

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Veronika Svobodová

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Problematika primární prevence rizikového sexuálního chování na vybraných
školách v ČR

Veronika Svobodová

Vedoucí práce: Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na
vzdělávání – Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika primární prevence rizikového sexuálního chování na vybraných školách v ČR vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 19. března 2018

.....

podpis

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Ing. Bc. Aleně Váchové, Ph.D. za odborné vedení práce, odborný dohled a za cenné rady a informace, podnětné připomínky a za vstřícný přístup a pomoc při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku primární prevence rizikového sexuálního chování na vybraných základních školách v ČR. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána prevence, typy prevence, historie primární prevence, rizikové chování, rizikové sexuální chování. Dále se zabývá rizikovými a protektivními faktory, RVP a sexuální výchovou, riziky rizikového sexuálního chování a HIV/AIDS. Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu, jehož cílem je zjištění dosavadních informací žáků 9. tříd vybraných základních škol v Praze o HIV/AIDS a odkud tyto informace mají.

KLÍČOVÁ SLOVA

primární prevence, rizikové chování, rizikové sexuální chování, HIV, AIDS, preventivní program, sexuální výchova, Rámcově vzdělávací program, adolescence

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on the issue of the primary prevention of sexual risk behaviour in selected elementary schools in the Czech republic. The work is dividend into the theoretical and the practical part. In the theoretical part there is described prevention, various types of prevention, history of primary prevention, high-risk behaviour and sexual risk behaviour. It also deals with risk and protective factors, RVP and sexual education, risks of sexual risk behaviour and HIV/AIDS. A practical part is based on a quantitative research of which aim is to find out current information of the 9th grade pupils of elementary schools about HIV/AIDS in the Czech republic and the source of their information.

KEYWORDS

primary prevention, risk behaviour, risk sexual behaviour, HIV, AIDS, preventive program, sexuality education, general educational programs, adolescence

Obsah

Úvod	7
1 Co je prevence	8
1.1 Primární prevence	9
1.1.1 Nespecifická primární prevence	10
1.1.2 Specifická primární prevence	10
2 Historie primární prevence	14
3 Sekundární a terciální prevence.....	19
4 Rizikové chování	20
4.1 Rizikové sexuální chování	21
4.2 Prevence rizikového sexuálního chování.....	22
5 Rizikové a protektivní faktory	24
6 RVP a sexuální výchova.....	33
6.1 Sexuální výchova.....	36
7 Rizika rizikového sexuálního chování.....	39
8 Co je HIV	41
9 Co je AIDS	45
10 Nákaza virem HIV.....	49
10.1 Přenos infekce HIV krví a nozokomiální přenos	49
10.2 Přenos pohlavní cestou.....	50
10.2.1 Prevence nákazy virem HIV pohlavní cestou.....	51
10.3 Vertikální přenos	52
10.4 Jak se vir HIV nepřenáší	53
10.4.1 Možná rizika nákazy virem HIV	54
10.4.2 Nízké riziko nákazy virem HIV	54

10.5	Léčba	55
11	Praktická část.....	57
11.1	Výzkumné cíle.....	57
11.2	Metodologie výzkumu.....	58
12	Výsledky dotazníkového průzkumu	60
13	Diskuze	80
13.1	Komparace dat.....	84
14	Pedagogické vyhodnocení	85
15	Závěr.....	87
	Seznam použitých informačních zdrojů	89
	Seznam příloh.....	93

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou primární prevence rizikového sexuálního chování na vybraných základních školách v České republice, konkrétně problematikou HIV/AIDS. Cílem teoretické části bakalářské práce je zmapovat a popsat systém primární prevence rizikového sexuálního chování v České republice. V práci je obsažena historie primární prevence, terminologie prevence, rizikové faktory a faktory protektivní a také jak je rizikové sexuální chování obecně a jeho prevence obsažena v rámcově vzdělávacích programech pro základní školy v České republice. Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jaké mají dnešní žáci 9. ročníků vybraných škol informace o HIV/AIDS a především, kde tyto informace získali. Cílem je zjistit, zda se o HIV/AIDS žáci ve škole učí, v jakých předmětech, zda je tato prevence pro žáky dostatečná, zda by uvítali, aby se tomuto tématu na škole věnovali více a zda se na vybraných školách vyučuje samostatný předmět Sexuální výchova a zda by ho žáci zařadili do výuky.

Problematika rizikového sexuálního chování je dle mého názoru stále aktuálním tématem. Dospívající a adolescenti mají tendenci chovat se rizikově a dnešní urychlená doba tomu jen napomáhá. Proto je potřeba klást velký důraz právě na primární prevenci u takto mladých lidí. Mnohdy dospívající nejsou natolik vyspělí a nemají tolik informací, aby vyhodnotili riziko a důsledky svého rizikového chování, což může být právě důsledek nedostatečné prevence v oblasti rizikového sexuálního chování, která jim byla nebo vůbec nebyla poskytnuta.

V minulosti jsem se problematikou HIV a jeho prevencí velmi zabývala. Měla jsem možnost komunikovat s klienty zdravotně sociálního zařízení, kteří jsou HIV pozitivní a všichni se shodli na tom, že tehdy, když byli studenty, je nikdo ve škole dostatečně o rizikovém sexuálním chování neinformoval.

Je bohužel pravdou, že dle Státního zdravotnického ústavu (SZÚ) počet HIV pozitivních stále každým měsícem roste. Je třeba si uvědomit, že jediným možným způsobem, jak se snažit předejít dalším nákazám je dostatečná primární prevence v rodině a ve škole.

1 Co je prevence

Pojem prevence pochází z latinského slova *praevenire*, což v překladu znamená předcházet. Jde tedy o jakási opatření nebo aktivity, které mají za cíl předcházet problémům spojených s rizikovým chováním, dříve nazýváno jako sociálně patologické jevy. Pod pojmem prevence si lze představit opatření vykonávána jako ochranu či obranu před vznikem rizikového chování, jeho šíření a ochranu před důsledky rizikového chování, které ohrožuje společnost a jedince samotného.¹

Prevenici lze nalézt v mnoha oblastech. Prevenici jako soustavu opatření ve výchově lze považovat za nejdůležitější prostředek primární prevence. S prevencí se lze setkat v oblasti zdravotnictví, kdy se jedná o předcházení nemocí, dále v oblasti sociální, kdy se jedná o předcházení nebo alespoň snížení nežádoucích sociálních situací, tedy problémů, ke kterým může dojít v souvislosti existence jedince ve společnosti, jde například o problém chudoby, o drogovou problematiku, diskriminaci nebo například o nerovnost pohlaví.

Prevenicí lze chápat zabránění vzniku rizikového chování, pokud již rizikové chování u jedince započalo, jedná se o předcházení jeho rozvíjení a recidivy, popř. důsledků tohoto společensky nežádoucího jevu, a proto se prevence dělí na primární, sekundární a terciární. Prevenicí se konkrétně rozumí jistý typ intervence, tedy působení výchovné, vzdělávací, sociální či zdravotní, které má za cíl předcházet vzniku rizikového chování, zamezit jeho další rozvoj nebo eliminovat jeho důsledky.²

¹ MARTANOVÁ PAVLAS, V. O primární prevenci rizikového chování. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online] © 2011-2017 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani>.

² MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, s. 143 ISBN: 978-80-7422-393-8.

1.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je informovat veřejnost o rizikovém chování. Zaměřuje se na populaci jako celek nebo na vybrané cílové skupiny populace. Jedná se o obecnou ochranu jednotlivce a celé společnosti. Pokud primární prevence selhává, nastupuje sekundární a terciární prevence, kdy se již v obou případech jedná o konkrétní cílové skupiny, které se již rizikově chovají, a kde je potřeba předcházet vzniku důsledků tohoto rizikového chování. Je tedy jasné, že by se právě primární prevenci měla věnovat vysoká pozornost a soustřeďovat se právě na ni. Kvalitní primární prevence by měla ochránit jedince a společnost před rizikovým chováním. Tuto ochranu lze chápat jako možnou intervenci na jedince, především na děti a mladistvé a to takovým způsobem, aby byl jedinec schopen žít ve společnosti, kde se rizikové chování vyskytuje. Takový jedinec si musí umět osvojit jisté návyky, utvořit si postoje a názory, musí mít znalosti a kompetence k tomu, aby v takové společnosti dokázal žít a aby nepodlehł tomuto riziku nebo se jím nenechal ohrozit. V primární prevenci tedy nejde o to, aby se jedincům zamezil styk s osobami rizikově se chovajícími nebo aby docházelo k jejich izolaci od okolí.³

Cílem primární prevence je informovat populaci obecně o všech oblastech rizikového chování, které může vést k poruchám zdraví po stránce tělesné, duševní a sociální. Cílem tedy je, aby k těmto poruchám vůbec nedocházelo. Tento cíl vychází z všeobecně platné definice zdraví dle světové zdravotnické organizace (WHO), která definuje pojem zdraví jako stav bio-psycho-sociální a duchovní pohody.⁴

Informování populace o rizikovém chování je prováděno různými způsoby. Jedná se často o informování prostřednictvím médií - rozhlasu, televize, prostřednictvím internetu nebo dalších jiných komunikačních zdrojů. Nejdůležitější poskytování primární prevence je v rodinách a ve školách, ať již základních, středních, na odborných učilištích, tak i na školách vysokých či v dětských domovech.

³ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, s. 143-144 ISBN: 978-80-7422-393-8.

⁴ BÉM, Pavel, KALINA, Kamil. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2015: Publikace: Drogy. Monografie. Drogy a drogové závislosti 2* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003 [cit. 2017-07-10]. ISBN 80-86734-05-6 Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf.

1.1.1 Nespecifická primární prevence

Do nespecifické školské primární prevence spadají aktivity, které pozitivně ovlivňují daného jedince tím, že dokáže smysluplně trávit svůj volný čas. Jedná se o aktivity, které podporují zdravý životní styl, pozitivně ovlivňují vývoj jedince a předchází tím vzniku rizikového chování. Formuje se tak osobnost jedince, podporují se zdravé formy chování, jeho postoje, normy, zájmy a další pozitivní faktory.⁵ V nespecifické primární prevenci se neřeší žádná konkrétní forma rizikového chování, klade se důraz na kvalitní rozvoj jedince. Konkrétně se jedná například o projektové dny, které škola pořádá a dále různé sportovní aktivity a jiné volnočasové činnosti, dostupné pro žáky škol nebo také pro širokou veřejnost.

Hlavním činitelem pro realizaci nespecifické primární prevence u jedince je pochopitelně rodina, kdy je pro dítě velmi důležité, v jakém rodinném prostředí se nachází, jaký rodina vyznává životní styl, k jakým aktivitám je dítě vedeno. Rodina je první skupina, se kterou se dítě setkává, tudíž velmi záleží na tom, jak rodina funguje a jakým směrem život dítěte bude dále směřovat. Na rodinu pak navazuje prostředí školy.

1.1.2 Specifická primární prevence

Do specifické školské primární prevence spadají již programy, které se soustřeďují na již určitou formu rizikového chování. Jedná se o programy, které se zaměřují na konkrétní rizikové chování, například na rizikové sexuální chování. Specifická primární prevence se dělí na tři typy – všeobecnou, selektivní a indikovanou.⁶

⁵ MARTANOVÁ PAVLAS, V. Specifické x nespecifické programy primární prevence. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online] © 2011-2017 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/specificke-x-nespecificke-programy-primarni-prevence-1>.

⁶ MARTANOVÁ PAVLAS, V. Specifické x nespecifické programy primární prevence. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online] © 2011-2017 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/specificke-x-nespecificke-programy-primarni-prevence-1>.

Všeobecná primární prevence

Programy všeobecné primární prevence jsou zaměřeny obecně na celou společnost, mají za cíl informovat co největší počet osob. Společností je myšlena například místní komunita, široká veřejnost, škola. Do všeobecné primární prevence se řadí takové programy, které jsou zaměřeny na větší počet osob, v oblasti školství se jedná o školní třídy nebo jiné sociální skupiny, kde se rizikové chování nevyskytuje. Všeobecná primární prevence se především zaměřuje na děti a mladistvé, aby u nich k danému rizikovému chování vůbec nedošlo.

Cílem těchto preventivních programů všeobecné primární prevence je zamezit vzniku určitého rizikového chování nebo alespoň jeho oddálení. Jedná se o metodicky promyšlené programy, které se liší svojí specifikací, tedy tím, na jaké rizikové chování se zaměřují a intenzitou a nástroji, kterými se dané programy realizují. Čím propracovanější je program, tím je náročnější na přípravu a provedení a vyžaduje logicky vyšší nároky na osoby, které programy, ať již ve škole nebo v jiných sociálních skupinách realizují. Jedná se o vyšší nároky především na vzdělání.

Všeobecná primární prevence je obsažena v rámcově vzdělávacích plánech a preventivních plánech.⁷

Všeobecnou primární prevenci může ve škole realizovat školní metodik prevence s patřičným vzděláním, ale také lidé z různých organizací, zabývající se primární prevencí. Jsou jimi myšleny neziskové organizace, zapsané spolky a jiné. Tento typ prevence realizují též osoby se specifickými dovednostmi, jako jsou policisté, záchranáři. Z nabídky organizací, které realizují preventivní programy, si školy mohou vybrat z mnoha nabízených programů, které jsou věkově uzpůsobeny a uzpůsobeny dle potřeb daného kolektivu.

Cílem programů všeobecné primární prevence je informovat děti a dospívající o daném rizikovém chování, předat jim znalosti, dovednosti, které si budou pamatovat a čerpat je ve svém budoucím životě. Dále je cílem předat postoje, které podporují zdravý životní styl.

⁷ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, s. 143-145 ISBN: 978-80-7422-393-8.

Cílem je dále prezentovat možnosti řešení náhle vzniklých problémů, které nastanou a také rozvoj psychosociálních dovedností pro život v prevenci rizikového chování.⁸

Selektivní primární prevence

Preventivní programy spadající do selektivní primární prevence jsou takové programy, které se zaměřují na ohrožené skupiny dětí a mládeže nebo na skupiny jinak znevýhodněné, které by mohli inklinovat k danému rizikovému chování z důvodu biologických, sociálních, psychologických či jiných faktorů.⁹ U těchto jedinců jsou tedy přítomny rizikové faktory, které by mohly dát vzniku rizikovému chování. Cílem těchto programů je tedy zabránit rozvoji rizikového chování a popř. jeho další progresi.

Ohroženou nebo rizikovou skupinu lze identifikovat dle věku, pohlaví, národnosti, místa bydliště, sociální rodinné situace, ekonomicky znevýhodněného prostředí a jiné. Jedná se o jedince, kteří pocházejí ze sociálně znevýhodněných rodin, nebo se u jejich rodičů vyskytuje rizikové chování. Jedná se také o děti, které mají špatný prospěch ve škole nebo školu nedokončili.¹⁰

Takové programy se zaměřují na sociální dovednosti jedince, na komunikaci, na změnu chování jedince. Selektivní primární prevence se zaměřuje na rizikové skupiny osob, u kterých je prevence důležitá jak z hlediska ochrany samotného jedince, tak samozřejmě z hlediska společnosti.¹¹

Indikovaná primární prevence

Indikovaná primární prevence se zaměřuje na jedince silně ohrožené rizikovým chováním, u kterých je velký výskyt rizikových faktorů, a u kterých došlo k rozvoji rizikového chování. V takovém případě je intervence zaměřena na změnu chování jedince, tedy na to, aby se daný jedinec přestal chovat rizikově.

⁸ Dovednosti pro život v prevenci rizikového chování. Primární prevence. In: *adiktologie.cz* [online] © 2011 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/3685/Dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-rizikoveho-chovani>.

⁹ Selektivní primární prevence. In: *Prevence-info.cz* [online] © 2010-2016 [cit. 2017-07-16]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence/selektivni-primarni-prevence>.

¹⁰ Rozdělení primární prevence. Prevence. In: *adiktologie.cz* [online] © 2011 [cit. 2017-07-20]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3073/>.

¹¹ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, s. 144 ISBN: 978-80-7422-393-8.

Cílem indikované primární prevence je to, aby nedocházelo u jedince k opakování rizikového chování, a také se zaměřuje na snižování rizik, vzniklých právě tímto chováním. V rámci selektivní a indikované primární prevence ve škole funguje školní metodik prevence, výchovný poradce, školní psycholog. Mimo školu se jedná o pedagogicko-psychologické poradny nebo středisko výchovné péče.¹²

Pokud selhává selektivní i indikovaná prevence a nelze problém řešit pouhou primární prevencí, nastupuje sekundární a terciární prevence, která je určena jedincům s rizikovým chováním a jeho důsledky.

¹² MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, s. 146-147 ISBN: 978-80-7422-393-8.

2 Historie primární prevence

Pod pojmem primární prevence rizikového chování je myšlen soubor intervencí, tedy působení a soubor přístupů, které dnes spadají pod několik rezortů v České republice. Primární prevence spadala od samého počátku pod několik rezortů a to je hlavní příčinou její nesourodosti. Od samého počátku vzniku primární prevence je obtížné jednoznačně popsat, co se považuje za školní prevenci, prevenci kriminality nebo například prevenci zdravotnickou. Všechny tyto prevence se navzájem propojují a nelze stanovit jasné hranice, které by je oddělovaly.¹³

Primární prevence rizikového chování obecně je mezioborová, to znamená, že se zde střetává několik oborů, jako je pedagogika, sociologie, psychologie a další vědní obory. Primární prevence je také mezisektorová, to znamená, že spadá pod několik hlavních rezortů České republiky. Preventivní programy a přístupy, které spadají pod primární prevenci, jsou tedy vyvíjeny v několika rezortních liniích, pod které spadá. Jedná se především o rezortní linii školskou, zdravotnickou, sociální a rezort ministerstva vnitra. Takto je primární prevence obvykle rozdělena téměř ve všech zemích EU.¹⁴

Do primární prevence rizikového chování patřilo a i dnes patří několik oblastí, které se v průběhu let měnily, některé se pozměnily, jiné se přidaly. Jedná se o oblast: „záškoláctví, šikany a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobii, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, závislostní chování (adiktologie) a v širším pojetí ještě přibíhal syndrom CAN, tedy syndrom týraného a zanedbávaného dítěte a poruchy příjmu potravy.“¹⁵

Co se týká finanční podpory jednotlivých oblastí primární prevence rizikového chování, jedná se vždy o to, na jakou linii je zrovna v tu dobu kladen větší důraz. Podle toho mohou být určité preventivní programy více finančně podporovány, mohou se také vytvářet různé celostátní kampaně a naopak ostatní oblasti rizikového chování mohou být finančně podceňovány. Vždy, pokud něco spadá pod více než jeden rezort, je potřeba klást velký

¹³ MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. Praha: SCAN, 2010, s. 13 ISBN: 978-80-87258-47-7.

¹⁴ Tamtéž, 2010, s. 13-14

¹⁵ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, s. 145 ISBN: 978-80-7422-393-8.

důraz na komunikaci mezi jednotlivými rezorty. Špatná komunikace vždy narušuje plynulý vývoj, v tomto případě primární prevence. Dochází tak k nerovnoměrnému vývoji jednotlivých oblastí primární prevence, k upřednostňování některých oblastí před ostatními a k její nekoordinovanosti, prevence tak ztrácí na efektivitě a smysluplnosti.¹⁶

Objasnit si historii primární prevence rizikového chování v České republice není až tak jednoduché. Do vývoje primární prevence vstupovalo několik faktorů, které zamezovaly nebo dokonce znemožňovaly její vývoj kupředu. Je to tedy způsobeno, jak je uvedeno výše její nesourodostí a tím, že prevence spadala pod více než jeden rezort. Do jejího vývoje také zasahovali tehdejší společenské, politické a zahraniční události.

Zásadním problémem, vývoje primární prevence rizikového chování byl a je vývoj jednotlivých oblastí primární prevence. Jednotlivé oblasti se vyvíjely různým tempem, jedna oblast často byla upřednostňována nad oblastí druhou, některé oblasti dokonce tehdy ještě neexistovaly, jiné se zase změnily. Nejrychleji se vyvíjela prevence návykových látek, o které je i dnes slyšet stále velmi a velmi na rozdíl od jiných oblastí primární prevence, jako například o rizikovém sexuálním chování. Bohužel v žádné jiné oblasti prevence nebyl nikdy takový posun a nebylo takových možností pro realizaci prevence, jako právě v prevenci užívání návykových látek. Je důležité podotknout, že právě díky tomuto rychlému vývoji prevence užívání návykových látek se tato oblast prevence stala hlavním pohonem vývoje primární prevence rizikového chování obecně.¹⁷

Vývoj primární prevence obecně, tudíž i vývoj primární prevence rizikového sexuálního chování, byl tedy postaven na vývoji prevence užívání návykových látek, která samozřejmě přesahovala do jiných oblastí prevence, které se vyvíjely pomaleji. Až dnes se setkáváme s jakousi synchronizací a sladěním těchto oblastí prevence navzájem.

Před rokem 1989 primární prevence rizikového chování neměla žádný systém, nebyla koncepčně ani finančně sladěna. Prevence spadala pod Ministerstvo zdravotnictví (MZ). V oblasti primární prevence se objevovaly určité snahy o její zlepšení, nicméně nic se nikdy nepodařilo sladit a vytvořit tak, aby takový program primární prevence splňoval

¹⁶ MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. Praha: SCAN, 2010, s. 14 ISBN: 978-80-87258-47-7.

¹⁷ Tamtéž, 2010, s. 14

kritéria a požadavky, které by ho měly definovat. Za snahu lze považovat vytvořený dokument s názvem *Boj proti negativním jevům mládeže*, který byl schválen vládou. Dále se často jednalo o aktivity, které měli informovat veřejnost, jednalo se o jakési kampaně, prováděné především lékaři nebo jiným zdravotnickým personálem. Informovanost byla prováděna prostřednictvím letáků, plakátů nebo občas prostřednictvím textů v médiích. Zdaleka se nejednalo o informovanost, jakou si pod tímto pojmem dokážeme dnes představit. Jednalo se spíše o moralizování, než o to, danou věc vysvětlit, popsat, zhodnotit její rizika, vytvořit opatření. Takové aktivity byly vytvářeny především pro oblast užívání návykových látek, dále se pak tato určitá forma prevence týkala užívání alkoholu a tabáku, občas zneužití léčiv. Vše se ale spíše bagatelizovalo, společnost byla informacemi, které tehdejší prevence obsahovala zastrášována, informace byly zkreslovány a zamlčovány. Takto lze definovat primární prevenci v období 80. let. K prvním vážnějším diskuzím došlo v populárně naučné oblasti prostřednictvím filmů a knih. Jednalo se o knihu *Memento*, autorem Radek John, film *Pavučina* od režiséra Zdeňka Zaorala a konečně velmi populární kniha *My děti ze stanice ZOO*, která konečně společnosti ukázala, o co se jedná.¹⁸ Kniha znamenala pro vývoj prevence velký krok dopředu. Lidem se dostala do ruky kniha, která reálně popisuje svět užívání návykových látek, kniha je psána přímo protagonistkou, která vše popisuje podle skutečné události, reálně, bez zbytečných zábran a studu.¹⁹

Dokument, který jako jediný odstartoval snahu vytvořit jednotnou koncepci protidrogové politiky v České republice, jejíž součástí je též primární prevence, byla *Strategie protidrogové politiky z roku 1993 od Ministerstva vnitra ČR (MV ČR)*.²⁰ Teprve až tento dokument se snažil o to, aby primární prevence získala nějaký systém, díky kterému bude primární prevence efektivně fungovat. Důkazem zlepšování systému primární prevence byly také semináře, které provádělo Národní centrum podpory zdraví především pro pedagogy základních škol. Postupem času dokonce toto centrum realizovalo experimentální výuky drogové prevence na některých vysokých školách v Praze, byla to například Pedagogická fakulta UK a Fakulta tělesné výchovy a sportu. Časem se do této

¹⁸ MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. Praha: SCAN, 2010, s. 15 ISBN: 978-80-87258-47-7.

¹⁹ Tamtéž, 2010, s. 15

²⁰ Tamtéž, 2010, s. 16

prevence zapojily i neziskové organizace, pedagogicko-psychologické poradny, s kterými se pokoušely o vytvoření různých preventivních aktivit.²¹

V letech 1995 – 1997 se obecně společnost začala zajímat o problémy a rizika užívání návykových látek a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) v té době nastartovalo, díky vědeckým poznatkům – důkazům, určitý proces postupné profesionalizace primární prevence rizikového chování.²²

V 90. letech postupně vzniklo několik cenných publikací, které posunuly prevenci opět o kousek kupředu, nicméně později slibně nastartovanou prevenci zpomalily politické a ekonomické problémy a také preventivní programy, které se začaly objevovat a které byly velmi nesystematické a neefektivní. Jednalo se o kampaň Stop drogy nebo program Alkohol a drogy Národního centra podpory zdraví.

V letech 1998 – 2001 bohužel vývoj primární prevence udělal krok zpět. Stalo se tak kvůli politicko-úředním změnám na Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy, kdy došlo k přerušení preventivních programů Danou Kuchtovou, tehdejší ministryní. Primární prevence byla přenesena na jiný odbor ministerstva, tedy na odbor pro mládež a tělovýchovu, do té doby primární prevence spadala do odboru pro speciální školství a prevenci. Tento krok paní ministryně měl velmi negativní důsledky na prevenci celkově. Docházelo ke vzniku dokumentů, které byly chybné, opět nesystematické, to vše z důvodu neinformovanosti ze strany úředníků, odborných pracovníků, politiků, až po širokou veřejnost. S těmito následky se setkáváme i dnes. V minulosti se objevovaly preventivní programy neefektivně pojaté, které podávaly zkreslené informace prostřednictvím zastaralých metod. Mezi takové metody patří tzv. negativní zážitek, kdy se jedinec bezprostředně setká s co možná nejpůsobivějším prožitkem důsledku rizikového chování. Takovou metodu prevence využíval projekt Protidrogový vlak. Takový negativní zážitek byl a je i dnes často brán za efektivní prevenci.²³

Na konci 90. let došlo ke zpomalení vývoje primární prevence a došlo ke stagnaci. V této době vznikaly programy nebo aktivity, ať již sportovní či kulturní, které měli tehdejší

²¹ MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. Praha: SCAN, 2010, s. 16 ISBN: 978-80-87258-47-7.

²² Tamtéž, 2010, s. 16-17

²³ Tamtéž, 2010, s. 18-19

společnost vést ke zdravému trávení volného času a celkově ke zdravému životnímu stylu. Takové aktivity byly a jsou účinné, bohužel ale ne každému tyto aktivity vyhovují a ne každý si takové aktivity mohl a může dovolit, ať z důvodu ekonomických, sociálních, bytových či jiných. Tehdy ještě nikdo nemyslel na to, že existují i takové skupiny osob, které tyto programy nevyužívají. MŠMT, které zodpovídá za koordinaci primární prevence, v těchto programech selhalo, jelikož neexistoval žádný systém jejich koordinace. Vyskytovaly se také cílové skupiny, které tehdy dokonce nespádaly pod žádný resort, a tudíž nebyly do primární prevence zahrnuty.²⁴

Celá situace se změnila poté, co se primární prevence přenesla opět na odbor speciálního školství a prevence, který spadal pod MŠMT a pod kterým byl již dříve. Tomuto odboru se podařilo ve spolupráci se sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky sestavit pracovní skupinu, která se skládala ze členů všech zodpovědných rezortů a ze zástupců poskytovatelů služeb a krajů. Tato skupina měla na starost věnovat se primární prevenci. Primární prevence se stala koordinovanou, systematickou a efektivní. Podléhala pravidelným kontrolám. Do prevence se znova zapojily některé neziskové organizace, jako například Prev-centrum, z.ú. nebo SANANIM, z.ú., které vydaly velmi užitečné učební texty a jiné publikace zaměřené na primární prevenci.²⁵

V roce 2005 MŠMT publikovalo první schválenou verzi standardů, která jasně definuje, jak má primární prevence užívání návykových látek fungovat. Další posun v primární prevenci zaznamenalo zavedení certifikace kvality preventivních programů, které zajišťuje Institut pedagogicko-psychologického poradenství v ČR. V roce 2008 pracovní skupina začala pracovat na nové verzi standardů, které kromě primární prevence užívání návykových látek konečně obsahovaly všechny oblasti rizikového chování, tudíž i rizikové sexuální chování, které jednoznačně jde ruku v ruce i s jinými oblastmi rizikového chování, jako například právě s užíváním návykových látek.²⁶

²⁴ MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. Praha: SCAN, 2010, s. 19-20 ISBN: 978-80-87258-47-7.

²⁵ Tamtéž, 2010, s. 21

²⁶ Tamtéž, 2010, s. 22

3 Sekundární a terciální prevence

Kromě primární prevence se dále prevence dělí na sekundární a terciální. Sekundární prevence je již plně zaměřena na zvládnání již rozšířeného negativního jevu v rizikové populaci nebo skupinách populace. Cílem sekundární prevence je pomoci těm, kteří se již rizikově chovají, naučit je, jaká rizika dané rizikové chování přináší, rozvíjet u nich pozitivní návyky, aby nedocházelo k recidivě. Sekundární prevence by též měla sloužit k zabránění dalšího rozvoje již vzniklého problému.

Terciální prevence se zaměřuje na osoby, u nichž rizikové chování probíhá v plné míře. Cílem je zabránit dalšímu prohlubování daného rizikového chování. Konkrétně sem patří například streetworking - výměna injekčních stříkaček, hygienických a dezinfekčních prostředků jako prevence před nákazou některými chorobami, nabídky léčby, detoxikace, sociální pomoc – například poskytnutí azylu. Patří sem i prevence recidivy. Terciální prevence je záležitostí odborných pracovníků a specializovaných pracovišť.²⁷ O sekundární a terciální prevenci rizikového sexuálního chování bude psáno v podkapitole prevence rizikového sexuálního chování.

²⁷ ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. KUBÁTOVÁ, D. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004, s. 37-38 ISBN: 80-7044-583-1.

4 Rizikové chování

Problematika rizikového chování je složitá, už jen z důvodu širokého spektra příčin a následků. Rizikové chování zahrnuje několik forem chování, které mají negativní vliv na člověka obecně, jedná se o dopady na zdraví fyzické, psychické a na sociální fungování jedince. Pokud se někdo chová rizikově, nemá toto chování negativní vliv jen na jedince samotného, ale také může ohrožovat jeho sociální okolí. K rizikovému chování se člověk může rozhodnout vědomě, nedobrovolně pod tlakem skupiny nebo nevědomě.

Mezi formy rizikového chování patří rizikové zdravotní návyky, rizikové sexuální chování, agresivní chování, delikventní chování, hráčství, rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím – například záškoláctví a rizikové sportovní aktivity. Často se tyto formy rizikového chování dějí zároveň, prolínají se. V takovém případě se jedná o syndrom rizikového chování, který představil na počátku 90. let ve svých studiích rizikového chování mládeže profesor R. Jessor.²⁸ Například při požití drog nebo alkoholu se jedinec může začít chovat agresivně a sexuálně rizikově, což může vést až k následkům jako je nechtěné těhotenství nebo nákaza pohlavní nemocí.

Rizikovým chováním se zabývají různé vědní obory, podle toho, o jakou formu rizikového chování se jedná. Zabývají se jím například medicína, pedagogika, psychologie, sociologie. Rizikové chování lze tedy považovat za multidisciplinární.²⁹

Rizikové chování přináší celou řadu negativních důsledků či následků, které mohou ovlivnit budoucí život jedince, a které si v tomto případě mladiství ještě nemusí uvědomit. Jedná se o následky zdravotní, psychické, ekonomické, psycho-sociální a sociálně právní a trestně právní následky. Tyto následky se nemusí týkat jen samotného jedince, ale mohou dopadat i na jeho okolí – rodina, přátelé, spolužáky.³⁰

²⁸ DZÚROVÁ, D. SCÉMY, L. a kol.: *Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku*. Vydání první. LUSTIGOVÁ, M. Praha: Státní zdravotní ústav, 2015, s. 52 ISBN: 978-80-7071-343-3.

²⁹ MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. ŠIRŮČKOVÁ, M. Praha: SCAN, 2010, s. 161-164 ISBN: 978-80-87258-47-7.

³⁰ AMBROŽOVÁ, K. et al.: *Prevence úrazů a rizikového chování*. [online], 2010, [cit. 2017-08-19]. Akademos, a. s., Dětství bez úrazů, o. p. s., 56 p. Dostupné z: http://www.urazneninahoda.cz/dokumenty/unn_brozura_prevence_urazu_a_rizikoveho_chovani.pdf.

4.1 Rizikové sexuální chování

Období dospívání je náročné a rizikové období jak pro daného jedince, tak pro jeho okolí. Důsledky tohoto období se mohou projevit až v pozdějším období. Riziko dnes už nemusí nastat jen přímým kontaktem s druhými lidmi, ale často i pomocí virtuální reality, kdy se jedná o internetové seznamky, sociální sítě, chatování, média a reklamy.³¹ Česká společnost je dnes velmi tolerantní co se týká přístupu k rizikovému chování, je velmi uvolněna v sexuálně mravní sféře. V případě konkrétní formy rizikového chování - rizikového sexuálního chování se následky myslí předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita, nezvládnuté vztahy, rozchody, nechráněný pohlavní styk, předčasné mateřství a rodičovství, nákaza pohlavně přenosnými nemocemi.

V případě zdravotních následků rizikového sexuálního chování se může jednat o následky vyžadující lékařský zákrok, hospitalizaci nebo léčbu. V takovém případě se může jednat o nákazu vyléčitelné pohlavní nemoci nebo o interrupci. V případě následků psychických se může jednat o psychické trauma. Psychické následky nebývají vidět, ale o to více jsou hlubší a jedince silně zasáhnou. Často takové trauma nastává v případě nákazy nevléčitelnou pohlavní nemocí, jako je HIV nebo trauma v případě oběti sexuálního trestního činu. Tyto následky mohou být pro člověka též finančně náročné, především léčba onemocnění nebo výdaje v případě předčasného těhotenství a v případě ústavní péče. Jedná se i o celospolečenské výdaje na sociální a zdravotní péči při naze HIV a při financování terciární prevence. Psycho-sociální následky ovlivňují člověka při zařazení do společnosti. Jedinec, který se chová sexuálně rizikově nebo je například nakažen právě virem HIV se může cítit osamělý, může získat negativní společenskou nálepkou, může být vyloučen z vrstevnické skupiny, ale také odsouzen rodinou. Jedinec je často neschopen navázat a udržet vztahy, dospívající se může zhoršit ve škole nebo vzdělání přerušit. Pokud se jedná o mladistvého a chová se rizikově, popř. poruší svým chováním zákon nebo ohrozí život svůj či někoho jiného v případě například šíření pohlavní nemoci přijde do kontaktu se sociálně právními institucemi. V případě dětí a mladistvých přijdou do kontaktu se sociální pracovníci a kurátory.

³¹ AMBROŽOVÁ, K. et al.: Prevence úrazů a rizikového chování. [online], 2010, [cit. 2017-08-19]. Akademos, a. s., Dětství bez úrazů, o. p. s., 56 p. Dostupné z: http://www.urazneninahoda.cz/dokumenty/unn_brozura_prevence_urazu_a_rizikoveho_chovani.pdf.

4.2 Prevence rizikového sexuálního chování

V případě primární prevence již konkrétního rizikového sexuálního chování je jejím cílem předejít tomu, aby se osoby začali chovat sexuálně rizikově a zamezit tak následným rizikům spojených s tímto rizikovým sexuálním chováním. S prevencí rizikového sexuálního chování je potřeba začít co nejdříve, tedy v období dětství a především v období dospívání je potřeba této prevenci klást velký důraz.

Činitelem primární prevence je v první řadě rodina a škola. Konkrétně by se mělo jednat o spolupráci těchto dvou činitelů. Primární prevence rizikového sexuálního chování je tvořena výchovou v rodině a dále výukou ve škole. Do výkonu primární prevence však vstupují různé rizikové faktory, které ji ovlivňují.

Pokud primární prevence rizikového sexuálního chování nestačí, je potřeba přistoupit k prevenci sekundární, která se snaží včas podchytit projevy rizikového sexuálního chování a potlačit jejich další rozvoj. Může se jednat o konkrétní skupiny dospívajících jedinců, kteří mohou inklinovat k tomuto druhu rizikového chování. Jde také např. o skupiny jedinců, kteří již žijí pohlavním životem a cílem sekundární prevence je předcházet důsledkům rizikového sexuálního chování. Konkrétně sekundární primární prevenci vykonávají odborníci, v případě rizikového sexuálního chování například gynekologové nebo psychologové, výchovní poradci atd. Do této prevence se zařazují i různé neziskové organizace a jejich odborní pracovníci, kteří na školách vykonávají různé odborné besedy a přednášky rizikového sexuálního chování, kdy tématem je antikoncepce, pohlavně přenosné nemoci nebo například předčasné zahájení pohlavního života. Jedná se například o neziskovou organizaci Rozkoš bez rizika nebo o organizaci Česká společnost AIDS pomoc.

Terciární prevence v oblasti rizikového sexuálního chování se zabývá již riziky tohoto chování a snaží se o předcházení následků rizikového chování. Terciární prevence si klade za cíl předcházet u pohlavně aktivních jedinců možným důsledkům rizikového sexuálního chování, mezi které patří těhotenství nebo nákaza pohlavními nemocemi. Terciární prevenci poskytují též i různé neziskové organizace. V případě těhotenství mladých dívek jsou k dispozici azylové domy pro matky s dětmi. Takové služby ale může využít jen

osoba, která se kvůli těhotenství dostala do tíživé životní situace nebo pochází z nevhodného rodinného prostředí.³²

Odbornou pomoc v rámci terciární prevence rizikového sexuálního chování často využívají osoby HIV pozitivní, které se infekcí nakazili mimo jiné, také především prostřednictvím sexuálního chování. Do takové odborné pomoci patří především pomoc AIDS poraden, které poskytují psychologickou pomoc, poradenskou pomoc a poskytují informace a rady, jak v takovém případě dále postupovat. Organizace, které se zabývají problematikou pohlavních nemocí, konkrétně HIV/AIDS a které se zaměřují na děti a mladistvé jsou například Progressive, o.p.s. nebo také Rozkoš bez rizika, o.s. Problematikou HIV/AIDS se přímo zabývá nezisková organizace Česká společnost AIDS pomoc, která kromě primární prevence na školách, poradenství, právní pomoci, anonymního testování a preventivních akcí poskytuje také azylové bydlení v Domě světla, který provozují.

V oblasti HIV/AIDS přijala Česká republika v roce 1990 strategii boje proti šíření této nákazy pod názvem Národní program prevence HIV/AIDS a součástí této strategie se v roce 1993 stalo dotační řízení s názvem Národní program řešení problematiky HIV/AIDS, jehož účelem je poskytování financí na projekty směřující k provádění výchovy ke zdraví celé společnosti. Tento národní program dále zajišťuje péči a sociální pomoc HIV pozitivním a jejich rodinám, dále především podporuje preventivní programy zaměřené na zapojení mládeže do procesu ochrany a podpory zdraví, týkající se problematiky prevence sexuálně přenosných infekcí a HIV/AIDS a také například v problematice nechtěných těhotenství. Cílem těchto projektů je zabránění šíření HIV prostřednictvím edukace a intervencí v cílové populaci – dětí a mládeže ve školách a mládeže s rizikovým sexuálním chováním.³³

³² KULOVÁ, K: *Účinnost primární prevence rizikového sexuálního chování pohledem studentů sociální pedagogiky*. Zlín, 2015 [cit. 2017-08-19]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Mgr. Polepilová. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/33069>.

³³ DZÚROVÁ, D. SCÉMY, L. a kol.: *Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku*. Vydání první. HAMPLOVÁ, L., LANŽOVÁ, J. Praha: Státní zdravotní ústav, 2015, s. 94 ISBN: 978-80-7071-343-3.

5 Rizikové a protektivní faktory

Pokud se hovoří o prevenci jako o intervenci, tedy působení na jedince, v tomto případě na děti a mladistvé, klíčovou roli zde sehrává rodina, škola a volnočasová zařízení. Všechny tyto tři instituce mají na dítě či mladistvého velký vliv. U dětí a mladistvých záleží na tom, v jakém prostředí se nachází a jakým jsou vystaveni biologickým, sociálním a jiným podmínkám. Platí, že podmínkám, kterým jsou jedinci vystaveni a zkušenosti, které jedinci získají v období dětství, jsou zásadní pro jejich další vývoj a socializaci.

Od 90. let docházelo postupně ke zjištění, že existuje více rizikových nebo více protektivních faktorů současně. Množství rizikových a protektivních faktorů se objevuje v několika oblastech – individuální oblast, tedy samotný jedinec a jeho chování, dále pak rodina, vrstevníci a kamarádi, škola a společnost a komunita. Tyto oblasti však můžou mít a mají v opačném případě také protektivními faktory, kdy dítě není nijak ohroženo vznikem rizikového chování.

Za rizikové faktory lze chápat faktory, činitele nebo podmínky, které zvyšují možnost výskytu rizikového chování u jedince.³⁴ Rizikové faktory budou popsány níže.

Naopak protektivní faktory neboli ochranné faktory jsou faktory nebo podmínky, které dopad a účinky rizikových faktorů zmírňují, působí proti nim nebo je kompenzují.³⁵ Protektivní faktory snižují možnost vzniku rizikových faktorů, které vedou ke vzniku rizikového chování. Primární prevence by měla na protektivních faktorech stát a právě proto by se měl klást na ochranné faktory velký důraz. Dle Jessora nejsou protektivní faktory jen absencí rizikových faktorů nebo jen nižší hodnota těchto faktorů, jsou chápány jako samostatné jevy, které působí přímo na daného jedince a na rozvoj rizikového chování nebo mohou ovlivňovat vyskytlé rizikové faktory.³⁶

³⁴ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. CHARVÁT, M., NEVORALOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, s. 58 ISBN: 978-80-7422-393-8.

³⁵ Tamtéž, 2015, s. 58

³⁶ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ŠIRŮČKOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, s. 37-38 ISBN: 978-80-7422-393-8.

Pokud chceme předcházet vzniku či rozvoji rizikového chování, je důležité nejprve znát jeho příčiny, tedy faktory rizikové a protektivní. Některé oblasti rizikového chování mají stejné příčiny, tedy stejné rizikové a protektivní faktory. Proto by preventivní programy obecně měli klást důraz na protektivní faktory a ne se snažit pouze snižovat vliv faktorů rizikových. Pokud je nebo jsou přítomny rizikové faktory, neznamena to, že se rizikové chování vyskytne, ale ani naopak přítomnost ochranných faktorů neznamena, že k rizikovému chování nikdy nedojde. Stejně tak, pokud je jedinec vystaven působení rizikových faktorů, nemusí to hned znamenat, že se ochranné faktory nevyskytují, naopak tyto ochranné faktory mohou výskyt rizikových faktorů snížit. Jeden takový protektivní faktor může působit i jako faktor rizikový. Ne vždy je vztah mezi těmito faktory protikladný, někdy se vyskytuje několik rizikových a současně několik protektivních faktorů současně.

Protektivní faktory dle profesora Jessora působí ve třech modalitách – jedná se o modely konvenčního chování vyskytující se u osob v okolí dospívajícího, například zdravý životní styl rodiny, druhou modalitou je kontrola, myšlena seberegulace dospívajícího, například zvnitřnělé postoje k rizikovému chování, kladný postoj ke škole a sociální kontrola, například ze strany rodiny, kde jsou jasně daná pravidla a třetí modalitou je sociální opora ze strany rodičů, vrstevníků a jiných v okolí adolescenta.

Dále dle Jessora existují 3 typy vztahu mezi protektivními a rizikovými faktory a rizikovým chováním – jedná se o přímé efekty rizikových faktorů, přímé efekty protektivních faktorů a působení rizikových faktorů, které je ovlivněné protektivními faktory.³⁷

Dále například Fergus a Zimmerman popisuje 3 modely tzv. resilience neboli odolnosti vůči rizikovému chování. Jedná se o resilienci kompenzační, ochrannou a zodolňující. V kompenzačním modelu protektivní faktor působí proti rizikovému faktoru, tedy má přímý účinek na rizikové chování a taková ochrana může tyto rizikové faktory vyvážit.

³⁷ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ŠIRŮČKOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, s. 35-38 ISBN: 978-80-7422-393-8.

Například pokud dítě žije v chudobě, je větší pravděpodobnost, že takové dítě začne s prostitucí, kontrola dospělých může tyto negativní dopady tohoto prostředí snížit. V ochranném modelu má protektivní faktor nepřímý účinek na rizikové chování, pomáhá neutralizovat účinky rizik. Ve třetím modelu jsou rizikové a protektivní faktory na stejné úrovni a záleží na jejich působení.³⁸

Rizikové faktory se nacházejí již v dětství, dále v dospívání a ve společnosti obecně. Tyto faktory jsou v některých systémech dané a nelze je měnit, například genetické faktory nebo osobnostní faktory, které jsou též geneticky determinované (temperament). Celkový poměr těchto faktorů se u jedince se mění v období dospívání, proto je velmi důležité v jakém sociálním okolí se jedinec nachází. Rizikové chování se může projevit u kterékoli osoby, je nutné říci, že neexistuje osoba, které by se toto chování netýkalo. Každého se týká rizikové chování a záleží především na osobnosti člověka, zda se začne chovat rizikově nebo ne.

Při prevenci nebo při řešení již konkrétní rizikového chování je potřeba klást důraz nejen na odstraňování rizikových faktorů, ale především je potřeba klást důraz na hledání a posilování faktorů ochranných. Při řešení problému či situace je třeba v rámci posilování protektivních faktorů vycházet z osobnosti konkrétního člověka, ne jen z obecného problému, například promiskuity. Je potřeba tyto faktory vyhledávat a pracovat s nimi.

Obecně lze říci, že protektivní faktory jsou dobré vztahy v rodině, zdravý vývoj dětí, podpora rodičů a důvěra v jejich dítě pokračující od dětství do období dospívání dítěte, vhodné podmínky pro realizaci jedince v oblasti vzdělávání a perspektivy v oblasti práce. Silným ochranným faktorem je pozitivní skupina vrstevníků.³⁹ Níže budou popsány jednotlivé oblasti s ochrannými a rizikovými faktory.

Jedinec

Ochranné faktory, které zabraňují vzniku rizikového chování u jedince, jsou emocionální stabilita, rozvoj sociálních dovedností, pozitivní myšlení, dokázat si vážit sebe samého, zdravá míra sebevědomí, pozitivní vztah k sobě samému, mít se rád, umět o sobě

³⁸ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. CHARVÁT, M., NEVORALOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, s. 62 ISBN: 978-80-7422-393-8.

³⁹ MACHOVÁ, J. a kol: *Výchova ke zdraví*. Druhé vydání. Praha: Grada, 2015, s. 190 ISBN: 978-80-247-5351-5.

přemýšlet, mít životní cíle a sociální růst, být odolný vůči stresu, mít schopnosti umět řešit neočekávané situace, problémy atd.⁴⁰ Ochranným faktorem jedince je i to, že o sobě dokáže uvažovat, dokáže zhodnotit míru rizika, netolerující postoj k rizikovému chování, dokáže si na vzniklou situaci vytvořit vlastní názor a stát si za ním, dokáže o svých pocitech a situacích, které prožívá s někým mluvit nebo kdy si dokáže uvědomit klady a zápory dané situace.

Co se týká osobnosti člověka a určité jeho duševní stability, je velmi těžké si tyto faktory uvědomit, pokud se jedná o dospívajícího jedince, který právě prochází obdobím puberty. Takový jedinec je velmi nestabilní, pokaždé o sobě přemýšlí jinak a je velmi složité chtít po dospívajícím určité vyspělé jednání a chování, kvůli kterému dokáže odolat nástrahám okolí, které se jedinci zdá být lákavé a zajímavé. Odolný bude též jedinec, který má zvnitřnělé společenské normy.

Naopak mezi rizikové faktory, které zvyšují možnost vzniku rizikového chování, patří především osobnostní charakteristiky. Riziko zvyšuje nízké sebevědomí, nízká odolnost proti tlakům z okolí, zejména vrstevníků, nízké sebehodnocení, pocit méněcennosti, nedůvěra vůči sobě, ale také touha zkusit něco nového, dosud nepoznané, touha být zajímavějším a tím pádem uznávanějším okolím, touha zažít adrenalin a také pochybnosti o sobě samotném.

Riziko navyšuje především genetická výbava daného jedince, která se často podílí na vzniku emočních poruch a problémů s chováním, dále poruchy emocionality, pocit deprese a úzkosti, stres a poruchy chování nebo určitý handicap či například prožité trauma nebo jakákoli jiná negativní životní událost, která se prolíná životem člověka dlouho poté a spadá do tzv. osobní historie. Takovým traumatem je například, pokud je dítě vystaveno do 7 roku života sexuálnímu zneužívání, deformuje se tak dítěti jeho vlastní sexuální fungování. Takové trauma může u dítěte vést k reakci, kdy takový sexuální zážitek dítě vyhledává nebo se mu naopak snaží vyhýbat. Takový negativní zážitek může mít v dospělosti vliv na jeho vztahy. Zneužívané děti se pak bez zábran chovají sexuálně a

⁴⁰ BÉM, Pavel, KALINA, Kamil. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2015: Publikace: Drogy. Monografie. Drogy a drogové závislosti 2* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003 [cit. 2017-07-10]. ISBN 80-86734-05-6 Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf.

nerozpoznají hranice v sexuální oblasti, co si například mohou dovolit a co už ne.⁴¹ Dalšími možnými faktory vedoucí k rizikovému chování může být pocit zlepšení nálady, odsunutí problémů na pozdější dobu nebo pocit úniku od situace, která je pro člověka nepříjemná.⁴²

Rodina

„V rodinném prostředí si dítě osvojuje základní pravidla, principy, návyky, postoje, vědomosti, stejně jako způsoby komunikace a řešení různých životních situací a problémů.“⁴³ Rodina je jakýmsi mezičlánkem mezi jedincem a společností jako celkem.

Ochrannými faktory v oblasti rodiny je plnění funkce emocionální - naplňování základních potřeb dítěte, tedy dostatečná péče o dítě, projevování zájmu o dítě, důvěra, projevování lásky, pocit bezpečí. Dále zajištění potřeby zázemí, podpory a pomoci, potřeba klidu a uvolnění. Kladné hodnoty a postoje rodičů a jasně definovaná pravidla a hranice, které si rodina stanoví a určitá rodičovská kontrola a důslednost. Dále samozřejmě absence rizikového chování u rodičů, vhodná sociální situace rodiny a vhodná celková atmosféra rodiny pro výchovu dítěte.

Je důležité podotknout, že zdravý psychický vývoj jedince mohou poskytnout i rodiny, které nejsou kompletní, tedy, kde z nějakého důvodu chybí jeden z rodičů. Nejen tzv. úplná rodina může dítě emočně rozvíjet. Problémem ale je, pokud dojde k výměně jednoho z partnerů, kdy se stane členem rodiny nový partner, který se v péči o dítě střídá s rodičem odejitým. V takovém případě může dojít k citovému strádání dítěte, k pocitům nejistoty a dítě tak snadno inklinuje k rizikovému chování, může se například jednat o vyhledávání společensky nebezpečných part, kde takový jedinec najde své místo.⁴⁴

⁴¹ ELLIOTT, J., PLACE, M.: *Dítě v nesnázích*. Vydání první. Přeložil Jaroslava KUBÁTOVÁ, Jiří ŠTĚPO. Praha: Grada, 2002, s. 96-98 ISBN: 80-247-0182-0.

⁴² BÉM, Pavel, KALINA, Kamil. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2015: Publikace: Drogy. Monografie. Drogy a drogové závislosti 2* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003 [cit. 2017-07-10]. ISBN 80-86734-05-6 Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf.

⁴³ ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. WEDLICOVÁ, I. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004, s. 34 ISBN: 80-7044-583-1.

⁴⁴ Tamtéž, 2004, s. 35

Rodina je jasným faktorem prevence rizikového chování. Rodina se považuje za instituci, která provází život člověka od samého počátku. Jedná se o skupinu, ve které jsou její členové svázáni příbuzenskými vztahy. Tato skupina plní, v případě dysfunkční rodiny neplní funkce, které má rodina plnit. Člověk se přirozeně do rodiny rodí a vyrůstá v ní. Model rodiny prošel v historii velkými proměnami, přesto hlavní role rodiny se nemění, a to je ochrana a výchova dítěte. Rodina má na dítě velký vliv a ovlivňuje dítě již od narození a dále pak v jeho životě. Úkolem rodiny je připravit dítě na život ve společnosti, na to, aby bylo schopno se do společnosti zařadit a fungovat ve správném slova smyslu.

Důležitou potřebou, kterou může rodina dítěti dát je láska, bezpečí a jistota. Dítě má mít naplněny základní psychické potřeby. Dítě, kterému není dopřána láska a důvěra rodičů a příbuzných, strádá, je frustrované. Rovina citového vztahu rodičů k dítěti je důležitá v budování pozdějších vztahů jedince, ať už se bude jednat o vztahy přátelské, partnerské, nebo sexuální. Dítě, kterému není v dětství poskytnutý dostatek lásky, nezná své city, nevyzná se ve svých emocích, neumí je projevovat, a tudíž má problém se citově vyjadřovat i k okolí a vnímat city druhých lidí, které jsou projevovány směrem k němu. Taková absence lásky se pak může projevit v jeho osobním životě, co se týká partnerů a tím pádem sexuálního chování. Takový jedinec může vnímat pohlavní život odlišně, než jiní. Pohlavní akt může vnímat pouze jako mechanický děj, bez emocí a lásky k druhému partnerovi. Takové vnímání samozřejmě může vést k častějšímu střídání sexuálních partnerů a neschopnosti navázat vážnější partnerský vztah. Takové dítě může v budoucnu trpět duševními poruchami, jako jsou deprese a úzkosti, může inklinovat k rizikovému chování daleko snáze než ti, kterým fungující rodina dopřála vše ke správnému vývoji dítěte potřebné.⁴⁵

Dítě se v rodině učí také sociální role a modely chování, nejen z toho, jakým přístupem k němu rodiče přistupují, jaké mají hodnoty a normy a jak je samotné dítě vychováváno, ale také především vnímá, jak se rodiče chovají k sobě navzájem a to ho též ovlivňuje. Dítě, tyto vzory chování mezi rodiči vnímá a v budoucnu přejímá.

⁴⁵ ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004, s. 27-28 ISBN: 80-7044-583-1.

Pokud dítě citově strádá, inklinuje k rizikovému chování. „Některá rodina uplatňuje nadměrnou péči, někde jsou zase kladeny neodpovídající požadavky na dítě. Zkušenosti učitelů však ukazují, že jsou dnes častější případy, kdy je dítěti naopak dána naprostá volnost nebo je malý zájem o dítě.“⁴⁶ Poté samozřejmě je pro dítě složitější se socializovat tak, aby nedocházelo ke vzniku rizikového chování. Pokud se již rizikové chování u dítěte objevilo, může škola při dobré spolupráci s rodinou právě zamezit rozvoj tohoto negativního chování, může ho eliminovat.

Mezi rizikové faktory v oblasti rodiny patří tedy nenaplnění základních lidských potřeb dítěte, nezájem o dítě, nedůsledná výchova, konflikty v rodině, probíhající rizikové chování u rodičů - alkoholismus, užívání drog, gambling, prostituce, dále také nezaměstnanost, chudoba, agrese, různé formy násilí v rodině, citové strádání, sexuální zneužívání a jiné.

Škola a vrstevníci

Škola hraje velmi důležitou roli v oblasti specifické primární prevence rizikového chování. Škola je po rodině hned druhým edukačním činitelem dítěte. Stejně tak jako rodina i škola se podílí na formování osobnosti dítěte. Škola prostřednictvím tzv. minimálního preventivního programu realizuje primární prevenci jak na školách základních a středních, tak také ve školských zařízeních s ústavní a ochrannou výchovou a ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování. Minimální preventivní program podléhá kontrole České školní inspekce. Za jeho utváření a aplikování zodpovídá školní metodik prevence.⁴⁷

Ochrannými faktory ze strany školy, aby nedocházelo u jedinců ke vzniku rizikového chování je zdravé školní prostředí, fungující chod školy, dobré vztahy mezi pedagogy, vedením školy a samotnými rodiči, vzájemná komunikace mezi školou a rodiči a mezi učiteli a samotnými žáky, která navazuje na dobré vztahy s učiteli, jasná pravidla, která jsou na škole nastavena, pozitivní hodnocení žáků, kvalitní pedagogové a samozřejmě

⁴⁶ ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004, s. 29 ISBN: 80-7044-583-1.

⁴⁷ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, s. 146 ISBN: 978-80-7422-393-8.

adekvátní primární prevence.⁴⁸ Dalšími ochrannými faktory, které se uvádí je individuální přístup k žákům, nepřetěžování po stránce vzdělávací, neklást nepřiměřené nároky na vzdělávání u žáků.

Mezi rizikové faktory, které se týkají školního prostředí, patří negativní atmosféra kolektivu a negativní prostředí školy obecně, dále určité selhávání jedince po stránce vzdělávací, nepřiměřené požadavky na výkon dětí ze strany školy nebo naopak nízké očekávání od pedagogického kolektivu ve vztahu k dítěti. Dále pak může chybět kontakt žáka a učitele, nezájem učitele o své žáky a v neposlední řadě také neschopnost komunikace rodičů a školy.⁴⁹ Kontakt mezi školou jako institucí nebo samotnými učiteli a rodinou je velmi důležitý. Pokud tyto dvě instituce navzájem nekomunikují, komunikují špatně, nebo čím více se liší jednotlivé cíle a hodnoty rodiny a školy, dochází tak ještě k většímu stmelení rodiny, která pak vidí školu jako nepřítele a komunikace se nelepší.

Nespolupráce nebo špatná spolupráce rodiny a školy je chápána jako problematika současné pedagogiky. Objevují se i takové názory, kdy by měla škola pouze vzdělávat a ne vychovávat. Výchova podle některých pracovníků škol patří do rodiny a škola již přijímá dítě nějakým způsobem vychované a vychovávané a neměla by škola do tohoto procesu výchovy nikterak zasahovat. Na druhou stranu se objevují názory lidí z politické oblasti, že škola přebírá výchovnou roli od rodiny. Jsou zde opět dva odlišné názory na instituci jako školu a instituci jako rodinu, ale škola od počátku vzniku nikdy neměla funkci pouze vzdělávací, aniž by se nezajímala o dítě jako člena společnosti.⁵⁰

Komunikací mezi žákem, učitelem a rodinou, je myšlena nejen komunikace na úrovni vzdělávání nebo o problémech daného žáka, ale především se myslí komunikace s rodinou obecně, tedy nejen, pokud je potřeba řešit nějaký problém.

Dalším rizikovým faktorem nejen školského prostředí jsou vrstevníci a kamarádi. Rodina je v období dospívání pro jedince až na druhém místě. V dospívajícím věku se každý

⁴⁸ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. CHARVÁT, M., NEVORALOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, s. 61 ISBN: 978-80-7422-393-8.

⁴⁹ ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. Ústní nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústní nad Labem, 2004, s. 29 ISBN: 80-7044-583-1.

⁵⁰ Tamtéž, 2004, s. 30

jedinec věnuje především kamarádům, kteří jsou pro něho důležití a také hodnoty a normy, které daná skupina vyznává. Jednotliví členové skupiny se mohou chovat rizikově nebo mají pozitivní postoje k rizikovému chování.

Vrstevnické prostředí má také vliv na to, jaký životní styl si jedinec zvolí. Jak tráví volný čas, jaké aktivity si pro využití volného času určí. Záleží tedy na tom, jaké vrstevnická skupina prosazuje zájmy a jaké vztahy mezi sebou mají. Za rizikové faktory se považuje tlak, který je na jedince směřován, dále členství v dané partě, pocit uplatnění ve skupině. Často se jedinec chová rizikově v partě jen proto, aby do dané party zapadl, aby byl členy party uznávaný.

Naopak vhodní kamarádi a vhodný kolektiv ve třídě má na daného jedince pozitivní vliv.

Společnost

Společností je také myšlena komunitní oblast jedince, ve které se daný člověk nachází, kde žije a vyrůstá. Je důležité, jaké má tato oblast volnočasové využití, do jaké míry se v dané oblasti vyskytuje rizikové chování. Dále se za společnost považují komunity lidí, jaké v oblasti bydlí, zda jsou narušené sousedské vztahy, jaké lokalita nabízí vzdělávací příležitosti, na jaké ekonomické úrovni se nachází a jiné další faktory. To vše může mít na dospívající vliv jak pozitivní, tak v opačném případě negativní.

Protektivními faktory společnosti je mimo jiné dostatek financí, politická stabilita nebo dobré kulturní podmínky.⁵¹ Společnost také udává postoje a normy k rizikovému chování. Společnost se v postojích k rizikovému chování historicky velmi změnila. Je v mnoha oblastech benevolentnější, prakticky vše dovoluje, je stále více tolerantnější k rizikovému chování. V čem se společnost uplynutím let dosti liší je v dostupnosti prostředků k rizikovému chování, v přímé či nepřímé podpoře společnosti k rizikovému chování a ve vyznávání norem a pravidel k rizikovému chování. S tím vším souvisí aktuální politické působení, nedostatek finančních prostředků na realizaci preventivních programů, jistá nadřazenost jiných zájmů společnosti.

⁵¹ MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. CHARVÁT, M., NEVORALOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, s. 61 ISBN: 978-80-7422-393-8.

6 RVP a sexuální výchova

Pro oblast prevence rizikového sexuálního chování ve školství jsou stěžejní Rámcově vzdělávací programy (RVP). Jsou to hlavní kurikulární dokumenty školství v naší zemi, jsou obsaženy v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR, v tzv. Bílé knize a zakotveny ve školském zákoně č. 561/2004 Sb.⁵² RVP se dělí na státní RVP a školní (ŠVP). RVP obecně stanovují vzdělávání pro jednotlivé etapy školství – předškolní, základní a střední vzdělávání. Co se týká ŠVP, ty uskutečňují vzdělávání na jednotlivých školách.⁵³

Pro prevenci rizikového sexuálního chování jsou stěžejní dvě z devíti vzdělávacích oblastí obsažené v RVP. Jedná se o vzdělávací oblast **Člověk a jeho svět** a **Člověk a zdraví**.

Vzdělávací oblast **Člověk a jeho svět** je jedinou oblastí, která je zaměřena na 1. stupeň ZŠ. Tato oblast se obsahově soustřeďuje na člověka samotného, rodinu, společnost a na oblast zdraví. Směřuje k dovednostem pro praktický život. Oblast navazuje na výchovu v rodině, jejíž důležitost je popsána výše. Vzdělávací oblast je členěna do 5 tématických okruhů, z nichž jeden okruh se nazývá **Člověk a jeho zdraví**. V daném okruhu se žáci seznamují v rámci sexuální výchovy s vývojem lidského těla a jeho funkcemi, se základy lidské reprodukce, se základními lidskými potřebami. Probírané je téma partnerství, rodičovství a základy sexuality a HIV/AIDS. Do sexuální výchovy patří i učivo týkající se osobního bezpečí – především bezpečné chování v rizikovém prostředí nebo se obsah týká krizových situací, jako je například sexuální zneužívání. Očekávanými výstupy v 1. období tohoto okruhu v oblasti sexuální výchovy v RVP jsou:

- uplatňuje základní hygienické, režimové a jiné zdravotně preventivní návyky s využitím elementárních znalostí o lidském těle, projevuje vhodným chováním a činnostmi vztah ke zdraví
- chová se obezřetně při setkání s neznámými jedinci, odmítne komunikaci, která je mu nepříjemná, v případě potřeby požádá o pomoc pro sebe i pro jiné

⁵² ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. Zář 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2004, částka 190, s. 10263-10264. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

⁵³ Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2017_cerven.pdf.

- využívá poznatků o lidském těle k vysvětlení základních funkcí jednotlivých orgánových soustav a podpoře vlastního zdravého způsobu života
- uplatňuje ohleduplné chování k druhému pohlaví a orientuje se v bezpečných způsobech sexuálního chování mezi chlapci a děvčaty v daném věku

Poslední dva výstupy jsou očekávanými výstupy v 2. období.⁵⁴

Vzdělávací oblast **Člověk a zdraví** je oblast, která navazuje na vzdělávací oblast na 1. stupni ZŠ. Tato oblast je realizována ve vzdělávacích oborech **Výchova ke zdraví** a **Tělesná výchova**. V rámci sexuální výchovy je stěžejní obor **Výchova ke zdraví**. Obor se zaměřuje na oblast zdraví, aby žák dokázal poznat sám sebe, aby pochopil hodnotu zdraví a jeho preventivní ochranu v rámci sexuálních návyků.

V rámci učiva v oblasti sexuální výchovy oboru **Výchova ke zdraví** jsou kromě již zmíněného zdraví vztahy mezi lidmi – láska, partnerské vztahy, manželství a rodičovství. Dále jsou obsahem oboru změny v životě člověka – dětství, puberta, sexuální dospívání a reprodukční zdraví a problémy jednotlivých vývojových stádií. Dále pak předčasná sexuální zkušenost, těhotenství, rodičovství mladistvých, poruchy pohlavní identity. V rámci prevence zdraví se probírají témata ochrany před přenosnými i nepřenositelnými pohlavními chorobami, způsoby bezpečného chování, nemoci přenosné pohlavním stykem, HIV/AIDS, hepatitidy, skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita, základní lidské potřeby. Probíraná témata jsou také sexuální orientace, sexuální deviace a deviantní chování, sexuální dysfunkce a bezpečný internet.⁵⁵

Očekávanými výstupy oboru **Výchova ke zdraví** na 2. stupni ZŠ, týkající se sexuální výchovy jsou dle RVP pro ZŠ:

- respektuje přijatá pravidla soužití mezi vrstevníky a partnery a pozitivní komunikací a kooperací přispívá k utváření dobrých mezilidských vztahů v širším společenství (v rodině, komunitě)

⁵⁴ Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2017_cerven.pdf.

⁵⁵ Tamtéž, 2017, s. 92

- uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými, civilizačními a jinými chorobami, svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc
- respektuje změny v období dospívání, vhodně na ně reaguje, kultivovaně se chová k opačnému pohlaví
- respektuje význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a pozitivními životními cíli, chápe význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování⁵⁶

Sexuální výchova se také dle RVP platného od 1.9.2017 vyučuje ve vzdělávacím oboru **Etická výchova**, kde tématem je sexuální zdraví. Etická výchova navazuje na vzdělávací oblast Člověk a jeho svět, kde jsou probírány základy sexuální výchovy. V etické výchově se kladen důraz na zodpovědný vztah k sexualitě, přípravu na lásku, sexuální identitu a nezralé rodičovství.⁵⁷

Sexuální výchova se týká také průřezových témat, jako je **Osobnostní a sociální výchova**, která je zakotvena v RVP pro základní vzdělávání od 1.9.2016. Tato výchova je praktická a užitečná v běžném životě žáka. Propojení se vzdělávací oblastí Člověk a zdraví se týká v oblasti fyzického zdraví člověka. „Výuka uvedeného průřezového tématu bude napomáhat primární prevenci rizikového chování a zkvalitnění mezilidské komunikace.“⁵⁸ Je jasné, že obor Výchova ke zdraví souvisí nejen se zdravím člověka, ale také s jeho osobnostním vývojem a proto propojení výchovy ke zdraví s Osobnostní a sociální výchovou je zřejmé. Obor Výchova ke zdraví je také úzce propojen s dalším průřezovým tématem a to je **Mediální výchova**, kdy se jedná ve spojení se sexuální výchovou o téma bezpečného internetu.

⁵⁶ Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2017_cerven.pdf.

⁵⁷ Tamtéž, 2017, s. 118

⁵⁸ Tamtéž, 2017, s. 126-127

6.1 Sexuální výchova

Nejprve je potřeba definovat, co vlastně znamená pojem sexuální výchova. „Sexuální výchova představuje dlouhodobé, záměrné, cílevědomé a systematické působení na žáka, které ovlivňuje formování jeho osobnosti v otázkách rodiny a lidské sexuality.“⁵⁹ Takto je sexuální výchova charakterizována Doporučením Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, které slouží jako orientace a ucelená koncepce pro pedagogy a jiné pedagogické pracovníky v oblasti sexuální výchovy.

V příručce pro učitele s názvem **Sexuální výchova – vybraná témata**, spadající pod obor Výchovy ke zdraví je možné najít tuto definici: „Zcela neoddělitelnou složkou výchovy ke zdraví na všech stupních škol, je i sexuální výchova, která je pojímána jako bio-psycho-sociální kategorie s etickým zaměřením.“⁶⁰

Přední český sexuolog MUDr. Radim Uzel, CSc. ve svých publikacích definuje sexuální výchovu takto: „Sexuální výchova nepředstavuje jen informace o pohlavním životě. Pomáhá také vytvářet žádoucí postoje a učí životním dovednostem. Všechno to raději o dva roky dříve než o pět minut pozdě.“⁶¹

Z těchto tří definic je zřejmé, že pojem sexuální výchova již dávno nezahrnuje jen pohlavní stránku života, ale je potřeba klást důraz na celého člověka jako celek. Oblast sexuální výchovy ovšem doprovází řada problémů, některé z nich přetrvávají dodnes. Podle Uzla je samotný problém již v informování veřejnosti, tedy jasně definovat, co sexuální výchova znamená. Například v různých zemích je sexuální výchova různě pojmenována a v různých oblastech se zaměřují na jiná témata této výchovy. V některých oblastech rozvojového světa jde o tzv. **Populační výchovu**, kde je kladen důraz na reprodukci, v severských zemích jako je Dánsko, Finsko nebo také ve Velké Británii se používá termín **Výchova k mezilidským vztahům a ke komunikaci**. V těchto zemích se zaměřují na vztahy mezi lidmi a jejich aspekty psychologické, sociální a kulturní. Důraz je kladen na

⁵⁹ Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/doporučení-msmt-k-realizaci-sexualni-vychovy-v-zakladnich>.

⁶⁰ KUBRICHTOVÁ, Lenka, UZEL, Radim a kol.: *Sexuální výchova -vybraná témata, příručka pro učitele*. [online]. [cit. 2017-08-21]. Dostupné z: http://eduin.cz/wp-content/uploads/311/Methodicke_materialy/Sexualni_vychova_vybrana_temata.pdf.

⁶¹ UZEL, Radim: *Sexuální výchova*. [online]. [cit. 2017-08-25]. Dostupné z: www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385374360.pdf.

komunikaci a tvorbu postojů a hodnot. V bývalých socialistických zemích a v zemích jako je Itálie, Portugalsko a částečně také Francie a Turecko používají pojem **Rodinná výchova** se zaměřením na rodičovství. **Sexuální výchova** je pojem typický pro Švédsko a USA a je v souladu se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), a je tedy spojením výše uvedených směrů. Představuje tedy nejen přípravu na pohlavní život, ale také na přípravu k mezilidským vztahům.⁶²

Dalším problémem podle českého sexuologa Radima Uzla, který doprovází sexuální výchovu bohužel dodnes, je spolupráce mezi výchovou školní a rodinnou, které je v této bakalářské práci věnována nemalá pozornost. Spolupráci školy s rodinou, je též věnována pozornost v Doporučení MŠMT nebo také v příručce Sexuální výchova – vybraná témata pro učitele výše zmiňována. Podle Uzla je naivní, myslet si, že rodina dítě vybaví všemi potřebnými informacemi o tématech, která do sexuální výchovy spadají, jelikož se jedná o široké spektrum témat a také především z důvodu velkého množství dysfunkčních a neúplných rodin v naší zemi. Tuto úlohu tedy musí zastupovat škola, školní výchova, která je v těchto případech velmi důležitá.⁶³ Důvody ale mohou být různé – samotní rodiče nemají dostatek informací, které by dítěti poskytli, záměrně se daným tématům vyhýbají, přenechávají tuto výchovu škole nebo v důsledku například náboženství či jiných etnických důvodů záměrně tyto informace dětem nesdělují. V takovém případě se škola řídí dle Úmluvy o právech dítěte, kde jsou obsažena práva dítěte. Jedním z těchto práv je právo dítěte na informace, které jsou zaměřeny mimo jiné také na tělesné zdraví dítěte. Z této Úmluvy škola vychází při výuce sexuální výchovy.

Sexuální výchova na 2. stupni ZŠ je pro dospívající žáky velmi důležitá. Dospívající jsou ve věku, kdy nejvíce inklinují k rizikovému sexuálnímu chování a určitá míra působení a intervence školy je v tomto případě namístě.

Spolupráce školy s rodinou vychází ze školského zákona, kde jsou práva a povinnosti školy a zákonných zástupců ve vztahu k dítěti/žákovi.⁶⁴ Sexuální výchova ve škole by měla

⁶² UZEL, Radim: *Sexuální výchova*. [online]. [cit. 2017-08-25]. Dostupné z: www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385374360.pdf.

⁶³ Tamtéž, 2006, s. 22

⁶⁴ Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/doporuceni-msmt-k-realizaci-sexualni-vychovy-v-zakladnich>.

navazovat na sexuální výchovu v rodině a z ní má vycházet. Má ji rozšiřovat a prohlubovat.

Sexuální výchova, jak bylo uvedeno výše, je zakotvena v rámcových vzdělávacích programech v oboru Výchova ke zdraví, kde bývá často obsažena v různých předmětech, které si stanovuje škola ve svých školních vzdělávacích programech sama. Jde o předměty jako Biologie, Rodinná výchova, Občanská výchova, Základy společenských věd a jiné. To je důkaz toho, že zatím sexuální výchova není brána jako samostatný předmět a je pouhou součástí jiných vyučovaných předmětů.

Sexuální výchova je také úzce spjata s tématem genderu, kdy je možné uchopit sexualitu z mnoha úhlů a poskytnout tak žákům jiný výklad a poutavé a zajímavé poznatky a náhledy na sexualitu. Žáci si během toho mohou vytvářet vlastní poznatky a kritické myšlení, nad kterým mohou dále uvažovat. Existují výzkumy, které se zaměřují na gender a téma sexuality. Téma genderu nám dává možnost nahlížet na sexualitu z jiného úhlu. Nemusí jít vždy jen o klasický výklad sexuální výchovy, který se na školách praktikuje, učitelé mohou se žáky přemýšlet nad tím, co mají muži a ženy společného a v čem se naopak liší v oblasti sexuality, mohou se zamýšlet nad vlivem vrozených dispozic a výchovy ve vztahu k sexualitě. Gender nám umožňuje přemýšlet nad tím, jak vnímají sexualitu muži a jak naopak ženy, učitelé mohou žákům představit mezikulturní odlišnosti v oblasti sexuálního chování. Mohou společně s žáky diskutovat, proč jsou muži více sexuálně aktivnější než ženy nebo například podle čeho si muži a ženy vybírají své budoucí partnery a jestli se tato kritéria výběru partnerů v průběhu života mění a proč. V rámci tématu genderu se zabýváme vlivem přírody a výchovy jedince, kdy příroda nám dává vše, s čím se narodíme a co si do světa přinášíme a výchova, která nás ovlivňuje hned po narození.⁶⁵ Sexuální výchovu je možné pojmout z více úhlů, díky tomu se může jednat o daleko poutavější výklad, který žáky zaujme. „Realizací sexuální výchovy je naplňován především jeden z cílů základního vzdělávání, a to učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a má být za ně odpovědný.“⁶⁶

⁶⁵ LIPPA, A. R. *Pohlaví: příroda a výchova*. Vydání první. Přeložil Jan HAVLÍČEK, Jaroslava VALENTOVÁ. Praha: Academia, 2009, s. 13-17 ISBN: 978-80-200-1719-2.

⁶⁶ Podle MŠMT, 2010, s. 31

7 Rizika rizikového sexuálního chování

Rizika rizikového sexuálního chování nás mohou potkat po celý život, nicméně především v období dospívání je předpoklad rizika vyšší a může člověka poznamenat na celý život. Adolescenti jsou tak více než jakékoli jiné věkové skupiny ohroženy nejvíce riziky v oblasti sexuálního zdraví. Dospívání je obdobím, kdy se formuje osobnost člověka, navazují se první citové vztahy, adolescent často bojuje sám se sebou, s vlastním já. Zde je možné opět vyzdvihnout význam protektivních faktorů, které na daného jedince během dětství a dospívání působí. V období adolescence se může projevit tendence k experimentování, k získávání zkušeností s různými partnery. U adolescentů a nejen u nich se často jedná o střídání partnerů a o nezávazné vztahy. Často jsou takoví jedinci pod vlivem své party, chtějí se zalíbit, vyrovnat se ostatním a nedbají tak na své zdraví a zdraví ostatních. Dá se říci, že mnozí adolescenti již mají informace o negativních důsledcích takového sexuálního chování, ale bohužel podle toho často nejednají a rizika podceňují.

Rizikem v oblasti sexuálního zdraví může být předčasné zahájení pohlavního života a to může mít též negativní důsledky do budoucna. Je to tak především u dívek, u kterých předčasné zahájení pohlavního života může mít zdravotní následky. U dívek je děložní čípek chráněn cylindrickým epitelem, který chrání oproti dlaždicovému epitelu u dospělých žen méně proti mikrobiálním infekcím, epitel u mladých dívek snadno podléhá patologickým změnám, které mohou vyústit v karcinom. Častým střídáním sexuálních partnerů je zde i větší riziko nákazy pohlavními chorobami.

Mezi další rizika rizikového sexuálního chování patří nechtěné těhotenství, které je důsledkem tohoto chování především z důvodu nechráněného pohlavního styku nebo zanedbáním antikoncepce u ženy.

Dalším rizikem rizikového sexuálního chování jsou pohlavně přenosné nemoci. Tyto nemoci jsou staré jako lidstvo samé a jejich počet se stále rozšiřuje. Mezi klasické pohlavní nemoci patří kapavka a syfilis, nicméně ty byly již předstiženy virem HIV a dalšími nemocemi jako jsou chlamydie, kondylomata, genitální opary. Velmi často se dnes již objevuje vir HPV, tedy lidský papilomový virus, který je původcem kondylomat a genitálních bradavic. Je znám také s řadou degenerativních onemocnění pohlavních orgánů. Je nutné říci, že často se tyto pohlavně přenosné choroby vyskytují souběžně. To

znamená, pokud je člověk nakažen virem HIV, často je nakažen též kapavou nebo syfilitidou. Dále se již budu věnovat jedním konkrétním důsledkem rizikového sexuálního chování a tím je HIV.

8 Co je HIV

HIV pochází z anglického názvu Human Immunodeficiency Virus. Jde o virus lidské imunodeficiency, tedy virus, který napadá imunitní systém člověka. Byl objeven v letech 1983 – 1984.⁶⁷ Tehdy byl zachycen výskyt převážně u starších mužů, homosexuálů, tudíž se lidé zaměřili pouze na mužské pohlaví. To, že jde o virus, kterým se nakazí lidé bez rozdílu pohlaví a sexuální orientace, tehdy nikoho nenapadlo. Ženy šly proto stranou a lidstvo se zaměřilo na muže – homosexuály.

Dříve byl označován zkratkou GRID5 – gay related immunodeficiency syndrom, a to právě díky omylům a mýtům tehdejší doby, že jde o onemocnění mužů – homosexuálů. Kromě homosexuálů se však virus dále objevoval také u hemofiliků (mužů, kteří trpěli poruchou srážlivosti krve - jde o genetické onemocnění, kdy přenašečem je matka) a u drogově závislých, kteří užívali heroin. Většinou pocházeli z ostrova Haiti, a proto se také virus nazýval nemoc 4H. Definitivní název HIV byl potvrzen roku 1986. Ve francouzsky mluvících zemích se HIV nazývá SIDA a v zemích rusky mluvících jde o zkratku SPID.⁶⁸

Vědci jsou však přesvědčeni, že virus se objevoval již dříve, i 200 let zpátky. Vyplývá to i z důkazů, např. z deníku jednoho neapolského lékaře, kde jsou uvedeny případy, u kterých bylo diagnostikováno neznámé onemocnění, dnes s názvem Kaposiho sarkom. Onemocnění kůže, kterým trpí lidé s AIDS.⁶⁹

Virus HIV se dělí na dva subtypy. HIV1 a HIV2. Vir HIV1 je agresivnější, virulentní, rozšířenější po světě, avšak jedno mají společné. Oba způsobují infekci.⁷⁰ Vir HIV patří mezi retroviry, který potřebuje svého hostitele – lidský organismus. Venku za normálních podmínek hyne během několika sekund. HIV jako retrovir obsahuje RNA (ribonukleovou kyselinu), která napadá bílé krvinky T-lymfocyty - CD4+ a vnikne do nich. V těchto bílých

⁶⁷ HOLUB, Jiří a kol.: *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. s. 12 ISBN 80-7169-068-6.

⁶⁸ Tamtéž, 1993, s. 9

⁶⁹ Tamtéž, 1993, s. 12

⁷⁰ MACH, P. a kol.: *Vzdělávací materiály ke kurzu Zaměstnávání HIV pozitivních osob – teorie a praxe aneb Sociální práce s HIV pozitivními osobami*. Praha: Dům světla, 2014. s. 3

krvinkách se RNA přepisuje do genetického kódu DNA (deoxyribonukleové kyseliny).⁷¹ Postupně ničí jednu po druhé. Bílé krvinky slouží k obranyschopnosti člověka, pokud je jejich počet snížen nebo se postupně snižuje, dochází k selhávání lidské imunity, tělo se nedokáže bránit proti vlivům z vnějšku, proti různým onemocněním a infekcím. Tělo je náchylnější ke všemu z vnějšího prostředí a nedokáže si pak poradit ani s běžným onemocněním jako je např. rýma – zánět nosohltanu či nachlazení. Ve stadiu AIDS je již počet T-lymfocytů tak nízký, že člověk umírá i na běžné onemocnění.

Virus HIV nenapadá jen T-lymfocyty, ale i makrofágy, též bílé krvinky a některé buňky centrálního nervového systému (CNS). Za normálních okolností, pokud se tělo setká s infekcí, se T-lymfocyty brání a infekci se ubrání. Pokud se ovšem tělo setká s infekcí HIV, T-lymfocyty se neubrání a postupně je virus likviduje. Ostatní infekce již mají do lidského těla snadný přístup a nic jim nebrání tělo zlikvidovat.⁷²

Pokud je člověk infikovaný virem HIV, neznamená to, že má AIDS, jedná se o poslední stádium, které nemusí mít každý. Člověk, který je infikován virem HIV není poznat. Nejsou žádné viditelné znaky, které by poukázali na infekci virem HIV. Pokud již člověk má vir HIV určitou dobu, je pozorovatelný úbytek na váze, nechutenství, noční pocení, plísň, bolesti hlavy, horečky, únava.⁷³ To většinou přivede člověka k lékaři, který dříve nebo později udělá test na protilátky viru HIV v krvi. Krátce po nákaze je virová nálož v těle nakaženého člověka nejsilnější. V tomto období dochází nejsnáze k infikování druhých lidí. K nejčastější nákaze jiných osob osobou infikovanou dochází právě v období, kdy člověk nic netuší.

Akutní infekce

Doba mezi infikováním se virem HIV až po poslední stádium – AIDS se dělí do několika stádií, či fází. Člověk nakažený virem HIV zdaleka nemusí dojít do stádia AIDS.

⁷¹ HOLUB, Jiří a kol.: *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. s. 16 ISBN 80-7169-068-6.

⁷² Tamtéž, 1993, s. 13

⁷³ Tamtéž, 1993, s. 18

První stádium se nazývá akutní infekce nebo také tzv. primoinfekce.⁷⁴ Jde o stádium těsně po nakažení se virem HIV, který začíná pracovat. Do 6 týdnů od nákazy může dojít, ale také nemusí, k příznakům klasické chřipky či nachlazení. Může dojít ke zvýšené teplotě, bolesti v krku, horečky, bolesti svalů a kloubů, únavě a zduření mízních uzlin nebo např. k nočnímu pocení. Někdy se také může objevit zvětšení jater nebo sleziny a vyrážky. Často se toto spojuje se chřipkou či mononukleózou a více se nezjišťuje.⁷⁵ Příznaky během týdne odezní a člověk se může i několik let cítit zdravý. Jak jsem zmínila na začátku první kapitoly, tyto příznaky mohou, ale nemusí být. Člověk nemusí po naze virem HIV mít žádný z uvedených příznaků.

HIV infekci v tomto akutním stádiu prakticky nelze poznat. Pokud infikovaný člověk jasně neuvede důvod, který by byl lékařovi vodítkem k infekci HIV, nelze předpokládat, že se na infekci HIV snadno a zavčas přijde. Takovým důvodem, proč by se měl lékař přiklánět k této infekci v tomto akutním stádiu je např. podání informace o rizikovém sexuálním chování jedince – ať už jde o nechráněný styk s prostituující osobou či jakoukoli jinou osobou či nechráněný anální, orální a vaginální styk s osobou jinak neznámou, o styk homosexuální, o rizikové chování spojené s intravenózním užíváním drog a dále.

Asymptomatické stádium

Druhé stádium je nazýváno asymptomatickým. Během této fáze nemá člověk nakažený virem HIV žádné obtíže, může se i několik let cítit zdravý, zcela v pořádku, bez problémů. Pokud se na infekci virem HIV nepřišlo v akutní fázi, v tomto stádiu je to problematické o to více.

V tomto období je však vhodné diagnostikovat člověka s HIV infekcí a začít s vhodnou léčbou. Čím dříve se na nákazu virem HIV přijde, tím lépe se člověku nasazuje léčba a je velká šance, aby člověk vedl plnohodnotný život co možná nejdéle. K tomu, aby byla léčba účinná, musí nemocný člověk spolupracovat s lékaři, pravidelně užívat léky a docházet na sjednané kontroly. V tomto stádiu se člověk může udržet co nejdéle právě díky léčbě. Tomuto stádiu se také říká tzv. bezpříznakové nosičství, kdy člověk v sobě má vir HIV,

⁷⁴ ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. s. 49 ISBN 80-85800-92-6.

⁷⁵ HOLUB, Jiří a kol.: *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. s. 18 ISBN 80-7169-068-6.

většinou o něm neví a snáze nakazí další osoby.⁷⁶ Toto období může trvat i několik let. Záleží na imunitě každého jedince.

Symptomatické stádium

Třetí stádium se nazývá symptomatické. V této fázi je již obranyschopnost nemocného člověka snížena, vir je již natolik silný, že může napadat nervový systém. To vede ke špatné komunikaci, dekoncentraci, ke špatné chůzi, zapomínání. Nejčastěji v tomto stádiu se objevují zduřelé mízní uzliny – krční, v podpaží, atd. V této době je již z části napaden imunitní systém člověka. I v této fázi se může člověk udržet co nejdéle.⁷⁷

Stádium AIDS Related Complex (ARC)

Čtvrté stádium ARC – AIDS Related Complex nebo také tzv. pozdní symptomatické stádium, je charakterizováno teplotami, přetrvávajícími průjmy, které vedou k úbytku na váze, objevuje se častá a výrazná únava, noční pocení, poruchy paměti, změny osobnosti, změny nervového systému. Člověk se díky únavě vyhýbá sportu, dělá mu problém chodit do schodů, člověk se zadýchává, pokašlává, je vyčerpaný.⁷⁸

V této fázi je postižen imunitní systém z velké míry. Stádium se velice podobá již stádiu poslednímu, tedy stadiu AIDS.

Rozvinuté stádium AIDS

Pátým, tudíž posledním stádiem HIV infekce je rozvinuté stádium AIDS, je poslední fází, kdy dochází k celkovému selhání imunity člověka. V tomto stádiu se u nemocného člověk objevují dva typy projevů, nádory nebo tzv. oportunní infekce, tedy přidružená onemocnění, kterými se člověk snáze nakazí.⁷⁹ Člověk posléze umírá.

⁷⁶ HOLUB, Jiří a kol.: *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. s. 38 ISBN 80-7169-068-6.

⁷⁷ ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. s. 21 ISBN 80-85800-92-6.

⁷⁸ HOLUB, Jiří a kol.: *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. s. 20 ISBN 80-7169-068-6.

⁷⁹ Tamtéž, 1993, s. 21

9 Co je AIDS

AIDS z anglického názvu Acquired Immune Deficiency Syndrome je syndrom získaného selhání imunity. AIDS je poslední stádium HIV infekce, kdy dojde k fatálnímu selhání lidské imunity, počet T-lymfocytů je nízký a člověk umírá.⁸⁰ V žádném případě nejde o pohlavní nemoc, jde o nemoc, která napadá imunitní systém člověka. Neřadí se mezi pohlavní nemoci, kam spadá například kapavka, syfilis, chlamydie a další. Předchází mu virus HIV, kterým se člověk musí nakazit. Mezi nakažením virem HIV a nemocí AIDS může uplynout řada let. Záleží na celkové imunitě člověka a jeho způsobu života.

Člověka s již rozvinutým stádiem AIDS na ulici prakticky nepotkáme. Tito lidé jsou hospitalizovaní, závislí na druhých osobách- osobách zdravotnického personálu, na příbuzných a především na rodině, ta dává člověku sílu a je potřeba, aby zde pro něj byla až do posledních okamžiků. Bohužel však dochází k tomu, že rodina tuto diagnózu u svého člena nemusí vždy přijmout. S tím bývá spjata i sexuální orientace, která může být dalším „zklamáním“ a rodina člověka zavrhne.

Lidé v poslední fázi infekce HIV - v rozvinutém stádiu AIDS, díky extrémně nízkému počtu bílých krvinek a téměř celkovému selhání imunity trpí vážnými onemocněními. Nejčastěji je postihují jednak nádory nebo jak jsem zmínila v předchozí kapitole tzv. oportunní infekce. Lidé s AIDS postihují onemocnění typická i u lidí bez této diagnózy. Jde o selhávání imunitního systému, tudíž se nakazí různými onemocněními ať již bakteriálního, virového, parazitárního či jiného původu. Také se často u lidí s AIDS vyskytují plísňe a to v dutině ústní, odkud se velmi snadno dostává do trávicího traktu, který napadají i paraziti.⁸¹

Onemocněními, kterými lidé s AIDS trpí, se týkají celého organismu. Řadíme sem onemocnění plic, onemocnění nervového systému, trávicího traktu, střev, onemocnění kůže, oka, kostí, svalů, ledvin a močových cest, dále onemocnění srdce, dýchacích cest, ale také se projevují např. hematologické projevy - poruchy krve, a to anémie či například trombocytopenie.

⁸⁰ ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. s. 10 ISBN 80-85800-92-6.

⁸¹ HOLUB, Jiří a kol.: *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. s. 21 ISBN 80-7169-068-6.

Nádorová onemocnění

Mezi nejčastější nádorová onemocnění, které se u lidí s AIDS vyskytuje, je tzv. Kaposiho sarkom. Jde o onemocnění nejčastěji kůže, také se však objevuje na plicích, v dutině ústní jak na jazyce, tak například na horním patře a jiných sliznicích či na ledvinách. Postihuje tedy také vnitřní orgány. Jde o skvrny, které jsou rudé až nafialovělé. Objevuje se již celkem brzy, kdy ještě počet bílých krvinek není tak nízký. I když jde o vážné onemocnění – nádorové, zdaleka však lidé na toto onemocnění neumírají. Častějšími příčinami jsou právě oportunní infekce nebo jejich kombinace.⁸²

Méně častým je tzv. systémový non-hodgkinský lymfom, který postihuje vnitřní orgány. Zatímco Kaposiho sarkom se objevuje ještě při relativně vysokém počtu bílých krvinek, tento lymfom se objevuje v pokročilejším stádiu selhávání imunity. Jde o celkem nejasné maligní onemocnění. Nejasné z důvodu příčin vzniku. Onemocnění postihuje lymfatické uzliny tím, že se zduří.⁸³

Zánětlivá onemocnění

Z oportunních infekcí u onemocnění plic je nejčastější zápal plic, způsobený prvokem *Pneumocystis carinii*. Jde o pneumocystovou pneumonii. Je to zánět, který se musí léčit a nebrat na lehkou váhu. Mezi příznaky patří dušnost, kašel, únava a hubnutí. Pokud se nezačne léčit, člověk na něj umírá. Je zde možnost zaměnění tohoto onemocnění s plicní tuberkulózou, která je u osob s HIV velice častá.⁸⁴

Dalším vážným zánětlivým onemocněním je tedy plicní (i mimoplicní) tuberkulóza (TBC). Jde nejen o nejčastější onemocnění u lidí s AIDS, ale také o nejčastější příčinu smrti. Plicní tuberkulóza se objevuje při relativně vysokých hodnotách CD4+ lymfocytů. Mezi projevy patří kašel, noční pocení, hubnutí. Jde o onemocnění vážné, kdy je kladen důraz na spolupráci pacienta s lékařem - pravidelně navštěvovat lékaře a s tím spojené kontroly a vyšetření.

⁸² ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. s. 137 ISBN 80-85800-92-6.

⁸³ Tamtéž, 1998, s. 140-141

⁸⁴ Tamtéž, 1998, s. 57-59

Vážným a velice častým onemocněním je tzv. Cytomegalovirová retinitida, kterou způsobuje cytomegalovirus (CMV).⁸⁵ Jde o zánětlivé onemocnění oční sítnice, které může vést až ke slepotě. Zde je především důležitá léčba. Pokud se zánět sítnice neléčí, prognóza je velice špatná. Jelikož se toto onemocnění vyskytuje při rapidně nízkém počtu lymfocytů, odhaduje se doba trvání života na půl roku.⁸⁶

Onemocnění střev

Osoby s AIDS velmi často postihují silné, opakující se, až chronické průjemy. Průjemy se však objevují již ve stádiu symptomatickém, kdy je počet lymfocytů snížen a narušena je obranyschopnost. Z důvodu průjemových onemocnění lidé ztrácejí na váze, jsou slabí, unavení a mají problémy s příjmem a udržením potravy v těle. S tím souvisí tzv. Wasting syndrom, kdy lidé trpí kachexií – ztrátou hmotnosti a tím pádem ztrátou svalové hmoty, jsou oslabeni a dehydratováni. Osobám s tímto syndromem se mimo jiné podávají léky, které navozují chuť k jídlu. Osvědčilo se i podávání THC a užívání marihuany, látky obsažené v ní prokrvují žaludek a tím má člověk snadněji chuť k jídlu.⁸⁷

Poruchy CNS

U nemocných s AIDS dochází také k poruchám centrálního nervového systému (CNS), k napadení mozku. Bohužel však neurologické problémy se vyskytují ve všech fázích infekce HIV, tedy již od primoinfekce.

Nemocný je dezorientovaný, má problémy s pamětí, chůzí, špatně spí, má bolesti nebo například křeče. Dále se projevují poruchy chování, vědomí, dochází ke změnám osobnosti. Nesmíme zapomenout ani na demenci, kterou osoby s AIDS velice často mají. Únava je dalším častým projevem. Neobjevuje se jen ve stádiu AIDS, ale po celou dobu infekce v lidském těle. Je příznakem mnoha dalších jiných infekcí či onemocnění, kterými lidé se sníženou imunitou se mohou infikovat. Při onemocnění nervového systému se projevují poruchy nálad, člověk je podrážděný, apatický, rozladěný, nepříjemný na okolí. To může vyústit v problémy například navozování nových sociálních vazeb a k narušení stávajících sociálních vztahů – rodina, příbuzní, přátelé. U člověka s HIV je známa také

⁸⁵ ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. s. 106 ISBN 80-85800-92-6.

⁸⁶ Tamtéž, 1998, s. 106-107

⁸⁷ Tamtéž, 1998, s. 136

agresivita, která se celkem často objevuje ve fázi, kdy se o své diagnóze dozvěděl nedávno.⁸⁸

Mezi další onemocnění patří toxoplasmóza. Jde o infekci centrálního nervového systému. Toxoplasmóza je parazitární onemocnění, kterým se člověk může nakazit od domácího mazlíčka, kdy se člověk dostane do kontaktu s kočkou či velice často také s králíkem. Další možný způsob nákazy je požitím nedostatečně tepelně upraveného masa.⁸⁹ Existují přísná pravidla pro lidi s HIV v souvislosti s chováním zvířat.

⁸⁸ MACH, P. a kol.: *Vzdělávací materiály ke kurzu Zaměstnávání HIV pozitivních osob – teorie a praxe aneb Sociální práce s HIV pozitivními osobami*. Praha: Dům světla, 2014. s. 43

⁸⁹ ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. s. 95 ISBN 80-85800-92-6.

10 Nákaza virem HIV

Co se týká způsobů nákazy virem HIV stále má mnoho lidí mylné informace o způsobech přenosu. Jediným řešením, jak tomu předcházet je primární prevence realizovaná již od dětství prostřednictvím rodiny a dále pak institucemi jako je škola, jiná školská zařízení anebo například neziskové organizace. Přenos viru HIV je možný třemi způsoby. Jde o sexuální přenos, přenos krví a vertikální přenos, tedy z matky na dítě.

V České republice je podle Státního zdravotnického ústavu (SZÚ) každý měsíc infikovaných virem HIV ve srovnání s předchozími měsíci stále více a více osob, lidé se však stále chovají sexuálně rizikově a vystavují se tak velkému riziku nákazy a přenosu i dalších nemocí pohlavních.

10.1 Přenos infekce HIV krví a nozokomiální přenos

Přenos krevní cestou je možný, dokud krev nezaschne, poté virus hyne a nákaza virem HIV není možná.⁹⁰ Přenos viru HIV krevní cestou je nejčastější u rizikové skupiny drogově závislých osob, které drogy užívají intravenózně, tedy do žíly. Nákaza je u těchto osob možná prostřednictvím injekčních stříkaček a jehel. Pokud si uživatelé drog navzájem tyto předměty půjčují a nedodržují určitá hygienická pravidla, nákaza je snadná. Vir HIV se nachází také v menstruační krvi nakažené osoby, tudíž je nákaza možná i prostřednictvím krve menstruující ženy.

Přenos viru HIV je také možný v zařízeních, kde se provádí tetování, piercingy a také akupunktura a to v takovém případě, kdy zařízení nedodržuje patřičné hygienické normy.⁹¹ Dále co se týká zařízení, která musí dodržovat základy aseptiky, jsou zubaři a pracovníci, kteří provádějí dentální hygienu. I zde je nutností a samozřejmostí dodržování striktních hygienických norem. Nakazit se člověk může virem HIV také při poranění či úrazech infikované osoby. Pokud dojde k poranění nakažené osoby a dojde ke styku se zdravým

⁹⁰ MACH, P. a kol.: *Vzdělávací materiály ke kurzu Zaměstnávání HIV pozitivních osob – teorie a praxe aneb Sociální práce s HIV pozitivními osobami*. Praha: Dům světla, 2014. s. 3

⁹¹ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol.: *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 107 ISBN 978-80-204-3325-1.

člověkem, možnost přenosu HIV je vysoká. Zdravá osoba by musela mít otevřenou ránu, která by přišla do styku s infikovanou krví.

10.2 Přenos pohlavní cestou

Nejčastějším přenosem viru HIV dochází právě sexuálním přenosem, tedy pohlavní cestou, ať se jedná o heterosexuální styk či homosexuální nebo bisexuální. Stále ještě přetrvává největší počet infikovaných u homosexuálních párů. Je to ale především proto, že homosexuálové jsou rizikovou skupinou, vědí o tom, a proto se častěji nechávají testovat na HIV oproti heterosexuálům. Homosexuálové se nebojí a na testy jdou, díky tomu je největší počet známý u mužů této sexuální orientace.

Nejrizikovějším stykem je anální styk mezi dvěma muži nebo mezi mužem a ženou. Anální otvor není tak pružný a tudíž se HIV přenese snadno prostřednictvím poraněné sliznice, ale také i přes neporušenou sliznici. Vir HIV se přenáší také vaginálním či orálním stykem. Je nutné upozornit, že HIV se nachází již v preejakulátu muže.⁹² Preejakulát je průhledná tekutina, která může, ale nemusí před ejakulací vycházet. U orálního styku pokud dojde k ejakulaci spermatu do úst, je zde riziko vysoké. Stejně tak, pokud muž orálně uspokojuje ženu, je riziko vysoké, jelikož se vir nachází ve vaginálním sekretu.

Snáze se nakazí žena od muže než opačně. Při nákaze hraje důležitou roli virová nálož v těle nakaženého, jak moc je vysoká. Stačí jediný sexuální styk s nakaženou osobou a je pravděpodobné, že se druhá osoba nakazí, stejně tak ale může být sexuálních styků více a člověk se nenakazí.⁹³ Neznamená to však, že může být člověk klidný a nechránit se.

⁹² JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol.: *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 101 ISBN 978-80-204-3325-1.

⁹³ MACH, P. a kol.: *Vzdělávací materiály ke kurzu Zaměstnávání HIV pozitivních osob – teorie a praxe aneb Sociální práce s HIV pozitivními osobami*. Praha: Dům světla, 2014. s. 3

10.2.1 Prevence nákazy virem HIV pohlavní cestou

Nejlepší a nejbezpečnější prevencí proti nákaze virem HIV je sexuální abstinence. Earvin „Magic“ Johnson ve své knize s názvem „Jak se vyhnout AIDS“ zdůrazňuje právě abstinenci lidí jako jedinou jistotu před nákazou virem HIV touto cestou.⁹⁴

Pokud již člověk žije sexuálním životem a chce jím žít i dále je potřeba upozornit, že neexistuje bezpečný sex – safety sex, ale bezpečnější sex ano, a to díky prezervativu – kondomu.

Prevencí proti přenosu viru HIV pohlavní cestou je především používání latexového kondomu, a to jak při vaginálním tak i análním a orálním sexu. Nejde jen o ochranu před HIV, ale také před přenosem pohlavních nemocí. Doporučuje se, pokud trvá pohlavní styk déle než 30 minut, kondom vyměnit za nový.⁹⁵ Nikdy se nesmí používat kondom opakovaně, vždy pouze jednou. Na trhu existuje řada kondomů odlišných firem v řadě velikostí. Měl by si proto vybrat každý. Řada mužů není na ochranu zvyklá, nikdy ji nepoužívali a nehodlají s tím začínat. Takovým mužům je potřeba vysvětlit, že je to ochrana, která je důležitá. Je potřeba tuto ochranu kupovat vždy v drogeriích, lékárnách a v jiných důvěryhodných obchodech. V žádném případě se nedoporučuje ochranu kupovat na pochybných místech. Důležité je sledovat datum expirace, v žádném případě se nesmí kondom používat po datu spotřeby. Jeho kvalita může být snížena a snadno může dojít k jeho prasknutí.

Nebezpečí nákazy virem HIV může snížit osprchování pohlavních orgánů, pokud prezervativ praskne. Pokud dojde k ejakulaci spermatu do úst, také je vhodný výplach úst.⁹⁶ Je potřeba mít na paměti, že i ten sebelepší prezervativ může prasknout, je doporučováno společně sním používat lubrikační gel, který je velice prospěšný před případným prasknutím kondomu a před porušením sliznice, ať již jde o vaginální či anální styk. Pokud je provozován anální styk, lubrikační gel je zde na místě. Existuje také dámský prezervativ, který je také ochranou před HIV.

⁹⁴ JOHNSON, Earvin: *Jak se vyhnout AIDS*. První vydání. Praha: Lunarion, 1993. s. 93, 180 ISBN 80-901031-9-7.

⁹⁵ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol.: *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 101 ISBN 978-80-204-3325-1.

⁹⁶ Tamtéž, 2014, s. 101

Další prevencí před nákazou virem HIV a nejen HIV, ale i před jinými pohlavními nemocemi, je věrnost partnerovi a trvalý vztah. Pokud se vytvoří nový partnerský vztah, doporučuje se, po 3 měsících trvání tohoto vztahu dojit si na testy HIV. Poté si můžeme být z části jisti, že partner nemá HIV a můžeme začít s pohlavním životem. Je potřeba mít ale na paměti, že i když partnerovi věříme a jsme si jisti věrností, není v našich silách věřit, že partner je nám doopravdy věrný. Neuhlídáme to a nikdy si tímto nemůžeme být jisti. Proto je dobré prezervativ používat i nadále při trvajícím vztahu. Nejde jen o ochranu před HIV, ale také se ženy chrání před rakovinou děložního hrdla, tedy před nákazou lidskými papilomaviry (HPV).

V dnešní době stále častěji začínají dívky a chlapci s pohlavním stykem, nemají však dostatek informací o pohlavním životě, o ochraně před početím a před pohlavními nemocemi a před HIV. Mladí lidé mají tendenci zkoušet nové věci, láká je pohlavní život a dá se říci, že dochází k častějšímu střídání partnerů a zkoušení jiných nových sexuálních praktik. K nákaze může dojít například při sadomasochismu, skupinovém sexu, natáčení dětské pornografie a při pornografii mezi dospělými.

Jako další možnou prevencí, pokud se lidé rozhodnou žít sexuální životem, jsou formy sexuálního uspokojení jiným způsobem než přímým pohlavním aktem.

Pokud mají dva lidé spolu sexuální styk a oba mají HIV, i oni by měli používat kondom jako ochranu. Každý z nich má jiný typ viru, jinou virovou nálož, a i u již pozitivních osob je možné přenést vzájemně mezi sebou viry, které jsou navzájem odlišné.⁹⁷

10.3 Vertikální přenos

Vertikální přenos znamená přenos z matky na dítě během těhotenství – gravidity a při porodu. Vir HIV lze přenést na dítě při kojení, proto se výrazně nedoporučuje kojení při HIV pozitivitě matky. Je samozřejmě nejlepší, pokud se o HIV pozitivitě matky ví co nejdříve, nejlépe však, pokud se o ní ví již před otěhotněním, pokud například žena dítě chce, může se na to za pomoci lékařů připravit. Často však dochází k zjištění této diagnózy po otěhotnění, díky právě povinným testům na HIV. V České republice se od

⁹⁷ MATULA, L.: Preventivní beseda o HIV/AIDS. Praha. Dům světla, 13. června 2014

roku 1988 povinně testují těhotné ženy na HIV. V tomto případě není potřeba souhlasu pacientky s provedením testu. Tím chráníme nenarozené dítě, tedy nascitura, před infekcí HIV. Do té doby se však často stávalo, že matka vir na dítě přenesla. V České republice je toto riziko přenosu okolo 0,5 – 3%. Na rozdíl od rozvojových zemí, kde toto riziko je hned na druhém místě po nákaze krevními transfuzemi. Jde o vysoké číslo okolo 30 – 40%. Testy na HIV se v České republice provádějí ženám v I. trimestru a u rizikových skupin se opakuje pak ve III. trimestru.

10.4 Jak se vir HIV nepřenáší

Je důležité upozornit, jak se není možné virem HIV nakazit. Je nutné zdůraznit, že nejde o vir, kterým se člověk nakazí během běžného kontaktu s infikovanou osobou. V první řadě je nutno upozornit, že se vir HIV nepřenáší vzdušnou cestou, tedy vzduchem ani kapénkami. Na rozdíl například od rýmy či kašle. V žádném případě se tedy nepřenáší zakašláním či kýchnutím.

Virem HIV se nelze nakazit běžným společenským stykem, v dopravních prostředcích, pobytem v uzavřených místnostech, na rozdíl od tuberkulózy, kdy k nákaze stačí 4 hodiny v uzavřené místnosti s nakaženým. Virem HIV se člověk nenakazí od zvířat, ať již jde o domácí mazlíčky či ostatní zvířata. Nepřenáší se tedy ani bodnutím hmyzem, ať již od komára, či jiného hmyzu ani bodnutím hmyzem, který bodl infikovaného.⁹⁸ Nepřenáší se ani doteky předmětů, které přišly s HIV pozitivní osobou do styku. Prostřednictvím masáží se také nepřenáší.

Virem se nedá nakazit ani použitím společného kuchyňského nádobí – příbory, talíře, sklenice a dalších potřeb, ložního prádla, ani používáním společné toalety či koupelny. Nelze se infikovat v bazénu, vířivce, sauně ani z lehátka u bazénu.⁹⁹

⁹⁸ MACH, P. a kol.: *Vzdělávací materiály ke kurzu Zaměstnávání HIV pozitivních osob – teorie a praxe aneb Sociální práce s HIV pozitivními osobami*. Praha: Dům světla, 2014. s. 4

⁹⁹ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol.: *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelsví*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 100 ISBN 978-80-204-3325-1.

10.4.1 Možná rizika nákazy virem HIV

Možné riziko nákazy viru HIV je sdílením společného zubního kartáčku a holicí potřeby. Riziko je spatřováno v tom, kdy infikovaný zanechá krev na těchto věcech a non-pozitivní má otevřenou ránu, ať již se pořezal touto žiletkou, nebo pokud by měl poranění v ústech nebo také paradontózu. Dalším možným rizikem je tzv. vášnivé líbání – francouzský polibek. I zde je možné riziko, pokud oba mají v ústech poranění, nakazit se virem HIV. Dále je prakticky nemožné infikovat se virem HIV prostřednictvím píchnutí se o injekční jehlu od nakaženého – například v dopravních prostředcích, na pískovištích. Zde je velikým rizikem nakažení se hepatitidou. Opět by zde musela být čerstvá krev a člověk by se musel bezprostředně poté jehlou píchnout. I to se však nedá vyloučit. Dalším možným rizikem je používání sexuálních pomůcek opakovaně bez důkladné dezinfekce a půjčování těchto pomůcek dalším jiným osobám. Riziko se vyloučit nedá ani prostřednictvím plodové vody či mozkomíšního moku.¹⁰⁰

10.4.2 Nízké riziko nákazy virem HIV

Nízké nebezpečí přenosu viru HIV je prostřednictvím slin, potu, hnisu, moči, dále také zvratky, slz a stolice.¹⁰¹

¹⁰⁰ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol.: *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 100 ISBN 978-80-204-3325-1.

¹⁰¹ Tamtéž, 2014, s. 109

10.5 Léčba

Bohužel vyléčit HIV/AIDS zatím není možné. Jedním důvodem, proč lék zatím nebyl vynalezen je ten, že ho nelze testovat na zvířatech. HIV je lidský virus, který nejde na zvířeti otestovat, jelikož ho zvíře nedostane. Aby se mohlo ve výzkumu pokračovat dále, je potřeba tento krok udělat, to však v případě viru HIV nelze.¹⁰²

Jediné co lze, pokud člověk je infikovaný, začít s užíváním léků. Jde o antiretrovirovou chemoterapii, která má ovšem mnoho nežádoucích účinků a musí se proto vhodně nakombinovat, aby bylo nežádoucích účinků co nejméně. Nevýhodou je rezistence na tyto léky. Tedy stav, kdy léky přestanou účinkovat. Vir se množí i přes podávané léky. Jedná se o rezistenci na jednotlivé léky různých skupin, podle toho do jaké skupiny lék patří.

Existuje tzv. vysoce účinná antiretrovirová terapie HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy, kdy jde o kombinaci okolo tří léků dvou různých skupin. Hovoří se o směsi nebo koktejlu těchto léků. Cílem je oddálit co možná nejdále poslední fázi onemocnění, tedy AIDS a pozastavit člověka ve fázi, ve které se nachází.¹⁰³

Cílem této léčby je snížení virové nálože na takové množství, které je nedetekované a zvýšit počet CD4+. Nedetekované znamená, že se nedá zjistit. Jde o případ, kdy je virová nálož na nule, díky právě užívaným lékům. O takovém člověku se dá říci, že je téměř neinfekční.

Začínat s léčbou by se mělo co nejdříve, proto je důležité dozvědět se o nákaze také co možná nejdříve po nakažení. Tyto léky se užívají až do konce života a průběžně se mění, kvůli rezistenci, nežádoucím účinkům nebo kvůli virové náloži, podle toho, jak je vysoká. Důležité je tyto léky užívat pravidelně tak, jak stanoví lékař. Spolupracovat s ním a o všem s ním hovořit. Jen podle toho se může podařit nasadit vhodnou léčbu. Dříve infikované osoby musely užívat desítky léků denně, dnes již tomu tak není. Pokud člověk dodržuje léčbu, prodlužuje se mu délka života a může co možná nejdéle žít plnohodnotným životem.

Kromě antiretrovirové terapie patří do léčby také profylaxe a léčba oportunních infekcí.

¹⁰² KONVALINKA, J. MACHALA, L.: *Viry pro 21. století*. První vydání. Praha: Academia, 2011. s. 54
ISBN 978-80-200-2021-5.

¹⁰³ Tamtéž, 2011, s. 59

Antiretrovirotika se dělí na 3 skupiny. Jedna skupina těchto léků zabraňuje přepis genetické informace z virové RNA do DNA, kdy se nezačlení do hostitelské buňky. Léky druhé skupiny pomáhají člověku v tom, že vir není schopen napadat další buňky.¹⁰⁴ Tato antiretrovirotika užívají i HIV pozitivní matky, které jsou těhotné, a to z důvodu, aby se zabránilo možné nákaze dítěte.

Do léčby viru HIV/AIDS patří léčba oportunních infekcí, kdy se podávají léky před nákazou oportunní infekce a již po nákaze, aby se neopakovala.

Tzv. postexpoziční profylaxe je podávána člověku, pokud hrozí riziko, že se mohl nakazit virem HIV, například krví či sexuálním stykem. U této profylaxe je důležité, aby byla zahájena nejpozději do 48 hodin od nákazy. Jde však o profylaxi, která je velice finančně nákladná, stejně tak jako léky, užívající se při léčbě HIV. Člověk si ji musí hradit sám a není jistota, že vir HIV opravdu nedostane. Jde také o léčbu velice náročnou pro organismus a může se stát, že zničí orgány jako například játra.¹⁰⁵

Významnou osobností, která je spojena s HIV/AIDS, přesněji s jeho léčbou je prof. Antonín Holý. Jde o chemika, který se celý život zabýval antiretrovirotiky. Stal se nadějí pro lidi s HIV. Vynalezl jeden z nejúčinnějších léků pro osoby infikované virem HIV, tzv. Viread (tenofovir). Mimo jiné další léky vynalezl také lék proti hepatitidě typu B.¹⁰⁶

¹⁰⁴ ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. s. 30-31 ISBN 80-85800-92-6.

¹⁰⁵ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol.: *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 72-73 ISBN 978-80-204-3325-1.

¹⁰⁶ KONVALINKA, J. MACHALA, L.: *Viry pro 21. století*. První vydání. Praha: Academia, 2011. s. 64-65 ISBN 978-80-200-2021-5.

11 Praktická část

Praktická část bakalářské práce je věnována kvantitativnímu výzkumu u žáků 9. ročníků na vybraných základních školách v České republice. Výzkum je zaměřen na informace žáků o HIV/AIDS a na to, kde informace získali. Výzkum nelze považovat za zcela anonymní, jelikož jsem vybrané základní školy osobně navštívila a s respondenty se osobně setkala.

11.1 Výzkumné cíle

Hlavní výzkumný cíl

Zjistit jaké mají žáci 9. tříd vybraných základních škol informace o HIV/AIDS a kde informace získali.

Dílčí výzkumné cíle

Zjistit, v jakých předmětech na ZŠ se respondenti o HIV/AIDS učí.

Zjistit, zda by se podle respondentů mohlo tématu HIV/AIDS věnovat na školách více času.

Zjistit, zda je vyučován na vybraných ZŠ samostatný předmět Sexuální výchova a zda by jej žáci rádi zařadili do rozvrhu.

Získat informace, na jaký zdroj informací by se obrátili, pokud by hledali informace o HIV/AIDS.

11.2 Metodologie výzkumu

Výzkum byl proveden na celkem 3 základních školách v Praze 2, 5, a 8. Ve dvou případech se jednalo o fakultní základní školu při PedF UK, z nichž jedna byla s rozšířenou výukou jazyků. Třetí škola je příspěvkovou organizací. Na Praze 2 se jedná o základní školu s celkovým počtem žáků okolo 400. Na Praze 5 se jedná o školu s celkovým počtem žáků okolo 600 a na Praze 8 jde o školu s počtem žáků okolo 500. Zřizovatel těchto základních škol je Magistrát hl. m. Prahy, Městská část Praha 8 a Městská část Praha 2.

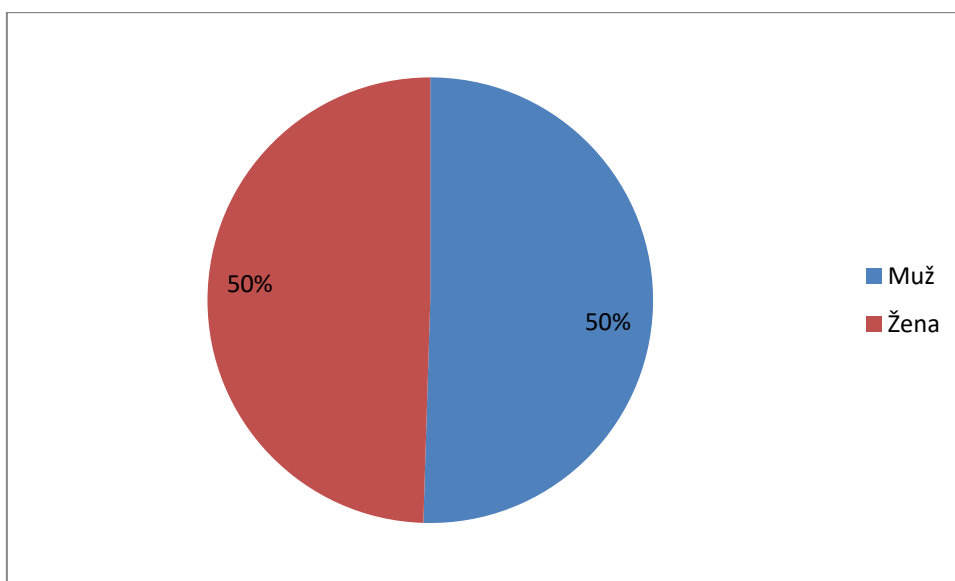
Výzkum jsem na těchto školách provedla ve dnech 20.11.2017, 27.11.2017, 28.11.2017 a 29.11.2017. Výzkum jsem provedla v šesti třídách 9. ročníků s celkovým počtem 101 žáků.

Abych mohla takový výzkum na uvedených školách provést, musela jsem nejprve školy elektronicky kontaktovat. Komunikovala jsem s třídními pedagogy 9. ročníků a posléze s jednotlivými učiteli předmětů, kam jsem se s dotazníky dostavila na jejich výuku. V jednom případě se jednalo jak o třídního pedagoga, tak zároveň i o školního metodika prevence. Třídy jsem navštívila během výuky předmětu biologie, výchovy ke zdraví a matematiky. Do jednotlivých tříd jsem se dostavila osobně, kde jsem žákům rozdala dotazník s 25 otázkami k vyplnění. Ještě předtím jsem žáky informovala o tom, o jaký výzkum se jedná, k čemu slouží a jak dotazník správně vyplnit. Jednalo se o výzkum z části anonymní, jelikož jsem třídy navštívila a byla v kontaktu s žáky. Informovala jsem žáky, že se jedná o oboustranný dotazník. Žáci rozuměli mému zadání, neptali se na žádné otázky, týkající se vyplňování dotazníků. Žáky jsem vždy upozornila, že se jedná o samostatnou práci, ať každý vyplňuje dotazník podle sebe, bez pomoci ostatních. Jednalo se o otázky uzavřené, až na 4, které byly polootevřené. Prvních několik otázek se týká informací žáků o HIV/AIDS, poté následují otázky zaměřené na prevenci a kde informace získali. Po získání potřebných dat jsem výsledky zpracovala na PC formou grafů.

Při návštěvě první základní školy a první třídy mne po odevzdání vyplněných dotazníků pedagožka poprosila, ať žákům řeknu pár slov o dané problematice, popř. odpovím na dotazy žáků ohledně odpovědí na otázky v dotazníku. Sama nahlas před třídou uvedla, že určitě žáci mají daleko více informací o této problematice než ona sama a zeptala se mne na několik dotazů. Dotazy jsem si po ukončení návštěvy třídy ihned zaznamenala. Pedagožka se mne zeptala na otázku č. 5, kdy se v dotazníku ptám, zda existuje rozdíl mezi

HIV a AIDS. Další dotaz se týkal přenosu viru, zda je možné infikovat se v MHD prostřednictvím tyčí, kterých se drží, na to zareagovali žáci s tím, že pokud má v ruce infikovaný člověk ránu, tak se můžeme infikovat. Žákům jsem tento možný způsob přenosu vysvětlila. A poslední dotaz se týkal také přenosu viru, a to z injekčních jehel, které se jeden čas nacházely u školy, zda je možné se při sběru jehel infikovat. Sama tyto jehly sbírala a měla dotaz, jak v takovém případě postupovat, koho informovat o výskytu jehel.

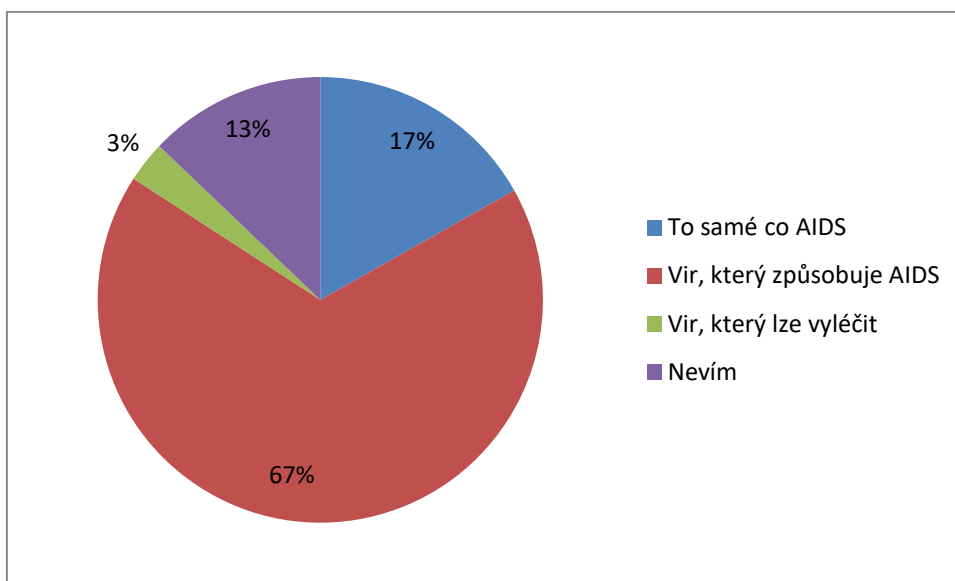
12 Výsledky dotazníkového průzkumu



Graf č. 1 Jakého jsi pohlaví?

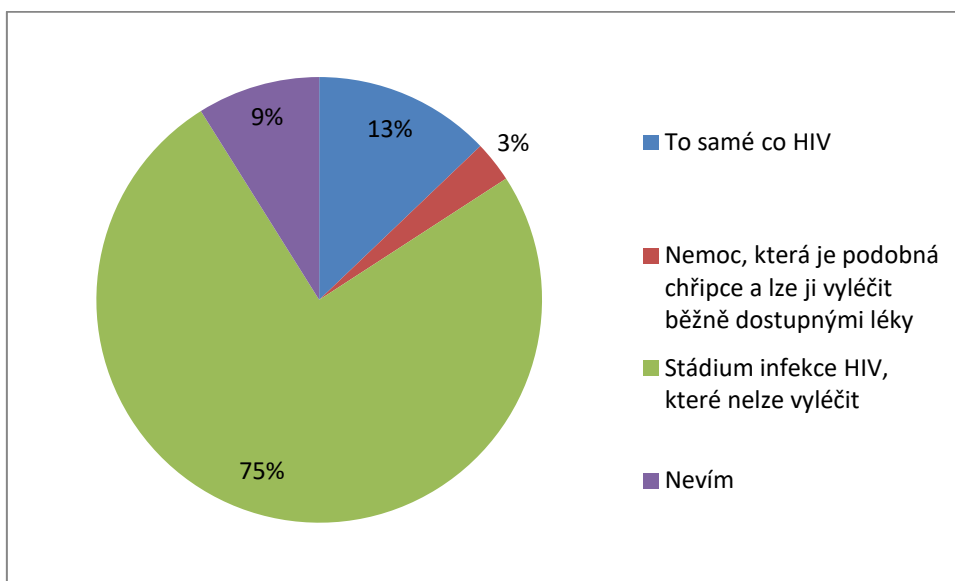
V otázce č. 1 jsem se zabývala pohlavím žáků. Na tuto otázku mi odpovědělo všech 100 % respondentů, tedy 101 žáků, z nichž 50 % byli chlapci a 50 % dívky. Co se týká počtu chlapců a dívek, chlapců bylo o 1 více než dívek. Počet chlapců a dívek je velmi vyrovnaný.

V otázce č. 2 jsem se zabývala tím, zda respondenti slyšeli o HIV/AIDS. Na tuto otázku mi též odpovědělo všech 100 % respondentů, tedy 101 žáků, z nichž 100 respondentů (99 %) o HIV/AIDS již slyšelo, pouze 1 % žáků neví. Byla zde ještě další odpověď b) Ne, tak nikdo neodpověděl.



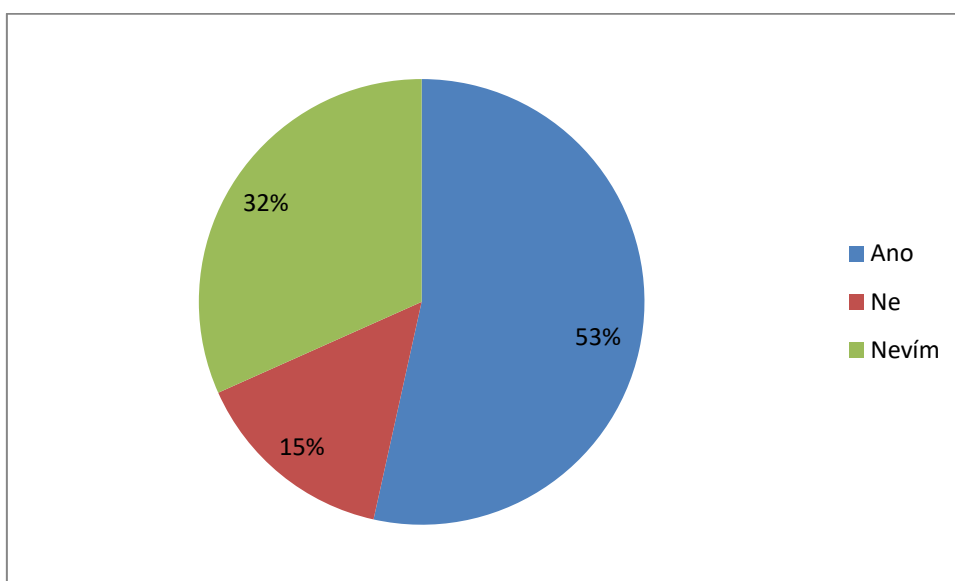
Graf č. 2 Co je HIV?

Otázka č. 3 se týkala informovanosti respondentů, zda vědí co je HIV. Opět mi na otázku odpovědělo všech 101 respondentů, tedy 100 %. 68 respondentů (67 %) odpovědělo správně – Vir, který způsobuje AIDS. 17 respondentů (17 %) odpovědělo, že HIV je to samé co AIDS. 3 respondenti (3 %) je dokonce toho názoru, že se jedná o vir, který lze vyléčit a podle mne velké množství respondentů, tedy 13 respondentů (13 %) dokonce neví, co je HIV.



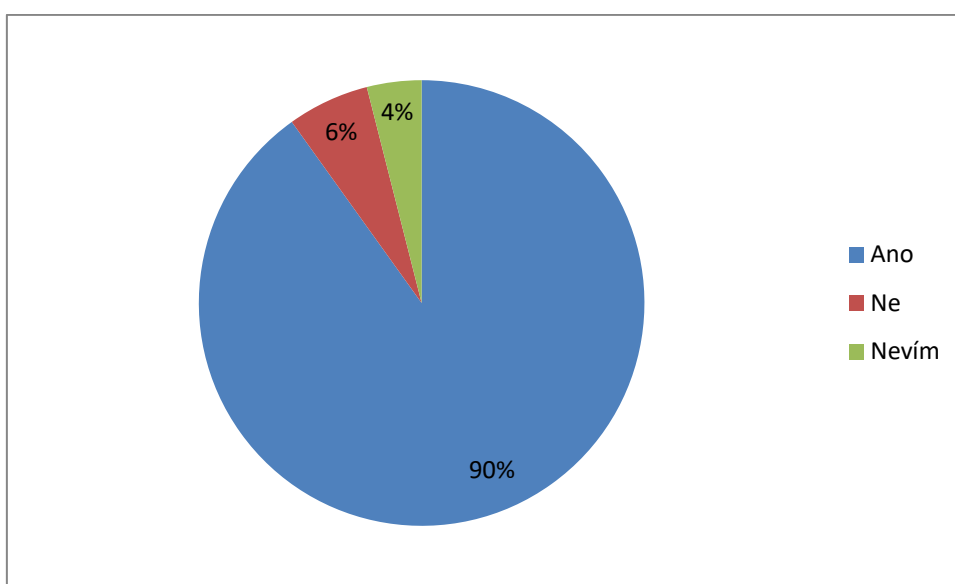
Graf č. 3 Co je to AIDS?

Otázka č. 4 se týkala informovanosti respondentů, zda vědí co je AIDS. Na otázku odpovědělo všech 101 respondentů (100 %). K mému překvapení 75 respondentů (75 %) ví, že AIDS je stádium infekce HIV, které nelze vyléčit. 13 respondentů (13 %) si myslí, že AIDS je to samé co HIV. 9 respondentů (9 %) neví co je AIDS a 3 respondenti (3 %) si dokonce myslí, že jde o nemoc, která je podobná chřipce a lze ji vyléčit běžně dostupnými léky.



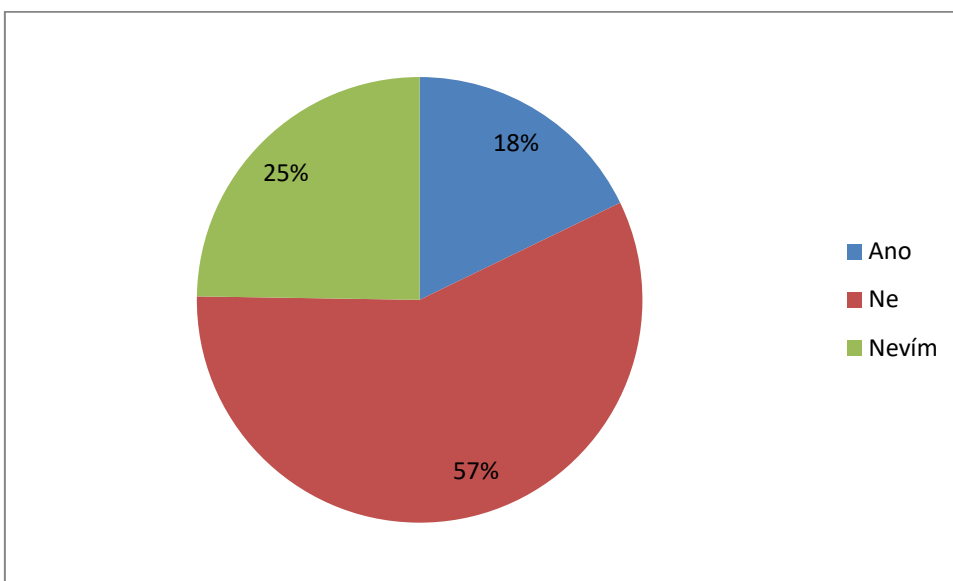
Graf č. 4 Existuje rozdíl mezi HIV a AIDS?

V otázce č. 5 jsem se zabývala tím, zda respondenti ví, zda existuje rozdíl mezi HIV a AIDS. Na otázku odpovědělo všech 101 respondentů (100 %). 54 respondentů (53 %) odpovědělo ano, existuje mezi tím rozdíl. 15 respondentů (15 %) odpovědělo, že neexistuje mezi HIV a AIDS rozdíl, tedy, že se jedná o to samé a dokonce 32 respondentů (32 %) neví, zda vůbec nějaký rozdíl mezi HIV a AIDS je. Podle mne se jedná o velké procento žáků, kteří nevědí.



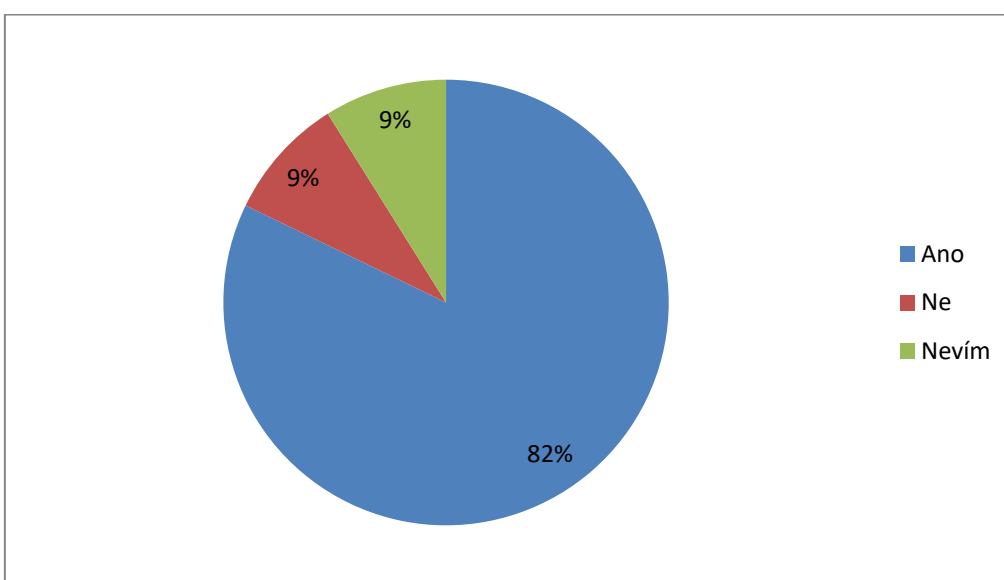
Graf č. 5 Může být člověk, který vypadá zdravě, HIV pozitivní?

V otázce č. 6 jsem se respondentů ptala, zda může být člověk, který vypadá zdravě, HIV pozitivní. Na otázku odpovědělo všech 101 respondentů (100 %). 91 respondentů (90 %) odpovědělo ano, může. 6 respondentů (6 %) odpovědělo ne, člověk, který vypadá zdravě, nemůže být HIV pozitivní a 4 respondenti (4 %) z celkového počtu 101 respondentů odpovědělo, že neví.



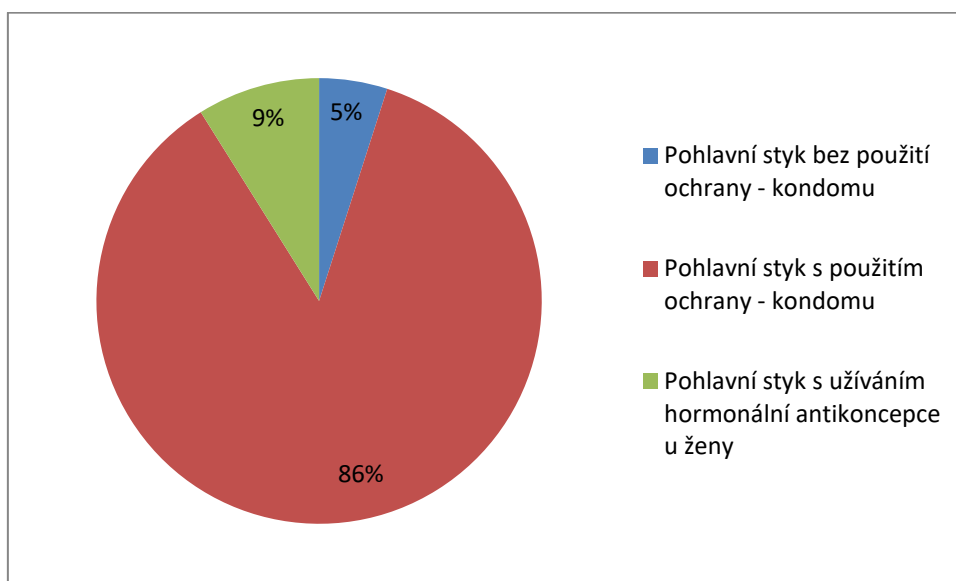
Graf č. 6 Chrání hormonální antikoncepce před nákazou virem HIV?

V otázce č. 7 jsem se zabývala tím, zda respondenti vědí, jestli hormonální antikoncepce chrání před nákazou virem HIV. Na otázku odpovědělo všech 101 respondentů (100 %). 58 respondentů (57 %) odpovědělo, ne. 18 respondentů (18 %) však odpovědělo, že ano, hormonální antikoncepce podle nich chrání před nákazou virem HIV a 25 respondentů (25 %) neví, zda chrání nebo ne.



Graf č. 7 Je užívání kondomu jednou z možností prevence proti nákaze HIV/AIDS?

Otázka č. 8 se týkala informací respondentů o prevenci HIV. Zabývala jsme se otázkou, zda používání kondomu je jednou z možností prevence proti HIV/AIDS. Na otázku odpovídalo všech 101 respondentů (100 %). 83 respondentů (82 %) odpovědělo, že ano. 9 respondentů (9 %) z celkového počtu respondentů odpovědělo, že kondom není jednou z možností prevence proti HIV a stejný počet respondentů odpovědělo, že neví.



Graf č. 8 Co je tzv. „bezpečnější sex“?

V otázce č. 9 jsem se ptala na to, co znamená pojem tzv. „bezpečnější sex“. Na otázku odpovídalo 101 respondentů (100 %). 87 respondentů (86 %) odpovědělo správně, tedy, že se jedná o pohlavní styk s použitím ochrany – kondomu. Překvapilo mne, že 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že se jedná o pohlavní styk bez použití ochrany – kondomu a 9 respondentů (9 %) odpovědělo, že se jedná o pohlavní styk s užíváním hormonální antikoncepce u ženy.

Způsob přenosu viru HIV	Četnost respondentů
Polibkem	
Ano	23
Ne	63
Nevím	15
Společným používáním WC	
Ano	22
Ne	53
Nevím	26
Krví	
Ano	96
Ne	2
Nevím	3
Bodnutím hmyzu	
Ano	25
Ne	51
Nevím	25
Pohlavním stykem	
Ano	96
Ne	2
Nevím	3
Podáním ruky	
Ano	13
Ne	79
Nevím	9
Společným užíváním injekčních jehel	
Ano	87
Ne	2
Nevím	12
Z matky na dítě	
Ano	54
Ne	16
Nevím	31

Tabulka č. 9 Jakým z následujících způsobů se může HIV přenést?

Zdroj: vlastní

V otázce č. 10 jsem se zabývala vědomostmi žáků, týkající se možností přenosu viru HIV. Na otázku odpovědělo všech 101 respondentů (100 %). U každého možného způsobu přenosu bylo možné vždy odpovědět ano, ne, nevím. U jednotlivých možných způsobů přenosu vždy většina respondentů zvolila správnou odpověď. Nicméně vždy poměrně velký počet respondentů odpovídalo, že neví.

Například 22 respondentů (22 %) si myslí, že se HIV přenáší používáním společné toalety a 26 respondentů (26 %) vůbec neví, zda se HIV dá přenést na člověka prostřednictvím WC.

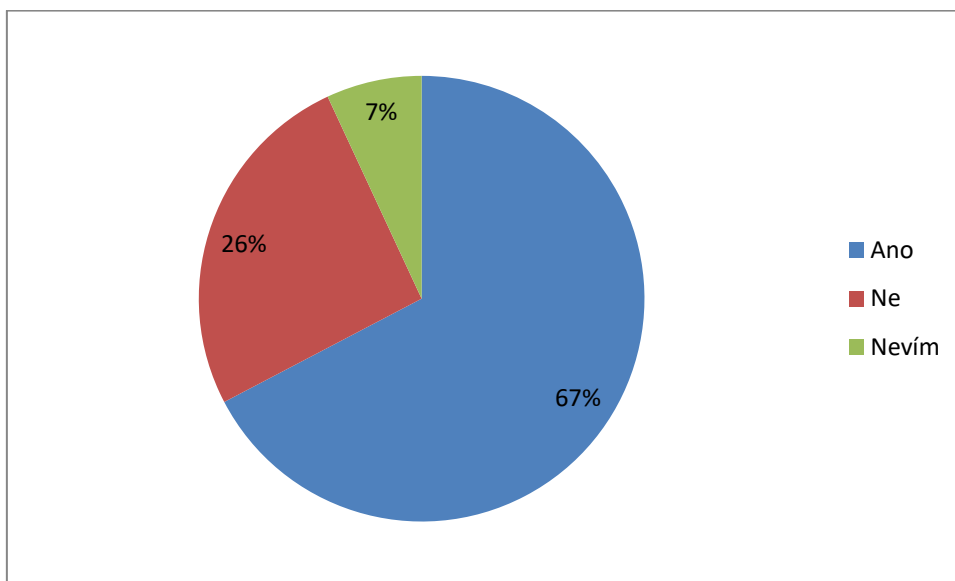
25 respondentů (25 %) si myslí, že HIV přenáší hmyz bodnutím a stejný počet respondentů odpověděl, nevím. 1 respondent do dotazníku napsal, že hmyz není většinou nositelem viru HIV. Stejný počet 25 respondentů (25 %) odpovědělo nevím.

13 respondentů (13 %) se domnívá, že se HIV přenáší podáním ruky. 1 respondent však do dotazníku uvedl, že se podáním ruky lze infikovat virem HIV, pokud má dotyčný v ruce ránu.

Co se týká přenosu viru z matky na dítě, celých 54 respondentů (53 %) odpovědělo, že se HIV přenáší z matky na dítě. 16 respondentů (16 %) odpovědělo, že si HIV takto nepřenáší a 31 respondentů (31 %) uvedlo, že neví.

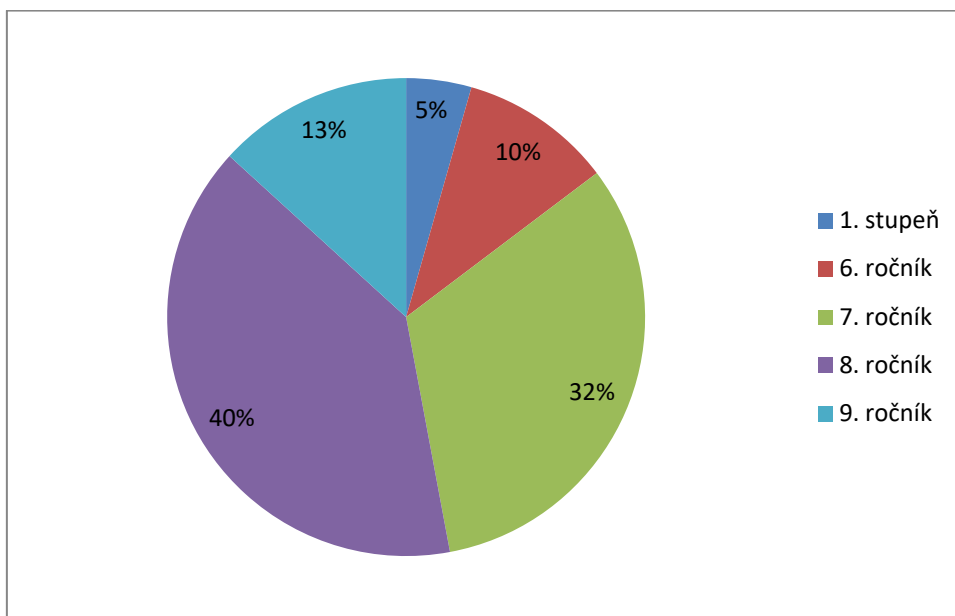
Z dané otázky vyplývá, že respondenti až na výjimky znají způsoby přenosu viru HIV, tedy že se HIV přenáší prostřednictvím krve, injekčních jehel a pohlavním stykem, ale pokud vidí další různé jiné varianty způsobu přenosu, často nevědí.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Viz tabulka č. 9



Graf č. 10 Probírali jste téma HIV/AIDS ve škole?

V otázce č. 11 se zabývám tím, zda téma HIV/AIDS žáci probírali ve škole. Na tuto otázku mi odpovědělo všech 100 % respondentů, tedy 101 žáků, z nichž 68 respondentů (67 %) odpovědělo, že toto téma ve škole probírali, dokonce 26 respondentů (26 %) odpovědělo, že ve škole se tomuto tématu nevěnovali a 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví.

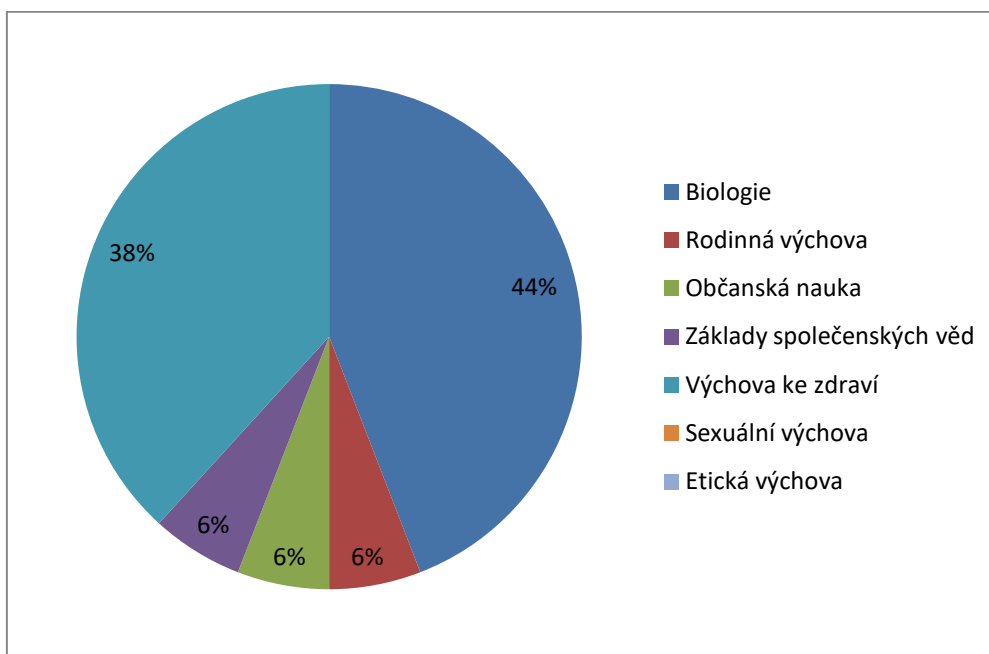


Graf č. 11 Pokud jste probírali HIV/AIDS ve škole, v jakém ročníku jste HIV/AIDS poprvé probírali?

V otázce číslo 12 se respondentů ptám, v jakém ročníku téma HIV/AIDS poprvé probírali. Na tuto otázku mi odpovídali ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že téma HIV/AIDS ve škole probírali. Jedná se tedy celkem o 68 respondentů (100 %) z celkového počtu 101 respondentů.

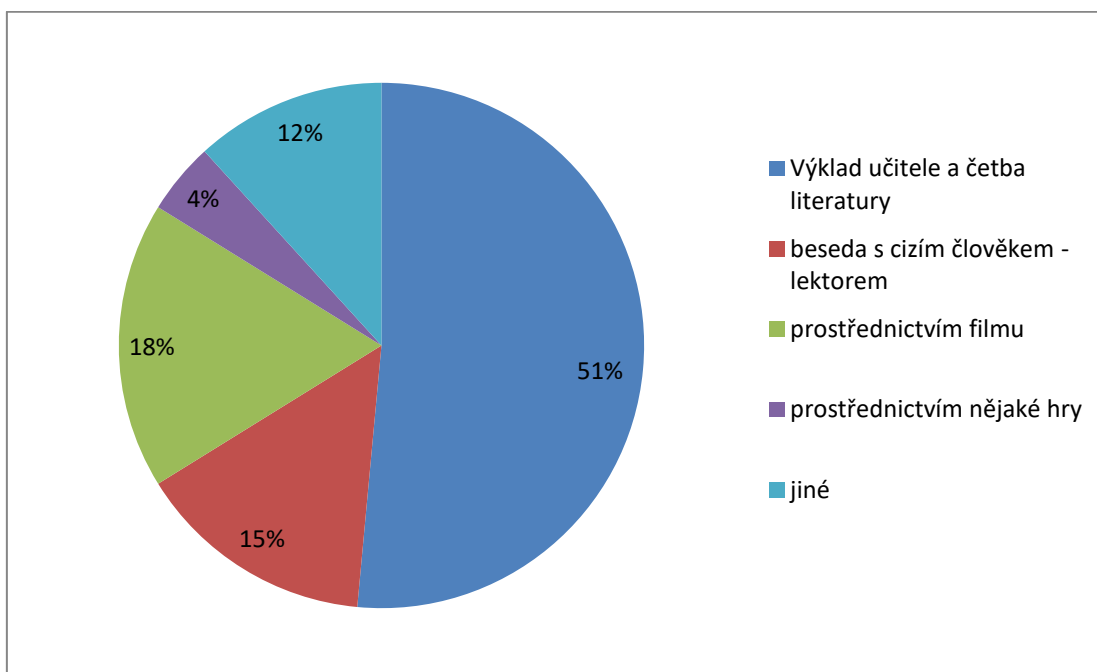
Z 68 respondentů 3 respondenti (5 %) odpověděli, že téma HIV/AIDS probírali již na 1. stupni ZŠ. 7 respondentů (10 %) odpovědělo, že v 6. ročníku, 9 respondentů (13 %) odpovědělo, že téma poprvé probírali až v 9. ročníku, což je dle mého názoru velmi pozdě, 22 respondentů (32 %) odpovědělo, že se tématu věnovali poprvé v 7. ročníku a 27 respondentů (40 %) odpovědělo, že se téma HIV/AIDS učili až v 8. ročníku.

V otázce č. 13 se zabývám tím, zda ve škole probírali téma HIV/AIDS v nějakém vyučovaném předmětu. Při vyhodnocení této otázky bylo zjištěno, že otázka odpovídá na stejnou otázku věc jako otázka předchozí, tedy na to, zda téma HIV/AIDS probírali ve škole a tudíž jsem dostala stejné odpovědi.



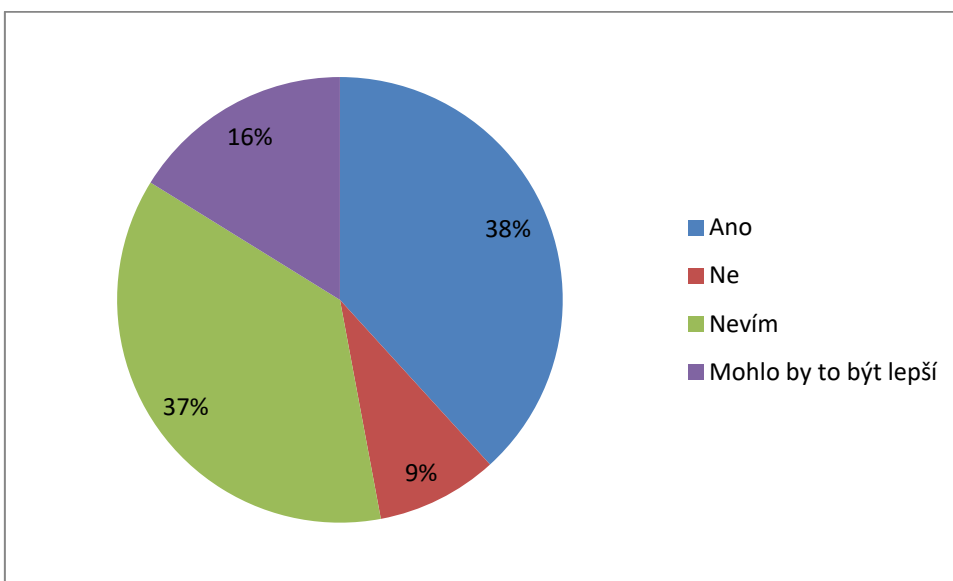
Graf č. 12 Pokud jste téma HIV/AIDS probírali v předmětu ve škole, v jakém to bylo?

V otázce č. 14 se zabývám tím, v jakém předmětu se respondenti o HIV/AIDS učili. Na tuto otázku opět odpovídalo 68 respondentů (100 %), tedy ti, kteří se o HIV/AIDS ve škole učili, z nichž 30 respondentů (44 %) se učili o HIV/AIDS v biologii, 26 respondentů (38 %) v předmětu výchova ke zdraví a 4 respondenti (6 %) se o HIV/AIDS učili v občanské nauce, 4 respondenti (6 %) v základech společenských věd a 4 respondenti (6 %) v rodinné výchově. V dotazníku byly ještě dvě další možné odpovědi – v sexuální výchově a v etické výchově. Nikdo z respondentů se o HIV/AIDS neučil v těchto předmětech. 1 respondent odpověděl, že se tématu HIV/AIDS věnovali také v chemii.



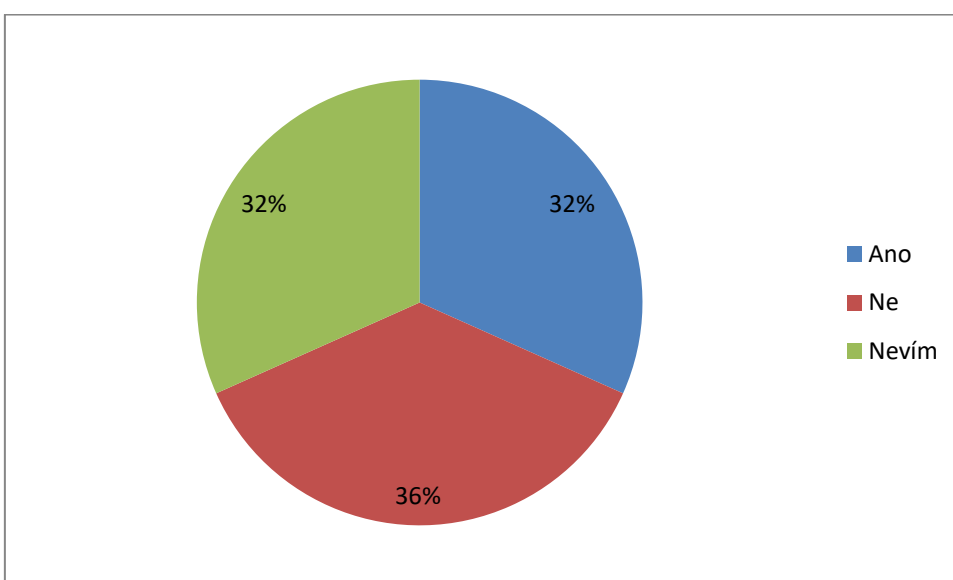
Graf č. 13 Pokud jste probírali HIV/AIDS v nějakém předmětu, jakou formou to probíhalo?

V otázce číslo 15 se zabývám tím, jakou formou u respondentů ve škole v daných předmětech téma HIV/AIDS probírali. Na otázku odpovědělo 68 respondentů (100 %). U více než poloviny respondentů se jednalo o klasický výklad učitele a četbu literatury, odpovědělo tak 35 respondentů (51 %). 12 respondentů (18 %) odpovědělo, že se o HIV dozvěděli prostřednictvím promítání filmu během vyučovací hodiny, což je dle mého názoru velmi dobrý prostředek výuky. U 15 % respondentů se jednalo o besedu s cizím člověkem – lektorem, kdy tedy škola pozvala do vyučovací hodiny příslušného odborníka. 4 % respondentů se dozvědělo ve škole o HIV prostřednictvím hry, mohlo se jednat např. o prevenci SZÚ – Hrou proti AIDS. 8 respondentů (12 %) odpovědělo jiné. Jednalo se zde o polootevřenou otázku, kdy respondenti museli napsat, o jakou formu výuky šlo. 2 respondenti odpověděli, že se jednalo se o prezentaci žáka + výklad učitele, 3 respondenti odpověděli, že se jednalo o referát, 1 respondent uvedl projekt a 2 respondenti odpověděli, že neví.



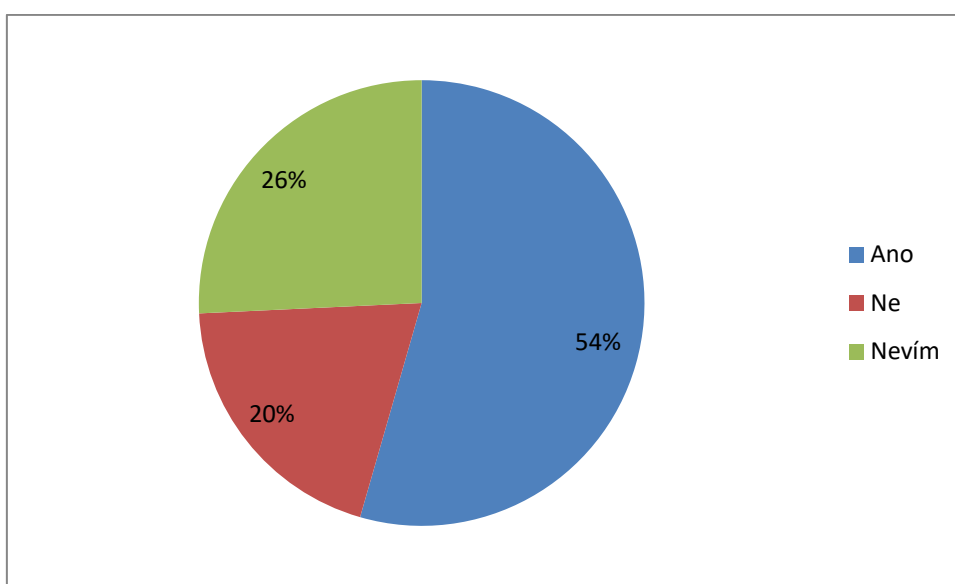
Graf č. 14 Byl/a jsi s výukou HIV/AIDS spokojen/a?

V otázce č. 16 jsem se zabývala spokojeností respondentů s výukou HIV/AIDS. Na otázku odpovědělo 68 respondentů (100 %). 26 respondentů (38 %) odpovědělo ano - byli spokojeni. 6 respondentů (9 %) spokojeno nebylo. 25 (37 %) respondentů v tu chvíli odpovědělo, nevím a 11 respondentů (16 %) se dokonce myslí, že by výuka mohla být lepší.



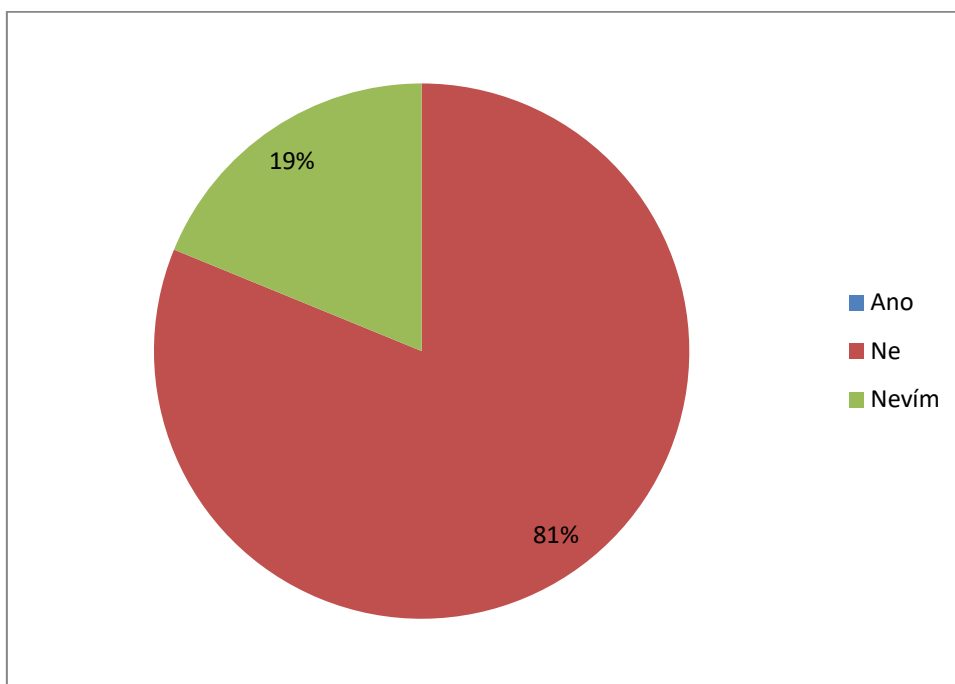
Graf č. 15 Myslíš si, že máš dostatek informací o HIV/AIDS?

V otázce č. 17 jsem se zabývala tím, zda si respondenti myslí, že mají dostatek informací o HIV/AIDS. Na tuto otázku už opět odpovídalo 100 % respondentů, tedy 101 žáků, z nichž 32 respondentů (32 %) si myslí, že má dostatek informací, stejný počet respondentů odpovědělo, že neví a dokonce 37 respondentů (36 %) si myslí, že dostatek informací o HIV/AIDS nemá. Je zajímavé, že velké procento respondentů odpovědělo, že dostatek informací nemají. Procenta respondentů jsou v této otázce velmi vyrovnaná.



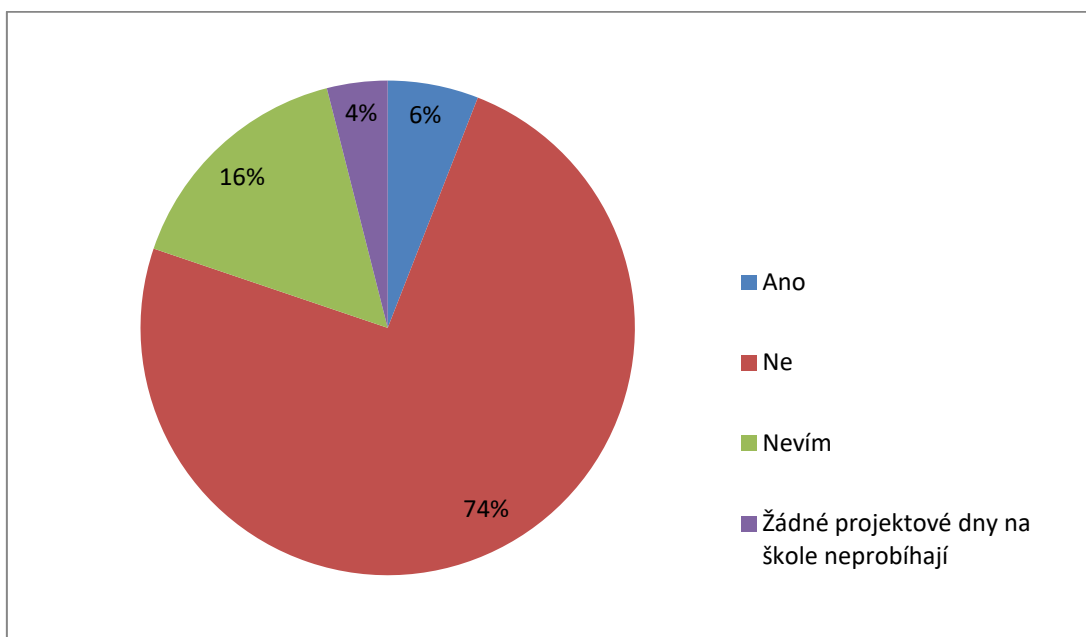
Graf č. 16 Myslíš si, že by se na škole mohlo tématu HIV/AIDS věnovat více času?

V otázce č. 18 se zabývám tím, zda by se podle respondentů mohlo na školách věnovat tématu HIV/AIDS více času. Na danou otázku odpovědělo všech 101 respondentů, tedy 100 %. 55 respondentů (54 %) odpovědělo ano, tématu by se na školách mělo věnovat více času. Odpověděla tak více jak polovina. 20 % respondentů odpovědělo ne a 26 % respondentů v tu chvíli odpověděli neví.



Graf č. 17 Chodíte se školou na besedy nebo přednášky mimo školu, kde jste se dozvěděli o HIV/AIDS?

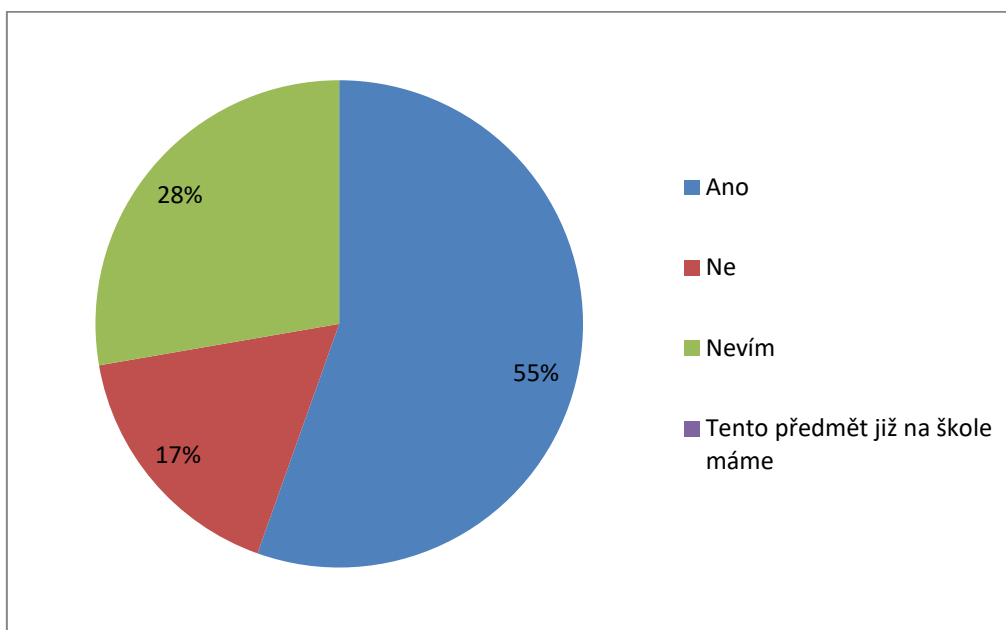
V otázce č. 19 jsem zjišťovala, zda školy se svými žáky chodí na besedy nebo přednášky o HIV/AIDS mimo školu do nějakého zařízení. Na otázku odpovědělo všech 101 respondentů, tedy 100 %, z nichž 82 respondentů (81 %) odpovědělo ne, žádné besedy či přednášky na dané téma se mimo školu nezúčastnili a 19 % respondentů neví. Byla zde možnost odpovědi ano, pokud by tak někteří odpověděli, měli uvést, jaké zařízení navštívili. Jednalo se o polootevřenou otázku. Žádná škola s respondenty se žádné besedy či přednášky na dané téma nezúčastnila.



Graf č. 18 Učíte se o HIV/AIDS během projektových dnů, které na škole probíhají?

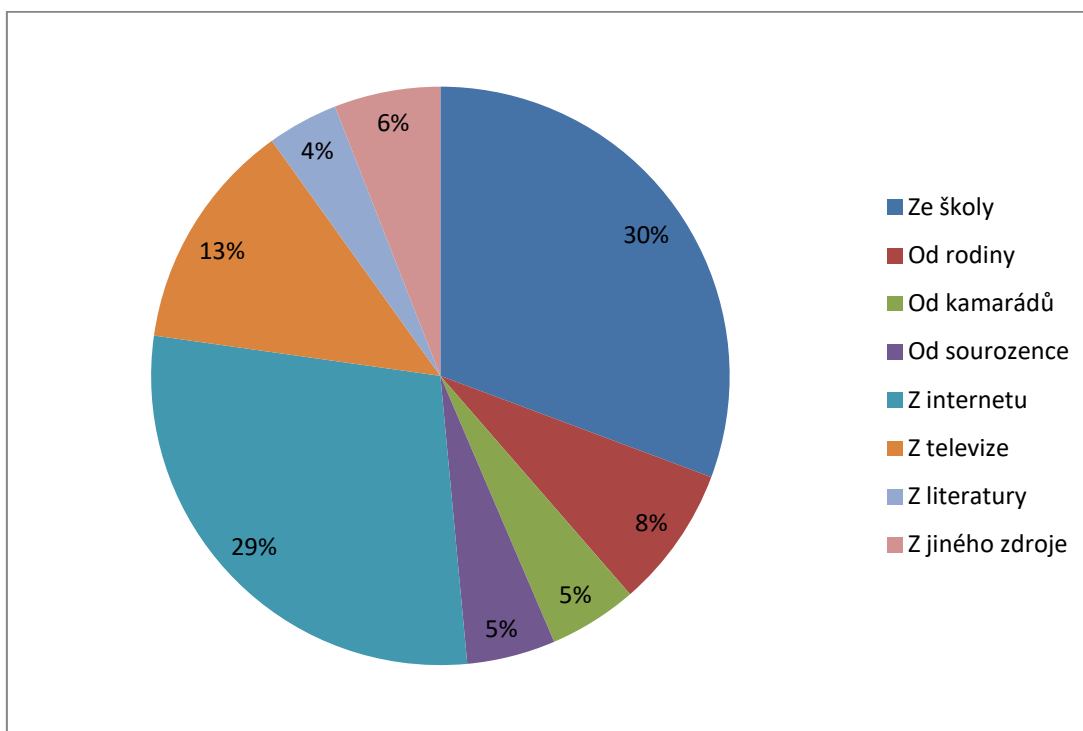
V otázce č. 20 jsem zjišťovala, zda se respondenti na vybraných školách učí o HIV/AIDS během projektových dnů, které na školách probíhají. Na otázku odpovídalo všech 101 respondentů (100 %). Bylo překvapením, že během projektových dnů se tématem nezabývají, a to u celkových 74 % respondentů, tedy 75 žáků. 16 % respondentů neví. Pouze 6 % respondentů odpovědělo, že se tématu během projektových dnů věnují. A u 4 % respondentů žádné projektové dny vůbec na školách neprobíhají.

V otázce č. 21 jsem se zabývala tím, zda na vybraných školách mají samostatný předmět sexuální výchova. Všech 101 respondentů (100 %) odpovědělo ne, daný předmět na školách nemají. V následující otázce jsem zjišťovala, zda by respondenti daný předmět zařadili do rozvrhu. Respondenti uvádějí, že se sexuální výchově věnují v jiných předmětech.



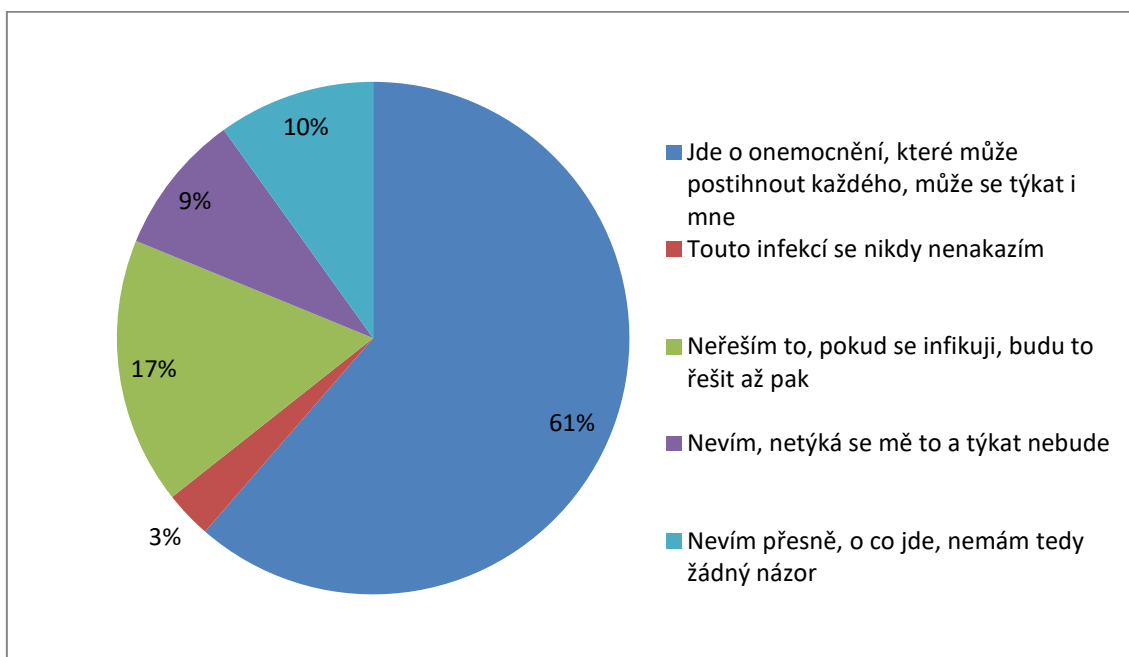
Graf č. 19 Zařadila bys tento předmět do rozvrhu?

V otázce č. 22 zjišťuji, zda by respondenti samostatný předmět sexuální výchova zařadili do rozvrhu. Ze všech 101 respondentů odpovědělo 56 z nich (55 %), že by sexuální výchovu do rozvrhu zařadili. 17 % respondentů by naopak nezařadili sexuální výchovu do rozvrhu a 28 respondentů (28 %) v tu chvíli nevědělo.



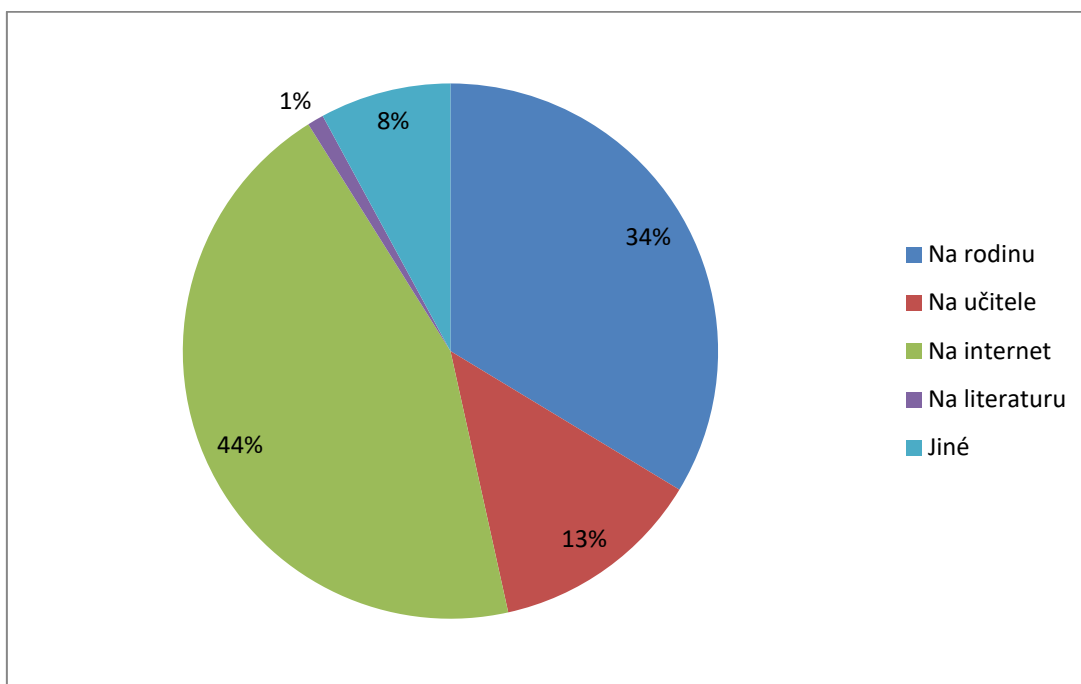
Graf č. 20 Odkud máš nejvíce informací o HIV/AIDS?

V otázce č. 23 jsem se zabývala tím, odkud mají respondenti nejvíce informací o HIV/AIDS. Na otázku odpovídalo všech 101 respondentů (100 %). Nejvíce informací uvádějí respondenti, že mají ze školy, odpovědělo tak 30 %, 31 respondentů. Pouze o 1 % méně respondentů má nejvíce informací z internetu. 13 % respondentů má nejvíce informací z televize. 5 % respondentů uvedlo jako zdroj informací kamarády a sourozence. Jen 4 % respondentů uvedlo jako zdroj literaturu a pouze 8 % respondentů má nejvíce informací o HIV/AIDS od rodiny, odpovědělo tak z celkového počtu 101 žáků pouhých 8 žáků. 6 % respondentů uvedlo jako zdroj informací jiné a konkrétně 1 respondent uvedl přednášku, 1 respondent uvedl klub pro mládež a 4 respondenti zdroj neví. Odpověď klub pro mládež mne velmi zaujala. Otázka byla polootevřená.



Graf č. 21 Jaký máš názor na problematiku HIV/AIDS?

V otázce č. 24 mne zajímal názor respondentů na problematiku HIV/AIDS. Na otázku odpovídalo všech 101 respondentů (100 %). 62 respondentů (61 %) odpovědělo, dá se říci neutrálně - jedná se o onemocnění, které může postihnout každého, může se týkat i mne. 3 % respondentů jsou si jisti, že se touto infekcí nikdy nenakazí. Dokonce 17 % respondentů naopak odpovědělo, že to neřeší, pokud se infikují, budou to řešit až pak. Z tohoto názoru je patrná jistá nezodpovědnost v budoucím sexuálním chování respondentů, určitý postoj, který k tomu zaujímají. Celých 10 % respondentů neví přesně, o co jde, nemají tedy žádný názor a 9 % respondentů odpovědělo nevím, netýká se mě to a týkat nebude.



Graf č. 22 Na koho/co by ses obrátil/a, kdybys hledal/a informace o HIV/AIDS?

V poslední otázce č. 25 mne zajímalo, na koho nebo na co by se respondenti obrátili, pokud by hledali informace o HIV/AIDS. Na otázku odpovídalo všech 101 respondentů (100 %). Překvapivě 34 respondentů (34 %) z celkového počtu by hledalo informace u rodiny, i když uvedli jako zdroj informací o HIV/AIDS rodinu pouze 8 % respondentů. Nejvíce respondentů (44 %) by se obrátilo na internet. 13 % pak na učitele ve škole, pouze 1 % respondentů uvedlo literaturu a 8 % respondentů uvedlo možnost odpovědi jiné a uvedli, že by se 3 respondenti obrátili na kamaráda, 1 respondent by se obrátil na kamaráda a pak až na internet a 3 respondenti uvedli, že by se obrátili na lékaře. Takovou odpověď jsem nečekala a překvapila mne, stejně jako odpověď, že by se respondent obrátil na sociální pracovníci. Jednalo se o stejného respondenta, který uvedl v otázce č. 23 odkud má nejvíce informací o HIV/AIDS klub pro mládež.

13 Diskuze

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají žáci 9. tříd vybraných ZŠ informace o HIV/AIDS a kde informace získali. K tomuto hlavnímu cíli se vztahují otázky v dotazníku od č. 3 do č. 10. Jedná se o otázky, podle kterých jsem zjišťovala, zda respondenti mají informace o HIV/AIDS a jaké. Následně jsem zjistila:

Otázka č. 3 -10	Četnost správných odpovědí	% správných odpovědí
Co je HIV?	68	67
Co je AIDS?	76	75
Existuje rozdíl mezi HIV/AIDS?	54	53
Může být člověk, který vypadá zdravě, HIV pozitivní?	91	90
Chrání hormonální antikoncepce před nákazou virem HIV?	58	57
Je užívání kondomu jednou z možností prevence proti nákaze HIV?	83	82
Co je tzv. "bezpečnější sex"?	87	86
Přenos viru HIV polibkem	63	62
Přenos viru HIV společným používáním WC	53	52
Přenos viru HIV krví	96	95
Přenos viru HIV bodnutím hmyzu	51	50
Přenos viru HIV pohlavním stykem	96	95
Přenos viru HIV podáním ruky	79	78
Přenos viru HIV společným užíváním injekčních jehel	87	86
Přenos viru HIV z matky na dítě	54	53
Celkem správných odpovědí		1096
Celkem množství odpovědí		1515
% správnosti		72%

Týká se to otázky č. 3 - Co je HIV. 67 % respondentů odpovědělo správně, nicméně 17 % odpovědělo chybně a 13 % odpovědělo, že neví.

Následující otázka č. 4 - Co je AIDS. 75 % respondentů odpovědělo správně, ale 13 % odpovědělo špatně, podle nich je AIDS co samé co HIV a 9 % neví.

Následuje otázka č. 5 - Existuje rozdíl mezi HIV a AIDS. 53 % respondentů odpovědělo správně, nicméně 15 % odpovědělo ne a dokonce 32 % respondentů nevědělo vůbec.

Co se týká otázky, zda hormonální antikoncepce chrání před nákazou virem HIV, odpovědělo 57 % respondentů správně, 18 % respondentů však odpovědělo, ano, podle nich hormonální antikoncepce chrání před nákazou virem HIV a 25 % odpovědělo, že neví.

Co se týká otázek týkající se prevence HIV, otázka č. 8 – Je užívání kondomu jednou z možností prevence proti nákaze HIV/AIDS, odpovědělo 82 % respondentů správně, tedy ano chrání, ale 9 % odpovědělo, že nechrání a 9 % respondentů neví.

Velká procenta chybných odpovědí se týkala otázky č. 10 – Jakými způsoby se lze nakazit HIV. 23 % respondentů z celkových 100 % odpovědělo, že se dá nakazit polibkem, 15 % neví. Dále 25 % respondentů odpovědělo, že se lze nakazit bodnutím hmyzu, stejný počet neví. 22 % respondentů odpovědělo, že se lze nakazit společným používáním WC, 26 % neví. 13 % respondentů odpovědělo, že se lze nakazit podáním ruky, 9 % neví. Co se týká přenosu HIV z matky na dítě, 53 % respondentů odpovědělo, že lze přenést HIV z matky na dítě, celých 31 % neví. Z otázek týkajících se přenosu viru HIV respondenti znají možné přenosy viru HIV – prostřednictvím krve, injekčních jehel, pohlavním stykem a z matky na dítě, ale pokud vidí i další jiné způsoby přenosu, často neví nebo odpovídají chybně, viz tabulka č. 10.

Dále se k hlavnímu cíli vztahují otázky č. 11 až č. 25 - kde tyto informace získali. Výsledky o tom, kde respondenti získali informace o HIV/AIDS se mi podařilo zjistit. 99 % respondentů dle otázky č. 2 slyšeli o HIV/AIDS. Pouze 1 % respondentů odpovědělo nevim. Podle mého názoru zde velkou roli hrají média – televize, internet, internetové kanály jako například YouTube, sociální sítě typu Facebook, kde lidé sdílejí neuvěřitelné množství videí a příspěvků. Dnes se dá na internetu nalézt opravdu cokoli, internetový svět je nám plně otevřen. V otázce č. 23 jsem se zabývala tím, odkud respondenti mají nejvíce informací o HIV/AIDS a 30 % respondentů odpovědělo ze školy a pouze o 1 % méně respondentů odpovědělo právě z internetu a 13 % respondentů mají nejvíce informací z televize. Taková procenta mne velmi překvapila, byla jsem toho názoru, že právě v televizi se o HIV/AIDS moc informací nedozví a podle mého názoru se jednalo spíše ne o obecné informace o problematice HIV/AIDS, ale o reportáže, které v poslední době

prostřednictvím médií prošly. Jednalo se často o zprávy typu nezákonné šíření viru HIV atd. Nejméně respondentů má informace z literatury a to pouhá 4 %.

Z celkového počtu 101 respondentů odpovědělo 68 respondentů (67 %), že se problematice věnují ve škole a naopak 26 respondentů (27 %) odpovědělo, že téma HIV/AIDS na škole vůbec neprobírali. I tak si myslím, že se jedná u 68 respondentů o dobré číslo. Nicméně tématu se na vybraných školách věnují během vyučovaných předmětů, a to klasickou formou výuky - výklad učitele a četba literatury. Takto odpovědělo 51 % respondentů z počtu 68 žáků. 12 respondentů (18 %) odpovědělo, že se o HIV dozvěděli prostřednictvím promítání filmu během vyučovací hodiny. U 15 % respondentů se jednalo o besedu s cizím člověkem – lektorem, kdy tedy škola pozvala do vyučovací hodiny patřičného odborníka. 4 % respondentů se dozvědělo ve škole o HIV prostřednictvím hry. 8 respondentů (12 %) odpovědělo jiné. Jednalo se zde o polootevřenou otázku, kdy respondenti museli napsat, o jakou formu výuky šlo. 2 respondenti odpověděli, že se jednalo se o prezentaci žáka + výklad učitele, 3 respondenti odpověděli, že se jednalo o referát, 1 respondent uvedl projekt a 2 respondenti odpověděli, že neví.

Bohužel jsem zjistila, že se tématu v žádném případě nevěnují během projektových dnů ani nenavštěvují žádná zařízení, kde by se o problematice dozvěděli například z přednášky lektora.

Z dílčích výzkumných cílů jsem zjišťovala, v jakých předmětech na ZŠ se respondenti o HIV/AIDS učí.

Dle výzkumu jsem zjistila, že o problematice HIV/AIDS se nejvíce žáci učí v biologických či přírodovědných předmětech jako je přírodopis, biologie, odpovědělo tak 30 respondentů (44 %). Na druhém místě se hned umístil předmět Výchova ke zdraví, což mne velmi mile překvapilo, odpovědělo tak 26 respondentů (38 %). Byla jsem toho názoru, že výuka na dané téma probíhá spíše jen v biologických oborech. Nejméně se tématu věnují ve společenských vědách jako je občanská nauka (6 %), rodinná výchova (6 %) nebo základy společenských věd (6 %). Jeden respondent dokonce napsal, že se o tématu zmínili při výuce chemie. Možná varianta odpovědi byla etická výchova a sexuální výchova, žádný respondent tuto variantu nevybral.

Další dílčí výzkumný cíl - Zjistit, zda by se podle respondentů mohlo tématu HIV/AIDS věnovat na školách více času.

Více jak polovina žáků (54 %) by na vybraných školách uvítala, kdyby se dané problematice věnovalo více času. Jednalo ze z větší části o žáky, kteří odpověděli v předchozí otázce, že nemají dostatek informací o HIV/AIDS. 26 % žáků daných škol v tu chvíli odpovědělo, že neví.

Další z dílčích výzkumných cílů - zjistit, zda je vyučován na vybraných ZŠ samostatný předmět Sexuální výchova a zda by jej žáci rádi zařadili do rozvrhu.

Na otázku, zda žáci na daných školách mají předmět sexuální výchova, odpovědělo všech 101 žáků (100 %), že nemají. Do dotazníku však psali, že se sexuální výchově a tématům do ní spadajících věnují občas v jiných předmětech. To odpovídá aktuálnímu RVP, kde zatím samostatný předmět sexuální výchova není stanoven a jednotlivá témata, která by do tohoto předmětu spadala, jsou probírána v ostatních předmětech. 55 % respondentů by rádi zařadili samotný předmět sexuální výchovu do rozvrhu, 17 % odpovědělo ne a 27 % neví.

Poslední dílčí výzkumný cíl - Získat informace, na jaký zdroj informací by se žáci vybraných ZŠ obrátili, pokud by hledali informace o HIV/AIDS.

Na otázku, na koho nebo na co by se žáci obrátili, kdyby hledali informace o HIV/AIDS nejvíce z nich odpovědělo internet 44 %. Jen o 10 % méně respondentů odpovědělo, že by se obrátili na rodinu, na učitele ve škole jen 13 %, do literatury by nahlédlo pouze 1 % respondentů a zbylých 8 % by se obrátilo úplně na jiný zdroj – uvedli kamaráda, na kamaráda a pak až internet, několik žáků by se dokonce obrátilo na lékaře a jeden žák odpověděl na sociální pracovníci, též zajímavá odpověď.

Pouze 8 % respondentů uvedlo, že má informace o HIV/AIDS od rodiny, ale 34 % respondentů by se pro informace právě obrátilo na rodinu, což je milé zjištění.

13.1 Komparace dat

Porovnávala jsem otázku č. 3 - Co je to HIV s otázkou č. 4 - Co je to AIDS. 17 respondentů (17 %) respondentů odpovědělo, že HIV je to samé co AIDS, avšak na následující otázku co je to AIDS odpovědělo již pouze 13 respondentů (13 %), že AIDS je to samé co HIV.

Dále jsem porovnávala výsledky odpovědí u otázky č. 23 - odkud mají informace o HIV/AIDS s otázkou č. 25, na koho nebo na co by se obrátili, kdyby hledali informace o HIV/AIDS. Dle výsledků se zjistilo, že nejvíce informací mají respondenti ze školy z vyučovaných předmětů, takto odpovědělo 31 respondentů (30 %) z celkového počtu 68 (100 %) respondentů, dále pak z internetu, to odpovědělo celkem 29 respondentů (29 %) a z televize 13 respondentů (13 %). Od rodiny mělo informace jen 8 respondentů (8 %). Přitom na otázku č. 25, na koho nebo na co by se obrátili v případě hledání informací, dokonce 34 respondentů (34 %) by se obrátilo právě na rodinu a pouze 13 respondentů (13 %) na školu.

Poslední porovnání se týkalo otázky č. 17 s otázkou č. 18, zda si myslí, že mají dostatek informací o HIV/AIDS a zda by se na škole tomuto tématu mohlo věnovat více času. 55 respondentů (54 %) by uvítalo, kdyby se na školách tématu více věnovali. Šlo z větší části o respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli, že nemají dostatek informací o dané problematice, ale byli mezi nimi i ti, co si myslí, že dostatek informací mají. V otázce č. 17, zda si myslí, že mají dostatek informací o HIV/AIDS jsou odpovědi velmi vyrovnané. 32 respondentů (32 %) si myslí, že mají dostatek informací, 37 respondentů (36 %) si to naopak nemyslí a 32 respondentů (32 %) neví.

14 Pedagogické vyhodnocení

Je pravdou, že ne všichni žáci mají správné informace a pravdou je, že mnohdy informace nemají. Pokud dětem informace nepředá rodina jako primární skupina, z jakéhokoli důvodu, škola toto nemůže ovlivnit, ale může a měla by tuto neinformovanost mladé generace změnit. Mnohdy však mají žáci daleko více informací o dané problematice než samotní pedagogové a je potřeba tento nepoměr informací mezi žáky a pedagogy vyrovnat.

V prvé řadě bych ráda začala tedy u samotných pedagogů, kteří, jak jsem se reálně přesvědčila, nemusí mít vždy informace nebo mají špatné informace o dané problematice, která však souvisí s celou řadou dalších témat a spadá do několika vědních oborů. Jak tedy mohou žáci získat ucelené informace o problematice, o které by je měl pedagog informovat, aby si tyto informace mohli dát do souvislostí s dalšími tématy, se kterými problematika HIV/AIDS bezpochyby souvisí. Doporučovala bych zajistit určité školení pro pedagogy, pravidelně se opakující na témata spadající pod sexuální výchovu a výchovu ke zdraví, jelikož u takových předmětů je informací velké množství a neustále se rozšiřují, obnovují a mění, na rozdíl od více ustálených předmětů. S tím je třeba počítat a školy by mohly nějakým způsobem zajišťovat pro své pedagogy odborná školení, během kterých získají potřebné a aktuální informace, které následně budou předávat svým žákům během své výuky. Na druhém místě je pak samozřejmě u pedagogů sebevzdělávání a neustálé prohlubování zájmu o svůj obor. To však škola nemůže nijak zajistit a ovlivnit.

Dále navrhuji téma probírat ve více předmětech, do kterých spadá a kde je vhodné o něm hovořit. Problematika HIV/AIDS spadá do biologických předmětů, jako je přírodopis, biologie, kde lze hovořit o životním cyklu viru HIV, o tom, jak se vir dokáže včlenit do lidské buňky a množit se v člověku a jaké má dopady pro lidský život, dále se o tématu dá pohovořit i v chemii, kde lze nahlédnout na strukturu daného viru. Neodmyslitelně toto téma patří do předmětů společenskovedních, jako je výchova ke zdraví, nebo také nově spadá do etické výchovy a do průřezových témat jako je mediální výchova či osobnostní a sociální výchova, kdy se může pedagog zaměřit na téma z pohledu dnešní společnosti, jak se člověk s HIV cítí, co prožívá, jak se člověk může zachovat, pokud takovou věc zjistí, že HIV pozitivní člověk má stejná práva a povinnosti jako všichni ve společnosti atd.

Jako poslední co navrhuji, se týká formy výuky daného tématu. Jak z výzkumu vyplývá, nejvíce se žáci na školách o tématu učili z výkladu pedagoga, popř. s četbou knihy. Především v předmětu výchova ke zdraví bych upřednostňovala jinou formu výuky, například prostřednictvím filmu, besedy s lektorem nebo prostřednictvím nějaké hry. Dnes existuje již řada filmů a příběhů na dané téma nebo her, kdy prostřednictvím zážitku získají žáci potřebné informace. Je také možné, že si informace daleko lépe zapamatují, utkví jim v paměti a budou schopni se k nim vrátit a v budoucnu je použít. Státní zdravotní ústav (SZÚ) a neziskové organizace, které se tématem zabývají, v rámci prevence provádějí na školách přednášky nebo školy tyto organizace navštěvují, do přednášek a besed se žáci mohou zapojit, zeptat se na to, co je zajímavé, co by chtěli vědět, je zde k dispozici čas, který mnohdy během vyučovací hodiny není.

Vhodné by též bylo věnovat se tématu během projektových dnů, které na školách probíhají.

15 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají žáci 9. ročníků na vybraných ZŠ v České republice informace o problematice HIV/AIDS a odkud tyto informace získali. Praktická část byla zaměřena na kvantitativní výzkum formou dotazníku, který jsem respondentům osobně na vybraných ZŠ rozdala. Dílčími výzkumnými cíli bylo zjistit, v jakých předmětech na ZŠ se respondenti o HIV/AIDS učí, zjistit, zda by se podle nich mohlo tématu věnovat na školách více času, zda je na vybraných ZŠ vyučován samostatný předmět sexuální výchova a zda by jej zařadili do rozvrhu a posledním dílčím výzkumným cílem bylo získat informace, na jaký zdroj informací by se obrátili, pokud by hledali informace o HIV/AIDS.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že informace více jak polovina respondentů na vybraných ZŠ získávají. Informace získávají z vyučovaných předmětů výkladem pedagoga nebo přečtením nějakého článku v literatuře. Tématu se věnují pouze v daných předmětech jako je biologie, velkou roli zde hraje výchova ke zdraví. Co se týká výuky daného tématu na školách, informace většinou nezískávají žádnou zábavnou formou či jinou formou výuky jako je například film, hra, beseda mimo školu a jiné možné formy výuky. Během projektových dnů se tématem také nijak nezabývají. Pokud se jedná o zdroje informací žáků o HIV/AIDS, nejvíce informací získávají ze školy a z internetu. Od rodiny má informace pouze 8 respondentů (8 %) respondentů, přitom jak z výzkumu vyplívá, respondenti by se na informace nejraději zeptali své rodiny, škola skončila až na 3 místě z 5 možných odpovědí.

Respondenti informace o HIV/AIDS mají, většina respondentů vždy odpovídala na otázky správně, nicméně poměrně velká část respondentů často nevěděla nebo odpovídala chybně. Co se týká způsobů přenosu viru HIV, respondenti znají způsoby přenosu, ale pokud jsou v nabídce další různé jiné varianty způsobu přenosu, tak často nevědí nebo odpovídají chybně.

Respondenti by také uvítali, kdyby se tématu na školách věnovalo více času, většina uvádí, že o problematice nemají dostatek informací. Často nedokázali na otázku odpovědět, jelikož nevěděli. Spoustu respondentů neznalo způsoby přenosu viru HIV nebo nevěděli, zda HIV a AIDS je to samé. Část respondentů také nevěděla, zda kondom chrání před

nákazou virem HIV. Uvítali by větší pozornost dané problematice a sexuální výchově obecně jako samostatnému předmětu. Doposud, pokud se tématem zabývali, tak v různých jiných předmětech.

O problematice HIV/AIDS rodiny informují své děti, jak vyplynulo z výzkumu, a to velmi málo, přenechávají tak vědomě či nevědomě tuto prevenci na škole. Je tedy na vzdělávacích institucích, aby svým žákům poskytly informace, které jsou pro budoucí život dětí důležité.

Doporučovala bych zajistit určité školení pro pedagogy, pravidelně se opakující na témata spadající pod sexuální výchovu a výchovu ke zdraví, jelikož u takových předmětů je informací velké množství a neustále se rozšiřují a aktualizují.

Dále navrhuji téma probírat ve více předmětech, do kterých spadá a kde je vhodné o něm hovořit. Problematika spadá do biologických předmětů, jako je přírodopis, biologie, dále patří do předmětů společenských, jako je výchova ke zdraví, nebo také nově spadá do etické výchovy a do průřezových témat jako je mediální výchova či osobnostní a sociální výchova. Jako poslední co navrhuji, se týká formy výuky daného tématu. Jak z výzkumu vyplývá, nejvíce se žáci na školách o tématu učili z výkladu pedagoga, popř. s četbou knihy. Především v předmětu výchova ke zdraví bych upřednostňovala jinou formu výuky, například prostřednictvím filmu, besedy s lektorem nebo prostřednictvím nějaké hry. Vhodné by též bylo věnovat se tématu během projektových dnů, které na školách probíhají.

Seznam použitých informačních zdrojů

- DZÚROVÁ, D. SCÉMY, L. a kol.: *Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku*. Vydání první. LUSTIGOVÁ, M. Praha: Státní zdravotní ústav, 2015, 133s. ISBN: 978-80-7071-343-3.
- ELLIOTT, J., PLACE, M.: *Dítě v nesnázích*. Vydání první. Přeložil Jaroslava KUBÁTOVÁ, Jiří ŠTĚPO. Praha: Grada, 2002, 208s. ISBN: 80-247-0182-0.
- HOLUB, Jiří a kol.: *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. 141 s. ISBN 80-7169-068-6.
- JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol.: *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. 173 s. ISBN 978-80-204-3325-1.
- JOHNSON, Earvin: *Jak se vyhnout AIDS*. První vydání. Praha: Lunarion, 1993. 200 s. ISBN 80-901031-9-7.
- KONVALINKA, J. MACHALA, L.: *Viry pro 21. století*. První vydání. Praha: Academia, 2011. 143 s. ISBN 978-80-200-2021-5.
- LIPPA, A. R. *Pohlaví: příroda a výchova*. Vydání první. Přeložil Jan HAVLÍČEK, Jaroslava VALENTOVÁ. Praha: Academia, 2009, 432s. ISBN: 978-80-200-1719-2.
- MACHOVÁ, J. a kol.: *Výchova ke zdraví*. Druhé vydání. Praha: Grada, 2015, 312s. ISBN: 978-80-247-5351-5.
- MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. Praha: SCAN, 2010, 253s. ISBN: 978-80-87258-47-7.
- MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání první. ŠIRŮČKOVÁ, M. Praha: SCAN, 2010, 253s. ISBN: 978-80-87258-47-7.
- MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ČECH, T. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Lidové noviny, 2015, 272s. ISBN: 978-80-7422-393-8.

MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. CHARVÁT, M., NEVORALOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, 272s. ISBN: 978-80-7422-393-8.

MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování II*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. ŠIRŮČKOVÁ, M. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Lidové noviny, 2015, 272s. ISBN: 978-80-7422-393-8.

ROZSYPAL, H.: *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.

ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004, 60s. ISBN: 80-7044-583-1.

ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. WEDLICHOVÁ, I. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004, 60s. ISBN: 80-7044-583-1.

ŠIK, V a kol. *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7: Učební text pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů*. Vydání první. KUBÁTOVÁ, D. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004, 60s. ISBN: 80-7044-583-1.

Skripta

MACH, P. a kol.: *Vzdělávací materiály ke kurzu Zaměstnávání HIV pozitivních osob – teorie a praxe aneb Sociální práce s HIV pozitivními osobami*. Praha: Dům světla, 2014. 62 s.

Beseda:

MATULA, L.: Preventivní beseda o HIV/AIDS. Praha. Dům světla, 13. června 2014

Elektronické zdroje:

AMBROŽOVÁ, K. et al.: Prevence úrazů a rizikového chování. [online], 2010, [cit. 2017-08-19]. Akademos, a. s., Dětství bez úrazů, o. p. s., 56 p. Dostupné z: http://www.urazneninahoda.cz/dokumenty/unn_brozura_prevence_urazu_a_rizikoveho_chovani.pdf.

KULOVÁ, K: *Účinnost primární prevence rizikového sexuálního chování pohledem studentů sociální pedagogiky*. Zlín, 2015 [cit. 2017-08-19]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Mgr. Polepilová. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/33069>.

MARTANOVÁ PAVLAS, V. O primární prevenci rizikového chování. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online] © 2011-2017 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani>.

MARTANOVÁ PAVLAS, V. Specifické x nspecifické programy primární prevence. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online] © 2011-2017 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/specificke-x-nespecificke-programy-primarni-prevence-1>.

Selektivní primární prevence. In: *Prevence-info.cz* [online] © 2010-2016 [cit. 2017-07-16]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence/selektivni-primarni-prevence>.

Dovednosti pro život v prevenci rizikového chování. Primární prevence. In: *adiktologie.cz* [online] © 2011 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/3685/Dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-rizikoveho-chovani>.

Rozdělení primární prevence. Prevence. In: *adiktologie.cz* [online] © 2011 [cit. 2017-07-20]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3073/>.

BÉM, Pavel, KALINA, Kamil. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2015: Publikace: Drogy. Monografie. Drogy a drogové závislosti 2* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003 [cit. 2017-07-10]. ISBN 80-86734-05-6 Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf.

ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. Zář 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2004, částka 190, s. 10263-10264. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2017_cerven.pdf.

Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/doporuceni-msmt-k-realizaci-sexualni-vychovy-v-zakladnich>.

KUBRICHTOVÁ, Lenka, UZEL, Radim a kol.: *Sexuální výchova -vybraná témata, příručka pro učitele*. [online]. [cit. 2017-08-21]. Dostupné z: http://eduin.cz/wp-content/uploads/311/Metodicke_materialy/Sexualni_vychova_vybrana_temata.pdf.

UZEL, Radim: *Sexuální výchova*. [online]. [cit. 2017-08-25]. Dostupné z: www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385374360.pdf.

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

1) Jakého jsi pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2) Slyšel/a jsi pojem HIV/AIDS?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3) Co je to HIV?

- a) to samé co AIDS
- b) vir, který způsobuje AIDS
- c) vir, který lze vyléčit
- d) nevím

4) Co je to AIDS?

- a) to samé co HIV
- b) nemoc, která je podobná chřipce a lze ji vyléčit běžně dostupnými léky
- c) stádium infekce HIV, které nelze vyléčit
- d) nevím

5) Existuje rozdíl mezi HIV a AIDS?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6) Může být člověk, který vypadá zdravě, HIV pozitivní?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7) Chrání hormonální antikoncepce před nákazou virem HIV?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8) Je užívání kondomu jednou z možností prevence proti nákaze HIV/AIDS?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9) Co je tzv. „bezpečnější sex“?

- a) pohlavní styk bez použití ochrany – kondomu
- b) pohlavní styk s použitím ochrany – kondomu
- c) pohlavní styk s užíváním hormonální antikoncepce u ženy

10) Jakým z následujících způsobů se může HIV přenést?

polibkem

- a) ano b) ne c) nevím

společným používáním WC

- a) ano b) ne c) nevím

krví

- a) ano b) ne c) nevím

bodnutím hmyzem

- a) ano b) ne c) nevím

pohlavním stykem

- a) ano b) ne c) nevím

podáním ruky

- a) ano b) ne c) nevím

společným užíváním injekčních jehel

a) ano b) ne c) nevím

z matky na dítě

a) ano b) ne c) nevím

11) Probírali jste téma HIV/AIDS ve škole?

a) ano

b) ne

c) nevím

12) Pokud jste probírali HIV/AIDS ve škole, v jakém ročníku jste HIV/AIDS poprvé probírali?

a) 1. stupeň

b) 6. ročník

c) 7. ročník

d) 8. ročník

e) 9. ročník

f) neprobírali jsme HIV/AIDS ve škole

13) Probírali jste téma HIV/AIDS v nějakém vyučovaném předmětu?

a) ano

b) ne

c) nevím

d) neprobírali jsme toto téma ve předmětu ve škole

14) Pokud jste téma HIV/AIDS probírali v předmětu ve škole, v jakém to bylo?

a) biologie

b) rodinná výchova

c) občanská nauka

d) základy společenských věd

e) výchova ke zdraví

f) sexuální výchova

g) etická výchova (od 1.9.2017 na školách dle RVP)

h) neprobírali jsme toto téma v předmětu ve škole

15) Pokud jste probírali HIV/AIDS v nějakém předmětu, jakou formou to probíhalo?

a) výklad učitele a četba literatury

b) beseda s cizím člověkem – lektorem

- c) prostřednictvím filmu
- d) prostřednictvím nějaké hry
- e) jiné (co):
- f) neprobírali jsme HIV/AIDS v předmětu ve škole

16) Byl/la jsi s výukou o HIV/AIDS spokojen/a?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) mohlo by to být lepší
- d) neučili jsme se ve škole o HIV/AIDS

17) Myslíš si, že máš dostatek informací o HIV/AIDS?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18) Myslíš si, že by se na škole mohlo tématu HIV/AIDS věnovat více času?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19) Chodíte se školou na besedy nebo přednášky mimo školu, kde jste se dozvěděli o HIV/AIDS?

- a) ano (pokud ano, napiš, kam jste šli):
- b) ne
- c) nevím

20) Učíte se o HIV/AIDS během projektových dnů, které na škole probíhají?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) žádné projektové dny na škole neprobíhají

21) Máte na škole předmět sexuální výchova?

- a) ano
- b) ne

22) Zařadil/a bys tento předmět do rozvrhu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) již tento předmět na škole máme

23) Odkud máš nejvíce informací o HIV/AIDS?

- a) ze školy
- b) od rodiny
- c) od kamarádů
- d) od sourozence
- e) z internetu
- f) z televize
- g) z literatury
- h) z jiného zdroje (uveď jaký):

24) Jaký máš názor na problematiku HIV/AIDS?

- a) jde o onemocnění, které může postihnout každého, může se týkat i mne
- b) touto infekcí se nikdy nenakazím
- c) neřeším to, pokud se infikuji, budu to řešit až pak
- d) nevím, netýká se mě to a týkat nebude
- e) nevím přesně, o co jde, nemám tedy žádný názor

25) Na koho/co by ses obrátil/a, kdybys hledal/a informace o HIV/AIDS?

- a) na rodinu
- b) na učitele
- c) na internet
- d) na literaturu
- e) jiné (uveď na koho/co):

Příloha č. 2 – Vyplněný dotazník se správnými odpověďmi

1) Jakého jsi partnera?
a) muž
b) žena

2) Slyšel/a jsi pojem HIV/AIDS?
a) ano
b) ne
c) nevím

3) Co je to HIV?
a) to same co AIDS
b) vir, který způsobuje AIDS
c) vir, který lze vyčistit
d) nevím

4) Co je to AIDS?
a) to same co HIV
b) nemoc, která je přenosná špičce a lze ji vyčistit běžně dostupnými léky
c) stadium infekce HIV, které nelze vyčistit
d) nevím

5) Existuje rozdíl mezi HIV a AIDS?
a) ano
b) ne
c) nevím

6) Může být člověk, který vypadá zdravě, HIV pozitivní?
a) ano
b) ne
c) nevím

7) Curání hormonální antikoncepcí před nakažením viru HIV?
a) ano
b) ne
c) nevím

8) Je užívání kondomu jedinou z možností prevence proti nikaře HIV/AIDS?
a) ano
b) ne
c) nevím

9) Co je tzv. „bezpečnější sex“?
a) pohlavní styk bez použití ochrany – kondomu
b) pohlavní styk s použitím ochrany – kondomu
c) pohlavní styk s užíváním hormonální antikoncepcí u ženy

10) Jakým z následujících způsobů se může HIV přenést?
pohlavím
a) ano b) ne
společným používáním WC
a) ano b) ne
krev
a) ano b) ne
c) nevím
bodemluha krvavou
a) ano b) ne
c) nevím
pohlavním stykem
a) ano b) ne
c) nevím
podání mléky
a) ano b) ne
c) nevím
společným užíváním injekčních jehel
a) ano b) ne
c) nevím
z mléky na dítě
a) ano b) ne
c) nevím

11) Prohrali jste téma HIV/AIDS ve škole?
a) ano
b) ne
c) neprobrali jsme toto téma ve škole

12) Pokud jste probrali HIV/AIDS ve škole, v jakém ročníku jste HIV/AIDS poprvé probrali?
a) 1. stupni
b) 6. ročník
c) 7. ročník
d) 8. ročník
e) 9. ročník
f) neprobrali jsme HIV/AIDS ve škole

13) Prohrali jste téma HIV/AIDS v nějakém systematickém přednášce?
a) ano
b) ne
c) nevím
d) neprobrali jsme toto téma ve přednášce ve škole

1

2

- 14) Pokud jde o téma HIV/AIDS probírali v předmetu ve škole, v jakém to bylo?
- a) biologie
b) rodinná výchova
c) občanská nauka
d) základy společenských věd
e) výchova ke zdraví
f) sexuální výchova
g) etická výchova
h) neprobírali jsme toto téma v předmetu ve škole
- 15) Pokud jste probírali HIV/AIDS v nějakém předmetu, jakou formou to probíhало?
- a) výklad učitel a četba literatury
b) beseda s cizím člověkem – lékařem
c) představením filmu
d) prostřednictvím nějaké hry
 e) jiné (co): R.F.F.S.K.A.T.
f) neprobírali jsme HIV/AIDS v předmetu ve škole
- 16) Byla jste s výzkou o HIV/AIDS spokojena?
- a) ano
b) ne
c) nevim
 d) mohlo by to být lepší
e) nechtěl jsem se ve škole o HIV/AIDS
- 17) Myslíte si, že má dostatek informací o HIV/AIDS?
- a) ano
 b) ne
c) nevim
- 18) Myslíte si, že by se na škole mohlo tématu HIV/AIDS věnovat více času?
- a) ano
b) ne
c) nevim
- 19) Chodíte se školou na besedy nebo přednášky mimo školu, kde jste se dozvěděli o HIV/AIDS?
- a) ano (pokud ano, napiš, kam jste šel):
 b) ne
c) nevim
- 20) Uděle se o HIV/AIDS během profesních dnů, které na škole probíhají?
- a) ano
 b) ne
c) nevim
d) žádné profesní dny na škole neprobíhají
- 21) Máte na škole přednášku sexuální výchovy?
- a) ano
 b) ne
- 22) Zdařilá byla tato přednáška do zobrazení?
- a) ano
b) ne
c) nevim
d) již tento přednáška na škole máme
- 23) Odkud máš nejvíce informací o HIV/AIDS?
- a) ze školy
b) od rodiny
 c) od kamarádů
d) od internetu
e) z televize
f) z literatury
h) z jiného zdroje (ověř jaký):
- 24) Jaký máš názor na problematiku HIV/AIDS?
- a) je o onemocnění, které může postihnout každého, takže se vykať i mně
b) je to infekce, se níž nemůžeme
c) nechtím to pobírat seriálůmi, budu to číst až pak
d) nevim, nechtěl jsem to a říkat nebudu
e) nevim přesně, o co jde, nemám tedy žádný názor
- 25) Na kolik by sis obrátil/a, kdybyš hledala informace o HIV/AIDS?
- a) na rodinu
b) na učitele
 c) na internet
d) na literaturu
e) jinak (ověř na kolik co):