

Prístup VŠ študentov voči problematike HIV/AIDS

Diana Duhárová

Bakalárska práca
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Diana DUHÁROVÁ**

Osobní číslo: **H09348**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Přístup VŠ studentů voči problematice HIV/AIDS**

Zásady pro vypracování:

Zpracování referencí a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problematiky HIV/AIDS.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tiskárenská/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ADLER, Michael ABC of AIDS. Oxford : Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 0-7279-1137-6.

HOLMES, King Sexually transmitted diseases. New York : McGraw-Hill Medical, 2008. ISBN 0-07-029688-X.

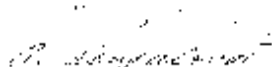
PEABODY, Roger Social & legal issues for people with HIV. London : NAM, 2010. ISBN 0956693504.

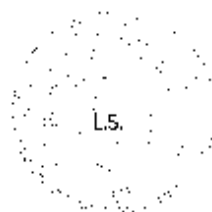
UNTERHALTER, Elaine, Tania BOLER a Sheila AIKMAN. Gender equality, HIV and AIDS: Challenges for the education sector. Oxford : Oxfam GB, 2008. ISBN 978-085598-586-8.

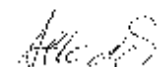
WELBOURN, Alice, Joanna HOARE HIV and AIDS. Oxford : Oxfam, 2008. ISBN 0-8559-8603-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jarmila Štátná**
Ústav pedagogických věd
Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
Anežka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 3.5.2012

Dukouš Diana

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalárska práca sa zameriava na problematiku HIV/AIDS, pôvod ochorenia, jeho priebeh, postoje ľudí k infikovaným jedincom a v neposlednom rade na vplyv osvetovej činnosti pre tento prístup. Praktická časť sa venuje trom základným problémom, a to znalostiam vysokoškolských študentov o problematike HIV/AIDS, ich postojom k nakazeným osobám a naposledy ich zodpovednosti v sexuálnom správaní ako takom, keďže práve v tejto oblasti prebieha najviac infikovaní vírusom HIV.

Kľúčové slová: HIV, AIDS, študenti, znalosti, postoje

ABSTRACT

Bachelor thesis focuses on the Problematic of HIV/AIDS, the origin of this disease, its development, people's attitude towards those who are infected and last but not least on the influence of various programmes fighting against AIDS on this attitude. The practical part applies to three basic problems which are: the general knowledge of University students about HIV/AIDS problematic, their attitude towards people infected with HIV virus and finally their sexual responsibility as most infections by HIV virus takes place in this area.

Keywords: HIV, AIDS, students, knowledge, approach

Veľmi rada by som poďakovala Mgr. Jarmile Šťastnej za jej cenné rady na konzultáciách o tejto bakalárskej práci, jej ochotu a pozitívny prístup. Rovnako by som sa chcela poďakovať Prof. PhDr. Miroslavovi Chráskovi, CSc. za jeho konzultáciu môjho výskumného šetrenia v tejto práci. Vďaka určite patrí aj mojej rodine a priateľom za podporu a trpezlivosť.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČASŤ	11
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY HIV/AIDS	12
1.1 VÝZNAM POJMOV HIV A AIDS	12
1.1.1 Aktuálna situácia vo svete.....	13
1.2 HISTÓRIA OCHORENIA	13
1.2.1 Pôvod vírusu imunitnej nedostatočnosti	15
1.3 SPÔSOBY PRENOSU VÍRUSU HIV	16
1.3.1 Mýty o spôsoboch prenosu HIV	19
2 DIAGNOSTIKA, PRIEBEH A LIEČBA	20
2.1 DIAGNOSTIKA PRÍTOMNOSTI VÍRUSU HIV V ORGANIZME	20
2.2 PRIEBEH OCHORENIA	22
2.3 LIEČBA OCHORENIA AIDS	23
3 VŠEOBECNÝ PRÍSTUP K INFIKOVANÝM, PREVENCIA A PROGRAMY BOJA PROTI AIDS	27
3.1 HODNOTENIE POSTOJA VOČI PROBLEMATIKE VÍRUSU HIV A JEDINCOM NÍM NAKAZENÝM	27
3.1.1 Sexuálne správanie v súvislosti s rizikom prenosu HIV vírusu.....	28
3.2 PREVENCIA PROTI NÁKAZE VÍRUSOM HIV.....	29
3.3 BOJ PROTI AIDS.....	31
II PRAKTICKÁ ČASŤ	34
4 PRÍSTUP ŠTUDENTOV VOČI PROBLEMATIKE HIV/AIDS	35
4.1 VÝSKUMNÝ PROBLÉM	35
4.2 VÝSKUMNÉ CIELE.....	36
4.3 HYPOTÉZY.....	36
4.4 ZVOLENÉ METÓDY ZBERU DÁT	37
4.4.1 Štruktúra a obsah dotazníka	37
4.5 VÝSKUMNÁ VZORKA	37
4.6 SPÔSOB VYHODNOTENIA DÁT	38
5 VÝSLEDKY VÝSKUMU A ICH INTERPRETÁCIA	39
5.1 CHARAKTERISTIKA A ROZDELENIE RESPONDENTOV	39
5.2 VPLYV POHLAVIA RESPONDENTOV NA ICH ÚROVEŇ ZNALOSTÍ V OBLASTI HIV/AIDS	41
5.2.1 Overenie príslušnej hypotézy	46
5.3 VPLYV ÚROVNE ZNALOSTÍ ŠTUDENTOV NA ICH POSTOJE VOČI INFIKOVANÝM JEDINCOM	47
5.3.1 Overenie príslušnej hypotézy	52
5.4 VPLYV POHLAVIA ŠTUDENTOV NA ICH ZODPOVEDNOSŤ V OBLASTI SEXUÁLNEHO SPRÁVANIA.....	53
5.4.1 Overenie príslušnej hypotézy	58

5.5	ZHRNUTIE VÝSLEDKOV VÝSKUMNÉHO ŠETRENIA	59
5.5.1	Odporúčania pre prax	59
	ZÁVER	60
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	62
	ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK.....	65
	ZOZNAM TABULIEK	66
	ZOZNAM PRÍLOH.....	67

ÚVOD

Od počiatku roku 2011 pribudlo v Českej republike 153 nových prípadov infekcie vírusom ľudskej imunitnej nedostatočnosti (HIV). Od roku 1995 toto číslo stále nenápadne stúpa. V prieskume ČSAP (Česká společnost AIDS pomoc) z roku 2011 sa hovorí o celkovom počte 1675 HIV pozitívnych ľudí, z čoho u 341 z nich sa už nákaza rozvinula do terminálneho štádia AIDS. Takéto závery vyplývajú z najnovších prieskumov o výskyte vírusu HIV nielen v Českej republike, ale i vo svete. (ČSAP, 2011)

Téma HIV/AIDS začína byť čoraz viac aktuálna, čo bolo z časti mojím dôvodom k jej výberu pre bakalársku prácu. V správach či novinách pribúdajú oznámenia o novo-infikovaných jedincoch, o testoch na HIV protilátky voľne dostupných už i v lekárňach a tiež o nových preventívnych programoch boja proti AIDS. Napriek tomu som ako študentka sociálnej pedagogiky nemala pocit, že mám dostatok znalostí o tejto problematike. Tá totiž s týmto študijným oborom určite súvisí najmä v rovine prevencie rôznych typov sociálneho zlyhania, medzi ktoré istotne patrí aj nákaza vírusom HIV.

Zaujímalo ma teda, aký názor v tejto oblasti zastávajú ostatní vysokoškolskí študenti, či majú dostatok znalostí o nej, aké prechovávajú postoje k nakazeným jedincom a takisto nakoľko sú zodpovední v oblasti ich sexuálneho správania.

Bakalárska práca pozostáva z dvoch hlavných častí, z časti teoretickej a časti praktickej. Teoretická časť sa skladá z troch kapitol, ktoré nahliadajú na tému HIV/AIDS z viacerých uhlov. Prvá objasňuje základné fakty o víruse, aktuálnu situáciu vo svete, vysvetľuje, čo pojmy HIV a AIDS znamenajú a predstavuje všetky spôsoby, ktorými je možné vírus HIV prenášať. Druhá kapitola sa zameriava na diagnostiku prítomnosti vírusu v organizme, na priebeh ochorenia a jeho liečbu. Posledná, tretia kapitola sa venuje problematike stigmatizácie infikovaných, všeobecným prístupom k nakazeným a nakoniec predstavuje možnosti prevencie ochorenia a takisto boja proti AIDS.

Praktická časť práce sa zameriava na tri základné problémy vychádzajúce z vopred stanovených hypotéz. Skúma vplyv pohlavia študentov UTB na úroveň ich znalostí z oblasti HIV/AIDS, zisťuje vzťah medzi úrovňou týchto znalostí a postojom k jedincom infikovaným a nakoniec sa zaoberá vplyvom pohlavia študentov na mieru zodpovednosti ich sexuálneho správania. Dôvodom zisťovania tohto tretieho faktoru bolo pre mňa to, že práve sexuálny styk patrí medzi najčastejšie spôsoby prenosu vírusu HIV, preto je nepochybne dôležité uvedomovať si, čo študenti riskujú v prípade takéhoto rizikového správania.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY HIV/AIDS

Prvá kapitola práce má za cieľ objasniť základné poznatky a pojmy v oblasti problematiky HIV/AIDS. Osobne považujem za zaujímavú samotnú históriu vírusu, boja proti nemu a jeho prevenciu, rovnako ako pôvod tohto ochorenia. Posledná časť prvej kapitoly predstavuje spôsoby, ktorými je možné vírus HIV prenášať.

1.1 Význam pojmov HIV a AIDS

Od Mayera (1990, s. 5) sa dozvedáme, že niekedy v polovici roku 1981 sa začali objavovať prvé úmrtia na chorobu so zvláštnymi príznakmi. Zistilo sa, že ide o nebezpečný choroboplodný vírus. Koncové štádium tohto ochorenia sa nazýva AIDS.

Vieme, že AIDS spôsobuje choroboplodný vírus zvaný HIV. Aký význam vlastne tieto dve skratky majú?

Definícia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie znie: „Ľudský vírus imunodeficiencie (HIV) je retrovírus, ktorý infikuje bunky imunitného systému, ničí alebo oslabuje ich funkciu. Ako infekcia postupuje, imunitný systém slabne a človek sa stáva náchylnejším k infekcii. Najpokročilejšie štádium HIV infekcie je Syndróm získanej imunodeficiencie (AIDS). Môže trvať aj 10-15 rokov, kým sa u HIV infikovanej osoby vyvinie AIDS; anti-retrovírusové lieky môžu tento proces dokonca ešte viac spomaliť“ (HIV/AIDS, © 2012).

Skratka AIDS pochádza z anglického názvu ochorenia. Je to Acquired (získaný), Immune (imunitný), Deficiency (nedostatočnosť), Syndrome (syndróm), pričom za syndróm pokladáme skupinu príznakov, ktoré tvoria celok typický pre určité ochorenie. Vo frankofónnych a španielsky hovoriacich častiach sveta sa používa skratka SIDA (franc. Syndrome d'Immuno-Déficience Acquisée, špan. Síndrome de Immuno-Deficiencia Aquirida). V ruštine zase používajú skratku SPID (Síndrom priobretennogo imunodefícita), no vo väčšine krajín je zaužívaná skratka AIDS. (Strmeňová, 1989, s. 7)

Diagnóza HIV pozitívny znamená, že je človek infikovaný vírusom HIV a týmto vírusom dokáže nakaziť ostatných ľudí. AIDS je však už infekcia, ktorá sa rozvinula do ochorenia. Toto ochorenie významne poškodzuje ľudský obranný systém. (1. december – Svetový deň boja proti AIDS, © 2011, s. 3)

1.1.1 Aktuálna situácia vo svete

Česká republika nepatrí z globálneho hľadiska medzi krajiny, kde sa nachádza obrovský počet ľudí infikovaných vírusom HIV, no napriek tomu si môžeme všimnúť nenápadne stúpajúci počet nakazení.

V úvode práce je uvedené, že v ČR pribudlo za rok 2011 až 111 nových prípadov infekcie vírusom HIV a celkový počet nakazených sa odhaduje na 1675. Viac ako 81 % z nich pritom predstavujú muži. (ČSAP, © 2011)

Ochorenie AIDS v dnešnom svete však nepochybne predstavuje celosvetový problém.

Podľa globálnej správy vydanéj v roku 2011 žilo vo svete na konci roku 2010 približne 34 miliónov ľudí s diagnózou HIV pozitívny. Do tejto skupiny patrilo 3,4 milióna detí vo vekovej hranici nižšej ako 15 rokov. Toho istého roku pribudlo okolo 2,7 milióna nových HIV infekcií. Z celosvetového pohľadu toto číslo stále klesá, i keď treba brať do úvahy absolútnu regionálnu odchýlku. V subsaharskej Afrike žije najviac novo-infikovaných ľudí s vírusom HIV. V tejto oblasti pribudlo roku 2010 približne 1,9 milióna ľudí s nákazou HIV. Toto číslo je o 16 % menšie ako sa odhadovalo v roku 2001 a o 27 % menšie ako každoročný počet novo-nakazených medzi rokmi 1996 a 1998, kedy bol výskyt infekcie HIV v subsaharskej Afrike na najvyššej úrovni. Za pozitívnu správu tiež môžeme považovať to, že každoročný celosvetový počet ľudí zomierajúcich na následky ochorenia AIDS sa znižuje z vrcholu 2,2 milióna (z roku 2005) na zhruba 1,8 milióna v roku 2010. (*Global HIV/AIDS Response*, © 2011, s. 11)

1.2 História ochorenia

Za prelomový v oblasti rozpoznania choroby AIDS sa zväčša považuje rok 1981. Práve vtedy sa v istom americkom odbornom časopise objavila nenápadná správa, ktorá informovala o výskyte piatich prípadov vzácneho zápalu pľúc vyvolaného parazitom *Pneumocystis carinii* v Los Angeles a štyroch prípadoch zvláštneho spojivového nádoru Kaposiho sarkómu v New Yorku. Pri všetkých prípadoch sa jednalo prevažne o homosexuálne orientovaných mladých mužov. Pacientov začalo rapídnu rýchlosťou pribúdať, pôvodca choroby bol stále neznámy a neboli nájdené ani cesty šírenia choroby či možnosti ochrany apod. (Holub a kol., 1993, s. 13)

„Všetkým týmto chorým bol spoločný hlboký rozvrat imunity neznámeho pôvodu“ (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004, s. 11).

Podľa Strmeňovej (1989, s. 12-13) najranejšie správy o výskyte tejto choroby prichádzali z Los Angeles, vzápätí z New Yorku, San Francisca, Paríža a neskôr i z Haiti, Zairu a mnohých ďalších krajín. Až dodatočne bolo zistené, že spomínané prípady neboli pravdepodobne ani zďaleka prvé. Napríklad v roku 1969 v St. Louis (USA) zomrel pätnásťročný Robert R. z neznámych a lekármi zatiaľ nevysvetliteľných dôvodov. Jeho krv a kúsky tkaniva dali zmraziť, aby neskôr, keď veda pokročí, mohli určiť príčinu smrti. Keď sa o desať rokov neskôr AIDS dostalo do povedomia, vedci urobili skúšku s tkanivami chlapca a ukázalo sa, že zomrel na AIDS. Každopádne dodnes nikto nevie (a pravdepodobne ani nikdy nebude vedieť) s úplnou istotou určiť, kedy a akým spôsobom táto zákerná choroba prepukla.

V minulosti sa objavovali názory, že ľudia nie sú chorí či infikovaní (a na opačnej strane zdraví), ale že jednoducho existujú tzv. rizikové skupiny typu muži homosexuáli či drogov závislí jedinci, a táto skupina predstavuje „zdroj nákazy pre spoločnosť“. Dnes už sa nad takýmito názormi môžeme len pozastaviť, no kedysi boli brané ako fakt.

„Keďže sa príznaky choroby zjavovali u homosexuálov, hemofilikov, heroínomanov (tak označovali v USA narkomanov, ktorí si pichali heroín) a väčšina chorých pochádzala z Haiti, odborníci označovali toto ochorenie krátky čas ako choroba 4H“ (Holub, 1993, s. 13).

Svoj názov dostalo ochorenie v roku 1982, kedy ho Centrum pre kontrolu chorôb (CDC) pomenovalo Syndróm získaného zlyhania imunity, známeho pod skratkou AIDS. Tejto predchádzala skratka GRID5 (gay related immunodeficiency syndrom) vzhľadom na prevažný výskyt u homosexuálov. (Holub, 1993, s. 13-14)

Podľa Mayera (1990, s. 13-14) sa v roku 1983 objavili príznaky AIDS u partneriek/partnerov narkomanov s AIDS, čo poukázalo na prenos zárodku heterosexuálnym aj homosexuálnym stykom. Toho istého roku sa objavil vírus LAV u ďalších piatich ľudí s chorobne pozmenenými miazgovými uzlinami a u troch s AIDS. Americkí virológovia izolovali od pacientov s AIDS vírus podobný LAV a dali mu názov HTLV-III. Roku 1985 sa dokázalo, že tieto dva vírusy sú identické a vírus sa začal označovať HIV (Human Immunodeficiency Virus). V auguste začína Svetová zdravotnícka organizácia (WHO – World Health Organization) zhromažďovať hlásenia o výskyte AIDS z celého sveta. V roku 1988 si francúzsky autor novej očkovacej látky sám tento prípravok podáva, aby dokázal, že je neškodný a začínajú prvé pokusy s experimentálnou látkou. V júni už je oficiálny

počet prípadov AIDS vo svete na hranici 100 000. O necelý rok neskôr sa tento počet zvýšil až na 158 000. Vtedy sa naozaj naplno začalo skúmanie látok s antiretrovírusovým účinkom.

1.2.1 Pôvod vírusu imunitnej nedostatočnosti

AIDS sa dnes opisuje ako ochorenie liečiteľné, ale zatiaľ, bohužiaľ, nevyliciteľné. Ako už bolo spomínané, za pôvodcu choroby je považovaný vírus HIV. Ako však samotný vírus vznikol?

Existuje niekoľko hypotéz. Zástancovia teórie o tzv. *pôvode od opíc* tvrdia, že niektoré kmene v strednej Afrike používali čerstvú krv opíc na posilňovanie pohlavnej výkonnosti. Túto krv si mali vtierať do hlboko rozškriabanej kože, vďaka čomu mali získať uvedenú pohlavnú výkonnosť. Podľa odborníkov sa týmto spôsobom mohol preniesť SIV (vírus zlyhania imunity opíc) do krvi človeka a nastať jeho premena na HIV v dnešnej podobe. Vedci bývalej NDR vypracovali takisto absurdnú štúdiu, v ktorej sa snažili dokázať, že vírus HIV bol pripravovaný ako biologická zbraň a skúšaný na americkú populáciu. Po preskúmaní však odborníci usúdili, že toto tvrdenie bolo vykonštruované. Ďalšia z hypotéz považuje AIDS za následok Božieho trestu na ľudstve za amorálny promiskuitný život a za sexuálnu revolúciu, ktorá sa začala v 60. rokoch 20. storočia. (Holub, 1993, s. 14-15)

Rozsypal (1998, s. 10-11) dopĺňa teóriu o pôvode vírusu od opíc. Tvrdí, že sa ešte ponúka i cesta poranenia opicami pri love. Je pravdepodobné, že vírus HIV sa začal šíriť medzi ľuďmi v centrálnej Afrike už začiatkom 50. rokov. Vedci sa domnievajú, že rozširovanie infekcie nastalo najmä vďaka „krvavým“ rituálom domorodcov, prostitúcii a posúvaním sa obyvateľov v rámci vojen a migrácie. Z Afriky vírus postúpil do Karibskej oblasti a na Haiti, ktoré boli letoviskami amerických homosexuálov. Následne sa infekcia objavila v Spojených štátoch Amerických, Európe a ďalších častiach celého sveta.

„Otázka pôvodu HIV sa postupom času stáva čoraz zložitejšou a pravdepodobne sa ju nepodarí celkom objasniť. Valné zhromaždenie Svetovej zdravotníckej organizácie sa v máji 1987 uznieslo, že vírus HIV je prirodzene sa vyskytujúcim vírusom neznámeho zemepisného pôvodu“ (Mayer, 1990, s. 17).

Pôvod vírusu teda dodnes nie je celkom objasnený a je pravdepodobné, že ani nikdy nebude. Hypotéz existuje viacero, no stopercentne podložená nie je ani jedna z nich.

1.3 Spôsoby prenosu vírusu HIV

Významnú oblasť potrebných znalostí o víruse HIV bez pochyby predstavujú spôsoby prenosu tohto vírusu. Mnohokrát si ľudia neuvedomujú, čo riskujú pri prevádzaní rizikového správania. Taktiež si ale myslím, že vo svete existuje aj opačný element, a teda, že ľudia často preháňajú a pri stretnutí s HIV pozitívnym človekom sa domnievajú, že sa od neho môžu nakaziť i obyčajným podaním ruky. Objasníme si teda, akými vyhranenými spôsobmi je možné vírus HIV prenášať.

Efektívny prenos vírusu je závislý na týchto faktoroch:

- „1. HIV musí byť v telesnej tekutine živý, s dostatočnou koncentráciou a nesmie dôjsť k inaktivácii (strate) jeho infekčnosti. Podobne infikované bunky, prítomné v danej telesnej tekutine, musia byť živé.
- Je potrebné, aby došlo k prenosu na vnímavého hostiteľa.
- Vírus musí preniknúť do hostiteľského organizmu tak, aby prišiel do kontaktu s vnímavými bunkami“ (Mayer, 1990, s. 59).

Pre prenos HIV existujú podľa Mayera, Hallauera a Baumovej (1996, s. 94) tri zásadné cesty. Medzi ne patrí *sexuálny pohlavný styk s osobou infikovanou HIV*, t.j. s prameňom nákazy, ďalej je to *vystavenie sa infekčnej krvi* (vrátane prenosu u osôb závislých od drog podávaných vnútrožilovo spoločne používanými nesterilnými infekčnými ihlami a striekačkami) alebo po podaní derivátov pripravených z infekčnej krvi a obsahujúcich infekčný vírus. Nakoniec sa jedná o prenos *z infikovanej matky na dieťa* (in utero, perinatálne, postnatálne).

Vzhľadom na veľmi podrobné a užitočné informácie v publikácii autorov Mayer, Hallauer a Baum (1996) použijem väčšinu opisov spomínaných rozdelení spôsobov prenosu vírusu HIV práve z ich publikácie.

I. ***Prenos vírusu HIV sexuálnym pohlavným stykom***

Autori rozdelili tento typ prenosu na tri možné spôsoby.

a) Prenos HIV vírusu sexuálnym stykom homosexuálnych mužov

Epidemiologické štúdium už od začiatku poukazovalo na vysoké riziko prenosu infekcie pri receptívnom homosexuálnom pohlavnom styku a pri vyššom počte vymieňaných partnerov. Treba povedať, že za nestáleho partnera sa považuje osoba, s ktorou sa daný človek

sexuálne styka kratšie ako dva dni. Veľmi efektívny býva prenos HIV na receptívneho partnera pri análnom styku. Toto sa dá vysvetliť tým, že pri tejto praktike sa vírus či infikované lymfocyty v sperme dostávajú trhlinami v sliznici vystielajúcej rektum ľahšie do kontaktu s krvou, resp. lymfou receptívneho partnera ako pri iných formách homosexuálneho pohlavného styku. (Mayer, Hallauer a Baum, 1996, s. 94)

b) Prenos HIV vírusu pri sexuálnych praktikách homosexuálnych žien

Tento spôsob prenosu býva opisovaný zväčša ako veľmi zriedkavý. Môže ísť o prenos infekčnou krvou pri poškodeniach sliznice digitálnymi, oro-genitálnymi a oro-análnymi praktikami, hlavne ale počas menštruácie. (Mayer, Hallauer a Baum, 1996, s. 95)

c) Prenos HIV vírusu medzi heterosexuálnymi mužmi a ženami

V celosvetovom meradle sa vírus HIV prenáša najčastejšie práve prostredníctvom heterosexuálneho styku medzi mužom a ženou. Vaginálnym stykom sa nákaza prenáša rovnako ako z muža na ženu, tak zo ženy na muža. Viacero štúdií však preukázalo, že riziko infekcie je vyššie pre ženy. Análny styk totiž pre ne znamená omnoho vyššie riziko nákazy pri styku s infikovaným mužom (najmä kvôli krvácaniu). Takisto viaceré štúdie preukázali, že pravdepodobnosť prenosu HIV z nakazeného muža na ženu je dvakrát vyššia ako zo ženy na muža. (Mayer, Hallauer a Baum, 1996, s. 96)

II. *Prenos krvou a telesnými tekutinami*

Ďalším spomínaným spôsobom prenosu HIV bol prenos krvou a telesnými tekutinami, ktorý možno rozdeliť na nasledujúce dva spôsoby:

a) Prenos transfúziou infekčnej krvi a krvnými derivátmi

Tento spôsob prenosu HIV je v dnešnej dobe veľmi vzácny vďaka zavedeniu vyšetrovania darcov krvi, rozsiahlej osvetovej činnosti, ale takisto vďaka rôznym kampaniam zameraným na dobrovoľné zrieknutie sa darcovstva osobami so zvýšeným rizikom HIV infekcie. (Mayer, Hallauer a Baum, 1996, s. 100)

Následne vymenujem situácie, ktoré sa v USA (kde je veľmi vysoká prevalencia nákazy HIV/AIDS) považujú za vyhovujúce k tomu, aby sa človek dobrovoľne zriekol darcovstva krvi či plazmy. Podľa Aoki a Hollanda (1992, cit. podľa Mayer, Hallauer a Baum, 1996, s. 100) ide napríklad o situácie ako:

- Ochorenie spôsobené HIV alebo prítomnosť HIV protilátok proti vírusu,

- Prevádzanie prostitúcie od roku 1977,
- Užívanie drog vnútrožilovou cestou,
- Muž prevádzal sexuálny kontakt s iným mužom od roku 1987,
- Vrodená krvácavosť,
- Návšteva alebo dlhší pobyt v subsaharskej Afrike, príp. na blízkych ostrovoch,
- Obeť znásilnenia za posledný rok,
- Sexuálny styk s akýmkoľvek jedincom z vyššie vymenovaných.

b) Prenos HIV vírusu medzi drogovými závislými osobami (podávané vnútrožilovo)

Medzi najpravdepodobnejšiu cestu nákazy vírusom HIV od niekoho iného v rámci tohto spôsobu patrí používanie rovnakej ihly s niekým, kto už je infikovaný. Je logické, že po použití ihly nakazenou osobou v ihle, ako i v striekačke zostanú kvapky nakazenej krvi, a tým pádom si ďalší človek túto krv vstrekuje do vlastnej žily. Treba brať do úvahy, že na prenos HIV infekcie stačí minimálne množstvo krvi! HIV sa dá preniesť i pri spoločnom používaní pomôcok toxikomanov. Medzi takéto patria napríklad nádobky, lyžičky či fľašky apod. V takýchto prípadoch prenosu absolútne nezáleží na druhu drogy, ktorú dotyčný užije. Pokiaľ používa rovnakú ihlu ako nakazený, môže sa nakaziť tak či tak. (Johnson, 1993, s. 39-40)

Tento spôsob prenosu sa stáva čoraz rozšírenejším a nebezpečnejším. Z epidemiologického hľadiska je hrozbou nielen prenos medzi samotnými drogovými závislými, ale takisto prenos infekcie z týchto ľudí na ich partnerky heterosexuálnym pohlavným stykom. S týmto v prípade otehotnenia súvisí tiež prenos vírusu vertikálne, z matky na dieťa. (Mayer, Hallauer a Baum, 1996, s.103)

III. Prenos HIV vírusu z matky na dieťa

Posledným vymedzeným spôsobom prenosu je prenos z matky na dieťa. Osobne si myslím, že tento spôsob je kontroverzný, nakoľko vo väčšine situácií má matka, samozrejme v prípade, pokiaľ vie o svojom pozitívnom HIV stave, možnosť výberu, či bude riskovať nakazením vlastného potomka alebo nie.

Za hlavný zdroj nákazy u detí sa považuje matka. Môže ísť o prenos v priebehu tehotenstva, pri pôrode alebo pri dojčení. (Holub, 1993, s. 53)

Behom pôrodu sa môže infekcia na dieťa preniesť krvou matky, ale pravdepodobne i vaginálnymi sekrétmi. Riziko prenosu vírusu materským mliekom sa odhaduje na približne 15 % u prenatálne infikovaných žien a na 25 % u žien, ktoré boli nakazené postnatálne. (Šejda, 1993, s. 23)

V tomto prípade treba podotknúť, že ženy v prípade ich HIV pozitivity nesmú darovať materské mlieko a takisto nesmú koiť! (*Lékařské diagnózy*, © 2012)

Záleží na viacerých faktoroch, no je isté, že dojčenie signifikantne zvyšuje riziko prenosu HIV vertikálnym spôsobom (pre- a perinatálne). Podľa epidemiologických údajov je riziko menšie, pokiaľ boli dojčiacie ženy infikované už pred pôrodom. Virémia by totiž nemala byť taká vysoká ako pri recentnej infekcii, a teda nebezpečenstvo infikovania dieťaťa je menšie. Vysoké je však riziko v prípade, že matka bola nakazená v období laktačnom. Číselne sa v takomto prípade riziko zvyšuje o 29 %. (Mayer, Hallauer a Baum, 1996, s. 110)

1.3.1 Mýty o spôsoboch prenosu HIV

Pri rozoberaní spôsobov prenosu vírusu HIV je určite vhodné spomenúť i spôsoby, ktorými sa tento vírus neprenáša. Súvisí to iste i s mnohokrát mylnou mienkou verejnosti, ktorá potom môže viesť k rôznym stereotypom, odsudzovaniu a vyhýbaniu sa infikovaným jedincom.

Niektorí autori (Hájek, Novák, Sedláček a Pazdiora, 2004, s. 38) uvádzajú, že medzi cesty HIV prenosu preukázateľne nepatria bežný styk dotykom, pri kúpaní v bazéne, stravovanie vo verejných zariadeniach, používanie spoločných toaliet či ručníkov apod. Ďalej sa dá vylúčiť prenos kvapkami pri kýchaní alebo kašli, exkrétmi, bodavým hmyzom a takmer 100 %-nú istotu predstavuje i správne použitie nepoškodeného kondómu pri sexuálnom styku.

„Ostatné telesné tekutiny a odpadové látky ako výkaly, nosové tekutiny, sliny, pot, slzy, moč alebo dáveniny neobsahujú dostatok HIV na infikovanie, pokiaľ v sebe nemajú zamiešanú krv a jedinec s nimi nemá významný alebo priamy kontakt“ (*How Do You Get HIV or AIDS*, © 2011).

Johnson (1993, s. 49) konštatuje: „Pamätajte si: HIV nedostanete kvôli tomu, kto ste; dostanete ho preto, čo robíte.“

2 DIAGNOSTIKA, PRIEBEH A LIEČBA

Nasledujúca kapitola je rozdelená na tri časti. Prvá sa bude venovať diagnostike HIV, možným spôsobom klinického testovania apod. Druhá časť sa zaoberá samotným priebehom ochorenia a tretia časť opisuje spôsoby liečby, hoci vieme, že ochorenie AIDS je nevyliciteľné. Existujú ale isté liečebné postupy v antiretrovírusovej oblasti, ktoré nepochybne stoja za zmienku a mnohí vedci veria, že majú efektívnu budúcnosť v liečbe vírusového ochorenia AIDS.

2.1 Diagnostika prítomnosti vírusu HIV v organizme

Pokiaľ človek absolvuje rizikové správanie, malo by byť jeho prvým krokom overenie svojich obáv, a teda absolvovanie testu na HIV protilátky. Nasledujúca podkapitola objasní, akými spôsobmi sa dá vírus v tele diagnostikovať.

Hromadná aplikácia laboratórnych krvných skúšok pri overovaní darcov krvi ukázala, ako veľmi sú tieto skúšky dôležité. Vďaka nim bola skoro naraz vylúčená možnosť infikovania prijatou krvou a jej derivátmi. V dnešnej dobe je teda otázka prevencie nakazenia prenášaním darovanej krvi prakticky vyriešená. (Mayer, 1990, s. 107)

„Rutinná screeningová diagnostika infekcie vírusom ľudského imunodeficitu (HIV) spočíva v preukázaní protilátok proti tomuto vírusu, pretože na základe doterajších skúseností môžeme konštatovať, že každý človek, ktorý má v krvi protilátky proti tomuto retrovírusu a zároveň nebol experimentálne vakcinovaný proti HIV, je týmto vírusom infikovaný“ (Svoboda, 1996, s. 65).

Ihneď po infekcii sa protilátky preukázať nedajú, pretože sa objavujú najskôr po 4 týždňoch po nakazení, väčšinou však medzi 4.-8. týždňom. Maximálne je to 12 týždňov od infekcie. Prakticky sa dá povedať, že ak niekto podstúpi test na HIV protilátky po 6-12 mesiacoch a jeho výsledok bude negatívny, je takmer stopercentné, že týmto vírusom nie je infikovaný. Objavenie sa protilátok po takejto dlhej dobe je totiž mimoriadne vzácne. Je teda zbytočné robiť si test skôr ako 4 týždne po rizikovom správaní, no i v takomto prípade sa odporúča zopakovať si ho ešte raz po 2 mesiacoch. (Rozsypal, 1998, s. 27)

Treba podotknúť, že sérologická diagnostika infekcie vírusom HIV sa nemá robiť len na základe výsledku, ktorý bol docielený vyšetrením jedinej vzorky krvi a len jediným spôsobom. Vďaka skúsenosti bolo zistené, že treba dodržiavať istý postup pri diagnostike HIV protilátok v tele človeka. (Šejda, 1993, s. 45)

Mechanismus prevádzania testov na HIV protilátky nie je taký jednoduchý, ako sa môže laikom zdať.

Základom diagnostiky je zväčša ELISA (Enzyme-Linked-Immunesorbent-Assay) test. Tento je veľmi citlivý, no má mnoho falošných pozitívít z hľadiska infekcie HIV. Napríklad častejšie v treťom semestri gravidity, pri rôznych dysimunoglobulinémiách apod. Z tohto dôvodu sa musí každý pozitívny výsledok testu ELISA potvrdiť ešte špecifickejším testom. Obvykle sa jedná o test Western-blot (WB), pri ktorom sa diagnostikujú protilátky proti daným antigénom jadra vírusu a protilátky, ktoré sú rozhodujúce proti glykoproteínovým antigénom. V sporných prípadoch sa dajú použiť ďalšie možnosti testovania, ako napríklad rádioimunoprecipitácia (RIPA) či imunofluorescenčný assay (IFA). Za zmienku stoja i tzv. rýchle testy, no pri týchto treba brať do úvahy, že bývajú často nepresné a falošne negatívne či pozitívne. Používajú sa výhradne pri otestovaní darcu orgánu pri urgentnej transplantácii alebo pri krvnom prevode, kedy je, samozrejme, nutné podať krv veľmi rýchlo a nemôže sa čakať na výsledok rutinných screeningových testov. Protilátky sú detekovateľné i v slinách. Testy, ktoré túto možnosť využívajú, majú vysokú senzitivitu a ľuďmi sú dobre akceptovateľné. (Svoboda, 1996, s. 65-67)

Len okrajovo spomeniem ešte iné potvrdzovacie skúšky.

Ide napríklad o tzv. rádioimunoprecipitačnú reakciu, ktorá patri medzi najsenzitívnejšie reakcie a môže byť rozhodujúca i vtedy, keď imunoblotová metóda poskytuje nie celkom jasný výsledok. Táto skúška sa sústreďuje najmä na dokazovanie protilátok voči obalu vírusu. Ďalšou je tzv. imunofluorescenčná skúška, kedy sú potrebné bunky, infikované vírusom, pestované v laboratóriu. Tieto sa zvlášť spracúvajú, následne sa k nim pridáva vyšetrované sérum a pokiaľ má toto sérum v sebe isté špecifické protilátky, tak sa na tieto nakažené bunky naviažu. (Mayer, 1990, s. 113)

Veľkou novinkou pre Českú republiku sa stalo zavedenie domácich testov na HIV protilátky do lekární, kde sa dajú voľne nakúpiť od konca roka 2010.

Pokiaľ test ukáže na prítomnosť HIV protilátok dvoma bodkami na výskumnej paličke, človek je na 99,97 % HIV pozitívny. Definitívny ortieľ by mal však vyniesť až lekár po sérii testov. Testovacia sada bola schválená na predaj v 45 krajinách sveta, jej cena je približne 450 - 500 Kč. (*Od prítomného týždňa bude v lekárnách k dostaniu domácí test na HIV*, © 2010)

2.2 Priebeh ochorenia

AIDS je ochorenie imunitného systému. Popíšme si priebeh rozvinutia tejto choroby.

Podľa Svobody (1996, s. 17) dochádza najskôr k rozvratu imunitného systému, ktorý môže vplyvom rôznych faktorov u niektorých postihnutých vyústiť až do úplného zrušenia imunitného systému a totálneho zlyhania obranyschopnosti.

Ide teda o rozvrat imunitného systému človeka. Ako autori rozdeľujú samotný priebeh choroby?

Syrůček, Šejda a Ticháček (1986, s. 7-8) ho delia na dve zásadné obdobia. Prvé obdobie (6 mesiacov až 6 rokov) nastáva po dlhej inkubačnej dobe, ktorá uplynie od pôvodcu ochorenia (vírusu) do krvného obehu vnímavého človeka. Po tejto dobe sa objavia príznaky, ktoré sú bežné i pri rôznych iných ochoreniach. Jedná sa o únavu, občasné aj trvalé horúčky, zdurenie lymfatických uzlín, nechúť do jedla, hnačky či zápaly dýchacích ciest. Druhé obdobie môže trvať i celé mesiace či roky. Vírus zatiaľ ničí najmä určitý druh bielych krviniek, ktoré sú nositeľmi bunkovej imunity. Postihnutý je takto bezbranný i voči tým mikróbov, ktoré sú bežne pre normálneho človeka takmer neškodné. Pokiaľ tieto infekcie nie sú liečené, dokážu prívodiť aj smrť pacienta postihnutého AIDS. Niekedy sa vyskytne Kaposiho sarkóm alebo iné nádorovité ochorenie. Treba ale povedať, že takýto priebeh sa vyskytuje len zhruba u 5 až 10 percent pacientov. Asi u 20 percent prebieha veľmi pomaly a nenápadne, pričom táto forma sa nazýva ARC (AIDS Related Complex). Bez akýchkoľvek príznakov prebieha infekcia u prevažnej väčšiny nakazených jedincov.

Holub (1993, s. 22) rozdeľuje štádiá rozvinutia AIDS na dve časti. Ide o štádium *asymptomatické*, teda bezpríznakové a štádium *symptomatické*, ktoré je charakterizované istými príznakmi. Klasický priebeh ochorenia sa dá podľa neho rozdeliť na niekoľko etáp:

- Štádium akútnej infekcie
- Štádium asymptomatického nosičstva
- Štádium generalizovaného (všeobecného) spuchnutia uzlín
- Štádium ARC (AIDS Related Complex- prae AIDS)
- Štádium rozvinutého ochorenia- AIDS.

Prvé štádium sa len výnimočne podarí rozoznať klinicky, u niektorých ľudí sa dokonca vôbec neprejavuje. Zväčša totiž u infikovaných nastane akútna infekcia do šiestich týždňov. Typickými prejavmi sú napríklad teplota, celková únava, bolesti kĺbov a svalov, opuchnutie uzlín, bolesti v hrdle, prípadne vyrážky. Obyčajne príznaky doznievajú v priebehu týždňa a infikovaný funguje bez ďalších problémov. (Holub, 1993, s. 23)

Druhé štádium opisuje Rozsypal (1998, s. 21) ako klinicky bezpríznakové, pričom pacienti sa zvyčajne cítia dobre a nepocitujú žiadne výrazné problémy. Toto obdobie trvá zväčša 2-15 rokov. Hoci nie je možné diagnostikovať ochorenie podľa klinických príznakov, prítomnosť infekcie dokáže preukázať test na HIV protilátky.

Do tretieho štádia infikovaný prechádza po štádiu bezpríznakového nosičstva. Najčastejšie sa zjavujú krčné uzliny, pod pazuchou, za ušnicami alebo v brušnej dutine. Asi u tretiny pacientov je zväčšená aj slezina. Toto opuchnutie môže trvať i viac ako tri mesiace. V štádiu ARC sa jedná už o priame pôsobenie vírusu HIV na organizmus. Klinické prejavy sú najmä teploty trvajúce viac než mesiac- nie nutne spojené s inými príznakmi. Ďalej ide o stratu hmotnosti minimálne o 10 % v priebehu troch mesiacov. Hnačka trvajúca dlhšie než mesiac, bez príčiny v diétnej chybe, častá výrazná únava, ktorá redukuje fyzickú aktivitu a tiež nevysvetliteľné nočné potenie. Môžu sa prejaviť znaky podráždenosti, zmena osobnosti, poruchy pamäte apod. Prejdime k poslednému štádiu. Treba podotknúť, že podľa niektorých štúdií progresia pri AIDS nastane približne u 60 % infikovaných v období do siedmeho roku, preto je pravdepodobné, že ochorenie na AIDS sa neobjaví u každého pacienta. Hlavné klinické prejavy sú dva: nádory a oportúnne infekcie. Najčastejším nádorom je tzv. Karposiho sarkóm. Najbežnejšou a zároveň najnebezpečnejšou z oportúnnych funkcií je zápal pľúc spôsobený prvkom *Pneumocystis carinii*. Tento je v prípade jeho neliečenia či nesprávneho liečenia vždy smrteľný. U pacientov s AIDS sú takisto bežné neurologické problémy. Ide o bolesti hlavy, straty pamäte či pohybové poruchy a stratu vedomia. (Holub, 1993, s. 24-26)

2.3 Liečba ochorenia AIDS

Ako je spomínané na začiatku tejto práce, infekcia vírusom HIV je zatiaľ neliečiteľná.

Holub (1993, s. 27) uvádza, že vďaka vyvinutiu symptomatickej liečby za pomoci antiretrovírusových liekov patrí značný význam včasnej diagnostike infekcie HIV vírusom. Je

úspechom, že sa dnes dá choroba diagnostikovať v každom štádiu rozvinutia, a podľa toho sa môže určiť i primeraný liečebný poriadok.

„HIV infekcia je vírusové ochorenie imunitného systému. Z toho logicky vyplýva dvojaký možný terapeutický prístup:

1. antiretrovírusová terapia,
2. imunoterapeutický prístup normalizujúci rozvrat imunitného systému“ (Šejda, 1993, s. 116).

Bolo zistené, že pri používaní dvoch a viacerých látok súčasne sa dajú znížiť ich dávky a takto signifikantne obmedziť mnohé nežiaduce účinky. Toto berú do úvahy i farmaceutické spoločnosti, ktoré vyvíjajú tieto liečivá a pripravili produkciu kombinovaných prípravkov. (*Terapie HIV a AIDS*, © 2011)

Podľa Rozsypala (1998, s. 28-34) je základom liečby HIV infekcie antiretrovírusová chemoterapia, profylaxia a liečba oportúnnych infekcií a ďalších komplikujúcich stavov, rovnako ako starostlivosť o správnu výživu a zdravú životosprávu. Antiretrovírusová chemoterapia predstavuje najúčinnnejšiu metódu potlačenia vírusovej replikácie, a tým priaznivého ovplyvnenia priebehu infekcie HIV. Pri účinkoch býva charakteristické zlepšenie celkového stavu, vymiznutie niektorých celkových príznakov, nárast telesnej hmotnosti atď. Protiretrovírusové lieky sú stále predmetom intenzívneho výskumu. Ďalším spôsobom liečby je profylaxia oportúnnych infekcií. Táto je rozhodne nevyhnutnou súčasťou starostlivosti o HIV nakazených pacientov. K vzniku infekčného ochorenia dochádza pri narušení imunity. Môže ísť o čerstvú infekciu, ale napríklad i o vzplanutie latentnej infekcie. Imunoterapia sa považuje za doposiaľ najmenej účinný spôsob liečby.

Hájek, Novák, Sedláček a Pazdiora (2004, s. 21) ešte okrajovo spomínajú spôsob terapie, ktorý je stále vo výskumnej fáze. Ide o génovú terapiu, kde sa jedná o mutáciu génov.

Významnú úlohu pri stanovovaní prognózy, pri včasnej liečbe a diagnostikovaní daných problémov hrajú tzv. predikatívne faktory. Postup choroby z asymptomatického obdobia až k úplne rozvinutému AIDS je veľmi individuálny, no vieme, že AIDS sa u 50 % infikovaných rozvinie do 10 rokov od nakazenia. Prediktívne faktory sa dajú rozdeliť na *klinické*, *biologické* a *virologické*. Medzi klinické patria napríklad spôsob infekcie, vymiznutie uzlinového syndrómu apod. Pri biologických ide napríklad o kožné testy a medzi virologické patria napr. HIV virémie a iné. (Šejda, 1993, s. 90-91)

Ako píše Svoboda (1996, s. 74), niektoré lieky boli nájdené vďaka istým empirickým skúsenostiam s inými ochoreniami, kde boli už dávnejšie používané, ďalšie boli objavené náhodne. Nakoniec sú tu liečivá, ktoré boli nájdené na základe predchádzajúcej infekcie vírusom ľudského imunodeficitu.

Napriek významným úspechom v oblasti virostatík však doposiaľ nebola objavená žiadna látka, ktorá by viedla k vylúčeniu HIV z organizmu (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004, s. 18).

Prejdime na súčasnosť a **modernejšie využitie liečby infekcie HIV**.

Súčasná liečba je len symptomatická, i to však až v III. a IV. štádiu ochorenia. Samotný vírus HIV ostáva stále nevyliciteľný, efektívnej liečby sa dočkajú žiaľ až ochorenia, ktoré vznikajú kvôli oslabeniu či nefunkčnosti imunitného systému. (*AIDS a HIV vírus*, © 2008)

Vedci sa však nevzdávajú a naďalej hľadajú možnosti, ktorými by sa dalo dopracovať k úplnému zabráneniu rozvinutia infekcie či jej zastaveniu (*HIV/AIDS – perspektíva pandémie*, © 2009).

V dnešnej liečbe sa štandardne používa veľmi efektívna antiretrovírusová terapia nazývaná HAART (Highly Active Anti Retroviral Therapy). V niektorých prípadoch sa označuje aj ako cART (combination AntiRetroviral Therapy). Táto v sebe kombinuje ako terapeutický, tak farmakologický postoj vyvíjaný dlhšie ako štvrt' storočia od objavenia historicky prvého antiretrovírusového preparátu. Naozaj prvý účinný liek, objavený v roku 1985, bol tzv. zidovudin, ktorý sa neskôr začal používať v každodennej klinickej praxi s veľkým úspechom. Často býva označovaný aj ako azidothymidin (AZT) a dodnes predstavuje nevyhnutnú časť terapie. (*Terapie HIV a AIDS*, © 2011)

Podľa dokumentu *1. december – Svetový deň boja proti AIDS* (© 2011, s. 4) je dôležité, aby pacienti dodržiavali pokyny lekárov a chodili na pravidelné preventívne prehliadky, vyhýbali sa iným infekciám a zdravou životosprávu chránili svoje zdravie. Týmto spôsobom môžu do značnej miery predísť samotnému ochoreniu AIDS, príp. smrti.

Global HIV/AIDS Response je publikácia, ktorú vydala Svetová zdravotnícka organizácia v roku 2011. Je to globálna správa, ktorá zhrňa aktuality v oblasti HIV epidémie zo všetkých častí sveta, opisuje zásahy v zdravotnom sektore pre HIV prevenciu, opisuje pokroky v liečbe HIV apod. Táto správa informuje, že antiretrovírusová liečba už pomohla odvrátiť smrť viac ako 2,5 milióna ľudí v krajinách s najnižším mzdovým príjmom od roku 1995.

Najviac, konkrétne 1,8 milióna smrtí sa podarilo odvrátiť v subsaharskej Afrike. Zavedenie antiretrovírusovej profylaxie tehotným ženám, ktoré žijú s HIV zabránilo od roku 1995 u viac než 350 000 detí vyvinutiu HIV infekcie. Osemdesiatšesť percent detí, ktoré sa tejto infekcii vyhli, žijú v subsaharskej Afrike, a teda v regióne s najvyššou prevalenciou HIV infekcie medzi ženami v reprodukčnom veku. (*Global HIV/AIDS Response*, © 2011, s. 5)

Je teda zrejmé, že napriek tomu, že AIDS je stále choroba nevyliciteľná, pokroky v starostlivosti o HIV pozitívnych pacientov sú očividné. Samotné čísla odvrátených smrtí na toto zákerné ochorenie hovoria za všetko. Svetu nie sú ľudia s diagnózou „HIV pozitívny“ ľahostajní a o globálnom boji proti AIDS je počuť stále častejšie. Problematike boja proti AIDS sa budem venovať v poslednej kapitole tejto práce.

3 VŠEOBECNÝ PRÍSTUP K INFIKOVANÝM, PREVENČIA A PROGRAMY BOJA PROTI AIDS

Posledná kapitola teoretickej časti tejto práce sa venuje najmä rôznym pohľadom na problematiku HIV/AIDS, resp. na jedincov nakazených týmto vírusom. Delí sa na tri časti, pričom prvá opisuje všeobecný prístup a postoj ľudí voči HIV/AIDS v rámci diskriminácie a stigmatizácie, druhá sa venuje problematike prevencie AIDS a tretia opisuje rôzne programy boja proti AIDS, ich ciele a takisto úspechy za posledné obdobie.

3.1 Hodnotenie postoja voči problematike vírusu HIV a jedincom ním nakazeným

Určite je nepopierateľným faktom, že i ľudia s diagnózou HIV+ sú skupinou, ktorá býva často diskriminovaná. Iste sú medzi nimi takí, ktorí si za svoj stav môžu sami, no je nespočetné množstvo ďalších, ktorí sa dostali k tejto chorobe úplne nevinne a bez vlastnej príčiny.

Osobne považujem AIDS ochorenie za jedno z tých, ktoré sa vyznačujú veľmi vysokou mierou stigmatizácie a diskriminácie. Ťažko si môžeme predstaviť, čo prežívajú a čím všetkým prechádzajú infikovaní po tom, čo sa svoju diagnózu dozvedia. Musia sa s ňou nielen snažiť vyrovnáť a prekonať prvotný šok. Čaká ich takisto konfrontácia s okolím, reakcie rodiny, známych i neznámych. Popritom sa musia sústrediť na to, čo treba spraviť, aby mohli maximálne zvýšiť kvalitu svojho života s týmto zákerným ochorením. Sú zodpovední nielen za svoje vlastné zdravie, no v istej miere i za zdravie ľudí vo svojom okolí. Musia si uvedomiť riziko, ktoré ich ochorenie so sebou nesie ako pre nich, tak pre ostatných.

Väčšina obyvateľstva nebojí samotnej infekcie HIV, ale práve ľudí, ktorí sú ňou infikovaní. Treba si ale uvedomiť, že oni pre nás pri bežnom kontakte nepredstavujú žiadnu hrozbu. (*1. december – Svetový deň boja proti AIDS*, © 2011, s. 4)

V dnešnej dobe nie je žiadny dôvod, prečo by mal jedinec nakazený HIV vylúčený zo spoločnosti- ako z rodiny, tak z pracovného prostredia. Jediné, na čo musí dbať, je prísne dodržiavanie základných pravidiel. Strata rodinného zázemia by mohla veľmi ovplyvniť priebeh ochorenia a keby infikovaný stratil zamestnanie, tu môže nastať značný ekonomický dopad pre HIV infikovaného. (*Začlenění do společnosti*, © 2011)

3.1.1 Sexuálne správanie v súvislosti s rizikom prenosu HIV vírusu

Hovoriac o postoji k problematike HIV/AIDS ako takej je určite nutné sa vyjadriť aj k postoju k sexuálnemu správaniu.

Ako podotýka Holub (1994, s. 91-92), obrovské šírenie AIDS epidémie upozornilo na problémy týkajúce sa života dnešných ľudí, a to najmä mladých. Takisto veľmi ovplyvnilo celkovú sféru sexuality jedincov. AIDS zmenil etiku v intímnych vzťahoch, pretože do nich pridáva ohrozenie infekcie vírusom HIV. V tejto problematike existuje mnoho rozličných názorov, jednajúc sa ako o sexuálnu zdržanlivosť, tak o promiskuitu. Nedostatok správne pripravenej sexuálnej a rodinnej výchovy spôsobuje veľa predsudkov. Patrí medzi ne napríklad presvedčenie ľudí, že AIDS sa týka len určitých rizikových skupín ako sú homosexuáli, narkomani apod. Toto iste súvisí s informovanosťou populácie ako takou. Podľa globálneho prieskumu v roku 1988 boli ľudia obstojne informovaní o chorobe AIDS, no toto sa nedalo povedať o ich informovanosti v oblasti sexuálneho správania. Po čase sa táto informovanosť značne zlepšila, no to bohužiaľ nestačí k tomu, aby sa zmenilo i správanie jedincov v oblasti sexuality a zodpovednosti voči sebe a ostatným.

„Nemožno zamlčovať, že deti dnes dostávajú aj také informácie, ktoré môžu ich pohľad na sexualitu natoľko skresliť, že si k nej utvoria nesprávny postoj. Preto potom mávajú problémy so svojou sexuálnou identifikáciou a orientáciou. Často si v dôsledku toho utvárajú k sexu konzumný postoj bez potreby citového vzťahu“ (Holub, 1994, s.92).

Mayer (1990, s. 166) sa vracia do histórie a opisuje, ako vznikli mnohé agresívne a diskriminačné postoje. Tvrdí, že tieto vznikli aj vďaka tomu, že infekcia vírusom HIV sa zo začiatku vyskytovala najmä u určitých konkrétnych skupín ľudí (homosexuáli, narkomani apod.). Toto teda nepochybne zasiahlo do spoločensko-sociálnej oblasti. Zmätená verejnosť požadovala vysvetlenia, opatrenia a hlavne jednanie. Postupom času sa však vďaka novým poznatkom pozmenila i vízia verejnosti a snád' aj jej prístup.

Osobne verím tomu, že i dnes sú ľudia so statusom HIV pozitívny v mnohých oblastiach diskriminovaní. Som presvedčená, že ako v mnohých iných prípadoch, tento efekt určite súvisí so všeobecnou informovanosťou ľudí o víruse, spôsoboch jeho prenášania, preventívnych opatreniach apod. Tejto téme sa ale budem bližšie venovať v praktickej časti práce.

Každopádne existuje niekoľko príkladov diskriminácie HIV infikovaných jedincov. Napríklad článok zverejnený na internetovom portále informuje o tom, ako pacientov s HIV nemá kto ošetrovať. V Českej republike, na rozdiel od Slovenska, existujú aspoň tri ordinácie

špecializujúce sa na stomatologické ošetrovanie HIV pozitívnych pacientov. Na Slovensku neexistuje ani jedna takáto. Je jasné, že tento problém sa týka i financií, no samotní lekári priznávajú, že sa boja ošetrovať takýchto rizikových pacientov. (*Pacientov s HIV a mentálne postihnutých nemá kto ošetrovať*, ©, 2011)

3.2 Prevencia proti nákaze vírusom HIV

Je samozrejmé, že pokiaľ vedci nenájdu účinný liek proti AIDS, jedinou možnosťou boja proti nákaze vírusom HIV ostáva prevencia.

„Najúčinnejší spôsob ako zvládnuť určité ochorenie, v našom prípade vírusové, je predchádzať mu“ (Mayer, 1990, s. 135).

Keďže AIDS je ochorenie, ktoré má infekčný pôvod, pre spôsoby jeho prevencie platia podobné pravidlá ako pre ostatné choroby infekčného pôvodu. Logicky ide o sústredenie sa na vyhľadávanie a liečenie zdrojov nákazy, zatarasenie všetkých možných ciest prenosu infekcie a takisto na zvýšenie rezistencie vnímavých osôb. (Syrůček, Šejda, Ticháček, 1986, s.18)

AIDS je choroba, o ktorej vieme, že sa najčastejšie prenáša sexuálnym pohlavným stykom. Preto je určite v rámci prevencie dôležitý samotný životný štýl daného človeka.

Riziko infekcie môže zvýšiť akékoľvek správanie, ktoré vedie k frekventovanejšiemu sexuálnemu styku s infikovanou osobou. Preto si treba uvedomiť, že životný štýl by mal prispievať k zdraviu človeka, a nie k jeho ohrozeniu. (Syrůček, Šejda, Ticháček, 1986, s. 18)

Sexuálna abstinencia je najúčinnejším spôsobom prevencie. Vzťah dvojice, ktorý je založený na vernosti, tvorí bežnú ochranu ako takú. Na začiatku bližšieho vzťahu je partnerom odporúčané podrobiť sa krvným testom a pokiaľ vyjdú negatívne, môžu sa oddať nechránenému pohlavnému styku. Samozrejme však iba za predpokladu, že sú si verní a neprevádzajú žiadnu rizikovú činnosť s inými ľuďmi. Pokiaľ človek obľubuje častú výmenu partnerov či partneriek, je preňho jedinou istou ochranou použitie prezervatívu. Je však treba mať na pamäti, že ani tento nemá stopercentnú záruku bezpečnosti a antikoncepcia nie je zďaleka dostatočným spôsobom prevencie pred prenosom nákazlivých chorôb. (*1. december – Svetový deň boja proti AIDS*, © 2011, s. 4)

Oblasti, do ktorých sa dajú zhrnúť spôsoby zamedzenia prenosu AIDS, sú nasledovné:

„ - obmedzenie pohlavnej promiskuity a vylúčenie sexuálneho styku s pacientmi s AIDS, eventuálne ARC, a osobami z AIDS podozrivými. Obmedzenie tejto možnosti prenosu je plne závislé na spolupráci a zdravotnom uvedomení verejností“ (Syrůček, Šejda, Ticháček, 1986, s. 18).

Rezort zdravotníctva dopĺňa tieto okruhy nasledovne:

„ – vylúčenie chorých osôb a osôb z rizikových skupín z darcovstva krvi, plazmy, orgánov pre transplantáciu a umelého oplodňovania,

- zaistenie bezpečných krvných transfúzií a krvných derivátov,

- dodržiavanie bezpečnostných predpisov pri práci so vzorkami biologického materiálu od chorých a z AIDS podozrivých osôb,

- prevádzanie virologických vyšetrení za účelom presnej diagnostiky ochorení i pri aktívnom vyhľadávaní chorých alebo infikovaných osôb“ (Syrůček, Šejda, Ticháček, 1986, s. 18).

„Epidemiologický prístup, ktorý vždy berie do úvahy záujmy celej spoločnosti, nielen že nie je v rozpore s prístupom humanistickým rešpektujúcim ľudské práva a dôstojnosť jednotlivca, ale je z tohto hľadiska i jediným možným, pretože základom celého úsilia o potlačenie tejto choroby je vytvorenie atmosféry vzájomnej dôvery a pocitov istôt pre všetkých postihnutých i potenciálne postihnutých ľudí“ (Svoboda, 1996, s. 111).

Celkové epidemiologické opatrenia by sa dali rozdeliť na dve skupiny:

- preventívne,
- represívne.

V súčasnej dobe sa o preventívnych opatreniach veľmi hovoriť nedá, keďže doteraz nebola vyvinutá naozaj účinná očkovacia látka či iné profylaktické prípravky. K dispozícii sú teda opatrenia ako výchova prispievajúca k zmene postoja a správania v sexuálnom živote, bezpečnosť krvných konzerv a derivátov pri testovaní darcovskej krvi a takisto sa hovorí o programe výmeny ihliel a striekačiek pri injekčných užívateľoch drog. K represívnym opatreniam sa môže zaradiť hlásenie HIV positivity, ochorenia AIDS a úmrtia Národnému referenčnému laboratóriu pre AIDS. Karanténne opatrenia či zamedzovanie spoločenského styku nakazených so zdravými ľuďmi nie sú uplatňované. Výkon povolania je obmedzený len zdravotným stavom, nie nálezom HIV positivity! (*Podrobný popis HIV/AIDS*, © 2011)

V situácii prenosu choroby krvou sa považujú za rizikové všetky situácie, kedy sa človek dostane do kontaktu s ňou. Pri injekčnom užívaní drog sa vždy na začiatku natiahne krv do striekačky a, samozrejme, pokiaľ ľudia používajú tú istú striekačku, je riziko prenosu veľmi vysoké. Toto sa ale dá znížiť napríklad dezinfikovaním striekačky ešte pred vpichnutím. Takisto existuje nebezpečenstvo v takom prípade, keď sa drogy predávajú priamo v injekčnej striekačke. Tá totiž môže byť použitá, resp. už infikovaná. (*Prevenia HIV pri prenose krvou*, © 2009)

„Svetová zdravotnícka organizácia vypracovala Globálny program boja proti AIDS ako základ pre celosvetovú stratégiu a odporučila jednotlivým členským krajinám spracovať si v nadväznosti s ňou svoju vlastnú stratégiu a vlastný plán konkrétnych a komplexných opatrení. Celosvetový boj proti AIDS má tri základné ciele:

- prevenciu infekcie HIV,
- obmedzenie rozsahu infekcie na jednotlivca a celú spoločnosť,
- zjednotenie úsilia všetkých krajín v boji proti AIDS a úplnú medzinárodnú spoluprácu“ (Holub, 1993, s. 71).

Prevenia je dôležitou otázkou nielen hovoriac o chorobe AIDS. Za veľmi dôležitú, ako v rámci prevencie, tak v rámci prístupu k infikovaným ľuďom, osobne považujem osvetu a znalosti jedincov o problematike HIV/AIDS. Osvete sa budem menovite venovať v 3. podkapitole tejto bakalárskej práce.

Ako tvrdí výrok N. Ramjeeho: „Prevenia je stále najlepšou stratégiou v boji proti AIDS, pretože na rozdiel od terapie nemá žiadne vedľajšie účinky!“

3.3 Boj proti AIDS

V roku 1985 sa po prvej Medzinárodnej konferencii zišla skupina vedcov a zdravotníkov na pôde Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) a tu zahájili obdobie rozsiahlej mobilizácie vedecko-technických prostriedkov a zdravotníckych služieb v boji proti ochoreniu AIDS. V tomto období bola situácia značne chaotická, existovali rôzne nepresné dohady o počtoch nakazených i chorých jedincov vo svete. Mnohým krajinám, najmä tým rozvojovým, chýbali laboratórne aj personálne kapacity, vďaka ktorým by sa mohli dopátrať k informácii, aká je skutočná epidemiologická situácia v populácii. Bolo treba konať, a preto sa zapojila Svetová zdravotnícka organizácia s **globálnym bojom proti AIDS**. Generálny riaditeľ SZO v novembri 1986 vyhlásil zámer vypracovať *špeciálny program boja*

proti AIDS a vo februári nasledujúceho roku bola už formálne oznámená pripravená stratégia činností, ako aj celý dokument s cieľmi, prípravou a plánom, ktorá bola schválená Valným zhromaždením členských zemí SZO v máji roku 1987. Následne ju schválila Organizácia spojených národov v októbri 1987 a nakoniec v Londýne aj svetové zhromaždenie ministrov zdravotníctva v januári 1988. (Šejda, 1993, s. 14-15)

Zástupcovia všetkých členských štátov Svetovej zdravotníckej organizácie sa stretli v Ženeve roku 1988 a prijali *rezolúciu*, ktorá vyzývala členské štáty, aby pobádali ľudí k pochopeniu a porozumeniu tým, ktorí sú infikovaní vírusom HIV a trpia ochorením AIDS, takisto aby zabezpečili práva pre týchto ľudí a zabránili tomu, aby boli diskriminovaní a naposledy tiež, aby sa postarali o ochranu a liečbu infikovaných a chorých na AIDS. SZO založila v Paríži tzv. **Európsky zväz pre výskum AIDS**, ktorý má pomáhať s výmenou vedeckých informácií, má usmerňovať výskum a zabezpečiť vedcom prístup k informáciám ďalších vedeckých skupín. Od roku 1985, kedy sa uskutočnila prvá celosvetová konferencia v Atlante v USA, sa tieto organizujú pravidelne a môžu sa pochváliť pravidelnou obrovskou účasťou odborníkov. (Strmeňová, 1989, s. 52-53)

Ako som spomínala v podkapitole *Prevenčia*, Svetová zdravotnícka organizácia od roku 1988 pravidelne vyhlasuje Svetový deň proti AIDS, ktorého symbolom je červená stužka.

V roku 1988 sa prvýkrát od výskytu AIDS podarilo zapojiť početné množstvo odborníkov, významných osobností apod. za účelom diskusie o víruse HIV. Za hlavný cieľ týchto akcií sa považovalo informovať a poučiť čo najväčšie množstvo ľudí o infekcii, spôsoboch jej prenosu a tiež spôsoboch ochrany pred ňou. V roku 1992 bolo vytvorené nové heslo tohto každoročne organizovaného dňa, a ním bolo „**Zodpovednosť spoločnosti**“. Išlo tu najmä o výzvu pre významné osobnosti, aby pochopili nutnosť šírenia prevencie AIDS. Toto sa aj podarilo. Vďaka vyššej aktivite známych osôb sa podarilo rozvinúť oblasť rôznych akcií v prevencii AIDS. Samozrejme, nešlo len o propagáciu a symbolizmus, čo sa snažila Svetová zdravotnícka organizácia podotknúť v nasledujúcom roku, kedy za heslo Svetového dňa zvolila „**Čas činov**“. Logický cieľom bolo pobádanie verejnosti ku konkrétnym počinom v oblasti prevencie AIDS. (Holub, 1994, s. 74)

„Cieľom kampane je upozorňovať ľudí na problém AIDS, zlepšiť ich vedomosti o tejto chorobe, jej šírení a najmä prevencii. Každý rok sa deň oslavuje pod novým heslom, ktoré poukazuje na rôzne aspekty problematiky AIDS vo svete. Cieľom kampane v rokoch 2011

– 2015 je dosiahnuť nové ciele: Žiadne nové HIV infekcie a žiadne úmrtia súvisiace s AIDS.“ (*1. december – Svetový deň boja proti AIDS*, © 2011, s. 1)

Podľa Mayera (1990, s. 170) globálna stratégia vytvorila základy boja proti AIDS vďaka poznatkom o virológii HIV a epidemiologickému pozorovaniu, pričom prispôsobila značné skúsenosti zdravotníckych programov tohto boja. Dá sa teda povedať, že globálna stratégia funguje na takom princípe, že každá krajina si môže vytvoriť svoj vlastný program boja proti AIDS.

„Program SZO má tri základné ciele:

- prevencia prenosu vírusu ľudskej imunodeficiencie
- zníženie morbidity a mortality na infekciu HIV, ale i sociálneho dopadu na populáciu
- mobilizácia a zjednotenie národných i medzinárodných úsilí v koordinácii boja proti AIDS“ (Šejda, 1993, s. 15).

International AIDS Vaccine Initiative (IAVI), známa organizácia zaoberajúca sa najmä vakcináciou a bojom v oblasti prevencie a liečby ochorenia AIDS, vypracovala strategický plán na roky 2011-2015. Medzi oblasti, ktorých sa tento plán dotýka, patria napríklad „*urýchľovanie vývoja AIDS vakcín identifikáciou možností a medzier v tejto oblasti a uistenie sa, že IAVI investuje svoje zdroje do sfér, kde môžu prispieť čo najhodnotenejšie, ďalej uniformované spolupráce pre rozšírenie diverzity a počtu nových očkovacích kandidátov a takisto budovanie podpory pre vývoj AIDS vakcín*“ (*IAVI Strategic Plan*, 2011).

Svetová zdravotnícka organizácia informuje, že krajinám s najnižším mzdovým príjmom sa podarilo získať omnoho väčší prístup k HIV prevencii, testovaniu a poradenstvu, liečbe či starostlivosti. Tento pokrok určite poukazuje na to, ako krajiny dokážu prekonať zdanlivo nepoddajné výzvy v oblasti zdravia a vývoja vďaka záväzkom, investíciám a kolektívnym akciám. Globálny dopad HIV infekcie sa, dá sa povedať, viac-menej stabilizoval. Pribúda stále viac ľudí, ktorí dostávajú antiretrovírusovú liečbu, na konci roka 2010 to bolo 6,65 milióna. Takmer polovica tehotných žien žijúcich s HIV prijala efektívne anti-retrovírusové usmernenia zabraňujúce prenosu infekcie z matky na dieťa. Globálna správa z roku 2011 hodnotí pokroky v celosvetovom boji proti AIDS veľmi pozitívne vzhľadom na to, ako boli v minulosti odhadované. (*Global HIV/AIDS Response*, © 2011, s. viii)

II. PRAKTICKÁ ČASŤ

4 PRÍSTUP ŠTUDENTOV VOČI PROBLEMATIKE HIV/AIDS

Ako je spomínané v úvode tejto práce, zvolenú tému som si vybrala preto, že je z môjho pohľadu zaujímavá a vzhľadom na to, že podľa štatistík ČSAP v Českej republike pribudlo za rok 2011 približne 153 nových prípadov nákazy HIV, považujem ju aj za aktuálnu. Medzi dôvody výberu takisto patrilo aj môj osobný záujem o nové znalosti v oblasti problematiky HIV/AIDS.

Pre metodologické spracovanie praktickej časti bakalárskej práce som si vybrala dvoch autorov, a to doc. PhDr. Petra Gavoru, CSc. (*Úvod do pedagogického výzkumu*) a doc. PhDr. Miroslava Chrásku, Ph.D. (*Metody pedagogického výzkumu*).

Výskumné šetrenie sa snaží posúdiť mieru všeobecnej oboznámenosti študentov s problematikou HIV/AIDS, nakoľko vládne presvedčenie, že mladí ľudia majú v tejto oblasti nedostatok znalostí. Problematika HIV/AIDS patrí podľa môjho názoru stále do oblasti globálnych problémov, ktorým sa nevenuje dostatočná pozornosť. O tomto svedčí už len fakt, že ani tretina respondentov si nebola vedomá, že v Českej republike sú od konca roku 2010 testy na HIV protilátky voľne dostupné v lekárňach.

Ďalšou významnou oblasťou dotazníkového šetrenia bol postoj študentov voči infikovaným jedincom, ich názory na sociálne podmienky nakazených, zisťovanie príp. stereotypov vo vnímaní tejto skupiny a takisto potenciálna existencia diskriminácie ľudí s infekciou HIV.

Sexuálna zodpovednosť študentov má vo výskumnom šetrení takisto svoje miesto, nakoľko sexuálny prenos patrí k najčastejším spôsobom prenosu vírusu HIV, a preto tieto dva elementy so sebou nepopierateľne súvisia.

4.1 Výskumný problém

Podľa Chrásku (2007, s. 16) by mal byť výskumný problém vyjadrený vo forme otázky, ktorá predstavuje vzťah medzi premennými, mal by byť *konkrétny, jednoznačný a empiricky overiteľný*.

Svoje základné výskumné problémy teda formulujem do otázok: **Ako vplýva pohlavie študentov na ich znalosti o problematike HIV/AIDS a na ich sexuálne správanie? Existuje signifikantný vzťah medzi úrovňou znalostí študentov o problematike HIV/AIDS a ich postoj k jedincom infikovaným vírusom HIV?**

Keďže sa v šetrení skúma istý *vzťah*, považujeme tento výskumný problém za *vzťahový*.

4.2 Výskumné ciele

Na základe výskumného problému som rozdelila ciele výskumu nasledovne:

Hlavným cieľom výskumného šetrenia je zistiť, aký postoj zaujímajú vo všeobecnosti študenti UTB v Zlíne k problematike HIV/AIDS a nakoľko sú zodpovední vo svojom sexuálnom správaní.

Čiastkovými cieľmi výskumu je zistiť:

- do akej miery ovplyvňuje pohlavie študentov ich informovanosť o problematike HIV/AIDS,
- do akej miery má miera informovanosti študentov vplyv na ich postoj voči jedincom infikovaným vírusom HIV,
- nakoľko ovplyvňuje pohlavie študentov ich zodpovednosť v oblasti sexuálneho správania.

4.3 Hypotézy

Gavora (2000, s. 50) definuje hypotézu ako vedecký predpoklad. Znamená to, že hypotéza je vyvodená z istej vedeckej teórie. Môže ale vzniknúť i na základe osobnej skúsenosti výskumníka, jeho pozorovania a predikcie.

V tomto prípade sú všetky tri hypotézy vyvodené z výskumného problému.

1H₀: Medzi pohlavím študentov a ich úrovňou znalostí o problematike HIV/AIDS nie je žiadny vzťah.

1H_A: Ženy- študentky majú viac znalostí o problematike HIV/AIDS ako muži- študenti.

2H₀: Úroveň znalostí VŠ študentov o problematike HIV/AIDS nijako neovplyvňuje ich prístup k jedincom infikovaným vírusom HIV.

2H_A: Študenti s vyššou úrovňou znalostí o problematike HIV/AIDS majú pozitívnejší prístup k infikovaným jedincom ako študenti, ktorí nie sú dostatočne informovaní.

3H₀: Pohlavie VŠ študentov nemá žiadny vplyv na ich zodpovednosť v oblasti sexuálneho správania.

3H_A: Ženy- študentky sú zodpovednejšie v oblasti sexuálneho správania ako muži- študenti.

4.4 Zvolené metódy zberu dát

Ide o *kvantitatívny druh výskumu*. Kvantitatívnu metódu zberu dát v tomto prípade považujem za najvhodnejšiu, nakoľko sa jedná o veľký počet respondentov a cieľom práce nie je pátrať po príčinách a dôvodoch ich postojov.

Informácie boli zbierané *exploračnou metódou*, teda dotazníkovým šetrením. Dotazník som vypracovala samostatne najmä na základe hypotéz a požadovaných informácií. Následne som ho zverejnila na internetovej stránke VyplnTo.cz pre jednoduchšie a rýchlejšie spracovanie údajov, zabezpečenie 100 %-nej návratnosti a zminimalizovanie počtu chýb v odpovediach respondentov.

4.4.1 Štruktúra a obsah dotazníka

Dotazník k výskumnému šetreniu obsahoval **27 otázok**, väčšina z toho boli otázky uzavreté. Jeho štruktúra zodpovedala najmä hypotézam, ktoré boli vopred určené. Otázky boli zámerne položené podľa príslušných oblastí zisťovania. Prvé tri otázky slúžili k definovaniu kategórií respondentov podľa pohlavia, statusu študenta a oblasti študijného oboru. Nasledujúcich 8 otázok skúmalo úroveň znalostí študentov UTB v oblasti HIV/AIDS. Ďalších 5 otázok malo za úlohu definovať postoj respondentov k jedincom infikovaným HIV a posledných 7 otázok sa zaoberalo sexuálnym životom študentov, konkrétne ich zodpovednosťou v tejto oblasti. Dotazník obsahoval jedinú doplnkovú otázku nevzťahujúcu sa k hypotézam a jej účelom bolo zistiť, či študenti poznajú, resp. nepoznajú niekoho v ich okolí nakazeného vírusom HIV.

4.5 Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvoria študenti Univerzity Tomáše Bati v Zlíne. Jedná sa o študentov ako humanitných, tak nehumanitných oborov bakalárskeho i magisterského programu. Spôsob výberu respondentov bol *zámerný*, nakoľko v tomto šetrení ma zaujímajú názory vysokoškolských študentov.

Dotazník vyplnilo spolu 143 respondentov, z čoho 74 tvorili ženy a 69 muži. Päť respondentov sa vyjadrilo, že nie sú študentmi akejkoľvek vysokej školy, preto ich odpovede mô-

žeme pri hodnotení výsledkov dotazníku vzhľadom na jeho podmienky vynechať. Počet respondentov sa teda vo finálnom štádiu triedenia dotazníkov ustálil na čísle 138.

Predvýskum dotazníkového šetrenia bol konaný vo februári 2012 a po zistení nedostatkov v otázkach dotazníku som ho následne pozmenila a upravila.

4.6 Spôsob vyhodnotenia dát

V predchádzajúcej kapitole som uviedla, že celkový počet respondentov bol 143, môžeme teda hovoriť o 100 %-nej návratnosti vzhľadom na to, že dotazník bol zverejnený na internetovej stránke VypIno.cz. Takisto opakujem, že 5 dotazníkov som musela zo šetrenia vylúčiť, nakoľko nespĺňali podmienku statusu študenta.

Dáta boli vyhodnocované klasickou *čiarčkovacou metódou*. Následne boli prevedené do programu *Excel*, aby sa s nimi dalo efektívnejšie a prehľadnejšie pracovať. Údaje som roztriedila závisiac od jednotlivých otázok v dotazníku a podľa mnou zvolených kritérií som ich následne rozdelila do troch oblastí výskumu. Pri overovaní hypotéz som vo všetkých troch prípadoch použila test nezávislosti chí-kvadrát pre štvorpoľnú tabuľku.

5 VÝSLEDKY VÝSKUMU A ICH INTERPRETÁCIA

V nasledujúcej kapitole sa budem zaoberať samotnými výsledkami dotazníkového šetrenia, ich interpretáciou a overovaním hypotéz. Ako som spomínala, údaje mám rozdelené podľa troch hypotéz, rovnako ako sa podľa nich riadila i štruktúra dotazníka. Jedná sa o úroveň znalostí študentov, o postoje študentov a o zodpovednosť študentov v oblasti ich sexuálneho správania.

V prvej podkapitole opíšem základné informácie o dotazníkovom šetrení a v nasledujúcich troch kapitolách sa budem venovať vopred stanoveným hypotézam a k nim prislúchajúcim otázkam z dotazníka. Následne hypotézy overím, dáta vyhodnotím a výsledky zobrazím v tabuľkách pre väčšiu prehľadnosť.

5.1 Charakteristika a rozdelenie respondentov

Ako už bolo zmienené, respondenti v dotazníku boli rozdelení podľa troch kritérií, a to podľa pohlavia, statusu študenta a oblasti študijného oboru.

Nasledujú tabuľky zobrazujúce počet študentov v závislosti na spomínaných kategóriách.

Tab. 1: Rozdelenie respondentov podľa pohlavia

Pohlavie:		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Žena	74	51,75
Muž	69	48,25

Pohlavie v tomto výskume predstavuje významný faktor, a tak je priaznivé, že rozdiel medzi počtom mužov a žien nebol príliš signifikantný. Túto skutočnosť pripisujem tomu, že mužov bolo zrejme viac z oborov nehumanitných, naopak ženy tvorili väčšiu časť respondentov z oblasti humanitných študijných oborov.

Tab. 2: Rozdelenie respondentov podľa statusu študenta na UTB

Som študent/ka UTB:		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	138	96,5
Nie	5	3,5

Celkovo 138 z opýtaných predstavovalo cieľovú skupinu respondentov, a teda študentov Univerzity Tomáše Bati v Zlíne. Ostatných 5 dotazníkov som v rámci výskumného šetrenia nepoužila.

Tab. 3: Rozdelenie respondentov podľa oblasti študijného oboru

Váš študijný obor je:		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
humanitný	75	54,35
nehumanitný	63	45,65

Viac než 45 % respondentov tvorili študenti nehumanitných oborov na UTB, zatiaľ čo takmer 55 % predstavovali študenti humanitných oborov UTB. Toto rozdelenie je určite takisto priaznivé, nakoľko tu nie je významný rozdiel v počtoch respondentov z daných humanitných/nehumanitných oborov.

Vek vo výskume nezaujímal podstatné miesto, keďže išlo o generalizovaný postoj študentov Univerzity Tomáše Bati v Zlíne.

5.1.1 Kritériá hodnotenia odpovedí respondentov v dotazníku

V tejto podkapitole vysvetlím postup, ktorý som zvolila pri hodnotení úrovne znalostí, pozitívnosti či negatívosti postojov študentov voči infikovaným jedincom a tiež úrovne zodpovednosti študentov v oblasti sexuálneho správania.

V dotazníku sa nachádzalo 8 konkrétnych otázok o znalostiach študentov v oblasti HIV/AIDS, pre ktoré existovali vyslovene správne či nesprávne odpovede. Respondentov som rozdelila podľa počtu správnych odpovedí na tých *s vyššou úrovňou znalostí o problematike* a tých *s nižšou úrovňou znalostí o problematike*. Za znalostne pokročilejších som považovala tých, ktorí zodpovedali správne 6 a viac otázok, za znalostne menej pokročilých teda tých, ktorí mali správne 5 a menej otázok. Tento faktor je smerodajný pre prvú vytvorenú hypotézu, ktorá skúma vplyv pohlavia na úroveň znalostí študentov v oblasti HIV/AIDS.

V druhej hypotéze sa zaoberám otázkou vplyvu úrovne znalostí študentov na ich postoje voči infikovaným jedincom. Postoj hodnotím podobne ako úroveň znalostí, a to podľa počtu otázok z druhej oblasti dotazníka zodpovedaných podľa mnou vytvorených kritérií.

Takmer totožný postup som zvolila i pri hodnotení tretej základnej oblasti dotazníka, a to oblasti otázok ohľadne zodpovednosti sexuálneho správania študentov. K tejto problematike patrilo v dotazníku miesto siedmim otázkam a za „sexuálne zodpovedných“ som vybrala tých respondentov, ktorí odpovedali minimálne na 5 z nich podľa vopred určených kritérií zodpovednosti.

Pri každej z otázok dodatočne tieto kritériá predstavím.

5.2 Vplyv pohlavia respondentov na ich úroveň znalostí v oblasti HIV/AIDS

Názov tejto podkapitoly sa vzťahuje k prvej spomínanej hypotéze výskumného šetrenia, kde sa skúma vplyv pohlavia študentov na ich úroveň znalostí v problematike HIV/AIDS.

Ako už bolo zmienené, prvú časť dotazníka tvorilo 8 otázok. Cieľom tejto časti bolo posúdiť, či majú vysokoškolskí študenti na Univerzite Tomáše Bati dostatočné znalosti o problematike HIV/AIDS vo všeobecnosti.

Následne vymenujem zodpovedajúce otázky:

Otázka č. 4: Viete, čo znamená skratka HIV?

Tab. 4: Znalosť skratky HIV

Viete, čo znamená skratka HIV?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	95	69
Nie	43	31

Z tabuľky vidíme, že táto otázka spôsobovala niektorým respondentom problém. Celkovo 95 z opýtaných (68,84 %) na ňu odpovedalo správne, zatiaľ čo 43 respondentov (31,16 %) nevie, čo skratka HIV znamená.

Otázka č. 5: Napíšte, čo znamená skratka HIV.

Keďže všetci respondenti, ktorí na predchádzajúcu otázku odpovedali kladne, zároveň vysvetlenie skratky napísali správne, nepovažovala som za dôležité zaradiť ju do oblasti vyhodnocovania odpovedí respondentov.

Otázka č. 6: Máte pocit, že ste dostatočne oboznámení s problematikou HIV/AIDS a prevenciou tejto choroby?

Nasledovala otázka zisťujúca pocity samotných respondentov ohľadne ich oboznámenosti s problematikou HIV/AIDS.

Tab. 5: Úroveň pocitu oboznámenosti respondentov s problematikou HIV/AIDS

Máte pocit, že ste dostatočne oboznámení s problematikou HIV/AIDS v dnešnej dobe?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	46	33,33
Nie	17	12,32
Mám určité medzery	75	54,35

Z tabuľky vyplýva, že najviac respondentov zo všetkých opýtaných, konkrétne 54,35 %, má pocit, že v oblasti znalostí z problematiky HIV/AIDS majú určité medzery. Viac ako 34 % respondentov sa považuje za oboznámených a len 12,32 % z celkového počtu má pocit, že ich znalosti z tejto oblasti nie sú na dostatočnej úrovni.

Komentár:

Túto otázku som nezaradila do skupiny „relevantných“ otázok pri hodnotení úrovne znalostí študentov, nakoľko ich pocity oboznámenosti nemusia vždy korešpondovať s aktuálnou skutočnosťou.

Otázka č. 7: Akými spôsobmi sa môže HIV vírus prenášať? Vyberte správnu odpoveď.

Túto otázku som považovala za ďalšiu z relevantných pri hodnotení úrovne znalostí respondentov v oblasti HIV/AIDS. Nasleduje tabuľka vyjadrujúca pomer jednotlivých odpovedí podľa správnosti/nesprávnosti.

Tab. 6: Spôsoby prenosu HIV

Akými spôsobmi sa môže vírus HIV prenášať? Vyberte správnu odpoveď.		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, z matky na plod	111	80,43
sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, slinami	25	18,12
sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, používaním spoločného WC	2	1,45

V tomto prípade sa viac než 80 % respondentov priklonilo k prvej možnosti, a teda odpovedi „sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, z matky na plod“. Len 18,12 % zvolilo druhú možnosť „sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, slinami“ a len 1,45 % si vybralo odpoveď „sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, používaním spoločného WC“. Hrubá väčšina respondentov teda odpovedala na túto otázku správne.

Otázka č. 8: Je ochorenie AIDS vyliečiteľné?

Ďalšia otázka bola relatívne jednoduchá, nakoľko si myslím, že je všeobecne známe, že ochorenie AIDS doposiaľ nie je vyliečiteľné.

Tab. 7: (Ne)vyliečiteľnosť AIDS

Je ochorenie AIDS vyliečiteľné?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	2	1,45
Nie	127	92,03
Neviem	9	6,52

Viac než 92 % opýtaných odpovedalo na túto otázku správne, a teda zvolilo možnosť „Nie“. Len dvaja respondenti (1,45 %) odpovedali nesprávne a domnievajú sa, že AIDS je liečiteľné ochorenie. Celkom 9 respondentov na otázku odpovedať nedokázalo.

Otázka č. 9: Prirad'te k nasledujúcim krajinám čísla podľa toho, kde si myslíte, že sa nachádza najviac osôb infikovaných vírusom HIV (1= najviac, 4= najmenej)

severná Afrika

subsaharská Afrika

Južná a Juhovýchodná Ázia

Latinská Amerika

Vzhľadom na náročnosť tejto otázky som sa rozhodla pre jej subjektívne posudzovanie, a teda pokiaľ respondent zaradil prvé dve krajiny podľa správnosti, považovala som odpoveď za správnu.

S týmto kritériom vznikajú následné výsledky:

Tab. 8: Zoradenie krajín podľa výskytu HIV

Zoradenie krajín		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
správne	40	29
nesprávne	98	71

Napriek „zjemneniu“ hodnotenia správnosti otázky je v tomto prípade očividný nepomer v odpovediach. Až 98 respondentov, čiže 71 % nevedelo zoradiť krajiny podľa správneho poradia, zatiaľ čo pomerne malé percento (29 %) zoradilo správne aspoň prvé dve krajiny s najväčším výskytom vírusu HIV.

Doplnenie:

Celkovo zodpovedalo správne túto otázku podľa poradia len 10 respondentov z celkového počtu 138.

Otázka č. 10: Výsledok testu na HIV protilátky je spoľahlivý až po uplynutí niekoľkých mesiacov od rizikového správania: (súhlasím/nesúhlasím/neviem)

Respondenti mali v tomto prípade zakrúžkovať jednu z možností podľa toho, či s výrokom súhlasia, nesúhlasia alebo jednoducho nevedia.

Tab. 9: Spoľahlivosť testu na HIV protilátky

Výsledok testu na HIV protilátky je spoľahlivý až po uplynutí niekoľkých mesiacov od rizikového správania:		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Súhlasím	88	63,77
Nesúhlasím	9	6,52
Neviem	41	29,71

Správnou odpověďou bolo „Súhlasím“, k čomu sa priklonilo takmer 64 % opýtaných, teda 88 respondentov. Nesprávnu odpoveď zvolilo 9 respondentov (6,52 % z celkového počtu) a možnosť „Neviem“ zvolilo 41 opýtaných, čo tvorí 29,71 %. Väčšina respondentov teda správnu odpoveď na položenú otázku vedela.

Otázka č. 11: Váš negatívny výsledok testu na HIV protilátky zároveň vylučuje možnosť, že Váš/Vaša partner/ka je HIV+ : (súhlasím/nesúhlasím/neviem)

Podobne ako v predchádzajúcej otázke, i tu mali respondenti zakrúžkovať, či s daným výrokom súhlasia, nesúhlasia, prípadne nevedia.

Tab. 10: Výsledok testu na HIV protilátky

Váš negatívny výsledok testu na HIV protilátky zároveň vylučuje možnosť, že Váš/Vaša partner/ka je HIV + :		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Súhlasím	7	5,07
Nesúhlasím	107	77,54
Neviem	24	17,39

V tomto prípade mala byť správna odpoveď opačná ako v predchádzajúcom, a teda „Nesúhlasím“. Túto zvolila väčšina, takmer 76 %, konkrétne 107 respondentov. Len 7 respondentov (5,07 %) s výrokom súhlasilo a 24 z nich (17,39 %) odpoveď nevedelo.

Otázka č. 12: Ktorá z nasledujúcich možností je podľa Vás najúčinnnejšia ochrana proti infekcii vírusom HIV?

Táto otázka sa týkala prevencie pred infekciou vírusom HIV. Respondenti mali vybrať z troch ponúkaných možností tú správnu.

Tab. 11: Najúčinnnejšia ochrana proti infekcii

Ktorá z nasledujúcich možností je podľa Vás najúčinnnejšia ochrana proti infekcii vírusom HIV?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Prezervatív	41	29,71
Hormonálna antikoncepcia	1	0,72
Sexuálna abstinencia	96	69,57

Samozrejme najúčinnnejším spôsobom ochrany je sexuálna abstinencia, s čím sa stotožňuje 96 respondentov, teda 69,57 % z celkového počtu. Zhruba ¼ respondentov (41) zvolila

odpoveď „prezervatív“, ktorý v podstate takisto patrí medzi preventívne prostriedky, no v tomto prípade bol až na druhom mieste. Len 1 respondent považuje za najúčinnější spôsob ochrany hormonálnu antikoncepciu, čo sa však potvrdiť určite nedá, keďže hormonálna antikoncepcia v žiadnom prípade nikoho neochráni pred prenosom akejkoľvek sexuálne prenosnej choroby.

Otázka č. 13: Vedeli ste, že test na HIV protilátky je v ČR od konca roku 2010 voľne dostupný i v lekárňach?

Posledná otázka z oblasti skúmania úrovne znalostí študentov sa týkala vedomosti o tom, že od konca roku 2010 sa v Českej republike voľne predáva test na HIV protilátky v lekárňach.

Tab. 12: Vedomosť o HIV testoch voľne dostupných v lekárňach v ČR

Vedeli ste, že test na HIV protilátky je v ČR od konca roku 2010 voľne dostupný i v lekárňach?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	35	25,36
Nie	103	74,64

Z odpovedí som sa dozvedela, že takmer 75 % opýtaných (počet 103 respondentov) vôbec nevedelo o tomto fakte a len 35 opýtaných vedelo o novej možnosti absolvovania testu na HIV protilátky.

Komentár:

Pre mňa osobne bola posledná z tejto skupiny otázok najzaujímavejšou. Neočakávala som, že až také veľké percento opýtaných nebude vedieť o voľne dostupných testoch na HIV protilátky vzhľadom na to, že o tejto skutočnosti informovali viaceré verejné zdroje.

5.2.1 Overenie príslušnej hypotézy

V tejto podkapitole sa budem venovať verifikácii hypotézy, ktorá sa vzťahovala k predchádzajúcim otázkam. V prípade týchto je pomerne jednoduché určiť úroveň znalostí o problematike HIV/AIDS u študentov, keďže na každú z nich existuje určitá presná odpoveď.

V prvej hypotéze skúmame, nakoľko ovplyvňuje pohlavie študentov ich znalostnú úroveň o HIV/AIDS. Ako kritérium „vyššej a nižšej úrovne znalostí“ som zvolila počet správne

zodpovedaných otázok. Pokiaľ respondent odpovedal na 6 a viac z nich správne, zaradila som ho do skupiny s vyššou úrovňou znalostí. Naopak, ak niekto odpovedal správne na 5 a menej otázok, dostal sa do skupiny s nižšou úrovňou znalostí.

Štatistické hypotézy zneli nasledovne:

H_0 : Medzi pohlavím študentov a úrovňou ich znalostí o problematike HIV/AIDS nie je žiadna súvislosť.

H_A : Ženy- študentky sú majú viac znalostí o problematike HIV/AIDS ako muži- študenti.

K overeniu hypotézy som použila test nezávislosti chí-kvadrát pre štvorpoľnú tabuľku.

„Použitie štvorpoľnej tabuľky prichádza do úvahy v prípadoch, kedy premenné (javy), medzi ktorými máme overovať vzťah, môžu naberať len dve alternatívne kvality“ (Chráska, 2007, s. 82).

Tab. 13: Štvorpoľná tabuľka pre hypotézu č. 1

Vplyv pohlavia respondentov na úroveň ich znalostí			Σ
	vyššia úroveň znalostí	nižšia úroveň znalostí	
ženy- študentky	52	19	71
muži- študenti	42	25	67
Σ	94	44	138

Pri výpočte chí-kvadrátu som si zvolila hladinu významnosti 0,01.

Dosadením do vzorca pre výpočet hodnoty chí-kvadrátu zo štvorpoľnej tabuľky mi vyšla hodnota $\chi^2 = 1,768$. Keďže vypočítaná hodnota chí-kvadrátu je podstatne menšia ako kritická hodnota $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$, vyplýva z toho nasledujúci záver: **Prijímam nulovú hypotézu.**

5.3 Vplyv úrovne znalostí študentov na ich postoje voči infikovaným jedincom

Aj v tomto prípade vyplýva názov kapitoly z druhej stanovenej hypotézy, ktorá skúma vzťah medzi úrovňou znalostí študentov UTB a ich postojmi voči jedincom infikovaným vírusom HIV.

V druhej časti dotazníka sa nachádzalo 5 otázok zameraných na zisťovanie pozitívnych či negatívnych postojov respondentov voči ľuďom nakazeným HIV vírusom.

Čo je nutné zdôrazniť, je fakt, že pri hodnotení „správnosti“ odpovedí som v tomto prípade použila veľmi *subjektívne hodnotenia*, nakoľko nie je možné objektívne posúdiť len na základe pár otázok, či má jedinec pozitívny alebo negatívny prístup k ľuďom infikovaným vírusom HIV. Pri každej otázke svoje kritériá následne objasním.

Otázka č. 14: Svoj postoj k ľuďom nakazeným HIV by som ohodnotil ako:

V tejto otázke mali respondenti vybrať z troch možností podľa toho, ako sami hodnotia vlastný prístup k ľuďom infikovaným vírusom HIV (pozitívny, negatívny, ľahostajný).

Tab. 14: Ohodnotenie vlastného postoja respondentov voči infikovaným jedincom

Svoj postoj k ľuďom nakazeným vírusom HIV by som ohodnotil ako:		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
pozitívny (súcit, empatia)	94	68,12
negatívny (predsudky, odsudzovanie)	16	11,59
ľahostajný (nezaujíma ma to)	28	20,29

94 respondentov (68,12 %) považuje svoj prístup k infikovaným jedincom za pozitívny, zatiaľ čo 16 z nich (11,59 %) hodnotí svoj postoj ako negatívny. Druhý najväčší počet odpovedí získala posledná možnosť, a teda 28 respondentov (20,29 %) nevyjadruje žiadny záujem o nakazených jedincom, svoj postoj teda vidia ako ľahostajný.

Komentár:

Pri určovaní kritérií, ktoré som vybrala pri hodnotení postoja respondentov, som pri tejto konkrétnej otázke rozhodla, že za „pozitívnu“ v tomto prípade logicky považujem len jednu odpoveď, a to: „pozitívny (súcit, empatia)“.

Otázka č. 15: HIV pozitívne osoby by mali byť trestne stíhané v prípade, že niekoho infikujú:

Respondenti sa mali pri odpovedaní na túto otázku vyjadriť, či by podľa nich mali byť infikovaní jedinci treste stíhaní v prípade, že niekoho vírusom HIV nakazia.

Tab. 15: Pohľad na možnosť trestného stíhania HIV pozitívnych osôb v prípade nakaženia iného človeka vírusom HIV

HIV pozitívne osoby by mali byť trestne stíhané v prípade, že niekoho infikujú:		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Určite áno	18	13,04
Áno, pokiaľ tak učinia vedome	108	78,26
Určite nie	6	4,35
Neviem posúdiť	6	4,35

Veľká väčšina respondentov, až 78,26 % je toho názoru, že tieto osoby by mali byť trestne stíhané len v prípade, ak niekoho infikujú vedome. Druhou najčastejšou odpoveďou bolo „Určite áno“, zvolilo ju 18 respondentov (13,04 % opýtaných). Posledné dve možnosti „Určite nie“ a „Neviem posúdiť“ si vybral v oboch prípadoch rovnaký počet respondentov (6).

Doplnenie:

Pri kladení tejto otázky som zámerne nepoužila výraz „vedome nakazia“, pretože ma zaujímalo, či respondenti budú takúto možnosť brať do úvahy, čo sa potvrdilo, nakoľko značná väčšina respondentov zvolila práve možnosť odpovede „Áno, pokiaľ tak učinia vedome“.

Komentár:

Pri tejto otázke som ako „pozitívne“ ohodnotila dve možné odpovede: „Áno, pokiaľ tak učinia vedome“ a „Určite nie“.

Otázka č. 16: Dali by ste sa ošetriť lekárom/zubárom, o ktorom viete, že je infikovaný vírusom HIV?

Respondenti si v tomto prípade mali predstaviť situáciu, kedy by sa mali dať ošetriť lekárom, príj. zubárom, o ktorom vedia, že je HIV pozitívny.

Tab. 16: Ošetrenie infikovaným lekárom

Dali by ste sa ošetriť lekárom/zubárom, o ktorom viete, že je infikovaný vírusom HIV?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
áno, bez problémov	7	5,07
zrejme áno, no bol/a by som nesvoj/a	28	20,29
asi by som radšej uprednostnil lekára bez tohto vírusu	56	40,58
rozhodne nie	42	30,43
neviem	5	3,62

V tretej otázke zisťujúcej postoje študentov k infikovaným jedincom sa najväčšie percento respondentov, konkrétne 40,58 % , vyjadrilo, že by pri ošetrovaní lekárom infikovaným vírusom HIV dali radšej prednosť „zdravému“ lekárovi. O niečo nižšie percento opýtaných je jednoznačne presvedčené, že by sa takýmto lekárom/zubárom rozhodne ošetriť nedalo, konkrétne sa takto vyjadrilo 42 respondentov (30,43 %). V poradí tretie najväčšie percento odpovedí bolo 20,29 % (28 opýtaných), ktorí zvolili kladnejšiu možnosť, resp. tvrdia, že takýmto lekárom by sa zrejme dali ošetriť, no nebolo by to celkom bez obáv. Druhé najmenšie percento patrí odpovedi „áno, bez problémov“, ktorú zvolilo len 7 respondentov (5,07 %). Celkovo 5 respondentov sa vyjadrilo neutrálne, resp. nevedia túto situáciu posúdiť.

Komentár:

Za „pozitívne“ v tomto prípade považujem znova dva možné varianty odpovedí: „Áno, bez problémov“ a „Zrejme áno, no bol/a by som nesvoj/a“.

Otázka č. 17: Zaviedli by ste izoláciu jedincov nakazených vírusom HIV?

Možné odpovede na ďalšiu z položených otázok boli len dve: Áno/Nie. Jednalo sa o názory respondentov na izoláciu jedincov nakazených vírusom HIV.

Tab. 17: Izolácia infikovaných

Zaviedli by ste izoláciu jedincov nakazených vírusom HIV?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	8	5,8
Nie	96	69,57
Neviem posúdiť	34	24,64

V tomto prípade zvolilo vysoké percento opýtaných možnosť „Nie“, a teda 69,57 % by nezaviedlo izoláciu infikovaných jedincov. Pre túto možnosť bolo len 8 respondentov (5,8 %) a situáciu nevedelo posúdiť 24,64 %, resp. 34 z celkového počtu opýtaných.

Komentár:

Očividne jedinou možnou odpoveďou, ktorú tu možno považovať za „pozitívnu“ je : „Nie“.

Otázka č. 19: Vedeli by ste si predstaviť intímny vzťah s človekom nakazeným vírusom HIV?

Respondenti si v tomto prípade mali predstaviť situáciu, kedy by sa mali rozhodnúť, či by boli ochotní riskovať intímny vzťah s osobou, o ktorej vedia, že je HIV pozitívna.

Tab. 18: Predstava intímneho vzťahu s infikovanou osobou

Vedeli by ste si predstaviť intímny vzťah s človekom nakazeným vírusom HIV?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Určite áno	4	2,9
Áno, ale s ťažkosťami/obavami	21	15,22
Skôr nie	57	41,3
Určite nie	56	40,58

Takmer 41 % respondentov si v žiadnom prípade nevie predstaviť intímny vzťah s osobou infikovanou vírusom HIV, zatiaľ čo opačným spôsobom odpovedalo len 2,9 % opýtaných, konkrétne štyria respondenti. 21 respondentov (15,22 %) sa prikláňa k tej možnosti, že vzťah s infikovanou osobou by si predstaviť vedeli, no panujú u nich značné obavy. 41,3 % si takýto vzťah „skôr nevie, ako vie“ predstaviť.

Komentár:

Pri poslednej otázke hodnotiacej postoje študentov som vybrala za „pozitívne“ nasledujúce odpovede: „Určite áno“ a „Áno, ale s ťažkosťami/obavami“.

Otázka č. 18: Poznáte niekoho vo Vašom okolí nakazeného vírusom HIV?

Za zaujímavú možno považovať otázku, ktorá bola v dotazníku takisto zaradená do oblasti postojov, no o postoji voči infikovaným ako takom nevytvára, preto ani nebola zaradená do vyhodnocovania postojov študentov UTB k infikovaným osobám.

Tab. 19: Znalosť osôb nakazených vírusom HIV v okolí respondentov

Poznáte niekoho vo Vašom okolí nakazeného vírusom HIV?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	7	5,07
Nie	105	76,09
Nie som si istý/á	26	18,84

Ako by sa dalo predpokladať, len nízke percento respondentov (5,07 %) odpovedalo kladne. Vzhľadom na to, že Česká republika nepatrí medzi krajiny, v ktorých je mnoho infekcií vírusom HIV či výskytov ochorenie AIDS, nie sú odpovede priveľmi prekvapujúce. 26 respondentov (18,84 %) si nie je istých, či sa v ich okolí pohybuje niekto infikovaný vírusom HIV.

5.3.1 Overenie príslušnej hypotézy

V tejto časti práce budem postupovať rovnako ako v predchádzajúcej podkapitole overovania hypotézy. Na začiatok zopakujem určené štatistické hypotézy týkajúce sa vzťahu úrovne znalostí respondentov k ich postojom k jedincom infikovaným vírusom HIV:

H_0 : Úroveň znalostí VŠ študentov o problematike HIV/AIDS nemá žiadny vplyv na ich postoje k jedincom infikovaným.

H_A : Študenti s vyššou úrovňou znalostí o problematike HIV/AIDS majú pozitívnejší postoj k infikovaným jedincom.

Tab. 20: Vplyv úrovne znalostí na postoje respondentov voči infikovaným jedincom

Vplyv úrovne znalostí na postoje:			Σ
	pozitívny postoj	negatívny postoj	
informovaní	59	36	95
neinformovaní	18	25	43
Σ	77	61	138

Pri overovaní hypotézy opäť využijem štvorpoľnú tabuľku.

Pri počítaní chí-kvadrátu mi vyšla hodnota síce menšia ako kritická, ale v tomto prípade je rozdiel takmer zanedbateľný.

Vypočítaná hodnota chí-kvadrátu totiž bola $\chi^2 = 4,919$, zatiaľ čo kritická hodnota je $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$.

Keďže som si však zvolila *hladinu významnosti 0,01* , musím prijať nulovú hypotézu. Avšak keby hladina významnosti bola zvolená na 0,05 , mohla by som nulovú hypotézu odmietnuť a prijať hypotézu alternatívnu, nakoľko kritická hodnota chí-kvadrátu pri hladine významnosti 0,05 je $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Záverečné vyhlásenie však vzhľadom na zvolené hodnoty výskumu znie: **Prijímame nulovú hypotézu.**

5.4 Vplyv pohlavia študentov na ich zodpovednosť v oblasti sexuálneho správania

Do tretice názov kapitoly zodpovedá príslušnej hypotéze skúmajúcej vplyv pohlavia respondentov na ich zodpovednosť v oblasti sexuálneho správania. Ako som uvádzala na začiatku, touto témou som sa zaoberala najmä preto, že práve sexuálny styk predstavuje najčastejší spôsob prenosu vírusu HIV a preto je dôležité, nakoľko sú študenti zodpovední pri vykonávaní pohlavného styku.

V dotazníku sa týmto zaoberalo 7 otázok. Hodnotiace kritérium bolo aj v tomto prípade podobné ako pri úrovni znalostí a postoji študentov, bližšie má však k hodnoteniu postojov. Pri týchto otázkach totiž tiež nie je možné spresniť správnosť odpovedí, preto i teraz za každou otázkou uvediem svoje subjektívne hodnotiace kritérium.

Pred tým, než vymenujem otázky, podotýkam, že v tomto prípade treba rátať s tým, že niektorí študenti ešte nemuseli začať s ich sexuálnym životom. Preto bola na začiatku dotazníka položená práve táto otázka:

Otázka č. 21: Začali ste už so sexuálnym životom?

Tab. 21: Sexuálny život

Začali ste už so sexuálnym životom?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
Áno	130	94,2
Nie	8	5,8

Vzhľadom na to, že 8 respondenti odpovedali záporne, s ich údajmi nebolo možné ďalej pracovať a v tejto sekcii bol pre nich dotazník *ukončený*. Konkrétne sa jednalo o 7 žien a 1 muža. Počet využiteľných dotazníkov sa teda v tretej skúmanej oblasti ustálil na čísle 130.

Nasledujúce otázky sa už venujú problematike sexuálnej zodpovednosti študentov:

Otázka č. 20: Považujete sám/sama seba za zodpovedného/zodpovednú v oblasti Vášho sexuálneho správania?

Respondenti sa mali vyjadriť k tomu, či považujú samých seba za zodpovedných v oblasti vlastného sexuálneho správania.

Tab. 22: Posúdenie vlastnej zodpovednosti

Považujete sám/sama seba za zodpovedného/zodpovednú v oblasti Vášho sexuálneho správania?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
Áno	98	71,01
Nie	25	10,87
Neviem	15	18,12

Celkom 98 z opýtaných (71,01 %) považuje svoje sexuálne správanie za zodpovedné, zatiaľ čo 25 z nich (10,87 %) sa považuje v tejto oblasti za nezodpovedných. 18,12 % respondentov nevedelo mieru svojej sexuálnej zodpovednosti posúdiť.

Komentár:

Logicky sa v tomto prípade brala do úvahy z hľadiska kritérií sexuálnej zodpovednosti študentov iba odpoveď „Áno“.

Otázka č. 22: Koľko sexuálnych partnerov ste vystriedali za obdobie posledných 6 mesiacov?

Cieľom tejto otázky bolo zistiť, koľko sexuálnych partnerov vystriedali respondenti za obdobie posledných 6 mesiacov.

Tab. 23: Počet sexuálnych partnerov za obdobie posledných 6 mesiacov

Koľko sexuálnych partnerov ste vystriedali za obdobie posledných 6 mesiacov?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
0	33	25,38
1 až 3	91	70
4 a viac	6	4,62

Najväčší počet respondentov, konkrétne 91 (4,62 %) sa vyjadrilo, že za obdobie posledné ho roka vystriedalo jedného, max. troch sexuálnych partnerov. Takmer 36 % opýtaných nemalo za posledných 6 mesiacov ani jedného sexuálneho partnera a 6 respondentov (4,62 %) vystriedalo za toto obdobie viac ako 4 sexuálnych partnerov.

Komentár:

V tomto prípade som vybrala za „spĺňajúce kritériá zodpovednosti“ prvé dve možnosti odpovedí, a to: „0“ a „1 až 3“. Treba si určite uvedomiť, že u respondentov, ktorí zvolili možnosť odpovede „1 až 3“, sa pravdepodobne jedná o takých, ktorí majú stáleho partnera.

Otázka č. 23: Mali ste niekedy nechránený pohlavný styk s neznámym partnerom?

Táto otázka bola položená zo zrejmého dôvodu, nakoľko rozhodne súvisí so sexuálnou zodpovednosťou vo všeobecnosti. Respondenti sa teda mali vyjadriť, či niekedy absolvovali nechránený sexuálny styk s neznámym partnerom,

Tab. 24: Absolvovanie nechráneného pohlavného styku s neznámym partnerom

Mali ste niekedy nechránený pohlavný styk s neznámym partnerom?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
Áno	52	40
Nie	78	60

Na otázku, či niekedy respondenti absolvovali nechránený pohlavný styk, zodpovedalo 60 % z nich záporne, no 40 % kladne. Dá sa povedať, že väčšina respondentov sa teda v tomto ohľade zachovala zodpovedne, no rozdiel v počtoch kladných a záporných odpovedí nie je príliš vysoký.

Komentár:

Je samozrejmé, že sexuálne zodpovedný človek na túto otázku pravdepodobne odpovie „Nie“.

Otázka č. 24: Koľkokrát celkovo ste nechránený pohlavný styk absolvovali?

Pokiaľ respondenti v predchádzajúcej otázke odpovedali kladne, mali sa vyjadriť k celkovému počtu týchto rizikových pohlavných stykov, ktoré kedy absolvovali.

Tab. 25: Počet nechránených pohlavných stykov

Koľkokrát ste nechránený pohlavný styk absolvovali?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
1-2x	27	51,92
3-4x	12	23,08
5x a viac	13	25

Z respondentov, ktorí v predchádzajúcej otázke odpovedali kladne, sa takmer 52 % vyjadrilo, že nechránený pohlavný styk mali len jeden- až dvakrát. Druhé najväčšie percento patrilo tým, ktorí mali tento styk päťkrát a viac. Konkrétne sa takto vyjadrilo 13 respondentov (25 %). Stredná hodnota zodpovedná i strednému počtu, teda 12 respondentov (23,08 %) absolvovalo nechránený pohlavný styk celkovo tri- až štyrikrát.

Komentár:

Pokiaľ bola odpoveď na predchádzajúcu otázku kladná, kritériá v tejto otázke som posúdila nasledovne: v prípade, že odpoveď bola „1-2x“, respondent dostal „kladný bod“ v oblasti zodpovednosti v sexuálnom správaní. Ostatné odpovede, a teda počet nechránených pohlavných stykov väčší ako 2krát, som zvolila za spadajúci pod nezodpovedný prístup v sexuálnom správaní respondentov.

Otázka č. 25: Po absolvovaní nechráneného pohlavného styku- dali ste si spraviť test na HIV protilátky?

Tab. 26: Test na HIV protilátky

Po absolvovaní nechráneného pohlavného styku- dali ste si spraviť test na HIV protilátky?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno	7	13,46
Nie	45	86,54

Až 45 respondentov (86,54 %) z celkového počtu 52 po absolvovaní nechráneného pohlavného styku neabsolvovalo test na HIV protilátky. Zodpovedne sa v tomto smere prejavilo len 7 respondentov, čo tvorí 13,46 % opýtaných.

Komentár:

Za kladný bod v tomto prípade samozrejme považujem odpoveď „Áno“.

Otázka č. 26: Pred začatím sexuálneho života a s novým partnerom- informujete sa vždy o jeho HIV statuse, príp. iných možných sexuálne prenosných ochoreniach?

Študenti sa v tejto otázke mali vyjadriť k tomu, ako zodpovedne pristupujú k začatiu intímneho vzťahu s novým partnerom, či sa informujú o jeho zdravotnom stave, resp. o jeho potenciálnych pohlavne prenosných chorobách apod.

Tab. 27: Informácie o HIV statuse partnera

Pred začatím sex. života s novým partnerom, informujete sa vždy o jeho HIV statuse,..?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Áno, vždy	16	12,31
Väčšinou áno	33	25,38
Takmer vôbec nie	44	33,85
Nie, nikdy	37	28,46

Najväčšie percento (33,85 %) opýtaných tvrdilo, že sa o HIV statuse svojho partnera pred začatím intímneho styku takmer nikdy neinformuje. 37 študentov (28,46 %) sa priznalo, že takúto informáciu po partnerovi nepožadovali nikdy, zatiaľ čo 33 z celkového počtu opýtaných sa väčšinou o HIV statuse partnera informuje. Paradoxne najmenšie percento patrilo tým, ktorí sa vždy informujú o podobných faktoch. Konkrétne sa jednalo len o 16 respondentov, čo predstavuje 12,31 % z celkového počtu.

Komentár:

Podľa mojich subjektívnych kritérií som rozhodla, že respondenti, ktorí odpovedali „Áno, vždy“ alebo „Väčšinou áno“, boli zaradení do skupiny *sexuálne zodpovednejších*.

Otázka č. 27: Zažili ste už „sex na jednu noc“ s neznámym človekom?

Posledná otázka z oblasti sexuálneho správania študentov zisťovala, či respondenti niekedy zažili tzv. „sex na jednu noc“.

Tab. 28: „Sex na jednu noc“

Zažili ste už "sex na jednu noc" s neznámym človekom? Ak áno, koľkokrát?		
odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť (%)
Nie, nikdy	66	50,77
Áno, 1-2x	33	25,38
Áno, 3-5x	16	12,31
Áno, viac ako 5x	15	11,54

„Sex na jednu noc“ nikdy nezažila väčšina opýtaných, resp. 66 z nich (50,77 %). Jeden- až dvakrát zažili „sex na jednu noc“ 33 respondenti (25,38 %). 16 študentov (12,31 %) sa vyjadrilo, že takúto noc zažilo tri- až päťkrát a najnižšie percento opýtaných (11,54 %) má za sebou takýto zážitok viac ako päťkrát.

Komentár:

V tomto prípade som zvolila podobné kritérium ako v predchádzajúcich otázkach, a teda za „sexuálne zodpovednejších“ som zvolila respondentov s odpoveďami: „Nie, nikdy“ a „Áno, 1-2x“.

Doplnenie:

Ešte raz podotýkam, že zvolené kritériá sú veľmi subjektívne a pri hodnotení tejto oblasti dotazníka som sa riadila výhradne nimi.

5.4.1 Overenie príslušnej hypotézy

Aj v prípade verifikácie poslednej hypotézy budem postupovať rovnakým spôsobom ako v predchádzajúcich dvoch prípadoch.

Posledné štatistické hypotézy sa zaoberali vplyvom pohlavia na sexuálnu zodpovednosť študentov. Zneli nasledovne:

H₀: Medzi pohlavím študentov a ich zodpovednosťou v oblasti sexuálneho správania nie je žiadny vzťah.

H_A: Ženy- študentky sú v oblasti sexuálneho správania zodpovednejšie ako muži- študenti.

Štvorpoľná tabuľka vyjadrujúca vzťahy medzi týmito premennými teda vyzerala nasledovne:

Tab. 29: Vplyv pohlavia respondentov na zodpovednosť ich sexuálneho správania

Vplyv pohlavia na zodpovednosť sexuálneho správania respondentov			Σ
	sexuálne zodpovední	sexuálne nezodpovední	
ženy- študentky	44	20	64
muži- študenti	42	24	66
Σ	86	44	130

Z tabuľky je zreteľné, že nebol nájdený signifikantný rozdiel v sexuálnej zodpovednosti respondentov v závislosti na ich pohlaví.

Hladina významnosti bola znova zvolená ako *hodnota 0,01*.

Vypočítaný chí-kvadrát nabral v tomto prípade hodnotu $\chi^2 = 0,379$. Táto je opäť významne nižšia ako kritická hodnota chí-kvadrátu pri hladine významnosti 0,01, teda $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$. Prijímam teda znova rovnaký záver, a teda: **Prijímame nulovú hypotézu.**

5.5 Zhrnutie výsledkov výskumného šetrenia

Výskumné šetrenie bolo zamerané na tri základné problémy skúmania, a to vplyv pohlavia študentov UTB na úroveň ich znalostí v oblasti problematiky HIV/AIDS, vzťah medzi touto úrovňou znalostí a postojom študentov k infikovaným jedincom a nakoniec vplyv pohlavia na zodpovednosť sexuálneho správania respondentov.

Vo všetkých troch prípadoch sme na základe vypočítaných hodnôt chí-kvadrátov porovnaných s kritickými hodnotami boli nútení prijať nulové hypotézy.

Nezistil sa teda žiaden významný vzťah medzi premennými skúmanými v tomto výskume.

5.5.1 Odporúčania pre prax

Myslím si, že bakalárska práca môže poslúžiť jej čitateľom ako vodidlo k možnosti rozšírenia svojich znalostí o problematike HIV/AIDS a možno práve vďaka tomu i k zmene postoja voči infikovaným jedincom. Práca takisto upozorňuje na dôležitosť osvetovej činnosti a rôznych preventívnych programov, preto by mohla byť braná ako motivácia k rozšíreniu takýchto druhov činností v rámci prevencie rôznych typov sociálneho zlyhania. Práca by tiež mohla poslúžiť samotným HIV-pozitívnym, aby sa dozvedeli, aké postoje a názory zaujímajú študenti vysokých škôl k tejto problematike.

ZÁVER

Cieľmi tejto bakalárskej práce bolo posúdenie znalostí vysokoškolských študentov o problematike HIV/AIDS, ich postojov k nakazeným jedincom a takisto ich zodpovednosti v oblasti sexuálneho správania. Praktická časť práce bola rozdelená obecné na tri časti podľa troch vopred stanovených hypotéz.

Jedným z cieľov výskumného šetrenia bolo preskúmanie vzťahov medzi dvoma faktormi, a to medzi pohlavím respondentov a medzi ich znalosťami v oblasti problematiky HIV/AIDS. Z odpovedí celkového počtu študentov 138, ktorých rozloženie bolo na základe pohlavia takmer vyrovnané, vyplýva, že nebol zistený žiadny signifikantný vplyv pohlavia študentov na ich znalosti o problematike HIV/AIDS.

Ďalší faktor, skúmaný vo výskumnom šetrení práce, sa týkal vplyvu úrovne znalostí respondentov na ich postoje voči jedincom infikovaným vírusom HIV. Osobne považujem výsledok skúmania v tejto oblasti za najdiskutabilnejší. Okolnosti overovania konkrétnej hypotézy sú vysvetlené priamo vo výskumnom šetrení. Dá sa povedať, že existuje istý vzťah medzi spomínanými faktormi, avšak tento nie je natoľko významný, aby sme mohli s určitosťou vyhlásiť, že „úroveň znalostí študentov má vplyv na ich postoje voči jedincom infikovaným vírusom HIV“.

Posledná oblasť skúmania sa venovala vzťahu medzi pohlavím študentov a ich zodpovednosťou v oblasti sexuálneho správania. Táto polemika bola pre mňa osobne najzaujímavejšia. Ako som už zmienila v práci, oblasť sexuálnej zodpovednosti študentov som si vybrala z jednoduchého dôvodu, a to preto, že sexuálny styk patrí k najčastejším spôsobom prenosu vírusu imunitnej nedostatočnosti. Z tohto hľadiska považujem za dôležité, aby si študenti (a nielen študenti) boli vedomí, aké následky so sebou môže prinášať rizikové sexuálne správanie. Ani v tomto poslednom prípade sa vzťah medzi spomínanými dvoma faktormi nijako nepotvrdil, a preto som prijala nulovú hypotézu.

Osobne si myslím, že veľký vplyv na všetky tri výsledky skúmania hypotéz má počet respondentov. Verím tomu, že keby bol ich počet zvýšený napríklad dvojnásobne, výsledky by mohli byť iné. Netreba zabúdať, že kvantitatívny druh výskumu je vždy závislý na počte respondentov, a preto nemôžeme výsledky tohto konkrétneho výskumného šetrenia zovšeobecniť na všetkých študentov zo všetkých škôl apod.

Obecne na základe výskumného šetrenia môžeme vyhlásiť, že študenti UTB preukázali znalosti z oblasti HIV/AIDS na relatívne vysokej úrovni, v sexuálnej oblasti sa väčšina z nich prejavila zodpovedne, no z odpovedí respondentov sa dajú vyčítať obavy z kontaktu s infikovanými jedincami, nedá sa preto povedať, že u študentov UTB prevláda pozitívny postoj k ľuďom nakazeným vírusom HIV.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- AOKI a HOLLAND, 1992 cit. podľa MAYER, Vlastimil, Johannes HALLAUER a Marianna K. BAUM. *Ochorenie spôsobené nákazou vírusom HIV/AIDS (1996)*. Bratislava: VEDA. ISBN 80-224-0413-6.
- GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Preložil Vladimír Jůva. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- HÁJEK, Marcel, Karel NOVÁK, Dalibor SEDLÁČEK a Petr PAZDIORA, 2004. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0857-4.
- HOLUB, Jiří a kol., 1994. *AIDS a my alebo čo treba vedieť o AIDS*. Bratislava: VEDA. ISBN 80-224-0173-0.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitatívneho výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JOHNSON, Earvin „Magic“, 1993. *Jak se vyhnout AIDS*. Praha: LUNARION. ISBN 80-901031-9-7.
- MAYER, Vlastimil, 1990. *AIDS: Dráma, otázky, východiská*. Bratislava: VEDA. ISBN 80-224-0254-0.
- MAYER, Vlastimil, Johannes HALLAUER a Marianna K. BAUM, 1996. *Ochorenie spôsobené nákazou vírusom HIV/AIDS*. Bratislava: VEDA. ISBN 80-224-0413-6.
- ROZSYPAL, Hanuš, 1998. *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: MAXDORF. ISBN 80-85800-92-6.
- SONTAGOVÁ, Susan, 1997. *Nemoc jako metafora. AIDS a jeho metafory*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0587-9.
- STRMEŇOVÁ, Jiřina, 1989. *Prípad AIDS*. Nitra: Mladé letá. ISBN 80-06-00171-5.
- SVOBODA, Jaroslav, 1996. *Imunologie v klinické praxi I*. Praha: Marvil. ISBN 80-204-0587-9.
- SYRŮČEK, Lubomír, Jan ŠEJDA a Bohumil TICHÁČEK, 1986. *AIDS Syndrom získaného selhání imunity*. Praha: AVICENUM. ISBN 08-034-86
- ŠEJDA, Jan et al., 1993. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-02-7.

ZIEGLER, JB, 1993 cit. podľa MAYER, Vlastimil, Johannes HALLAUER a Marianna K. BAUM. *Ochorenie spôsobené nákazou vírusim HIV/AIDS (1996)*. Bratislava: VEDA. ISBN 80-224-0413-6.

Internetové zdroje:

AIDS.gov [online]. How do you get HIV or AIDS?, © 2011 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/overview/how-you-get-hiv-aids/index.html>

clinic24.eu [online]. AIDS a HIV vírus, © 2008 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.clinic24.eu/clanky/60/aids-a-hiv-virus.aspx>

GlaxoSmithKline Slovenská Republika [online]. *HIV/AIDS – perspektíva pandémie*, © 2009 [cit. 2012-02-19]. Dostupné z: http://www.gsk.sk/gsk_focus_hiv_aids.html

Health topics: HIV/AIDS [online]. WHO, © 2012 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/

HIVAIDS [online]. Prevencia HIV pri prenose krvou, © 2009 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.hivaids.sk/index.php/ochrana/prevencia-hiv-pri-prenose-krvou>

hiv.cz [online]. Terapie HIV a AIDS, © 2011 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.hiv.cz/showpage.php?key=terapie-hiv-a-aids>

hiv.cz [online]. Začlenění do společnosti © 2011 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.hiv.cz/showpage.php?key=zivot-s-hiv-jedincem>

iavi [online]. Strategic Plan 2011 – 2015, © 2011 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.iavi.org/Information-Center/Publications/Pages/IAVI-Strategic-Plan-2011-2015.aspx>

Novinky.cz [online]. *Od příštího týdne bude v lékárnách k dostání domácí test na HIV*, © 2010 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/218500-od-pristiho-tydne-bude-v-lekarnach-k-dostani-domaci-test-na-hiv.html>

NP boje proti AIDS v České republice [online]. *Podrobný popis HIV/AIDS*, © 2011 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/popis.html>

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove [online]. 1. december – Svetový deň boja proti AIDS, © 2011 [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.ruvzvtv.sk/>

spravy.pravda.sk [online]. Pacientov s HIV a mentálne postihnutých nemá kto ošetrovať, ©, 2011 [cit. 2012-02-13]. Dostupné z: http://spravy.pravda.sk/pacientov-s-hiv-a-mentalne-postihnutych-nema-kto-osetrovat-p4m-/sk_domace.asp?c=A110322_125902_sk_domace_p58

World Health Organization [online]. Global HIV/AIDS Response, © 2012 [cit. 2012-02-13]. ISBN 978 92 4 150298 6. Dostupné z: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html

ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARC	AIDS Related Complex
cART	Combination Antiretroviral Therapy
CDC	Centers for Disease Control (Cetrá pre kontrolu chorôb)
ELISA	Enzyme-Linked-Immunosorbent-Assay
GRIDS	Gay-related Immunodeficiency Syndrom
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IFA	Immunofluorescence Assay
NDR	Nemecká demokratická republika
RIPA	Radioimmunoprecipitation Assay
SIV	Simian immunodeficiency Virus (Vírus zlyhania imunity opíc)
VŠ	vysokoškolskí
WB	Western Blot
WHO	World Health Organization (SZO – Svetová zdravotnícka organizácia)

ZOZNAM TABULIEK

Tab. 1: Rozdelenie respondentov podľa pohlavia	39
Tab. 2: Rozdelenie respondentov podľa statusu študenta na UTB	39
Tab. 3: Rozdelenie respondentov podľa oblasti študijného oboru	40
Tab. 4: Znalosť skratky HIV	41
Tab. 5: Úroveň pocitu oboznámenosti respondentov s problematikou HIV/AIDS	42
Tab. 6: Spôsoby prenosu HIV	43
Tab. 7: (Ne)vyliciteľnosť AIDS	43
Tab. 8: Zoradenie krajín podľa výskytu HIV	44
Tab. 9: Spoľahlivosť testu na HIV protilátky	44
Tab. 10: Výsledok testu na HIV protilátky	45
Tab. 11: Najúčinnjšia ochrana proti infekcii	45
Tab. 12: Vedomosť o HIV testoch voľne dostupných v lekárňach v ČR	46
Tab. 13: Štvorpoľná tabuľka pre hypotézu č. 1	47
Tab. 14: Ohodnotenie vlastného postoja respondentov voči infikovaným jedincom	48
Tab. 15: Pohľad na možnosť trestného stíhania HIV pozitívnych osôb v prípade nakazenia iného človeka vírusom HIV.....	49
Tab. 16: Ošetrovanie infikovaným lekárom	50
Tab. 17: Izolácia infikovaných	50
Tab. 18: Predstava intímneho vzťahu s infikovanou osobou	51
Tab. 19: Znalosť osôb nakazených vírusom HIV v okolí respondentov	52
Tab. 20: Vplyv úrovne znalostí na postoje respondentov voči infikovaným jedincom	52
Tab. 21: Sexuálny život	53
Tab. 22: Posúdenie vlastnej zodpovednosti	54
Tab. 23: Počet sexuálnych partnerov za obdobie posledných 6 mesiacov	54
Tab. 24: Absolvovanie nechráneného pohlavného styku s neznámym partnerom	55
Tab. 25: Počet nechránených pohlavných stykov	56
Tab. 26: Test na HIV protilátky	56
Tab. 27: Informácie o HIV statusu partnera	57
Tab. 28: „Sex na jednu noc“	57
Tab. 29: Vplyv pohlavia respondentov na zodpovednosť ich sexuálneho správania	58

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha P 1: Dotazník

PRÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Tento dotazník sa týka problematiky HIV/AIDS a sexuálneho správania vysokoškolských študentov. Je určený len **študentom Univerzity Tomáše Bati v Zlíne**, úplne **anonymný** a jeho vyplnenie zaberie max. 7 minút. Poslúži k výskumu praktickej časti mojej bakalárskej práce.

1. Pohlavie

- a) Muž b) Žena

2. Som študent/ka VŠ

- a) áno b) nie

3. Váš študijný obor je:

- a) humanitný
b) nehumanitný

4. Viete, čo znamená skratka HIV?

- a) Áno
b) Nie (neodpovedajte na otázku č. 5)

5. Napíšte, čo znamená skratka HIV:

6. Máte pocit, že ste dostatočne oboznámení s problematikou HIV/AIDS a prevenciou tejto choroby?

- a) Áno
b) Nie
c) Mám určité medzery

7. Akými spôsobmi sa môže vírus HIV prenášať? Vyberte správnu odpoveď.

- a) sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, z matky na plod
b) sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, slinami
c) sexuálnym stykom, krvou a krvnými derivátmi, používaním spoločného WC

8. Je ochorenie AIDS vyliečiteľné?

- a) Áno
- b) Nie
- c) Neviem

9. Priradte k nasledujúcim krajinám čísla podľa toho, kde si myslíte, že sa nachádza najviac osôb infikovaných vírusom HIV (1= najviac, 4= najmenej) :

Severná Afrika
Subsaharská Afrika
Južná a Juhovýchodná Ázia
Latinská Amerika

10. Výsledok testu na HIV protilátky je spoľahlivý až po uplynutí niekoľkých mesiacov od rizikového správania (zakrúžkujte) :

súhlasím/nesúhlasím/neviem

11. Váš negatívny výsledok testu na HIV protilátky zároveň vylučuje možnosť, že Váš/Vaša partner/ka je HIV + (zakrúžkujte) :

súhlasím/ nesúhlasím/neviem

12. Ktorá z nasledujúcich možností je podľa Vás najúčinnějšía ochrana proti infekcii vírusom HIV?

- a) Prezervatív
- b) Hormonálna antikoncepcia
- c) Sexuálna abstinencia

13. Vedeli ste, že test na HIV protilátky je v ČR od konca roku 2010 voľne dostupný i v lekárňach?

- a) Áno
- b) Nie

14. Svoj postoj k ľuďom nakazeným vírusom HIV by som ohodnotil ako:

- a) pozitívny (súcit, empatia)
- b) negatívny (predsudky, odsudzovanie)
- c) ľahostajný (nezaujíma ma to)

15. HIV pozitívne osoby by mali byť trestne stíhané v prípade, že niekoho infikujú:

- a) určite áno
- b) áno, pokiaľ tak učinia vedome
- c) určite nie
- d) neviem posúdiť

16. Dali by ste sa ošetriť lekárom/zubárom, o ktorom viete, že je infikovaný vírusom HIV?

- a) áno, bez problémov
- b) zrejme áno, no bol/a by som nesvoj/a
- c) asi by som radšej uprednostnil lekára bez tohto vírusu
- d) rozhodne nie
- e) neviem

17. Zaviedli by ste izoláciu jedincov nakazených vírusom HIV?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem posúdiť

18. Poznáte niekoho vo Vašom okolí nakazeného vírusom HIV?

- a) áno
- b) nie
- c) nie som si istý/á

19. Vedeli by ste si predstaviť intímny vzťah s človekom nakazeným vírusom HIV?

- a) určite áno
- b) áno, ale s ťažkosťami/obavami
- c) skôr nie
- d) určite nie

20. Považujete sám/sama seba za zodpovedného/zodpovednú v oblasti Vášho sexuálneho správania?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

21. Začali ste už so sexuálnym životom?

- a) Áno
- b) Nie (ďalej na otázky neodpovedajte)

22. Koľko sexuálnych partnerov ste vystriedali za obdobie posledných 6 mesiacov?

- a) 0
- b) 1-3
- c) 4 a viac

23. Mali ste niekedy nechránený pohlavný styk?

- a) áno
- b) nie (neodpovedajte na otázku č. 25)

24. Koľkokrát celkovo ste nechránený pohlavný styk absolvovali?

- a) 1-2x
- b) 3-4x
- c) 5x a viac

25. Po absolvovaní nechráneného pohlavného styku- dali ste si spraviť test na HIV protilátky?

- a) áno (udajte, prosím, dôvod) :
- b) nie

26. Pred začatím sexuálneho života s novým partnerom, informujete sa vždy o jeho HIV statu-se, príp. iných možných sexuálne prenosných ochoreniach?

- a) áno, vždy
- b) väčšinou áno
- c) takmer vôbec nie
- d) nie, nikdy

27. Zažili ste už „sex na jednu noc“ s neznámym človekom? Ak áno, koľkokrát?

- a) áno, viac ako 5x
- b) áno, 3-5x
- c) áno, 1-2x
- d) nie, nikdy

Ďakujem za Váš čas!

Diana Duhárová

3. ročník FHS UTB

Sociálna pedagogika