskytla. 1 dívka odpověď neuvedla vůbec.

83,5 % respondentů uvedlo správnou odpověď 2) Nechráněným pohlavním stykem, což svědčí o dobré informovanosti mezi žáky. Jako druhá nejčastější cesta přenosu je

považováno u 13 % respondentů injekční užívání drog, které je poměrně dosti rizikové. Zejména pokud se narkomani dělí o své „nádobíčko“. Třetí nejfrekventovanější odpovědí byla krevní transfúze, uvedlo ji celkem 2,9 % respondentů. Za nejméně rizikové žáci dle četnosti odpovědí považují líbání (0,4 %), u kterého dle odborníků nehrozí téměř žádné nebezpečí.

Graf 3. Nejčastější způsob přenosu HIV



Graf 3. názorně ukazuje převládající odpověď 2) Nechráněným pohlavním stykem, jak u dívek, tak u chlapců. U dívek se tato správná odpověď vyskytovala častěji. Rozdílné hodnoty vidíme i u odpovědi 3) Injekčním užíváním drog, kde 15,9 % chlapců uvedlo tuto odpověď na rozdíl od dívek, kde se odpověď vyskytla pouze v 10,1 %.

Valná většina žáků základních škol si uvědomuje, že nejčastější cesta přenosu viru HIV se uskutečňuje prostřednictvím nechráněného pohlavního styku. I poměrně velká četnost odpovědí, že nejčastější cesta přenosu je při injekčním užívání drog ukazuje na skutečnost, že si žáci uvědomují rizika spojená s tímto způsobem braní drog. Necelé jedno procento žáků se domnívá, že nejčastější způsob přenosu je líbáním, na čemž je pozoruhodné, že tuto odpověď uvedli pouze chlapci a to 3 v 8. ročníku a 1 v 9. ročníku. U dívek se tato odpověď nevyskytla.

U žáků základních škol se zjišťovalo i povědomí o tom, jakým prostředkem se mohou chránit při pohlavním styku otázkou: **Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží?** Je totiž nesmírně důležité vědět, jakým způsobem se můžeme chránit, zejména, vezmeme-li v úvahu, že pohlavní styk je považován za nejvíce rizikový, co se cesty přenosu HIV týče. Z tohoto důvodu je až nezbytná znalost žáků o možnosti správném použití kondomu, anebo femidomu.

Dle slov Stafforda (1996) naše sexuální scéna díky AIDS vystřízlivěla. **Kondomy, dříve chránící před početím, dnes chrání před smrtí.** Sexuální promiskuita už není zábavná, je potřeba prosadit „bezpečný“ sex. (Stafford, 1996).

Pokud se zamyslíme nad jeho slovy, až směšně a ironicky dle mého názoru zní zpráva, jež proběhla médii a týká se pornoprůmyslu. V Deníku.cz vyšla 8. 3. 2012 zpráva obsahující sdělení, že pornoprůmysl v Los Angeles je ohrožen díky novému nařízení, jež určuje nutnost používat u sexuálních scén kondomy. Opatření by jim snížilo zisky, jelikož lidé se nechtějí dívat na filmy, kde se používají kondomy (www.denik.cz).

Tabulka 9a. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží?

Odpověď	Chlapci				Chlapci celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Kondom.	166	94,9	268	96,8	434	96,0
2) Hormonální antikoncepce.	1	0,6	3	1,1	4	0,9
3) Lubrikační gel.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4) Neexistuje ochrana.	5	2,9	4	1,4	9	2,0
Neodpovědělo	3	1,7	2	0,7	5	1,1
Celkem	175	100,0	277	100,0	452	100,0

Chlapci 8. tříd nejčastěji uváděli odpověď 1) Kondom a to v 94,9 %. Podobně tomu bylo u chlapců 9. tříd, kde se tato odpověď vyskytla o malinko častěji, u 96,8 % odpovědí. Zajímavé je, že více chlapců 9. tříd přesněji 1,1 % uvedlo chybnou odpověď 2) Hormonální antikoncepci. Tato odpověď se vyskytla i u chlapců 8. ročníků, ale měla menší výskyt a to 0,6 %. Výraznější rozdíl je u odpovědi 4) Neexistuje ochrana, kterou uvedlo 2,9 % chlapců 8. tříd a pouze 1,4 % chlapců 9. tříd, jak je vidět v tabulce 9a.

Tabulka 9b. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží?

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Kondom.	175	91,6	256	97,0	431	94,7
2) Hormonální antikoncepce.	4	2,1	4	1,5	8	1,8
3) Lubrikační gel.	0	0,0	1	0,4	1	0,2
4) Neexistuje ochrana.	10	5,2	2	0,8	12	2,6
Neodpovědělo	2	1,0	1	0,4	3	0,7
Celkem	191	100,0	264	100,0	455	100,0

97 % dívek 9. tříd uvedlo správnou odpověď 1) Kondom. Dívky 8. ročníků správnou odpověď uvedly taktéž nejčastěji, nicméně správná odpověď byla méně frekventovaná, objevila se u 91,6 % dívek. Velký rozdíl je u otázky 4) Neexistuje ochrana, kdy dívky 8. tříd tuto odpověď uvedly v 5,2 % odpovědí na rozdíl od dívek 9. tříd, kde se objevovala pouze v 0,8 %, což svědčí o lepší informovanosti dívek 9. tříd. Taktéž 2,1 % odpovědí, že hormonální antikoncepce chrání před nákazou virem HIV u dívek 8. tříd a pouze 1,5 % této odpovědi u dívek 9. třídy potvrzuje o lepší informovanost starších dívek.

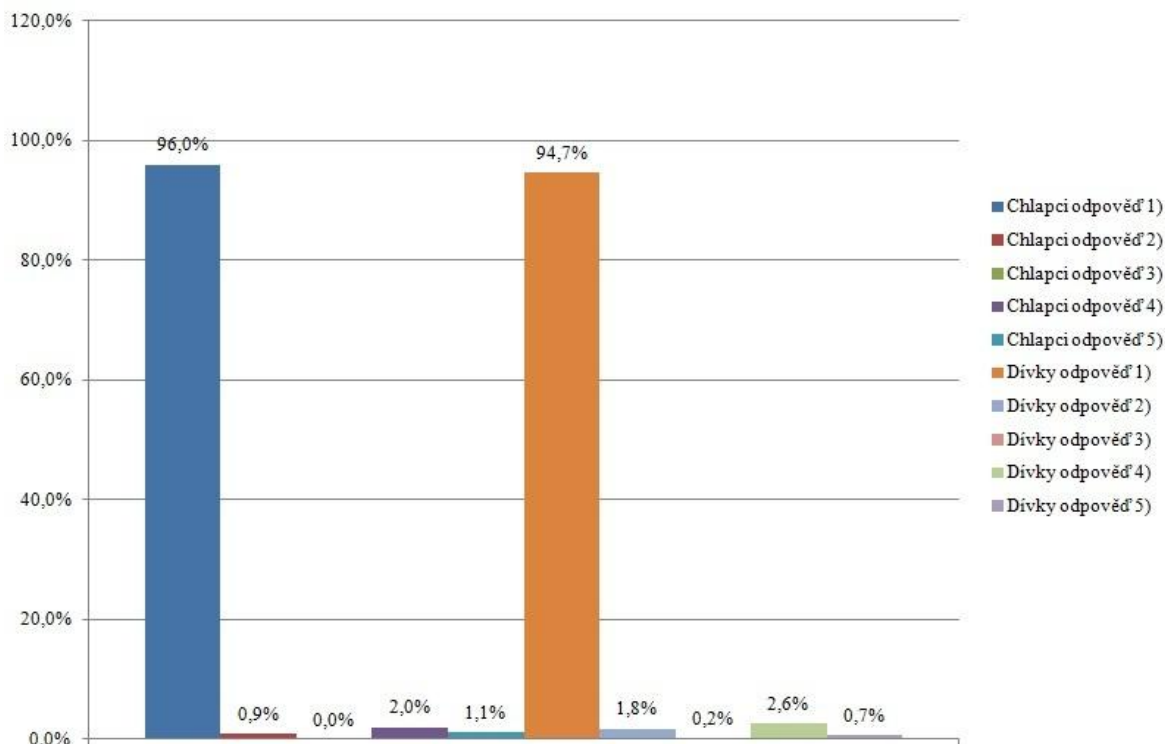
Téměř všichni respondenti uvedli správnou odpověď 1) Kondom. Kondom zakroužkovalo celkem 865 respondentů, kteří tvoří 95,4 % celého souboru. 21 respondentů (2,3 % žáků) se domnívá, že neexistuje žádná ochrana. 1,3 % respondentů uvedlo jako vhodnou ochranu hormonální antikoncepci a 0,1 % lubrikační gel.

V 8. ročníku uvedlo kondom 166 chlapců (94,9 %) a 175 dívek (91,6 %). 5 chlapců (2,9 %) a 10 dívek (5,2 %) uvedlo, že neexistuje ochrana. 4 dívky (2,1 %) a pouze 1 (0,6 %) chlapec považují za ochranu před nákazou virem HIV hormonální antikoncepci. Lubrikační gel se neobjevil jako možná ochrana jak u chlapců, tak u dívek. 3 chlapci (1,7 %) a 2 dívky (0,7 %) neuvěřli odpověď.

V 9. ročníku byly odpovědi téměř podobné, 268 chlapců (96,8 %) a 256 dívek (97 %) uvedlo, že při pohlavním styku slouží jako ochrana před nákazou virem HIV kondom. 3 chlapci (1,1 %) a 4 dívky (1,5 %) považují za ochranu před virem HIV hormonální antikoncepci. 4 chlapci (1,4 %) a 2 dívky (0,8 %) se domnívají, že neexistuje žádná

ochrana. Pouze jedna dívka považuje lubrikační gel za vhodnou ochranu při pohlavním styku. 2 chlapci (0,7 %) a 1 dívka (0,4 %) na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 4. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží



Z grafu 4. je jasně patrné, že jak u chlapců (v 96 %), tak i u dívek (94,7 %) byla nejčastěji uváděnou odpovědí 1) Kondom. U chlapců se nevyskytla odpověď 3) Lubrikační gel vůbec, u dívek v 0,2 % odpovědích.

Téměř všichni respondenti uvedli správně, že kondom chrání při pohlavním styku před nákazou virem HIV. Jako ne příliš vysoké číslo se může jevit 21 žáků myslících si, že neexistuje žádná ochrana před virem HIV. Nicméně tato skutečnost je to poměrně riziková. Stejně tak je tomu i u 12 žáků domnívajících se, že hormonální antikoncepce jim poskytne ochranu.

Velmi důležité, ne-li nezbytné, je vědět, kdy je správná doba jít po rizikovém chování, jako je například nechráněný sexuální styk, na test. Tato znalost je velmi důležitá vzhledem ke skutečnosti, že pokud přijdeme brzo, test nám buď neudělají, nebo může vyjít s chybným výsledkem. A pokud bychom přišli pozdě, může se stát, že díky své nevědomosti můžeme ohrozit nebo dokonce nakazit někoho jiného. Otázka zjišťující, zda žáci vědí, kdy je správná doba jít na test po rizikovém chování, zněla následovně: **Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?**

Díky spolupráci České společnosti AIDS pomoc o. s. (AIDS poradna V Domě světla v Praze) a RNDr. Zdeňkem Čecháčkem, s. r. o. se v rámci projektu „Bezplatné a anonymní testování na HIV infekci v Jihomoravském kraji“ otevírá v Brně HIV testovací centrum. Centrum přibýlo k těm v Praze a Ostravě. Dostupnost testování v Jihomoravském a Moravskoslezském kraji je plně zajištěna (www.colourplanet.cz (2)).

Tabulka 10a. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?

Odpověď	Chlapci				Chlapci celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Hned následující den.	76	43,4	96	34,7	172	38,1
2) Za týden.	33	18,9	47	17,0	80	17,7
3) Za měsíc.	13	7,4	31	11,2	44	9,7
4) Za 2-3 měsíce.	6	3,4	37	13,4	43	9,5
5) Kdykoli.	36	20,6	54	19,5	90	19,9
6) Nikdy. Neexistuje žádný test na HIV.	4	2,3	2	0,7	6	1,3
Neodpovědělo	7	4,0	10	3,6	17	3,8
Celkem	175	100,0	277	100,0	452	100,0

Chlapci 8. tříd stejně tak i chlapci 9. tříd nejčastěji uváděli chybnou odpověď 1) Hned následující den, jak je patrné z tabulky 10a. V 8. třídách tomu bylo ve 43,4 %, v 9. třídách v 34,7 %, což svědčí o skutečnosti, že to sice byla nejčastější chybná odpověď, avšak uváděná u starších ročníků v menším procentu. Druhá nejčastější odpověď 5) Kdykoli uvedlo také více chlapců 8. ročníků a to ve 20,6 %, žáci 9. tříd v 19,5 %. Správnou odpověď 4) Za 2-3 měsíce uvedlo také více chlapců 9. tříd (13,4 %), rozdíl od chlapců 8. tříd byl poměrně obrovský. Ti správnou odpověď uvedli pouze ve 3,4 %. O tom, že chlapci 9. tříd vědí o této otázce více než chlapci 8. tříd svědčí skutečnost, že 2,3 %

chlapců 8. tříd se domnívá, že neexistuje test na HIV, na rozdíl od 0,7 % těchto odpovědí u chlapců 9. tříd.

Tabulka 10b. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Hned následující den.	73	38,2	88	33,3	161	35,4
2) Za týden.	44	23,0	32	12,1	76	16,7
3) Za měsíc.	12	6,3	50	18,9	62	13,6
4) Za 2-3 měsíce.	14	7,3	38	14,4	52	11,4
5) Kdykoli.	43	22,5	52	19,7	95	20,9
6) Nikdy. Neexistuje žádný test na HIV.	0	0,0	2	0,8	2	0,4
Neodpovědělo	5	2,6	2	0,8	7	1,5
Celkem	191	100,0	264	100,0	455	100,0

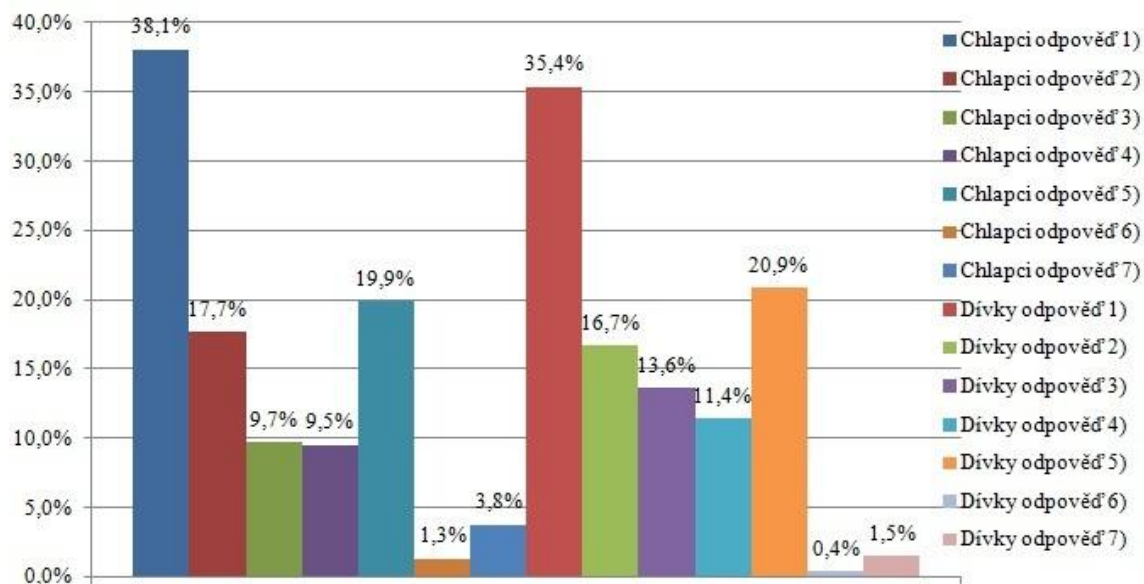
Dívky 8. tříd stejně tak i dívky 9. tříd chybně nejčastěji uváděly odpověď 1) Hned následující den. Bylo to 38,2 % dívek 8. tříd a 33,3 % dívek 9. tříd. Nicméně méně často se chybná odpověď vyskytovala u starších dívek. Velký rozdíl se objevil v odpovědi 3) Za měsíc, kterou uvedlo 6,3 % dívek z 8. tříd a 18,9 % dívek 9. tříd. Dívky 9. tříd méně často (12,1 %) uváděly chybnou odpověď 2) Za týden, dívky 8. ročníků tuto odpověď uvedly ve 23 % odpovědí. Pozoruhodné dále je, že dívky 9. tříd se v 0,8 % domnívají, že neexistuje test na HIV, u dívek 8. tříd se tato odpověď nevyskytla. Správnou odpověď 4) Za 2-3 měsíce uvedlo 14,4 % dívek 9. tříd a pouze 7,3 % dívek 8. tříd. Jak vyplývá z výsledků, nedá se jednoznačně říci, že by dívky 9. ročníků byly v této otázce lepší, než dívky 8. ročníků, nicméně je nutné přihlídnout ke skutečnosti, že správnou odpověď uvedlo více dívek 9. tříd. Výsledky dívek ukazuje tabulka 10b.

Celkem 36,7 % tedy 333 respondentů uvedlo nesprávnou odpověď 1) Hned následující den. Druhá nejčastější odpověď, kterou zakroužkovalo 20,4 % (185 respondentů) byla odpověď 5) Kdykoli. Třetí nejčastější odpovědí se stala odpověď 2) Za týden se 17,2 % (156 respondentů), 11,7 % tedy 106 respondentů uvedlo, že by se nechalo testovat za měsíc po rizikovém chování. **Správnou odpověď 4) Za 2-3 měsíce uvedlo pouze 95 respondentů, tedy 10,5 %.** Nikdy by se nešlo testovat 0,9 % respondentů, což je 8 žáků z celého souboru.

V 8. ročníku se nejčastěji vyskytovala odpověď 1) Hned následující den, tu uvedlo 76 chlapců (43,3%) a 73 dívek (38,2 %). 36 chlapců (20,6 %) a 43 dívek (22,5 %) by na test šlo kdykoli. Za týden by šlo na test 33 chlapců (18,9 %) a 44 dívek (23 %). Odpověď 3) Za měsíc se vyskytla u 13 chlapců (7,4 %) a 12 dívek (6,3 %). 6 chlapců (3,4 %) a 14 dívek (7,3 %) by šlo na test ve správné době, tedy 2-3 měsíce po rizikovém chování. Pouze 4 chlapci (2,7 %) si myslí, že neexistuje test na HIV.

V 9. ročníku je situace obdobná jako v 8. ročníku. Nejčastěji uváděnou odpovědí se stala odpověď 1) Hned následující den, kterou uvedlo 96 chlapců (34,7 %) a 88 dívek (33,3 %). Následovaná je odpovědí 5) Kdykoli, již uvedlo 54 chlapců (19,5 %) a 52 dívek (19,7 %). 47 chlapců (17 %), ale pouze 32 dívek (12,1 %) uvedlo, že by na test šli za týden. 31 chlapců (11,2 %), avšak 50 dívek (18,9 %) uvedlo, že vhodná doba jít na test je měsíc po rizikovém chování. Pouze 37 chlapců (13,4 %) a 38 dívek (14,4 %) zakroužkovalo správnou odpověď 4) Za 2-3 měsíce. Shodně 2 chlapci (0,7%) a 2 dívky (0,8 %) se domnívají, že neexistuje test na HIV.

Graf 5. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?



Z grafu 5. je jasně patrná převládající odpověď 1) Hned následující den u dívek (35,4 %) i u chlapců (38,1%). U dívek se druhou nejčastější odpovědí stala odpověď 5) Kdykoli a to u 20,9 % respondentek. Stejně tomu bylo i u chlapců, kde se tato odpověď

objevila u 19,9% respondentů. I třetí místo u dívek i u chlapců obsadila stejná odpověď 2) Za týden, kterou uvedlo 17,7 % chlapců a 16,7 % dívek. Z výsledků vyplývá, že znalosti v této oblasti jsou u dívek i chlapců srovnatelné.

V této otázce se správná odpověď vyskytla až na předposledním pátém místě, což je poměrně alarmující. Většina respondentů by šla na test hned po rizikovém chování anebo kdykoli.

5.3 Informovanost o viru HIV a nemoci AIDS

Dotazník obsahoval i otázku směřující na to, zda si žáci uvědomují, že HIV se týká i České republiky a nejenom zahraničních zemí. Jsou si žáci vědomi stále se zvyšujících čísel statistik představující nově infikované osoby virem HIV. Nebo jsou spíše přesvědčeni o tom, že nebezpečí číhá převážně v zahraničí. Toto zjišťovala otázka, jež zněla: **Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?**

Jak se dozvíme z oficiálních statistik Národní referenční laboratoře pro AIDS, v roce 2011 zemřelo na AIDS 8 osob. Jen v prosinci 2011 se AIDS rozvinul u 4 osob a jeden mu podlehl (www.aids-pomoc.cz (3)).

V lednu 2012 bylo u 11 osob diagnostikováno HIV, 5 osob v Praze, 2 ve Středočeském kraji stejně tomu bylo i v Moravskoslezském kraji. Jeden nově diagnostikovaný byl v Plzeňském kraji a také v Ústeckém kraji (http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocnizpravy/2012/HIV_AIDS_01_2012.pdf).

Tabulka 11a. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

Odpověď	Chlapci				Chlapci celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Ano.	168	96,0	271	97,8	439	97,1
2) Ne.	2	1,1	3	1,1	5	1,1
Neodpovědělo	5	2,9	3	1,1	8	1,8
Celkem	175	100,0	277	100,0	452	100,0

U této otázky jasně převládala správná odpověď 1) Ano jak u chlapců 8. tříd (96 %), tak u chlapců 9. tříd (97,8 %). Shodně 1,1% chlapců uvedlo v 8. třídě i 9. třídě

odpověď 2) Ne, jak dokládá tabulka 11a. Z toho lze tedy konstatovat fakt, že oba ročníky jsou obeznámeny se skutečností, že se v České republice vyskytuje vir HIV a nemoc AIDS.

Tabulka 11b. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída			
	n	%	n	%	n	%
1) Ano.	189	99,0	259	98,1	448	98,5
2) Ne.	0	0,0	3	1,1	3	0,7
Neodpovědělo	2	1,0	2	0,8	4	0,9
Celkem	191	100,0	264	100,0	455	100,0

Tabulka 11b. ukazuje, že dívky v 8. třídách i dívky v 9. třídách převážně uváděly správnou odpověď 1) Ano. Jednalo se o 99 % odpovědí u dívek 8. tříd a 98, % odpovědí u dívek 9. tříd. Odpověď 2) Ne se vyskytla pouze u 1,1 % dívek 9. tříd. V 8. třídách se tato odpověď nevyskytla, což svědčí o faktu, že dívky 8. tříd jsou lépe obeznámeny se skutečností, že vir HIV se vyskytuje i v České republice.

Valná většina, 887 respondentů (97,8 %) si uvědomuje, že virus HIV a nemoc AIDS se vyskytuje i v České republice. Pouze 8 žáků, což je 0,9 % z celého souboru se domnívá, že HIV a AIDS se v naší republice nevyskytují.

Národní referenční laboratoř pro AIDS uveřejnila statistické údaje, jež dokazují, že v **České republice žije celkem 1686 HIV pozitivních osob**. A to 40 HIV pozitivních osob v Libereckém kraji, 98 v Ústeckém kraji, 61 v Karlovarském kraji, 70 v Plzeňském kraji. V Praze žije nejvíce osob s HIV - 805. Středočeský kraj má 166 HIV pozitivních osob, Jihočeský kraj 53, Královéhradecký kraj 28, Pardubický 20 a kraj Vysočina 17. V Jihomoravském kraji žije 138 HIV pozitivních osob, v Olomouckém kraji 49, v Moravskoslezském kraji 110 a ve Zlínském kraji 31 (www.aids-pomoc.cz (3)).

V 8. ročníku pouze 2 chlapci (1,1 %) uvedli, že se HIV v České republice nevyskytuje, což je porovnatelné s respondenty v 9. ročnících, kde 3 chlapci (1,1 %) a 3 dívky (1,1 %) odpověděli stejně. Odpověď 1) Ano zakroužkovalo 168 chlapců (96 %) a 189 dívek (99 %) studujících 8. ročník a 271 chlapců (97,8 %) i 259 dívek (98,1 %) studujících 9. ročník.

V obou ročnících na tuto otázku neodpovědělo 12 žáků (1,3%). Jednalo se o 5 chlapců (2,9 %) a 2 dívky (1 %) v 8. ročníku. 3 chlapce (1,1 %) a 2 dívky (0,8 %) v 9. ročníku.

Důležité také je, jaký zdroj informací si zvolíme a kterému budeme věřit. Existuje mnoho pověr a mýtů, jež se vyskytují kolem problematiky HIV/AIDS. Z tohoto důvodu je tedy důležité dobře vybírat jak internetové, tak knižní zdroje. Jaké jsou nejčastější zdroje využívané žáky základních škol, při hledání informací o viru HIV a nemoci AIDS se zjišťovalo pomocí otázky: **Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?**

Tabulka 12a. Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

Odpověď	Chlapci				Chlapci celkem	
	8. třída		9. třída		n	%
	n	%	n	%		
1) Časopisy.	11	6,3	14	5,1	25	5,5
2) Internet.	91	52,0	145	52,3	236	52,2
3) Kamarádi, známí.	2	1,1	7	2,5	9	2,0
4) Televize, rádio.	15	8,6	11	4,0	26	5,8
5) Škola.	14	8,0	46	16,6	60	13,3
6) Nezajímám se.	39	22,3	50	18,1	89	19,7
Neodpovědělo	3	1,7	4	1,4	7	1,5
Celkem	175	100,0	277	100,0	452	100,0

Jak dokládá tabulka 12a. nejčastěji udávaným zdrojem informací je u chlapců 8. tříd v 52 % internet. Stejný zdroj uvedlo i 52,3 % respondentů z 9. tříd. Pozoruhodným zjištěním se jeví skutečnost, že školu jako svůj zdroj informací uvedlo 8 % chlapců 8. tříd, ale u chlapců 9. tříd byl tento zdroj označen v 16,6 %. Televizi či rádio uvedlo více chlapců 8. tříd jako zdroj informací, a to v 8,6 %. U žáků 9. tříd bylo procento této odpovědi nižší a to pouze 4 %. Poměrně výrazný je i rozdíl v tom, že ve 22,3 % uvedli chlapci 8. Tříd nezajem o problematiku HIV/AIDS, kdežto v 9. třídách se procento snížilo na 18,1 %.

Tabulka 12b. Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

Odpověď	Dívky				Dívky celkem	
	8. třída		9. třída		n	%
	n	%	n	%		
1) Časopisy.	29	15,2	29	11,0	58	12,7
2) Internet.	91	47,6	133	50,4	224	49,2
3) Kamarádi, známí.	3	1,6	6	2,3	9	2,0
4) Televize, rádio.	11	5,8	7	2,7	18	4,0
5) Škola.	21	11,0	60	22,7	81	17,8
6) Nezajímám se.	32	16,8	27	10,2	59	13,0
Neodpovědělo	4	2,1	2	0,8	6	1,3
Celkem	191	100,0	264	100,0	455	100,0

U dívek v 8. třídě se internet objevil jako informační zdroj u 47,6 % odpovědí. V 9. třídách tomu bylo obdobně, internet se objevil u 50,4 % odpovědí. Zajímavé je, že dívky 9. tříd uvedly ve 22,7 % svých odpovědí informační zdroj školu, kdežto u dívek v 8. třídách tomu bylo pouze v 11 % odpovědí. Další výrazný rozdíl je v časopisech, které uvádí 15,2 % dívek 8. tříd, ale pouze 11 % dívek 9. tříd. Televizi a rádio uvádí také více dívek 8. tříd (5,8%) na rozdíl od dívek 9. tříd, kde tato odpověď byla pouze u 2,7 % odpovědí. Na základě tohoto se mi jeví jako zajímavé, že 16,8 % dívek 8. tříd uvedlo nezajímám se o tuto problematiku, na rozdíl od 10,2 % dívek 9. tříd.

460 všech žáků, což činí 50,7 %, uvedlo jako svůj nejčastější zdroj informací internet. 148 žáků, tedy 16,3 % se o problematiku HIV/AIDS nezajímá. **Školu jako svůj zdroj informací uvedlo 141 žáků, tedy 15,5 % žáků.** 83 žáků (9,2 %) hledá informace v časopise a 44 žáků (4,9 %) dává přednost televizi nebo rádiu. Pouze 2 % (18 žáků) uvádí své kamarády jako zdroj svých informací o HIV/AIDS.

V 8. ročníku byla nejfrekventovanější odpověď 2) Internet a to shodně u 91 chlapců (52 %) a 91 dívek (47,6 %). 39 chlapců (22,3%) a 32 dívek (16,8 %) uvedlo, že se o problematiku HIV/AIDS nezajímají. 15 chlapců (8,6 %) a 11 dívek (5,8 %) využívá jako zdroj svých informací televizi nebo rádio, po časopise sáhne 11 chlapců (6,3%) a 29 dívek (15,2 %), když hledá informace o viru HIV a nemoci AIDS. Školu jako svůj zdroj

informací považuje 14 chlapců (8 %) a 21 dívek (2,1 %). Pouze 2 chlapci (1,1 %) a 3 dívky (1,6 %) mají své kamarády či známé za zdroj informací.

V 9. ročníku je situace podobná. I zde se nejčastěji vyskytla odpověď 2) Internet u 145 chlapců (52,3 %) a 133 dívek (50,4 %). 46 chlapců (16,6 %) a 60 dívek (22,7 %) se při sbírání informací spoléhá na školu. Jako svůj hlavní zdroj informací považuje časopis 14 chlapců (5,1 %) a 29 dívek (11 %). Následuje televize a rádio, které zakroužkovalo 11 chlapců (4 %) a 7 dívek (2,7 %). Kamarády a známé považuje 7 chlapců (2,5 %) a 6 dívek (2,3%) za svůj zdroj informací. O problematiku HIV/AIDS se nezajímá 50 chlapců (18,1 %) a 27 dívek (10,2 %) studujících 9. třídu základní školy.

Patrně není překvapením, že více než polovina žáků zakroužkovala odpověď internet. Avšak je poměrně vysoké procento těch (16,3 %), jež se o problematiku nezajímají vůbec, což je další alarmující skutečnost. O tom, že upadá obliba knížek, svědčí fakt, že pouze 4,9 % žáků je ochotno otevřít knihu a o této problematice si přečíst. Překvapením je poměrně malé zastoupení těch, kteří jako svůj zdroj informací považují rádio nebo televizi.

Vzhledem ke zjištění, že 83 žáků (9,2 %) hledá informace v časopise a 44 žáků (4,9 %) dává přednost televizi nebo rádiu, považují za velmi důležité upozornit na důležitost výběru knížek i časopisů. Na trhu se objevuje velké množství knížek, jež obsahují zkreslující a nepřesné informace. Pro ilustraci dokládám výňatky z knížky City, sexualita, AIDS uvádějící skutečnosti jako například: nepřírozený styk je takový, kdy se mužský pohlavní úd použije k tomu, aby análním otvorem pronikl do konečnicku partnera. Toto sexuálně úchylné chování někdy vede k nedostatku hygieny, z čehož může pocházet např. AIDS. Homosexuální chování se neléčí medikamenty, bývá provázeno poraněním citů a srdce a z tohoto se člověk může dostat. Nejde o to, někoho obviňovat, hlavní je, jak se homosexuálnímu chování vyhnout, tedy o prevenci. A pokud se homosexualita ustálila, pokusíme se převést ji na chování heterosexuální (Joyeux, 1994).

Weiss a Zvěřina (2001) také upozorňují na skutečnost, že média, především noviny a časopisy, se stala rozhodujícím zdrojem informací obyvatelstva o sexuálních otázkách. Domnívají se, že tím suplují nedostatečnou sexuální výchovu ve škole a rodině.

Školu jako svůj zdroj informací uvedlo 141 žáků, tedy 15,5 %.

Džamila Stehlíková, manažer Národního programu HIV/AIDS v ČR, dne 1. 10. 2011 uveřejnila článek, kde píše o rozhodnutí ministra školství Josefa Dobeše o odstranění prevence HIV/AIDS z osnov. *„HIV infekce se šíří tak rychle právě proto, že se Češi chovají lehkomyšlně, jako by o žádném AIDS nevěděli. Podle ministra školství je nutno tuto nevědomost zachovat i nadále. Jinak si nelze vysvětlit jeho rozhodnutí odstranit znalosti a dovednosti pro prevenci pohlavně přenosných chorob ze školních osnov“.* Skupinka pobouřených rodičů chce ochránit své ratolesti před sexuální výchovou argumentem, že nejlépe poučí vlastní děti oni sami, nicméně v České republice je rodina jako zdroj informací v této oblasti až na p á t é m místě. Nápomocnější jsou spolužáci, škola, média a internet. *„Je prokázáno, že včasná sexuální výchova ve škole zvyšuje věk zahájení sexuálního života mladistvých, tím podstatně snižuje riziko nechtěného těhotenství a pohlavně přenosných chorob, včetně HIV/AIDS“*(www.blog.aktualne.centrum.cz).

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce je zjištění vědomostní úrovně žáků základních škol Olomouckého kraje o problematice HIV/AIDS. Za cíl si mimo jiné klade zjistit, zda žáci mají dostatečné informace o HIV/AIDS či nikoli. Pokud informace mají, je nesmírně důležité, jaký je jejich informační zdroj. Nemoc AIDS je nevléčitelná a dalo by se tedy konstatovat, že neznalost v této oblasti může být smrtelná. Vzhledem ke skutečnosti, že se mohou objevovat i zkreslené informace, jež se zdají být pokrokové, a lze jim snadno uvěřit, je nezbytná preventivní činnost u žáků základních škol.

Práce předkládá 8 vypracovaných dílčích úkolů zaměřených na zjištění vědomostní úrovně žáků pomocí dotazníkového šetření. Šetření proběhlo na 24 základních školách Olomouckého kraje. Zúčastnilo se ho 907 respondentů, z nichž bylo 50,2 % dívek a 49,8 % chlapců. Dotazník tedy vyplňovalo 40,4 % žáků 8. tříd a 59,6 % žáků 9. tříd. Dotazníky byly distribuovány v rámci programu Státního zdravotního ústavu „Hrou proti AIDS“ v roce 2010. Státní zdravotní ústav se sídlem v Olomouci spolupracoval se Státním zdravotním ústavem v Praze, dále s Pedagogickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci a Olomouckým krajem.

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno:

1: Bylo zjištěno, že **převážná část respondentů ví, že HIV a AIDS nejsou synonyma**, nýbrž slova s rozdílnými významy. Správnou odpověď zakroužkovalo 75,3 % respondentů, pouze 3,4 % odpověď nevědělo. Žáci 8. a 9. ročníků na tom byli se znalostmi podobně, obě skupiny nejčastěji kroužkovali správnou odpověď.

2: Zjištění zda žáci znají způsoby, jak se lze či nelze infikovat virem vyšlo s velmi uspokojivým výsledkem. Ve 34,1 % žáci zakroužkovali odpověď 4) Nechráněným pohlavním stykem, díky čemuž můžeme říci, že **žáci znají nejčastější způsob přenosu HIV, tedy sexuální styk bez ochrany**. Následovala odpověď 8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů, jež uvedlo 28,9 % respondentů. Za pozitivní můžeme považovat necelé 1 % těch, jež považují podání ruky za rizikové, stejně tak i málo frekventované odpovědi spojené se sociálním kontaktem jako je kýčání či sdílení stejné toalety anebo sprchy.

3: 83,5 % žáků, **757 respondentů, považuje za nejčastější cestu přenosu nechráněný pohlavní styk.** Tuto odpověď uváděli jak chlapci, tak děvčata. Snad by se dalo konstatovat, že je potěšující uvědomění si žáků, jak moc nebezpečný je sexuální styk bez ochrany a tím pádem cesta nechráněného pohlavního styku nejčastěji uváděnou cestou přenosu viru HIV. Jako druhá nejčastější cesta přenosu je žáky považována sdílení injekčních jehel u lidí závislých na drogách. Objevila se u 13 % respondentů. Zjištění, že si žáci uvědomují nebezpečnost kontaminovaných jehel, je příhodná i pro situace, kdy jehly mohou být pohozené v parku, na hřišti apod. Nejméně uváděnou odpovědí se stalo líbání se 0,4 % odpovědí.

4: 865 respondentů (95,4 %) si uvědomuje, že kondom neslouží pouze jako ochrana před početím, nýbrž i jako ochrana před sexuálně přenosnými nemocemi, mezi něž řadíme i vir HIV. Pouze 2,3 % respondentů se domnívá, že neexistuje žádná ochrana. 0,1 % by se chránilo pomocí lubrikačního gelu a 1,3 % by spoléhalo na antikoncepci.

5: Otázka zaměřující se na správnou dobu, kdy jít na test po rizikovém chování nepřinesla příliš uspokojující výsledek. **Pouze 95 respondentů (10,5%) z 907 uvedlo správnou odpověď 2 – 3 měsíce po rizikovém chování.** Nejčastěji volená odpověď byla hned následující den a to ve 36,7 %. Zde se ukázala potřeba více informovat o časových sledech a vhodné době k testování. Nabíledni se jeví skutečnost, že tyto údaje jdou ruku v ruce s tím, kam se jít testovat.

6: 695 respondentů (76,6 %), potvrzuje, že žáci si smrtelný konec nemoci zvané AIDS uvědomují. Ale i přes to, se mírně zneklidňující projevuje fakt, že 23,4 % žáků se buď domnívají, že AIDS vyléčit lze, nebo neví, zda ano či ne.

7: Zjištění, že **97,8 % (887) respondentů je obeznámeno se skutečností přítomnosti viru HIV a nemoci AIDS na území České republiky** je velmi pozitivní fakt. Pouze 0,9 % respondentů se domnívá, že vir HIV se České republiky netýká.

8: Není překvapením, že **460 (50,7 %) respondentů uvádí jako svůj nejčastější zdroj informací internet** nicméně je velmi důležité jaké stránky jsou při hledání informací používány. Škola je informačním zdrojem pro 15,5 % respondentů. 9,2 % respondentů si

při hledání informací otevře časopis a 4,9 % dává přednost informacím poskytovaných médii.

Tímto byly dílčí úkoly práce splněny.

Využití práce spatřuji zejména v získání informací o viru HIV a nemoci AIDS jak u žáků základních škol, stejně tak u ostatní veřejnosti. Mohla by se stát impulzem k hledání dalších informací, rozšiřujících znalostí o této problematice. Je možné, že někomu mohou připadat znalosti o HIV a AIDS zbytečné, jako zbytečná zátěž paměti a nepotřebné informace. Je možné, že někteří z nás si říkají, „*mě se to netýká, já HIV ani AIDS nedostanu*“. Ale asi ne nadarmo se říká: „*Nikdy neříkej nikdy*“. A právě v dnešní době, kdy je dle názoru některých lidí uvolněná morálka, zmizely sexuální zábrany a málokdo myslí na použití kondomu při sexu na jednu noc, je nesmírně důležité znát, vědět a hlavně praktikovat. Velmi dobře to vystihuje motto „**HIV a AIDS stále ovlivňují životy milionů lidí na celém světě. Dokud nebude nalezen lék nebo vakcína, největší zbraní v boji proti nim jsou naše znalosti**“ (www.aidsfaq.iheldesck.cz).

Výsledky výzkumného šetření dopadly uspokojivě. Míra znalostí o HIV a AIDS je u žáků základních škol na dobré úrovni. I přes tyto zjištěné informace se domnívám, že prevence není nikdy na škodu, obzvláště pokud nám chrání to nejcennější, co máme – naše zdraví a s tím spojenou psychickou pohodu.

I několik málo vteřin nám může změnit život. V tomto případě to může být několik vteřin, jeden okamžik, prožitek, noc. Ale stojí těch pár okamžiků za dny a noci strávené pláčem, výčitkami a myšlenkou na vlastní smrtelnost?

Je patrné, že prevence musí být a je jen dobře, když jsme její součástí. Jenže pokud sami nebudeme chtít, nikdo nám informace do hlavy nevsune. Apeluji tedy na to, abychom se zajímali, dívali se kolem sebe a mysleli na to, že co jednou uděláme, prožijeme, nevrátíme zpátky, i kdybychom sebevíc chtěli. Mysleme na to, že život je jen jeden, ale i tak ho žijme alespoň s minimem rozumu, abychom si ho zbytečně nezkrátili svou nevědomostí. Žijme pozitivně, ale nebuďme pozitivní – HIV pozitivní.

7 SOUHRN

Diplomová práce se zaměřuje na analýzu znalostí žáků základních škol Olomouckého kraje o problematice HIV/AIDS.

V teoretické části jsou obsaženy informace o viru HIV/AIDS, preventivní opatření a také světové i české statistické údaje. Pozornost je věnována základním poznatkům a informacím o viru HIV a nemoci AIDS tak, aby co nejvíce poskytovaly odpovědi na výzkumné otázky.

V praktické části práce jsou zpracovány a analyzovány výsledky dotazníkového šetření o znalostech HIV/AIDS na základních školách. Šetření se účastnilo 907 žáků studujících 8. nebo 9. ročník základních škol Olomouckého kraje. Výsledky ukázaly, že 16,3 % respondentů se o tuto problematiku nezajímá, což může souviset s faktem, že pouze 10,5 %, tedy 95 respondentů, ví, kdy je správná doba jít po rizikovém chování na test. Celých 36,7 % by šlo na test hned. Jako velmi pozitivní se jeví výsledek 97,8 % respondentů, jež ví, že HIV a AIDS hrozí i u nás, jelikož HIV/AIDS se týká i České republiky. 83,3 % respondentů považuje správně za nejčastější způsob přenosu viru HIV nechráněný pohlavní styk a 95,4 % uvedlo, že je možné se před nákazou chránit prezervativem. Více než polovina respondentů, přesně 695, ví, že AIDS je nevyléčitelná nemoc a pouze o 12 respondentů méně uvedlo, že existuje rozdíl mezi významy zkratek HIV a AIDS a nejedná se tedy o synonyma.

Z výsledků vyplývá neustálá nutnost preventivních programů, jak v rámci základních škol v podobě přednášek a besed, tak v masmédiích a rádiu. Největším zdrojem informací je internet a jeví se jako zásadní, aby zejména zde byly poskytovány správné a nezkreslené informace.

8 SUMMARY

This thesis is focusing on analysis of knowledge about HIV/AIDS of pupils on the secondary schools in Olomouc region.

The main subject of theoretical part is information about HIV/AIDS, preventive measures and also global and Czech statistic data. Attention is also given to sexual development and sexual education.

Subject of practical part is to analyze and process results from questionnaires about HIV/AIDS that were filled by pupils from the secondary schools of Olomouc region. 907 pupils were participating from 8th and 9th grades. Main results showed that 16.3 % of pupils doesn't care about HIV/AIDS, that could relate with fact, that only 10.5 % which is 95 pupils knows, when is the right time to be tested after risk behavior. 36.7 % would go to the test immediately. Positive result is that 97.8 % of pupils know that HIV and AIDS is menace also in Czech Republic. 83.3 % know that the unsafe sex is the most common way of transfer. 95.4 % claims, that condom can be used as a protection against transfer. 76.6 % of pupils know, that AIDS is incurable disease and 75.3 % claims, that AIDS and HIV are different shortcuts and doesn't mean the same thing.

The results are telling us, that there is still need to have preventive programs both on secondary schools and in mass media. As the biggest source of information is the Internet, but the information must be accurate and correct.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

1. BOHANESOVÁ, A. *HIV/AIDS – skrytá hrozba 21. století*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2010. 74 s., 3 přílohy. Vedoucí bakalářské práce doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
2. BRTNÍKOVÁ, M.; a kol. *Sex? AIDS!*. Praha: Horizont, nakladatelství Socialistické akademie ČSSR, 1989.
3. CONNOR, S., KINGMANOVÁ, S. *AIDS ztracená imunita*. Praha: Panorama, 1991. 312 s. ISBN 80-7038-209-0
4. ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Karolinum, 2007. 304 s. ISBN 978-80-246-1222-5
5. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, o. s. *AIDS průvodce nejen pro gaye*. 1. vyd. Praha: Česká společnost AIDS pomoc, 2008. 53 s. (2)
6. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, o. s. *HIV průvodce nejen pro gaye*. 1. vyd. Praha: Česká společnost AIDS pomoc, 2008. 54 s. (1)
7. DVOŘÁK, J. a kol. *Ve stínu AIDS*. Praha: Academia - nakladatelství Československé akademie věd, 1992.
8. EATG cope. *Průvodce koinfekcí HIV a hepatitidy C: (testování, infekce, léčba, podpůrná péče)*. Credum o. s. Praha.
9. ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-034-0.
10. FREI, J. Manuál projektu „*HIV/AIDS a život nás všech*“. Praha: 2005.
11. GODDETOVÁ, T., E. *Umění jednat s dospívajícími*. Praha: Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-492-3.
12. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Pedagogická fakulta, 2004, 125 s. ISBN 80-244-0907-0.
13. HÁJEK, M. a kol. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0857-4.
14. HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-888-0.
15. JEDLIČKA, J., STAŇKOVÁ, M., STROUHAL, V., MRUŠKOVIČOVÁ, L. *Pozitivní život neboli jak žít s virem a vírou*. Státní zdravotní ústav, Centrum

- odborných činností/Pracoviště prevence HIV/AIDS, 2008. ISBN 978-80-7071-304-4.
16. JEDLIČKA, J., STUPKA, J., KUBÁTOVÁ A. *Krátký odborný návod dostatečně odpovědným milencům*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007
 17. JOYEUX, H. *City, sexualita, AIDS*. Praha: Portál, 1994. 73 s. ISBN 80-7178-004-9.
 18. KAŇKA, P. *STI tajemství zbavené – vše co potřebujete vědět o sexuálně přenosných infekcích*. O. s. CODE004 a 004.CZ, 2008.
 19. KUBÁTOVÁ, A., JEDLIČKA, J., MRUŠKOVIČOVÁ L., MRAVČÍK, V. a kol. *Hrou proti AIDS manuál*. KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni a SZÚ Praha, 2005.
 20. MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
 21. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 1999. 143 s. ISBN 80-7178-320-X.
 22. MAYER, V. *AIDS, dráma, otázky, východiska*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akademie vied a Ústav zdravotnej výchovy v Bratislavě, 1990.
 23. MONTAGNIER, L. *AIDS fakta-naděje*. 2. české vyd. Praha: Nadace pro život ve spolupráci s Centrem preventivního lékařství 3. LF UK, Státní zdravotní ústav Praha, Národní referenční laboratoř pro AIDS, 1996.
 24. ROZSYPAL, H. *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1998. ISBN 80-85800-92-6.
 25. SCHNEIDEROVÁ, S. *Co by měly dívky vědět o lásce*. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-498-2.
 26. STAFFORD, T. *Sexuální chaos*. Praha: Návrat domů, 1996. 134 s. ISBN 80 85495-54-6.
 27. STRNISKOVÁ, D. *Aktivity krajské hygienické stanice Olomouckého kraje za roky 2008 až 2010*. In: *Ročenka národního programu HIV/AIDS v České republice 2009/2010*. Praha: SZÚ, 2011. ISBN 978-80-7071-318-1. s. 126.
 28. SVENSON, G.,R. *European guidelines for youth AIDS peer education*. (Český překlad: Agentura TOR: *Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS*). Praha: SZÚ, CEM, 2003.
 29. SVOBODA, J. *IMUNOLOGIE v klinické praxi I: HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému*. Praha: Marvil, 1996. 435 s.

30. ŠUBÍK, D.; KRAFELD, K.; LANKA, S. a kol. *Virus HIV? Lež, které uvěřil celý svět*. Brno: Datel, 2000. 144 s. ISBN 80-902547-3-X.
31. ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. 300 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
32. UZEL, R. *Sexuálně přenosné nemoci a jejich zdravotní rizika*. Medea Kultur, s. r. o., 2006.
33. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice*. Srpen, 2003.
34. VOTAVA, M. a kol. *Lékařská mikrobiologie speciální*. 1. vyd. Brno: Neptun, 2003. 495 s. ISBN 80-902896-6-5.
35. WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
36. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-558-X.
37. Zákon 258/2000 ze dne 14. července 2000 o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Praha: ministerstvo zdravotnictví

Internetové zdroje

1. :PROSTOR. *Slovník*. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <<http://www.os-prostor.cz/cz/slovník-tp>>.
2. 004.CZ. *Anální sex a HIV*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/analni-sex-a-hiv>> (1).
3. 004.CZ. *Kapavka*. [online]. [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/kapavka>> (3).
4. 004.CZ. *Projevy nákazy a testování na HIV*. [online]. [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/projevy-nakazy-a-testovani-na-hiv>> (2).
5. 004.CZ. *Syfilis*. [online]. [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/syfilis>> (4).
6. AIDS A HIV - REFERENČNÍ PŘÍRUČKA. *Preventivní metody: mužská obrázka*. [online]. [cit. 2012-02-05]. Dostupné z: <<http://www.aids-sida.com/cz/prevence-aids-hiv-obrizka.php>>.

7. AIDS BLOG. *Úmrtí na AIDS budou kulminovat v roce 2012*. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <<http://aidsblog.ihelpdesk.cz/index.php/2008/11/09/umrti-na-aids-budou-kulminovat-v-roce-2012>>.
8. AIDS FAQ. *Aids faq motto*. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <<http://aidsfaq.ihelpdesk.cz/>>.
9. AIDS Info. *Jak dochází k přenosu*. [online]. [cit. 2012-01-16]. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-104.php>>.
10. AIDS Info. *Jak lze prokázat virus HIV*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-109.php>> (2).
11. AIDS Info. *Léčba infekce HIV a AIDS*. [online]. [cit. 2012-01-29]. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-205.php>> (3).
12. AIDS Info. *Prevence přenosu infekce HIV – prevence sexuálního přenosu*. [online]. [cit. 2012-01-13]. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-301.php>> (4).
13. AVERT. *European HIV and AIDS statistics*. [online]. [cit. 2012-02-21]. Dostupné z: <<http://www.avert.org/hiv-aids-europe.htm>> (2).
14. AVERT. *Worldwide HIV and AIDS statistics commentary*. [online]. [cit. 2012-02-21]. Dostupné z: <<http://www.avert.org/worlstatinfo.html>> (1).
15. AVERT. *Worldwide HIV and AIDS statistics*. [online]. [cit. 2012-02-21]. Dostupné z: <<http://www.avert.org/worldstats.html>> (3).
16. BLESK.CZ. *Mladíkovi (21) dali krev nakaženou HIV. První případ na Slovensku!* [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <<http://www.bleesk.cz/clanek/zpravy-udalosti/160182/mladikovi-21-dali-krev-nakazenou-hiv-prvni-pripad-na-slovensku.html>>.
17. BLOG.AKTUÁLNĚ.CZ. *Prevence AIDS zachraňuje životy. Ministr ji chce ve školách zakázat*. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/dzamila-stehlikova.php?itemid=14389>>.
18. CALVERT. R., VOX POPULI. *Profendorses contraceptive coverage bishops pitch a fit*. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <<http://blog.georgetownvoice.com/2011/08/09/prof-endorses-contraceptive-coverage-bishops-pitch-a-fit/>>.
19. CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY. *Female condoms*. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <<http://studentaffairs.case.edu/health/contraception/condomfemale.html>>.

20. COLOURPLANET. *Bezplatné anonymní testy na HIV nově v Brně!* [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <<http://www.colourplanet.cz/77398-bezplatne-anonymni-testy-na-hiv-nove-v-brne!>> (2).
21. COLOURPLANET. *Odstartovala kampaň HIV/AIDS s názvem DEJ SI BACHA.* [online]. [cit. 2012-01-13]. Dostupné z: <<http://www.colourplanet.cz/77151-odstartovala-kampan-proti-hivaid-s-nazvem-dej-si?Send=yes>>.
22. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *AIDS centra v České republice.* [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/pro_pozitivni_kontakty.htm#AC> (3).
23. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Informace – statistiky HIV/AIDS.* [online]. [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm> (3).
24. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Přenos HIV infekce.* [online]. [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm> (2).
25. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Slovníček a závěr.* [online]. [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_slovnicek.htm> (1).
26. DÁMSKÝ KONDOM FEMIDOM. *Femidom.* [online]. [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <<http://www.femidom.biz/shop/jake-jsou>>.
27. DENÍK.CZ. *Pornoprůmysl v LA je ohrožen. Herci musí používat kondomy.* [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/ze_sveta/pornoprumsyl-v-la-je-ohrozen-herci-musi-pouzivat-kondomy-20120308.html>.
28. DIAGNOSTIKA INFEKCE HIV – PRO LÉKAŘE. *Diagnostika infekce HIV a onemocnění AIDS v ordinaci praktického lékaře.* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <<http://www.paveldanko.com/hiv-aids/diagnostika.htm>>.
29. DISCOVERY FIT & HEALTH. *AIDS overview.* [online]. [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <<http://health.howstuffworks.com/diseases-conditions/infectious/aids2.htm>>.
30. FREI, J., SESTRA+ZDN.CZ. *HIV/AIDS – problém týkající se nás všech.* [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hiv-aids-problem-tykajici-se-nas-vsech-459339>>.

31. GAY4YOU. *Rady HIV pozitivním osobám*. [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z: <<http://www.gay4you.estranky.cz/clanky/hiv-aids-info/rady-hiv-pozitivnim-osobam.html>>.
32. HERPES GENITALIS. *Vše o herpes genitalis.cz*. [online]. [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <<http://www.herpesgenitalis.cz/>> .
33. HIV.CZ. *Léčba HIV a AIDS*. [online]. [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <<http://www.hiv.cz/showpage.php?key=lecba-hiv-a-aids>> (2).
34. HIV.CZ. *Prevence přenosu HIV*. [online]. [cit. 2012-01-16]. Dostupné z: <<http://www.hiv.cz/showpage.php?key=prevence>> (1).
35. INFEKCE. *Doporučený postup komplexní péče o dospělé infikované HIV*. [online]. [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: <<http://www.infekce.cz/DoporART10.htm>>.
36. KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE SE SÍDLEM V OSTRAVĚ. *HIV-AIDS*. [online]. [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: <http://www.khsova.cz/01_obcanum/hiv_aids.php>.
37. KUBRICHTOVÁ, L. METODICKÝ PORTÁL RVP. *Sexuální výchova*. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <<http://clanky.rvp.cz/clanek/s/Z/247/SEXUALNI-VYCHOVA.html/>>.
38. MAREŠOVÁ, M. SZÚ. *Roční zprávy o výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR*. [online]. [cit. 2012-02-21]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/rocnizpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr>>.
39. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČR. *Podrobný popis HIV/AIDS*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/html/popis.html>> (2).
40. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČR. *Video HIV/AIDS*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/html/sik.html>> (3).
41. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS. *Počátky nemoci AIDS*. [online]. [cit. 2012-01-13]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/pocatky.html>> (1).
42. NOVINKY.CZ. *Círky v Británii řekly lidem s HIV, že jsou vyléčení, šest jich zemřelo*. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/251535-cirkve-v-britanii-rekly-lidem-s-hiv-ze-jsou-vyleceni-vest-jich-zemrelo.html>>.
43. PCPP. *ČSAP*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://www.prevence-praha.cz/poskytovatele-pp/necertifikovani/csap?showall=1>>.

44. POHLAVNÍ CHOROBY A NEMOCI - KOMPLETNÍ PRŮVODCE. *HIV/AIDS a jak se (ne)přenáší*. [online]. [cit. 2012-01-16]. Dostupné z: <<http://www.pohlavni-choroby.cz/hiv-aids>>.
45. POHLAVNÍ CHOROBY A NEMOCI – KOMPLETNÍ PRŮVODCE. *Testy na HIV*. [online]. [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <<http://www.pohlavni-choroby.cz/testy-na-hiv>>.
46. PROCHÁZKA, I. SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU. *Prevence HIV infekce – nová doporučení a staré problémy*. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006010601>>.
47. PUBLMED. *World Health Organization clinical case definitiv for AIDS in Africa: an analysis of evaluations*. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1335410>>.
48. SAFE SEX. *Safe sex*. [online]. [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <<http://www.chacnhubap.com/virtuemart/bao-cao-su-nu-femidom-hop-3-cai.html>>.
49. SEXUS.CZ. *Návod k použití kondomu*. [online]. [cit. 2012-02-05]. Dostupné z: <<http://www.sexus.cz/navod-k-pouziti-kondomu>> (2).
50. SEXUS.CZ. *Sexuální vývoj v dětství a dospívání*. [online]. [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <<http://www.sexus.cz/sexualni-vyvoj-v-detstvi-a-dospivani>>. (1)
51. SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY. *Sexuálně přenosné choroby*. [online]. [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>> (2).
52. SUPER.CZ. *Mia Farrow zuří. Pensylvánská střední škola odmítla třináctiletého chlapce, protože má HIV*. [online]. [cit. 2012-01-13]. Dostupné z: <<http://www.super.cz/6941-mia-farrow-zuri-pensylvanska-stredni-skola-odmitla-trinactileteho-chlapce-protoze-ma-hiv.html>>.
53. SZÚ.NRL AIDS. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocni_zpravy/2011/HIV_AIDS_12_2011.pdf>.
54. ZÁCHRANNÝ KRUH. *Nejčastější otázky o HIV/AIDS*. [online]. [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.zachranny-kruh.cz/rizikove_chovani/nejcastejsi_otazky_o_hiv aids.html>.

55. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. *Nové poznatky o prevenci přenosu HIV z matky na dítě.* [online]. [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/nove-poznatky-o-prevenci-prenosu-hiv-z-matky-na-dite-124009>> (2).
56. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. *Vakcína proti HIV – nové naděje.* [online]. [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/vakcina-proti-hiv-nove-nadeje-456314>> (4).
57. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. *WHO: léčba HIV/AIDS by měla začít dříve.* [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/who-lecba-hiv-aids-by-mela-zacit-drive-453404>> (3).
58. ZPRÁVY.ROZHLAS.CZ. *Poláci varují fotbalové fanoušky před nákazou virem HIV.* [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.rozhlas.cz/zpravy/evropa/_zprava/polaci-varuji-fotbalove-fanousky-pred-nakazou-virem-hiv--1031539>.

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Seznam obrázků, tabulek a grafů

Příloha 2. Femidom

- Příloha popisuje ženský kondom femidom, pro názornost je vložen obrázek.

Příloha 3. Návod na použití kondomu

- Příloha obsahuje názorný návod na správné používání a zacházení s kondomem.

Příloha 4. Příklady sexuálně přenosných nemocí – STD

- Příloha obsahuje popis vybraných sexuálně přenosných nemocí.

Příloha 5. Dotazník

- V příloze je vložen celý dotazník, jenž byl předkládán žákům základních škol Olomouckého kraje v rámci projektu „Hrou proti AIDS“. Jsou v něm označeny správné odpovědi.

Příloha 1. Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1. Dej si bacha!

Obrázek 2. Anatomie viru způsobující AIDS

Obrázek 3. Replikace HIV

Obrázek 4. Wasting syndrom

Obrázek 5. Zduření lymfatických uzlin, progresivní herpes labialis

Obrázek 6. Kaposiho sarkom

Obrázek 7. Postup testování HIV

Obrázek 8. Kondom

Obrázek 9. Femidom

Obrázek 10. Celkový stav vyšetřování HIV protilátek v České republice

Tabulka 1. Klasifikace infekce HIV

Tabulka 2. Závislost četnosti infekce na způsobu přenosu HIV

Tabulka 3. Celosvětová statistika HIV/AIDS

Tabulka 4. Věkové rozložení respondentů

Tabulka 5a. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Tabulka 5b. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Tabulka 6a. Virem HIV je možné se nakazit

Tabulka 6b. Virem HIV je možné se nakazit

Tabulka 7a. Lze se AIDS vyléčit?

Tabulka 7b. Lze se AIDS vyléčit?

Tabulka 8a. Nejčastější způsob přenosu HIV

Tabulka 8b. Nejčastější způsob přenosu HIV

Tabulka 9a. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží?

Tabulka 9b. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží?

Tabulka 10a. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?

Tabulka 10b. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?

Tabulka 11a. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

Tabulka 11b. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

Tabulka 12a. Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

Tabulka 12b. Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

Graf 1. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Graf 2. Lze se AIDS vyléčit?

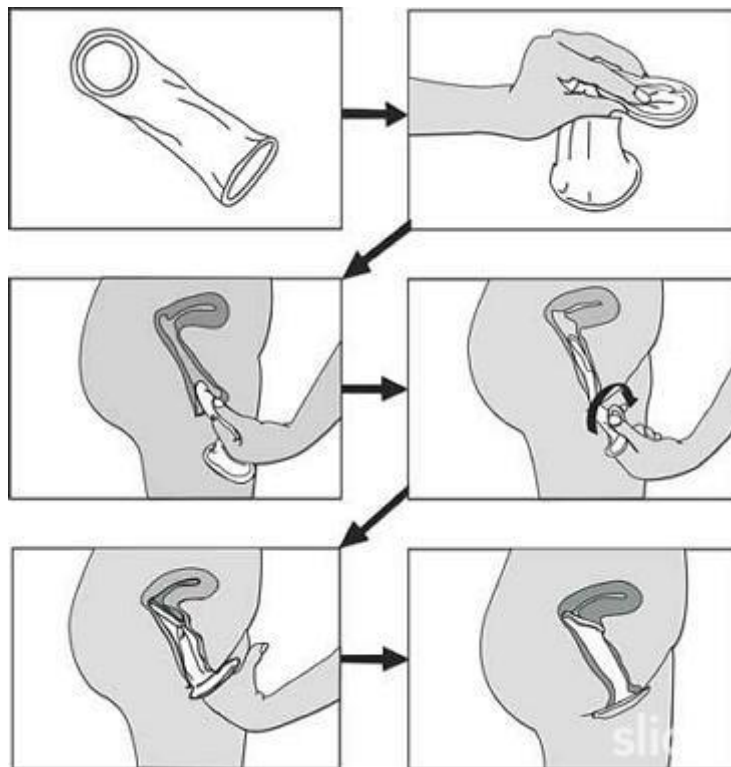
Graf 3. Nejčastější způsob přenosu HIV

Graf 4. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží?

Graf 5. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?

Příloha 2. Femidom

Femidom – dámský kondom je měkký, silný, průhledný, 17 cm dlouhý kondom s flexibilním kroužkem na obou koncích. Do vagíny se může vložit až 8 hodin před stykem nebo těsně před stykem. Vyjmut nemusí být těsně po ejakulaci. Poskytuje ochranu nejen před pohlavně přenosnými nemocemi, ale stejně jako mužský kondom i před otěhotněním. Femidom totiž tvoří bariéru mezi penisem, vagínou, děložním čípkem a vnějšími orgány. Není náchylný k poškození od vlhkosti nebo teploty. Stejně jako pánský kondom je pouze na jedno použití. Může se používat společně s lubrikantem na vodní či olejové bázi, které mohou obsahovat spermicidy. K poškození kondomu může dojít, pokud by se používal společně s pánským kondomem. Dochází ke tření poškozující femidom (www.femidom.biz).



Obrázek 1. Použití femidomu (www.chacnhubap.com)

Příloha 3. Návod na použití kondomu

Kondom nasazujeme na penis před dosažením erekce a zasunutím penisu do pochvy, takto může zachytit i preejakulační tekutinu (kapka touhy), jež může obsahovat spermie.

- 1) Kondom opatrně vybalíme z obalu. Je potřeba odtrhnout část ochranného obalu, přičemž dbáme na to, abychom kondom neprotrhli. Zkontrolujeme kondom, zda není poškozený. Zkontrolujeme, na kterou stranu se kondom rozbaluje.
- 2) Kondom se musí rozbalovat po penisu směrem dovnitř, pokud by to tak nebylo, nešel by nasadit a je nutné ho otočit. Toto nikdy nezkoušíme na penisu, kondom by se mohl potřísnit preejakulační tekutinou a po otočení by mohl ztratit část své funkce a hrozilo by otěhotnění nebo nákaza sexuálně přenosnou chorobou. Proto vždy zkoušíme kondom rozbalit na prstě, dáváme při tom velký pozor na možné poškození kondomu.



- 3) Prsty jedné ruky stiskneme špičku kondomu – tzv. rezervoár. Rezervoár je místo pro ejakulát a kdyby v něm zůstal vzduch, hrozilo by riziko prasknutí kondomu. Nasadíme kondom na žalud penisu.
- 4) Žalud musí být obnažený, je nutné stáhnout předkožku za žalud. Nikdy nestahujeme předkožku „na doraz“, z důvodu, že se vrátí o kousek zpět i s kondomem, ten je ve střední části volný a sklouzává.



- 5) Kondom nasadíme shrnutím kroužku směrem ke kořeni penisu.
- 6) Kondom bývá většinou delší než penis, část, již už nemůžeme srolovat, necháme srolovanou. V tuto chvíli může dojít k souloží.



Během sexuálního styku si kondom hlídáme. Pokud dojde ke změknutí penisu, je nutné penis vytáhnout a kondom upravit, stejně tak, pokud došlo ke sklouznutí kondomu o více než třetinu. V případě erekce je nutné penis vytáhnout a pokračovat s jiným kondomem. Pokud je totiž v rezervoáru ejakulát, je úprava kondomu velice riskantní.

- 7) Po ejakulaci může penis velmi rychle ochabnout. Proto je nezbytné co nejdříve penis vytáhnout a sundat kondom. Důvodem je, že pokud je penis změkklý před vyndáním z pochvy, hrozí nebezpečí uvíznutí kondomu v pochvě.
- 8) Zpočátku shrnujme kondom od kořene k žaludu, aby se kondom nenatahoval a nedocházelo k velkému tření. Toto děláme asi do 1/2 až 1/3 délky penisu. Od této chvíle stahujeme za rezervoár, aby nedošlo k rozlité ejakulátu. Vhodné je kondom přidržovat rukou a stáhnout ho.



9) S použitým kondomem manipulujeme opatrně a rezervoár směřujeme směrem dolů.

10) Nakonec uděláme na kondomu uzel.



(www.sexus.cz/navod-k-pouziti-kondomu (2)).

Příloha 4. Příklady sexuálně přenosných nemocí – STD

Kategorie sexuálně přenosných chorob, mezinárodně „sexually transmitted diseases“ – STD, nebo také „sexually transmitted infections“ – STI, je kategorie nemocí šířená převážně nebo výhradně pohlavním stykem.

O pestrosti škály STD svědčí, že onemocnění jako je infekční žloutenka, může být přenesena sexuálním kontaktem, v tomto případě nejčastěji orálním sexem.

Boj proti STD je odlišný od boje proti jiným infekčním nemocem, poněvadž apely na bezpečný sex, zodpovědnost v navazování sexuálních vztahů a boj proti promiskuitě zůstává často bez odezvy veřejnosti (www.planovanirodiny.cz (2)).

Kapavka

Původcem je bakterie *Neisseria gonorrhoea* (gonokok). Infikuje sliznici močopohlavního ústrojí člověka, sliznici nosohltanu, konečníku a oční spojivku (extragenitální kapavka). Vzácně může dojít k tzv. metastatické kapavce postihující klouby. Pokud se kapavka neléčí, nebo léčí nedostatečně, může dojít k trvalému poškození dalších orgánů (např. poruchy plodnosti apod.). Akutní kapavka může bez řádného léčení přejít do chronického stádia s minimem příznaků a postupným šířením na další orgány močopohlavního systému.

Protože se klinické příznaky liší dle pohlaví, rozlišujeme mužskou a ženskou kapavku. U mužů se objevuje na sliznici prudký zánět s výraznými potížemi, u žen může být infekce zcela asymptomatická.

Projevy kapavky jsou následující:

Akutní přední projevující se akutním hnisavým zánětem močové trubice po inkubační době 5-7 dní. Otvor močové trubice je zduřelý a zarudlý, dochází k bolesti a pálení při močení. Objevuje se silně hlenohnisavý zelenožlutý výtok. Neléčený akutní průběh postupně slábne a přechází ve vleklý projevující se slabým výtokem či ranní kapkou v močové trubici, nebo může být zcela bez příznaků.

Akutní zadní, kdy kapavka vzniká při přestupu infekce z močové trubice za zevní svěrač močového měchýře do ústí semenných vývodů prostaty, semenných váčků a chámovodů.

Nucení na močení, bolestivost při ukončení močení nebo krev v moči mohou být příznaky kapavky. U neléčených forem zadní kapavky dochází k infekci prostaty a bolesti v oblasti rekta. Přítomna může být bolestivá defekace. Komplikací může být i destrukce

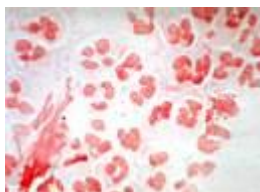
epitelu v semenných váčcích, což může zapříčinit poruchy plodnosti. Bolesti vystřelující do zad, stehen a střev jsou dalšími projevy kapavky. Výsledkem je neplodnost.

Inkubační doba je 2 až 8 dní, přičemž se u mužů objevují akutní příznaky mezi 2. až 5. dnem po nákaze.

Léčba je povinná pomocí antibiotik. Zpravidla je ambulantní, při komplikacích je nutná hospitalizace. Infikovaný člověk má povinnost podrobit se léčbě na dermatovenerologickém oddělení a dispenzarizaci (cílem sledování je dokonalé vyléčení nemoci a zabránění šíření) trvající 6 měsíců (nedodržením režimu a případném vědomém nakažení jiné osoby může být trestně stíhán).

Kapavka se přenáší genitálním, orálním i análním pohlavním stykem. K nepohlavnímu přenosu dochází výjimečně při nedodržení hygienických pravidel, jelikož bakterie je citlivá na zevní prostředí a dezinfekční prostředky, díky tomuto rychle hyne.

Prevence spočívá v důsledném používání kondomu. Při zjištění varovných signálů mající spojitost s pohlavním stykem, nevěrou, rizikovém pohlavním styku je třeba podrobit se venerologickému vyšetření (www.004.cz (3)).



Obrázek 2. Původce kapavky – gonokoky (www.004.cz (3)).



Obrázek 3. Žlutozelený výtok z močové trubice (www.004.cz (3)).

Syfilis

Neboli lues, příjice je celkové, chronické infekční onemocnění probíhající ve třech stádiích. Projevuje se velkou škálou příznaků se schopností napodobit celou řadu jiných nemocí. Postihuje kterýkoli orgán nebo tkáň. Pokud se neléčí nebo léčí špatně, může v pozdním stádiu končit smrtí či invaliditou pacienta. Původcem je bakterie spirálovitého tvaru – spirocheta *Treponema pallidum*, jež je velmi citlivá na zevní vlivy, ničí ji i zředěné roztoky běžných dezinfekčních prostředků. Infekční je pouze pro člověka, je jeho jediným hostitelem v přírodě. Inkubační doba je v rozmezí 10-90 dnů, nejčastěji 3 týdny.

Projevuje se ve třech stádiích. Přibližně tři týdny po nákaze se v oblasti genitálu (i na rtu, v hrdle a konečníku) objeví tzv. tvrdý vřed, doprovázený nevýraznou výrazkou trupu, což je první stádium syfilis. Pokud se jedinec léčil antibiotiky, může vřed vymizet nebo se neprojeví vůbec. Vzhledem k tomu že klinické projevy jsou značně proměnlivé, někdy nazýváme syfilis opicí nemocí. Pokud nedojde k léčbě, vřed se částečně zhojí jizvičkou a nemoc přechází po čtvrt roce do druhého stádia projevující se vyrážkou po celém těle. Nemoc pozvolna přechází do třetího stádia, pokud ani ve druhém není nasazena léčba. Nyní už nemusí být beze zbytku vyléčena a může dojít k rozsáhlému orgánovému poškození.

Syfilis se léčí intenzivní kúrou antibiotik. Pacient je dlouhodobě sledován, aby se vyloučila opakovaná infekce.

Syfilis se přenáší převážně kontaktně, proto ani kondom nemusí před nákazou chránit zcela spolehlivě (pokud dojde ke kontaktu s místem, který kondom nekryje). Poměrně často dochází k přenosu při orálním sexu (www.004.cz (4), Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).



Obrázek 4. Neléčená syfilis. Ukazuje, že i v dnešní době se můžeme zejména v Africe potkat se znetvořenými lidmi, kteří nikdy nepodstoupili léčbu (www.004.cz (4)).



Obrázek 5. Primární syfilitický vřed na penisu (www.004.cz (4)).

Herpes genitalis

Patří mezi herpetická virologická onemocnění. Herpes obecně znamená opar, v případě Herpes genitalis se jedná o opar na genitáliích.

Při prvonákaze není průběh nikterak těžký, pokud se léčí, puchýř po několika dnech vymizí. Pokud má jedinec silnou imunitu, nemusí se v některých případech vnik viru projevit v jeho organismu vůbec. Symptomy jsou především svědění a výskyt puchýřů.

Nebezpečnost spočívá ve vysoké infekčnosti a přenosu, zejména prostřednictvím pohlavního styku. Další riziko (i přes léčbu) je v jeho odolnosti, kdy i po odeznění akutního onemocnění zůstává v těle člověka. Většinou se usazuje v nervových gangliích podél páteře, kde čeká na možnost projevit se až do konce života nositele (www.herpesgenitalis.cz).



Obrázek 6. Kožní projev herpes genitalis (www.herpesgenitalis.cz)

Příloha 5. Dotazník

Dotazník

Prosím o anonymní vyplnění dotazníku. V každé otázce si vyberte 1 odpověď, pokud není určeno jinak v zadání otázky. Své odpovědi prosím zakroužkujte. Za Vaši ochotu a čas k vyplnění dotazníku předem děkuji.

Třída: _____

Věk: _____

Pohlaví: Muž Žena

1. Jaký je rozdíl mezi 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.

2. Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje:

- 1) Transfúzí krve.
- 2) Nechráněným pohlavním stykem.
- 3) Injekčním užíváním drog.
- 4) Líbáním.

3. Virem HIV je možné se nakazit:
(vyberte prosím max. 3 odpovědi)

- 1) Bodnutím infikovaným hmyzem.
- 2) Líbáním.
- 3) Krevní transfúzí.
- 4) Nechráněným pohlavním stykem.
- 5) Podáním ruky.
- 6) Kýcháním, kašláním.
- 7) Používáním stejného WC a sprch.

8) Sdílením injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů.

9) Kojením

4. Přítomnost HIV/AIDS v organismu se zjišťuje:

1) Z moči.

2) Z krve.

3) Ze stolice.

4) Z potu.

5) Nevím.

5. Lze AIDS vyléčit?

1) Ano.

2) Ne.

3) Nevím.

6. 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.

7. HIV mohou přenášet:

1) Pouze muži.

2) Pouze ženy.

3) Pouze cizinci.

4) Všichni.

8. Je pravda, že se HIV/AIDS vyskytuje pouze mezi homosexuály?

1) Ano.

2) Ne.

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

1) Ano.

2) Ne.

10. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží:

1) Kondom.

2) Hormonální antikoncepce.

3) Lubrikační gel.

4) Neexistuje ochrana.

11. Jedinou 100% ochranou před nákazou virem HIV je:

1) Úplná sexuální abstinence.

2) Používání kondomu.

3) Věrnost ve vztahu.

12. Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

1) Ano.

2) Ne.

13. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

1) Ano.

2) Ne.

14. 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.

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

- 1) Časopisy.
- 2) Internet.
- 3) Kamarádi, známí.
- 4) Televize, rádio.
- 5) Škola.
- 6) Nezajímám se.

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

- 1) Ano.
- 2) Ne.

17. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, byla pro vás beseda přínosem?

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

18. Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v rámci nějakého předmětu na vaší škole?

- 1) Ano.
- 2) Ne.

19. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, napište prosím, ve kterém předmětu/předmětech jste se problematikou HIV/AIDS zabývali a ve kterém ročníku/ročnících to bylo.

Ročník: _____ Předmět: _____

Ročník: _____ Předmět: _____

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

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Anastázie Bohanesová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Analyza znalostí žáků na 2. stupni základních škol Olomouckého kraje v problematice HIV/AIDS
Název v angličtině:	Analysis of knowledge on the HIV and AIDS problematics of pupils on the secondary schools of Olomouc region
Anotace práce:	Teoretická část diplomové práce se zabývá poznatky o HIV/AIDS. V praktické části seznamuje s výsledky dotazníkového šetření o povědomí žáků základních škol Olomouckého kraje v této oblasti.
Klíčová slova:	Virus lidské imunodeficiency (HIV), Syndrom získaného selhání imunity (AIDS), sexuální výchova, prevence, žáci základních škol
Anotace v angličtině:	Theoretical part of this thesis is focused on knowledge about HIV/AIDS. In practical part presents results from questionnaire about HIV/AIDS, which was filled out by pupils on the secondary schools of Olomouc region.
Klíčová slova v angličtině:	Human immunodeficiency virus (HIV), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), sexual education, prevention, pupils of the secondary schools
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Seznam obrázků, tabulek a grafů Příloha 2. Femidom Příloha 3. Návod na použití kondomu Příloha 4. Příklady sexuálně přenosných nemocí - STD Příloha 5. Dotazník
Rozsah práce:	95 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

