

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Veronika Foldynová

**Současná úroveň vědomostí žáků 8. a 9. tříd
základních škol o onemocnění AIDS**

Olomouc 2012

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

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

V Olomouci dne

Bc. Veronika Foldynová

Děkuji doc. PaedDr. Miroslavu Kopeckému, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

OBSAH

1 Úvod	6
2 Cíle a úkoly práce	7
3 Teoretické poznatky	8
3.1 Somatický a psychologický vývoj staršího školního věku..	8
3.2 Pohlavně přenosné choroby	11
3.3 HIV/AIDS..	12
3.3.1 Historie onemocnění AIDS	12
3.3.2 Virus HIV	14
3.3.3 Onemocnění AIDS	16
3.3.4 Přenos HIV/AIDS.....	16
3.3.5 Průběh HIV infekce a klinický obraz.....	18
3.3.6 Diagnostika HIV infekce	20
3.3.7 Možnosti léčení HIV infekce	21
3.3.8 Prevence proti HIV/AIDS	22
3.3.8.1 Zdraví pro všechny v 21. století – „Zdraví 21“	23
3.3.8.2 Světový den boje proti AIDS	24
3.3.9 HIV/AIDS ve světě a v České republice	25
3.4 Zakomponování HIV/AIDS do školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání	28
3.4.1 Zahrnutí tematiky pohlavně přenosných chorob a AIDS ve Školském vzdělávacím programu na vybraných školách	31
3.5 Srovnávání vědomostí o HIV/AIDS s vybranými státy	32
3.5.1 Afrika	33
3.5.2 Indie.....	34
3.5.3 Malajsie.....	35
3.5.4 Nepál	36
3.5.5 Jamajka	37
4 Metodika práce	38
4.1 Charakteristika souboru	38
4.2 Organizace výzkumu.....	39
4.3 Metodika sběru dat	40
4.4 Zpracování a vyhodnocení výsledků.....	41
4.5 Preventivní program „Hrou proti AIDS“ ..	41

5	Výsledky	46
5.1	Porozumění žáků pojmům HIV/AIDS.....	46
5.2	Možnosti přenosu HIV.....	48
5.3	Zjišťování HIV/AIDS v organismu.....	55
5.4	Možnosti léčby AIDS.....	56
5.5	Možnosti ochrany před virem HIV	57
5.6	Prevence proti HIV	59
5.7	Výskyt HIV v České republice.....	60
5.8	Kdy se nechat testovat na HIV	62
5.9	Získávání informací o HIV/AIDS	63
5.10	Informovanost žáků o HIV/AIDS v rámci školní výuky	65
6	Závěr	67
7	Souhrn.....	70
8	Summary	71
9	Referenční seznam	72
10	Přílohy.....	76

1 ÚVOD

Téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu účasti na „peer programu“ pod názvem „Hrou proti AIDS“. Tato akce byla pro mne velice přínosnou zkušeností, jelikož jsem mohla s žáky probírat toto citlivé téma, které se týká nás všech. Bylo velmi pozoruhodné sledovat kolik má kdo informací o této smrtelné nemoci a také, že někteří o ní mají mylné představy. HIV/AIDS je velice zajímavé téma, o kterém jsem také chtěla psát, neboť se vztahuje k mému studijnímu oboru. Vir HIV, který toto onemocnění způsobuje, spadá pod můj první obor – přírodopis. V rámci výchovy ke zdraví se s touto problematikou setkáváme při sexuální výchově, a to v sexuálně přenosných onemocněních.

Do teoretických poznatků jsem zařadila období dospívání, kdy v tomto věku žáci rádi riskují a objevují nové věci. Do tohoto období spadají první lásky. Dále zde přibližuji informace, které je potřeba znát k tomuto onemocnění. Historii objevu, jak se toto onemocnění přenáší atd. Poté jsem hledala v různých školách, kam řadí v rámci výuky téma o onemocnění AIDS. Na srovnání jsem zjišťovala, jak to mají s danou problematikou ve vybraných státech, kde se uskutečnil průzkum. Nakonec jsem pátrala po informacích o různých státech a sledovala jsem jejich úroveň vědomostí na dané téma.

Úkolem práce bylo zjistit, jaké mají vědomostmi o onemocnění HIV/AIDS žáci 8. a 9. tříd, zda jsou dobře informovaní a nemají mylné představy o této chorobě.

2 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem práce je zjistit, jaká je současná úroveň vědomostí žáků 8. a 9. tříd základních škol o onemocnění AIDS, zda se na školách o této problematice vyučuje, ve kterých ročnících a které předměty se touto oblastí zabývají.

Dílčí úkoly práce:

1. Zjistit, jestli žáci rozumí pojmům HIV/AIDS a znají všechny způsoby přenosu viru HIV.
2. Provést průzkum znalostí žáků o formě zjišťování viru HIV v organismu, kdy je možné se nechat testovat a jestli je tato choroba léčitelná.
3. Informovat se, zda žáci znají možnosti ochrany před HIV a zda existuje prevence formou očkování.
4. Zjistit, jestli si jsou žáci vědomi faktu, že se toto onemocnění vyskytuje i v České republice.
5. Ověřit povědomí žáků o zdrojích obsahujících problematiku onemocnění AIDS a zda jsou jim informace předávány i ve škole.
6. Porovnat úroveň vědomostí o HIV/AIDS mezi chlapci a děvčaty Olomouckého kraje s žáky a žákyněmi kraje Jihočeského.

3 TEORETICKÉ POZNATKY

3.1 Somatický a psychologický vývoj staršího školního věku

Podle Vágnerové (1999) se období dospívání považuje za přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí a začíná přibližně v 11 letech a končí dosažením dospělosti přibližně ve 20 letech. Období dospívání lze rozdělit na dvě fáze a to na fázi puberty a fáze adolescence.

První fáze dospívání neboli puberta se dělí na prepubertu a pubertu. Prepuberta nastupuje u děvčat okolo 10. roku (Šimčíková Čížková a kol., 2005). Nástup puberty je individuální u každého jedince. Vágnerová (2005) uvádí rozmezí nástupu puberty mezi 11. – 15. rokem života.

Fáze prepuberty začíná prvními známkami pohlavního dospívání. Objevují se první sekundární pohlavní znaky. Končí nástupem menarché u dívek a u chlapců první polucí. U dívek začíná fyzický vývoj dříve jak u chlapců. U nich probíhá fyzický vývoj asi o 1 – 2 roky později (Vágnerová, 1999).

Podle Lebla a Krásničkové (1996) je puberta hormonálně podmíněný proces fyzického zrání a růstového výšvihu. Dle arbitrálních kritérií je ukončena v okamžiku, kdy je mladý jedinec schopen reprodukce. Jako hlavní fyzické změny spojeny s pubertou je vývoj druhotných pohlavních znaků, kompletní maturace a postupné navození dospělé funkce nadledvin, ovárií a testes, dosažení dospělého stavu vývoje skeletu, svaloviny a tukové tkáně, ukončení růstu dalších tělesných orgánů a tkání.

Puberta se řídí jednotnými biologickými zákonitostmi, které určují pořadí změn a dobu jejího trvání. Nástup puberty je individuální, tedy liší se mezi populacemi i mezi jedinci (Lebl, Krásničková, 1996).

V období puberty dochází k proměně všech složek osobnosti dospívajícího. Velmi nápadné je tělesné dospívání a to je spjato s pohlavním dozráváním. Puberta patří mezi jedno z bouřlivých období života mladého člověka. Toto období je plné změn, nástupem

nových funkcí, a vztahů. Dítě je v této fázi velmi zranitelné jak po psychické stránce, tak po fyzické stránce (Lisá, Kňourková, 1986).

Dle Riegrové a Ulbrichové (1998) je puberta příznačná tím, že se na počátku funkční zralosti pohlavních orgánů objevuje sezamská kůstka palce, epifýzy a rozšiřující a postupně čepičkovitě překrývající metafýzy. Po prvních známkách splývání epifýzy a metafýz je dosaženo cca 95 % dospělé výšky.

V pubertě nastává somatické rozlišení mezi chlapci a dívkami. Někdy se setkáváme v literatuře, že se toto období nazývá jako období druhé vytáhlosti. Tělo děvčat se díky hormonům začíná měnit. Vyvíjí se jim vnitřní pohlavní orgány, začínají se jim vyvíjet ěadra a roste jim ochlupení na přirození a podpaží. Děvčata pohlavně dozrávají dříve než chlapci. Vlivem mužských pohlavních hormonů nastávají u chlapců změny směřující k vytvoření mužského typu těla a mužských pohlavních funkcí. Chlapcům začínají růst varlat a pohlavní úd, vnější pohlavní ústrojí se začíná ochlupovat. V tomto období roste tělo rychle a nastává u nich změna hlasu – **mutace**. Ve stejnou dobu začíná zarůstání pod pažemi. Velmi často se objevují vyrážky – **akné** (Lipková, 1980).

Mladý člověk se vyvíjí také po psychické stránce, kdy dochází ke změně způsobu myšlení, dospívající dokáže myslet abstraktně. Pubescent se začíná osamostatňovat od rodičů a v tuto dobu na něj začínají mít velký vliv jeho vrstevníci se kterými se v jisté míře ztotožňuje. V tomto období zakončuje svou povinnou školní docházku a volí svoje budoucí povolání, které bude mít vliv na jeho sociální postavení. Také je to čas prvních lásek, tedy prvních partnerských vztahů (Langmeier, Krejčířová, 2007).

Puberta je spojena s typickou nejistotou a napětím. Charakteristickým projevem puberty je klackovité chování, klátivá chuze, hlučnost, předvádivost nebo naopak pocity méněcennosti, nevyvážené reakce i výkony. Činorodost se střídá s leností, poslušnost s nedůtklivostí, přátelskost s urážlivostí a hubatostí, společenskost zase se snahou o izolaci. Chlapci a dívky prožívají pubertu rozdílně a také nástup bývá jindy. Dívky většinou předbíhají chlapce v průměru o dva roky (Čačka, 1995).

V období puberty dospívající velmi experimentují. Odmítají úplnou závislost na rodině a postupně ji více nahrazují vrstevníci. Ti jim poskytují podporu a jsou pro ně velmi důležití. Naivita a okouzlení novými kompetencemi jej vedou k pocitu všemocnosti. Pubescent si myslí, že ví všechno, co potřebuje a proto jej nemůže nic ohrozit. Pokud

mu něco rodiče doporučují či mu radí, tak to odmítá, protože si myslí, že jsou tyto rady hloupé a zbytečné (Langmeier, Krejčířová, 2007).

Pokud se zaměříme na citový vývoj, pubescent se snaží odpoutat od rodičů a snaží se citově sblížit s někým jiným. Tím vznikají pevnější kamarádské vztahy. Pokud jde o opačné pohlaví, tak zde mizí vzájemná izolovanost chlapců a dívek, dochází k vzájemnému sblížování. Z počátku, ale toto sblížování má podobu škádlení, koketování a později dochází k prvnímu zamilování. Tyto vztahy mají zpočátku erotický charakter a postupně ke konci tohoto období bývá i první pohlavní styk (Šimčíková Čížková a kol., 2005).

Podle Vágnerové (1999) mají dospívající první pohlavní styk mezi 14. – 16. rokem. V roce 1998 byl proveden výzkum prvního koitu u 13letých a méně u mužů 2,2 % a dívek 0,5 %, 14 – 15 letech 8,9 % a u dívek 6,4 % největší výskyt byl zaznamenán v 16 – 17 letech, kdy u chlapců 33 % a u dívek 38,2 % a 18 – 19 letech 32,7 % a u dívek 35,8 %. První pohlavní styk je spojen s poznáváním něčeho nového. Často bývá časné zahájení pohlavního života spojeno s kouřením, s abúzem alkoholu a s účastí dospívajícího na dalších rizikových aktivitách. Mezi další faktory se řadí nedostatečná emoční podpora v rodině, chybění vřelého, pečujícího a podporujícího vztahu rodičů k dítěti, ale také špatný školní prospěch, chudoba rodiny nebo traumatický sexuální zážitek z dětství.

Důležité je při prvních sexuálních zkušenostech, které k tomuto období patří, se dobře chránit. Jako účinná antikoncepce se ve vyspělých zemích používá kondom či hormonální prostředky. Při prvním sexuálním styku využívá některou z těchto prostředků velká část obyvatelstva. U nás bohužel jen jedna pětina mládeže používá kondom a hormonální antikoncepci asi 5 % dospívajících. Dle novějších výzkumů je zřetelný příznivý trend, kdy je u dospívajících lidí zaznamenáno, že při prvním koitu používají některou formu účinné ochrany, přesto zůstává situace nevyhovující. Dospívající zdůvodňují odmítání antikoncepce převážně kvůli tomu, že by prozradili svou sexuální aktivitu před rodiči (Vágnerová, 1999).

Podle výzkumu naší populace se ukazuje, že ve všech věkových skupinách a u obou pohlaví jsou hlavním zdrojem informací o sexualitě přátelé a známí. V mladších věkových kategoriích jsou uváděny jako zdroj informací i rodiče nebo škola. Velmi často

hledají informace i na internetu. Toto ukazuje na nedostatečnou účinnost sexuální výchovy, zdravotní osvěty, ale i prevence sexuálně přenosných chorob (včetně HIV/AIDS) v našich podmínkách (Vágnerová, 1999).

3.2 Pohlavně přenosné choroby

Pohlavní nemoci nazývané také venerické nemoci jsou nemoci infekční. Používá se pro ně též názvu pohlavně (sexuálně) přenosné nemoci nebo zkratky STD z anglického pojmenování sexually transmitted diseases nebo také sexually transmitted infections (STI). Ukazuje se totiž, že se často neprojevují žádnými příznaky, ale jejich infekce v organismu bezpříznakově probíhá a působí stejně závažné následky (Machová J., Kubátová D. a kol., 2006).

Podle Machové a Kubátové (2006) mají pohlavní nemoci také sociální a ekonomický dopad pro každou společnost. Náklady na léčbu pacienta s AIDS jsou 900 000 Kč za jeden rok a při léčbě akutní syfilis činí 50 000 Kč.

Mezi tzv. **klasické pohlavní nemoci** patří kapavka, syfilis, měkký vřed, lymfogranuloma venereum a granuloma inguinale. Nejčastěji se u nás vykytují kapavka a syfilis. K poznání dalších infekčních chorob, které se šíří převážně pohlavním stykem, a řadíme je proto mezi pohlavní nemoci, došlo v posledních desetiletích minulého století. Dnes známe více než 25 původců těchto chorob a patří mezi viry, bakterie, prvoky, parazitální houby a zevní parazity (Machová, Kubátová, 2006).

Podle Machové a Hamanové (2002) jsou pohlavní nemoci nebezpečné, jelikož postihují jako každá infekční choroba organismus jako celek nebo zasahují jen určité místo. Nejčastěji bývá postiženo pohlavní a močové ústrojí. Dále také kůže a sliznice dutiny ústní a konečníku. Probíhají jako zánět, při kterém se objeví bolestivost postiženého orgánu zarudnutí, výtok z močové trubice nebo pochvy, kožní vyrážky, vřidky a výrůstky. Někdy však mohou probíhat bez zjevných příznaků. Nakažený člověk pak neví, že je nakažený a nevyhledá lékařskou pomoc včas nebo vůbec a tak přenáší infekci na svého partnera. Promiskuitní osoby pak mohou nakazit velký počet osob.

Výskyt příjice, kapavky, čtvrté a páté pohlavní nemoci měkkého vředu podléhá povinnému hlášení, evidenci, depistáži, dispenzarizaci a je povinné i poučení pacienta.

Národní referenční laboratoř pro AIDS eviduje výskyt infekce virem HIV a onemocnění AIDS. Cílem všech těchto opatření je zamezit šíření infekce a vyhledat další ohrožené nebo již nemocné osoby (Machová, Hamanová 2002).

Podle Machové a Hamanové (2002) se preventivní opatření týkají sexuálního chování, jelikož se pohlavní nemoci šíří pohlavním stykem. Stoprocentní a nejspolehlivější ochranou před infekcí je partnerská věrnost, ale samozřejmostí je, že musí být oba partneři zdraví. Další možnou ochranou je kondom, který snižuje možnost nákazy pohlavní nemocí. Velice důležitý význam má předávání informací o bezpečném sexuálním chování, vedení k odpovědnosti za zdraví své, svého partnera, ale i budoucích dětí.

3.3 HIV/AIDS

3.3.1 Historie onemocnění AIDS

V relativně krátké historii ADS lze pozorovat tři období. Prvé začalo někdy v polovině sedmdesátých let a je možno je označovat jako „období klidu“. Během něho doházelo k šíření infekce HIV, zejména v subsaharských oblastech Afriky, ale také v USA a Karibské oblasti; toto šíření infekce však zůstávalo nepoznáno, a nemohlo být tedy ani nijak omezováno (Šejda et. al., 1993).

Podle Hájka et. al. (2004) na jaře 1981 newyorský dermatolog Dr. Friedman-Kien (1982) popsal u dvou mladých, a do té doby zdravých homosexuálně orientovaných mužů, velmi vzácný kožní nádor, Kaposiho sarkom (Obrázek 1). Také M.S. Gottlieb a kol. (1981) v Los Angeles v roce 1981 prokázali u pěti homosexuálních mužů pneumocystovou pneumonii, kandidózu ústní dutiny a cytomegalovirovou infekci. Společným znakem u všech nemocných byl hluboký rozvrat imunity neznámého původu.



Obrázek 1. Kaposiho sarkom na dolní končetině mladé ženy (Hájka et. al., 2004)

V průběhu let 1981 – 1982 počet těchto onemocnění v USA prudce narůstal a záhy bylo zřejmé, že jejich výskyt je u těchto osob podmíněn přítomností nového, do té doby neznámého typu získaného buněčného imunodeficitu (Černý, Machala, 2007).

Podle Šejdy et. al. (1993) byla pozornost obrácena nejprve k již známým virům a největší důraz byl věnován tzv. **retrovirům**. O retrovirech bylo známo, že některé z nich vyvolávají imunitní nedostatečnost u různých druhů zvířat a některé zvláštní typy lidské leukémie.

Řada výzkumných týmů, jak v USA, tak v Evropě, začala pátrat po původci syndromu. V roce 1983 a 1984 se dostavily první výsledky, za kterými stáli tři výzkumné týmy. Vědecký tým Roberta Gallo v USA, Luce Montagniera ve Francii a J. A. Levy objevili nezávisle na sobě původce onemocnění AIDS. Vědecký tým dr. Montagniera nazval nový virus LAV (Lymphadenopathy- Associated Virus). Skupina vědců pracující pod vedením dr. Gallo izolovali z krve řady mužů s AIDS podobný virus, který dostal název HTLV III (Human T-Lymphothotropic Virus III) a Levyho skupina jej pojmenovala jako ARV (AIDS-related virus). Z důvodu sjednocení terminologie byl nově izolovaný virus přejmenován na virus lidské imunitní nedostatečnosti (HIV - 1) (Hájek et. al.2004, Šejda et. al., 1993).

V roce 1986 skupina L. Montagneira izolovala od osoby s AIDS, pocházející ze západní Afriky, poněkud odlišný virus, geneticky bližší opičímu SIV. Krátce poté byl nezávisle ve Švédsku izolován z imunodicitního pacienta obdobný virus. V roce 1987 byla prokázána totožnost těchto virů a byla provedena rekvalifikace všech dosavadních izolátů. Původně izolované viry z roku 1983 a 1984 byly označeny jako HIV typ1, biologicky odlišné viry vyvolávající AIDS především v západní Africe byly označeny jako HIV typ 2. (Hájek et. al. 2004, Šejda et. al., 1993).

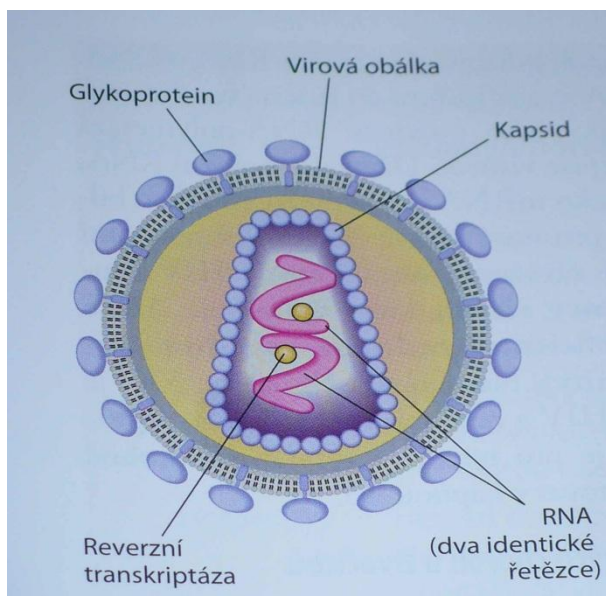
Popisem prvních případů AIDS v roce 1981 začíná druhé období, nazývané „obdobím objevů“, vrcholící prvou Mezinárodní konferencí o AIDS v červnu v Atlantě v USA. Během této doby byl objeven původce onemocnění a byly objasněny způsoby jeho přenosu. Možnosti průkazu antivirových protilátek vedly nejenom k záchytu velkého počtu infikovaných osob, ale i k poznání dlouhé doby latence mezi infekcí a propuknutím vlastního onemocnění (Šejda et.al.,1993).

3.3.2 Virus HIV

Viry dnes představují nejnižší živé organismy. Viry mají základní vlastnosti živých organismů a jsou schopné se velmi dobře adaptovat na podmínky prostředí. Často mění své vlastnosti, vyvíjejí se a za určitých podmínek se množí (Holub, 1993).

Jejich velikost se pohybuje v desítkách až stovkách nanometrů. Podle poslední zprávy Mezinárodní komise pro taxonomii virů (z r. 1995) rozlišujeme přes 3600 druhů a 164 rodů a řadí je do 71 čeledí, resp. skupin. Viry dělíme na viry bakterií, hub, rostlin a živočichů. Podle typu nukleové kyseliny se viry dělí na RNA viry a DNA viry (Rosypal, 2003).

Viry HIV mají specifický až oválný tvar o průměru 80 – 120 nm a skládají se ze dvou základních částí a to vnějšího obalu a virové kapsidy vnitřního jádra. Obal virionu HIV je tvořen dvojvrstevnou lipidní membránou, která podmiňuje jeho citlivost na tuková rozpouštědla (př. eter, alkohol a další). Z lipidního obalu vyčnívají oválné výběžky glykoproteinového charakteru (Obrázek 2). Virus HIV ničí v organismu buněčný obranný systém. Tyto buňky už nejsou schopny normálně plnit svou úlohu (Šejda et. al., 1993; Joyeux, 2000).



Obrázek 2. Virus HIV (Campbell, Reece, 2008)

Virus HIV řadíme mezi živočišné viry a jsou obalené ssRNA se zpětnou transkriptázou. HIV patří do retrovirů. Retroviry jsou rozsáhlou skupinou virů s mimořádně složitým replikačním cyklem. Jejich genom tvoří jednořetězcová pozitivní RNA, je diploidní (každý virion obsahuje dvě její molekuly) a pro replikaci musí být včleněn do DNA genomu hostitele buňky jako provirus. Důležitý je také enzym zpětné (reverzní) transkriptázi. Dále se retroviry dělí na skupiny, kdy HIV vir se řadí do rodu **Lentivirů** (tzv. pomalé viry těžkých chorob člověka). Retroviry působí zhoubné až velmi zhoubné nádory a maligní imunodeficiencie: sarkomy, lymfomy a leukemie ptáků a savců. Mimořádně nebezpečný retrovirus HIV virus lidské imunitní nedostatečnosti – původce smrtelné choroby AIDS. Je to typický lentivirus, kdy jeho infekce je charakteristická neobyčejně dlouhou dobou (až 10 let) a pomalu, avšak nezadržitelně se rozvíjejícími příznaky těžkých onemocnění (Rosypal, 2003).

Molekulární studie viru HIV odhadují, že virus se zřejmě vyvinul z jiného viru, který je známý u šimpanzů střední Afriky a jenž se u lidí mezi r. 1915 a 1940 několikrát vyskytl. Měl na svědomí několik vzácných infekcí i AIDS, avšak nebyl rozpoznán (Campbell, Reece, 2008).

Dnes známe dvě varianty tohoto viru a jsou to HIV 1 a HIV 2. Virus HIV 1 infikuje zejména T lymfocyty, tj. bílé krvinky specificky odpovědné za buněčnou imunitu,

kteře mají receptor CD4, a postupně i další buňky imunitního systému. Patogenita HIV 2 není dosud jasná. Jen HIV 1 je prokázaným původcem choroby AIDS (Rosypal, 2003).

Virus HIV je mimo lidské tělo velice citlivý, především na běžné desinfekční prostředky typu chloraminových přípravků, peroxidů vodíku, persterilu a další. HIV je těmito přípravky během 2 – 3 minut bezpečně zničen. Dále je vir vysoce citlivý na teplo a sucho. Sterilizace, ale i pasterizace jej také ničí. Ohřátím tekutiny, která obsahuje HIV na 60 °C, po dobu 30 minut, dostačuje k jeho likvidaci (Holub, 1993).

3.3.3 Onemocnění AIDS

AIDS je imunodeficitní nemoc způsobená virem. Dnes onemocnění AIDS „**Aquired immunodeficiency syndrome**“ v překladu získaný imunodeficitní syndrom. Morbilita AIDS se blíží 100 %, HIV je tudíž nejvíce letálním patogenem, se kterým jsme se kdy setkali (Campbell, Reece, 2008).

Zkratka AIDS přesně vysvětluje příčinu onemocnění. Lidskému organismu ubývá obranyschopnost a ten je tak náchylný k řadě dalších infekcí nebo nádorových onemocnění (www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/aids/).

Onemocnění AIDS je smrtelné a jeho podstatou je selhání imunity zprostředkované T lymfocyty (Göpfertová a kol., 2002).

Podle Janiše (2007) onemocnění AIDS způsobeno virem HIV. V současné době má AIDS charakter pandemie. Do úplného rozvinutí nemoci AIDS virem HIV trvá v průměru 12 let. Ve francouzsky mluvících zemích se užívá označení SIDA (Syndrome d'immunodeficiency aquire) a v rusky mluvících zemích se setkáme s označením SPID (Syndrom priobretennogo immunodeficita).

3.3.4 Přenos HIV/AIDS

V současnosti je prokázáno, že virus se přenáší třemi různými způsoby a to krevní cestou, sexuální stykem a z matky infikované virem HIV na dítě (Joyeux, 2000).

Hlavní způsob přenosu je homosexuálním i heterosexuálním **pohlavním stykem** (Göpfertová, 2002).

Snadněji se může infikovat prostřednictvím mikroskopických lézí a oděrek na sliznici. K těmto drobným poraněním dochází v průběhu sexuálního aktu. Vir HIV je přítomný ve spermatu nebo ve vaginálním sekretu a během pohlavního styku je umožněn styk s krví příjemce. Osoby, které jsou infikované různými pohlavními nemocí, hlavně s vředovitými projevy se riziko přenosu HIV infekce mezi partnery zvyšuje. Nejčastěji dochází k poranění análním stykem. S análním stykem se pojí nejvyšší riziko infekce, neboť rektální sliznice je zranitelnější než vaginální (www.aids-pomoc.cz).

Přenos **krevní cestou** může být dvojím způsobem. Prvním způsobem je podání infikované krve nebo krevních přípravků při transfúzi krve. V minulosti se tímto způsobem nakazilo mnoho lidí, kteří dostali transfúzi krve od infikovaných dárců. Dnes je tento způsob téměř vyloučen. V rozvojových zemích, ale také u nás jsou od roku 1987 všichni dárci krve kontrolováni, zda nejsou infikováni virem HIV. I když se dárci krve testují na HIV protilátky, existuje minimální riziko HIV dané např. možností testování dárce v období tzv. imunologického okénka, proto je lepší, když jde člověk na plánovanou operaci, autotransfúzi (Holub a kol., 2003; www.aids-pomoc.cz).

Nepřavděpodobné nebezpečí nákazy virem od infikovaného člověka je při drobných poraněních. Důvodem je, že k infekci je potřeba určité množství viru. I přesto je důležité dodržovat určitá pravidla. Nepoužívat společně stejné hygienické potřeby jako třeba kartáček na zuby a žiletky. Určité riziko nákazy je při tetování, „piersingu“, pokud nejsou tetovací nástroje řádně sterilizovány (www.aids-hiv.cz).

Druhým způsobem přenosu krevní cestou je při injekčním užíváním drog. Vysoké riziko existuje především při sdílení injekčních jehel, stříkaček a roztoku drogy, kdy jeden z uživatelů je nakažen virem HIV (www.aids-hiv.cz; Kubátová a kol., 2009).

Posledním způsobem přenosu HIV bývá z infikované **matky na plod**. Tento přenos se nazývá vertikálním přenosem. Dítě může být infikováno kdykoliv v nitroděložním vývoji, během porodu nebo při kojení. Pokud je žena těhotná, tak se testuje, jestli nemá HIV. Toto testování je velice důležité, protože v případě positivity HIV se podává antiretrovirový preparát, který v mnoha případech může zamezit přenosu viru na dítě. Toto preventivní opatření má největší účinnost, když se zavede u

matky od začátku těhotenství a v užívání se pokračuje v celém jeho průběhu. Poté je potřeba jej co nejdříve zavést i u novorozence (www.aids-hiv.cz).

Pravděpodobnost, že se infekce HIV přenese z matky na dítě, se v Evropě udává 20 – 30 %, v rozvojových zemích 55 %. Samozřejmě záleží na stádium infekce, které matka má. Pravděpodobnost přenosu je nejvyšší v době primární infekce nebo ve fázi rozvinutého onemocnění. Během porodu se riziko přenosu zvyšuje při předčasném odtoku plodové vody. Dítě po porodu je kontrolováno a infekce se dá vyloučit až po 18. měsíci (Holub a kol., 2003; Machová, Kubátová, 2009).

Počet dětí, které jsou nakažené virem HIV stále stoupá. Tento jev úzce souvisí s rostoucím počtem HIV infikovaných žen, které se nakazily heterosexuálním pohlavním stykem nebo při injekční aplikací drog. Odhaduje se, že se denně narodí 1000 dětí nakažených virem HIV (Machová, Kubátová, 2009).

Hlavní cesty přenosu jsou tedy známy, ale velmi často se lidé bojí mnoha jiných možností přenosu, např. líbáním, krev sajícím hmyzem, při podání ruky atd. Komáři nepřenášejí virus HIV, jelikož mají velmi tenké jehlovité ústní ústrojí, přes které nemohou být bílé krvinky obsahující virus přeneseny (Holub a kol., 2003; Angus, 1996).

Lidé se často obávají také jiných cest přenosu např. kašláním, používáním společných věcí (příborů, talířů atd.), koupání ve společných bazénech, společným používáním toalet a sprch, atd. Tyto obavy jsou neopodstatněné, jelikož se tímto způsobem nemohou nakazit (Holub a kol., 2003).

Při dodržování běžných hygienických pravidel (sterilizace přístrojů před každým dalším použitím) se infekce nepřenáší ani při akupunktúře, propichování uší, tetování či na pedikúře (Machová, Hamanová, 2002).

3.3.5 Průběh HIV infekce a klinický obraz

Jakmile pronikne virus HIV do těla, napadá buňky nesoucí receptor CD4. Včasné fázi infekce HIV se tvoří velké množství nových virových částic v napadených buňkách. Umožňuje je to zabudovaná provirová DNA a následnou transkripcí a translací dochází k postupné syntéze komponent. Po složení dochází k uvolnění nových HIV mimo

napadenou buňku. Dochází k „**maturaci**“ neboli zrání, vlivem virové proteázy neboli k rozštěpení původně polyproteinového řetězce na jednotlivé aktivní peptidy. Zralé HIV jsou infekční a napadají další CD4 buňky (Hájek, 2004).

Podle Černého a Machaly (2007) je inkubační doba infekce HIV od nakažení do propuknutí akutní HIV 2 až 6 týdnů. Následně probíhá bezpříznakové období, které může trvat i mnoho let a první příznaky se objeví v průměru za 10 až 11 let po infekci.

Podle klasifikace Centra pro kontrolu a prevenci z roku 1993 se mnohaletý průběh HIV infekce dělí do tří stádií, které se vyznačují jako klinické kategorie A, B a C. Do daných kategorií jsou pacienti zařazováni podle výskytu z příslušných indikativních onemocnění. Jakmile se pacient dostane do další kategorie, tak už se nejde vrátit do předchozí (Černý, Machala, 2007).

Klinická kategorie A začíná akutní HIV infekcí, která postihuje 85% lidí recentně infikovaných HIV. Akutní infekce je charakteristická chřipkovými příznaky s horečkami, suchým dráždivým kašlem, bolestmi svalů a kloubů. Tyto necharakteristické příznaky stěžují diagnózu a díky nim je akutní HIV infekce diagnostikována dodatečně, někdy až po letech. Jakmile je akutní HIV infekce u pacienta objevena zahajuje se u něj antiretrovirová terapie. Většinou infekce odeznívá do třech týdnů a přechází do asymptomatického stádia, které může trvat několik let (Černý, Machala, 2007).

Podle Machové a Hamanové (2002) v asymptomatickém stádiu nastávají postupné změny imunitního systému a jejich nejnápadnějším projevem je postupný pokles CD4 + T lymfocytů. Jakmile klesne počet CD4 + T lymfocytů pod hodnotu $500/\text{mm}^3$ u pacienta se postupně objevují první příznaky, které signalizují sníženou výkonnost imunitního systému. V této chvíli přechází z klinické kategorie A do **klinické kategorie B** neboli symptomatického stádia.

Symptomatické stádium HIV infekce je charakteristické výskytem malých oportunních infekcí (oportunní infekce jsou způsobeny choroboplodnými zárodky, takže běžné onemocnění nezpůsobují). Mezi taková onemocnění patří např. kvasinkové infekce zevního pohlavního ústrojí a pochvy ženy (kandidová vulvovaginitida), recidivující herpes zoster a u dětí častější než u dospělých lymfoidní intersticiální pneumotitida. Dále se může vyskytnout průjem, horečky, únava a nechutenství. Důležité je,

aby se v tomto stádiu infekce zahájila antiretrovirová terapie jinak dojde postupně k dalšímu prohlubování imunodeficitu a vznikají podmínky, aby se uplatnily velké oportunní infekce a nádory a tím došlo k progresi do dalšího stádia onemocnění. Poté přechází onemocnění do **klinické kategorie C** neboli stádia AIDS, kdy je organismus úplně vyčerpán a není schopen odolávat vlivům oportunních patogenů. Jako kritický mezník v rozvoji imunodeficitu se udává pokles počtu CD4 + T lymfocytů pod 200 buněk/ μ l. V tomto stádiu jsou jednoznačně aplikována antiretrovirová terapie, ale naděje rekonstrukci imunitních funkcí je nižší než při zahájení ve stádiu B. Také tolerance antiretrovirové terapie bývá ve stádiu C obvykle horší a tím se později snižují výsledky na optimální léčebný úspěch. Ve stádiu AIDS onemocnění napadá organismus velké oportunní infekce, recidivující pneumonie, nastávají různá postižení nervové soustavy, těžké vyhubnutí a další. Nemocní většinou umírají na některou z nemocí či na celkové vyčerpání organismu (Černý, Machala, 2007; Hájek, 2004).

3.3.6 Diagnostika HIV infekce

Když se viry HIV dostanou do organismu, začnou se v krvi vytvářet protilátky. Množství těchto protilátek je možno prokazatelně zjistit vyšetřením krve, nejdříve však po dvou až třech měsících od nákazy. (Machová, Kubátová, 2009).

Podle Hájka (2004) by odběr materiálu měl být prováděn za souhlasu vyšetřované osoby. Pro sérologické vyšetření se odebírá asi 5 – 7 ml krve, ze které se oddělí sérum. Protilátky proti HIV se zjišťují i z jiných tělesných tekutin např. ze slin. Při odběru krve se používají jen jehly a stříkačky na jedno použití a odebírající používá ochranné rukavice. Pokaždé se s odebranou krví zachází, jako kdyby byla infekční a tedy může obsahovat viry HIV, ale i viry hepatitidy B a C a další patogenní zárodky, proto se při manipulaci zachovávají zásady bezpečnosti práce s infekčním materiálem.

Dále se krev vyšetřuje povinně a neanonymně u dárců krve, orgánů či spermatu. Bez souhlasu vyšetřovaného lze vyšetření vykonat u osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a u osob v bezvědomí (Machová, Kubátová, 2009).

Výsledky testu mohou být trojího typu. Pokud je výsledek na HIV pozitivní znamená to, že vyšetřená osoba má protilátky na HIV v krvi. Tato osoba je tedy infikovaná

HIV. Člověk je infekční a může infekci na ostatní přenést všemi známými způsoby. V případě, že je bez klinických příznaků, není jasné, zda vůbec a za jak dlouho onemocní AIDS (Holub, 1993; Hájek, 2004).

Druhý výsledek může být negativní, tedy vyšetřovaná osoba nemá protilátky proti viru HIV. V tomto případě osoba není infikovaná HIV, ale je zde riziko, že může být infikovaná HIV velmi krátce před vyšetřením a nebo může být v terminálním stádiu, kdy protilátky klesají k neměřitelným hodnotám (Holub, 1993; Hájek, 2004).

Poslední možnost je nejasný výsledek, který značí, že vyšetřovaný reaguje s některou s antigenních determinant HIV ve Western blotu, ale nesplňuje kritéria pozitivního nálezu HIV v tomto testu a nemůže být označen jako HIV pozitivní. Zdali vyjde nejasný výsledek musí se u těchto osob vyšetření opakovat ze vzorku séra odebraném za 3 – 6 měsíců od prvního vyšetření. Samozřejmě jsou osoby s nejasným nálezem vyloučeni z dárčovství krve, orgánů a spermatu (Holub, 1993; Hájek, 2004).

Mnoho lidí zajímá, kdy je člověk nakažlivý, jestli je to hned po rizikovém chování či snad až po 3 měsících, kdy se doporučuje testování. Člověk se stává nakažlivým ihned, kdy mu pronikne HIV do krve. Z toho vyplývá, že i když test nevyjde prokazatelně pozitivní, tak je již tato osoba přenašečem. Mezi nejnakažlivější období patří první a poslední stádia infekce. Velmi nebezpečné je šíření HIV v prvním stádiu, jelikož lidé si nemusí uvědomovat, že jsou nakaženi. (Machová, Kubátová, 2009).

3.3.7 Možnosti léčení HIV infekce

HIV infekce v současné době nejde vyléčit a ani nejde proti ní očkovat. Na léčbu proti HIV infekci se používají antiretrovirové léky, ale bohužel nedokáží virus v organismu zlikvidovat. Léčebné preparáty zpomalují pouze jeho množení v organismu a umožňují tak předejít úplnému imunitnímu zhroucení. Důležité je zahájit antiretrovirovou terapii u těhotných žen s AIDS, protože podávání preparátů snižuje riziko přenosu HIV na plod na 8 % což je nejvýznamnější úspěch antiretrovirové terapie. V roce 1987 byl zaveden první lék s antiretrovirový účinkem zidovudin (AZT). Postupně se vyvíjela velká řada dalších přípravků. V dnešní době je k dispozici 21 přípravků ze 4 různých antiretrovirotik. Vědci nadále pracují na vývoji dalších léků, které by měli mít větší účinnost při nižší

toxicitě, vyšší odolnost vůči HIV rezistenci a lepší farmakokinetické vlastnosti, které umožní zvláště redukci počtu denních dávek léků a zvýšení adherence k léčbě. Očekávání se také od nových antiretrovirotik nižší cena. Cílem celé terapie osob s HIV infekcí je snaha o prodloužení jejich života a zlepšení nebo alespoň udržení jeho kvality (Černý, Machala, 2007; Hájek, 2004).

3.3.8 Prevence proti HIV/AIDS

Podle Machové a Hamanové (2002) je v boji proti HIV infekci nejdůležitější prevence, pravidelné kontroly stavu HIV infikovaných a léčení oportunních infekcí.

Preventivní opatření, která by měla vést ke snížení šíření nákazy HIV/AIDS se dají rozdělit na výchovu ke zdravému životnímu stylu včetně nerizikového sexuálního chování, snaha zabránit přenosu HIV při injekčním užívání drog, prevence přenosu krví, spermatem a darovanými orgány, psychologické poradenství pro infikovanou osobu (Machová, Kubátová, 2009).

V praxi se výrazně osvědčil preventivní program s názvem „**Hrou proti AIDS**“, o kterém se dále zmiňuji v kapitole „Metodika práce“.

Mezi druhy prevencí řadíme:

1. Výchova ke zdravému životnímu stylu včetně nerizikového sexuálního chování

Důležité jsou bezpečné sexuální návyky, protože HIV se šíří především sexuálním stykem. Výchova by měla být zaměřena na celou populaci, ale především v době dospívání. Toto období je charakteristické odmítáním autorit a hodně riskují. Výchova by měla vést k zodpovědnosti k vlastnímu životu a zdraví, směřovat k přesvědčení, že je vhodné odložit zahájení pohlavního života až do dospělosti (Šejda et. al., 1993; Machová, Kubátová, 2009).

V rámci Národního programu HIV/AIDS v České republice staví na mezinárodní zásadě prevence této choroby A, B, C. A znamená abstinence v dospívání, B je buď věrný a C chraň se kondomem. Bod C se doporučuje pro jedince, kteří se neřídí bodem A a B.

V dnešní době je kondom jedinou možnou ochranou pro tyto osoby. Kondom jako ochrana před HIV infekcí není stoprocentně účinná (Machová, Hamanová, 2002).

Podle Machové a Kubátové (2009) je dobré při výchově k prevenci HIV/AIDS definovat rizikové sexuální chování kam patří časný začátek sexuálního života. Vysoce rizikovým chováním je pohlavní styk již na první schůzce nebo po krátké známosti, časté střídání partnerů, prostituce, styk s neznámým partnerem bez použití kondomu, krvavé sexuální praktiky a anální styk.

2. Snaha zabránit přenosu HIV při injekčním užívání drog

Narkomani patří mezi rizikovou skupinu, ve které se snadno přenáší HIV při půjčování stříkaček a jehel při aplikaci drog. Opatření, které by mělo zamezit tento způsob přenosu je dobrá informovanost narkomanů, jak užívat sterilní náčiní a také, že existují místa, kde se dají vyměnit jehly a stříkačky zdarma (Šejda et. al., 1993; Machová, Kubátová, 2009).

3. Prevence přenosu krví, spermatem a darovanými orgány

K přenosu krví dochází, pokud se infikovaná krev dostane do krevního řečiště jiné osoby. K této situaci může dojít při transfúzi dárcovské krve nebo podáním derivátů, při transplantaci orgánů a další. Všechny vzorky, které mají být darovány, musí být vyšetřeny na HIV infekci. Důležité je zdůrazňovat a tím rozšiřovat autotransfúzi (Šejda et. al., 1993).

4. Psychologické poradenství pro infikovanou osobu

Osoba, která je HIV pozitivní vyhledává rady z psychologického poradenství. Pro mladého člověka je velmi obtížné prozradit, že je HIV pozitivní, jak svému partnerovi, tak i rodině (Machová, Kubátová, 2009).

3.3.8.1 Zdraví pro všechny v 21. století – „Zdraví 21“

Zdraví 21 je dlouhodobý program určený pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky. Jeho význam spočívá v racionálním, dobře strukturovaným modelem komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, který byl vypracovaný týmem

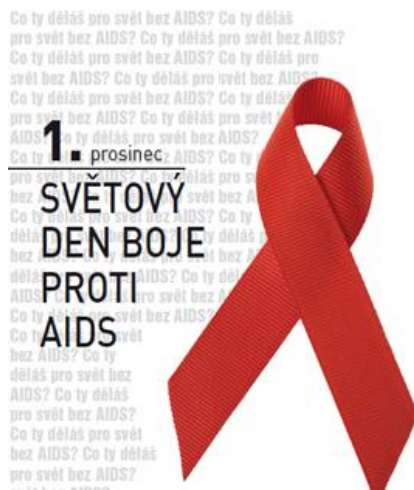
předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Cílem Zdraví 21 je soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Tento program se skládá z 21 cílů (http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html).

Problematika časných sexuálních zkušeností je zakotvena v cíli 4 „**Zdraví mladým**“. Cílem je vytvoření takových podmínek, aby do roku 2020 byli mladí lidé zdravější a schopnější plnit svoje role ve společnosti. V období dospívání jsou typická rizika, která je ohrožují. Mohou to být např. alkohol, tabák, touha po sexuálních zkušenostech a další (http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html).

V cíli 7 „**Prevence infekčních onemocnění**“ je snaha snížit nepříznivé důsledky infekčních onemocnění prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti. Cílem je zde zajistit nejpozději do roku 2015 snižování výskytu, úmrtností a dopadu infekce HIV/AIDS a dalších pohlavně přenosných chorob (http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html).

3.3.8.2 Světový den boje proti AIDS

Světový den boje proti AIDS se koná každý rok 1. prosince (Obrázek 3). Tento den si každoročně připomínáme nutnost solidarity s oběťmi, které podlely této zákeřné nemoci (<http://www.aids-help.eu>).

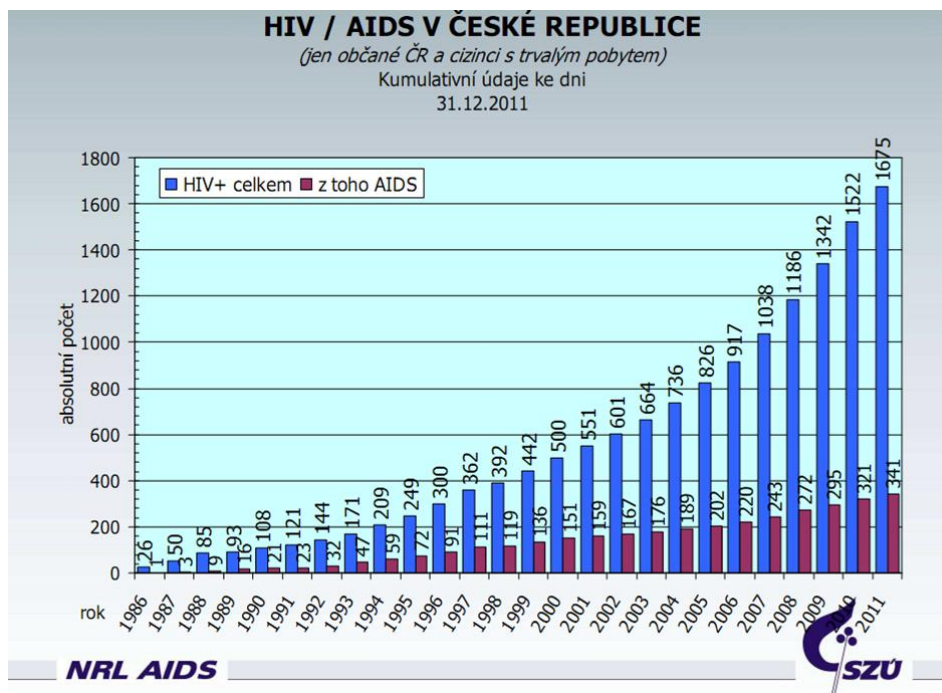


Obrázek 3. Červená stužka – mezinárodně uznávaný znak solidarity s lidmi nakaženými virem HIV/AIDS (<http://northcorearea.blogspot.com/2010/11/svetovy-den-aids.html>)

3.3.9 HIV/AIDS ve světě a v České republice

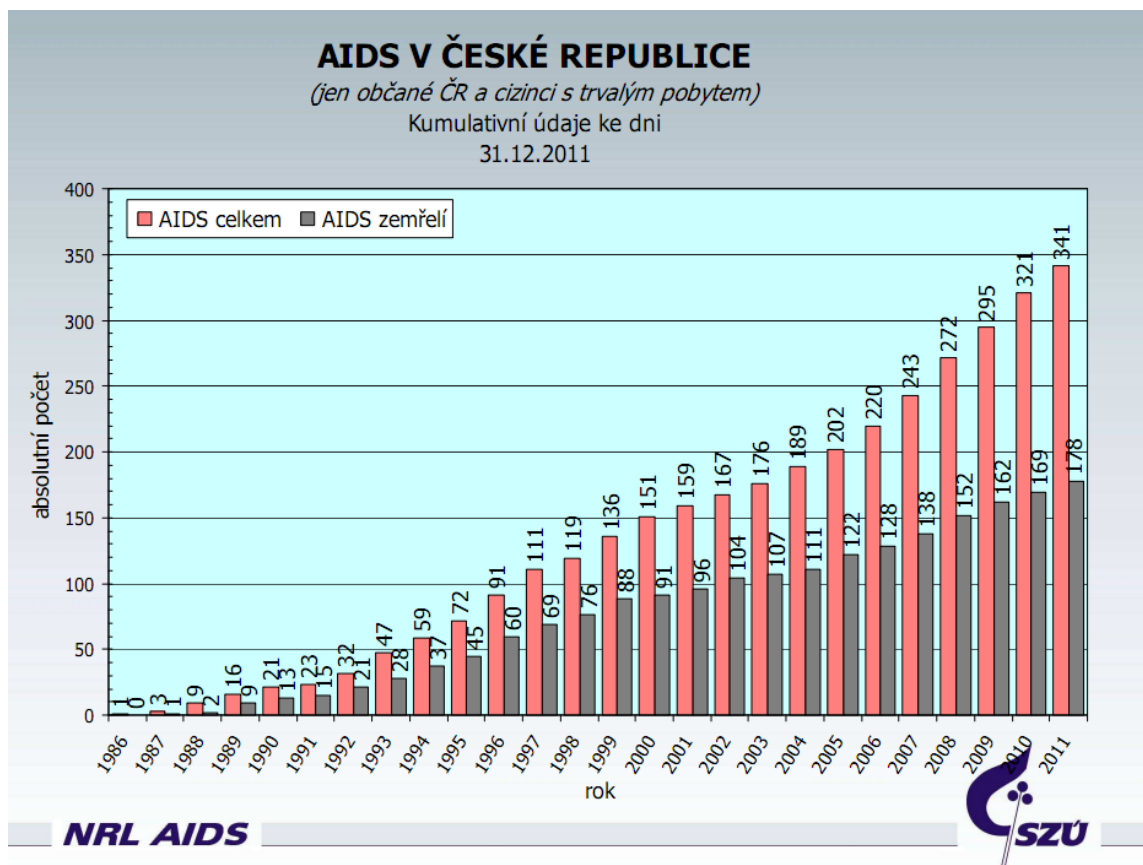
HIV/AIDS byly diagnostikovány v roce 1985. Onemocnění AIDS se vyskytuje na všech kontinentech, a tedy mluvíme zde o pandemii. Podle údajů UNAIDS žilo koncem roku 2003 na světě přibližně 37,5 mil. dospělých osob a 2,5 mil. dětských HIV pozitivních pacientů. Do roku 2003 bylo zaznamenáno 21 miliónů osob, které podlehló tomuto onemocnění. Velký nárůst infikovaných bylo evidováno v roce 2003, kdy se nově nakazilo přibližně 5 mil. osob a ve stejném roce zemřelo více než 2 mil. nemocných AIDS. V roce 2006 bylo celkem 39,5 mil. HIV pozitivních, 4,3 mil. nově infikovaných a 2,9 mil. zemřelo na následky AIDS. Největší výskyt AIDS je v subsaharské Africe, kde je infikováno přes 20 % populace (Šejda et. al., 1993; Černý, Machala, 2007; <http://www.osn.cz/>).

V České republice jsou známy případy HIV/AIDS, ale výsledky nejsou tak drastické jako v jiných státech. V roce 1986 u nás bylo zaznamenáno 26 osob infikované HIV (Obrázek 4) a každý rok přibývali další. V roce 1990 již bylo 108 infikovaných osob a z toho u 21 se rozvinulo v onemocnění AIDS. O deset let později v roce 2000 byl zaznamenán pětinasobný nárůst. Infikovaných bylo 500 a z toho 151 pacientů trpělo onemocněním AIDS. V poslední zprávě z prosince 2011 trpělo HIV 1675 osob a u 341 se HIV rozvinulo v AIDS (<http://www.szu.cz/>).



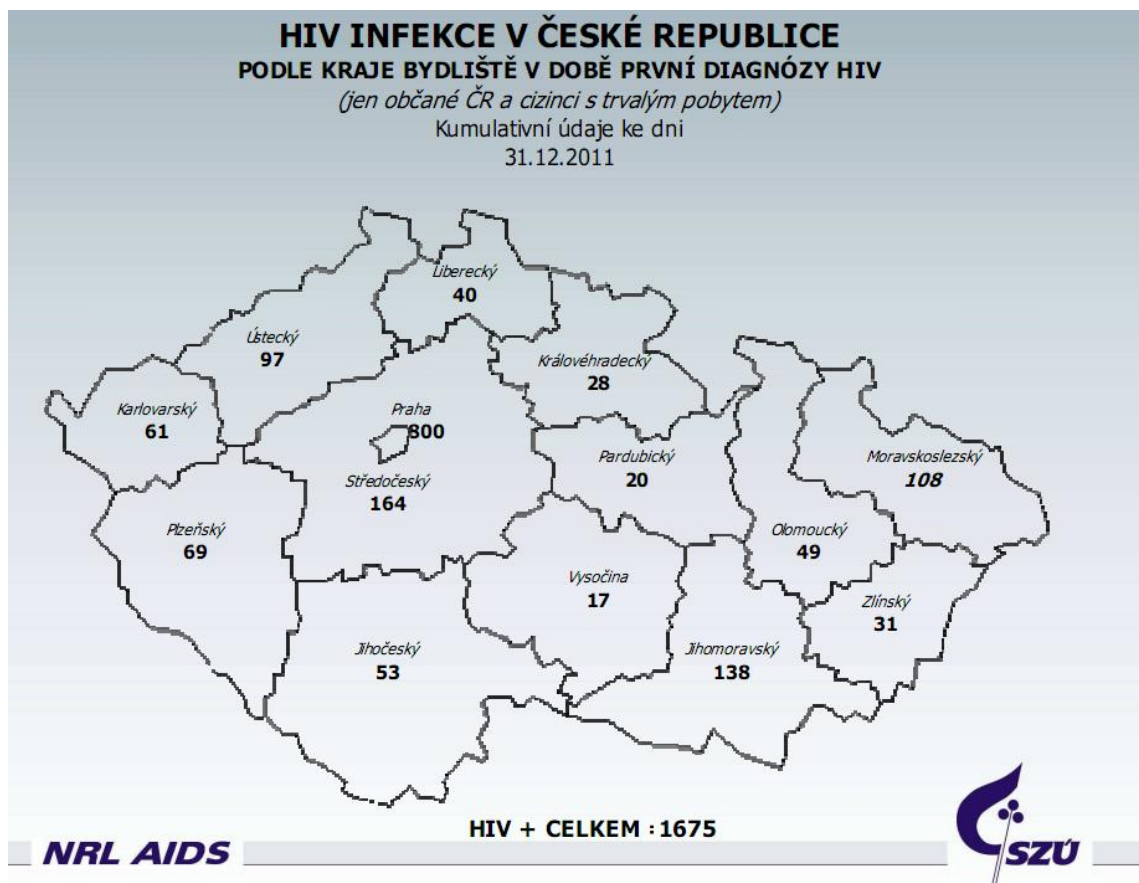
Obrázek 4. Grafické vyjádření výskytu HIV/AIDS v České republice
(<http://www.szu.cz/>)

AIDS je onemocněním smrtelným a v České republice v roce 1986 (Obrázek 5) byly zaznamenány první případy infikovaných osob HIV. U jedné osoby se prokázalo již onemocnění AIDS. V roce 1990 tedy trpělo 21 osob AIDS a 13 nemocných zemřelo. V roce 2000 mělo AIDS 151 pacientů a 91 nemocných podlehllo tomuto onemocnění. V loňském roce bylo zaznamenáno 341 osob postižených AIDS a 178 zemřelo (<http://www.szu.cz/>).



Obrázek 5. Výskyt AIDS v České republice v letech 1986 – 2011 (<http://www.szu.cz/>)

Ke dni 31. 12. 2011 bylo nahlášeno v České republice 1675 infikovaných osob HIV. Největší výskyt osob s infekcí HIV se nacházel v Středočeském kraji, kde se nachází 964 infikovaných osob, z čehož 800 jedinců žije přímo v hlavním městě (Obrázek 6). Druhý největší výskyt infikovaných osob je Jihomoravský kraj, kde se nachází 138 osob. Olomoucký kraj patří v České republice s malým výskytem jedinců s HIV. Zde žije pouhých 49 osob. Nejméně nakažených jedinců se nachází ve Vysočině (<http://www.szu.cz/>).



Obrázek 6. Mapa osob s HIV infekcí v ČR (<http://www.szu.cz/>)

3.4 Zakomponování HIV/AIDS do školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání

Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání vyšel v platnost 1. 9. 2007. Skládá se z kurikulárních dokumentů, které jsou vytvářeny na dvou úrovních a to na státní a školní úrovni. Do státní úrovně v systému kurikulárních dokumentů spadají Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV). RVP ZV vymezuje závazné rámce vzdělávání pro jeho jednotlivé etapy – předškolní, základní a střední vzdělání. RVP ZV vychází z nové strategie vzdělávání. Klade důraz na získání vědomostí a dovedností v praktickém životě. RVP ZV podporuje pedagogickou autonomii škol a také propojenost předmětů, vychází z koncepce celoživotního učení a formuluje očekávanou úroveň vzdělání stanovenou pro všechny

absolventy jednotlivých etap vzdělávání. RVP základního vzdělávání je otevřeným dokumentem. Inovace RVP ZV bývá v určitých časových etapách dle potřeb společnosti (Praha, 2007).

Národní programy, RVP i školní vzdělávací programy (dále jen ŠVP) jsou veřejnými dokumenty přístupné pro pedagogickou a nepedagogickou veřejnost (Praha, 2007).

V RVP ZV se nacházejí 9 vzdělávacích oblastí. Jednotlivé oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory. Výchova ke zdraví spadá s tělesnou výchovou do oblasti Člověk a zdraví. Tato oblast učí žáky základním dovednostem a poznatkům, které souvisí se zdravím a měli by je využívat v každodenním životě (Praha, 2007).

Výchova ke zdraví je realizována pouze na 2. stupni základního vzdělávání. Navazuje na obsah vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět z 1. stupně. Dává žákům určité informace o člověku v souvislosti, jak by měli pečovat o své zdraví. Postupně je navádí ke zdravému způsobu života a k péči o své zdraví. Během Výchovy ke zdraví, si žáci upevňují hygienické, stravovací ale také pracovní návyky, rozvíjí sociální a komunikační dovednosti, učí se odmítat škodlivé látky a čelit vlastnímu ohrožení v různých životních situacích. Do okruhu „Zdravý způsob života a péče o zdraví“ patří otázka ochrany před přenosnými i nepřenositelnými chorobami, chronickým onemocněním a úrazy. Zde se řadí bezpečné způsoby chování (nemoci přenosné pohlavním stykem, HIV/AIDS, hepatitidy); preventivní a lékařská péče; odpovědné chování v situacích úrazu a život ohrožujících stavů (úrazy v domácnosti, při sportu, na pracovišti, v dopravě) (Praha, 2007).

Každá škola si vytváří svůj vlastní Školský vzdělávací program (ŠVP) podle stanovených zásad RVP a pak dle něj uskutečňují vzdělávání na jednotlivých školách. ŠVP je zaměřen tak, aby učitelé při jeho tvorbě vzájemně spolupracovali, propojovali vhodná témata spojená s jednotlivými vzdělávacími obory a posilovali nadprůměrný přístup ke vzdělávání. ŠVP se stal povinným dokumentem. Ředitel školy zodpovídá za jeho přípravu i realizaci. ŠVP má tři roviny (Praha, 2007):

1. Rovina pedagogická

- stává se prostředkem pedagogického zdokonalování,

- dává možnost svobodně formulovat představy o nejvýhodnější podobě vzdělávání na dané škole,
- příležitost k propojení úsilí a zkušeností jednotlivých učitelů; měla by vést k vytvoření společné představy o tom, jaké postupy zvolíme k realizaci požadavků RVP ZV na škole.

2. Rovina evaluační

- ŠVP je podkladem pro ucelený systém hodnocení žáků i pro sebehodnocení činnosti školy na různých úrovních.

3. Rovina společenská

- ŠVP funguje jako prostředek propagace školy a jejich záměrů,
- umožňuje pružněji reagovat na konkrétní situaci, zvýšit přitažlivost vzdělávací nabídky školy, prosadit se v povědomí veřejnosti.

ŠVP je určen každému, kdo chce do něj nahlédnout, ale reálně je vytvořen pro tři základní skupiny uživatelů. Vytvářen je pro školu samotnou, tedy pro ředitele, učitele a další pedagogické či jiné pracovníky dané školy. Dále je určen pro rodiče žáků dané školy, případně žáky samotné. V neposlední řadě je určen pro správní nebo kontrolní úřady a jiné instituce. ŠVP má své negativní stránky, ale také přináší plno pozitivního. Jelikož každá škola si vytváří vlastní ŠVP, tak se tedy může na škole lišit probírané učivo v daných ročnících. Tento fakt se bere jako vážné negativum, jelikož se dnešní době často rodiny stěhují za prací a tím jak děti mění školy, tak často musí dohánět učivo, které v minulé škole vůbec nebrali. Jako druhé negativum může být brána různorodost učebnic, podle kterých dané školy učí. Posledním negativem bývá rivalita učitelů, kteří bojují o navýšení hodin pro jejich předmět. Na druhé straně nám ŠVP přináší mnoho pozitivního. Radíme sem důraz na praktické věci a ne ryze zaměření na teorii. Za klad se také považuje propojenost s ostatními předměty a také snaha žáka získat dovednosti (Praha, 2007).

3.4.1 Zahrnutí tematiky pohlavně přenosných chorob a AIDS ve Školském vzdělávacím programu na vybraných školách

Základní škola Mšeno v okrese Mělník měla určené jen 2 hodiny pro Výchovu ke zdraví. Výuka se konala v 7. a 8. ročníku. Na této základní škole navýšily časovou dotaci v souladu s dílčím cílem ŠVP o aktivní rozvíjení a ochranu fyzického, duševního i sociálního zdraví o jednu hodinu, která je určena pro 9. ročník. V 7. ročníku se žáci seznamují se sexuálním dospíváním a reprodukčním zdravím. V 8. a 9. ročníku probírají rizika předčasné sexuální zkušenosti a různá onemocnění spojená se sexuálním stykem. (<http://www.zsmseno.cz>).

Na základní škole v Hradci Králové není výuka Výchovy ke zdraví realizovaná. Učivo spadající pod tento předmět je zahrnuto v Občanské výchově, která probíhá v každém ročníku. Časová dotace činí 5 hodin, která je rozdělena tak, že v 6. ročníku probíhá výuka občanské výchovy dvakrát do týdne a ve zbylých ročnících jedenkrát týdně. Až na konci 7. třídy jsou žáci informováni o základech sexuální výchovy. V 8. ročníku si vymezují hodnoty člověka, které hrají důležitou roli při navazování přátelských a partnerských vztahů. Postupně si vysvětlí rizika spojená s předčasnou sexuální zkušeností – zdravotní, právní, sociální. V 9. ročníku během dubna až června probíhá výuka sexuální výchovy, kde si žáci uvědomují možná rizika v oblasti sexuálního života. Během výuky jsou obeznámeni s vhodným způsobem používání antikoncepce (<http://www.zshorakhk.cz/>).

Základní škola Svatoplukova ve Šternberku má učivo Výchovy ke zdraví jako samostatného předmětu rozvrženo do 6., 7. a 9. ročníku po jednohodinových dotacích. Již v 6. třídě v rámci bloku „Zdravý způsob života a péče o zdraví“ probírají zásady ochrany zdraví před nakažlivými chorobami (HIV/AIDS, Hepatitis,...). Dále v 7. ročníku si vědomosti rozšiřují a přidávají se další onemocnění (<http://www.zssvat.cz/>).

Základní škola a Mateřská škola Ratíškovice v učebních plánech má Rodinnou výchovu místo Výchovy ke zdraví. Hodinová dotace je na každý ročník kromě 7. ročníku jedna hodina týdně. Sexuální výchova se zde učí jen v 8. a 9. ročníku, kdy se učí o sexuální orientaci, zabývají se postoji k sexualitě a sexuálním chováním.

Řeší se otázky antikoncepce a různé ochrany proti sexuálně přenosným chorobám (<http://www.ratiskovice.com/images/www/vzdelavani/zs/svp.pdf>).

Podle učebního plánu Základní školy Lipenec v okrese Louny, se Výchova ke zdraví vyučuje v každém ročníku s jednohodinovou dotací. Cílem hodin je získání orientace v základních otázkách sexuality a uplatňování odpovědného sexuálního chování. Otázkou různých onemocnění se začínají zabývat v rámci výuky již v 7. třídě, ale sexuální výchovu řeší až v 8. ročníku. V sexuální výchově řeší různé otázky jako např. o intimní hygieně, sexuálních zkušenostech a jejich rizika, sexuální orientace, antikoncepce, nemoci přenosné pohlavním stykem a další. V 9. třídě se zabírají přijímáním odpovědnosti za bezpečné sexuální chování (<http://www.zs-lipenec.eu/>).

V Základní škole v Plzni se Výchova ke zdraví vyučuje pouze jednu hodinu týdně v 8. třídě. Žáci se dozvídají celou problematiku sexuality v tomto ročníku (<http://www.22zsplzen.cz/wp-content/files/svp/svp-22zs-v3.pdf>).

Základní škola a Mateřská škola Dolní Bojanovice má v učebním plánu vymezeno na výuku Výchovy ke zdraví 3 hodiny, které jsou rozděleny mezi 7. až 9. ročníkem. V 7. třídě se žáci seznamují s lidskými proměnami, kdy se stávají muži a ženami. Řeší se zde otázka prvního pohlavního styku a také sexuální zneužívání. V 8. a 9. ročníku pokračují s prohlubováním témat sexuální výchovy a také rizika spojená se sexualitou (www.zsdolboj.cz).

3.5 Srovnávání vědomostí o HIV/AIDS s vybranými státy

Jak už bylo řečeno předcházejícím textu, HIV/AIDS je problém veřejného zdraví. Jediný způsob, jak je možno v tuto chvíli zaútočit na tuto nemoc, která nemá v současné době žádný lék, je dobrá prevence. To znamená, že nejlepší způsob, jak dosáhnout snížení šíření tohoto onemocnění je prostřednictvím vzdělávání a obecné osvěty na celém světě. Povědomí a způsob šíření informací HIV/AIDS mezi dětmi a dospívající jedinci je rozdílný s ohledem na kulturu a vyspělost dané země.

3.5.1 Afrika

Způsob šíření informací HIV/AIDS v Africe je specifický a podléhá jak kulturním tak ekonomickým podmínkám země. Zejména v zemích s nízkými příjmy, jako je Nigérie, kde jak chudoba, tak samotná choroba AIDS a nepřesná informovanost o HIV/AIDS jsou velmi rozšířené. Na rozdíl od západních zemích, kde je HIV/AIDS omezeno na jedince žijících v rizikových skupinách, si virus našel svou cestu do běžné populace v sub - V subsaharské Africe (Odusanya, Bankole, 2002).

V roce 2002 byl podíl nakažených vůči celkové populaci takový, že ve věkové skupině v rozmezí 15 – 19 let bylo 6 % (4 % muži a 7 % ženy), ve věkovém rozmezí 20 až 24 let 13 % (8% muži a 17 % ženy) a ve věkové skupině 25 až 29 let 28 % (22 % muži a 32 % ženy) (Peltzer, Promtussananon, 2003).

Výuka prevence proti HIV na školách byla silně doporučována jako hlavní strategie pro zvýšení vědomostí týkajících se HIV mezi adolescenty. V jižní Africe byl spuštěn národní life skills program, který byl spuštěn úřadem pro zdraví a vzdělávání. Cílem vzdělávacího programu je zvýšit vědomosti, rozvinout dovednosti, posílit zodpovědné postoje a poskytnout motivační podporu. Očekává se, že studenti se budou lehce orientovat a chápat různé termíny spojené se sexualitou a pohlavně přenosnými chorobami (Peltzer, Promtussananon, 2003).

Při dotazování žáku ve věku od 12 do 17 let na téma způsobu přenosu onemocnění ukazují, že většina studentů si je vědoma cest, kterými se šíří HIV, tj. o pohlavním styku s nakaženou osobou, více sexuálních partnerů, a pomocí nesterilizovaného ošetření. Nicméně, respondenti měli několik mylných představ, které vedli k diskriminaci nemocných jedinců ve společnosti (Odusanya, Bankole, 2002).

Mezi nejvýznamnější zdroje informací o HIV/AIDS pro studenty byl rozhlas, plakáty a televizi. Rádio je předním zdrojem informací o HIV/AIDS z důvodu vlastnictví rozhlasových přijímačů většiny rodin v Nigérii, a to dokonce i ve venkovských oblastech bez elektrické energie díky bateriovým tranzistorům (Odusanya, Bankole, 2002).

V neposlední řadě zde máme televizi, jakožto zdroj informací pro prevenci onemocnění HIV / AIDS. Nicméně, hromadné sdělovací prostředky zejména televize mohou vystavovat dvojí metr a to – jako medium pro řešení osvěty problematiky

pro ochranu proti HIV, ovšem na druhou stranu jako podmětný činitel nezodpovědného chování pomocí prezentace filmů, hudby a obrázků, které vyvolávají sexuální pocity, což přispívá k vysoké míře sexuální aktivity mezi mládeží (Odusanya, Bankole, 2002).

V rámci Nigerijských škol jsou často diskuze o sexualitě a reprodukčním zdraví omezovány kvůli tomu, že si mysleli, že tyto diskuze mohli navádět ke zvýšené sexuální aktivitě. Průzkumem vlivu diskuzí na žáky bylo zjištěno, že následek není následná zvýšená sexuální aktivita, ale naopak oddálení okamžiku prvního pohlavního styku a zvýšené užívání antikoncepce a ochrany proti nakažení mezi těmi, kteří už byly sexuálně aktivní. Aby takováto školení byli efektivní a měli takovýto pozitivní efekt, musí být lektori řádně vyškoleni (Odusanya, Bankole, 2002).

3.5.2 Indie

Sexuální přenosné choroby, včetně HIV převážně postihují sexuálně aktivní mladé osoby. Přibližně 32 % nahlášených případů AIDS v Indii tvoří mladí lidé ve věku 15 – 29 let a počet mladých žen žijících s HIV/AIDS je dvakrát větší než počet mladých mužů. Mezi příčiny zvyšování nakažených osob v Indii patří riskantní sexuální chování. Existují důkazy o zvyšování počtu předmanželských sexuálních aktivit mezi mladými lidmi. Mc Manus a Dhar v roce 2007 provedli průřezový průzkum za účelem zjistit vnímání, vědomosti a postoje u studentek ve věkovém rozmezí 14 až 19 let vůči sexuálně přenosným chorobám, HIV/AIDS, bezpečným sexuálním praktikám a sexuálnímu vzdělání. Vypracovali dotazník, který byl předán a vyplněn 251 respondentkami. Většina studentek se zapsala jako Hindky (n = 176, 70 %), 14 % (n = 36) studentek byli Muslimky, 6 % (n = 15) křesťanky, 5 % (n = 13) Sikh, 2 % (n = 6) Jain a 1 % (n = 3) Budhistky. Jedna studentka uvedla, že nevyznává žádné náboženství a jedna neodpověděla. (<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/12>).

Výzkum tedy ukázal, že 30% respondentek považuje HIV/AIDS za léčitelné onemocnění. 41 % respondentek si nebylo jisto, zda antikoncepční pilulky mohou chránit před HIV infekcí. Za hlavní zdroj informací o bezpečném sexu a HIV pro respondentky jsou internet, média, kamarádi, časopisy a knihy. Studentky byly často zmateny chybnými informacemi, které z těchto zdrojů získaly. Proto by bylo nutné zavést do školních osnov sexuální výchovu založenou na důkazech, s použitím lehce dostupných zdrojů. Momentálně se v Indii o HIV/ AIDS učí pouze v science class, což je pouze volitelný

předmět. V této studii větší polovina studentek nikdy nenavštěvovala hodiny, kde by se probírali pohlavně přenosné choroby, HIV/AIDS a bezpečný sex. Většina studentek uvedla, že by na školách měli být hodiny, které by se touto problematikou zabývaly (<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/12>).

Za účelem posílení prevence proti pohlavně přenosným chorobám mezi mladými lidmi zavedla indická vláda v červnu 2005 Národní vzdělávací program pro adolescenty. Hlavní zaměření programu byla prevence proti HIV/AIDS, ale také pokrýval tématy týkající se sexuální reprodukce, pohlaví a další. Bohužel byl návrh na začlenění povinné sexuální výchovy do školních osnov zamítnut (<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/12>).

Tato studie ukazuje, že ačkoliv je to kontroverzní, tak je potřeba zavést ve školách v Indii sexuální vzdělávání na pohlavně přenosné onemocnění, bezpečný sex a antikoncepci (<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/12>).

3.5.3 Malajsie

V Malajsii se od roku 1986 do prosince 2008 celkově virem HIV nakazilo 84 630 osob a 11 234 zemřelo na AIDS. Většina zde nakažených osob (91,1 %) jsou muži. Více než 90 % osob z celkového počtu nakažených jsou ve věku 20 až 49 let. Epidemie HIV je v zemi hlavně udržována díky drogově závislým (71,1 %). Nakažených osob při heterosexuálním styku vzrostlo z 4,9 % z roku 1990 na 28,1 % do roku 2008 (http://www.eurojournals.com/ejss_17_3_13.pdf).

Výzkum prováděný v roce 2009 byl zaměřen na zjišťování vědomostí, postojů a sexuálního chování ve vztahu k prevenci HIV/AIDS mezi malajskými adolescenty. Průřezová studie byla provedena na třech vybraných středních školách ve čtvrti Klang v Malajsii. Celkově se průzkumu zúčastnilo 2259 respondentů ve věku v rozmezí 14 až 17 let, kdy z toho bylo 61,7 % chlapců. Celkového počtu bylo 844 Malajsijců, 791 Číňanů, 587 Indů a 37 jiného etnika (http://www.eurojournals.com/ejss_17_3_13.pdf).

Průzkum ukázal, že celkové vědomosti o HIV/AIDS přenosu a prevenci byly nízké a existují mylné představy ohledně prevence. Alarmující je už také, že pouze 57 chlapců z celkového počtu 1393 mělo dobré vědomosti o HIV a stejně

tak 29 z 866 dívek. Dotazovaní měli nepříznivý postoj k prevenci HIV/AIDS a k lidem s HIV/AIDS. Vůči těmto lidem panují diskriminační a netolerantní postoje. Závěr studie ukázal, že je potřeba zde zavést detailní výuku AIDS na školách, jejichž součástí by mělo být pobízení k bezpečnému sexuálnímu chování (http://www.eurojournals.com/ejss_17_3_13.pdf).

3.5.4 Nepál

Nepál je jednou ze zemí, která zaznamenává prudký nárůst případů infikování HIV. Podle FHI (Family Health International) z roku 2004 je přibližně 58 000 občanů Nepálu nakaženo virem HIV. Studie prováděné v Nepálu zjistily, že více než 50 % pozitivních případů HIV zahrnuje věková skupina 15 až 24 let a nápadně více mladých lidí praktikuje předmanželský a nechráněný sex. V hlavním městě Nepálu (Kathmandu) dochází k nárůstu případů HIV/AIDS a sexuálně přenosných chorob (Mahatg, Scoloveno, 2006).

Studii, kterou provedl Mahatg a Scoloveno (2006) se zaměřovala na vědomosti, postoje a názory na HIV/AIDS mezi nepálskými adolescenty. V roce 2003 provedli průřezovou korelační studii na soukromé škole v Kathmandu v Nepálu. Studie se zúčastnilo 150 adolescentů ve věku v rozmezí 13 až 17 let. Převážná většina respondentů měla 15 nebo 16 let. Osmdesát jedna respondentů byli chlapci a šedesát devět bylo dívek. Všichni účastníci výzkumu byli Asiati a byli svobodní. Tato studie se nemůže zobecnit, jelikož se jí zúčastnilo málo respondentů a jen z jedné školy.

Studie ukázala, že většina oslovených respondentů měla středně dobré znalosti o HIV/AIDS, ale chyběli jim vědomosti o možnostech přenosu HIV/AIDS a prevenci. Také tato studie ukazuje, že dívky a chlapci mají jinou úroveň vědomostí o HIV, přičemž chlapci mají vědomosti lepší. I když se studie prováděla na soukromé škole v Kathmandu a nemůže být vztažena na ostatní části země, objevují se v ní některé věci týkající se pohlaví, které jsou v Nepálu obvyklé. Nepál je společnost s dominantními muži, kde se ženy mohou cítit nepohodlně při vyhledávání nebo diskutování o informacích týkající se sexu (Mahatg, Scoloveno, 2006).

V Nepálu jsou pouze omezené zdroje na boj proti HIV/AIDS, kdy kladou hlavní důraz na prevenci. Nepálská vláda se soustředila na strategie zabývající se prevencí proti HIV, který zahrnuje posílení výuky o HIV/AIDS ve školách pod hlavičkou Ministry of Education, které koordinuje Ministry of Education and Ministry of Health, aby vyškolovalo dostatek kvalifikovaných profesionálů a poskytovalo konzultace o HIV/AIDS ohroženým a vysoce rizikovým skupinám v přátelském prostředí s ohledem na pohlaví a věk. Příkladem efektivního vzdělávacího programu je program zavedený v Palpa District v Nepálu. Po jeho zavedení měli adolescenti větší znalosti o HIV přenosu a mělo správné informace o kondomech a způsobech prevence (Mahatg, Scoloveno, 2006).

Nepál může také těžit z používání ABC Prevention Program, který je jedním z nejlepších způsobů prevence proti HIV/AIDS (Mahatg, Scoloveno, 2006).

3.5.5 Jamajka

Počet případů v Jamajce vzrůstá od roku 1982, kdy byla nemoc poprvé objevena. Na celém ostrově je více než 3970 nakažených. Ve zprávě z roku 1999, předložené při příležitosti World AIDS Day, odhalilo Ministry of Health pozorováním, že počet nově nakažených adolescentů virem HIV se zdvojnásobuje každý rok už od roku 1995. Také se zjistilo, že přibližně 50 % jamajských mužů začíná se sexuální činností už ve 14 letech a pouze 29 % z nich používá při každé příležitosti kondom. V roce 1990 byl proveden zkušební vzdělávací program ve 20 školách s rozšířením skrz oficiální vzdělávací systém. Navíc byly do vzdělávacího procesu začleněny divadlo, muzika a kulturní akce. Jamajský červený kříž založil vzdělávací program pro mladé vyučován vrstevníky a vymyslel drama, které mělo oslovit děti (http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_2_27/ai_n18611620/).

4 METODIKA PRÁCE

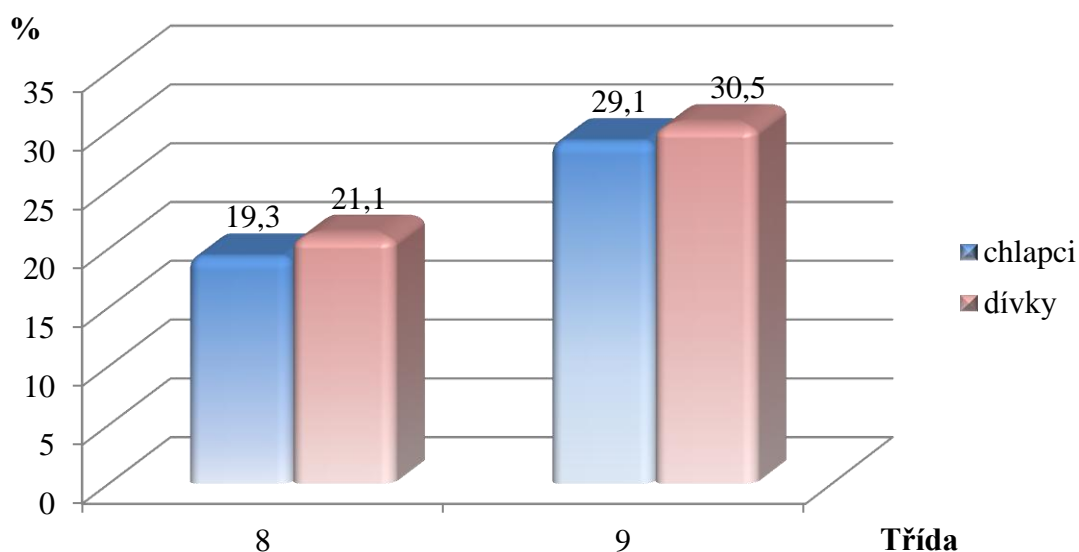
4.1 Charakteristika souboru

Během svého studia jsem se zúčastnila programu, který se nazýval „Hrou proti AIDS“. V rámci programu byl na začátku dělán průzkum ohledně vědomostí o onemocnění HIV/AIDS. Tato akce byla organizována Krajskou hygienickou stanicí Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci. Programu se zúčastnili chlapci a dívky z různých základních škol v Olomouci a blízkého okolí. Výzkum zahrnoval chlapce a dívky ve věku 13 – 15 let. Tabulka 1 a graf 1 ukazuje počet dívek a chlapců navštěvující 8. a 9. třídu. Tabulka 2 a graf 2 prezentuje chlapce a dívky podle věku a pohlaví.

Tabulka 1. Počet a rozdělení chlapců a dívek dle ročníku

Třída	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
8	175	19,3	191	21,1	366	40,4
9	264	29,1	277	30,5	541	59,6
Celkem	439	48,4	468	51,6	907	100,0

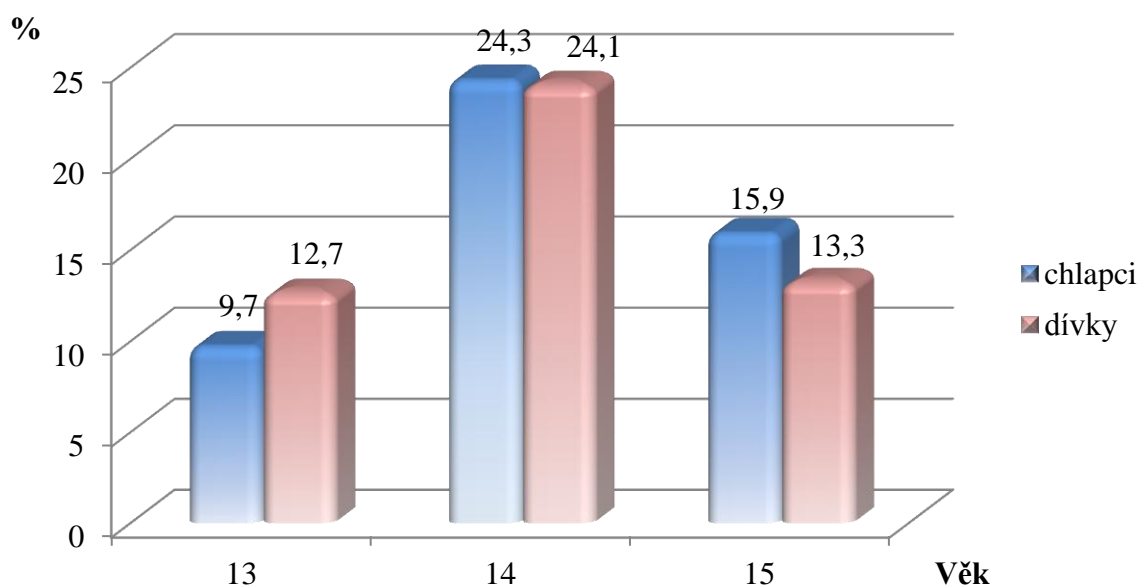
Graf 1. Počet a rozdělení chlapců a dívek dle ročníku



Tabulka 2. Rozdělení chlapců a dívek podle věku a pohlaví

Věk	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
13	88	9,7	115	12,7	203	22,4
14	220	24,3	219	24,1	439	48,4
15	144	15,9	121	13,3	265	29,2
Celkem	452	49,9	455	50,1	907	100,0

Graf 2. Rozdělení chlapců a dívek podle věku a pohlaví



4.2 Organizace výzkumu

Záštitu nad preventivním programem měla Krajská hygienická stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci, která oslovila všechny základní školy v olomouckém kraji a nabídla jim preventivně výchovnou akci „**Hru proti AIDS**“. Náhodným výběrem bylo vybráno 24 škol. Projekt byl určen pro žáky 8. a 9. tříd základní školy. Krajská hygienická stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci spolupracovala se Státním zdravotním ústavem v Praze, s Pedagogickou fakultou

Univerzity Palackého v Olomouci, Katedrou antropologie a zdravotní a Olomouckým krajem. Akce se konala od 12. 10. do 5. 11. 2010 vždy dopoledne v prostorách Krajské hygienické stanice Olomouckého kraje. Celkem proběhlo 39 akcí, tedy 2 denně.

Tento projekt byl připraven jako tzv. **peer program**, kdy je základem zapojení vrstevníků pro utváření postojů dospívajících lidí, s možností ovlivnit jejich rizikové chování. V rámci projektu byli proškoleni studenti Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci pracovníkem Státního zdravotního ústavu v Praze Jiřím Stupkou, DiS. Zaškolení studenti byli vrstevníci, kteří se stali moderátory na určitých stanovištích. Celou organizaci vedl pracovník zdravotní politiky Krajské hygienické stanice. Všechno vybavení, které bylo potřeba se zapůjčilo od Státního zdravotnického ústavu. Olomoucký kraj poskytl určitou finanční dotaci na nákup cen, které nejlepší žáci mohli získat.

Než se žáci rozdělili do 5 skupin, dostávali dotazníky, které měli vyplnit. Cílem dotazníků bylo zjištění, jak jsou žáci základních škol informováni o onemocnění AIDS. Po vyplnění procházeli pěti stanovišti, kde byli seznamováni s různými riziky, jak se chránit proti AIDS a také jak s touto nemocí žít.

4.3 Metodika sběru dat

Ke sběru dat byl požíván dotazník (Příloha 1). Dotazník lze definovat jako určitý způsob kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Podle Chrásky (2007) je dotazník soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek. Tyto otázky jsou seřazeny promyšleně a na které respondent odpovídá písemně. V dotazníku byla většina otázek uzavřená. Uzavřené otázky jsou vytvořeny tak, aby respondenti vybírali již z předem vytvořených odpovědí. V dotazníku se používaly položky dichotomické a polytonické. Položky dichotomické jsou složeny jen ze dvou odpovědí, které se vzájemně vylučují. Naopak u položek polytonických máme na výběr více odpovědí než dvě. Tyto položky se mohou dále rozdělit na výběrové, výčtové a stupnicové. Pokud respondentovi předkládáme několik odpovědí, z nichž mají jednu vybrat. Dalšími použitými otázkami v dotazníku jsou výčtové položky. V rámci výčtovým položek musí respondent vybrat současně několik odpovědí.

Položky v dotazníku zjišťovaly fakta a znalosti nebo vědomosti o dané problematice onemocnění HIV/AIDS. Položky, která zjišťovala fakta, nevyžadovaly

velkou námahu při odpovídání. Používají se často otázky dichotomické (typ ano – ne), ale také otázky zjišťující demografické údaje (např. věk, pohlaví, ...) (Chráska, 2007).

Při konstrukci dotazníku bylo důležité, aby otázky byly respondentům jasné a srozumitelné. Museli být vytvářeny tak, aby respektovali věk respondentů. Formulace otázek v dotazníku by měla být jednoznačná a také dotazník by neměl být příliš rozsáhlý. Velmi důležité je také, aby dotazník obsahoval jasné pokyny k vyplňování. V rámci sestavování dotazníku dbáme na to, aby se získané informace daly snadno třídít a zpracovávat. V dotazníku dáváme přednost pořadí při řazení položek, které vyhovují z psychologického hlediska, před pořadím logickým (Horák, Chráska, 1983).

4.4 Zpracování a vyhodnocení výsledků

Při zpracovávání a vyhodnocování výsledků byl použit Microsoft Excel ve formě tabulek a grafů. Hodnoty uvedeny v tabulkách jsou v absolutních číslech a v procentech. Při vyhodnocení výsledků se dále použil statistický program SPSS, což je systém vhodný pro práci s rozsáhlými datovými soubory. SPSS plně pokrývá základní oblasti statistického popisu a průzkumu dat, obsahuje mnohé z regresivní a korelační analýzy, umožňuje plnohodnotnou práci s časovými řadami a velmi výhodný pro práci v oblasti vícerozměrných statistických metod v oblasti kategoriálních dat (Hébák, Svoboda, 1994).

Výsledky výzkumu byly srovnávány s výsledky, které získala studentka Lucie Vinklerová z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v rámci průzkumu pro svoji bakalářskou práci „Informovanost žáků základních škol na Milevsku o problematice HIV/AIDS“ z roku 2011. Město Milevsko se nachází v Jihočeském kraji přibližně mezi městy Tábor a Písek.

4.5 Preventivní program „Hrou proti AIDS“

Preventivní program „Hrou proti AIDS“ je interaktivní hra zaměřená na prevenci nechtěného těhotenství a sexuálně přenosných infekcí včetně HIV. Předlohou tomuto programu byla německá akce pořádaná v roce 1998 s názvem „Parkúr o AIDS, lásce a sexualitě“. Předností tohoto projektu je mobilita, jednotnost výtvarného zpracování

a jednoduché využití v terénu v hygienických stanicích po celé České republice (<http://www.aids-hiv.cz/html/hrou-proti-aids.html>).

Cílem je, aby se studenti hrou osvojovali znalosti o možnostech přenosu viru HIV a ostatních pohlavně přenosných onemocnění, ochraně před nežádoucím otěhotněním a také aby přemýšleli o svých postojích a chování v možných rizikových situacích. Tento projekt je určen pro žáky 2. stupně Základních škol, převážně pro 8. a 9. ročníky, pro studenty středních škol a učilišť a také pro zvláštní skupiny např. mladé klienty na odvykací terapii a další. Celá akce trvá 90 minut, kdy žáci absolvují pět stanovišť. Na každém stanovišti jsou zaškolení moderátoři, kteří ohodnocují výkon skupiny (Kubátová a kol., 2009).

Kubátová a kol. (2009) popisuje stanoviště následovně:

Stanoviště č. 1 je nazváno „**Cesty přenosu viru HIV**“. Cílem tohoto stanoviště je ověřit znalosti o způsobu přenosu HIV. Žáci mají k dispozici 15 obrázků a mají zde podle barvy (červená, oranžová, zelená) určit riziko nákazy. Poté společně s moderátorem zkontrolují a prodiskutují, jak žáci dané situace vyhodnotili (Obrázek 7). Moderátor přiřadí skupině počet bodů na toto stanoviště. Maximální počet mohou u jednoho stanoviště získat 20 bodů.



Obrázek 7. Fotografie komunikace moderátora stanoviště se žáky o možnostech přenosu HIV (<http://www.kr-olomoucky.cz/olomoucky-kraj-zajistil-skolam-projekt-hrou-proti-aids--aktuality-458.html>)

Stanoviště č. 2 nese název „**Zábrana nechtěného těhotenství, pohlavně přenosných infekcí a HIV**“. Na tomto stanovišti jsou žákům ukázány různé metody antikoncepce a diskutuje se zde o jejích výhodách, nevýhodách a účinnosti.

Stanoviště č. 3 je pojmenováno „**Láska, sexualita a ochrana před HIV (kostka štěstí)**“. Každý z účastníků si hodí kostkou štěstí a tím získávají různé otázky a úkoly k plnění (Obrázek 8). Toto stanoviště napomáhá formovat postoje k partnerskému vztahu, sexualitě a ochraně před HIV.



Obrázek 8. Kostka štěstí (<http://souskodamb.cz/sou/gallery/2008-2009/pages/hrouprotiaids.aspx>)

Stanoviště č. 4 se nazývá „**Sexualita řečí těla (pantomima)**“. Cílem čtvrtého stanoviště je vyjádřit pomocí nonverbální komunikace pocity a situace (Obrázek 9), které se váží k lásce a partnerství. Za každou uhodnutou scénku získají část puzzle, které následně poskládají.



Obrázek 9. Ukázka z pantomimy o sexualita řečí těla
(<http://souskodamb.cz/sou/gallery/2008-2009/pages/hrouprotiaids.aspx>)

Stanoviště č. 5 nese název „Život s HIV/AIDS“. Cílem je, aby se žáci naučili tolerantnosti k osobám infikovaným HIV virem (Obrázek 10). Zabývají se různými každodenními situacemi, se kterými se člověk setkává. Jak se osoby, které jsou HIV pozitivní, mají zachovat a zda některé činnosti mohou či nemohou provádět.



Obrázek 10. Moderátorka diskutuje s žáky o životě již nemocné osoby s AIDS
(<http://souskodamb.cz/sou/gallery/2009-2010/pages/hrouprotiaids2009.aspx>)

Na konci hry se skupinám sečtou body, které získali na stanovištích. Maximální bodový zisk v celé hře činí 100 bodů, tedy na každém stanovišti žáci mohli získat 20 bodů. Body byly určeny jen pro motivaci žáků a využití jejich soutěživosti. Vítězná skupina žáků získala menší hodnotnou cenu.

5 VÝSLEDKY

Kapitola je věnována interpretaci výsledků dotazníkového šetření na informovanost žáků 8. a 9. tříd o onemocnění HIV/AIDS. Ve výzkumu bylo osloveno 907 žáků ze základních škol. Dotazníkové šetření obsahovalo 19 otázek zaměřených na dané téma. V této práci jsou analyzovány pouze otázky, které se přímo týkají oblasti výzkumu.

5.1 Porozumění žáků pojmům HIV/AIDS

Pomocí dotazníkového šetření jsme chtěli zjistit, zda si žáci uvědomují rozdíl mezi pojmy HIV a AIDS, jelikož se lidé často domnívají, že znamenají totéž. Byla jim položena otázka „**Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?**“. V tabulce 3 a grafu 3 jsou uvedeny odpovědi žáků Olomouckého kraje. Žáci měli na výběr ze čtyř možností: 1. Žádný. Oba pojmy znamenají totéž., 2. HIV je virus. AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena., 3. AIDS je virus, HIV je nemoc, která je tímto virem způsobena., 4. Nevím. Správná odpověď byla možnost **2 – HIV je virus a AIDS onemocnění**. Podle tabulky 3 a grafu 3 můžeme vidět, jak žáci na tuto otázku odpovídali. 638 (75,3 %) respondentů odpovědělo správně, 136 žáků (15 %) si myslí, že oba pojmy znamenají totéž, 47 (6,3 %) respondentů si myslí, že AIDS je virus a HIV onemocnění a 31 (3,4 %) žáků neví, jaký je rozdíl mezi těmito pojmy.

Celkem 314 (34,6 %) chlapců odpovědělo správně, 80 (8,8 %) chlapců zahrlo odpověď 1, 38 (4,2 %) hochů si myslí, že AIDS je virus a HIV onemocnění a zbylých 20 (2,2 %) nevědělo.

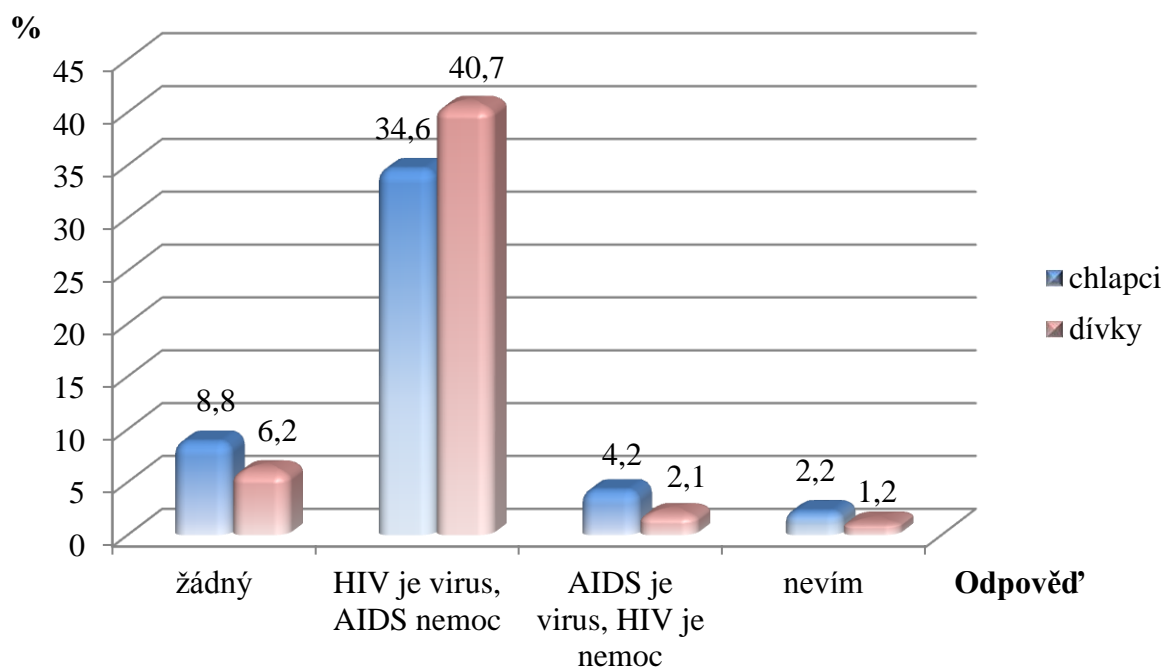
Oproti tomu více dívek 369 (40,7 %) uvedlo správnou odpověď. Poté 56 (6,2 %) dívek nevidí rozdíl mezi těmito pojmy, 19 (2,1 %) dívek uvedla, že AIDS je virus a HIV onemocnění a pouze zbývajících 11 (1,2 %) nevědělo.

Respondenti na Milevsku měli otázku, která se zjišťovala, kdo je původcem onemocnění AIDS. 80% žáků uvedlo správně, že původcem je virus. Tuto možnost vybralo 38,8 % chlapců a 41,3 % dívek. Jen 6,3 % respondentů si myslelo, že jde o bakterii a 2,5 % chlapců se domnívali, že jde o parazita. 11,3 % respondentů nevědělo (Vinklerová, 2011).

Tabulka 3. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
žádný	80	8,8	56	6,2	136	15,0
HIV je virus, AIDS nemoc	314	34,6	369	40,7	683	75,3
AIDS je virus, HIV je nemoc	38	4,2	19	2,1	57	6,3
nevím	20	2,2	11	1,2	31	3,4
Celkem	452	49,8	455	50,2	907	100,0

Graf 3. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS



5.2 Možnosti přenosu HIV

V dotazníkovém šetření se tímto tématem zabývaly dvě otázky. Jako nejčastější způsob přenosu se uvádí nechráněný pohlavní styk. Dalšími možnostmi přenosu HIV je krev, injekční užívání drog a přenos z matky na dítě. Ve světě existují mnohé mylné představy o nakažlivém přenosu od hmyzu sajícího krev, používáním stejného WC a další. Následující otázky měly ověřit vědomosti žáků o přenosu HIV. První otázka zněla „**Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje**“. Žáci měli na výběr ze čtyř odpovědí: 1. Transfúzí krve. 2. Nechráněným pohlavním stykem. 3. Injekčním užíváním drog. 4. Líbáním. Stejně jako v předchozí otázce byla správná odpověď možnost **2 – Nechráněným pohlavním stykem**. Výsledky této otázky nám ukazuje tabulka 4 a graf 4. Z celkového počtu 907 respondentů odpovědělo na tuto otázku 905 žáků. Správnou odpověď zakroužkovalo 757 (83,7 %) respondentů. 118 (13,1 %) respondentů si myslí, že nejčastějšímu přenosu HIV dochází při injekčním užíváním drog. 26 (2,8 %) se domnívá, že se nejčastěji člověk nakazí při transfúzi krve a pouhých 4 (0,4 %) zakroužkovalo líbání. Správnou odpověď uvedlo 259 (39,7 %) chlapců, 72 (8 %) uvedlo třetí možnost, 16 (1,7 %) hochů si myslí, že se nejčastější přenos děje transfúzí krve a pouze 4 (0,4 %) uvedlo možnost 4.

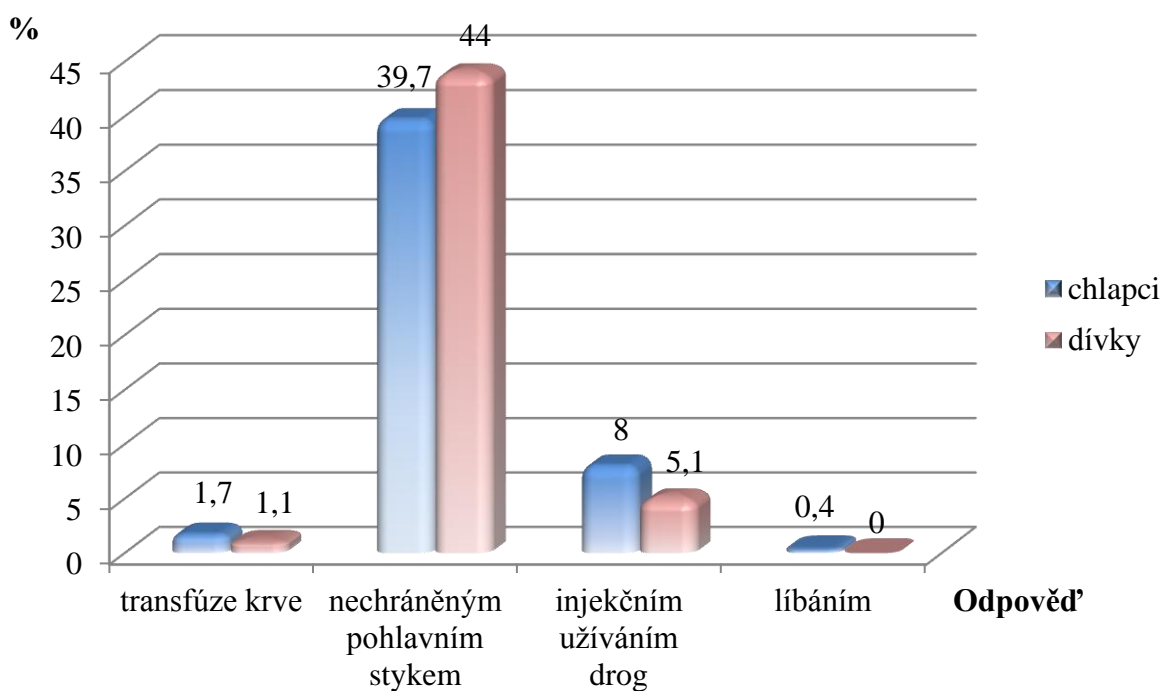
Větší počet dívek 398 (44 %) uvedlo správnou odpověď. 46 (5,1 %) děvčat předpokládá nejčastější přenos při injekčním užíváním drog, 10 (1,1 %) uvedla první možnost a na rozdíl od chlapců se žádná dívka nedomnívá, že by se mohla nakazit líbáním.

Respondenti na Milevsku na obdobnou otázku byla nejčastější odpověď, že největší riziko přenosu HIV se děje při nechráněném pohlavním styku. Myslí si to 97,5 % dotazovaných žáků (Vinklerová, 2011).

Tabulka 4. Nejčastější způsob přenosu HIV

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
transfúze krve	16	1,7	10	1,1	26	2,8
nechráněným pohlavním stykem	359	39,7	398	44,0	757	83,7
injekčním užíváním drog	72	8,0	46	5,1	118	13,1
líbáním	4	0,4	0	0	4	0,4
Celkem	451	49,8	454	50,2	905	100,0

Graf 4. Nejčastější způsob přenosu HIV



V tabulkách 5 až 13 jsou uvedeny odpovědi na otázku „**Jak je možné se nakazit virem HIV?**“.

Tabulka 5 zahrnuje odpovědi, jestli je možné nakazit se virem HIV bodnutím infikovaným hmyzem. Jak již bylo výše uvedeno, touto cestou se člověk nemůže nakazit, jelikož tento hmyz má velmi tenké jehlovité ústní ústrojí, díky němuž nemohou být bílé krvinky, které obsahují virus HIV, přeneseny. 840 (92,6 %) respondentů odpovědělo, že ne, což byla správná volba. Zbývajících 67 (7,4 %) dotazovaných odpovědělo ano.

408 (45 %) hochů odpovědělo správně a pouhých 44 (4,9 %) vybralo špatnou možnost. Větší množství dívek 432 (47,6 %) vybralo správnou možnost a pouhých 23 (2,5 %) se domnívalo, že by se mohlo takto nakazit.

Žáci na Milevsku se také obávali nákazy při bodnutí komára. Z celkového počtu respondentů tuto možnost označilo 16,3 % z toho shodně 8,1 % chlapců i dívek (Vinklerová, 2011).

Tabulka 5. Je možné se nakazit virem HIV od bodnutí infikovaným hmyzem

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	408	45,0	432	47,6	840	92,6
ano	44	4,9	23	2,5	67	7,4
Celkem	452	49,9	455	50,1	907	100,0

Tabulka 6 se zabývá možností přenosu HIV líbáním. Běžným líbáním by se člověk neměl nakazit virem HIV. Pokud jde o hluboké neboli francouzské líbání, tak zde určité riziko přenosu existuje, kdy by se mohl virus dostat přes poraněnou sliznici či krvácející dásně.

Zde si 778 (85,8 %) respondentů myslí, že se tímto způsobem nemohou nakazit a 129 (14,2 %) žáků zde určité riziko shledává.

Z celkového 907 respondentů, tedy ze 452 chlapců, správně odpovědělo 381 (42 %) a 71 (7,8 %) se obává, že by se líbáním mohlo nakazit. 397 (43,8 %) děvčat vybralo dobrou možnost a zbývajících 58 (6,4 %) si myslí, že by se líbáním mohly nakazit.

Průzkum Vinklerové (2011) ukázal, že se 12,5 % respondentů obává touto možností nákazy. Opět shodně to označilo 6,3 % chlapců a 6,3 % dívek.

Tabulka 6. Je možné se nakazit virem HIV líbáním

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	381	42,0	397	43,8	778	85,8
ano	71	7,8	58	6,4	129	14,2
Celkem	452	49,8	455	50,2	907	100,0

Další možnost byla pro žáky velmi rozporuplná. V dnešní době by se nemělo stávat, aby se člověk nakazil při transfúzi, ale občas všechna opatření mohou selhat a může k tomu dojít. 540 (59,6 %) respondentů si myslí, že se touto cestou mohou infikovat. 367 (39,5 %) dotazovaných má za to, že by se krevní transfúzi neměli nakazit.

V tabulce 7 můžeme vidět, že hodnoty u chlapců a dívek vykazují velmi malé rozdíly. 272 (30 %) chlapců a 268 (29,6 %) děvčat se obává nákazy krevní transfúzi, 180 (19,9 %) hochů a 187 (20,6 %) dívek předpokládá, že se touto cestou nenakazí.

Tabulka 7. Je možné se nakazit virem HIV při krevní transfúzi

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	180	19,9	187	20,6	367	40,5
ano	272	30,0	268	29,6	540	59,6
Celkem	452	49,9	455	50,2	907	100,0

Názory na možnosti nákazy virem HIV při nechráněném pohlavním styku představuje tabulka 8. Jak již bylo dříve uvedeno, je tato cesta uváděna jako nejčastější přenos HIV. Převážná většina respondentů 833 (91,9 %) odpověděla dobře, že se touto cestou mohou infikovat. Pouhých 74 (8,2 %) si myslí, že se touto cestou infikovat nemohou.

Tabulka 8 ukazuje, že 406 (44,8 %) chlapců a 427 (47,14 %) děvčat odpovědělo, že se tímto způsobem mohou nakazit. 46 (5,1 %) hochů a 28 (3,1 %) s tímto nesouhlasí.

Podle výzkumu Vinklerové (2011) žáci na Milevsku označili odpověď s nechráněným pohlavním stykem jako častou možnost přenosu infekce HIV. Odpověď zvolilo 97,5 % respondentů z toho 46,3 % chlapců a 51,3 % dívek.

Tabulka 8. Je možné se nakazit virem HIV při nechráněném pohlavním styku

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	46	5,1	28	3,1	74	8,2
ano	406	44,8	427	47,1	833	91,9
Celkem	452	49,9	455	50,2	907	100,0

Tabulka 9 předkládá možnost, zda se může člověk nakazit virem HIV podáním ruky. Toto tvrzení není správné. Nejsou žádné případy, které by dokazovaly takovou cestu přenosu. 890 (98,2 %) respondentů nepředpokládá možnost nákazy. 17 (1,9 %) žáků má za to, že by se mohlo infikovat.

445 (49,1) chlapců i dívek shodně uvedlo, že takto se nakazit nemohou. 7 (0,8 %) chlapců a 10 (1,1 %) dívek má z tohoto způsobu přenosu obavy.

Tabulka 9. Je možné se nakazit virem HIV při podání ruky

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	445	49,1	445	49,1	890	98,2
ano	7	0,8	10	1,1	17	1,9
Celkem	452	49,9	455	50,2	907	100,0

Možnost nákazy virem HIV při kýčání a kašlání se také neprokázala. 839 (92,5 %) respondentů si myslí, že se touto cestou nemohou nakazit. 68 (7,5 %) respondentů uvedlo, že se takto mohou infikovat.

Tabulka 10 předkládá volbu 410 (45,2 %) hochů a 429 (47,3 %) děvčat s jejich názorem, že se tímto způsobem nenakazí. 42 (4,6 %) chlapců a 26 (2,9 %) dívek uvedlo opačnou odpověď.

Tabulka 10. Je možné se nakazit virem HIV při kýchní a kašláni

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	410	45,2	429	47,3	839	92,5
ano	42	4,6	26	2,9	68	7,5
Celkem	452	49,8	455	50,2	907	100,0

Tabulka 11 prezentuje názory, jestli je možné, aby došlo k přenosu HIV při užívání stejného WC a sprch. Ve skutečnosti zde opět není žádné riziko nákazy. 868 (95,7 %) respondentů by se nebálo používání stejného WC a sprch s HIV pozitivní osobou. 39 (4,3 %) je názoru, že se touto cestou mohou nakazit.

Nákazy se nebojí 432 (47,6 %) chlapců a 436 (48,1 %) dívek. Obavy z nákazy má 20 (2,2 %) hochů a 19 (2,1 %) dívek.

Zajímavý je fakt, že průzkum Vinklerové (2011) na Milevsku uvádí pouze 1,3 % respondentů (1 chlapec a 1 dívka), kteří si myslí, že by se mohli nakazit virem HIV při koupání ve společných bazénech.

Tabulka 11. Je možné se nakazit virem HIV při používání stejného WC a sprch

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	432	47,6	436	48,1	868	95,7
ano	20	2,2	19	2,1	39	4,3
Celkem	452	49,8	455	50,2	907	100,0

Co si žáci myslí o možnosti nákazy virem HIV při sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů, vidíme v tabulce 12. Při injekčním užíváním drog je toto

riziko ve skutečnosti velmi vysoké. 705 (77,7 %) respondentů má za to, že se takto mohou nakazit. 202 (22,3 %) žáků uvedlo, že zde možnost nákazy není.

333 (36,7 %) chlapců a 372 (41 %) dívek uvedlo, že takto k infekci virem HIV dochází. 119 (13,1 %) hochů 83 (9,2 %) předpokládá, že se takto nemohou nakazit.

Vinklerová (2011) sice nemá tuto otázku stejně definovanou, ale do svého dotazníku zahrnula možnost použití jehly po infikovaném jedinci, která je s naší odpovědí spjata. Na Milevsku si 99,4 % respondentů myslí, že by se mohli nakazit virem HIV při použití jehly po infikovaném jedinci. Všech 48,1 % chlapců 51,3 % dívek uvedlo správně, že by se mohli nakazit. Jen jediná dívka myslela, že by se nemohla v žádném případě nakazit.

Tabulka 12. Je možné se nakazit virem HIV při sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	119	13,1	83	9,2	202	22,3
ano	333	36,7	372	41,0	705	77,7
Celkem	452	49,8	455	50,2	907	100,0

Žáci se měli zamyslet, jestli je možný přenos viru HIV z matky na dítě při kojení. Tento přenos infekce je prokázán, a proto se nakaženým ženám doporučuje nekojit. Četnost odpovědí nám představuje tabulka 13. Pouhých 44 (4,8 %) respondentů se domnívá, že se dítě touto cestou může nakazit. 863 (95,2 %) žáků si myslí, že touto cestou nedochází k infikování, tedy je bez rizika.

Shodný počet chlapců a dívek 22 (4,8 %) vidí riziko v kojení dítěte. 430 (47,4 %) chlapců a 433 (47,7 %) dívek se této možnosti neobávají.

Tabulka 13. Je možné se nakazit virem HIV při kojení

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ne	430	47,4	433	47,7	863	95,1
ano	22	2,4	22	2,4	44	4,8
Celkem	452	49,8	455	50,1	907	100,0

5.3 Zjišťování HIV/AIDS v organismu

Vir HIV se zjišťuje z krve daného člověka, který se chce nechat vyšetřit. Žáci odpovídali na otázku „Z čeho se zjišťuje přítomnost HIV/AIDS v organismu?“. Respondenti měli možnost výběru z pěti možností: 1. Z moči. 2. Z krve. 3. Ze stolice. 4. Z potu. 5. Nevím. Správná odpověď byla odpověď **2 – Z krve**. Tuto možnost zvolilo 761 (84,5 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo zjišťování přítomnosti HIV z moči, kterou zvolilo 73 (8,1 %) respondentů. 59 (6,5 %) respondentů neví, z čeho se přítomnost HIV zjišťuje. 9 (1 %) respondentů vybralo zjišťování z potu.

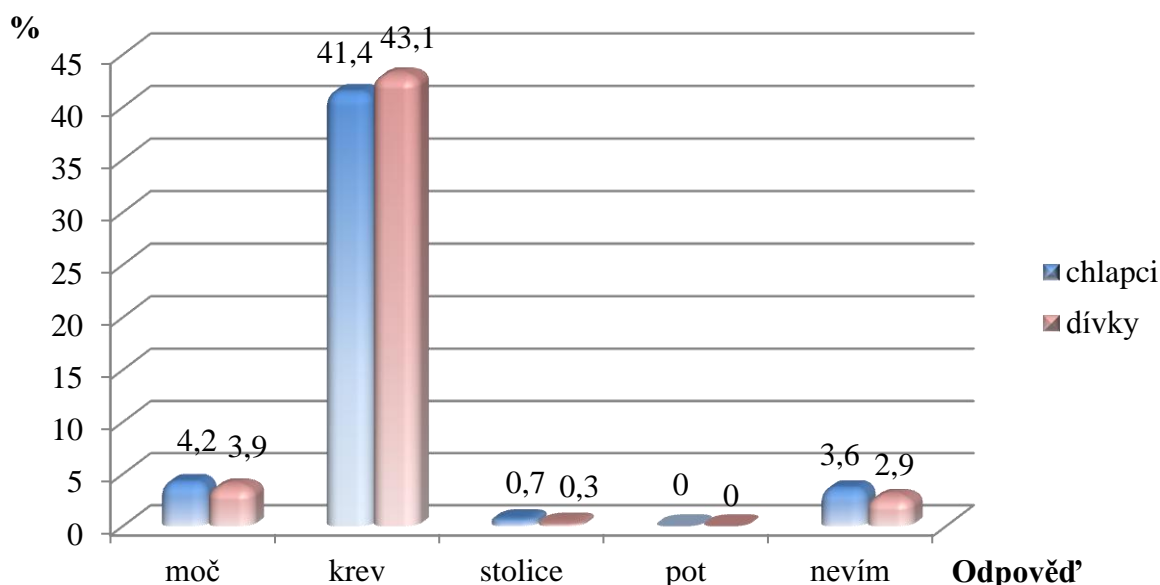
Tabulka 14 a graf 5 nám ukazují odpovědi, jak se liší názor chlapců a dívek o zjišťování přítomnosti HIV v organismu. 375 (41,4 %) chlapců zvolilo správnou odpověď. 38 (4,2 %) chlapců volilo možnost z moči. 33 (3,6 %) hochů nemá ponětí, z čeho se zjišťuje přítomnost HIV a zbylých 6 (0,7 %) chlapců si myslí, že zjišťování se provádí ze stolice.

Větší počet dívek 391 (43,1 %) než chlapců zvolilo zjišťování z krve. Druhá nejčastější odpověď byla možnost z moči, kdy ji zvolilo 35 (3,9 %) dívek. Menší zastoupení, jen 26 (2,9 %) dívek nevědělo z čeho se zjišťuje přítomnost HIV a zbylá 3 (0,3 %) děvčata zvolila odpověď ze stolice.

Tabulka 14. Z čeho se zjišťuje přítomnost HIV/AIDS v organismu?

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
moč	38	4,2	35	3,9	73	8,1
krev	375	41,4	391	43,1	766	84,5
stolice	6	0,7	3	0,3	9	1,0
pot	0	0	0	0	0	0
nevím	33	3,6	26	2,9	59	6,5
Celkem	452	49,9	455	50,2	907	100,0

Graf 5. Z čeho se zjišťuje přítomnost HIV/AIDS v organismu?



5.4 Možnosti léčby AIDS

AIDS je velmi zákeřné onemocnění, které v dnešní době zatím nejde vyléčit. Respondenti se měli zamyslet nad otázkou „Lze AIDS vyléčit?“. Tabulka 15 a graf 6 vyjadřuje jejich názory. Respondenti zde měli možnost zvolit ze tří možností: 1. Ano. 2. Ne. 3. Nevím. Správnou odpověď zvolilo 695 (76,6 %) respondentů, tedy 2 – Ne. 124 (13,7 %) respondentů je přesvědčeno, že existuje léčba AIDS a 88 (9,7 %) respondentů neví, zda lék na AIDS existuje.

Celkem 341 (37,6 %) chlapců uvedlo, že se dá AIDS léčit. Dalších 69 (7,6 %) se domnívá, že je možné toto onemocnění vyléčit a 42 (4,6 %) nevědí.

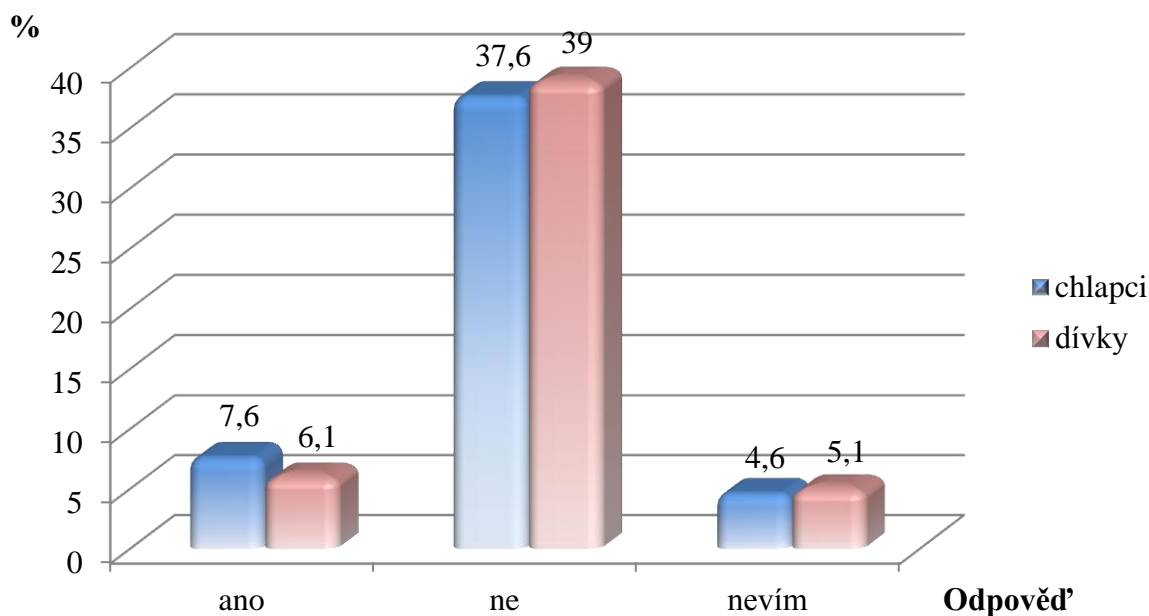
354 (39 %) dívek uvedlo, že léčba na AIDS neexistuje. 55 (6,1 %) dívek se domnívá, že lze vyléčit a zbylých 46 (5,1 %) děvčat nevědí.

Ve výzkumu na Milevsku se Vinklerová (2011) žáků také dotazovala, zda lze AIDS léčit. Z celkového počtu respondentů uvedlo 75 % žáků (36,3 % chlapců a 38,8 % dívek), že lze léčit, ale ne vyléčit.

Tabulka 15. Lze AIDS vyléčit

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ano	69	7,6	55	6,1	124	13,7
ne	341	37,6	354	39,0	695	76,6
nevím	42	4,6	46	5,1	88	9,7
Celkem	452	49,8	455	50,2	907	100,0

Graf 6. Lze AIDS vyléčit



5.5 Možnost ochrany před virem HIV

Jako 100 % ochrana před virem HIV se uvádí sexuální abstinence. Tato ochrana je v dnešním světě velice nereálná, a proto jako velmi účinná ochrana před přenosem infekce HIV patří prezervativ. V dotazníkovém šetření se žáci zabývali otázkou „**Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží**“. Zde měli žáci k dispozici čtyři možnosti, ze kterých mohli vybírat. Na tuto otázku neodpovědělo 8 respondentů. Možnosti byly: 1. Kondom. 2. Hormonální antikoncepce. 3. Lubrikační gel. 4. Neexistuje ochrana.

Velká většina na tuto otázku zodpověděla správně, a to možnost **1 – Kondom**. Zvolilo ji 865 (96,2 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí – 21 (2,3 %) respondentů – byla, že ochrana neexistuje. 12 (1,4 %) respondentů by volilo jako ochranu hormonální antikoncepci a jen 1 (0,1 %) dotázaný volil lubrikační gel.

Tabulka 16 a graf 7 ukazují, že 434 (48,3 %) chlapců zvolilo jako ochranu před HIV kondom. 9 (1 %) chlapců si myslí, že žádná ochrana neexistuje.

Odpověď 1 – Kondom volilo méně dívek 431 (47,9 %) než chlapců. 12 dívek (1,3 %) si myslí, že ochrana neexistuje.

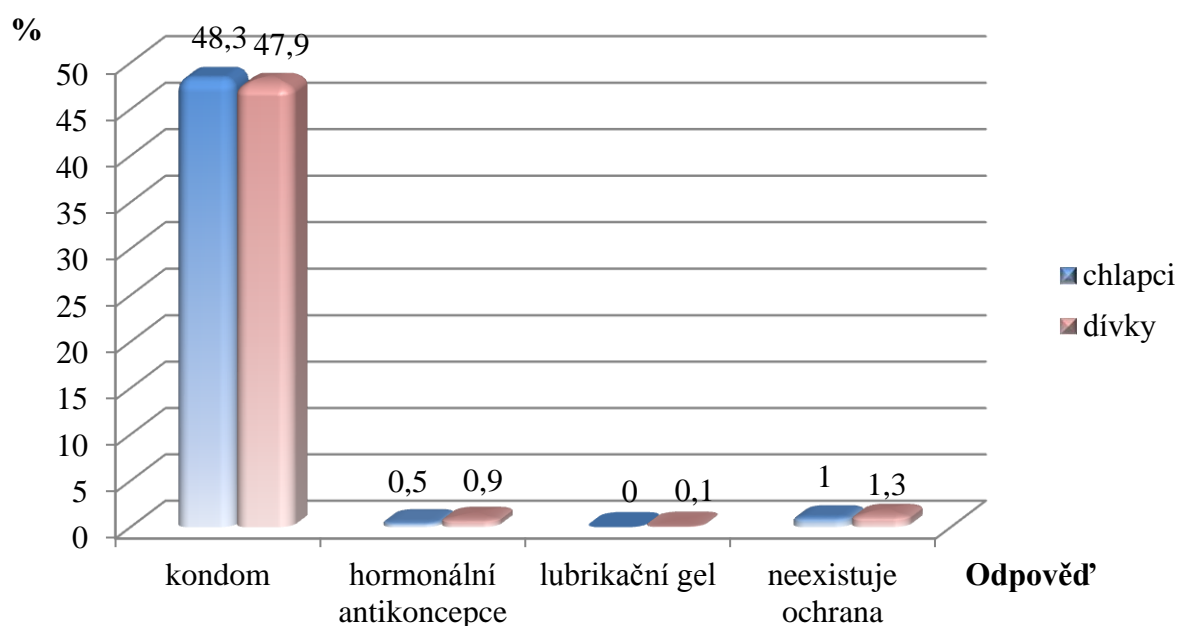
Dle průzkumu Vinklerové (2011) na Milevsku v otázce, jestli je hormonální antikoncepce ochrání před nákazou HIV, odpovědělo 80,6 % respondentů správně, že neochrání. Tuto odpověď volilo 37,5 % chlapců a 43,1 % dívek.

Jako spolehlivou ochranu před HIV uvedli žáci v Milevsku nejčastěji prezervativ – 80,6 % žáků, z toho 38,1 % chlapců a 42,5 % dívek.

Tabulka 16. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
kondom	434	48,3	431	47,9	865	96,2
hormonální antikoncepce	4	0,5	8	0,9	12	1,4
lubrikační gel	0	0	1	0,1	1	0,1
neexistuje ochrana	9	1,0	12	1,3	21	2,3
Celkem	447	49,8	452	50,2	899	100,0

Graf 7. Jako ochrana před nákazou virem HIV při pohlavním styku slouží



5.6 Prevence proti HIV

Nejefektivnějším bojem proti HIV/AIDS jsou různé preventivní programy a především dostatečná informovanost. AIDS je neléčitelné onemocnění a také proti němu neexistuje v současné době žádná očkovací látka. Jelikož máme zdravotnictví na velmi dobré úrovni, mnoho lidí si proto mylně myslí, že existuje i očkovací látka proti AIDS.

Respondenti odpovídali na otázku „Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?“ Tato otázka zahrnovala pouze dvě možnosti: 1. Ano. 2. Ne. Z celkového počtu dotazovaných respondentů na tuto otázku 27 žáků vůbec neodpovědělo. 701 (79,7 %) respondentů uvedlo správně, že se proti HIV/AIDS očkovat nedá. 179 (20,3 %) žáků se domnívá, že očkovací látka proti tomuto onemocnění existuje.

Tabulka 17 a graf 8 ukazují četnost odpovědí podle pohlaví. 353 (40,1 %) chlapců a 348 (39,6 %) dívek předpokládá, že se nedá očkovat proti této chorobě. Opačného názoru je 89 (10,1 %) chlapců a 90 (10,2 %) dívek.

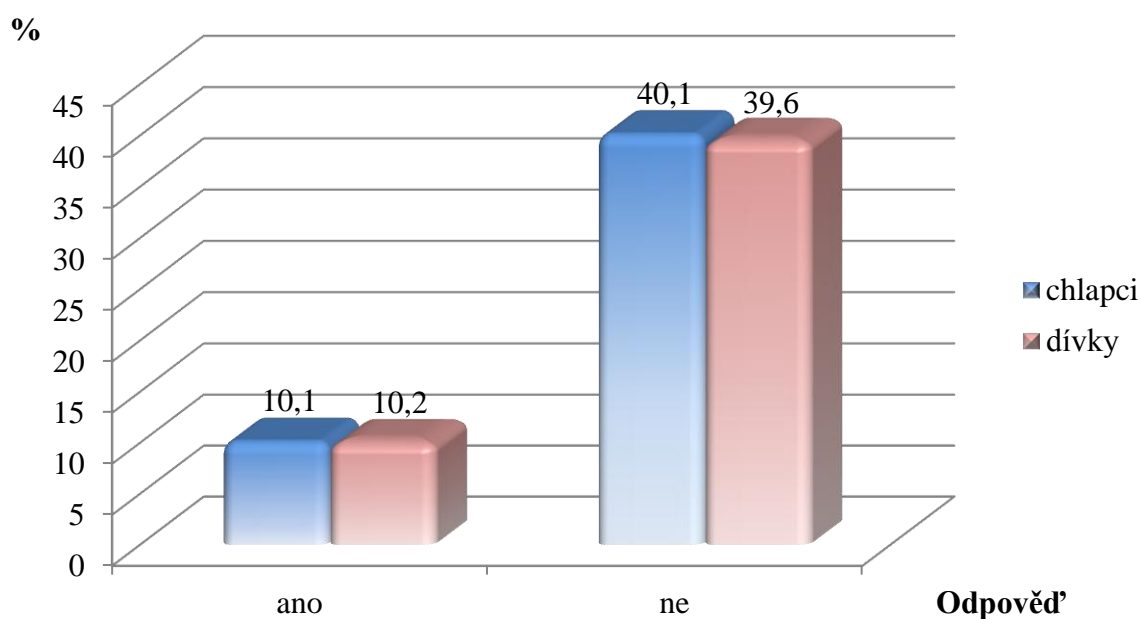
V rámci průzkumu na základních školách na Milevsku Vinklerová (2011) také zjišťovala, jestli existuje proti AIDS očkování. Větší polovina 60,6 % (30,6 % chlapců a 29,4 % dívek) odpověděla, že ne. 10 % respondentů (3,1 % chlapců a 6,9 % dívek)

předpokládá, že očkovací látka existuje a tudíž je možné se nechat naočkovat. Zbylých 29,4 % žáků – 14,4 % chlapců a 15 % děvčat vůbec nevědělo, zda se lze očkovat.

Tabulka 17. Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ano	89	10,1	90	10,2	179	20,3
ne	353	40,1	348	39,6	701	79,7
Celkem	442	50,2	438	49,8	880	100,0

Graf 8. Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?



5.7 Výskyt HIV v České republice

HIV/AIDS se vyskytuje po celém světě, lze tedy říci, že se jedná o pandemii. Množství případů infikovaných osob se každým rokem zvyšuje. Na základě teoretické části má výskyt HIV v České republice stoupající tendenci. Snažili jsme se zjistit, zda si žáci uvědomují, že i u nás žijí HIV pozitivní osoby. Žáci odpovídali na otázku „**Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?**“. Dvanáct respondentů odpověď neuvědělo. Převážná většina,

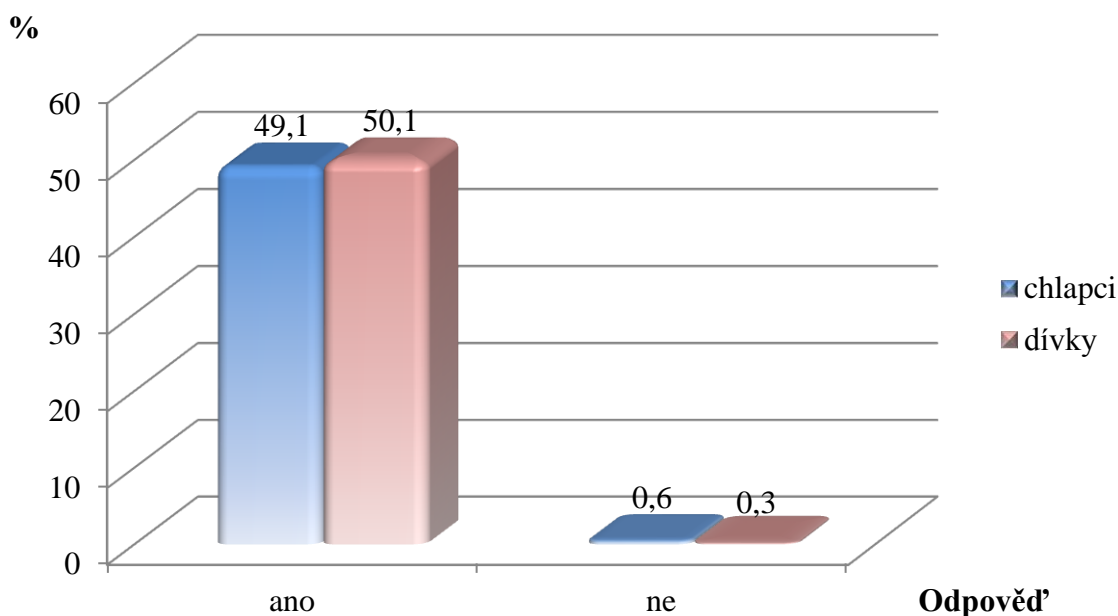
887 (99,2 %) respondentů, si je vědoma, že i u nás tyto lidé žijí. 8 (0,9 %) respondentů uvedlo, že u nás lidé s HIV/AIDS nežijí.

V tabulce 18 a grafu 9 vidíme, že z celkového počtu respondentů se 439 (49,1 %) chlapců domnívá, že se lidé s touto nemocí u nás nachází a pouhých 5 (0,6 %) chlapců s nimi nesouhlasilo. 448 (50,1 %) dívek se domnívá, že u nás takoví lidé žijí. Pouhá 3 (0,3 %) děvčata si myslí, že v České republice nejsou.

Tabulka 18. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ano	439	49,1	448	50,1	887	99,2
ne	5	0,6	3	0,3	8	0,9
Celkem	444	49,7	451	50,4	895	100,0

Graf 9. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?



5.8 Kdy se nechat testovat na HIV

Člověk po rizikovém chování je sice okamžitě infekční, ale krevní testy to přesně dokáží prokázat až po 2 – 3 měsících. I tak by se měla osoba, která se domnívá, že by mohla být nakažena, chovat zodpovědně dokud se neprokáže jinak.

Respondenti se zamýšleli nad otázkou „**Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?**“. Na tuto otázku 24 respondentů neodpovědělo. Zde měli respondenti na výběr z šesti možností: 1. Hned následující den. 2. Za týden. 3. Za měsíc. 4. Za 2 – 3 měsíce. 5. Kdykoli. 6. Nikdy, neexistuje žádný test na HIV. Nejčastěji volenou odpovědí byla možnost 1 – Hned následující den, kterou vybralo 333 (37,7 %) respondentů. Správná odpověď **3 – Za 2 – 3 měsíce** byla až na pátém místě z hlediska počtu odpovědí, kdy ji vybralo pouhých 95 (10,8 %) respondentů. Tato otázka ukazuje na nedostatek informací o dané problematice.

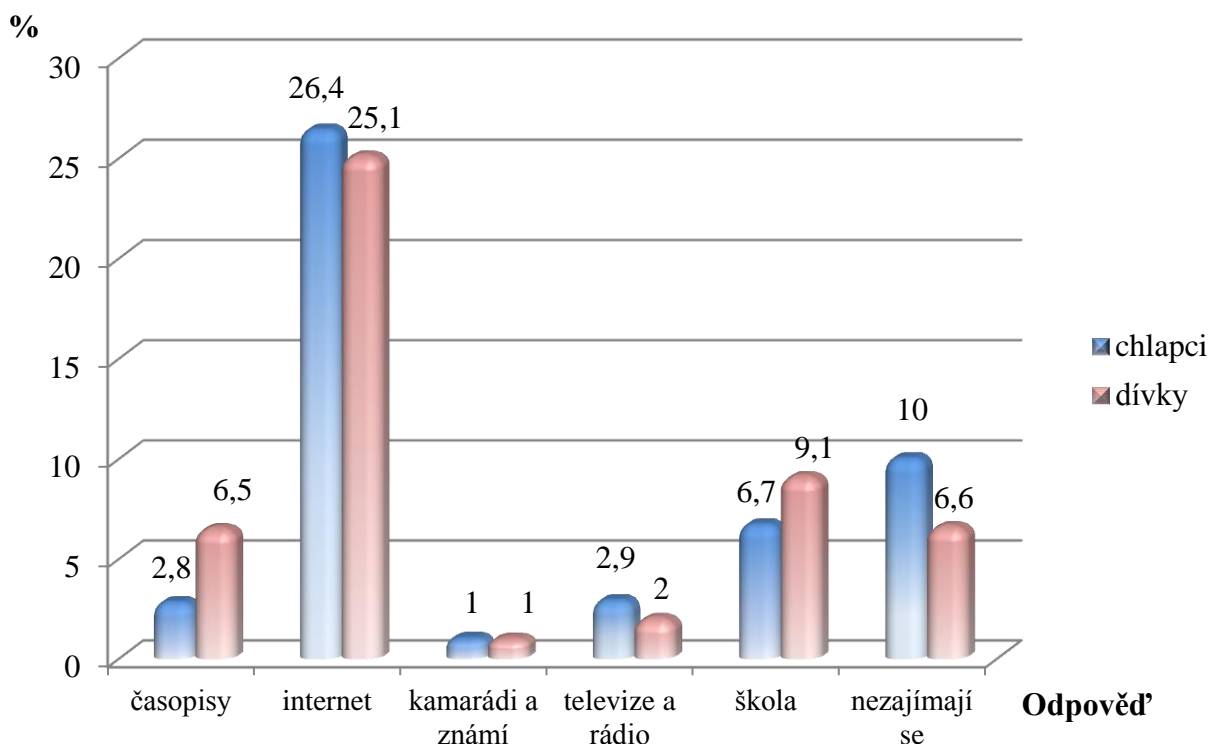
Tabulka 19 a graf 10 ukazují četnost odpovědí na danou otázku. Chlapci 172 (19,5 %) volili jako nejčastější odpověď, že by si zašli na test hned následující den. Pouhých 43 (4,9 %) chlapců si myslí, že test by si měli nechat udělat až za 2 – 3 měsíce.

Na rozdíl od chlapců se 161 (18,2 %) dívek domnívá, že by se mělo nechat testovat následující den po rizikovém chování. Správně by na test zašlo 52 děvčat (5,9 %).

Tabulka 19. Jak dlouho po rizikovém chování byste se zašli otestovat na HIV?

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
následující den	172	19,5	161	18,2	333	37,7
za týden	80	9,1	76	8,6	156	17,7
za měsíc	44	5,0	62	7,0	106	12,0
za 2 - 3 měsíce	43	4,9	52	5,9	95	10,8
kdykoliv	90	10,2	95	10,8	185	21,0
nikdy, test na HIV neexistuje	6	0,7	2	0,2	8	0,9
Celkem	435	49,4	448	50,7	883	100,0

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



5.9 Získávání informací o HIV/AIDS

„Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?“ byla další otázkou, na kterou respondenti odpovídali. Třináct respondentů na danou otázku neodpovědělo. Otázka obsahovala šest možností na výběr a to: 1. Časopisy. 2. Internet. 3. Kamarádi, známí, 4. Televize, rádio. 5. Škola. 6. Nezajímám se. Zde záleželo jen na nich, jakou možnost zvolí, neboť žádná nebyla špatná. Ukázalo se, že nejvíce respondentů 460 (50,7 %) zjišťuje informace přes internet. 170 (18,7 %) dotazovaných se o tuto problematiku vůbec nezajímá. Dalších 141 (15,5 %) žáků uvedlo, že zdrojem informací je škola. 83 (9,2 %) žáků čerpá informace z časopisů, 44 (4,9 %) z televize a rádia a zbylých 8 (2 %) uvedlo jako zdroj kamarády. Zarážející je, že byla škola jako zdroj informací uvedena až na 3. místě. Internet volilo nejvíce žáků, ale otázkou je zda dokáží rozpoznat, která stránka uvádí potvrzené či mylné informace. Alarmující je ale také zjištění, že se 16,6 % žáků o tuto problematiku vůbec nezajímá.

Tabulka 20 a graf 11 znázorňují zvolené odpovědi vzhledem k pohlaví. 236 (26 %) chlapců uvedlo jako nejčastější možnost internet, na druhém místě poté informaci, že je tato problematika nezajímá – 89 (9,8 %). 60 (6,6 %) hochů získává informace ve škole.

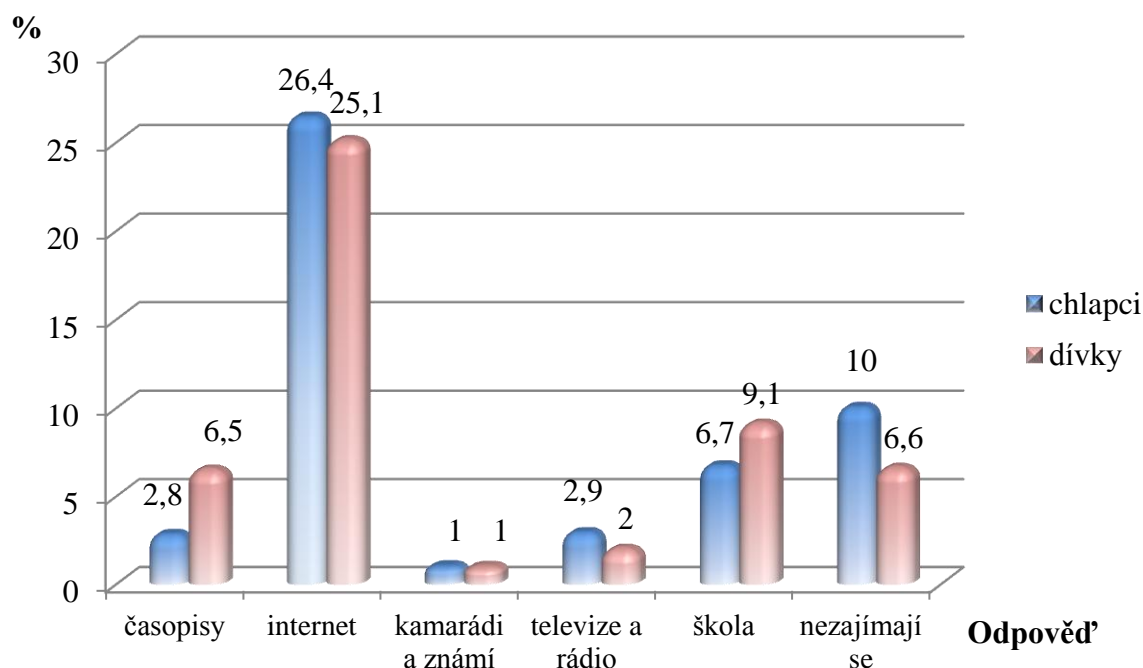
Dívky volily jiné pořadí získávání informací o HIV/AIDS. S chlapci se shodlo 224 (24,7 %) dívek, že i pro ně je nejčastějším zdrojem informací internet. Jako druhý nejčastější zdroj – školu uvedlo 81 (8,9 %) děvčat. Třetí nejčastější odpověď děvčat – 59 (6,5 %) byla, že se o tuto problematiku nezajímají.

Žáci na Milevsku, na rozdíl od žáků z Olomouckého kraje, uvedli jako nejčastější zdroj informací o onemocnění AIDS školu, kdy jich 69,4 % zvolilo tuto možnost (32,5 % chlapců, 36,9 % dívek). Druhým nejfrekventovanějším zdrojem byla média – 18,8 % žáků. 4,4 % žáků získává informace z odborné literatury, 5 % od rodičů a 2,5 % od kamarádů.

Tabulka 20. Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
časopisy	25	2,8	58	6,5	83	9,3
internet	236	26,4	224	25,1	460	51,5
kamarádi a známí	9	1,0	9	1,0	18	2,0
televize a rádio	26	2,9	18	2,0	44	4,9
škola	60	6,7	81	9,1	141	15,8
nezajímají se	89	10,0	59	6,6	148	16,6
Celkem	445	49,8	449	50,3	894	100,0

Graf 11. Jaký zdroj informací používáte nejčastěji, abyste se dozvěděli o HIV/AIDS?



5.10 Informovanost žáků o HIV/AIDS v rámci školní výuky

V této části dotazníkového šetření jsme řešili, do jaké míry pomáhá při získávání informací o HIV/AIDS škola. Přesné znění otázky bylo „**Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v rámci nějakého předmětu na vaší škole?**“. Na položenou otázku neodpovědělo 21 respondentů. Tato otázka ukázala rozporuplné odpovědi, kdy 535 (60,4 %) respondentů uvedlo, že se ve škole touto problematikou zabývalo a 351 (39,6 %) respondentů sdělilo opak. Tato problematika by měla být rozhodně zahrnuta v předmětech jako např. Výchova ke zdraví či Rodinná výchova.

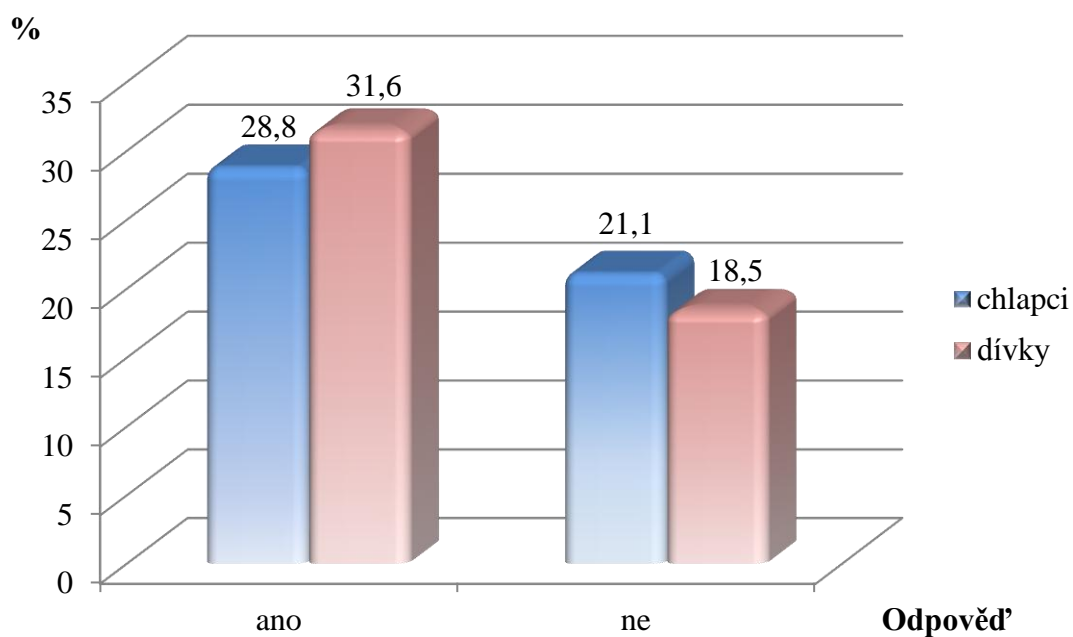
Tabulka 21 a graf 12 ukazují, že z celkového počtu 907 žáků 255 (28,8 %) chlapců a 280 (31,6 %) dívek uvedlo, že je škola o této problematice informuje. 187

(21,1 %) chlapců a 164 (18,5 %) dívek zmínilo, že se tímto problémem v rámci výuky nezabývají.

Tabulka 21. Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v rámci nějakého předmětu na vaší škole?

Odpovědi	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ano	255	28,8	280	31,6	535	60,4
ne	187	21,1	164	18,5	351	39,6
Celkem	442	49,9	444	50,1	886	100,0

Graf 12. Zabývali jste se problematikou HIV/AIDS v rámci nějakého předmětu na vaší škole?



6 ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit vědomostní úroveň žáků 8. a 9. tříd o onemocnění HIV/AIDS v Olomouckém kraji.

V této práci jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které bylo prováděno náhodným výběrem na 24 základních školách v Olomouckém kraji. Dotazníky byly používány v rámci peer programu „Hrou proti AIDS“, který se konal pod záštitou Krajské hygienické stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci. Na začátku programu byly vždy dotazníky rozdány žákům 8. a 9. tříd, kteří je měli za úkol vyplnit. Všechny otázky byly koncipovány tak, aby bylo zjištěno, do jaké míry jsou žáci informováni o jedné z nejzákeřnějších nemocí dnešní civilizace.

Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 907 respondentů, z toho bylo 439 chlapců a 468 dívek ve věkovém rozmezí 13 až 15 let, kteří navštěvovali 8. a 9. třídu. Průzkumu se zúčastnilo 88 chlapců a 115 dívek ve věku 13 let, 220 chlapců a 219 dívek, kteří měli 14 let a 144 chlapců a 121 dívek 15letých.

Pro zpracování a vyhodnocování výsledků jsme použili Microsoft Excel a statistický program SPSS.

Na základě dotazníkového šetření jsme zjistili následující výsledky:

1. Průzkum ukázal, že si 683 (75,3 %) respondentů uvědomuje rozdíl mezi pojmy HIV a AIDS. V otázkách možností přenosu HIV má 757 (83,7 %) respondentů za to, že hlavním způsobem přenosu viru HIV je nechráněný pohlavní styk. Velmi spekulativní otázka byla, zda se mohou osoby nakazit při krevní transfúzi. Pouhých 367 (40,5 %) respondentů si myslelo, že se touto cestou nakazit nemohou. Tímto způsobem by k nákaze nemělo docházet, jelikož krevní dárce jsou před odběry přísně testováni. Aby se předešlo nakažení při operaci, doporučuje se spíše autotransfúze, kdy si člověk před plánovaným zákrokem nechá odebrat vlastní krev. Velmi zajímavý výsledek odhalily odpovědi na otázku, zda je možné, aby se dítě nakazilo od matky při kojení. Převážná většina, což bylo 863 (95,1 %) respondentů, si myslela, že se tímto způsobem dítě nakazit nemůže. Tato odpověď poukazuje na fakt, že žáci mají v této oblasti nedostatek informací.

2. Dotazníkové šetření ukázalo, že 766 (84,5 %) žáků ví, že se vir HIV zjišťuje z krve. Velice nedostačující vědomosti ukázal průzkum v informovanosti respondentů ohledně časového intervalu, kdy by se měli nechat otestovat na HIV po rizikovém chování. Tato otázka ukázala na jejich mylné domněnky, že by se měli nechat testovat hned následující den, kdy se to domnívalo 333(37,7 %) respondentů. Pouhých 95 (10,8 %) respondentů ukázalo dostačující vědomosti a nechali by se testovat po 2 - 3 měsících. Větší část 695 (76,6 %) žáků si uvědomuje, že AIDS nelze vyléčit.

3. Nejúčinnější ochranou před HIV/AIDS je sexuální abstinence. V dnešní době je však tato prevence nereálná, a proto jako hlavní ochranou před HIV se uvádí prezervativ. Velice dobré zjištění bylo, když jsme dotazníkovým šetřením zjistili, že 865 (96,2 %) žáků je s touto ochranou obeznámeno. Dále jsme zjišťovali, zda si myslí, že je množné se proti HIV/AIDS nechat očkovat. Celkem 701 (79,7 %) žáků se domnívá, že se mohou nechat proti této nemoci očkovat. Jak ukazuje průzkum, tak jsou zde jisté mylné představy o očkování.

4. Respondenti si uvědomují, že onemocnění HIV/AIDS se vyskytuje po celém světě. Velké množství 887 (99,2 %) žáků si také uvědomuje, že lidé s onemocněním HIV/AIDS se žijí i u nás v republice.

5. Informace o onemocnění HIV/AIDS oslovení žáci nejčastěji získávají z internetu, kdy tuto možnost volilo 460 (51,5 %) respondentů. Alarmující je zjištění, že 148 (16,6 %) respondentů se o toto téma vůbec nezajímá. Škola jako zdroj informací byla uváděna až na třetím místě, kdy ji volilo pouhých 141(15,8 %) respondentů. Podle mne je výstražné i zjištění, že se pouze 535 (60,4 %) žáků zabývalo problematikou HIV/AIDS v rámci nějakého předmětu ve škole.

6. Při srovnávání informovanosti našich respondentů s žáky na Milevsku z Jihočeského kraje jsme zjistili, že se nijak výrazně vědomosti o dané problematice nelišily. Z pohledu pohlaví se ukazují nepatrné rozdíly v četnosti odpovědí. Větší rozdíly ukázal pouze zdroj, který žáci používají k získávání informací o HIV/AIDS. Internet uváděli jak chlapci, tak dívky jako hlavní zdroj informací. Dívky ale uvedly jako druhý nejčastější zdroj školu a pak až že se nezajímají o tuto problematiku. Chlapci uváděli na druhém místě, že je daná problematika nezajímá a až na třetím místě získávají informace ve škole. Chlapci i dívky na Milevsku v průzkumu uváděli jako hlavní zdroj školu. Jako další nejčastější zdroj uvedli shodně média.

Myslím si, že učivo o pohlavně přenosných onemocněních a tedy i o HIV/AIDS je velmi důležitou součástí výuky. Měla by být zařazena do předmětu Výchova ke zdraví, kde by se žáci měli seznamovat a prohlubovat vědomosti týkající se této problematiky, tak aby se docílilo snížení šíření infekce HIV.

7 SOUHRN

V této práci byla zjišťována vědomostní úroveň žáků 8. a 9. tříd o onemocnění AIDS.

Průzkum byl prováděn dotazníkovým šetřením v náhodně vybraných 24 základních školách v Olomouckém kraji. Dotazníky byly vyplňovány v rámci peer programu „Hrou proti AIDS“ vždy před zahájením celé akce. Tento peer program se konal pod záštitou Krajské hygienické stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci.

Dotazníky vyplnilo 907 respondentů, z toho bylo 439 chlapců a 468 dívek ve věkovém rozmezí 13 až 15 let.

Průzkum ukázal, že u žáků převažují mylné představy o nákaze virem HIV při transfúzi krve. Alarmující zjištění bylo, když většina respondentů se domnívala, že dítě se nemůže nakazit od matky kojením. Další mylné představy měli žáci ohledně testování krve po rizikovém chování. Pouhých 95 (10,8 %) vědělo, že by se měli nechat otestovat na přítomnost viru v krvi až po 2 – 3 měsících. Velmi pozitivní bylo zjištění, že si je většina vědoma toho, co patří mezi hlavní ochranu před přenosem HIV – kondom. Na základě výsledků jsme také zjistili, že škola není hlavním zdrojem informací o dané problematice.

Ve srovnání respondentů z Olomouckého kraje s žáky na Milevsku z Jihočeského kraje jsme zjistili, že se informovanost na toto téma nijak nelišila. Pouze žáci na Milevsku uváděli jako hlavní zdroj, ze kterého čerpají informace o HIV/AIDS, školu.

Velice důležitá je prevence a také informovanost žáků a proto je velice dobré, že žáci mohou tyto důležité informace získávat v rámci výuky na základní škole.

8 SUMMARY

Level of knowledge among 8. and 9. grade students about AIDS was detected in this diploma thesis.

Survey was conducted via questionnaire in 24 randomly selected primary schools in Olomouc region. Questionnaires were completed as a part of a peer program „Hrou proti AIDS“. The peer program was run by Krajská hygienická stanice Olomouckého kraje based in Olomouc.

Questionnaires were completed by 907 respondents aged 13 to 15 years. From that number 439 respondents were boys and 468 respondents were girls.

Survey showed, that misconceptions about HIV transmission via blood transfuze prevailed among students. The most of respondents thought, that babies can't be infected through breast-feeding, which is alarming finding. Other misconceptions existed about blood testing after risk behavior. Only 95 (10,8%) knew, that blood test for HIV should be performed after 2-3 months. However the most of respondents were aware of a fact, that condom is the best protection from HIV transmission. Results from the survey also suggest, that school is not a main source of information about discussed issue.

Comparison of respondents from Olomouc region and students from Milevsko showed, that knowledge about HIV/AIDS are similar. Only difference was, that students from Milevsko stated school as a main source of information about HIV/AIDS.

Prevention and awareness are important, therefore it is good, that students can obtain this vital information in primary school.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANGUS, S. *Sex, AIDS a vztahy*. Křesťanský život, Albrechtice: 1996. 50 s. ISBN 80-7112-031-6
2. CAMPBELL, NEIL, J. REECE, JANE, B. *Biologie*. Brno: Press, 2008, 1332 s. ISBN 80-251-1178-4
3. ČAČKA, O. *Přehled psychologie obecné, dospívání a pracovní výkonnosti*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1995. 83 s. ISBN 80-210-0904-7
4. ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5
5. GÖPFERTO VÁ, D., JANO VSKÁ, D., DOHNAL, K., MELICHERČÍKOVÁ, V. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena*. Praha: Triton, 2002, 148 s, ISBN 80-7254-223-0
6. HÁJEK, M., NOVÁK, K., SEDLÁČEK, D., PAZDIORA, P. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 2004. 79 s. ISBN 80-247-0857-4
7. HEBÁK, P., SVOBODA, L. *Statistika v SPSS*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 1994, 137 s. ISBN 80-7079-233-7
8. HOLUB, J. A KOL. *AIDS a my aneb co je třeba vědět o Aids*. Praha: Grada avicenum, 1993, 144 s. ISBN 80-7169-068-6
9. HORÁK, F. CHRÁSKA, M. *Metodologie pedagogiky*. Olomouc: Pedagogická fakulta univerzity Palackého, 1983. 147 s.
10. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu, Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada publishing, 2007. 272 s. ISBN 978-80-1369-4
11. JOYEUX, H. *City, sexualita, AIDS*, Praha: Portál, 2000, 73 s. ISBN 80-7178-489-3
12. KUBÁTOVÁ, A., JEDLIČKA, J. A KOL. *Hrou proti AIDS manuál*, Praha: Geoprint, 2009. 32 s.
13. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
14. LEBL, J., KRÁSNIČANOVÁ, H. *Růst dětí a jeho poruchy*. Praha: Galén, 1996. 157 s. ISBN 80-85824-30-2.

15. LIPKOVÁ, V. *Somatický a fyziologický vývoj dítěte: Učební text pro zdrav. odb. šk., odb. pestúnuk*, Martin: Osveta, 1980. 173 s
16. LISÁ, L., KŇOURKOVÁ, M. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. Praha: Avicenum, 1986. 274 s.
17. MAHAT, G., SCOLOVENO, M. A. HIV/AIDS knowledge, attitudes and beliefs among Nepalese adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, vol. 53, no. 5, 583–590 s.
18. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3
19. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. A KOL. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada publishing, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8
20. ODUSANYA, O. K., BANKOLE, O. M. A Survey of information Sources Used by Secondary School Students in Ogun State, Nigeria for Knowledge and Attitudes towards HIV/AIDS, *Afr. J. Lib. Arch. & Inf. Sc.*, 2006, vol. 16, no. 1, 53 – 63 s.
21. PELTZER, K., PROMTUSSANNON, S. HIV/AIDS education in south Africa: Teacher knowledge about HIV/AIDS: Teacher attitude about and control of HIV/AIDS education. *Social behavior and personality*, 2003, vol. 31, no. 4, 349 – 356 s.
22. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: VÚP, 2007, 126 s.
23. RIEGEROVÁ, J., ULBRICHOVÁ, M. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998. 185 s. ISBN 80-7067-847-X.
24. ROSYPAL, S. a kol. *Nový přehled biologie*. Praha: Scientia, 2003, 797 s. ISBN 978-80-86960-23-4
25. ŠEJDA, J. et al. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. Praha: Galén, 1993. 267 s. ISBN 80-85824-02-7
26. ŠIMČÍKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J., BINAROVÁ, I., HOLÁSKOVÁ, K., PETROVÁ, A., PLEVOVÁ, I., PUGNEROVÁ, M. *Přehled vývojové psychologie*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2

27. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2005, 476 s. ISBN 80-246-0956-8
28. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 1999 ISBN 80-7178-308-0
29. VINKLEROVÁ, L. *Informovanost žáků základních v Milevsku o problematice HIV/AIDS*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2011. 90 s.

Použité internetové zdroje

1. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_2_27/ai_n18611620/
2. http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
3. <http://northcorearea.blogspot.com/2010/11/svetovy-den-aids.html>
4. <http://souskodamb.cz/sou/gallery/2008-2009/pages/hrouprotiaids.aspx>
5. <http://souskodamb.cz/sou/gallery/2008-2009/pages/hrouprotiaids.aspx>
6. <http://souskodamb.cz/sou/gallery/2008-2009/pages/hrouprotiaids.aspx>
7. <http://souskodamb.cz/sou/gallery/2009-2010/pages/hrouprotiaids2009.aspx>
8. <http://www.22zsplzen.cz/wp-content/files/svp/svp-22zs-v3.pdf>
9. <http://www.aids-help.eu>
10. <http://www.aids-hiv.cz/html/hrou-proti-aids.html>
11. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/12>
12. http://www.eurojournals.com/ejss_17_3_13.pdf
13. <http://www.kr-olomoucky.cz/olomoucky-kraj-zajistil-skolam-projekt-hrou-proti-aids--aktuality-458.html>
14. <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1203>
15. <http://www.ratiskovice.com/images/www/vzdelavani/zs/svp.pdf>
16. http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocni_zpravy/2011/HIV_AIDS_12_2011.pdf
17. <http://www.zshorakhk.cz/>
18. <http://www.zs-lipenec.eu/>
19. <http://www.zsmseno.cz>

20. <http://www.zssvat.cz/>

21. www.aids-hiv.cz

22. www.aids-pomoc.cz

23. www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/aids/

24. www.zsdolboj.cz

10 PŘÍLOHY

Příloha 1. Dotazník

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: _____

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Foldynová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012
Název práce: Současná úroveň vědomostí žáků 8. a 9. tříd základních škol o onemocnění AIDS	
Název v angličtině:	The Current Level of Knowledge of Pupils in the 8th and 9th Elementary School Years about AIDS
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na vědomostní úroveň žáků 8. a 9. tříd o onemocnění AIDS. Cílem bylo zjistit informovanost žáků o HIV/AIDS a dále srovnat vybrané výsledky s žáky na Milevsku. V teoretické části je charakterizováno období dospívání, pohlavně přenosné choroby, HIV/AIDS, zakomponování HIV/AIDS do školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání a srovnávání vědomostí o HIV/AIDS s vybranými státy. V metodice práce je charakteristika souboru, organizace výzkumu, metodika sběru dat a zpracování a vyhodnocení výsledků.
Klíčová slova:	sexuálně přenosná choroby, HIV, AIDS, dospívání
Anotace v angličtině:	The diploma thesis is focused on knowledge level of 8. and 9. grade students about AIDS. The aim of the thesis was to determine how well are students informed about HIV/AIDS and to compare selected results with results obtained from students in Milevsko. In theoretical section of the thesis is characterized adolescence, sexually transmitted disease, HIV/AIDS and described integration of HIV/AIDS education into primary school educational program. Comparison of knowledge about HIV/AIDS among selected states is also included in the theoretical section. In methodology section of the thesis is described characteristic of a sample, organization of a research, methodology of data collection and

	processing and evaluation of results.
Klíčová slova v angličtině:	Sexually transmitted disease, HIV, AIDS, adolescence
Přílohy vázané v práci:	dotazník
Rozsah práce:	76 stran
Jazyk práce:	český jazyk