

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2013

Bc. Petra Holuřová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Petra Holušová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ v otázkách prevence a
přenosu viru HIV a nemoci AIDS**

Olomouc 2013

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně za použití literatury, která je uvedena v závěrečné části práce.

V Olomouci dne 17. 4. 2013

.....

Bc. Petra Holušová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat především doc. PaedDr. Miroslavu Kopeckému, Ph.D. za cenné rady, podněty, poskytnutí podkladů k práci a odborné vedení diplomové práce.

Obsah

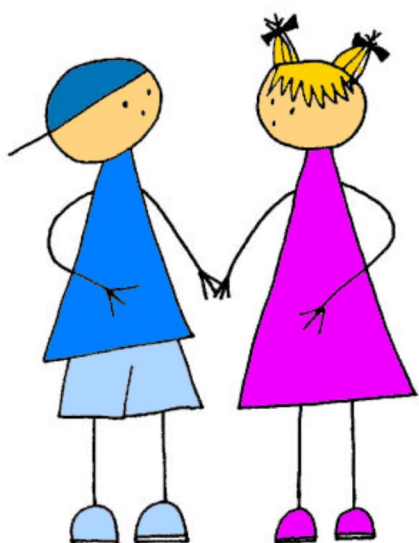
ÚVOD	7
1 CÍL PRÁCE	9
2 TEORETICKÉ POZNATKY	10
2.1 Charakteristika výzkumné skupiny – starší školní věk	10
2.1.1 Puberta.....	11
2.2 Charakteristika a definice HIV/AIDS	13
2.3 Původ a historie HIV/AIDS	14
2.4 Epidemiologie	15
2.4.1 Výskyt a statistika HIV/AIDS v ČR	15
2.4.2 Incidence HIV/AIDS ve světě	17
2.5 Přenos infekce HIV	19
2.5.1 Přenos pohlavní cestou (sexuální).....	19
2.5.2 Parenterální přenos.....	20
2.5.3 Vertikální přenos.....	21
2.6 Průběh a klinický obraz	22
2.7 Diagnostika a testování HIV infekce.....	23
2.8 Léčba HIV/AIDS	25
2.9 Prevence HIV/AIDS.....	25
2.9.1 Opatření k zamezení přenosu viru HIV.....	26
2.9.2 Ochrana před nákazou HIV/AIDS	28
2.10 AIDS a škola	30
2.10.1 Program „Hrou proti AIDS“	31
2.10.2 Program „Free Teens“	32
2.10.3 Peer programy.....	32
2.11 Výchova ke zdraví	34
2.11.1 Problematika zdraví v RVP a ŠVP.....	35

3	METODIKA PRÁCE.....	38
3.1	Charakteristika souboru.....	38
3.2	Metoda sběru dat.....	39
3.3	Organizace výzkumu.....	40
3.4	Zpracování dat.....	40
4	VÝSLEDKY A DISKUZE.....	41
4.1	Vyhodnocení otázek o povědomí žáků o HIV/AIDS.....	41
4.2	Možnosti přenosu HIV/AIDS.....	43
4.3	Otázky týkající se očkování, diagnostiky a léčby HIV/AIDS.....	49
4.4	Analýza otázek k vlastním postojům k HIV/AIDS.....	54
4.5	Prevence a ochrana před HIV/AIDS.....	56
4.6	Diskuze.....	64
	ZÁVĚR.....	68
	SOUHRN.....	70
	SUMMARY.....	71
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

Motto:

„Jediný způsob, jak ochránit naše děti před AIDS, je dokázat, aby uměly ochránit samy sebe.“

(Dr. Michael Merson)



ÚVOD

Infekce HIV a onemocnění AIDS jsou v současné době celosvětově nejzávažnějším infekčním onemocněním. Ve světě sice zaznamenáváme spíše klesající trend výskytu HIV/AIDS, ale v mnoha částech světa pokračuje expanze této epidemie či pandemie. Právem je můžeme považovat za celospolečenský problém. Samozřejmě ani Česká republika není výjimkou. HIV pozitivita nepostihuje pouze konkrétní lidi nakažené tímto virem, ale také jejich rodiny, přátele a společnost. Myslím si, že v současnosti je alespoň překonaná iluze o tom, že se tato infekce týká pouze homosexuálů, narkomanů a lidí na okraji společnosti. Je problémem, který se týká nás všech, a neměli bychom k němu být lhostejní. Zamyslet se nad tím, jak bezpečné je naše chování a také smýšlení vůči již HIV pozitivním lidem. Postoj k rizikovým skupinám a HIV pozitivním bývá často značně netolerantní, plný emocí, lidé si od těchto osob drží odstup, mají z těchto lidí strach a obavy z možné nákazy. Lidé mají pocit určitého ohrožení, což není nutné při dobré informovanosti, dodržování prevence a u některých třeba změny vlastního chování. Základ bych viděla ve výchově v rodinách, utvoření pevných vztahů mezi dětmi a rodiči, plné důvěry a tolerance. Myslím si, že by si mladí lidé měli utvářet postoje k HIV pozitivním lidem a v neposlední řadě ke svému zdraví co nejdříve. Mnozí dnes neznají zábavu bez alkoholu a intimní vztahy navozují brzy po seznámení. Přes všechna známá rizika se pouštějí do neznámého dobrodružství a čím dál více experimentují.

Na světě jsou lidé nakaženi virem HIV, kteří za své chování zaplatili tvrdou daň, ale jsou i takoví, kteří dbali na své zdraví, a osud jim připravil nelehkou cestu. Proto bychom zde neměli být za ty, co budou soudit, ale snažit se podat pomocnou ruku, najít v sobě kousek citu a vzájemné tolerance.

Tyto skutečnosti mě také vedly k volbě tématu diplomové práce s názvem Úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ v otázkách prevence a přenosu viru HIV a nemoci AIDS. Chtěla bych poukázat na aktuálnost řešené problematiky a zdůrazňuje význam prevence v životě teprve dospívající mládeže. Prevence je zatím jedinou možnou obranou, jak předcházet šíření infekce. Odpovědnost se tak výrazně přesouvá na každého člověka a na tuto skutečnost je třeba mládež pečlivě a včas připravovat. Je důležité si uvědomit, že toto onemocnění může postihnout kohokoliv z nás nebo naší rodiny, proto i můj vztah k této problematice je citově podložen. Vlastní diplomová práce sleduje dvě

základní linie, teoretickou a praktickou. Teoretická část práce má za cíl shromáždit relevantní poznatky o infekci HIV a nemoci AIDS, prevenci jejího vzniku, charakterizovat somatický a psychický vývoj výzkumného vzorku mládeže a informace o edukaci ve školách. Empirická část práce zjišťuje současnou úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ o infekci HIV a nemoci AIDS.

1 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl:

Cílem práce je zjistit současnou úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ o infekci HIV a nemoci AIDS, možnostech přenosu a způsobech prevence.

Dílčí úkoly práce:

1. Zjistit vědomosti žáků 2. stupně ZŠ o způsobu přenosu infekce HIV.
2. Zjistit informovanost žáků 2. stupně ZŠ o preventivních opatřeních proti nákaze HIV.
3. Zjistit rozdíly mezi žáky 8. a 9. tříd ZŠ v posuzovaných znalostech o infekci HIV a nemoci AIDS.
4. Zjistit rozdíly v posuzovaných znalostech o infekci HIV a nemoci AIDS v závislosti na pohlaví žáků ZŠ.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Charakteristika výzkumné skupiny – starší školní věk

Starší školní věk je období charakteristické významnými změnami nejen v tělesné konstituci, ale také ve vývoji psychiky dětí. V našich podmínkách se tyto změny začínají projevovat u chlapců v 11 letech a u děvčat ještě dříve, kolem 10. roku věku. Dochází k narušení nastolené harmonie a v rámci tělesného vývoje k významnému posunu proporcí. Růst těla spotřebovává velké množství energie, tělesná výkonnost značně kolísá a děti jsou více a snadněji unavitelné. V rámci vývoje tělesných znaků u děvčat lze pozorovat růst pubického ochlupení, zvětšuje se genitál, zaoblují se boky, rostou prsa a dochází k nástupu menarché. Vzniká možnost gravidity, což ale neznamena vyzrálou anatomickou a už vůbec ne sociální. U chlapců se začíná mezi 13.–15. rokem objevovat ochlupení, knírek, vousy, stabilizuje se mužský hlas, pigmentuje skrotum a pozorujeme vzrůst varlat, druhý vzrůst penisu a zhruba mezi 12 až 14. rokem dochází k první ejakulaci.

Utváří si více či méně přesnou představu o pohlavním styku, setkáváme se spíše s platonickým zamilováním, v sexuálních tématech přetrvává družnost ve sdělování a dříve zkreslené informace pubescenti v tomto období přehodnocují. Pro obě pohlaví je charakteristické, že se v tomto období objevují první polibky, doteky, hlazení a pro většinu pubescentů jsou tyto projevy důležitější než touha po pohlavním styku. Pubescenti si začínají utvářet ucelené představy o tom, jaké vlastnosti by měl mít jejich budoucí partner a také o sobě samotném.

V psychickém vývoji dochází k posunu, zvláště v oblasti myšlení. Schopnost abstraktního myšlení se projevuje změnou rozsahu a kvality užívaných pojmů, zpřesňováním rozumového poznání, vyjadřováním vlastních myšlenek a kritických postojů. Rozvíjejí se vyšší city etické, estetické, intelektuální a společenské. Citový život pubescentů je obohacen o nové citové zážitky a změny ve vztahu k dospělým lidem. Bývá kritický vůči slovům a činům dospělých, s mnohými skutečnostmi se těžko vyrovnává a to se může následně odrazit v intenzitě prožívání pubescenta, jeho chování, vznětlivosti, nedůtklivosti, kolísání nálad apod. Je typické, že pubescent si neuvědomuje příčinu svého smutku, podráždění, hněvu nebo radosti, jelikož se jedná o stavy podmíněné hormonální činností (Váňová, 1991).

Dospívání neboli **adolescence** je přechodnou fází lidského života, kdy jedinec přestává být dítětem, ale ještě zdaleka není dospělý. Dospívání je jedním z rizikových období života člověka. V biologickém smyslu dochází k pohlavnímu zrání a současně probíhá také celá řada významných změn v psychosociální sféře. Tyto změny označujeme jako „pubertální“ a období mezi dětstvím a dospělostí rozdělujeme na prepubertu, pubertu a adolescenci (Machová, 2009; Plevová, 2006).

2.1.1 Puberta

„Puberta je hormonálně podmíněný proces tělesného růstu a zrání. Začíná růstovým spurtem, u hochů obvykle ve 12 letech, u dívek asi o dva roky dříve“ (Machová, 2009, s. 171).

Období puberty je charakteristické vyrovnáváním rozdílů mezi rychlým tělesným a pomalejším psychickým vývojem, který začíná u chlapců ve 13 letech a u dívek ve 12,5 letech. Objevují se druhotné pohlavní znaky a vývojová nevyrovnanost mezi chlapci a dívkami (Plevová, 2006).

Podle Machové (2005) **patří k druhotným (sekundárním) pohlavním znakům:**

- pubické ochlupení – kolem zevních pohlavních orgánů
- axilární ochlupení – v podpaží
- pokročilé tělesné ochlupení
- vousy a knírek u chlapců
- mutace hlasu u chlapců
- vývoj mléčných žláz, prsního dvorce a bradavky u dívek

Jak uvádí Machová (2009) je možno rozlišovat **dvě pubertální fáze:**

1) První – rychlá fáze puberty

Období rychlého růstu, kdy současně probíhá pohlavní zrání a vývoj sekundárních pohlavních znaků. Zhruba po dvou letech od začátku této fáze je dosaženo základní pohlavní zralosti, která se u dívek projevuje první menstruací a u chlapců polucí. Rychlá fáze puberty je obdobím největší zranitelnosti dospívajícího.

2) Druhá – pomalá fáze puberty

Růst se zpomaluje a dále dozrávají pohlavní orgány. U chlapců dochází k mutaci hlasu, mohutní svalstvo, objevuje se růst vousů. U dívek dochází k vývoji mléčných žláz.

Dospívající mládež se začíná odlišovat od dětí. Ve vývoji myšlení se zdokonaluje schopnost abstrakce a dostává se tak na úroveň dospělých. Pro pubescenta je typický racionalismus a radikalismus. Uznává svět s jasně danými pravidly a lpí na rozumovém výkladu věcí. Objevuje se tendence k unáhleným názorům a závěrům, nepřijímá kompromisy. V sociálním vývoji je patrná touha po nezávislosti, dospívající navazují pevnější kamarádství, přátelství a mizí vzájemná izolovanost mezi chlapci a dívkami. Začíná se ohlašovat zájem o druhé pohlaví, dochází k prvnímu zamilování erotického charakteru. Sexuální zájem pubescenta je postaven na zvědavosti a přání ujistit se o své přitažlivosti (Plevová, 2006).

Rizikové chování v dospívání

Značná část dospívajících přes veškerou osvětu stále dává přednost rizikovému životnímu stylu, jelikož jim pomáhá řešit aktuální problémy. Dospívajícímu pak přináší uspokojení některé z jeho vývojových potřeb. Jen zřídka se vyskytuje rizikové chování pouze jednoho druhu, ale jak popisuje Machová (2009) patří zde **tři oblasti rizikového chování:**

- zneužívání návykových látek
- rizikové chování v psychosociální oblasti
- rizikové chování v sexuální oblasti

Během dospívání se postupně utvářejí biologické i psychologické předpoklady k zahájení sexuálního života, ale je třeba podotknout, že brzký začátek pohlavního života je téměř vždy spojen se zvýšeným střídáním partnerů a následně vysokým výskytem pohlavních chorob (Machová, 2009).

2.2 Charakteristika a definice HIV/AIDS

Pandemie AIDS ve velmi krátké době pronikla téměř do všech koutů naší planety a pro Světovou zdravotnickou organizaci (WHO) se stala problémem číslo jedna. Jedná se o první epidemické onemocnění člověka, vyvolané retrovirem. V současnosti známe dva typy virů lidské imunodeficiencie HIV-1 a HIV-2 způsobující nemoc AIDS. Této zákeřné chorobě můžeme čelit především otevřenou zdravotní výchovou obyvatelstva (Dvořák, 1992).

Výskyt a šíření onemocnění se stávají hlavním bodem, na něž se upírá celosvětová pozornost. Výskyt a šíření HIV/AIDS souvisí totiž výlučně s chováním lidí zdravých i nemocných. Zdravotnická osvěta je proto v současnosti prostředkem, jak lze tuto infekci a onemocnění ovlivňovat (Nett, 1992).

*„HIV (angl. **Human Immunodeficiency Virus**) znamená virus lidského imunodeficitu. HIV je virus, který se může určitým způsobem přenášet z jedné osoby na druhou a může způsobit, že imunitní systém infikované osoby bude poškozen nebo se naprosto zhroutí. HIV je virus, který způsobuje AIDS“* (Johnson, 1993, s. 31).

*„Syndrom získané imunodeficiencie (**AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome**) je stav, který vzniká v důsledku destrukce imunitního systému při infekci virem lidské imunodeficiencie (**Human Immunodeficiency Virus, HIV**). AIDS je definován na základě přítomnosti některého z indikativních onemocnění, mezi něž patří velké oportunní infekce, určité nádory, kachexie a encefalopatie“* (Rozsypal, 1998, s. 10).

„Virus způsobující AIDS napadá a ničí imunitní systém, který je zodpovědný za boj s infekcemi. Bez imunitního systému se lidské tělo nevzpamatuje ani z nejlehčího onemocnění a stává se otevřeným terčem pro stovky potenciálně smrtelných mikroorganismů. AIDS je důsledkem neschopnosti těla bránit se fatálním infekcím“ (Connor, 1991, s. 25).

Onemocnění AIDS tedy způsobuje virus HIV, který se jako všechny viry nemůže rozmnožovat sám, ale potřebuje k tomu reprodukční systém živé buňky. Při vstupu do organismu napadá bílé krvinky, z nichž zásadní význam pro fungování imunitního

systemu mají T-lymfocyty. Rozlišujeme pomocné T-lymfocyty (T4), cytotoxické lymfocyty (zabíječe) a tlumivé T-lymfocyty (T8). Poměr mezi T4 a T8 lymfocyty je jakýmsi měřítkem stavu fungování imunitního systému. U zdravého člověka je tento poměr 1:1. T-lymfocyty mají schopnost rozeznat cizorodou látku a utvářet protilátky. Jejich existence poukazuje na to, že organismus bojoval nebo ještě bojuje proti odpovídajícímu patogennímu činiteli. Cytotoxické lymfocyty jsou schopny ničit buňky, ve kterých je patogenní činitel přímo. Tlumivé T-lymfocyty naopak brání přílišné imunitní reakci. Virus HIV přenáší prostřednictvím RNA svou genetickou informaci do genetické informace pomocných T-lymfocytů, které ji při množení dále kopírují do buněk a odumírají. Čím větší je počet napadených lymfocytů, tím více klesá odolnost organismu i proti banálním infekcím (Váňová, 1991).

Infekce HIV a onemocnění AIDS nejsou totéž:

- HIV je virus, který vytváří podmínky pro onemocnění AIDS
- nemůžete se nakazit AIDS, ale můžete se infikovat virem HIV, který AIDS způsobuje
- mezi okamžikem nákazy a prvními příznaky nemoci může uplynout několik měsíců i let
- to, že se infikujete virem HIV, ještě neznamená, že se u vás plně rozvine AIDS
- ovšem kolem 30 % nakažených osob pozoruje první projevy po 6 měsících a značné procento onemocní rozvinutou formou AIDS, která bývá většinou smrtelná (Váňová, 1991; Johnson, 1993)

2.3 Původ a historie HIV/AIDS

Původ infekce není doposud zcela jasný. Vědci předpokládají vznik v rovníkové Africe a příbuznost viru opičí imunodeficiencie (SIV) s virem lidské imunodeficiencie (HIV). Nabízí se možnost poranění člověka při lovu nakažených opic, určitá přeměna opičího viru a jeho přenesení na člověka. Jak dokládají retrospektivní vyšetření skladovaných vzorků krve, virus HIV se v Africe začal mezi lidmi šířit již začátkem 50. let. Další šíření infekce umožnily domorodé rituály, prostituce, stěhování a pohyby obyvatel. Z Afriky se HIV infekce rozšířila do Karibské oblasti a do USA, odtud dále do Evropy

a ostatních zemí světa. Šíření HIV ještě umocnila sexuální promiskuita obyvatel, prostituce, homosexualita a masová turistika (Rozsypal, 1998).

V roce 1981 byly v USA rozpoznány onemocnění, jejichž podstatou bylo selhání přirozené imunity lidského organismu vůči jiným nákazám a nádorům. Začaly se objevovat případy hromadného výskytu zánětů plic, vyvolané parazitem *Pneumocystis carinii*. Dále výskyt nádorovitěho kožního onemocnění – Kaposiho sarkom. Tato onemocnění byla pozorována především u mladých homosexuálních mužů a u narkomanů.

V souvislosti s tímto zjištěním byla vytvořena první definice AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom) – Syndrom získaného selhání imunity. Onemocnění se totiž začalo šířit i do jiných skupin obyvatelstva, než jsou homosexuálové a toxikomani. Jde o získaný, nikoliv vrozený stav projevující se nedostatečností imunitního systému a jedná se o syndrom, tedy soubor různých příznaků nemoci.

V roce 1984 byl objeven původce AIDS ze skupiny retrovirů a pojmenován francouzskými objeviteli LAW a americkými HTLV III. Později se začalo užívat jednotné označení HIV – Human Immunodeficiency Virus. Odhalení viru vedlo ke vzniku diagnostických testů, které díky laboratornímu průkazu protilátek proti virovým antigenům umožňují zjistit, zda je člověk nakažen ještě dřív, než choroba propukne (Nett, 1992; Connor, 1991).

2.4 Epidemiologie

2.4.1 Výskyt a statistika HIV/AIDS v ČR

V České republice bylo od zahájení sledování výskytu infekce HIV a nemoci AIDS v roce 1985 do konce loňského roku (31. 12. 2012) zjištěno 1887 případů HIV pozitivitu. HIV/AIDS byly diagnostikovány u 1512 občanů ČR a u 375 rezidentů, tedy cizinců s dlouhodobým pobytem u nás. Mnohem četnější je výskyt u mužů, ten dosahuje 82,4 % (celkem 1554 případů). U žen je to méně – 17,6 % (333 případů). Celkem u 366 (298 mužů a 68 žen) osob již došlo k rozvinutí nemoci AIDS. Ze všech zjištěných případů už 266 pacientů zemřelo. 51,1 % jich bylo ve stadiu klinické nemoci AIDS a 79 jednotlivých případů zemřelo na jiná onemocnění.

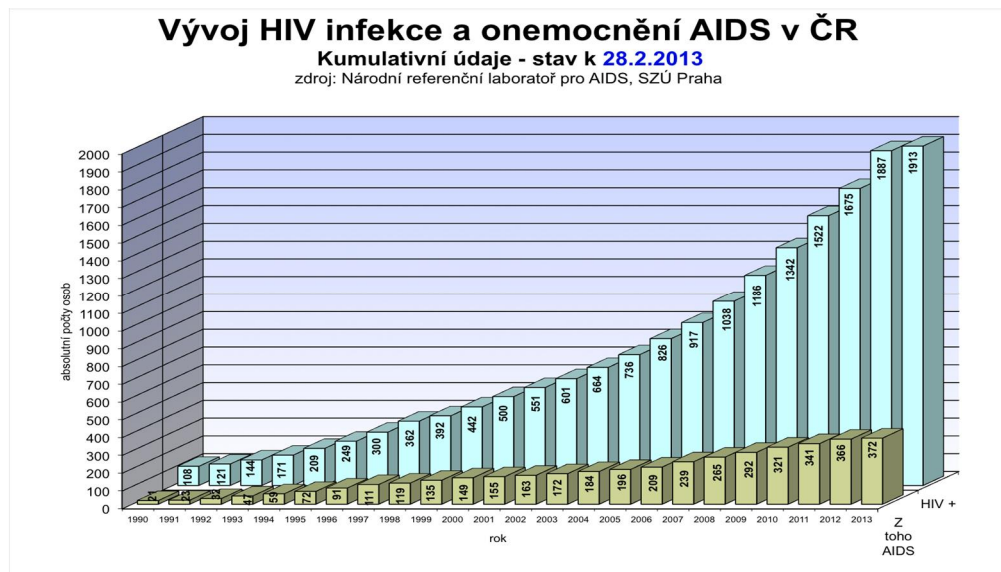
Výskyt HIV/AIDS v ČR prudce vzrůstá a data, která jsou za rok 2012 k dispozici (Graf 1), jen dokládají, že Českou republiku již nelze řadit do kategorie zemí s nejnižším výskytem HIV v Evropě. V loňském roce bylo zachyceno 212 nových

případů HIV infekce, což je dosud nejvyšší celoroční výskyt v ČR. Oproti roku 2011 došlo k nárůstu o 59 případů. Mezi nově infikovanými převažuje opět mužská populace (185 mužů) a dochází rovněž k nárůstu podílu nakažených žen (27 žen). Průměrný věk infikovaných osob je 34, respektive 33 let. Při diagnostikování HIV infekce se 156 osob (73,6 %) nacházelo v asymptomatickém stadiu. 27 (12,7 %) infikovaných v akutním stadiu, 14 (6,6 %) nemocných ve stadiu symptomatickém non-AIDS a konečně 15 (7,1 %) s rozvinutým onemocněním AIDS.

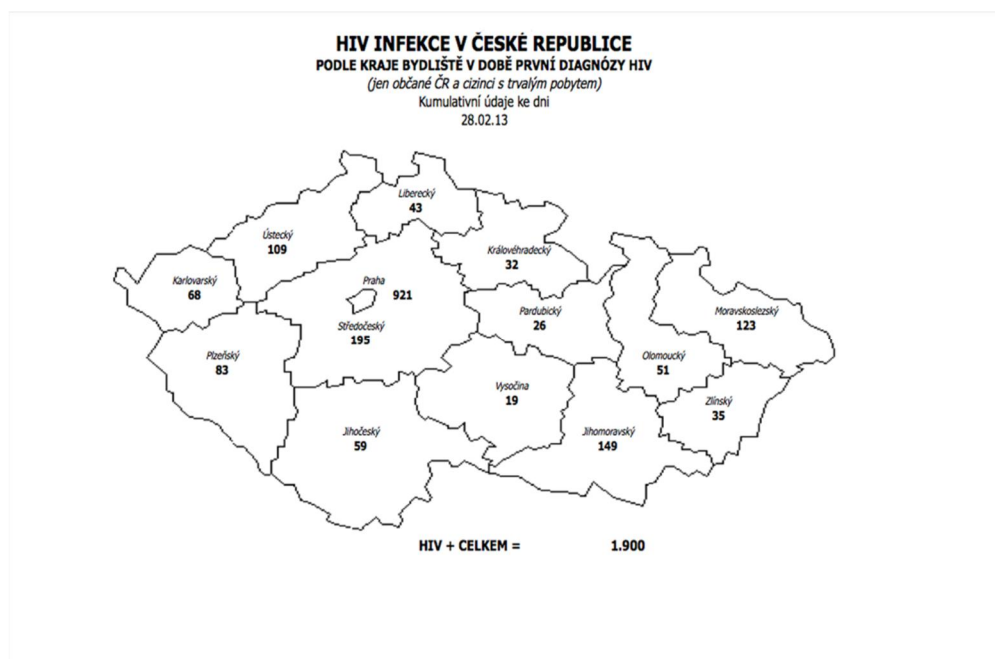
Nejvíce infikovaných hlásí bydliště v Praze (50,9 %), dále je zastoupen kraj Středočeský (12,3 %), Plzeňský (7,1 %), Moravskoslezský (6,1 %), Ústecký (5,7 %) a Jihomoravský (4,7 %). Převládající výskyt v Praze odpovídá dlouhodobému vývoji. V případě cizinců, žijících dlouhodobě v ČR se nejvíce případů HIV pozitivních vyskytlo u osob ze Slovenska (18), dále Ukrajiny (10), Ruska (5), Vietnamu (5), Moldavska (4), Lotyšska (3), Polska (3) a Srbska (3). Podíl rezidentů dlouhodobě mírně vzrůstá (Obrázek 1).

Hlavní cestou nákazy u nás zůstává přenos sexuální cestou, v roce 2012 dosahuje až 90,6 % případů. Přičemž 72,2 % jich bylo zjištěno u homosexuálních mužů. Dlouhodobě dominantním rysem výskytu HIV infekce a nemoci AIDS v České republice je vysoký podíl přenosu homosexuálním, respektive bisexuálním stykem a z tohoto hlediska byla Česká republika v roce 2011 zařazena na první místo v Evropě v tomto způsobu přenosu nákazy. Heterosexuální přenos infekce loni postihl 20 mužů a 19 žen. Na rozdíl od sexuálního přenosu je u nás přenos prostřednictvím injekčního užívání drog dlouhodobě nízký. V roce 2012 se tímto způsobem nakazili 3 ženy a 2 muži. Vývojovým trendem je velký nárůst počtu screeningových vyšetření dárců plazmy a krve, kde bylo loni zachyceno 6 nových případů HIV infekce. Těhotné ženy v ČR pravidelně procházejí screeningem gravidních žen, při nichž byly odhaleny 3 HIV pozitivní matky. Celkem se v roce 2012 narodilo 9 dětí HIV pozitivním matkám. Další sexuálně přenosnou nemoc uvedlo v anamnéze 22,2 % infikovaných. Jedná se především o syfilis, kapavku a lymfogranuloma venereum.

Nejvíce osob (47,42 %) bylo primárně vyšetřeno na vlastní žádost. 27,4 % pro jinou klinickou diagnózu, 10,4 % pro dermatovenerologickou diagnózu, 6,1 % jako sexuální nebo rodinný kontakt, jako dárce krve 2,8 %, z důvodu gravidity 3,3 % a 2,8 % z důvodu prevence. Stále vzrůstající počet osob, žijících s HIV/AIDS s sebou nese i zvýšené náklady na antiretrovirovou léčbu, což je v současné době asi 1100 HIV pozitivních osob a nemocných AIDS (SZÚ).



Graf 1. Výskyt infekce HIV a nemoci AIDS za období od roku 1990 – 2013 v ČR (zdroj: SZÚ)

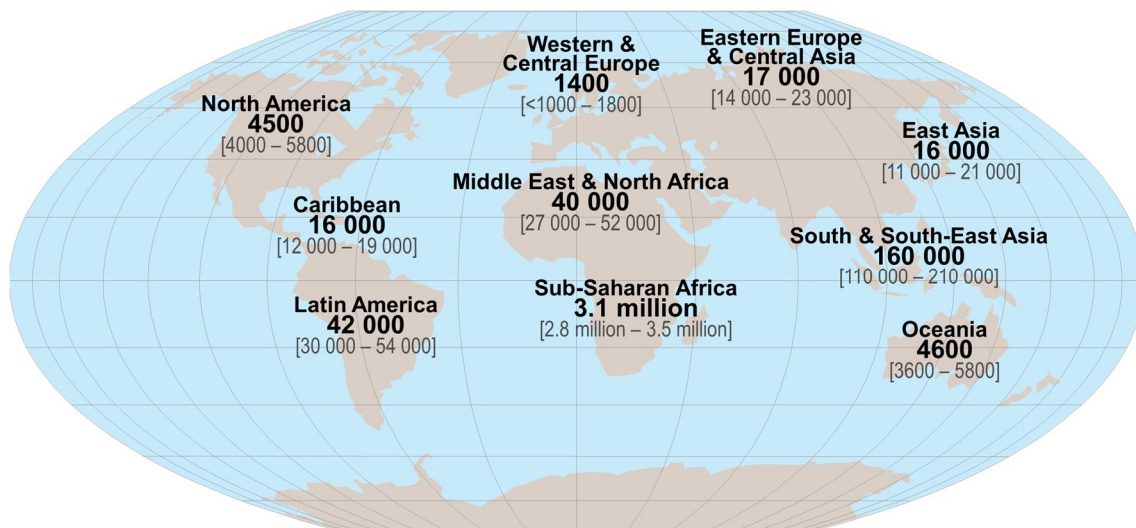


Obrázek 1. Zastoupení krajů ČR v četnosti výskytu infekce HIV (zdroj: SZÚ)

2.4.2 Incidence HIV/AIDS ve světě

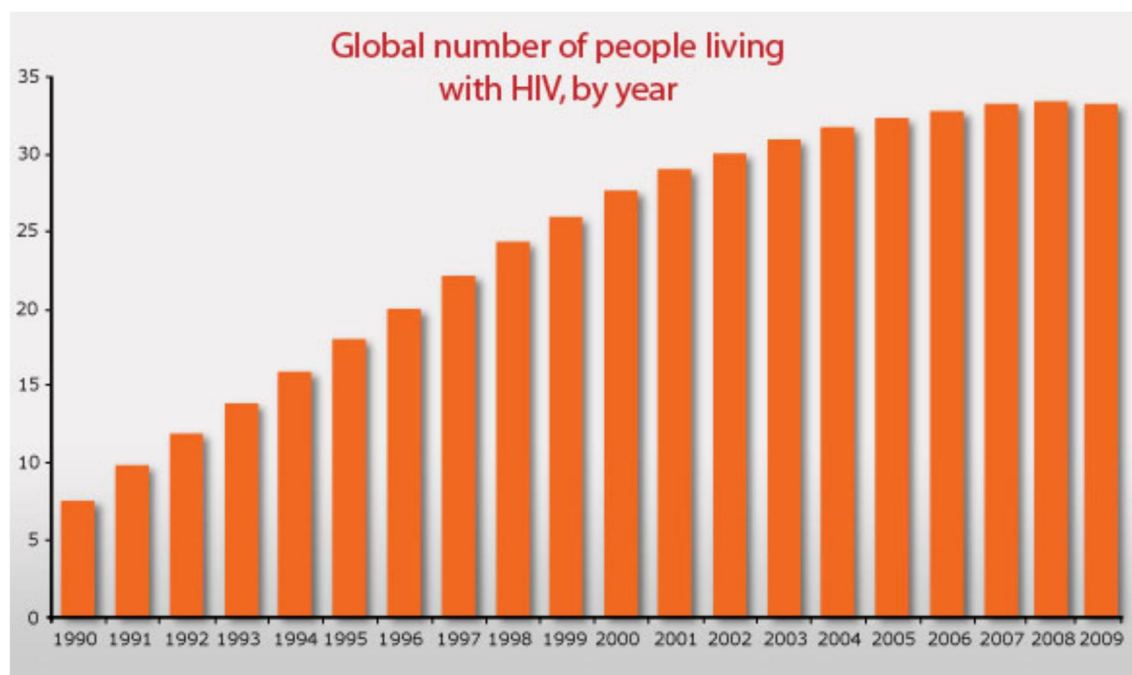
Jedná se o nákazu a onemocnění, jehož výskyt je v řadě populací skutečnou epidemií až pandemií, přestože počet nově nakažených lidí na celém světě i nadále klesá. Rovněž klesají počty dětí umírající na AIDS. V současné době žije ve světě asi 34 miliónů

(31,4 – 35,9 miliónů) lidí infikovaných virem HIV. Nejvážněji postižena zůstává subsaharská Afrika s téměř jedním z každých dvaceti dospělých. Přestože regionální výskyt HIV infekce je v subsaharské Africe téměř 25x vyšší než v Asii, téměř 5 miliónů lidí žije s HIV v jižní, jihovýchodní a východní Asii. Po Subsaharské Africe, jsou nejméně zasaženými regiony Karibik, východní Evropa a Asie (Sidibé, 2012).



Obrázek 2. Výskyt dětí do 15 let žijících ve světě s virem HIV

(zdroj: www.aids-hiv.cz)



Graf 2. Výskyt viru HIV ve světě v letech 1990 – 2009 (zdroj: www.avert.org)

2.5 Přenos infekce HIV

Infekce HIV patří mezi sexuálně přenosné nemoci. Znamená to, že jakýkoliv nechráněný sexuální styk s nakaženou osobou představuje riziko. Proto bychom měli věnovat dostatečnou pozornost při výběru svého partnera nebo partnerky. Největším rizikem je střídání sexuálních partnerů, styky s osobami málo známými, náhodnými nebo zcela neznámými. Nebezpečí nákazy se zvyšuje při používání sexuálních praktik, které mohou způsobit poranění kůže nebo sliznice. Za více rizikové považujeme také partnery, kteří již trpí jinou pohlavní chorobou (Salačová, 1992).

„Virus HIV je sexuálně přenosný a přenáší se, kdykoli je mu dána příležitost, na homosexuála, bisexuála nebo heterosexuála“ (Váňová, 1991, s. 6).

V současnosti tedy můžeme říci, že zdrojem nákazy je pouze člověk, ať už infikovaný virem HIV nebo nemocný AIDS. Virus byl dosud prokázán ve větší míře v krvi, spermatu a poševním sekretu. V nízké koncentraci také ve slinách, slzách, moči a mateřském mléce. Nákaza se tedy nejčastěji přenáší krví, spermatem, poševním sekretem a v mateřském mléce nakažených osob (Nett, 1992).

2.5.1 Přenos pohlavní cestou (sexuální)

Během nechráněného vaginálního, análního nebo orálního styku se může virus HIV dostat z krve, spermatu nebo poševního sekretu nakažené osoby do sliznic druhého člověka. Pod sliznicí jsou krevní cévy a možné trhlinky umožňují viru cestu do krevního oběhu druhé osoby (Johnson, 1993).

Pohlavní styk je nejčastějším způsobem přenosu, a to u styků homosexuálních i heterosexuálních. Nejvíce rizikovým druhem sexuální aktivity je anální sex bez ochrany. Při styku velmi snadno dochází k poškození sliznice konečníku, která je pro infekci virem vnímavější než sliznice pochvy a téměř vždy se zde objeví malé trhlinky (Nett, 1992).

„Každý způsob nechráněného pohlavního styku s infikovaným jedincem je rizikový. Je třeba poznamenat, že přenos HIV nemusí být při každém nechráněném pohlavním styku, ovšem spoléhat se při tak nebezpečném a smrtelném onemocnění na náhodu nebo si myslet, že mě se to nemůže stát, je obrovské riziko. Bohužel k přenosu může dojít i při

jediném pohlavním styku s infikovaným partnerem! Nejrizikovějším zůstává nechráněný anální styk jak u homosexuálů, tak i u heterosexuálů“ (Holub, 1993, s. 14).

V současnosti stále přibývá nálezů heterosexuálním přenosem, tedy z muže na ženu a z ženy na muže. Pokud mají partneři bohaté dřívější sexuální zkušenosti a berou svůj vztah vážně, měli by zvážit vyšetření na HIV ještě před zahájením společného sexuálního života. Jedinou stoprocentní ochranou před infekcí HIV a nemocí AIDS je pouze věrnost jednomu partnerovi. Podmínkou je, aby byla celoživotní (Salačová, 1992).

V sexuální oblasti nepředstavují reálné riziko nákazy líbání, hlazení, mazlení, objímání apod.

2.5.2 Parenterální přenos

K přenosu infekce touto cestou může dojít při společném užívání kontaminovaných jehel a injekčních stříkaček. Je druhým nejčastějším způsobem přenosu, zvláště u injekčních uživatelů drog a toxikomanů. Vysoká prevalence infekce HIV u těchto osob, je závislá rovněž na jejich sexuální promiskuitě, prostituci a chování jedince pod působením omamných látek. v menší míře existuje také riziko, kdy se může člověk nakazit při používání nesterilních injekčních jehel v tetovacích salónech (Rozsypal, 1998).

Přenos viru pomocí transfúze krve a krevních derivátů by měl být v dnešní době prakticky vyloučen. V České republice jsou od 1. června 1987 všichni dárci krve podrobováni testu na přítomnost viru HIV v krvi při každém dárcovství. Od této doby se riziko nakažení HIV velmi snížilo. Přesto je možné, ale málo pravděpodobné, že se někdo infikuje z kontaminované krve při transfuzi nebo při transplantaci orgánů. Nepatrné riziko je dáno tzv. „imunologickým okénkem“, kdy osoba darující krev dostala virus nedávno a její testy na HIV pozitivitu ještě nebyly průkazné. Virus HIV se rovněž nepřenáší při odběrech krve, protože se používají sterilní jednorázové jehly a injekční stříkačky, které jsou po použití ihned likvidovány a při dodržování zásad asepse jsou jakékoliv nozokomiální infekce prakticky nemožné. Nákazu nepřenášejí komáři, klíšťata ani jiný bodavý hmyz.

2.5.3 Vertikální přenos

Další formou je možný přenos v průběhu gravidity a zejména během porodu z infikované matky na plod či novorozence. Prostřednictvím placenty a pupečníku se od matky dostávají živiny k plodu. Riziko přenosu infekce HIV z těhotné ženy na plod lze snížit správným vedením porodu a podáváním antiretrovirové terapie matce a následně dítěti. Riziko je závislé taky na stadiu HIV infekce matky a je vyšší v souvislosti s vícečetnou graviditou nebo v případě dalších pohlavních chorob. Mluvíme o tzv. transplacentárním přenosu viru. Výjimečně je také možný přenos kojením, protože virus HIV je přítomen rovněž v mateřském mléce (Johnson, 1993; Rozsypal, 1998).

Salačová (1992) uvádí, jaké je **riziko přenosu viru HIV**:

Vysoké riziko

- nechráněný anální styk
- nechráněný pohlavní styk
- nechráněný orální styk
- sexuální styk při jiné pohlavní nákaze
- sexuální praktiky poraňující sliznici a kůži
- půjčování nesterilních stříkaček a jehel při užívání drog
- tetování nesterilními jehlami
- potřísnění poraněné kůže či sliznice krví, spermatem nebo poševním sekretem

Nízké riziko

- pohlavní nebo anální styk krytý kondomem
- potřísnění neporušené pokožky či sliznice krví, spermatem nebo poševním sekretem
- společné používání holicích strojků a zubních kartáčků
- kousnutí cizím člověkem
- erotické líbání

Žádné riziko

- běžný tělesný dotyk
- objímání a mazlení
- normální polibky

- kašlání, kýchání
- přenos jídlem nebo vodou
- společné používání bytu, nádobí, WC
- návštěva bazénů a saun
- píchnutí komárem či hmyzem
- kousnutí živočichem
- společné nošení oděvů
- vpich sterilní injekční stříkačkou a jehlou
- dotyk zaschlých skvrn od krve či jiných tělesných tekutin
- sdílení společných prostor mezi žáky ve školách, na pracovištích a v jiných sociálních zařízeních (Palisa, 1990; Salačová, 1992)

2.6 Průběh a klinický obraz

Klinický obraz infekce HIV, vyvolané virem lidské imunodeficiencie můžeme rozdělit do několika stadií onemocnění. Po nákaze člověka virem HIV dochází k oslabení imunitního systému a mnohé infekce se mohou stát pro organismus smrtelnými. Virus HIV je schopen v organismu přežít po určité období, aniž by vyvolával příznaky onemocnění. Jedná se o **stadium asymptomatické (bezpříznakové)** neboli také skryté, latentní (němé). Virus HIV přežívá v cílových buňkách ve formě proviru a nedá se v krvi, popř. jiných tělních tekutinách prokázat. Inkubační doba, než dojde k projevu prvních příznaků infekce, trvá obvykle 2–6 týdnů, někdy i několik měsíců. Po infikování virem si tělo utváří HIV protilátky, které se pak objeví v testu. Ten je průkazný obvykle za 3 měsíce (přibližně za 15–90 dní po nákaze), mohou se však objevit i za delší dobu.

Další je **stadium akutní infekce** neboli **primární HIV infekce**, které často probíhá jako chřipkové onemocnění. Objevují se klinické příznaky jako horečka, bolesti kloubů a svalů, prchavé vyrážky, zduření mízních uzlin, bolest v krku, průjem, celková únava apod. Tyto akutní projevy infekce se ale nemusí projevit vždy a u všech lidí. Infikovaný člověk se ovšem stává zdrojem infekce pro další lidi a zůstává infekčním až do konce života.

Poté onemocnění přechází do **klinicky latentního období** bez příznaků, tzv. **asymptomatické nosičství**, které obvykle trvá 3–10 let. V těle infikovaného člověka kolují protilátky, které nám laboratorními metodami umožňují spolehlivě prokázat

přítomnost viru v těle, proto je velmi důležité v tomto období infekci diagnostikovat. Léčebně lze zpomalit šíření viru v organismu člověka a napadání dalších buněk imunitního systému. Nebezpečí spočívá v nevědomém šíření nákazy, jelikož většina takto postižených lidí o své infekci neví a mnohdy se cítí být zcela zdraví. Rozpoutává se tak řetězová reakce, kterou rychle narůstá počet infikovaných osob.

Další fází infekce, do které se postižení jedinci mohou dostat je **stadium generalizovaného zduření uzlin a přímé působení HIV na organismus** člověka. Klinickými příznaky je zduření uzlin, nejčastěji na krku, v podpaží, za ušními boltci. Charakteristické jsou teploty, trvající déle než 1 měsíc, průjem a ztráta tělesné hmotnosti o více než 10 % během 3 měsíců. Fyzickou aktivitu nemocného výrazně snižuje únava, mohou se objevit příznaky podrážděnosti, poruchy paměti, změny osobnosti a neurologické projevy.

Konečným stadiem je **stadium rozvinutého onemocnění AIDS**, k němuž bezpodmínečně nemusí dojít u všech nakažených virem HIV. Na základě mnoha studií je však předpoklad, že u nejméně 60 % infikovaných lidí dojde k progresi a rozvinutí onemocnění AIDS do 7 let od expozice viru. Člověk s plně rozvinutým AIDS se nakonec stává bezbranným proti nádorovým onemocněním a tzv. oportunním infekcím, které osoby se zdravým imunitním systémem zvládají bez větších obtíží. Pacient tak na základě zhroucení imunitního systému onemocní nejrůznějšími bakteriálními, virovými, parazitárními či plísňovými chorobami, které se stávají pro HIV infikovaného člověka smrtelnými. Mezi nejčastější nádorová onemocnění patří Kaposiho sarkom a k nejběžnějším z oportunních infekcí řadíme zápal plic, způsobený prvokem *Pneumocystis carinii* (Holub, 1993; Dvořák, 1992).

Klinický obraz infekce HIV a následného onemocnění AIDS je velmi pestrý. Vývoj nemoci a osud nemocného tedy záleží na typu infekcí a nádorů, kterými infikovaný člověk trpí (Váňová, 1991).

2.7 Diagnostika a testování HIV infekce

Stanovení HIV infekce nebo diagnózy AIDS může být obtížné a vyslovit ji lze jen na základě správně provedených laboratorních vyšetření, která má moderní virologie k dispozici. Přítomnost infekce HIV lze zjistit přímo průkazem v krvi, popřípadě jiných tkáních infikované osoby nebo nepřímo, prokázáním anti-HIV protilátek v krvi. Ty si napadený lidský organismus vytváří asi za 3–12 týdnů po vniknutí viru HIV do těla

a v krvi nakaženého člověka kolují až do jeho smrti. Detekce protilátek anti-HIV je základem diagnostiky a slouží k záchytu nových HIV pozitivních osob. Nejčastěji používanou vyhledávací metodou je test ELISA. Jedná se o rychlou a vysoce citlivou metodu, která je vhodná pro vyšetřování velkého množství sér (Dvořák, 1992).

Testem tedy rozumíme vyšetření krevního séra na přítomnost protilátek proti viru HIV, který vyvolává nemoc AIDS. Ne zcela správně bývá tento test označován také jako „test na HIV“ nebo „test na AIDS“, přesněji jde o „test na HIV protilátky“.

Pokud je **výsledek testu negativní**, znamená to, že vyšetřovaná osoba není infikována virem HIV, nemá protilátky proti viru HIV a pokud trpí příznaky klinického onemocnění, jsou pravděpodobně jiného původu. Ve vzácných případech může být jedinec s negativním výsledkem testu infikován virem HIV, pokud je test proveden v období mezi nákazou a vytvořením protilátek. Jedná se o tzv. *imunologické okénko*, jde o období v průměru 1–3 měsíce, kdy test infekci ještě nedokáže odhalit.

Pozitivní výsledek testu znamená, že v krevním séru byly prokázány protilátky proti viru HIV a vyšetřovaná osoba je infikována tímto virem. Neznamená to ovšem, že má člověk AIDS nebo že dojde k jeho rozvoji. Pozitivní výsledky dále vyžadují opakované vyšetření potvrzujícími (konfirmačními) reakcemi. V současné době se používají vysoce specifické testy Western blot a imunofluorescenční test. Tyto testy již provádí Národní referenční laboratoř pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze.

Odběr krve na testování je možný u kteréhokoliv lékaře, ve všech hygienických stanicích, AIDS centrech, na sexuologických a jiných specializovaných pracovištích. Testování je bezplatné, je možné požádat o anonymní vyšetření a všichni zdravotničtí pracovníci jsou zákonně vázáni povinnou mlčenlivostí (Holub, 1993).

Každý člověk si může dobrovolně nechat udělat test na přítomnost protilátek proti viru HIV. Určitě je vhodné se nechat testovat v případě, že víme o svém rizikovém chování (náhodný nechráněný sexuální styk, časté střídání sexuálních partnerů, injekční užívání drog apod.). Neanonymní a povinné testování se provádí u dárců krve, orgánů či spermatu. Vyšetření lze rovněž vykonat bez souhlasu u osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a u lidí v bezvědomí. V roce 1990 bylo u nás zavedeno povinné vyšetřování krve na HIV protilátky u těhotných žen, aby se v případě HIV positivity matky zahájila ochranná léčba plodu. Povinnost byla ale zrušena a testování se stalo rutinním vyšetřením, které se provádí s informovaným souhlasem ženy. Výsledek testování bývá znám cca do 14 dnů. V případě zjištění infekce HIV je klientům

nabídnuto i psychologické poradenství. Zvláště pro mladého člověka a dospívajícího je velmi obtížné prozradit svou HIV pozitivitu partnerovi nebo rodičům (Machová, 2009).

2.8 Léčba HIV/AIDS

Jako jeden z největších úspěchů moderní medicíny, bylo objevení velice účinných antiretrovirových léků v polovině 90. let minulého století. Došlo ke snížení morbidity i mortality v důsledku HIV/AIDS a nadále pokračují snahy o objevení efektivnějších léků. Limitujícím faktorem léčby v rozvojových zemích je nízká dostupnost zdravotní péče a vysoká cena antiretrovirotik (Evian, 2005; Volberding, 2008).

Antiretrovirové preparáty, které se používají, sice nedokážou virus v organismu zlikvidovat, ale zpomalují jeho množení a umožňují předejít úplnému imunitnímu zhroucení. U těhotných žen podávání léčebných preparátů snižuje riziko přenosu viru HIV na plod na 8%, což je jeden z nejvýznamnějších úspěchů antiretrovirové léčby (Machová, 2009).

Černý (2007) rozděluje **skupiny léčebné strategie proti infekci HIV:**

- specifická antiretrovirová léčba, která inhibuje replikaci patogenního viru a zlepšuje stav imunitního systému
- prevence vystavení vlivu oportunních infekcí
- prevence a následná léčba oportunních infekcí a nádorů

Přes všechna úsilí nelze dosud infekci HIV a nemoc AIDS vyléčit. Je však možné zmírnit příznaky onemocnění, zlepšit kvalitu života postiženého a prodloužit jeho život.

2.9 Prevence HIV/AIDS

„Průlom v léčbě neexistuje a nejlepší v boji s nemocí AIDS zůstává prevence, bezpečný sex a patriční sexuální výchova“ (Petrová, 1993, s. 35).

V současné době ještě neexistuje účinný lék nebo očkovací látka proti viru HIV a onemocnění AIDS. Existují pouze léky jako např. Azidothymidin, které pouze zpomalují průběh nemoci. Jedinou možnou ochranou je proto prevence, která má v boji s tímto onemocněním zcela zásadní význam a je nenahraditelná. Zakotvení prevence do povědomí lidí je důležité pro blízkou i vzdálenou budoucnost, je zapotřebí aktivní účasti jednotlivce (Holub, 1993).

V dnešní době se infekce HIV netýká pouze tzv. rizikových skupin, jako jsou například homosexuálové nebo narkomani, ale mnohem více se přesouvá do oblastí heterosexuálních vztahů. v souvislosti s tím hovoříme o rizikovém chování porušujícím základní pravidla bezpečného sexu (Petrová, 1993).

Na celém světě dnes najdeme organizace bojující proti šíření HIV a nemoci AIDS. Pod pojmem „Safer sex“ – bezpečnější sex, se snaží podat základní pravidla sexuálního chování, která se mnohým lidem mohou zdát za omezující. Každý člověk by si měl ale uvědomit, že sexuální svoboda se netýká pouze nás samotných, ale jsme odpovědní i za zdraví našeho partnera či partnerky (Váňová, 1991).

Prevence HIV infekce nás nutí k tomu, abychom více získávali informace o tom, jak se lidé chovají v oblasti sexu, vztahů a užívání drog. Je známo, že existuje velká rozdílnost v různých typech chování a jejich důsledků v závislosti na různých kulturách a populačních skupinách. Prevenci HIV infekce bychom měli přizpůsobit společenským hodnotám, místním zvyklostem a dalším potřebám, představuje komplexní přístup. Jde o podporu zdraví a uspokojení ve sféře fyzické, psychologické i sociální.

Prevence HIV a onemocnění AIDS je důležitou investicí do budoucnosti celé společnosti. Některé skupiny jsou ovšem ve větším ohrožení, protože se chovají rizikověji nebo zůstávají mimo dosah preventivních aktivit zaměřených na běžnou populaci. Opatření cílená proti šíření této infekce se mezi mladými lidmi vyplácejí (Svenson, 2003).

Proto zejména mladou generaci, která vstupuje do aktivního sexuálního života, je třeba informovat a poučit o všech rizicích a problémech spojených s infekcí HIV a onemocněním AIDS. Celková demokratizace společnosti a změna společenských podmínek s sebou přináší i uvolnění v sexuální oblasti. Pozitivní je, že téměř všichni mladí lidé vědí, že virus HIV a nemoc AIDS existují, že se jedná o chorobu smrtelnou, která je obvykle spojená se sexem nebo rizikovým chováním. Nicméně stále přetrvává stereotypní chování a názor větší části populace, že se jedná o nemoc mimo naše území, a že se nás netýká. Kvalitní sexuální výchova a osvěta mládeže jsou tou nejlepší prevencí v boji proti AIDS (Petrová, 1993).

2.9.1 Opatření k zamezení přenosu viru HIV

Šejda (1993) rozděluje **opatření nutná k omezení vzniku a dalšímu šíření nákazy HIV/AIDS do 4 základních skupin:**

- prevence sexuálního přenosu
- prevence přenosu krví
- prevence perinatálního přenosu
- omezení sociálního dopadu infekce HIV a AIDS

V případě prevence sexuálního přenosu, jde vlastně o přijetí zásad tzv. bezpečného sexu. V praxi to může vypadat jako zásah do běžného sexuálního chování. Promiskuitní chování sehrává v dalším přenosu HIV značnou úlohu, navíc podle řady výzkumů se lidé příliš nechrají používáním kondomu. Zásady bezpečného sexu jsou i přes otevřenou zdravotní výchovu a osvětu stále podceňovány a nevytváří dostatečný tlak na změnu vlastního chování (Dvořák, 1992).

Podle Šejdy (1993) **aktivity, které směřují k ovlivnění sexuálního chování**, musí mít 3 součásti:

1. Informaci a výchovu

Zvláštní důraz by měl být kladen na informaci dospívajících, kteří vstupují do pohlavního života. Informace musí být pravdivé a odpovídající věku dítěte, respektive dospívajícího a mládeži musí dát možnost o věci diskutovat. Při šíření informací a výchovy k prevenci HIV/AIDS je třeba brát v úvahu význam učitelů i rodičů. Informace a výchova kladou důraz na to, že pouze sexuální abstinence nebo dlouhodobá vzájemná partnerská věrnost vylučují infekci úplně a naopak sexuálním stykem s náhodnými partnery se vystavujeme riziku nákazy, obzvláště není-li chráněn používáním kondomu po celou dobu trvání styku (Šejda, 1993).

2. Zdravotní péči

Zásadní význam má v detekci a léčbě ostatních sexuálně přenosných nemocí, které výrazně zvyšují riziko infekce virem HIV. Samozřejmě se opatření uplatňují v rámci zdravotnických institucí a souvisí s dodržováním běžných hygienických předpisů, sterility lékařských zákroků, péče o nemocné, vyšetřování dárců krve atd. V současné době nevytvářejí tato opatření ve zdravotnictví zásadní problém, ovšem při výraznějším postupu epidemie by se péče o nemocné stala obtížným ekonomickým a morálním problémem (Dvořák, 1992).

3. Potřebné prostředí, které podporuje změnu chování

Prostředí je pro úspěch programů, směřujících k prevenci přenosu HIV/AIDS důležitým a zcela nezbytným předpokladem. Programy prevence HIV/AIDS se musí zdržet prvků, které by mohly omezovat lidská práva osob HIV pozitivních a zároveň vytvořit takovou legislativu, která nebrání poskytování pravdivých a otevřených informací o zásadách bezpečného sexu. Součástí přijatého morálního kodexu společnosti by se měly stát zásady vzájemné věrnosti, morální odpovědnosti za ohrožení partnera a používání kondomu při sexuálním styku (Šejda, 1993).

2.9.2 Ochrana před nákazou HIV/AIDS

Nejbezpečnější, spíše teoretickou praktikou je **sexuální abstinence** neboli zdrženlivost. Ta se doporučuje zejména u mladých lidí, aby nevstupovali příliš brzy do aktivního sexuálního života (Holub, 1993).

Jako nejjednodušší se jeví **partnerská věrnost**, která však vzhledem k dlouhé inkubační době nemoci vyžaduje, aby ani jeden z partnerů nebyl vystaven nebezpečí nákazy před vytvořením páru. Monogamní sexuální soužití dvou zdravých partnerů je samozřejmě ideální praktikou. Opírá se o citový vztah, vzájemnou důvěru a věrnost, které jsou v prevenci HIV/AIDS významnými faktory vedoucími k bezpečnějšímu nebo i bezpečnému sexu. Omezení počtu sexuálních partnerů výrazně snižuje riziko šíření HIV.

V ostatních případech je nejlepší ochranou proti nákaze a šíření viru HIV **užívání prezervativu (kondomu)** po celou dobu styku a vyhýbání se sexuálními aktivitám, které vedou ke krvácení a poruchám sliznice. **Nejrizikovější** je při nechráněných stycích **anální pohlavní styk**, jež není výlučně doménou homosexuálů.

Prezervativ neboli **kondom** je v současnosti bezpochyby jediným prostředkem, jehož správné použití snižuje riziko infekce. Používání kondomu je doporučováno jako jedna ze zásad bezpečnějšího sexu. Bohužel mnoho lidí má k němu stále výhrady. K bezproblémovému používání kondomu patří správné informace a znalosti o jeho použití a také praktické zkušenosti získané například na modelech. O správném užívání kondomu by měli být informováni nejen tedy muži, ale také ženy. Správným používáním se zachovává jeho spolehlivost a může dobře chránit před pohlavními nemocemi, HIV/AIDS i těhotenstvím (Váňová, 1991; Holub, 1993).

Antikoncepční pilulky, nitroděložní tělísko, cervikální klobouček, antikoncepční pěny a krémy, měření bazální teploty, přerušovaná soulož a jiné metody zabraňující početí, ani trochu nechrání před nákazou HIV. V případě užívání takové antikoncepce, je důležité navíc používání kondomu, který je nejlepší ochranou proti infekci HIV a jiným sexuálně přenosným nemocem (Johnson, 1993).

Především mládež a dospívající je třeba neustále upozorňovat na nebezpečí sexuální promiskuity. Výchova k nerizikovému sexuálnímu chování je nejdůležitější preventivní opatření, jelikož přenos sexuálním stykem je u nás nejčastějším způsobem nákazy. Výchova musí být zaměřena na celou populaci, zvláště pak na děti a dospívající, kteří začínají žít pohlavním životem právě v době, kdy se jejich chování vyznačuje riskováním a odmítáním autorit. Tuto skupinu populace je třeba vést k odpovědnosti za vlastní zdraví a zdraví jejich partnera. Výchova v této oblasti by měla směřovat k tomu, že je vhodné odložit zahájení sexuálního života až do období dospělosti. Na tomto staví také **Národní program HIV/AIDS v České republice**.

- **A – Abstinence (Abstinence)** v dospívání
- **B – Být věrný (Be monogameous)**
- **C – Chránit se kondomem (Condoms)**

Tato zásada ABC platí odshora dolů, kdy nejlépe je dodržovat A, v případě, že tomu tak není, řídit se aspoň zásadou B. Ten, kdo se neřídí bodem A ani B, by se měl bezpodmínečně držet pravidla C.

„V roce 2008 vláda České republiky schválila klíčový strategický dokument pro boj proti HIV/AIDS Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR pro období 2008-2012 (usnesení vlády ČR č.130/2008), k jehož hlavním strategickým cílům patří zabránění vzniku a dalšímu šíření HIV infekce a omezení dopadů HIV infekce na jednotlivce a společnost“ (Stehlíková; Stupka, 2011, s. 17).

Globální program HIV/AIDS Světové zdravotnické organizace často zdůrazňuje, že dostatek informací o této chorobě je velmi důležitý. Mnoho výzkumů na chování lidí však dokazuje, že pouze vysoká informovanost nestačí a je zapotřebí také osobní motivace, dovednosti a podpůrné sociální prostředí. Rodiče, učitelé, společnost a média

proto hrají důležitou roli v posilování tradičních hodnot a chování mládeže (Machová, 2009).

Při výchově k prevenci HIV/AIDS Machová (2009) jasně definuje, co je **rizikové sexuální chování**:

- časné zahájení sexuálního života
- pohlavní styk velmi krátce po seznámení
- promiskuitní chování
- prostituce
- sexuální styk s nejistým partnerem bez použití kondomu
- anální styk a krvavé sexuální praktiky

V praktickém životě to znamená:

- nemít sexuální styk s člověkem, kterého dobře neznám a nevím nic o jeho předchozím sexuálním chování
- při pohlavním styku s partnerem, u kterého nelze bezpečně vyloučit infekci HIV, se chránit používáním kondomu a snížit tak riziko přenosu
- nestřídat sexuální partnery, protože každý nový partner je považován za rizikového
- mít monogamní vztah, kdy nejlepší ochranou je partnerská a manželská věrnost
- vyhnout se sexuálním praktikám, které narušují celistvost sliznice pochvy nebo konečníku a způsobují krváčení
- předcházet i jiným formám rizikového chování

2.10 AIDS a škola

V současné době je nezbytné informovat školní mládež o přenosu viru HIV a onemocnění AIDS, způsobech šíření, prevence apod. Základní informace je zapotřebí podat žákům již před desátým rokem života, předejít tak předčasnému probuzení pohlavních aktivit, narušení dětské osobnosti a zamezit přenosu pohlavních nemocí. Informace o této nemoci je nutné poskytnout přiměřenou formou a respektovat rozdíly v psychickém i fyzickém vývoji dětí.

2.10.1 Program „Hrou proti AIDS“

Jedná se o interaktivní projekt primární prevence HIV/AIDS a také dalších pohlavně přenosných nemocí, který mládeži formou hry umožňuje osvojit si základní znalosti o možnostech přenosu viru HIV, popř. jiných pohlavně přenosných infekcí a možnostech ochrany. Cílem je, aby se mládež dokázala zamyslet nad vlastními postoji a chováním v možných rizikových situacích. Dokázali si utvořit odpovídající vzorce sexuálního chování a získané informace uměli použít. Pozitivní ohlasy u mládeže, rodičů, pedagogů i odborníků Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR podnítily vznik projektu v České republice. Projekt „Hrou proti AIDS“ je mobilní, jednoduchý, snadno reprodukovatelný, materiálně zajištěný a připraven pro aplikaci v našich podmínkách. Představou autorů bylo, aby projekt opravdu objel celou Českou republiku a tato forma předávání informací byla zdarma dostupná pro všechny, kteří o ni jeví zájem.

Cílové skupiny

- žáci 2. stupně ZŠ (8. – 9. třídy)
- učni, studenti středních škol
- zvláštní skupiny

Princip a průběh hry

Celkem na 5 stanovištích plní mladí lidé zadané úkoly se svou skupinou (po 12-15 osobách). Na každém stanovišti organizátoři zadají úkoly a bodově ohodnotí výkon každé skupiny. Po 15 minutách se na zvukové znamení skupina přesouvá na další stanoviště. Celý projekt trvá cca 90 minut (2 vyučovací hodiny) a pro konání akce je vhodná účast žáků ze dvou tříd (cca 60 žáků). Organizátor řídí průběh celé akce, jelikož se jedná o týmovou interaktivní hru s prvky soutěže. Přesto jde o téma velmi závažné a pro všechny zúčastněné je důležité množství i kvalita informací, které získají. Práce všech skupin je vyhodnocena po absolvování všech 5 stanovišť a nejlepší z nich jsou odměněni (Kubátová, 2002).

Jednotlivá stanoviště se týkají těchto oblastí:

- *cesty přenosu viru HIV* – na hracím plánu jsou znázorněny obrázky různých rizikových situací z hlediska přenosu viru HIV, účastníci riziko nákazy posoudí

barevným rozlišením a organizátor poté odpovědi vyhodnotí a vysvětlí okolnosti přenosu viru HIV

- *láska, sexualita a ochrana před HIV* – účastníkům jsou rozděleny otázky a úkoly, zjišťující osobní postoje k ochraně před HIV a přístup k HIV v partnerském vztahu
- *zábrana nechtěného těhotenství a pohlavně přenosných nemocí* – účastníci si vyzkouší svoje znalosti a proberou různé metody k zabránění početí a jejich používání
- *sexualita řečí těla* – pomocí řeči těla vyjádření vlastních pocitů, vztahujících se k lásce, partnerství a sexualitě
- *život s HIV/AIDS* – na příkladu fiktivního člověka se účastníci seznámí s psychosociálními, lékařskými a právními aspekty infekce HIV a jejich dopady na život nemocných (SZÚ)

2.10.2 Program „Free Teens“

Jedná se o výchovně-vzdělávací program, který je u nás od roku 1993 akreditován MŠMT ČR a spadá pod Národní program boje proti AIDS. Program zajišťuje nezisková organizace CEVAP a zaměřuje se na prevenci rizikového sexuálního chování dospívajících (Rozeňalová, 1999).

2.10.3 Peer programy

Peer programy neboli vrstevnické programy jsou efektivní formou získávání informací a utváření postojů mladé generace v problematice HIV/AIDS. Poté mohou vést ke změně rizikového chování mládeže. Peer výchova představuje inovativní přístup k prevenci HIV a může se realizovat v řadě prostředích.

Ve školách může být realizována samostatně nebo jako součást dalších programů podpory zdraví. Pedagogové mají za úkol žákům předávat znalosti a rozvíjet schopnost samostatně a logicky myslet. Peer poradci při předávání informací ve formálním prostředí přednášejí 1–2 hodiny. Ve své přednášce používají didaktické a interaktivní techniky za možné přítomnosti dospělého. Peer poradci mohou být stejně staří nebo starší než ti, které oslovují. Nemusejí však patřit do stejné společenské skupiny nebo mít stejné životní zkušenosti. Vizí programu je, že mládež a dospívající se budou svých vrstevníků ptát na otázky mnohem otevřeněji, než by se odvážili ptát dospělých. Tento

přístup spočívá v předávání správných informací, zvyšuje schopnosti komunikace a vlastní dovednosti. Součástí projektu jsou interaktivní hry, při kterých dochází k bourání mýtů a mylné informace o HIV/AIDS se uvádí na pravou míru (Svenson, 2003).

Peer programy jsou u dětí a dospívajících velmi účinné. Principem je, že jejich chování nejlépe ovlivní ti, s nimiž se děti a dospívající mohou ztotožnit (Nešpor, 1995).

Peer programy mohou vhodnou formou doplňovat například sexuální výchovu nebo výchovu ke zdraví na školách. Programy sexuální výchovy obsahují témata jako sexualita, sexuální vztahy, sexuální identita, sexuální vývoj, bezpečnější sex, reprodukce, antikoncepce apod. Školící programy by kromě informací o HIV/AIDS měly informovat také o jiných sexuálně přenosných infekcích.

Svenson (2003) doporučuje, aby se **znalosti o HIV/AIDS opíraly o následující témata:**

- historie HIV/AIDS
- epidemie HIV/AIDS ve světě i u nás
- způsob přenosu infekce HIV
- rizikové chování vedoucí k přenosu HIV a rizika vznikající v důsledku tohoto chování
- znalost klinického průběhu infekce HIV, nemoci AIDS a léčba
- testování na HIV protilátky a problematika s tím spojená
- péče o osoby žijící s HIV/AIDS
- sociální problémy spojené s infekcí HIV
- možnosti ochrany před HIV/AIDS
- základní informace o sexualitě v závislosti na věku a předcházející sexuální výchově

Vzhledem k tomu, že peer poradci předávají vrstevníkům informace a odpovídají na jejich otázky, je zapotřebí, aby si sami osvojili správné znalosti v těchto oblastech a získali sebevědomí ve své nové roli. Středem zájmu neustále zůstává cílová skupina a tou je dospívající mládež (Svenson, 2003).

2.11 Výchova ke zdraví

„Zdraví, v souladu s přijatou definicí WHO, chápeme jako vyvážený stav tělesné, psychické, duchovní a sociální pohody. Kvalitu zdraví ovlivňuje osobní chování a jednání každého z nás, zdraví komunity, v níž člověk žije a pracuje, i globální zdraví světa. Pojetí zdraví překročilo oblast medicíny. Podpora a ochrana zdraví je chápána v širších a hlubších souvislostech pedagogických, psychologických a sociologických oborů“ (Marádová, 2006, s. 5).

„Zdravotní výchova musí být zaměřena na co nejnižší věkové skupiny obyvatel, tedy děti a mládež, protože zdravý životní styl se nejvíce vytváří a nejsnadněji ovlivňuje již od útlého dětství“ (Čeledová, 2010, s. 11).

Výchova dětí a dospívajících v tomto období by měla být zaměřena na pomoc při obnovování rovnováhy a udržení integrity osobnosti pubescentů. V rámci pedagogického působení je třeba volit takové prostředky, které se budou ohlížet na snížený práh frustrační tolerance pubescentů. Vyhýbat se nařizování, ironizování, podceňování a zdůrazňování věkových rozdílů a zkušeností. Cílem sexuální výchovy a výchovy ke zdraví obecně je v tomto období usměrňování postojů k životu a správné začlenění sexuality do systému hodnot. Je důležité, aby žáci byli v tomto věku seznámeni s nebezpečím pohlavně přenosných nemocí, onemocněním AIDS, byla jim zdůrazněna pozitiva sexuální zdrženlivosti a význam platonické lásky pro další citový vývoj člověka. To vše je třeba předkládat s velkou dávkou taktu a tolerance vzhledem k individualitě každého jedince (Váňová, 1991).

Výchova ke zdraví žákům zprostředkovává poznatky z oblasti zdraví, zdravého způsobu života, rizikových faktorů s důrazem na jejich škodlivost v dětství a dospívání, metod výchovy ke zdraví apod. Důležité je, aby žáci získané poznatky dokázali využít v péči o své zdraví a předávat dál (Čevela, 2009).

Cílem výchovy ke zdraví je získat odpovídající množství poznatků, informací, vědomostí, dovedností, návyků, postojů, zájmů a hodnot zaměřených na ztotožnění se s hodnotami zdraví a zásadami zdravého životního stylu. Výsledkem má být vyvážené formování kognitivní, afektivní a psychomotorické stránky osobnosti skrze aktivní péči o své zdraví, která odráží bio-psycho-socio-kulturní determinovanost osobnosti (Liba, 2007).

„Zdravotní uvědomění každého člověka je celoživotní komplex výchovy a vzdělání, který začíná v rodině, pokračuje školou, zaměstnáním a ovlivňují jej zvyky a tradice. Zdravotní uvědomění je dobrovolné chování a aktivita každého člověka se zřetelem na zájem svůj, rodiny i společnosti. Úkolem výchovy ke zdraví je předat správné vědomosti o způsobu a významu ochrany zdraví, ale i poznání faktorů ovlivňujících zdraví“ (Čeledová, 2010, s. 12).

Zásadní význam pro harmonický vývoj dětí a mládeže má životní styl, který je možno v průběhu života poměrně snadno měnit. Primární úloha ve výchově ke zdravému způsobu života a prevenci rizikových faktorů spočívá na rodině. Vztahy v rodině utváří základ pro budoucí partnerské vztahy, rodičovské postoje, postoje k hodnotám a celkovému životnímu stylu. V dalším věkovém období pomáhá rodině výchova na základních školách, které mají možnost systematicky a v delším časovém úseku pozitivně ovlivňovat postoje dětí a dospívající mládeže ke zdraví. Proto se také problematika zdraví stala součástí základního vzdělávání (Marádová, 2006).

2.11.1 Problematika zdraví v RVP a ŠVP

V souvislosti se zavedením rámcových vzdělávacích programů dochází k realizaci výzkumů kurikula v různých vzdělávacích oblastech, oborech nebo vyučovacích předmětech. Jde o to, jak se kurikulum daří implementovat do praxe a jak se tato kurikula osvědčují v praxi. Proto se i oblast výchovy ke zdraví stává centrem pozornosti (Řehulka, 2011).

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) přináší řadu zásadních změn a stanovuje cíle základního vzdělávání. Formuje školy k tomu, aby u žáků rozvíjely především takové životně důležité dovednosti, které budou schopni v praktickém životě použít. Vymezuje výsledky výchovně-vzdělávacího procesu, tedy klíčové kompetence, kterých má žák dosáhnout. Do rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání je rovněž začleněna problematika zdraví, kterou je zapotřebí týmovou spoluprací učitelů dále rozpracovat do školního vzdělávacího programu (ŠVP). Příprava tohoto programu předpokládá navázání úzké spolupráce s rodiči žáků i žáky samotnými, protože do školy přicházejí s určitými návyky, způsoby chování, názory, to vše pod vlivem rodinných tradic a zvyklostí, které nemusí být vždy v souladu

s podporou zdraví. Proto je nutné vyzvat rodiče ke spolupráci a předložit jim ucelenou představu školy v oblasti podpory a ochrany zdraví (Marádová, 2006).

Ve školní praxi bývá realizace výchovy ke zdraví často podceněna, a to jak vedením základních škol, tak i samotnými učiteli, žáky i jejich rodiči. Výsledky prováděných výzkumů také dokládají, že větší část naší populace si vůbec není vědoma, že by v základním vzdělávání existoval předmět výchova ke zdraví. Školám mnohdy chybí utvořené podmínky pro výchovu ke zdraví, v rámci ŠVP je třeba zcela nově vymezit jak učební plán, tak i učební osnovy a některým školám chybí i dostatek kvalifikovaných učitelů nebo dostatek zkušeností s oborem (Mužíková, 2008, 2009; Řehulka, 2011).

Vzdělávací oblast **Člověk a zdraví** je didakticky rozpracována ve školním vzdělávacím programu. Přináší základní podněty pro ovlivňování zdraví, s nimiž se žáci seznamují a učí se je prakticky využívat ve svém životě. Žáci si osvojují význam zdraví jako hodnoty, smysl zdravotní prevence a hloubku problémů spojenou s poškozením zdraví. Osvojují si způsoby chování a dovednosti, které vedou k zachování nebo posílení zdraví a přijímají míru odpovědnosti za zdraví své i zdraví jiných. Tato vzdělávací oblast je vymezena a realizována v souladu s věkem žáků a prolíná se i do ostatních vzdělávacích oblastí.

V tematickém okruhu **Člověk a jeho zdraví** si žáci osvojují poznatky o lidském těle, základní funkce jednotlivých orgánových soustav a podporu vlastního zdravého způsobu života. Rozlišuje jednotlivé etapy lidského života. Získávají základní informace o zdraví a nemocech, první pomoci, zdravotní prevenci a bezpečném chování v různých životních situacích. Očekávaným výstupem jsou nejen získané znalosti, dovednosti, ale také změna chování a návyků. Ohleduplné chování k druhému pohlaví a bezpečné způsoby sexuálního chování mezi chlapci a dívkami v daném věku (Marádová, 2006).

Výchova mládeže v oblasti partnerství, sexuálního života a hodnot lásky, rovněž určuje rámec pro základní pravidla chování v oblasti sexu. Samozřejmě i sexuální výchova má svá specifika. Jedná se o přenos informací, které mají intimní charakter, z dospělého člověka na dospívajícího. Kvalitní přijetí informací tedy ovlivňuje nejen forma výkladu, ale také osobnost učitele, vychovatele a zvolený způsob přenosu informací. Ve školních osnovách by sexuální výchova měla být zakotvena tak, aby podávala základní faktické informace i dětem v ranějším věku. Jelikož škola jako instituce má čistě formální charakter, měla by tíha odpovědnosti spočívat hlavně na

výchově v rodině. Rodiče by měli dětem a dospívajícím přiblížit všechno, co je spojeno s oblastí sexuálního života. Rodina by měla pro dítě fungovat jako důvěrné útočiště plné lásky a porozumění. Sexuální výchova by měla být založena na symbióze výchovného působení rodiny, školy a celé společnosti (Petrová, 1993).

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 565 žáků základních škol, 320 chlapců (56,64 %) a 245 dívek (43,36 %), jak uvádí (Tabulka 1). Výzkumu se účastnili žáci ve věku 13-15 let. Nejvíce dotázaných bylo ve věku 14 let, celkem 316 žáků. Nejméně (100 žáků) se v dotazníku přihlásilo k věkové kategorii 15 let (Tabulka 2). Výzkum byl tedy zaměřen na cílovou skupinu žáků 8. a 9. tříd, přičemž 284 respondentů navštěvovalo 9. třídu a 281 žáků bylo z 8. tříd (Tabulka 3). Do výzkumného šetření se zapojilo 8 základních škol Olomouckého kraje v následujícím zastoupení. Nejvíce respondentů navštěvovalo ZŠ Heyrovského v Olomouci, 167 žáků (67,7 % chlapců a 32,93 % dívek). Druhou nejpočetnější skupinou byli žáci ze ZŠ v Litovli – 108 žáků. Dalšími zúčastněnými byly základní školy – Náměšť na Hané, Senice na Hané, Plunlov, ZŠ Rožňavská Olomouc, ZŠ Mozartova v Olomouci a ZŠ Holečkova Olomouc (Tabulka 4).

Tabulka 1. Rozdělení výzkumného souboru dle pohlaví

Pohlaví	8. třída		9. třída		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Chlapci	156	55,52	164	57,75	320	56,64
Dívky	125	44,48	120	42,25	245	43,36
Celkem	281	100,00	284	100,00	565	100,00

Tabulka 2. Rozdělení výzkumného souboru dle věku

Věk	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
13 let	73	48,99	76	51,01	149	100,00
14 let	178	56,33	138	43,67	316	100,00
15 let	69	69,00	31	31,00	100	100,00
Celkem	320	56,64	245	43,36	565	100,00

Tabulka 3. Rozdělení výzkumného souboru dle třídy ZŠ

Třída	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
8	156	55,52	125	44,48	281	100,00
9	164	57,75	120	42,25	284	100,00
Celkem	320	56,64	245	43,36	565	100,00

Tabulka 4. Rozdělení výzkumného souboru dle navštěvované ZŠ

Základní škola	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Litovel	54	50,00	54	50,00	108	100,00
Náměšť na Hané	30	66,67	15	33,33	45	100,00
Olomouc Holečkova	33	47,14	37	52,86	70	100,00
Olomouc Mozartova	23	48,94	24	51,06	47	100,00
Olomouc Heyrovského	112	67,07	55	32,93	167	100,00
Plunlov	19	50,00	19	50,00	38	100,00
Olomouc Rožňavská	29	55,77	23	44,23	52	100,00
Senice na Hané	20	52,63	18	47,37	38	100,00
Celkem	320	56,64	245	43,36	565	100,00

3.2 Metoda sběru dat

Ke zjištění úrovně znalostí žáků 2. stupně ZŠ o infekci HIV a nemoci AIDS a tedy dosažení cíle výzkumu, byla použita metoda dotazníku.

„Dotazník je standardizovaný soubor otázek, předem připravených na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku“ (Bártlová, a kol., 2005, s. 46).

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek, mapujících znalosti žáků o HIV/AIDS. Jednotlivé položky dotazníku byly rozděleny do několika oblastí. Zabývají se základními informacemi o infekci HIV a nemoci AIDS. Dále prověřují vědomosti žáků o možnostech přenosu HIV/AIDS a znalosti v otázkách prevence a ochrany před nákazou. Zjišťuje také vlastní postoje k HIV/AIDS a znalosti k tématu spojené se školní výukou.

3.3 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření zaměřené na žáky 8. a 9. tříd základních škol probíhalo pod záštitou Krajské hygienické stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci. V rámci preventivních a výchovně-vzdělávacích akcí zajišťuje hygienická stanice nejrůznější projekty, zejména pak projekt „Hrou proti AIDS“. Tento program zaměřený na problematiku HIV/AIDS využilo v roce 2010 celkem 24 škol v Olomouckém kraji. Celý program byl realizován v době od 12. 10. do 5. 11. 2010 během dopoledních hodin v prostorách Krajské hygienické stanice v Olomouci. V průběhu těchto akcí byly rovněž rozdávány dotazníky k tomuto výzkumu. Vše probíhalo za spolupráce s Olomouckým krajem, se Státním zdravotním ústavem v Praze a také s Pedagogickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, Katedrou antropologie a zdravotní vědy, jejíž jsem jako studentka součástí. Preventivně výchovná akce byla pro školy zcela zdarma a vysloužila si pozitivní ohlasy nejen ze strany škol, učitelů, ale i samotných žáků.

3.4 Zpracování dat

Analýza získaných dat pomocí dotazníku byla prováděna počítačovým programem Microsoft Excel. V následující kapitole budou v tabelárních přehledech a grafech prezentovány výsledky primární analýzy zjištěných dat. Ta jsou strukturovaná podle jednotlivých položek vybraných z dotazníku a doplněna o stručný popis a komentář.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

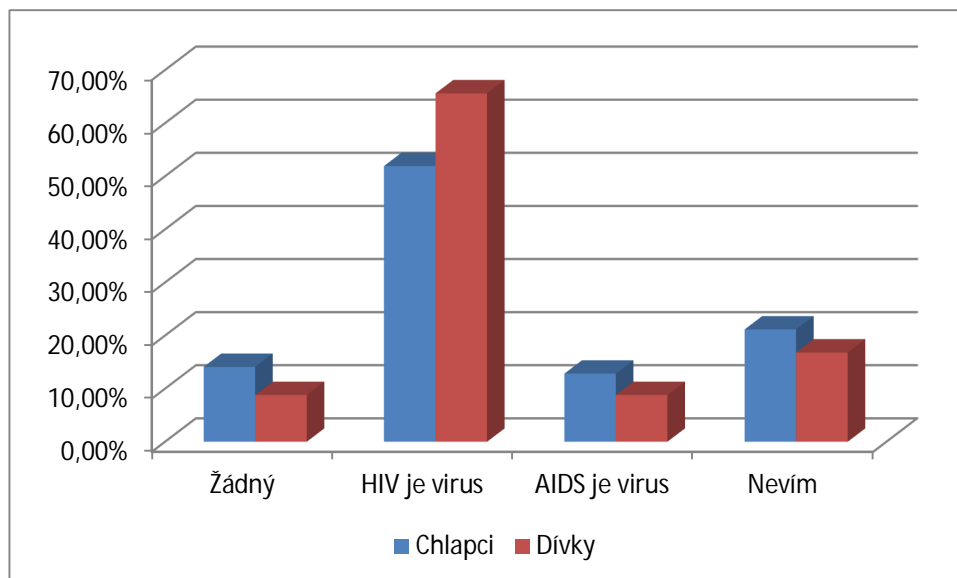
Podle a priori stanovených kritérií lze na základě analýzy identifikačních otázek stanovit, že výzkumného šetření se účastnili chlapci i dívky, žáci základních škol územního regionu Olomouc, ve věkové kategorii 13 – 15 let, navštěvující 8. a 9. třídy.

Pro výzkumný vzorek žáků základních škol byl sestaven následující soubor otázek vztahujících se především k základním poznatkům o infekci HIV a nemoci AIDS, vlastnímu přístupu k této nemoci a informacích spojených se školní výukou.

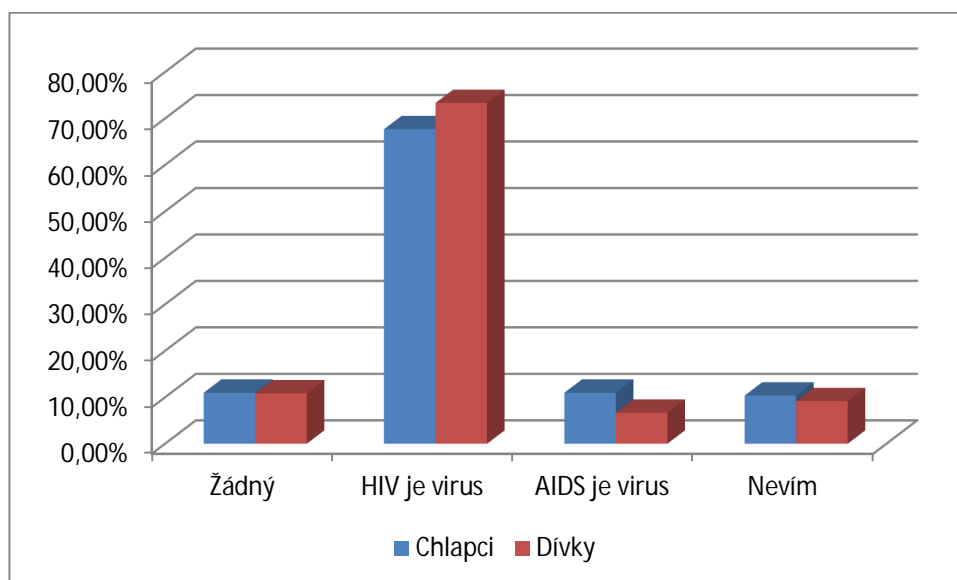
4.1 Vyhodnocení otázek o povědomí žáků o HIV/AIDS

První položka v dotazníku měla za úkol zjistit, zda již žáci slyšeli o HIV/AIDS. Celkem 97,35 % souboru (97,55 % dívek a 97,19 % chlapců) odpovědělo kladně, že o HIV/AIDS už někdy slyšeli. Zásadní rozdíl nebyl shledán ani mezi žáky 8. a 9. tříd. Pouze 3 žáci z celkového počtu respondentů se vyjádřili, že nikoliv a 12 žáků zvolilo variantu nevím.

Odpovědi na otázku, jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS, jsou uvedeny v následujících grafech (Graf 3 a 4). Z výsledků je zřejmé, že více jak polovina (64,07 %) dotazovaných chlapců i dívek odpovědělo správně, že HIV je virus a AIDS je nemoc, která je virem HIV způsobena. V 8. třídách tuto odpověď zvolilo 65,60 % dívek a 51,92 % chlapců, přičemž informovanost u žáků 9. tříd je ještě vyšší, u dívek 73,33 % a u chlapců 67,68 %. Přesto je potřeba žáky v této problematice nadále vzdělávat, jelikož 20 % respondentů (dívky 16,80 % a chlapci 21,15 %) 8. tříd odpovědělo, že neví. Méně je tomu už u žáků vyššího ročníku, kde se k možnosti „nevím“ přihlásilo celkem 9,86 % (dívky 9,17 % a chlapci 10,37 %).



Graf 3. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví – rozdíl mezi HIV a AIDS



Graf 4. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví - rozdíl mezi HIV a AIDS

Tato položka ověřovala, zda respondenti vědí, co virus HIV napadá. Z výzkumného vzorku správně odpovědělo celkem 72,21 %, přičemž chlapci i dívky dosahovali přibližně stejných znalostí. Rozdíl byl patrnější v porovnání žáků 8. a 9. tříd, kde tuto variantu označilo v dotazníku 65,12 % žáků 8. tříd. V 9. třídách již 79,23 % žáků vědělo, že virus HIV napadá imunitní systém člověka. Špatné odpovědi nemají nijak významnou hodnotu, naproti tomu předložená varianta „nevím“ je opět statisticky významnější. Bylo zjištěno, že 30 % chlapců i dívek navštěvujících 8. třídu neví, co virus HIV napadá a u žáků 9. tříd je to celkem 16,90 % (dívky 18,33 % a chlapci 15,85

%). Tuto neznalost lze připsat nedostačující výchově a vzdělávání v této oblasti nebo také nezájmu žáků o danou problematiku (Tabulka 5 a 6).

Tabulka 5. Které tělní systémy nejčastěji napadá infekce HIV (8. třída)

8. třída						
HIV napadá	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Trávicí systém	2	1,28	3	2,40	5	1,78
Dýchací systém	5	3,21	4	3,20	9	3,20
Imunitní systém	102	65,38	81	64,80	183	65,12
Nevím	47	30,13	37	29,60	84	29,89
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 6. Které tělní systémy nejčastěji napadá infekce HIV (9. třída)

9. třída						
HIV napadá	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Trávicí systém	5	3,05	1	0,83	6	2,11
Dýchací systém	5	3,05	0	0	5	1,76
Imunitní systém	128	78,05	97	80,83	225	79,23
Nevím	26	15,85	22	18,33	48	16,90
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00

4.2 Možnosti přenosu HIV/AIDS

Neméně důležitou oblastí je znalost možností přenosu HIV a nemoci AIDS. Více jak tři čtvrtiny respondentů (78,58 %) považuje správně nechráněný pohlavní styk za nejčastější způsob přenosu. Žáci 9. tříd opět dosahují lepších znalostí než jejich mladší spolužáci. Z analýzy dále vyplývá, že dívky 8. tříd jsou podstatně informovanější než jejich vrstevníci chlapci. Správnou odpověď označilo 81,60 % dívek a 64,74 % chlapců. V 9. třídě jsou již znalosti vyrovnané. Za zmínku ještě stojí, že 10,97 % respondentů se

domnívá, že nejčastější způsob přenosu HIV je skrze injekční užívání drog. V 8. třídách se takto vyjádřilo 16,67 % chlapců a 8 % dívek, v 9. třídách 10,37 % chlapců a 7,5 % dívek (Tabulka 7 a 8).

Tabulka 7. Nejčastější způsob přenosu HIV (8. třída)

8. třída						
Nejčastější způsob přenosu	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Transfúze	4	2,56	6	4,80	10	3,56
Injekční užívání drog	26	16,67	10	8,00	36	12,81
Líbání	4	2,56	1	0,80	5	1,78
Nechráněný pohlavní styk	101	64,74	102	81,60	203	72,24
Kýchání a kašláání	2	1,28	1	0,80	3	1,07
Nevím	19	12,18	5	4,00	24	8,54
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

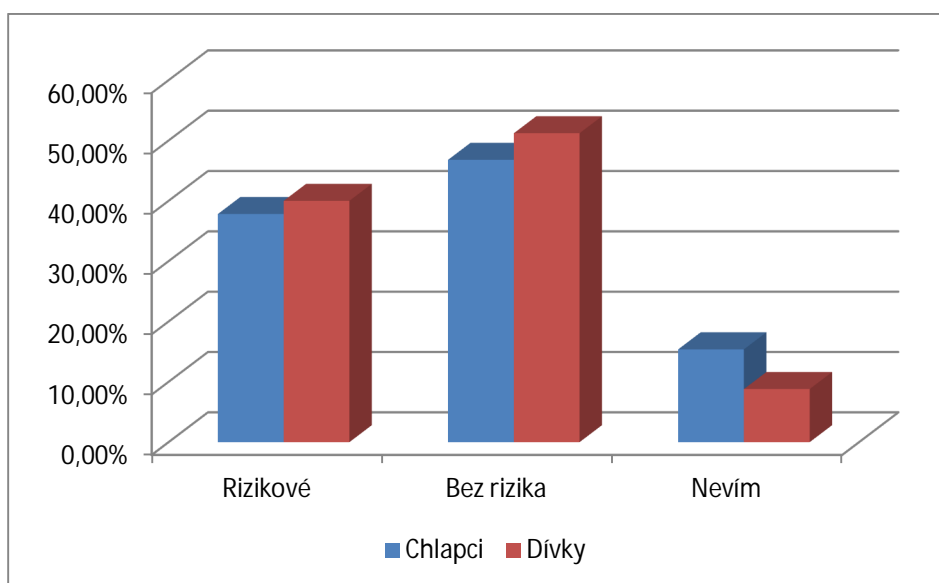
Tabulka 8. Nejčastější způsob přenosu HIV (9. třída)

9. třída						
Nejčastější způsob přenosu	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Transfúze	4	2,44	4	3,33	8	2,82
Injekční užívání drog	17	10,37	9	7,50	26	9,15
Líbání	1	0,61	0	0	1	0,35
Nechráněný pohlavní styk	135	82,32	106	88,33	241	84,86
Kýchání a kašláání	2	1,22	0	0	2	0,70
Nevím	5	3,05	1	0,83	6	2,11
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00

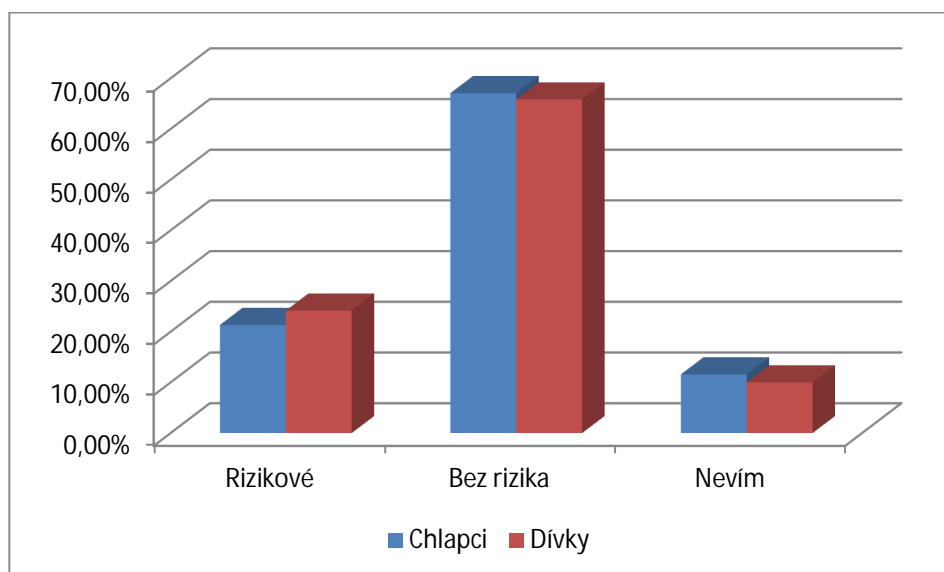
Další otázka zahrnuje položky, kde bylo respondentům předloženo několik možných situací a chování s požadavkem, aby u každé z nich označili, zda se

domnívají, že z hlediska možnosti přenosu HIV je lze považovat za rizikové či nikoliv. Riziko nákazy při bodnutí hmyzem vyloučilo téměř 99 % dotázaných.

Překvapující je poměrně značné procento těch, kteří věří v možnost přenosu líbáním. V 8. třídě se tak domnívá až 40 % dívek a 37,82 % chlapců. U žáků 9. tříd tento názor převládá u 24,17 % dívek a 21,34 % chlapců. Správně se v dotazníku vyjádřilo 57,70 % žáků, že přenos infekce HIV líbáním je bez rizika. V 9. třídách to bylo 67,07 % chlapců a 65,83 % dívek. U žáků 8. tříd mnohem méně (Graf 5 a 6).



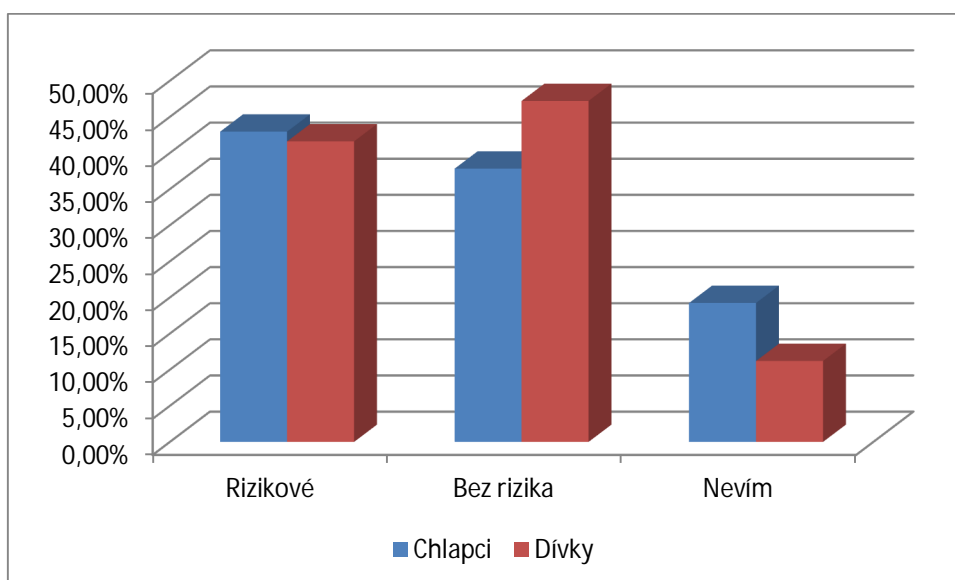
Graf 5. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV líbáním



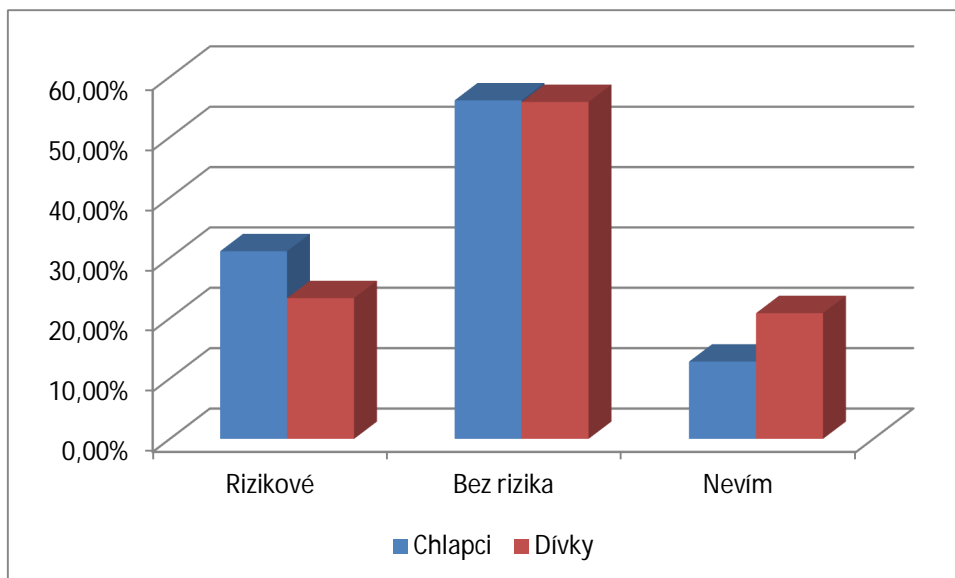
Graf 6. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV líbáním

Analýzou dat bylo zjištěno, že nakažení virem HIV prostřednictvím nechráněného pohlavního styku připouští přes 95 % dotázaných. Na rizikovosti takového chování se shodli jak žáci osmých, tak i devátých tříd, ve stejném zastoupení dívek a chlapců.

Poněkud nejasná je pro respondenty informace, zda jsou vystaveni riziku nákazy HIV skrze kýchání a kašláním infikovaného člověka. Jak lze vyčíst z grafů (Graf 7 a 8) celkem 198 dotázaných (35,04 %) se mylně domnívá, že i touto cestou se může nakazit virem HIV. Chlapci v 8. třídách dokonce tuto variantu uváděli častěji, ve 42,95 % než správnou možnost, že se jedná o přenos bez rizika (37,82 %). Jinak nebyly shledány podstatné rozdíly ve znalostech chlapců a dívek. Pouze převažující správné odpovědi užáků 9. tříd, kde variantu „bez rizika“ uvádí 56,10 % chlapců a 55,83 % dívek.



Graf 7. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV kašláním



Graf 8. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV kašláním

Z následujících tabulek (Tabulka 9 a 10) vyplývá neznalost žáků o možnosti nákazy virem HIV během kojení. Celkem 40 % dotázaných si myslí, že kojení je bez rizika a tudíž nemají povědomí o tom, že virus HIV se nachází rovněž v mateřském mléce. Dále přes 20 % respondentů zvolilo odpověď „nevím“. Zde jsou patrné nedostatky v informovanosti mládeže, jinak rozdíly jsou z hlediska pohlaví i navštěvované třídy statisticky nevýznamné.

Tabulka 9. Rozsah vědomostí o přenosu viru HIV prostřednictvím kojení (8. třída)

8. třída						
Přenos kojením	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rizikové	55	35,26	44	35,20	99	35,23
Bez rizika	60	38,46	56	44,80	116	41,28
Nevím	41	26,28	25	20,00	66	23,49
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 10. Rozsah vědomostí o přenosu viru HIV prostřednictvím kojení (9. třída)

9. třída						
Přenos kojením	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rizikové	58	35,37	47	39,17	105	36,97
Bez rizika	69	42,07	46	38,33	115	40,49
Nevím	37	22,56	27	22,50	64	22,54
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00

Riziko přenosu HIV při sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů si uvědomuje více jak 95 % dotázaných. Taktéž žáci odpovídali na dotaz týkající se přenosu v případě častého střídání sexuálních partnerů. Z analýzy dat vyplývá, že pouze 2 % zvolili odpověď „nevím“ a 2 % si rizikovitost chování nepřipouští. V těchto oblastech jsou žáci velmi dobře informováni.

Celkem 50,27 % respondentů v dotazníku sdělilo, že v podání krevní transfuze spatřuje riziko nákazy virem HIV. Výsledky nevykazují významně rozdílné hodnoty mezi chlapci a dívkami, ani mezi žáky osmých a devátých tříd, pouze se u 9. ročníků snížila četnost odpovědi „nevím“ (Tabulka 11 a 12).

Tabulka 11. Rozsah vědomostí o přenosu viru HIV prostřednictvím krevní transfuze (8. třída)

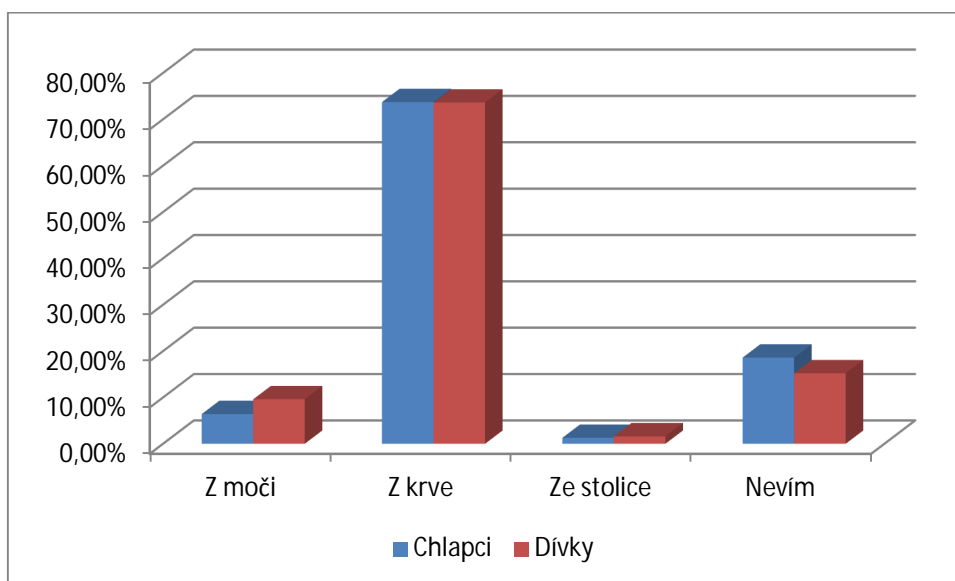
8. třída						
Přenos transfuzí	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rizikové	79	50,64	57	45,60	136	48,40
Bez rizika	44	28,21	42	33,60	86	30,60
Nevím	33	21,15	26	20,80	59	21,00
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 12. Rozsah vědomostí o přenosu viru HIV prostřednictvím krevní transfuze (9. třída)

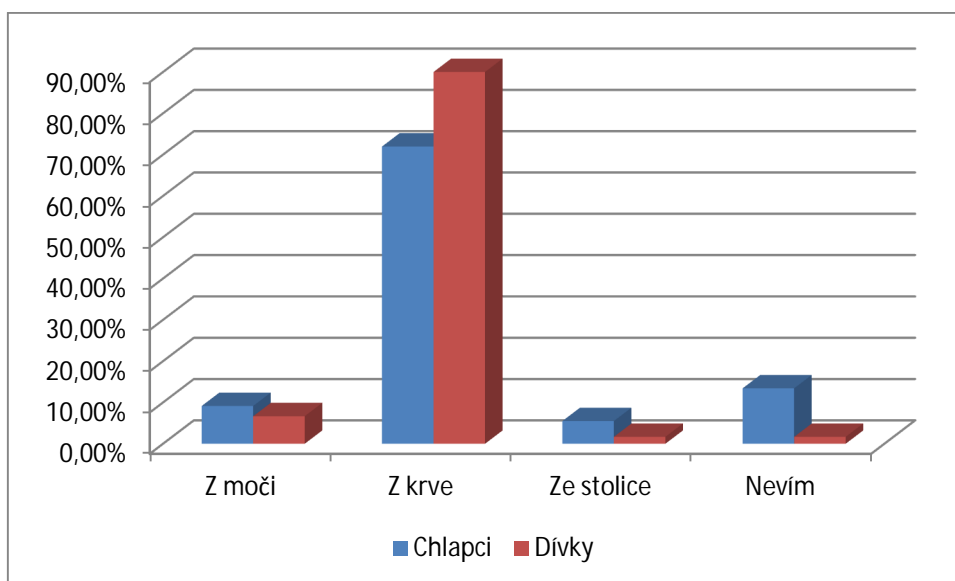
9. třída						
Přenos transfuzí	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rizikové	82	50,00	66	55,00	148	52,11
Bez rizika	61	37,20	36	30,00	97	34,15
Nevím	21	12,80	18	15,00	39	13,73
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00

4.3 Otázky týkající se očkování, diagnostiky a léčby HIV/AIDS

U této otázky měli žáci zvolit, jak lze v organismu zjistit přítomnost HIV/AIDS. Níže uvedené grafy (Graf 9 a 10) dokládají ve většině správnou odpověď, že přítomnost protilátek proti viru HIV zjišťujeme z krve. V 8. třídách sdílí tento názor 73 % chlapců i dívek, deváté ročníky jsou na tom ještě lépe (dívky 90 % a chlapci 71,92 %). Na tuto otázku neumělo odpovědět 17,08 % dotázaných osmé třídy a 8,45 % žáků z devátých tříd.



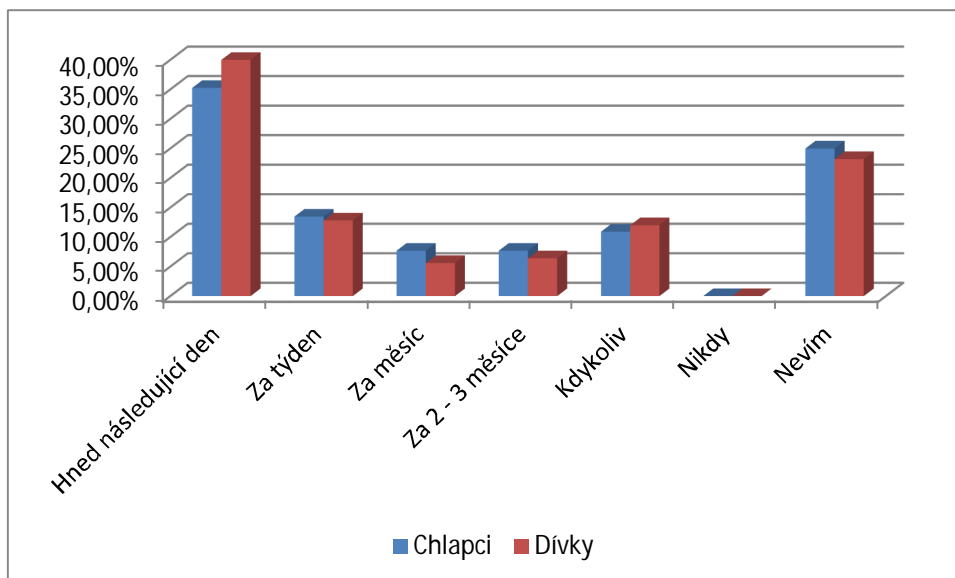
Graf 9. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti zjištění přítomnosti HIV/AIDS v organismu



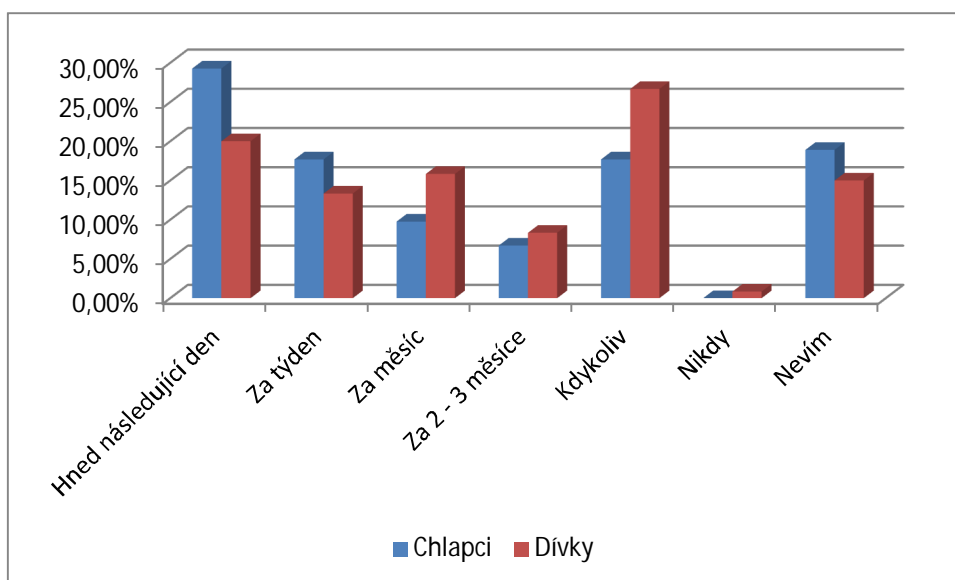
Graf 10. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti zjištění přítomnosti HIV/AIDS v organismu

Správně se domnívá přes 70 % všech respondentů, že lékař nezjišťuje přítomnost HIV v organismu člověka při běžné preventivní lékařské prohlídce. Odpovědi na další otázku dokládají, že celých 86 % žáků si je vědomo, že nelze poznat na první pohled člověka infikovaného virem HIV. V těchto otázkách nebyly shledány jiné statisticky významné hodnoty.

Následující grafy (Graf 11 a 12) prezentují výsledky analýzy dat o povědomí žáků, za jak dlouho po rizikovém chování se mohou nechat otestovat na HIV protilátky. Podrobnější rozbor prokázal nedostačující informovanost v jedné ze zásadních otázek, týkajících se HIV/AIDS. Alarmující je nejčastější odpověď (31,33 %), kdy se dotazovaní chybně domnívají, že se mohou nechat otestovat hned následující den po rizikovém chování. Odpovídalo tak v dotazníku 37,37 % žáků osmých tříd, z toho dokonce 40 % dívek a 35 % chlapců. V devátých třídách je to méně (dívky 20 % a chlapci 29,27 %). 20,71 % respondentů v nejistotě raději odpovídalo „nevím“. Pozitivní je, že žáci nevolili odpověď „nikdy, neexistuje žádný test na HIV“, a že vědí, že se běžně provádí testování na HIV protilátky. Správnou odpověď „za 2–3 měsíce“ označil nepříliš velký vzorek respondentů (7,26 %).



Graf 11. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a kdy by se šli nechat žáci otestovat na HIV



Graf 12. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a kdy by se šli žáci nechat otestovat na HIV

Analýza odpovědí na otázku, zda lze AIDS vyléčit ukázala, jak se žáci orientují v problematice léčitelnosti HIV/AIDS (Tabulka 13 a 14). Nejpočetnější skupina dívek z devátých tříd (74,17 %) je správně přesvědčena, že nikoliv. Chlapci se takto vyjádřili v 67,07 %. O něco méně jsou touto možností přesvědčeni respondenti osmých tříd (dívky 60 % a chlapci 53,21 %). Celkem 20,35 % všech dotázaných se mylně domnívá, že současná medicína je schopna infekci HIV a nemoc AIDS vyléčit.

Tabulka 13. Lze onemocnění AIDS vyléčit (8. třída)

8. třída						
Lze AIDS vyléčit	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	39	25,00	26	20,80	65	23,13
Ne	83	53,21	75	60,00	158	56,23
Nevím	34	21,79	24	19,20	58	20,64
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 14. Lze onemocnění AIDS vyléčit (9. třída)

9. třída						
Lze AIDS vyléčit	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	29	17,68	21	17,50	50	17,61
Ne	110	67,07	89	74,17	199	70,07
Nevím	25	15,24	10	8,33	35	12,32
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00

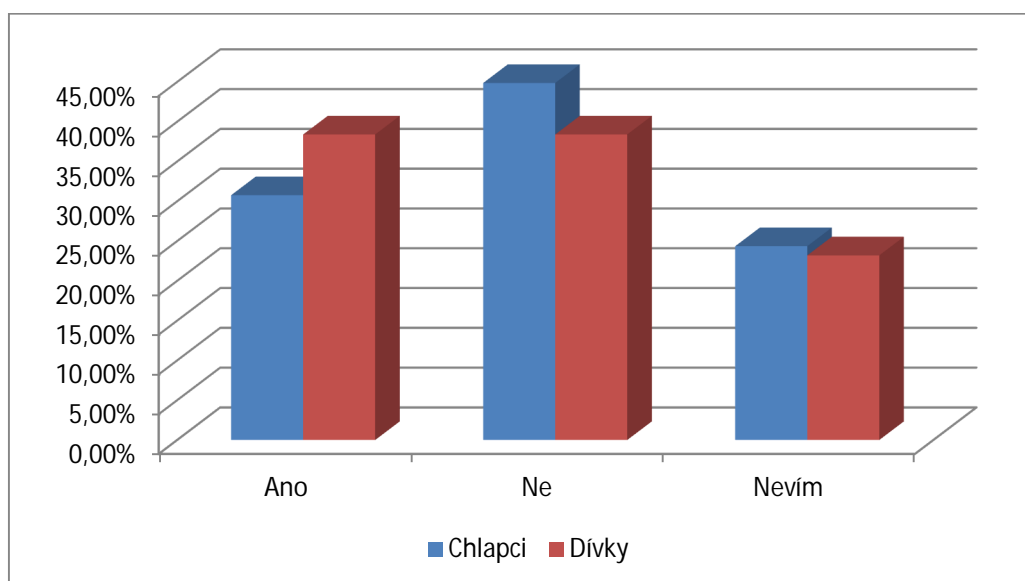
Poněkud nejasnou byla pro žáky otázka, zda se lze nechat proti HIV/AIDS očkovat. Jak dokládají tabulky a grafy (Tabulka 15 a 16) a (Graf 13 a 14), téměř třetina dotázaných (28,85 %) si myslí, že ano. Dívky osmých tříd tuto možnost označili dokonce ve 38,40 % a chlapci 30,77 %. Nemalý je i podíl těch, kteří nevědí, zda tato možnost existuje, celkem 22,30 % žáků. Proto je třeba zvýšit informovanost mládeže a zdůraznit nemožnost očkování proti této zákeřné nemoci.

Tabulka 15. Existuje očkování proti AIDS (8. třída)

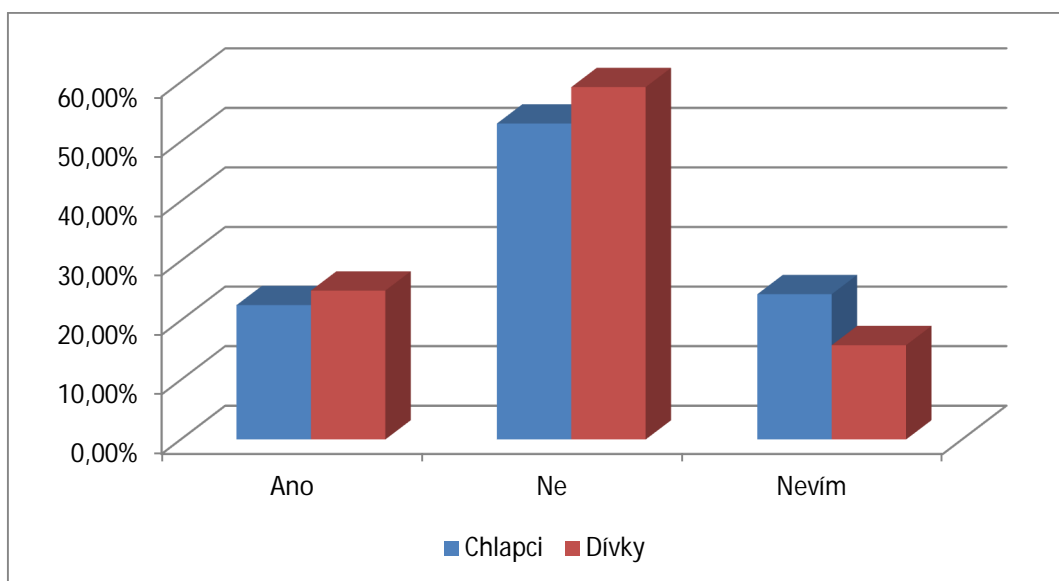
8. třída						
Očkování proti HIV/AIDS	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	N	%
Ano	48	30,77	48	38,40	96	34,16
Ne	70	44,87	48	38,40	118	41,99
Nevím	38	24,36	29	23,20	67	23,84
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 16. Existuje očkování proti AIDS (9. třída)

9. třída						
Očkování proti HIV/AIDS	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	37	22,56	30	25,00	67	23,59
Ne	87	53,05	71	59,17	158	55,63
Nevím	40	24,39	19	15,83	59	20,77
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00



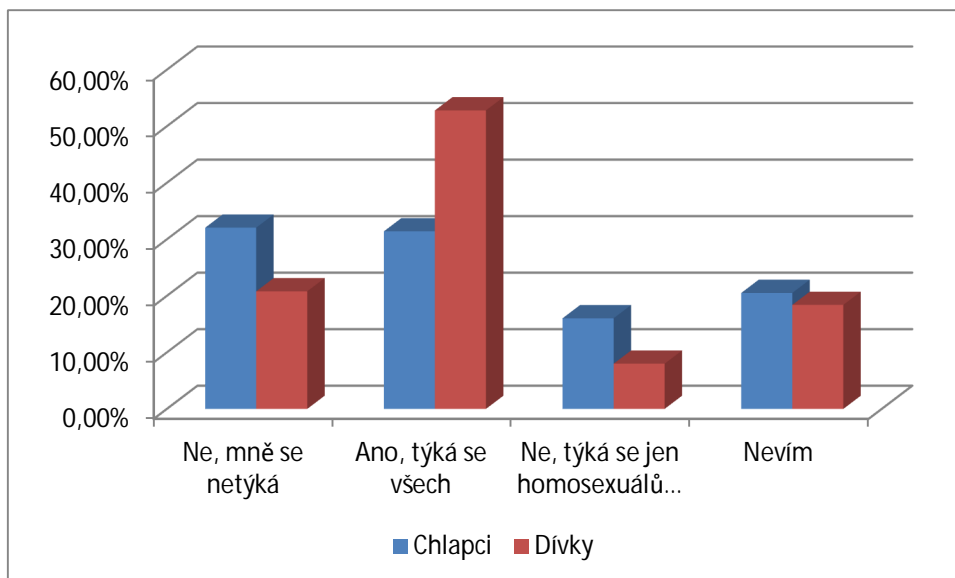
Graf 13. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a odpovědi na otázku zda existuje proti AIDS očkování



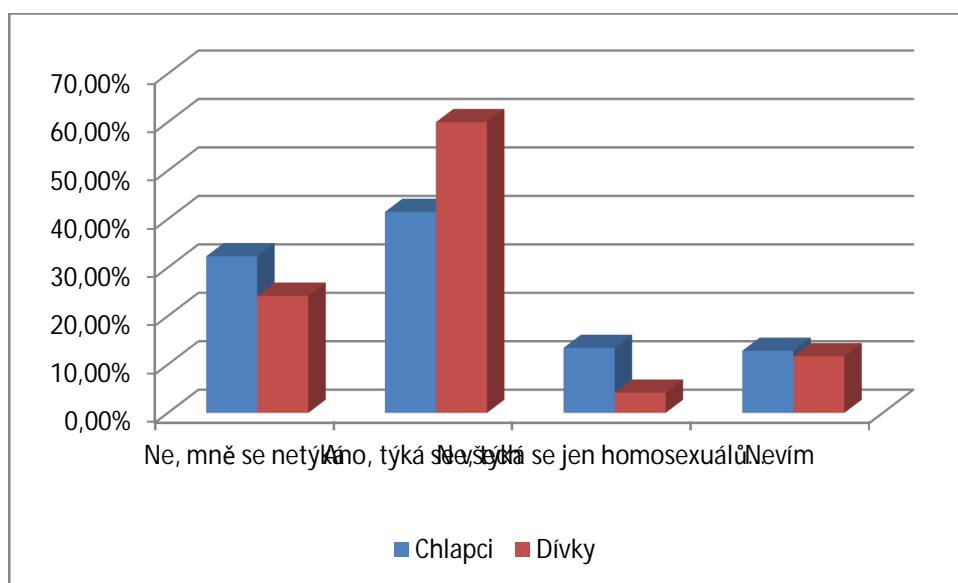
Graf 14. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a odpovědi na otázku zda existuje proti AIDS očkování

4.4 Analýza otázek k vlastním postojům k HIV/AIDS

Další položky v dotazníku byly věnovány vlastním postojům. Na otázku, zda si žáci myslí, že se HIV/AIDS týká také jich, zaznamenalo 45,13 % žáků odpověď „ano, týká se více méně všech lidí“. Podrobnější analýzou bylo zjištěno, že tyto odpovědi patřily ve větší míře dívkám devátých tříd (60 %) a osmých tříd (52,80 %). Naproti tomu u chlapců navštěvujících osmou třídu (32,05 %) převládl názor, že jich se to netýká, což rozhodně nelze považovat za uspokojivé. Taktéž chlapci vyššího ročníku označili ve 32,32 % tuto variantu. Téměř 11 % všech respondentů uvádí, že se HIV/AIDS týká pouze homosexuálů, narkomanů a prostitutek (Graf 15 a 16).



Graf 15. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a postojů, zda se HIV/AIDS týká i žáků samotných



Graf 16. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a postojů, zda se HIV/AIDS týká i žáků samotných

Poměrně alarmující je rovněž názor více než 70 % respondentů, že nikdy neuvažovali nad tím, že by se nechali testovat na HIV. Testovat by se nechalo více dívek (18,37 %) než chlapců (12,5 %). Pro žáky devátých tříd je to také přijatelnější v 16,55 % než u mladších spolužáků.

Přes tři čtvrtiny dotázaných (76,11 %) uvedlo, že vědí, jak se správně nasazuje kondom. Tuto zkušenost převládá u žáků devátých tříd, u chlapců je to 86,59 %

a u dívek 78,33 %, ať už na základě vlastní zkušenosti a zájmu nebo v rámci vzdělávání a výuky ve školách. Dotazovaní chlapci z osmých tříd odpověděli „ano“ v 73,08 % a dívky 64 %. Celkem 14 % všech respondentů si není zcela jistých, zda by tuto dovednost správně zvládli.

4.5 Prevence a ochrana před HIV/AIDS

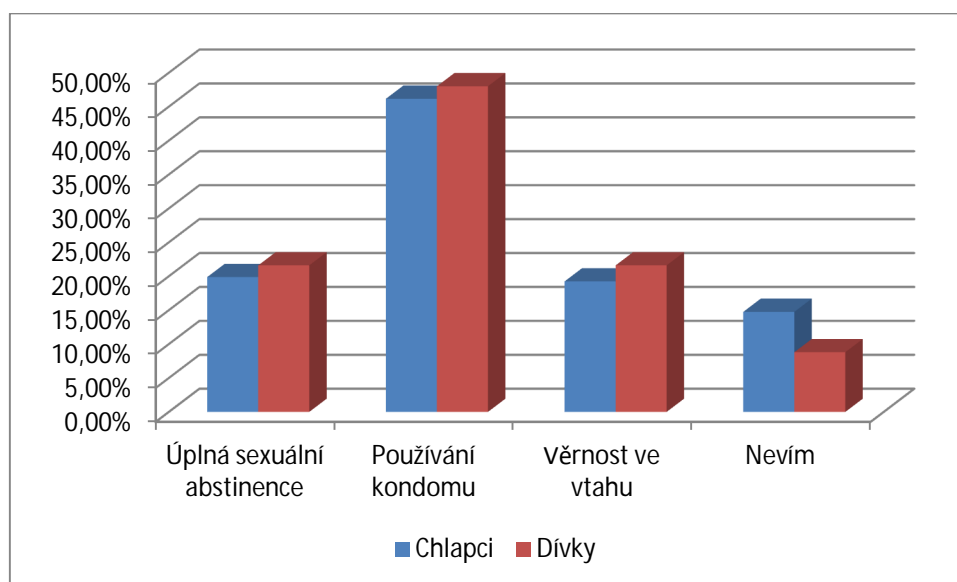
Další položky v dotazníku byly věnovány prevenci a možnostem ochrany před nákazou virem HIV a nemocí AIDS. Následující otázka ověřovala, zda žáci vědí, co je může stoprocentně ochránit před infekcí HIV v oblasti pohlavního styku. Z následujících (Tabulka 17 a 18) a (Graf 15 a 16) můžeme vyčíst, že odpovědi chlapců a dívek nejsou příliš rozdílné. Výsledky analýzy dokládají, že pro 47,96 % dotázaných je 100 % ochranou používání kondomu (žáci osmých tříd 46,98 % a žáci devátých tříd 48,94 %). Druhou nejčastější odpovědí byla úplná sexuální abstinence, tuto zvolilo 20,64 % žáků osmých tříd a 33,45 % žáků devátých ročníků. Pochybnosti o správné odpovědi jsou patrnější u osmých tříd, kde možnost odpovědi „nevím“ volilo 12,10 % žáků, v devátých třídách to bylo už jen 4,23 %.

Tabulka 17. Rozsah vědomostí o prevenci a 100 % ochraně před HIV v oblasti pohlavního styku (8. třída)

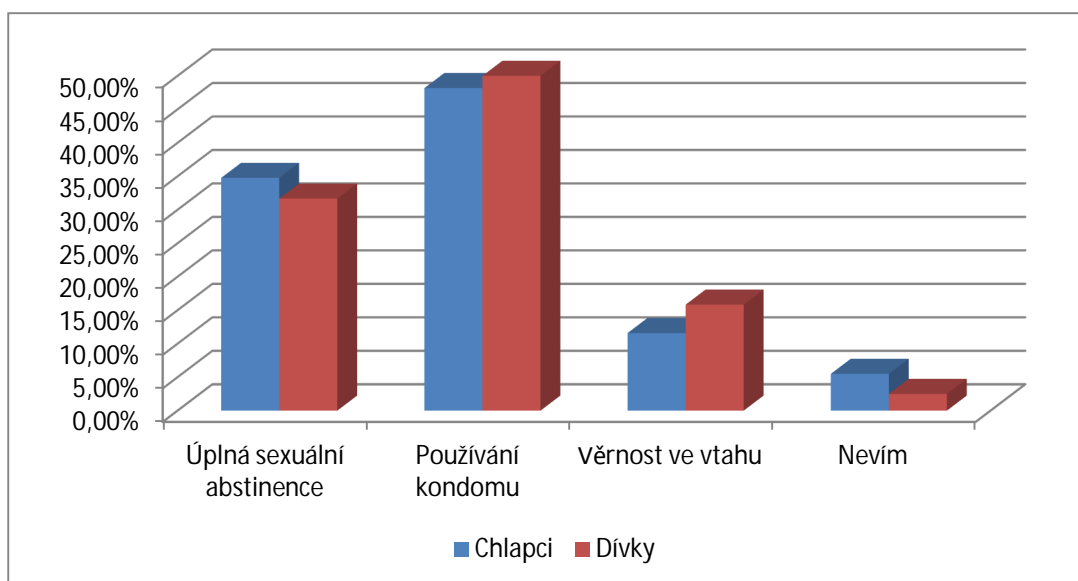
8. třída						
100 % ochrana před HIV v oblasti pohlavního styku	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Úplná sexuální abstinence	31	19,87	27	21,60	58	20,64
Používání kondomu	72	46,15	60	48,00	132	46,98
Věrnost ve vztahu	30	19,23	27	21,60	57	20,28
Nevím	23	14,74	11	8,80	34	12,10
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 18. Rozsah vědomostí o prevenci a 100 % ochraně před HIV v oblasti pohlavního styku (9. třída)

9. třída						
100% ochrana před HIV v oblasti pohlavního styku	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Úplná sexuální abstinence	57	34,76	38	31,67	95	33,45
Používání kondomu	79	48,17	60	50,00	139	48,94
Věrnost ve vztahu	19	11,59	19	15,83	38	13,38
Nevím	9	5,49	3	2,50	12	4,23
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00



Graf 15. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a co 100 % chrání před HIV v oblasti pohlavního styku



Graf 16. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a co 100 % chrání před HIV v oblasti pohlavního styku

Celkem 88,14 % respondentů v dotazníku sdělilo kladně, že kondom slouží jako ochrana před nákazou virem HIV a nemocí AIDS při pohlavním styku. Výpovědi dotázaných chlapců a dívek nejsou rozdílné, pouze větší informovanost prokázali žáci devátých tříd (94,37 %) oproti osmým třídám (81,85 %).

V další otázce se správně vyjádřilo 74,69 % žáků, že antikoncepční pilulky sice zabraňují těhotenství, ale nikterak neslouží jako ochrana před infekcí HIV při pohlavním styku. Z analýzy dat vyšlo, že mnohem lepší znalosti k této problematice mají dotazovaní z devátých ročníků, zde správnou odpověď zvolilo 83,54 % chlapců a až 85 % dívek. V osmých třídách 60,90 % chlapců a 70,40 % dívek (Tabulka 19 a 20).

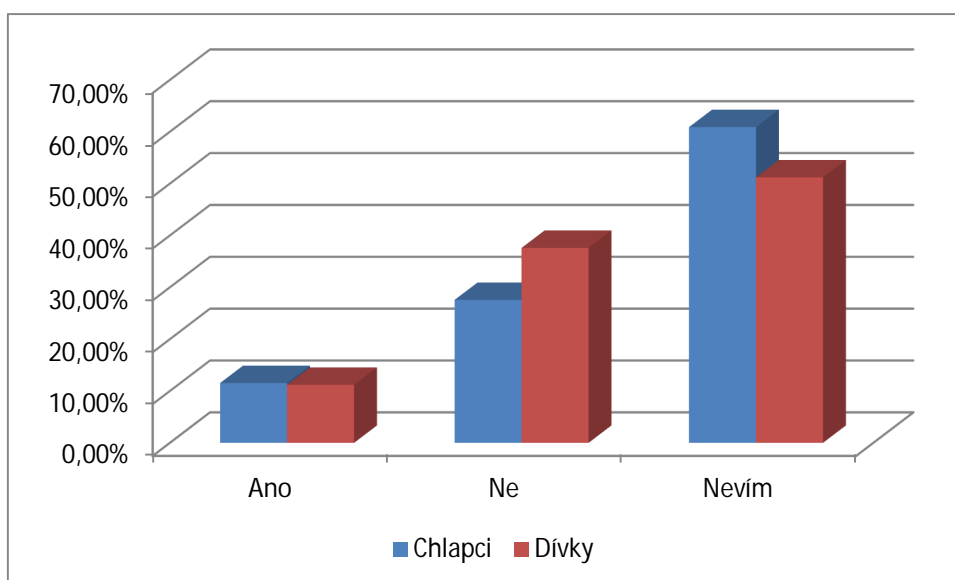
Tabulka 19. Rozsah vědomostí o ochraně před infekcí HIV pomocí antikoncepční pilulky (8. třída)

8. třída						
Chrání antikoncepční pilulky	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	17	10,90	19	15,20	36	12,81
Ne	95	60,90	88	70,40	183	65,12
Nevím	44	28,21	18	14,40	62	22,06
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

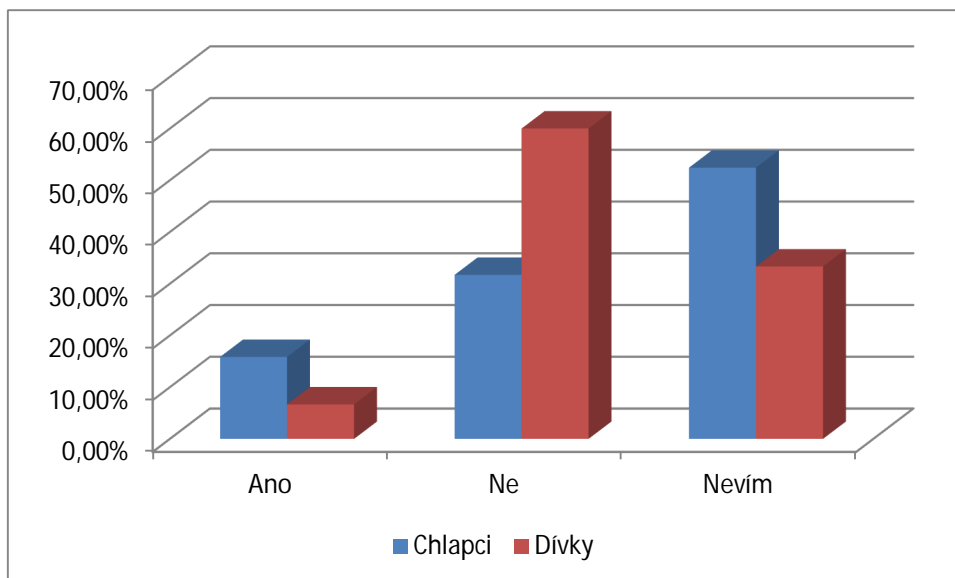
Tabulka 20. Rozsah vědomostí o ochraně před infekcí HIV pomocí antikoncepční pilulky (9. třída)

9. třída						
Chrání antikoncepční pilulky	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	10	6,10	9	7,50	19	6,69
Ne	137	83,54	102	85,00	239	84,15
Nevím	17	10,37	9	7,50	26	9,15
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00

Poslední otázka týkající se ochrany zjišťovala, zda se lze před nákazou HIV chránit pomocí nitroděložního tělíska. Grafy (Graf 17 a 18) mají vypovídající hodnotu, že žáci osmých tříd jsou v této otázce velmi na pochybách nebo mají mylné informace. Nejvíce jich volilo odpověď „nevím“, celkem 56,58 %, z toho chlapci dokonce 60,90 % a dívky 51,20 %. Žáci devátých ročníků také odpovídali nejčastěji, že nevědí (44,37 %). O této formě ochrany mají celkově dívky lepší přehled (48,57 %) než jejich vrstevníci chlapci (29,69 %). V devátých třídách je viditelný rozdíl (dívky 60 % a chlapci 31,71 %).



Graf 17. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti ochrany před nákazou HIV pomocí nitroděložního tělíska



Graf 18. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti ochrany před nákazou HIV pomocí nitroděložního tělíska

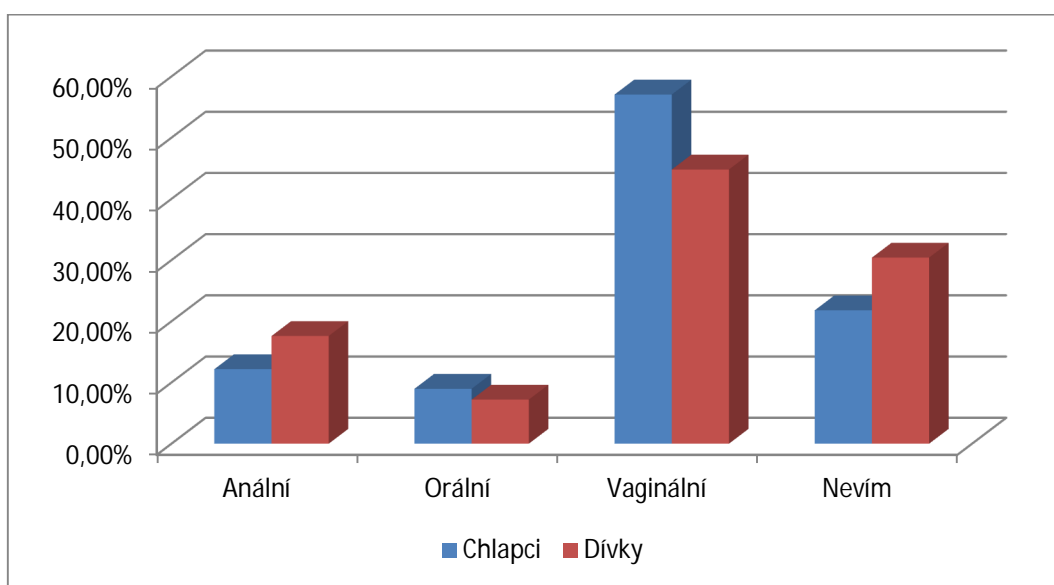
V další otázce měli žáci uvést, jaký pohlavní styk je z hlediska přenosu viru HIV a nemoci AIDS nejvíce rizikový. Nadpoloviční většina (54,51 %) uváděla, že se jedná o vaginální styk. Za povšimnutí stojí, že tuto špatnou odpověď zvolilo 57,39 % žáků devátých tříd (chlapci 61,59 % a dívky 51,67 %), což je více než u žáků osmých tříd (51,60 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo „nevím“ (20,35 %). Správně se vyjádřilo pouze 16,28 % respondentů. Variantu „anální styk“ tak uvedlo jen 12,18 % chlapců a 17,60 % dívek navštěvujících osmou třídu, v devátých ročnících 14,02 % chlapců a 23,33 % dívek. Jsou zde zjevné nedostatky ve znalostech, jak je níže uvedeno (Tabulka 21 a 22) a (Graf 19 a 20).

Tabulka 21. Rozsah vědomostí o nejvíce rizikovém pohlavním styku (8. třída)

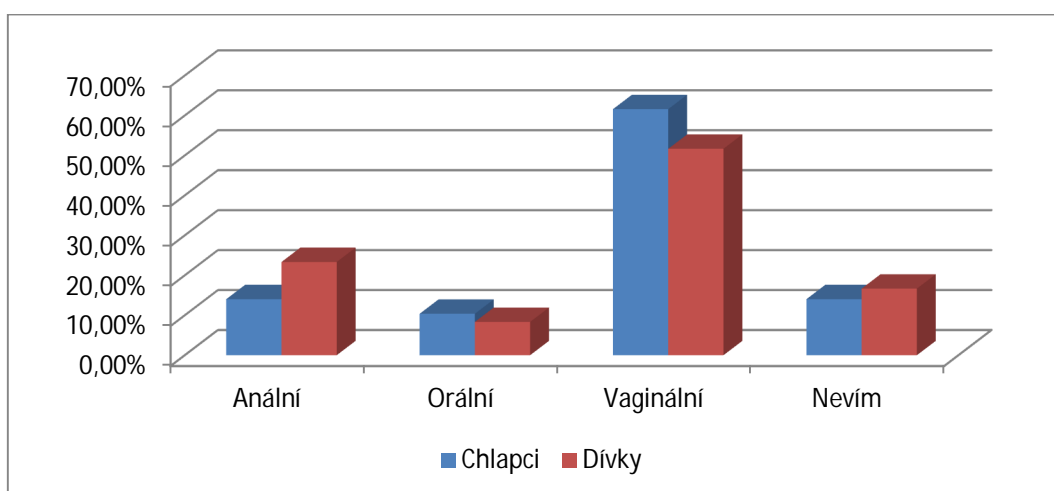
8. třída						
Nejvíce rizikový styk	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Anální	19	12,18	22	17,60	41	14,59
Orální	14	8,97	9	7,20	23	8,19
Vaginální	89	57,05	56	44,80	145	51,60
Nevím	34	21,79	38	30,40	72	25,62
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 22. Rozsah vědomostí o nejvíce rizikovém pohlavním styku (9. třída)

9. třída						
Nejvíce rizikový styk	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Anální	23	14,02	28	23,33	51	17,96
Orální	17	10,37	10	8,33	27	9,51
Vaginální	101	61,59	62	51,67	163	57,39
Nevím	23	14,02	20	16,67	43	15,14
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00



Graf 19. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a nejvíce rizikového pohlavního styku



Graf 20. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a nejvíce rizikového pohlavního styku

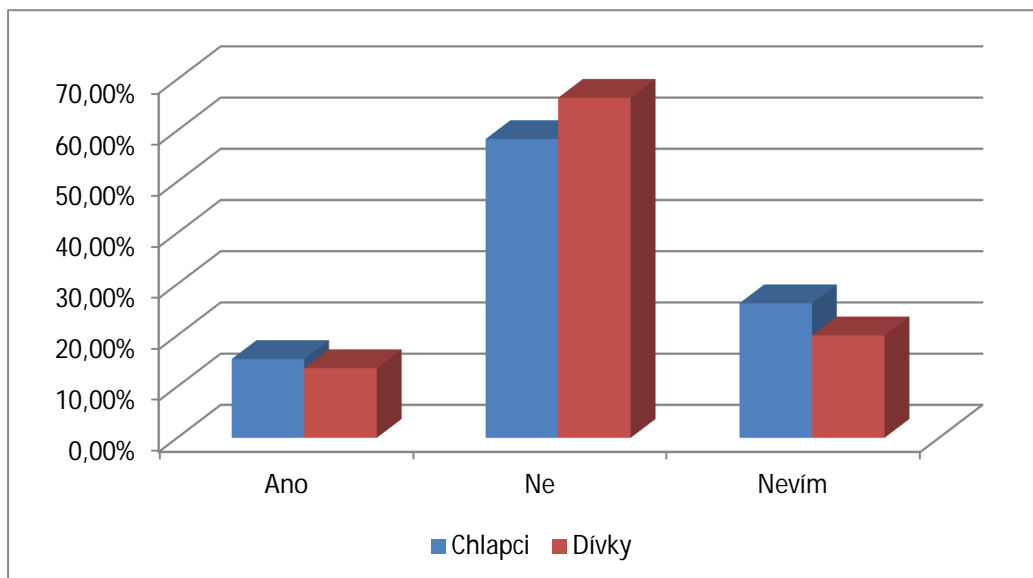
Z níže uvedených tabulek (Tabulka 23 a 24) a grafů (Graf 21 a 22) lze vypočítat, že zarážející počet respondentů (57,17 %) uvedlo, že na své základní škole dosud neměli besedu na téma HIV/AIDS. Žáci osmých tříd se takto vyjádřili v 61,92 % (dívky až 66,40 % a chlapci 58,33 %), u žáků vyššího ročníku to bylo 52,46 % (dívky 51,67 % a chlapci 53,05 %). Zajímavým ukazatelem je také 21,59 % všech dotázaných, kteří ani neví, zda na jejich škole nějaká beseda s touto tematikou probíhala či nikoliv. Takovou akci školy organizovaly na základě výpovědi žáků pouze ve 21,24 %. Besedy mnohem častěji probíhají u žáků devátých ročníků (27,82 %) než v osmých třídách (14,59 %).

Tabulka 23. Probíhající beseda na téma HIV/AIDS na základní škole (8. třída)

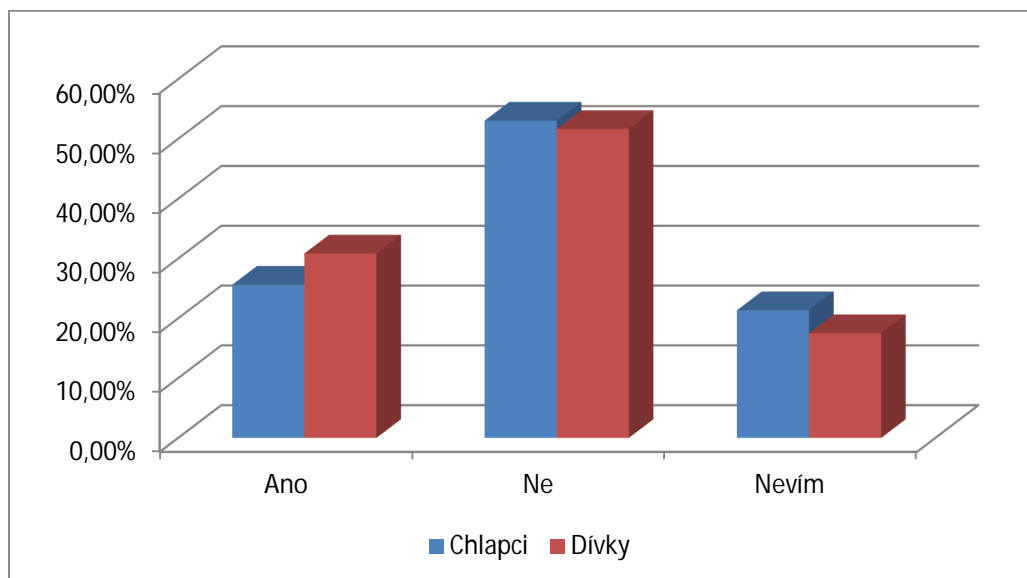
8. třída						
Beseda ve škole	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	N	%
Ano	24	15,38	17	13,60	41	14,59
Ne	91	58,33	83	66,40	174	61,92
Nevím	41	26,28	25	20,00	66	23,49
Celkem	156	100,00	125	100,00	281	100,00

Tabulka 24. Probíhající beseda na téma HIV/AIDS na základní škole (9. třída)

9. třída						
Beseda ve škole	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	42	25,61	37	30,83	79	27,82
Ne	87	53,05	62	51,67	149	52,46
Nevím	35	21,34	21	17,50	56	19,72
Celkem	164	100,00	120	100,00	284	100,00



Graf 21. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a probíhající besedy na téma HIV/AIDS na ZŠ



Graf 22. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a probíhající besedy na téma HIV/AIDS na ZŠ

4.6 Diskuze

Hlavním cílem práce bylo zjistit současnou úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ o infekci HIV a nemoci AIDS. Žádné aktuální údaje nejsou v rámci Olomouckého regionu k dispozici, proto výsledky tohoto výzkumu budou mít zcela jistě pro tuto oblast určitý přínos. Byly prohledávány databáze jako Google scholar, PubMed, Medline, Cochrane, Proquest, EBSCO. Výzkumný soubor tvořilo celkem 565 respondentů. Z celkového počtu zkoumaného souboru žáků, bylo 320 chlapců a 245 dívek 8. a 9. tříd ZŠ.

Jak již vyplynulo z předchozí teoretické části, je infekce HIV a nemoc AIDS stále velkým celosvětovým zdravotním, ekonomickým i sociálním problémem, i přestože dle posledních dostupných informací má počet nově nakažených lidí (dospělí a děti) klesající tendenci. V roce 2011 to bylo 2,5 miliónů nových případů, což je o 20 % nižší počet než v roce 2001. Tento pokles se nadále snižuje, a to především díky mezinárodním kampaním proti této chorobě (Sidibé, 2012).

Efektivní výuka o nákaze HIV a nemoci AIDS může pomoci zabránit vzniku nových infekcí a také může hrát důležitou roli při snižování stigmatizace a diskriminace osob s tímto onemocněním. Knut-Inge et al. (1994) navrhli program na snížení rizika dětské infekce HIV. Jde o zlepšení přístupu, tolerance a péči o lidi s onemocněním AIDS. Do studie bylo zařazeno 2026 žáků průměrného věku 14 let. Byli rozděleni na kontrolní a intervenční skupinu, kdy probíhal týdenní tréninkový workshop a 2-3 měsíční výuka o HIV/AIDS (průměrně 20 hodin výuky ve třídě). Z výsledků jejich výzkumu vyplývá, že efektivní výuka o HIV/AIDS vede k významně vyšší informovanosti, a tím také ke snížení rizika infekce HIV u těchto dětí a dospívající mládeže.

Z našeho výzkumu vyplývá, že více než polovina respondentů má dostatečné znalosti o HIV/AIDS. Většina námi dotazovaných žáků (97,35 %) se již s pojmem HIV a AIDS setkala. 362 respondentů odpovědělo správně na otázku „Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?“. Rozdíl mezi těmito pojmy je jasný především dívkám 9. tříd ZŠ.

Otázka mapující znalosti žáků ZŠ o tělních systémech, které virus HIV nejčastěji napadá, je jasná opět více žákům 9. tříd. Správnou odpověď, že virus HIV způsobující onemocnění AIDS napadá a ničí imunitní systém (Connor, 1991), označilo 71,88 % chlapců a 72,65 % dívek. Taktéž ze zahraničních výzkumů vyplývá, že chlapci a mladší

studenti (15 let), vyžadují intenzivnější a systematictější informace o infekci HIV a nemoci AIDS prostřednictvím vhodných intervencí (Merakou, 2002).

Prostřednictvím dotazníku jsme také zjišťovali, jak je možné se HIV virem nakazit. Většina žáků (78,58 %) se shodla na odpovědi nechráněným pohlavním stykem. Z výsledků našeho výzkumu lze usuzovat, že chlapci mají v oblasti přenosu viru HIV, prostřednictvím kontaminovaných injekčních jehel, lepší znalosti než dívky v obou ročních ZŠ.

Celkově se však objevily i mylné odpovědi, jak se HIV přenáší (kašláním, kýcháním, líbání apod.). Z analýzy vyplývá rovněž neznalost žáků o možnosti nákazy virem HIV během kojení. Celkem 40 % dotázaných si myslí, že kojení je bez rizika a tudíž nemají povědomí o tom, že virus HIV se nachází v menším množství také v mateřském mléce. K podobnému zjištění došli ve svých výzkumech i mnozí zahraniční autoři. I zde bylo uvedeno mnoho mylných představ o cestách přenosu. Nesprávně byly označeny odpovědi bodnutí komárem (33 %), veřejné bazény (21 %), veřejné záchody (20 %) a podobně (Agrawal, 1999; Sikand, 1996; DiClemente, 1991).

Z otázek věnující se oblasti očkování, diagnostiky a léčby HIV/AIDS, jsme se dále zaměřili na možnost zjištění přítomnosti HIV/AIDS v organismu člověka. Většina respondentů (76,64 %) odpověděla správně, a to z krve. Na otázku, zda lékaři testují přítomnost HIV v organismu při běžné preventivní lékařské prohlídce, opět odpověděla většina respondentů správně (71,50 %), že nikoliv. I v následující otázce, zda je onemocnění AIDS léčitelné, odpovědělo 357 žáků 8. i 9. tříd správně. 208 žáků však označilo chybnou odpověď, což je poměrně velký počet respondentů. Z výsledných dat je pro žáky také poněkud nejasná otázka, zda se lze nechat proti HIV/AIDS očkovat. Zde pouze necelá polovina (48,85 %) respondentů uvedla správnou odpověď.

Podrobnější analýza dat vykazuje nedostačující informovanost v jedné ze zásadních otázek, týkajících se HIV/AIDS. „Za jak dlouho po rizikovém chování byste se nechali vyšetřit na HIV?“ Alarmující je nejčastější odpověď (31,33%), kdy se dotazovaní chybně domnívají, že se mohou nechat otestovat hned následující den po rizikovém chování. Z těchto zjištění vyplývá, že je potřeba zavádět do výuky na základních školách stále více informací o tomto onemocnění.

Z dostupných výzkumů vyplývá, že lepší znalosti v oblasti problematiky HIV/AIDS nemusí vést nutně ke změně v chování, a tak snížení rizika nákazy virem HIV (Rubin, 1992). Ovšem mnozí autoři jsou přesvědčeni, že opakované rozhovory s

učiteli a poradci ve třídě o tomto důležitém tématu, mají vliv na postoje určitého procenta žáků (Tavoosi, 2004).

Ze zahraničních výsledků jsou zajímavé také postoje žáků k HIV pozitivním spolužákům. Tento postoj je značně netolerantní. Žáci zde uvádějí, že by nechtěli sedět v blízkosti takto nakaženého spolužáka, že by se s nakaženým kamarádem přestali přátelit a podobně (Brook, 1999, Merakou, 2001). Tyto postojové problémy mohou být do značné míry způsobeny nedostatečnou informovaností o této problematice, o možnostech přenosu HIV infekce. V našem výzkumném šetření jsme se také věnovali postojům žáků 8. a 9. tříd k infekci HIV a onemocnění AIDS. Z analýzy je patrný neuspokojivý názor chlapců navštěvujících 8. třídu (32,05 %) a 9. třídu (32,32 %), že jich se infekce HIV a onemocnění AIDS netýká. Téměř 11 % všech respondentů uvádí, že se HIV/AIDS týká pouze homosexuálů, narkomanů a prostitutek, což opět vypovídá o nedostatečné informovanosti chlapců i dívek v této problematice.

Následně jsme se ve výzkumu zaměřili na prevenci proti HIV/AIDS a možnostem ochrany před nákazou. Žáci odpovídali, že 100 % ochranou před infekcí HIV v oblasti pohlavního styku je používání kondomu (žáci osmých tříd 46,98 % a žáci devátých tříd 48,94 %). Druhou nejčastější odpovědí byla úplná sexuální abstinence, tuto zvolilo 20,64 % žáků osmých tříd a 33,45 % žáků devátých ročníků. Ovšem i tato problematika vyžaduje zvýšenou pozornost a ve výuce žáků je nutné se jí věnovat. I přesto, že žáci vědí o riziku infekce HIV a onemocnění AIDS, cítí se jako „nenakazitelní“, nepřipouští si, že by také oni mohli někdy onemocnět, o čemž svědčí i výsledky našeho výzkumu. Až 70,62 % námi dotazovaných žáků nikdy neuvažovalo nad tím, že by se nechalo testovat na HIV.

Dle Jadacka (1995), Carducciho (1995) jsou mladí muži ochotni více riskovat. Chlapci obecně vykazují více riskantní chování a přiznávají, že pokud by se jim dívka líbila, měli by s ní sex i bez použití kondomu. Z odpovědí našich respondentů je také zajímavé, že 135 žáků vůbec neví, jak se kondom nasazuje. Je tedy vhodné doplnit sexuální výuku či besedu o HIV/AIDS také praktickým nácvikem nasazování kondomu. Také Kayiki a Forste (2011) doporučují používání kondomů jako prevenci před nákazou virem HIV. Doporučují, aby programy na prevenci HIV/AIDS přinášely nejen informace o rizicích této nákazy, ale také informovaly o správnosti užití kondomů, s cílem vytvořit u žáků pozitivní postoj k jejich používání. Nejnovější výzkumy prokazují, že sexuální výchova a propagace kondomů mezi mládeží nezvyšují sexuální aktivitu, ani nepodporují rizikové sexuální chování (Michielsen, 2010). Někteří

zahraniční autoři výslovně uvádějí neochotu učitelů a zdravotníků, k projednání používání kondomů s mládeží (Maticka-Tyndale, 2007; Okonofua, 2003; Shuey, 1999).

Z analýzy našich výsledků jsme zjistili, že dosud 57,17 % respondentů nemělo žádnou besedu či informace ohledně HIV/AIDS zařazeno do výuky. Jak uvádí zahraniční statistiky, omezení zdrojů či obecná dezorganizace ve školách často brání provádění plánovaných činností, což vede k tomu, že čas určený na plánované aktivity, besedy a podobně, je často velmi omezen nebo zrušen úplně (Karnell, 2007; Magnani, 2005). Získaná data jen dokládají nutnost zařazení celé problematiky o HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných nemocí do výchovně-vzdělávacího procesu. Školy se ale nemusejí zásadně držet pouze teoretického výkladu a přednášek v hodinách výchovy ke zdraví či sexuální výchovy, kde bývá tato tematika zařazena. Mohou využít nejrůznějších interaktivních metod ve výuce a práci školy.

Celkově praktická část výzkumu odhalila variabilní nedostatek znalostí o infekci HIV a nemoci AIDS mezi žáky ZŠ. Dívky prokazovaly mírně vyšší úroveň znalostí ve srovnání s chlapci. Taktéž žáci 9. tříd disponovali lepšími vědomostmi než mladší spolužáci z 8. tříd. Tyto výsledky se shodují i se staršími výsledky studií autorů Brook (1999) a Green (1991).

Cílem diplomové práce bylo zjistit současnou úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ o infekci HIV a nemoci AIDS. Tento cíl byl splněn.

ZÁVĚR

Diplomová práce poukazuje na aktuálnost řešené problematiky v oblasti infekce HIV a onemocnění AIDS a nutnost zařazení tohoto tématu do výchovně-vzdělávacího procesu. V rámci preventivních a výchovně-vzdělávacích programů uspořádala Krajská hygienická stanice Olomouckého kraje se sídlem v Olomouci, za spolupráce kraje, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Katedrou antropologie a zdravotní vědy a Státním zdravotním ústavem v Praze, akci nazvanou „Hrou proti AIDS“. Její součástí se stalo i naše výzkumné šetření, které probíhalo formou dotazníku. Projekt byl zaměřen na žáky 8. a 9. tříd základních škol v Olomouckém regionu, jehož se účastnilo 565 žáků z osmi základních škol a cílem bylo zjistit úroveň žáků 2. stupně ZŠ o infekci HIV a nemoci AIDS, možnostech přenosu a způsobech prevence. Z výsledků primární analýzy vyplynulo, že 97,35 % žáků se již s pojmem HIV a AIDS setkala a 78,58 % námi dotázaných si je také vědoma nejčastější cesty přenosu viru, prostřednictvím nechráněného pohlavního styku. Dalším preventivním působením, ať už ve školách nebo mimoškolních aktivitách je zapotřebí u žáků vyvrátit některé mylné informace, týkající se možného přenosu HIV/AIDS skrze užívání společných prostor, líbání, kašláním, kýcháním a podobně. Naopak zdůraznit určité riziko nákazy prostřednictvím kojení, jež se 40 % respondentů domnívá, že je zcela bez rizika. Z průzkumu vyplynula skutečnost, že prevence v životě teprve dospívající mládeže se vyplácí a je nutné zařadit tuto problematiku do výuky a výchovy dětí. Doporučením pro výuku v oblasti HIV/AIDS na školách je, že se nemusejí striktně držet pouze teoretických výkladů a přednášek ve výuce výchovy ke zdraví či sexuální výchovy, ale využít nejrůznějších interaktivních metod ve výuce, besed a akcí. Je to způsob, jak žákům podat potřebné informace netradičním a poutavým způsobem. Je důležité připravit mladé lidi na život v dospělosti a utvářet v nich správné postoje, úsudky a názory. Cíle práce byly splněny a výzkum dokládá lepší úroveň znalostí žáků 9. tříd, můžeme tak usuzovat, že se této tématice věnují mnohem více a častěji než jejich mladší vrstevníci. Rovněž dívky disponují více informacemi než populace chlapců. Výsledky šetření mohou být podnětem pro další vzdělávání v dané problematice a následné informovanosti žáků, čímž se posílí prevence, která je v současnosti jedinou

možnou ochranou proti této zákeřné chorobě. Zdraví je totiž to nejdůležitější, co člověk v životě má a je potřeba k němu také tak přistupovat.

SOUHRN

Diplomová práce na téma Úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ v otázkách prevence a přenosu viru HIV a nemoci AIDS, ve své teoretické části vymezuje nejen základní informace o tomto infekčním onemocnění, možnostech přenosu a způsobech prevence, ale popisuje také specifika dětí staršího školního věku a dospívající mládeže. Přibližuje oblast výchovy ke zdraví a začlenění problematiky HIV/AIDS do výchovně –vzdělávacího procesu. Výzkumné šetření formou dotazníku, se stalo součástí preventivně výchovné akce na téma HIV/AIDS, zaměřené na žáky 8. a 9. tříd základních škol v Olomouckém kraji. Výsledky výzkumu zjišťující informovanost žáků budou zcela jistě přínosem pro následující edukaci ve školách.

Klíčová slova:

AIDS, infekce HIV, prevence, přenos HIV/AIDS, sexuální výchova, úroveň znalostí, výchova ke zdraví, žáci základní školy

SUMMARY

The diploma thesis under the title The Level of knowledge second level students of elementary schools on issues of prevention and transmission of HIV and AIDS, in its theoretical part defines the basic information on this infectious disease, transmissibility and methods of prevention, but also describes the specifics of school children and adolescents. Approaching the area of health education and the integration of HIV/AIDS in education - learning process. The research investigation questionnaire form, has become part of the action preventive education on HIV / AIDS, focusing on the pupils of the 8th and 9 elementary school classes in the. The results of research investigating the awareness of students will certainly benefit the following education in schools.

Keywords:

AIDS, HIV infection, prevention, transmission HIV/AIDS, sexual education, level of knowledge, health education, students of elementary school

REFERENČNÍ SEZNAM

1. AGRAWAL, HK., RAO, RS., CHANDRASHEKAR, S., ET AL. Knowledge of and attitude to HIV/AIDS of senior secondary school pupils and trainee teachers in Udipi District, Karnataka, India. *Annal of Tropical Paediatric*, 1999, vol. 19, s. 143-149. ISSN 0272-4936.
2. *Averting HIV and AIDS* [online]. AVERT, [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: www.avert.org.
3. BENEŠOVÁ, D. Společně proti drogám a AIDS v roce 2000. *Hygienu: časopis pro ochranu a podporu zdraví*, 2002, roč. 47, č. 1, s. 29-31. ISSN 1210-7840.
4. BROOK, U. AIDS knowledge and attitudes of pupils attending urban high schools in Israel. *Patient Education and Counseling*, 1999, vol. 36, s. 271-278. ISSN 0738-3991.
5. BRŮČKOVÁ, M. Mládež si z AIDS nedělá příliš těžkou hlavu. *Sondy: týdeník pro sociální otázky*, 2007, roč. 17, č. 13, s. 12. ISSN 0322-8800.
6. CARDUCCI, A., FRASCA, M., GRASSO, A., TERZI, I., AVIO, CM. AIDS related information, attitudes and behaviours among Italian male young people. *European Journal of Epidemiology*, 1995, vol. 11. no. 1, s. 23-31. ISSN 1573-7284.
7. CONNOR, S., KINGMANOVÁ, S. *AIDS ztracená imunita*. Praha: Panorama, 1991. 309 s. ISBN 80-7038-209-0.
8. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
9. ČERNÝ, R., MACHALA L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
10. *Česká společnost AIDS pomoc* [online]. ČSAP [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/>.
11. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
12. DICLEMENTE, RJ., LANIER, MM., HORAN, PF., ET AL. A comparison of AIDS knowledge, attitude and behaviors among incarcerated adolescents and public school sample in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 1991, vol. 81, s. 628-630. ISSN 0090-0036.
13. DVOŘÁK, J., A KOL. *Ve stínu AIDS*. Praha: Academia, 1992. 164 s. ISBN 80-200-0236-7.
14. EVIAN, C. *Primary HIV/AIDS care*. Oxford: Macmillan, 2005. 342 s. ISBN 1-4050-6386-6.

15. GREEN, MS., CARMEL, S., TSUR, S., ET AL. Differences in general knowledge of AIDS, its transmission and prevention among Israelis aged 18–19 years. *European Journal of Public Health*, 1991, vol. 1, s.75-78. ISSN 1210-7778.
16. HECHT, F., SOLOWAY, B. *HIV infection – A Primary Care Approach*. Massachusetts: Medical Society, 1993. 56 s. ISBN 0-910133-35-2.
17. HIV/AIDS. *Demografie* [online]. [cit. 2010-05-25]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_hiv
18. HOLUB, J., A KOL. *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Avicenum, 1993. 141 s. ISBN 80-7169-068-6.
19. JADACK, RA., HYDE, JS., KELLER, ML. Gender and knowledge about HIV, risky sexual behaviour, and safer sex practices. *Research in Nursing & Health*, 1995, vol. 18, no. 4, s. 313-24. ISSN 1098-240X.
20. JOHNSON, E. *Jak se vyhnout AIDS*. Praha: Lunarion, 1993. 208 s. ISBN 80-901031-9-7.
21. JUNGBAUEROVÁ, L. Jak dále v problematice AIDS? *Biologie – chemie – zeměpis: časopis pro výuku na základních a středních školách*, 1993, roč. 2, č. 3, s. 111-112. ISSN 1210-3349.
22. KARNELL, AP., CUPP, PK., ZIMMERMAN, RS., ET AL. Efficacy of an American alcohol and HIV prevention curriculum adapted for use in South Africa: results of a pilot study in five township schools. *AIDS Education and Prevention*, 2006, vol. 18, s. 295–310. ISSN 0899-9546.
23. KAYIKI, S., FORSTE, R. HIV/AIDS Related Knowledge and Perceived Risk Associated with Condom Use among Adolescents in Uganda. *African Journal of Reproductive Health March*, 2011, vol. 15, no. 1, s.57-64. ISSN 1118-4841.
24. KNUT-LNGE, K. ET. AL. AIDS education for primary school children in Tanzania. *Journal Of The International IDS Society*, 1994, vol. 8, no. 8, s. 1157-1162. ISSN 1025-1196
25. KOTÁSEK, J., A KOL. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice – Bílá kniha*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání: Tauris, 2001. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
26. KUBÁTOVÁ A. Hrou proti AIDS. *Hygienu: časopis pro ochranu a podporu zdraví*, 2002, roč. 47, č. 1, s. 24-29. ISSN 1210-7840.
27. LIBA, J. *Zdravie v kontexte edukácie*. Prešov: PF PU, 2007. 255 s. ISBN 978-80-8068-539-3.

28. MAGNANI, R., MACINTYRE, K., KARIM, AM., ET AL. The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviors in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol. 36, s. 289–304. ISSN 1054-139X.
29. MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2005. 269 s. ISBN 80-7184-867-0.
30. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., A KOL. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
31. MARÁDOVÁ, E. *Metodická příručka – výchova ke zdraví, školní vzdělávací program pro 6.-9. ročník základní školy*. Praha: Fortuna, 2006. 48 s. ISBN 80-7168-973-4.
32. MAREŠOVÁ, M. Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2012. [online]. SZÚ, Státní zdravotnický ústav. [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2012>.
33. MATICKA-TYNDALE, E., WILDISH, J., GICHURU, M. Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Program Planning*, 2007, vol. 30, s. 172–186. ISSN 01497189.
34. MAYER, V. *AIDS – dráma, otázky, východiska*. Bratislava: Slovenská akadémia vied, ústav zdravotnej výchovy v Bratislave, 1990. 214 s. ISBN 80-224-0254-0.
35. MERAKOU, K. ET AL. Knowledge, attitudes and behaviour after 15 years of HIV/AIDS prevention in schools. *The European Journal of Public Health*, 2002, vol. 12, no. 2, s. 90-93. ISSN 1101-1262.
36. MICHELSEN, K. ET AL. Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials. *AIDS: Oficial Journal of the International AIDS Society*, 2010, vol. 24, no. 8, s. 1193-2102. ISSN 1473-5571.
37. MUŽÍKOVÁ, L. The Czech Public's Opinions on Health Education in Primary Schools. In Řehulka, E. et al. *School and Health 21 Topical Issues in Health Education*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. s. 9.-18. ISBN 978-80-210-4930-7.
38. MUŽÍKOVÁ, L. *Východiska k implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů pro základní vzdělávání: disertační práce*. Brno: Masarykova univerzita, PF, 2008. 151 s., 4 s. příloh.
39. Národní program boje proti AIDS v České republice [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/udaje-ve-svete.html>.
40. NEŠPOR, K. Peer programy – hit dneška. *Učitel'ské noviny – týdeník pro učitele a přátele školy*. Praha: Gnosis, Roč. 98, č. 28, 1995. s. 11. ISSN 0139-5718.

41. NETT, A. *AIDS – výzva k lidem*. Brno: Masarykova univerzita, 1992. 86 s. ISBN 80-210-0409-6.
42. OKONOFUA, FE., COPLAN, P., COLLINS, S., *ET AL.* Impact of an intervention to improve treatment-seeking behavior and prevent sexually transmitted diseases among Nigerian youth. *International Journal of Infectious Diseases*, 2003, vol. 7, s. 61–73. ISSN 1202-9712.
43. PALISA, V. *Acquired Immunodeficiency Syndrom - AIDS*. Praha: Univerzita Karlova, 1990. 42 s. ISBN 80-7066-139-9.
44. PETROVÁ, I. Problém sexuální výchovy mladé generace. *Časopis Mládež, společnost a stát*, č. 4, 1993, s. 34-42. ISSN 1210-6380.
45. PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 115 s. ISBN 80-244-1412-0.
46. ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.
47. RUBIN, STIFFMAN, A., EARLS, F., DORE, P., CUNNINGHAM, R. Changes in AIDS related risk behavior after adolescence: relationships to knowledge and experience concerning HIV infection. *Pediatrics*, 1992, vol. 89, s. 950-966. ISSN 0031-4005.
48. ŘEHULKA, E., A KOL. *Škola a zdraví 21. Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 282 s. ISBN 978-80-210-5533-9.
49. SALAČOVÁ, L. *Nebezpečná zóna*. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1992. 12 s. ISBN 80-7071-018-7.
50. SHUEY, DA., BABISHANGIRE, BB., OMIAT, S., BAGARUKAYO, H. Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti district, Uganda. *Health Education Research*, 1999, vol. 14, ISSN 0268-1153.
51. SIDIBÉ, M. *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: UnAIDS, 2012. 212 s. ISBN 978-92-9173-592-1.
52. SIKAND, A., FISHER, M., FRIEDMAN, S. AIDS knowledge, concerns, behavior changes among inner-city high School students. *Journal of Adolesc Health* 1996, vol. 18, s. 325-328. ISSN 1054-139X.
53. STEHLÍKOVÁ, D., STUPKA, J. *Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2009 -2010*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2011, 651 s. ISBN 978-80-7071-318-1.
54. SVENSON, G., A KOL. *Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS*. SZÚ: Národní program boje proti AIDS, 2003. 48 s. ISBN 80-7071-220-1.

55. ŠEJDA, J., ET AL. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. Praha: Galén, 1993. 267 s. ISBN 80-85824-02-7.
56. TAVOOSI, A., ET AL. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*, 2004, vol. 4, no. 17, ISSN 1471-2458.
57. VÁŇOVÁ, M. *Pedagogům o prevenci AIDS*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1991. 27 s. ISBN 978-80-87000-29-8.
58. VOLBERDING, P., A., SANDE, M., A. *Global HIV/AIDS Medicine*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. 830 s. ISBN 978-1-4160-2882-6.
59. WEISS, P. Sexuální chování českých adolescentů a jeho rizikovost z hlediska infekce HIV/AIDS: výsledky národního výzkumu. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 1995, roč. 39, č. 5, s. 425-432. ISSN 0009-062X.
60. WEISS, P. Vývojové trendy v oblasti sexuální morálky a sexuálního chování. *Časopis Mládež, společnost a stát*, 1995, č. 3, s. 22-32. ISSN 1210-6380.

Seznam grafů

Graf 1. Výskyt infekce HIV a nemoci AIDS za období od roku 1990 – 2013 v ČR

Graf 2. Výskyt viru HIV ve světě v letech 1990 – 2009

Graf 3. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví – rozdíl mezi HIV a AIDS

Graf 4. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví - rozdíl mezi HIV a AIDS

Graf 5. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV líbáním

Graf 6. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV líbáním

Graf 7. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV kašláním

Graf 8. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti přenosu infekce HIV kašláním

Graf 9. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti zjištění přítomnosti HIV/AIDS v organismu

Graf 10. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti zjištění přítomnosti HIV/AIDS v organismu

Graf 11. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a kdy by se šli nechat žáci otestovat na HIV

Graf 12. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a kdy by se šli žáci nechat otestovat na HIV

Graf 13. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a odpovědi na otázku zda existuje proti AIDS očkování

Graf 14. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a odpovědi na otázku zda existuje proti AIDS očkování

Graf 15. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a postojů, zda se HIV/AIDS týká i žáků samotných

Graf 16. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a co 100 % chrání před HIV v oblasti pohlavního styku

Graf 17. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a možnosti ochrany před nákazou HIV pomocí nitroděložního tělíška

Graf 18. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a možnosti ochrany před nákazou HIV pomocí nitroděložního tělíška

Graf 19. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a nejvíce rizikového pohlavního styku

Graf 20. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a nejvíce rizikového pohlavního styku

Graf 21. Rozdělení 8. třídy dle pohlaví a probíhající besedy na téma HIV/AIDS na ZŠ

Graf 22. Rozdělení 9. třídy dle pohlaví a probíhající besedy na téma HIV/AIDS na ZŠ

Obrázek 1. Zastoupení krajů ČR v četnosti výskytu infekce HIV

Obrázek 2. Výskyt dětí do 15 let žijících ve světě s virem HIV

Seznam příloh

- Příloha 1 Dotazník
- Příloha 2 Návod k použití kondomu
- Příloha 3 Slovníček pojmů užitých v práci

Přílohy

Příloha 1 - Dotazník

PRE

Dotazník

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

Třída: _____ Věk: _____

Pohlaví: Muž Žena

1. Slyšel/a jsi už někdy o HIV/AIDS?

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

2. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

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

3. HIV napadá:

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

4. Nejčastější způsob přenosu HIV se uskutečňuje:

1) Transfúzí krve.

- 2) Injekčním užíváním drog.
- 3) Libáním.
- 4) Nechráněným pohlavním stykem.
- 5) Kýcháním a kašláním.
- 6) Nevím.

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

5.1 Bodnutí hmyzem

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.2 Libání

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.3 Nechráněný pohlavní styk

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.4 Podání ruky

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.5 Kýchání, kašláni

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.6 Kojení

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.7 Používání stejného WC a sprch

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.8 Sdílení injekčních jehel a dalších pomůcek narkomanů

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.9 Časté střídání sexuálních partnerů

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.10 Krevní transfuze

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.11 Kontaminovaná voda a potraviny

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

5.12 Těhotenství

1) Rizikové. 2) Bez rizika. 3) Nevím.

6. Přítomnost HIV/AIDS v organismu se zjišťuje:

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

PRE

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

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

8. Lze AIDS vyléčit?

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

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

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

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

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

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

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

16. Lze se proti HIV/AIDS nechat očkovat?

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

17. Vyskytuje se HIV/AIDS i v ČR?

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

1) Hned následující den.

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

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

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

20. Víš, jak se správně nasazuje kondom?

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

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

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

1) Ano. 2) Ne. 3) Nevím.

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

Příloha 2 - Návod k použití kondomu



1. Je třeba rozdělat fólii a vyndat kondom – pozor na nehty a zuby! Poškozený kondom ti je k ničemu.
2. Špičku kondomu přidrž palcem a ukazováčkem tak, aby se vytlačil vzduch. Pak jej naroluj na ztopořený penis tak, aby byl konec kondomu s rezervoárem prázdný.
3. Velmi důležitou zásadou pro správné použití je nasadit ho až ke kořeni penisu, snižuješ tak riziko sklouznutí až na samotné minimum!
4. Po pohlavním styku je třeba penis z vagíny rychle vytáhnout! Penis ochabuje a začne se zmenšovat a kondomu se stejný proces netýká! Platí zásada – včas ven! Mohlo by dojít ke sklouznutí a po něm by Tě mohly čekat nepříjemnosti s hledáním, kterým se dá jednoduše předejít, stejně jako problémům s nechráněným sexem.
5. Použitý kondom hygienicky znehodnoť. Nikdy ho nesplachuj do WC.

Příloha 3 - Slovníček pojmů užitých v práci

AIDS – zkratka pro počáteční písmena anglických slov Acquired Immunodeficiency Syndrome, syndrom získaného imunodeficitu

Asymptomatická infekce – infekce bez příznaků onemocnění

Bisexualita – sexuální orientace přibližně stejně silná na muže i ženy

Deficience – nedostatečnost

ELISA – zkratka anglického Enzyme Linked Imunosorbent Assay, klasická metoda pro průkaz přítomnosti protilátek v krvi

Heterosexuality – pohlavní náklonnost k druhému pohlaví

Homosexuality – pohlavní náklonnost k osobám stejného pohlaví

HIV – zkratka počátečních písmen anglických slov Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunodeficience, virus lidského selhání imunity

Imunita – schopnost obrany organismu proti infekcím

Infekce – nákaza, při které napadá parazit svého hostitele

Inkubační doba – doba, která uběhne od proniknutí viru do těla do prvních příznaků onemocnění

Kaposiho sarkom – zhoubný nádor kůže, vzácněji i jiných orgánů

Kondom – mužský ochranný antikoncepční prostředek, prezervativ

Latentní infekce – skrytá, neprojevuje se žádným klinickým příznakem

Lymfocyty – bílé krvinky, specializované na imunitní obranu organismu

Menarche – první menstruace

Oportunní infekce – infekce způsobená mikroorganismy, proti kterým je zdravý organismus obvykle odolný

Pandemické choroby – choroby neomezené na určité místo nebo oblast, nákaza rozšířená ve více zemích

Prevence – předcházení nemocem

Profylaxe – opatření k zabránění vzniku choroby

Promiskuita – časté střídání sexuálních partnerů

Puberta – období, ve kterém zahajují činnost pohlavní orgány

Retroviry – viry obsahující genetický materiál ve formě RNA, pomocí reverzní transkriptázy jsou schopny se přepsat do DNA

Syndrom – soubor příznaků charakterizujících chorobný stav

Virus – choroboplodný činitel malých rozměrů, který je schopen se rozmnožovat v hostitelských buňkách lidského, živočišného nebo rostlinného těla

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Petra Holušová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ v otázkách prevence a přenosu viru HIV a nemoci AIDS
Název v angličtině:	Level of knowledge second level students of elementary schools on issues of prevention and transmission of HIV and AIDS
Anotace práce:	Diplomová práce má za cíl zjistit úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ v otázkách prevence a přenosu viru HIV a nemoci AIDS. V teoretické části jsou shrnuty relevantní informace o HIV/AIDS, popisuje specifika dětí staršího školního věku a dospívající mládeže, přibližuje oblast výchovy ke zdraví a začlenění problematiky do výchovně-vzdělávacího procesu. Kvantitativním výzkumem práce ověřuje současný stav informovanosti žáků a předkládá analýzu dotazníkového šetření.
Klíčová slova:	AIDS, infekce HIV, prevence, přenos HIV/AIDS, sexuální výchova, úroveň znalostí, výchova ke zdraví, žáci ZŠ
Anotace v angličtině:	The diploma thesis aims to identify level of knowledge second level students of elementary schools on issues of prevention and transmission of HIV and AIDS. In the theoretical part is a summarizes of relevant information about HIV/AIDS, describes the specifics of school children and adolescents, it approximates the area of health education and inclusion issues into the educational process. Quantitative research diploma thesis verifies the current state of knowledge of the students and presents an analysis of the research investigation.
Klíčová slova v angličtině:	AIDS, HIV infection, prevention, transmission HIV/AIDS, sexual education, level of knowledge, health education, students of elementary school

Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 – Dotazník Příloha 2 – Návod k použití kondomu Příloha 3 - Slovníček pojmů užitých v práci
Rozsah práce:	78 stran + 3 přílohy
Jazyk práce:	Čeština