

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vliv intervenčního programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech  
jeho prevence pro žáky střední zdravotnické školy

The Impact of an Intervention Programme on Risky Sexual Behaviour and  
Prevention for Secondary Medical School Students

Bc. Jana Vojířová

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kovaříková, Ph.D.

Studijní program: Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základní školy a střední  
školy (N0114A300099)

Studijní obor: N VZ-BI 20 (0114TA300099, 0114TA300088)

Odevzdáním této diplomové práce na téma Vliv intervenčního programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence pro žáky střední zdravotnické školy potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 4. 2024

Děkuji vedoucí práce PhDr. Miroslavě Kovařikové, Ph.D. za odborné konzultace a vytrvalou spolupráci. Mé upřímné díky náleží také Mgr. Václavu Kočovskému, řediteli Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Příbram za vstřícnost a poskytnutí podmínek pro realizaci intervenčního programu. Rovněž projevují vděčnost i všem zúčastněným žákům a žačkám za jejich aktivní zapojení, otevřenost a podnětnou zpětnou vazbu. Děkuji i všem blízkým za poskytnutí opory a povzbuzení.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se zabývá vlivem intervenčního programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence pro žáky střední zdravotnické školy. Hlavním cílem bylo zjistit jeho vliv na znalosti v oblasti rizikového sexuálního chování, o vybraných STI a používání kondomů; změnu zaujímaných postojů k pohlavnímu styku a používání kondomů; self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomu, při nákupu a používání kondomů; zábrany při používání kondomů účastníků programu. Pro jeho naplnění byl navržen intervenční program vycházející ze současných poznatků a postupů v oblasti školní prevence a intervence. Následně byla ověřena jeho realizovatelnost v praxi za účasti žáků a žaček ve věku 15-18 let 1. ročníků střední zdravotnické školy v Příbrami. Pro zodpovězení výzkumných otázek byl proveden současně výzkum za využití pretest-posttest design, a také dotazníkového šetření. Následnou analýzou kvantitativních dat zjišťujeme, že navržený intervenční program má statisticky významný vliv na znalosti žáků, a to především znalosti o rizikovém sexuálním chování. Rovněž jsme shledali změnu zaujímaných postojů k pohlavnímu styku podporující sexuální abstinenci, postojů k používání kondomů podporující jejich používání, zvýšení self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, zvýšení self-efficacy při nákupu a používání kondomů, a také na snížení zábran při používání kondomů těchto žáků a žaček.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Intervenční program, primární prevence, rizikové sexuální chování, sexuálně přenosné infekce

## **ABSTRACT**

This master thesis deals with the influence of the intervention program on risky sexual behavior and the possibilities of its prevention for students of secondary medical school. The main objective was to determine its effect on knowledge in the area of risky sexual behavior, about selected STIs and the use of condoms; changing attitudes towards intercourse and the use of condoms; self-efficacy for refusing intercourse, communicating about condom use, buying and using condoms; barriers to condom use by program participants. To fulfill it, an intervention program based on current knowledge and procedures in the field of school prevention and intervention was designed. Subsequently, its feasibility was verified in practice with the participation of male and female students aged 15-18 years of the 1st year of the secondary medical school in Příbram. In order to answer the research questions, a research using the pretest-posttest design, as well as questionnaire surveys, was conducted simultaneously. Through subsequent analysis of quantitative data, it was found that the proposed intervention program has a statistically significant effect on students' knowledge, especially knowledge about risky sexual behaviour. Changes in students' attitudes toward sexual intercourse promoting sexual abstinence, attitudes toward condom use, increased self-efficacy for refusing intercourse, increased self-efficacy for buying and using condoms, and for reducing restraint in condom use by male and female students were also found.

## **KEYWORDS**

Intervention program, primary prevention, risky sexual behavior, sexually transmitted infections

## Obsah

Úvod .....	8
Cíle práce, výzkumné otázky, hypotézy .....	10
Teoretická část .....	12
1 Sociální patologie .....	12
1.1 Sociální deviace .....	13
1.2 Normalita a abnormalita .....	13
1.2.1 Konformita .....	14
1.2.2 Vymezení normality .....	15
2 Rizikové chování .....	17
2.1 Teorie rizikového chování a sociální deviace .....	19
2.1.1 Cloningerova teorie temperamentu a charakteru .....	19
2.1.2 Teorie typů a rysů osobnosti .....	20
2.1.3 Behaviorální teorie: Teorie sociálního učení .....	21
2.1.4 Teorie nálepkování – Labelling theory .....	23
2.2 Motivace pro rizikové chování .....	24
2.3 Syndrom rizikového chování v dospívání .....	24
3 Sexuálně rizikové chování .....	26
3.1 Promiskuitní chování .....	28
3.2 Prostituční chování .....	29
3.3 Předčasné zahájení pohlavního života .....	30
3.4 Předčasná erotizace .....	32
3.5 Násilné a krvavé sexuální praktiky .....	34
3.6 Sexting .....	35
3.7 Styk bez použití kondomu .....	37

3.7.1	Prevence sexuálně přenosných infekcí .....	38
3.7.2	Pohlavně přenosné nemoci bakteriálního původu .....	39
3.7.3	Pohlavně přenosné nemoci parazitárního původu .....	46
3.7.4	Pohlavně přenosné nemoci virového původu .....	49
4	Výchova ke zdraví, prevence, intervence .....	56
4.1	Prevence .....	57
4.1.1	Dělení primární prevence .....	59
4.1.2	Efektivní primární prevence .....	61
4.1.3	Neefektivní primární prevence .....	62
4.1.4	Primární prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních. ....	64
4.2	Intervence .....	68
	Praktická část .....	70
5	Návrh intervenčního programu .....	70
6	Metodologie ověření intervenčního programu .....	76
6.1	Metody sběru dat .....	76
6.2	Výzkumné nástroje .....	78
6.3	Výzkumný vzorek .....	80
6.4	Vyhodnocení dat .....	80
7	Výsledky výzkumného šetření .....	85
7.1	Specifikace respondentů .....	85
7.2	Znalosti .....	89
7.2.1	Vliv intervenčního programu na znalosti .....	132
7.3	Postoje, self-efficacy, zábrany .....	138
7.3.1	Vliv intervenčního programu na postoje, self-efficacy, zábrany .....	161
7.4	Hodnocení programu .....	164

7.5	Diskuse .....	169
7.6	Doporučení pro praxi.....	178
7.7	Limity výzkumného šetření .....	181
	Závěr.....	182
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	184
	Seznam příloh.....	196



## Úvod

Sexualita představuje neodmyslitelnou komponentu lidského života v celé jeho délce od útlého věku dětství až po stáří (Šrámková, 2013). Je jedním z elementárních individuálních i interpersonálních motivů v životě každého individua mající vliv na osobnostní vývoj a interpersonální vztahy a zároveň je jimi také retroaktivně ovlivňována. Tento faktor organizující lidské chování a prožívání se pojí silným citovým hnutím (Weiss, 2008). Avšak není pouze zdrojem radostných pocitů, blaha a uspokojení, ale také může s sebou přinášet i pocity zármutku, úzkosti či nákazu sexuálně přenosnou infekcí (Weiss & Zvěřina, 2001). Potencionální riziko nákazy však není jediným důvodem, proč je tématu rizikového sexuálního chování věnována zvýšená pozornost v moderní primární prevenci. Mimo prokazatelného nárůstu zdravotních, sociálních a čtených dalších rizik se tento v populaci poměrně frekventovaný fenomén může pojít i s dalšími rizikovými projevy v podobě sexuálního zneužívání, sextingu či užívání návykových látek přinášející s sebou další nechtěné důsledky (Miovský in Miovský et al., 2010).

K formování názorů, postoje a osobnostní orientace dochází již v raném dětství, a proto by mělo být s preventivními aktivitami pro zvýšení jejich efektivity započato co nejdříve (Miovský et al., 2015a). Přesto je vhodné téma sexuálního života opětovně otevírat v dorostovém období mezi 15-18 rokem, kdy je příhodné hovořit například o odmítání, oboustranném právu říkat ne a odmítání nechtěných aktivit, rizicích spojených se sexuálními aktivitami a jejich možným řešením, bezpečném sexu, zážitku skupinového nátlaku vrstevníků či vlivu pornografického průmyslu (Stretti & Kaňka in Kolektiv autorů, 2014). Právě tato témata budou otevírána i v intervenčním programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence. Jeho předním záměrem je, aby žáci mohli na základě získaných znalostí a dovedností učinit v nastalých životních situacích zodpovědné rozhodnutí, při němž budou mít na zřeteli ochranu svého zdraví i zdraví ostatních.

Teoretická část se bude zabývat popsáním aktuálních poznatků o sociálních patologiích, rizikovém chování, a především rizikovém sexuálním chování a důsledcích hrozících v případě jeho praktikování. Dále v ní budou k nalezení také aktuální poznatky a postupy v oblasti školní prevence a intervence, z nichž bude dále vycházeno.

Praktická část práce se zaměřuje již na samotné navržení intervenčního programu, o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence a následné ověření programu v praxi. Pro zodpovězení výzkumných otázek bude provedeno výzkumné šetření za využití pretest-posttest design pro zjištění vlivu navrženého programu na zaujímané postoje k pohlavnímu styku a používání kondomů; self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomu, při nákupu a používání kondomů; zábrany při používání kondomů účastníků programu. Rovněž bude využito dotazníkových šetření pro zjištění vlivu navrženého programu na znalosti v oblasti rizikového sexuálního chování, vybraných STI a používání kondomů účastníků programu. Tedy žáků 1. ročníků Střední zdravotnické školy v Příbrami, pro něž bude program koncipován. Součástí praktické části také bude diskuse vycházející z analýzy získaných kvantitativních dat, doporučení pro praxi a závěr.

## **Cíle práce, výzkumné otázky, hypotézy**

Hlavním cílem práce je zjistit vliv navrženého intervenčního programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence na znalosti v oblasti rizikového sexuálního chování, vybraných STI a používání kondomů; změnu zaujímaných postojů k pohlavnímu styku a používání kondomů; self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomu, při nákupu a používání kondomů; zábrany při používání kondomů účastníků programu.

K dosažení hlavního cíle byly dále stanoveny tři dílčí cíle:

1. Popsat aktuální poznatky o sociálních patologiích, rizikovém chování, rizikovém sexuálním chování a jeho důsledcích.
2. Popsat aktuální poznatky a postupy v oblasti školní prevence a intervence.
3. Vytvořit intervenční program o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence a prakticky jej ověřit.

Výše uvedený hlavní cíl práce byl blíže konkretizován pomocí výzkumných otázek:

1. Jaké znalosti v oblasti rizikového sexuálního chování, vybraných STI a používání kondomů mají účastníci programu?
2. Jaké postoje k pohlavnímu styku a používání kondomů zaujímají účastníci programu?
3. Jaká je self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomu, při nákupu a používání kondomů účastníky programu?
4. Jaké jsou zábrany při používání kondomů účastníků programu?
5. Jaký je vliv navrženého intervenčního programu na znalosti v oblasti rizikového sexuálního chování, vybraných STI a používání kondomů účastníků programu?
6. Jaký je vliv navrženého intervenčního programu na zaujímané postoje k pohlavnímu styku a používání kondomů účastníků programu?
7. Jaký je vliv navrženého intervenčního na self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomu, při nákupu a používání kondomů účastníků programu?

8. Jaký je vliv navrženého intervenčního programu na zábrany při používání kondomů účastníků programu?
9. Jak účastníci programu hodnotí navržený intervenční program?

K výzkumným otázkám 5., 6., 7. a 8. byly zformulovány tyto hypotézy:

1. Mezi znalostmi v oblasti rizikového sexuálního chování účastníků programu před a po navrženém intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
2. Mezi znalostmi o vybraných STI účastníků programu před a po navrženém intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
3. Mezi znalostmi o používání kondomů účastníků programu před a po navrženém intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
4. Mezi zaujímanými postoji k pohlavnímu styku účastníků programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
5. Mezi zaujímanými postoji k používání kondomů účastníků programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
6. Mezi self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku účastníků programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
7. Mezi self-efficacy při komunikaci o používání kondomu účastníků programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
8. Mezi self-efficacy při nákupu a používání kondomů účastníků programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.
9. Mezi zábranami při používání kondomů účastníků programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.

## **Teoretická část**

Teoretická část se zabývá popsáním aktuálních poznatků vymezených v dílčích cílech 1. a 2., jenž jsou nezbytnými pro naplnění hlavního cíle této diplomové práce. Jednotlivé kapitoly se zaměřují na vysvětlení pojmů sociální patologie, rizikové chování, rizikové sexuální chování a dalších s nimi se pojících konceptů. Přičemž pro porozumění problematice vyzdvihneme i vybrané teorie a motivace rizikového jednání. Opomenuty nejsou ani jednotlivé podoby fenoménu rizikového sexuálního chování a jeho důsledky. Rovněž níže naleznutelné popsání aktuálních poznatků a postupů v oblasti školní prevence a intervence je neméně důležitým pro následné navržení efektivního intervenčního programu.

### **1 Sociální patologie**

Pojem patologie, pocházející z latinského *pathos* v překladu znamenajícím utrpení, choroba, je tedy hojně využíván nejen v medicíně, ale i v psychologii, a to i ve spojení s pojmem sociální (Kraus, 2014). Sociální patologie lze pojímat jako mezioborovou vědní disciplínu vycházející zejména ze sociologie, kterou propojuje s mnohými dalšími obory, jakými jsou například psychologie, pedagogika, kriminologie a adiktologie (Bělík et al., 2017). Nelze však hovořit o samostatném vědním oboru, nýbrž se jedná o multidisciplinární disciplínu, jejíž snahou je popis jevů, které jsou společensky nepřijatelnými, z pohledu rozličných vědních disciplín – sociologie, speciální pedagogika, psychologie, medicína, etopedie etc. (Fischer & Škoda, 2014).

Pojem sociální patologie se rovněž využívá pro souhrnné označení jevů, které jsou nezdravé, abnormální či obecně společensky nežádoucí z důvodu porušování stanovených norem sociálních, morálních nebo právních (Fischer & Škoda, 2014). Pojem poprvé použil autor „organické teorie společnosti“ Herbert Spencer žijící v letech 1820-1903. Tento anglický sociolog a pozitivistický filozof, jenž je jedním z představitelů evolucionismu a sociálního darwinismu, však sociálně patologické jevy považoval za „chorobu společnosti“ s jakousi paralelou k chorobám biologického rázu. Francouz Emil Durkheim (1858-1917) jenž je zakladatelem vědecké sociologie, se hojně věnoval problémům týkajících se nezaměstnanosti, sebevraždnosti a kriminality. Sociální patologii obdobně považoval za vědu zabývající se chorobami a dalšími činy, chováním a skutečnostmi odklánějícími se od

norem společnosti, avšak jsou její organickou součástí. Inocenc Arnošt Bláha, významný český sociolog, pojmem sociální patologie využíval pro označení poruch sociálních procesů a sociálních zřízení (Kraus, 2014).

V současnosti je tento pojem mylně zaměňován za sociální deviace či sociální dezorganizaci. Oba pojmy bychom však měli od sebe odlišovat, neboť deviantní jevy nemusejí vždy působit negativně na daného jedince či společnost, jak tomu je u sociálně patologických jevů. Také neplatí, že jevy označované za deviantní, by byly ve všech případech zároveň patologické (Fischer & Škoda, 2014).

### **1.1 Sociální deviace**

Pojem sociální deviace pocházející z latinského *societa* – společnost a *deviare* – odchylka označuje takový způsob chování, jenž není konformní k společenské normě uznávané majoritní částí populace (Fischer & Škoda, 2014). Nutno je však dodat, že se nejedná vždy o ryze negativní jev, jakým mohou být například krádeže či záškoláctví. Sociální deviace je totiž možné chápat i v pozitivním smyslu v situacích, kdy je dodržování norem přehnané a hnané až do krajností. Příkladem může být přílišné bohatství nebo workoholismus. Sankcionování jedinců za takové jednání se následně odvíjí od tolerančních limitů stanovených danou společností, které odlišují, co je možné stále tolerovat a co již je nezbytné dále sankcionovat (Bělík et al., 2017).

Otázka normality však stále zůstává klíčovým problémem. Rozlišení toho, co je považováno za normální a co již lze označit za deviantní chování se liší dle jednotlivých kultur. Jednou zcela akceptované chování dle jejich společensky přijatých norem již v jiné kultuře může být považováno za chování delikventní a patologické, které je nezbytné sankcionovat. Dále je nezbytné si odpovědět i na další otázky pojící se s tímto problémem. Tedy o jaké normy se vlastně jedná, jaká je míra vybočování daného chování od normy, také jaké budou udělovány sankce, zdali vůbec (Havlík, 2015).

### **1.2 Normalita a abnormalita**

Pojem norma pochází z latinského slova *norma* v českém překladu znamenající pravidlo, předpis, míra či měřítko. Obecně jej můžeme pojímat jako nástroj poměřující realitu, díky němuž je možné rozpoznat nežádoucí od žádoucího, patologické od zdravého, neobvyklé od

obvyklého, anebo špatné od dobrého. Sociální norma označuje verbalizovaná pravidla vymezující takové formy lidského chování, jež jsou v určitém kontextu – dané společnosti, subkultuře či pouze skupině sdíleny a také akceptovány, neboť jsou v souladu s naplňováním společně sdílených hodnot. Stěžejní funkcí sociálních norem je v konkrétní společnosti, potažmo sociální skupině, zabezpečovat její soudržnost a dosahovat konformity (Urban, 2022).

### **1.2.1 Konformita**

Konformitou může být nazývána sociální strategie spočívající v takovém chování jedince, které je v souladu s očekáváními dané společnosti, skupiny či organizace. Součástí konformního chování rovněž je i reflektování postojů, které zastávají pro jedince důležité osoby či vrstevníci. Mohou však nastat také situace, kdy jedinec nehledě na své přesvědčení jedná dle převládající normy. V takovém případě se jedná o projev konformity v podobě tlaku vyvíjeného na jednotlivce. (Bělík et al., 2017).

Jedince chovající se konformně v rámci skupiny můžeme rozdělit do dvou kategorií. U jedinců v první kategorii vlivem skupinového tlaku dochází ke stresu, jehož důsledkem je přijímání všech úsudků skupiny, přestože mohou být chybné. Takový člen je však považuje za správné. Dochází tedy jednak ke změně chování pozorovatelného na veřejnosti, ale také k proměně celkového myšlení a osobního vnímání. Popisovaný jev můžeme nalézat rovněž pod označením vnitřní konformity či akceptace. U zástupců druhé kategorie můžeme pouze změnu chování, která není vnitřně provázána se změnou postojů. Tedy přestože nesouhlasí se stanovisky zaujímanými skupinou, dochází ke změně jejich chování na veřejnosti. Výsledkem je však rozpor panující mezi skutečným přesvědčením a chováním vytvářející u jedince psychologickou disonanci. Řešení této nevyváženosti mohou být různá, ať už z hlediska skupiny či jednotlivce. První možností je snaha skupiny přesvědčit onoho jedince. Druhou variantou je osobní názorové přiblížení jedince ke stanoviskům. Může také nastat třetí situace, kdy se jedinec po psychické či psychologické stránce od skupiny odděluje (Mišovič, 2022).

Konformní chování ve společnosti je do značné míry podporováno reakcemi okolí. Reakce na dodržování potažmo porušování stanovených norem a pravidel může být dvojího typu. Jednak pozitivní v podobě odměn, ať už formálních či neformálních například udělení

ocenění či pochvala. Ale také může být korigována negativním způsobem v podobě trestů, rovněž mohou být neformální – pokárání a formálními například v podobě odnětím svobody (Fischer & Škoda, 2014).

Na základě toho bychom mohli rozlišit dva základní motivy konformity – dobrovolnost a nedobrovolnost. V případě dobrovolnosti jedinec počíná na základě své svobodné vůle s absencí tvrdého nátlaku. Toto naladění nastalo z důvodů hodnotově či účelově racionálních, popřípadě v návaznosti na partnerský dialog. V opačné situaci motivace nedobrovolné byl jedinec ke svému jednání přinucen. Jedná se především o důsledek manipulativního monologu či nevyváženě nastavených vztahů. Například za použití cenzury, ideologické indoktrinace, potlačení ostatních možností (Urban, 2011).

### 1.2.2 Vymezení normality

Termín normalita je velmi obtížné vymežit v obecné rovině. Označovány jím obvykle bývají jevy, jež jsou v blízkosti těch, které se nejčastěji vyskytují. Též jsou za ně považovány takové jevy, které jsou ve shodě s obecným očekáváním ve společnosti. Normálním je též označováno to, co je funkční. Taktéž se může jednat o tvar rozdělení dat, který je ve shodě s normálním rozdělením (Hartl, 2004).

Vymezení norem a celkové normality se v rámci jednotlivých společnostech navzájem liší, neboť se odvíjí od současné úrovně poznání. Pouze z důvodu absence zkušeností či nejasností může docházet k označení určitého vzorce chování za abnormální/deviantní. Hranice norem jsou pohyblivé. Neopomenutelným je faktor času mající vliv formování norem v průběhu nejen vývoje celé společnosti, ale také u jednotlivce samotného. Jedinec v rámci svých jednotlivých vývojových etap pozměňuje svá hodnocení. Vliv na posuzování normality mají též vývojové faktory. Celkové vymezení společenských norem a abnormalit závisí rovněž na použitém měřítku a okolnostech (Fischer & Škoda, 2014). Z tohoto důvodu je zcela nezbytným pojem norma vždy vnímat v celé jeho šíři a z různých pohledů. Rozeznáváme proto celou řadu norem od sebe se navzájem lišících (Orel et al., 2020).

Následně si uvedeme některé z příkladů pojetí norem, s nimiž se ve společnosti setkáváme:

**Norma statistická** – V tomto pojetí je za normální pokládán průměr, tedy to, co je nejvíce četné. Nenormálním až patologickým je označován jev vyskytující se nad či naopak pod



stanoveným průměrem. Uvést si však můžeme situace, při níž bude patrný nedostatek této normy. Například nelze pouze na základě statistické četnosti usuzovat, že onemocnění chřipkou je normálním, neboť v rámci chřipkové epidemie onemocněla převážná část populace (Svoboda in Svoboda et al., 2006).

**Norma skupiny** – Norma skupinová vychází z pojetí stanovených danou skupinou, jíž může být například rodina, kolektiv v práci, školní třída, městská část, vesnice, gang, sekta (Orel et al., 2020). Tyto normy jsou specifické a platné v rámci skupiny, díky jejich přijetí může dojít po delším trvání ke ztrátě nadhledu a zkresenému posuzování. Významné jsou však pro simplifikaci orientace a diferenciaci mezi jednotlivými podskupinami (Fischer & Škoda, 2014).

**Norma sociokulturní** – V rámci sociokulturně podmíněné normy je hodnoceno jako normální to, co je běžné pro konkrétní společnost a kulturu. Kritéria, jenž vymezují tuto normu, přihlížejí k tradicím dané kultury. V průběhu času a vývoje dané společnosti dochází k proměně tolerance k odchýlkám, avšak stále se mohou objevovat stereotypní postoje ve vztahu k neznámu (Fischer & Škoda, 2014).

**Norma mediální** – Tato norma je udávána v rámci médií, kterými jsou kupříkladu tisk, televize, internet a sociální sítě. V současnosti mají velmi významný vliv, který dosahuje stále většího rozšíření a intenzity (Orel et al., 2020). Problém však nastává v situacích, kdy je prostřednictvím médií šířena idealizovaná realita, kdy se normou stává symbol či vzor, který je ve skutečnosti extremitou. Rovněž může docházet k negativnímu ovlivňování postojů například zaujímaných k násilí, což může v konečném důsledku navyšovat také sklon k takovému jednání v realitě (Fischer & Škoda, 2014).

**Norma funkční** – Normálním je označováno to, co naplňuje svou funkci správně. V případě lékařství je označována za patologickou činnost orgánu například nepravidelná vylučovací schopnost ledvin, neboť je známa jejich správná funkce (Svoboda in Svoboda et al., 2006). Z hlediska jedince a společnosti lze tuto normu rovněž aplikovat ve smyslu jeho optimálního fungování. Optimální fungování lze pojímat v různých smyslech, například jím může být dosahování vytyčeného cíle či uspokojování potřeb a zájmů (Fischer & Škoda, 2014).

**Norma individuální, osobní, kazuistická** – Jedná se o normu vnímanou konkrétním jedincem vymezenou jeho postoji a názory. Velký význam představuje pro práci s tímto člověkem, neboť je v souladu s jeho individualitou a odkrývá vlastní hodnocení, názory, stanoviska, postoje, náhled etc. Rovněž se tato norma může shodovat s normami popsány výše (Orel et al., 2020).

## **2 Rizikové chování**

Rizikové chování lze definovat jako chování, které může být vědomě či nevědomě kontrolovatelné, u nějž jedinec vnímá určitou nejistotu celkového výsledku, přínosu či ztrát z něj vyvstávajících v oblasti fyzické, ekonomické či psychosociální pro jedince samotného nebo pro ostatní (Trimpop, 1994). Jedná se o velmi komplexní pojem, který lze rovněž popsat jako chování ať už přímo či nepřímo vedoucí ke zdravotnímu nebo psychosociálnímu poškození. Takové poškození se může týkat nejen jedince, ale také jiných osob, majetku a prostředí (Macek in Sobotková, 2014). Rizikové chování může být též pojímáno jako chování ústící v prokazatelný nárůst řady rizik – zdravotních, sociálních či výchovných vztahujících se k jedinci či společnosti (Miovský in Miovský et al., 2010). Jakožto rizikové chování lze označit celou řadu různých typů chování, jenž si můžeme uspořádat na pomyslné škále. Kdy na jedné straně je „běžné“ chování s extrémními projevy, jehož příkladem může být praktikování adrenalinových sportů. Na druhé straně jsou projevy chování hraničící s patologií. Kupříkladu násilí, nadměrné užívání legálních látek – kofein, alkohol, cigarety či nelegálních drog (Bělík et al., 2017).

V současnosti je pojem rizikové chování nahrazován termínem sociálně-patologické jevy, jenž byl doposud užívaným. Pro potřeby užívání v oblasti školní prevence se jedná o již koncepčně překonaný termín. Především z toho důvodu, že je stigmatizujícím a s normativním podtextem kladoucím přílišný důraz na normu skupinovou potažmo společenskou (Miovský in Miovský et al., 2010). Náhrada pojmu sociálně-patologické jevy pojmem rizikové chování rovněž zaznívá i v Národní strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019-2027. Primární prevence je zejména zaměřena na předcházení aktivitám označitelných jako rizikové chování, z tohoto důvodu není možné je označovat jako patologické (MŠMT, 2019).

Sobotková et al., (2014) do rizikového chování zařazují:

1. Záškoláctví
2. Lhaní
3. Agresivita, agresivní chování
4. Šikana, kyberšikana, násilné chování
5. Obecně kriminální jednání
6. Vandalismus
7. Závislostní chování
8. Rizikové chování na internetu
9. Rizikové sexuální chování
10. Rizikové chování v dopravě
11. Extrémně rizikové sporty, hazardní aktivity
12. Užívání anabolik a steroidů
13. Nezdravé stravovací návyky
14. Extremismus
15. Xenofobie, rasismus, intolerance, antisemitismus (Sobotková et al., 2014).

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních poskytnuté Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) se především zaměřuje na předejití rozvoje takových rizik, která by mohla u žáků dále vést k těmto rizikovým projevům chování:

- a) *„agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimedii, násilí, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie*
- b) *záškoláctví,*
- c) *závislostní chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling*
- d) *rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, prevence úrazů*
- e) *spektrum poruch příjmu potravy,*
- f) *negativní působení sekt,*
- g) *sexuální rizikové chování“* (MŠMT, 2010, Str. 1).

## **2.1 Teorie rizikového chování a sociální deviace**

Teoretické přístupy pokoušející se osvětlit kriminalitu napomáhají k vysvětlení příčin a zdrojů podílejících se na vzniku patologií, deviací a rizikového chování ve společnosti. Možných teorií známe mnoho a jsou pojímány z různých hledisek. Rozdělit je však můžeme dle přístupu do tří skupin (Fischer & Škoda, 2014).:

1. Teorie biologicko-psychologické
2. Teorie sociálně-psychologické
3. Teorie sociologické

V rámci teorií biologicko-psychologických je nalézána vazba mezi chováním a charakterem jedince a jeho tělesnou konstitucí, hormony, enzymy nebo genetickou výbavou. Zaměření teorií sociálně psychologických je především na individuální faktory jedince, tedy na temperament, osobnosti a jeho kognitivní styly, ale také na vliv sociálního učení. Teorie sociologické pohlíží na vznik rizikového chování v kontextu se společností a kulturou obklopující jedince (Fischer & Škoda in Sobotková et al., 2014).

Všechny tyto teorie se však zaměřují pouze na jednu či dvě oblasti. V současnosti se setkáváme však i s bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem, kdy všechny tyto komponenty se významně podílejí na celkovém zdraví (Palová & Jochmannová in Jochmannová et al., 2021).

### **2.1.1 Cloningerova teorie temperamentu a charakteru**

Claude Robert Cloninger se v rámci svého bádání zaměřoval na osvětlení neurofyziologických korelátů temperamentových vlastností, přičemž našel rozdílnost v působení povzbuzujících a tlumivých neurotransmiterů ve fungování metabolismu mozku. Rovněž vymezil čtyři temperamentové dimenze – polarity mezi nimiž je možné určit rozsah výskytu dané vlastnosti (Helus, 2018). Tyto temperamentové dimenzemi představují určitý biologický a vrozený základ osobnosti, s nímž se jedinec rodí. První polaritou je vyhledávání nového, které je propojeno s behaviorální aktivizací jedince. Patrný je zde vliv neurotransmiteru dopamin. Druhou polaritou je vyhýbání se poškození, při němž naopak dochází k behaviorální inhibici. Zřejmá je zde funkce serotoninu a kyseliny gama-aminomáselné. Třetí z nich je závislost na odměně, při níž je patrná spojitost se silou sociální

vazby. V rámci této polarity se podílí neurotransmitery serotonin a noradrenalin. Čtvrtou polaritou je vytrvalost, jenž je propojena s parciálním posilněním. Tato poslední dimenze je ovlivněna rovněž funkcí serotoninu, ale také i glutamátu (Hrubý et al., 2007).

Druhou součástí tvořící osobnost je charakter, na jehož formování se podílí okolní prostředí. Jedná se o vlastnosti jedince, které mají souvislost s jeho morálkou. Jsou jimi určité zásady, principy, dle níž jedná, a také hodnoty, které uznává a ctí. Přestože je charakter tvořen zejména interiozovanými požadavky kladenými okolím, mohou se v něm však odrážet i některé vrozené předpoklady (Helus, 2018). Cloninger vycházel z informace, že charakter se projevuje zejména ve vztahu k sobě samému, ostatním lidem, ale také k celkovému světu. V návaznosti na to stanovil tři charakterové dimenze. První z nich je sebeřízení, do nějž lze například zařadit cílevědomost či přijetí své vlastní osoby. Druhou charakterovou dimenzí je kooperativnost pojící se s empatií, slitováním se či svolností být nápomocen. Třetí dimenze je přesah související duchovním pohledem na život, idealizací a transpersonálních orientací (Říčan, 2010).

### **2.1.2 Teorie typů a rysů osobnosti**

Eysenck (1996) kriminální chování objasňuje pomocí své teorie typů a rysů osobnosti, v níž za pomoci primárních faktorů osobnosti vysvětluje rozmanitost psychických a behaviorálních projevů člověka. Podmíněnost diverzity mezi jedinci nachází ve strukturách DNA a sociálních podmínkách, nicméně sami o sobě bezprostředně neovlivňují chování, za mediátor proto označuje centrální a vegetativní nervový systém. Kolerační analýzou četnosti rysů v širokém spektru populací byly identifikovány tři hlavní dimenze osobnosti, jimiž jsou psychoticismus, extraverte a neuroticismus (Eysenck, 1996). Z nichž právě extraverte a neuroticismus u jedince stanovují jeho vrozenou povahu a temperament, také obě disponují svým protipólem: extraverte x introverte a emocionální stabilita x labilita (Cakirpaloglu, 2012).

Přejaté dimenze extroverte-introverte od Junga označující orientaci jedince na vnější či vnitřní svět však Eysenck vymezuje především chováním a zčásti i jeho prožíváním. Rozdílnost mezi těmito dimenzemi vysvětluje genotypickým základem, jenž má vliv na odlišnou vzrušivost mozkové kůry. Kdy introverti disponují nižším podnětovým prahem než extroverti. Z tohoto důvodu extroverti vyžadují vyšší míru podráždění proto, aby došlo

k jejich optimální stimulaci. Tento rozdíl dle Eysencka spočívá v genotypickém základu. Fenotypická úroveň je postihnuta operacionálním vymezením extravertze, jež jsou zahrnuty v položkách jeho dotazníků (Blatný, 2010).

Typický extrovert je popisován jako člověk společenský, pohotový, impulzivní, hýřící optimismem, toužící po akci, změnách a komunikaci s ostatními. Vždy má připravenou na vše odpověď. Avšak je náchylným ke ztrátě trpělivosti a nálady se sklonem k agresi. Obtíž pro něj představuje kontrola citů a dostání svých slibů. Oproti tomu typický introvert je jeho protipólem preferující ústraní, čas strávený o samotě a důkladné plánování. Příliš nevyhledává vzrušení, nečekané změny plánů. Je člověkem trpělivým, spolehlivým, majícím své city pod kontrolou se spíše pesimistickým náhledem na svět. Jeho nálada bývá konzistentní a velmi zřídka bývá agresivní (Říčan, 2010).

Neuroticismus lze označit jiným pojmem jako labilitu k níž již zmiňovaným opozitem je stabilita. Jedná se o vlastnost, která byla odvozena od příznaků, jimiž se projevuje duševní porucha neuróza. Jedince, u něhož je vysoká pravděpodobnost vzniku neurózy lze popsat jako úzkostlivého, starostlivého, lehce podrážditelného, neklidného s nedostatkem sebedůvěry. Jeho city jsou velmi křehké a trpí pocity méněcennosti. Typické jsou pro něj také problémy se spánkem, noční můry, závratě a znervóznění z uzavřených prostor (Říčan, 2010). Eysenck v rámci své teorie následně použil názvy pro jednotlivé temperamenty známé od Hippokrata. Jsou jimi sangvinik, melancholik, flegmatik a choleric. Kdy sangvinik ve své povaze snoubí rysy extroverze a emocionální stability, melancholik je pojímán jako nestabilní introvert, flegmatik reprezentuje rysy stabilního introverta a choleric zastupuje poslední spektrum, a tedy extroverzi s emocionální nestabilitou (Cakirpaloglu, 2012).

Posledním vyvozeným je psychoticismus, jehož výskyt je poměrně nižší, než je u prvních dvou faktorů. Vyznačuje se rysy jako je agresivita, zbrkllost, antisociální jednání, insenzitivita, egoismus, nepřilíš empatie, avšak jsou jimi i některé druhy kreativity (Říčan, 2010).

### **2.1.3 Behaviorální teorie: Teorie sociálního učení**

Teorie sociálního učení vycházejí z předpokladu, že k osvojení násilného jednání dochází až v průběhu života prostřednictvím svých zkušeností, pozorováním chování ostatních lidí a sledováním násilných jevů obsažených v médiích. Tedy jedinec ze své podstaty nemá sklon

k násilnému jednání (Jedlička, 2015). Psycholog Albert Bandura k tomuto předpokladu, že děti se mohou učit agresi prostřednictvím pozorování, v 60. letech zrealizoval experiment s panenkou Bobo. Teorie sociálního učení, spočívající v pozorování ostatních a následném napodobování totožného chování, byla experimentem podpořena. Rovněž bylo vyvozeno, že u dětí bylo násilné chování propojeno s jejich přesvědčením, že takovéto jednání je přijatelné. Naznačen byl také dlouhodobý důsledek v podobě zvýšeného sklonu v situacích frustrace jednat agresivně (Cherry, 2022).

V návaznosti byla realizována další studie v roce 1965 v níž byl zahrnut aspekt odměny či trestu, jakožto důsledek zrealizovaného nepřátelského chování. Jehož stěžejním zjištěním bylo, že pravděpodobnost nápodoby agrese se u dětí snižuje, vidí-li negativní odezvu na takovéto chování někoho jiného, přestože se mu též přiučili (McLeod, 2024). Na tento experiment je však nutné nahlížet kriticky. Mezi výtky kritiků lze například zařadit podmínky, v rámci nichž byl realizován, a tedy násilí zde pozorované nelze bezprostředně přenést do podoby násilí v reálném světě. Další kritika faktorů ovlivňujících výsledky a nemožnost jejich zobecnění vychází ze specifického vzorku účastníků, zaujatosti výzkumníků, nemožnosti vyhodnotit dlouhodobé dopady, pouhé nápodobu chování dětmi bez opravdu agresivních záměrů ublížit či čiré snahu dětí potěšit dospělé bez reálné motivace projevit agresi (Cherry, 2022). Rovněž i Bandura (1973) dodává, že souvislost mezi trestem a eliminací násilí není zcela přímou a snadno objasnitelnou, jak se zprvu jevila. Svou roli sehrává nejen podoba trestu, ale také i další determinanty, mezi něž lze zařadit i jedincem zpozorovaný úspěch konkrétního chování (Bandura, 1973).

Bandura považuje za významné pro možnosti objasnění a predikce chování jedince zákonitosti platné v teorii učení se podmiňováním klasickým a operantní. Avšak dodává, že člověk disponuje možnostmi rozhodování se a seberegulace v oblasti vlastního chování. Výsledné chování jedince je ovlivněno řadou faktorů, mezi něž lze zařadit předešlé zkušenosti a domýšlení důsledků, které by přicházely po určitém jednání. Mezi jedincem a jeho okolím dochází tedy k vzájemnému ovlivnění, jedinec je sice ovlivňován vlivy prostředí, ale člověk tyto síly může kontrolovat a ovlivnit tak svůj osud. Tento jev nazývá Bandura recipročním determinismem. Centrem pak označuje „*Já – self*“, jehož jednou

z funkcí je právě regulace chování, k níž může docházet třemi způsoby: sebezpozáním, sebeuposuzováním a sebereakcí (Praško, 2009).

#### **2.1.4 Teorie nálepkování – Labelling theory**

Meadův symbolický interakcionismus posloužil jako výchozí koncept pro tuto teorii. V této teorii dominuje tvrzení, že až prostřednictvím sociálních procesů dochází ke vzniku deviantního a kriminálního chování v návaznosti na přiřknutí mu určitého významu. Kriminalita je tedy pojímána jako sociální etiketa, která je udělována institucemi pro formální kontrolu. Tématu se dále věnoval například psycholog Edwin Lemert, jenž dále rozlišuje deviaci primární a deviaci sekundární (Fischer & Škoda, 2014).

Deviaci primární lze označit porušení normy přijímané ve společnosti v důsledku původní příčiny. Její vznik ovlivňuje řada faktorů psychologických, sociálních, kulturních či fyziologických, které mohou být mezi sebou různě kombinovány. Z hlediska psychické struktury a stavu u dotčeného jsou však důsledky minimální (Lemert, 1972). Již v návaznosti na první takový čin je jedinec společností označen za devianta. Zásadním však zůstává, zda jedinec své označení přijme za své. Nastane-li taková situace, je možné hovořit o sebenaplnujícím proroctví (Urban, 2011).

Sekundární deviace je oproti primární deviaci reakcí jedince vzniklou v důsledku označení jejich chování za deviantní ostatními lidmi. Dalo by se tedy říct, že jsou jimi problémy ovlivněné stigmatizací, sociální kontrolou a segregací (Lemert, 1972). V tomto případě se jedinec dané označení počal akceptovat, přizpůsobil se mu a nadále již jedná v souladu s ním. Došlo u něj ke změně identity a celkové přeměně vlastního sebepojetí. V tomto procesu může člověka nezáměrně podpořit i jeho okolí či například i pobyt ve věznici, léčebně nebo výchovném ústavu (Urban, 2011).

Udělovateli těchto označení ať už zjevnými či skrytými jsou subjekty s mocenskou převahou. Jimiž jsou například jedinci movití, staršího věku, mužského pohlaví či příslušníci etnické většiny. Tito jedinci následně definují to, co je následně označováno za deviaci, ale tak udávají podmínky a metody jejich následného aplikování. K jejich šíření, modifikování a celkovému upevňování přispívají i další subjekty, například media či výchovně vzdělávací instituce. Vlivem labellingu může docházet ke stigmatizaci určitých osob nebo celých skupin (Havlík, 2015).



## 2.2 Motivace pro rizikové chování

Dle motivace a funkce autoři Kloep, Güney, Cok a Simsek rizikového chování rozčlenili do tří kategorií:

1. Nezodpovědné rizikové chování
2. Rizikové chování kontrolované okolím
3. Chování způsobené vyhledáváním vzrušení (Širůčková in Miovský et al., 2015b).

U nezodpovědného rizikového chování není záměrem zažití rizika samotného, nýbrž slouží jako prostředek k možnosti docílení něčeho jiného. Příkladem může být sexuální styk bez užití prezervativu. Jedinec před samotným aktem sice dokáže zcela realisticky zhodnotit dopady svého jednání, avšak pouze z tohoto důvodu se nevzdá tíženého požitku. Případně možná rizika si ani v daný moment neuvědomuje (Širůčková in Miovský et al., 2015b).

Druhá kategorie spočívá ve strachu jedince z potencionální ztráty sociální opory. Případně se jedná o motivaci zalíbit se vrstevnické skupině, být oceněn a přijat do kolektivu. Třetí kategorie se vyznačuje nalézáním nových výzev a následným testováním svých hranic. Typickým příkladem jsou adrenalinové či extrémní sporty (Širůčková in Miovský et al., 2015b). S rizikovým chováním v souvislosti se sportem v poslední době nesetkáváme již pouze v elitním sportu, ale také v rámci sportu rekreačního. Výjimkou není ani věková kategorie adolescentů. Rovněž i v této věkové skupině se setkáváme s problematikou užívání dopingu (Slepička et al, 2018).

## 2.3 Syndrom rizikového chování v dospívání

Dospíváním je nazýváno přechodné období mezi dětstvím a dospělostí. V průběhu toto období trávající od 10 do 20 roku věku nastává celková proměna osobnosti dotýkající se sféry psychické, fyzické a sociální (Vágnerová & Lisá, 2021). Z hlediska biologie jej lze definovat jako období počínající objevením prvních známek poukazujících na pohlavní zrání doprovázených růstovou akcelerací, zakončené rozvinutou reprodukční schopností jedince s ukončením jeho růstu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Při takovémto vymezení je však obtížné stanovit jedinou konkrétní věkovou hranici, neboť existuje interindividuální variabilitu, například se různí věk, při němž se objevují první sekundární pohlavní znaky. Rovněž je patrna také variabilita intraindividuální, tedy změny

psychické, fyzické a sociální nemusejí postupovat vždy v součinnosti. Například může nastat situace, kdy jedinec již disponuje abstraktním myšlením a kritickým náhledem na sebe i okolí, avšak nejsou prozatím patrné známky pohlavního zrání. S přihlédnutím k těmto variabilitám je však stále možné vyřknout přibližné věkové rozpětí dospívání od 11-12 let do 20-22 let, které je platné pro většinu jedinců v současných podmínkách rozvinuté společnosti. Dospívání je dále možné dělit na dvě období, tedy na období pubescence v rozmezí 11 - 15let, jenž se dále dělí na fázi prepuberty a fázi vlastní puberty, a období adolescence končící v přibližných 22 letech věku (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Do značné míry je průběh dospívání u jedince ovlivněn požadavky a očekáváními kladenými na něj společností, které vyvstávají z konkrétních kulturně-společenských podmínek. Jedinec se tedy vyrovnává s proměnou své vlastní osoby, ale také se proměňuje jeho vztah k ostatními lidem. Zároveň by měl rovněž naleznout a docílit uspokojivého sociálního postavení. Z hlediska Eriksonovy teorie lze toto období charakterizovat jako hledání vlastní identity (Vágnerová & Lisá, 2021). Jedná se tedy o jedno z rizikových období ontogeneze člověka, v rámci něhož může být celkový rychlý vývoj jedince doprovázen jeho lehkovážným, nesprávným, či dokonce rizikovým chováním (Machová et al., 2015).

V současném pojetí lze říct, že zkoušení některých rizikových forem chování je v jisté míře součástí tohoto vývojového stádia, a po jeho ukončení samovolně odeznívá. Zároveň jej u valné části dospívajících nelze označit za trestný čin. Volí jej z důvodu kompenzace svých aktuálních potřeb, mezi nimiž je například nutnost posílení svého sebevědomí, víry v sebe samého či začlenění se do kolektivu. Avšak s sebou přináší i potencionální hrozivé následky (Hamanová & Kabíček in Sobotková et al., 2014). Mezi tyto důsledky lze zařadit rozvoj závislosti na návykových látkách, předčasné ukončení studia, překročení zákonných norem či předčasnou graviditu (Hamanová & Csémy in Kabíček et al., 2014).

Již na počátku 50. let 20. století se psychologové více věnovali tomuto znatelnému nárůstu chování ohrožujícím zdraví. Právě Jessor na základě svého studia velkého množství adolescentů vyvodil určité zákonitosti a označil je syndromem rizikového chování v dospívání, dále jen SRCH-D. Naleznutelný též pod názvy jako risk-behavior syndrom (RBS) či problem behavior syndrom (PBS). SRCH-D představuje jakýsi souhrn projevů

v jejichž počátku stojí stejný základ. Tyto projevy se mohou, ale rovněž nemusí objevovat všechny současně. Lze je rozdělit do třech základních oblastí:

1. Abúzus návykových látek
2. Psychosociální oblast
3. Reprodukční oblast (Hamanová & Csémy in Kabíček et al., 2014).

V první oblasti je možné zaznamenat neblahý trend snižujícího se věku uživatelů společně s vyšším zastoupením ženského pohlaví. Do druhé psychosociální oblasti jsou zařazovány negativní jevy, jakými jsou například automutilace, sebevražednost, nepřizpůsobivost k novým životním podmínkám, rozvoj sociálních fobií, agresivní chování či trestnou činnost. Poslední oblast reprodukčního zdraví představuje svá rizika například v podobě předčasného zahájení pohlavního života, riziko nákazy sexuálně přenosnými nemocemi, hojně střídání sexuálních partnerů, anebo graviditu před 19. rokem věku označovanou jako předčasnou, neboť spolu nekorespondují potřeby vývinu plodu a stále dospívající dívky (Sobotková et al., 2014). Nezbytností je dospívajícím ukazovat a pomáhat hledat vhodnější alternativy, které jim rovněž budou kompenzovat jejich potřeby, aby se nemuseli uchýlovat k rizikovému chování (Hamanová & Csémy in Kabíček et al., 2014).

### **3 Sexuálně rizikové chování**

Sexualita je významnou komponentou lidského života v celé jeho délce, tedy již od dětství až po stáří (Šrámková, 2013). Lze ji definovat jako souhrn vlastností a jevů, popřípadě soubor projevů chování a citění, které jsou zapříčiněny rozdílností mezi pohlavími. Jedná se o rozdílnost psychickou i tělesnou, tedy anatomickou, hormonální, reprodukční. Ale také o rozlišné zaujímání sociálních rolí vlivem učení (Hartl & Hartlová, 2015). Součástí sexuality je nejen sexuální akt samotný, ale také se jedná o erotiku, požitek, intimitu a reprodukci. Rovněž zahrnuje i genderovou identitu a roli jedince a jeho sexuální orientaci. Všechny tyto součásti se odrážejí v myšlenkách, představách, tužbách, zaujímaných postojích, uznávaných hodnotách, osobních názorech, ale také v celkovém chování, realizovaných praktikách či vztazích. Nutno podotknout, že ne vždy jsou tyto dimenze však jedincem prožívány či projevovány (Collumbien et al., 2012).

Se sexualitou se též pojí i pojem sexuální normalita. Weiss definuje sexuální normalitu z hlediska sexuologie jako sexuální aktivity s nimiž partneři souhlasí, avšak zároveň jsou oba pro tento akt zralými z hlediska svého psychosexuálního a somatosexuálního vývoje, nejsou svými pokrevními příbuznými v přímé linii, a současně u nich v jejich důsledku nevzniká zranění fyzické ani psychické poškození. Přičemž v ní cíleně nezohledňuje další kritéria, jimiž jsou například pohlaví těchto partnerů a vzájemné vztahy panující mezi nimi, četnost sexuálních kontaktů či realizované praktiky (Weiss, 2008).

Rovněž je nezbytným si objasnit pojem sexuální zdraví, který nelze definovat jako pouhou nepřítomnost nemoci, disfunkce či vady. Neboť se jedná se o komplexní stav fyzické, emocionální, mentální a sociální pohody vztažený k sexualitě. Pro jeho naplnění je nezbytné k sexualitě a sexuálním vztahům přistupovat pozitivně, avšak s respektem. Současně mít možnost sexuálních zážitků, které však budou bezpečnými a pro osobu příjemnými bez jakéhokoliv nátlaku, násilí či diskriminace (Collumbien et al., 2012).

Pojem sexuálně rizikové chování představuje celkový soubor behaviorálních projevů přicházejících v souvislosti se sexuálními aktivitami představujícími pro jedince dokazatelný nárůst mnohých rizik, jimiž jsou například i rizika sociální a zdravotní. Nutno dodat, že se v populaci může jednat o poměrně frekventovaný fenomén (Miovský in Miovský et al., 2010). Podoby tohoto fenoménu mohou být různorodé. Jedná se například o promiskuitní chování, provozování pohlavního styku bez ochrany s náhodnými známostmi a další rizikové sexuální praktiky. Setkáváme se s ním také v kombinaci s dalšími rizikovými projevy jako je sexuální zneužívání či rizikový sexuální styk ve spojitosti s užíváním návykových látek. Dále se může jednat také o zasílání a zveřejňování intimních fotografií či videí, představujících riziko následného zneužití (Miovský et al., 2012).

Negativní dopady rizikového sexuálního chování zasahují současně několik sfér života jedince. Negativní ovlivnění se může dostavovat ihned v moment dopouštění se takového jednání, ale také až s časovým odstupem. Z hlediska psychického vývoje dětí dochází k posunu hodnotové škály a emočnímu oploštění. Psychologicko-sexuální oblast je taktéž zasažena. Může docházet k upřednostňování patologických sexuálních aktivit. Svůj podíl rovněž může nést v celkové nezralosti v oblasti psychosexuální. Dále přináší svá rizika v oblasti zdraví, kdy významně roste riziko pohlavních onemocnění či těhotenství. Poslední

neméně zasaženou je sociální oblast, a to v podobě navazování neadekvátních či nekvalitních vztahů (Szotkowski et al., 2020).

### **3.1 Promiskuitní chování**

Pojem promiskuita pochází z latinského slova *promiscuus* v překladu znamenající promíchaný. Promiskuita tedy označuje typ sexuálního chování, pro které je typické hojné a nahodilé střídání sexuálních partnerů bez vzniku nějakých závazků. Pověšinou se takto označuje chování konkrétního jednotlivce. Tímto pojmem může být označen i jev střídání partnerů v rámci skupiny, avšak s tím se setkáváme méně často (Smolík, 2010). V současnosti se pojem používá v různých kontextech. Například může hovořit o pravidelném střídání mnohých partnerů, s nimiž má promiskuitní osoba sex. Rovněž v kontextu pohlavních styků na jednu noc s náhodnými známými, případně také k označení sexuálních styků s jedinci mající různé pohlaví (Resnick, 2022). U mládeže je považovaná za rizikový celkový počet přesahující pět sexuálních partnerů (Machová et al., 2015).

Dle sociologické encyklopedie může sexuální promiskuita vznikat v důsledku příčin trojího typu. První z nich je zvýšená sexuální apetence. Zadruhé lze hledat původ ve specifických komplexech daného jedince či neurózách. Za třetí může být hledána příčina v normách, jež jsou nastaveny u dané skupiny potažmo společnosti, s nimiž se následně jedinec identifikuje a následně dle nich jedná. Velmi často do konfliktu se skupinou, v níž není promiskuita běžnou normou, se dostávají jedinci buď s mentální retardací, ale také jedinci nezdrženliví, u nichž neproběhla dostatečná socializace. Tedy často je možné shledat souvislost mezi takovýmto chováním a výchovným zanedbáním způsobeném disfunkční rodinou (Markusová, 2017).

U adolescentního jedince chovajícího se promiskuitně může docházet až k situacím, kdy předjímá souhlas se sexuálním aktem ze strany všech nových partnerek. Načež nebývá následně schopen respektovat odmítnutí, které by pro něj znamenalo odložení vlastního uspokojení. Vnímá je tedy pouze jako jakýsi sexuální objekt. Uchýlit se proto může až k jejímu citovému vydirání. Dlouhodobé preference konzumního životního stylu může být podpořit jeho přidružeností k vrstevnické skupině mající rovněž nevhodné nastavení

hodnotového systému. Z tohoto důvodu je nezbytným v rámci edukace podporovat sebeúctu, pečlivé rozhodování a svědomitost v této sféře (Brihcín in Kabíček et al., 2014).

Promiskuitní chování může být rovněž jmenováno jako jeden z vlivů, které se podílejí na vzniku nádorů děložního čípku a hrdla. Mezi dalšími faktory lze jmenovat také brzké započetí pohlavního života, onemocnění AIDS, vysoký počet potratů a porodů, ale také užívání návykových látek a celkové zhoršené socioekonomické podmínky. Ve spojitosti se střídáním sexuálních partnerů je zcela nezbytným v rámci edukace zdůrazňovat nezbytnost používání kondomu (Šrámková, 2015). S rostoucím počtem sexuálních partnerů rovněž roste pravděpodobnost rozvoje celé řady dalších zdravotních rizik. Je nutno si uvědomit, že při užití kondomu nejsou rizika zcela nulová, neboť může během aktu dojít k jeho protržení či poškození vlivem vyšších teplot či při využití zvlhčujícího prostředku, v jehož složení je tuk. Tedy opravdu bezpečný sex lze zajistit pouze věrností partnerovi, který nemá sexuálně přenosné onemocnění (Brihcín in Kabíček et al., 2014).

### **3.2 Prostituční chování**

Pojem prostituce vychází z latinského slova prostituere. Vykládán je jako aktivita, při níž jedinec dává své tělo na odív, odhaluje své vnady a genitálie, popřípadě poskytuje veřejné smilstvo. Až v období pozdního středověku se počíná využívat k označení jedinců poskytujících transakční sex, za něž si nechávali platit peníze (Vaničková, 2007). V současnosti je prostituce pojímána jako sexuální styk hetero i homosexuálně orientovanými jedinci, konaný za účelem zisku výhod, financí či materiálního ohodnocení (Weiss et al., 2010).

Provoz prostituce je v České republice z hlediska legislativy vymezen předpisem č. 40/2009 Sb. Trestního zákoníku. Konkrétně se jedná o § 190 Prostituce ohrožující mravní vývoj dětí, dle kterého hrozí trest odnětí svobody ve výši až dvou let tomu, kdo ji provozuje v blízkém okolí školy, školskému i jinému zařízení sloužícímu k pobytu a návštěvám dětí. Odnětí svobody až ve výši tří let, zákaz činnosti či propadnutí věci hrozí tomu, kdo v takovém místě zajišťuje provoz prostituce. Dochází-li k recidivě takového činu či je realizován na více místech zároveň, může být trest odnětí svobody až ve výši pěti let (Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2023).

V České republice však neexistuje žádný další zákon upravující podmínky poskytování sexuálních služeb výměnou za finanční odměnu. Z čehož vyplývá, že prostitute sama o sobě není trestný čin a zároveň jejímu provozovateli dle zákona nevznikají žádná omezení či povinnosti. V okolních se setkáváme s různými přístupy k tomuto „nejstaršímu řemeslu“ například v Polsku, Litvě či Irsku je zakázána zákonem. Naopak jako druh profese je brána v Rakousku, Spolkové republice Německo nebo Nizozemsku (Koliba in Koliba et al., 2019).

Prostituci je možné též pojímat jako typ sexuální promiskuity z důvodu zisku. Doprovázena však může být i řadou dalších nežádoucích jevů, mezi které lze zařadit násilí, obchodování s lidmi či profitování ze sjednané prostitute (Bělík et al., 2017). Mezi významná nežádoucí rizika poskytování sexuálního styku za úplatu lze zařadit všechny negativní aspekty promiskuity. Tedy rizika nákazy pohlavně přenosným onemocněním či naplánovanou graviditu u žen (Hanušová-Tlačilová in Dunovský et al., 2005). Neméně významnými jsou i morální dopady (Bělík et al., 2017). Nelze opomenout ani významnou psychickou zátěž pro prostitujícího jedince. Existuje zde významné riziko narušení sebepojetí mnohdy ještě více posílené společenskou stigmatizací (Weiss et al., 2010).

### **3.3 Předčasné zahájení pohlavního života**

V životě každého adolescenta je první pohlavní styk významným mezníkem, a to nejen z biologického hlediska, ale také po psychosociální stránce. Neboť je subjektivně vnímám jako přechod do dospělosti (Vágnerová & Lisá, 2021). Názory týkající se stanovení ideální věkové hranice pro zahájení pohlavního života se různí. A to nejen z hlediska historických období, ale také v rámci jednotlivých zemí a jejich kultur. Což je také patrné z rozlišných věkových hranic stanovenou pro tento akt rozlišnými právními systémy zemí světa. V rámci Evropy zcela nejnižší stanovenou hranicí má Vatikán, a to na 12 let (Weiss et al., 2010).

Legální zahájení pohlavního života v České republice je stanoveno hranicí 15 let. Tato hranice je upravena zákonem č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku, konkrétně se jedná o § 187 Pohlavní zneužití, v rámci něhož je vykonání soulože s osobou mladší 15 let či její jakékoliv jiné pohlavní zneužití trestáno odnětím svobody pachatele v rozmezí jednoho až osmi let. Tento čin může být potrestán vyšší sazbou trestu odnětí svobody, je-li vykonán na osobě svěřené k doзору či ze zneužití svého postavení nebo závislosti dítěte. Rovněž vyššího

potrestání se dostane pachateli i v případě, že v důsledku takového činu je způsobena újma na zdraví či smrt (Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2023).

V 90. letech 20. století došlo k zastavení celkového trendu snižování věku první soulože. V našich současných podmínkách se tento věk ustálil jak u mužů, tak i u žen v průměrném rozmezí 17-18 věku života (Weiss et al., 2010). Nehledě na tento věk, a především přestože je zákonem stanovena hranice 15 let, jsou v České republice rovněž mnozí, kteří svůj sexuální život zahajují již ve 13-14 letech (Spilková, 2013). K takovému jednání mají ponejvíce sklon citově deprivovaní jedinci, u kterých došlo v dětství k výchovné újmě (Brihcín in Kabíček et al., 2014).

Zahájení takovýchto aktivit v brzkém věku představuje pro jedince významná rizika a odráží se v celkovém stavu sexuálního zdraví (Imlaufová in Kabíček et al., 2014). Jednu z nejlépe formulovaných definic sexuálního zdraví uvedla Světová zdravotnická organizace roku 1975 znějící: „*Sexuální zdraví představuje takový souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.*“ (Uzel, 2006, str. 5).

Předčasné zahájení pohlavního života však s sebou přináší i řadu rizik mezi nimiž lze například jmenovat vznik prekancerózy u dívek (Spilková, 2013). Z důvodu, že v patogenezi nádorů děložního hrdla hrají svou roli především vysoce rizikové typy lidského papilomaviru (Roztočil et al., 2011). Rovněž se však tento jev pojí i se zvýšenou promiskuitou, tedy vysokou frekvencí střídání sexuálních partnerů, či zvýšeným rizikem a výskytem sexuálně přenosných onemocnění (Spilková, 2013).

Z hlediska biologické stavby organismu dívek můžeme jmenovat i další rizikové faktory. Významnou roli zde hraje nezralost děložního čípku související se snadnějším průchodem infekcí nacházejících se v pochvě. Čím se zvyšuje riziko přenosu nejen sexuálně přenosných nemocí, ale také fyziologické poševní mikroflóry. Jejíž přenos se dále může podílet na vzniku zánětů vejcovodů nebo pánve. Nelze opomenout také doposud nedovyvinutou celkovou i slizniční imunitní obranu mladého organismu v boji s infekcí. V neposlední řadě je významným rizikem též možné těhotenství, na nějž není dospívající dívka prozatím připravena (Imlaufová in Kabíček et al., 2014).



Rovněž nelze opomenout nezralost v oblasti psychosociální a socioekonomické, patrnou stejnou měrou u obou pohlaví. Jak zdůraznil i Erik Erikson dospívání je obdobím zrání osobnosti. Jehož součástí je objevení své vlastní identity a uspořádání si stupnice hodnot. Zmiňovaný krok je nezbytným pro možnost dalšího vývoje, tedy schopnosti intimity. K zastavení tohoto procesu však může dojít právě brzkým započítím sexuálního života či užíváním drog (Machová et al., 2015).

Určitou zralost osobnosti taktéž vyžaduje i aplikace antikoncepce a prezervativu ochraňující před přenosem STD. Což je i jeden z důvodů čteného selhání antikoncepčních metod. Udáváno je až desetinásobně zvýšené selhání v období dospívání oproti dospělým uživatelům (Imlaufová in Kabíček et al., 2014).

### **3.4 Předčasná erotizace**

Dle metodického dokumentu vydaného MŠMT je jedním z uváděných typů rizikového sexuálního chování rovněž jmenována i zvýšená konzumace pornografických materiálů jedinci mladšími patnácti let věku, jakožto jedna z forem předčasného zahájení pohlavního života (Jonášová, 2015). Po roce 1989 byla ve veřejných médiích otevírána i do té doby tabuizovaná témata lidské sexuality. Na povrch se dostávala například témata pedofilie či pornografie. Proměnu prodělala také oblast komerčního sexu, kdy významně vzrostla pouliční prostituce, otevíraly se erotické kluby a sexshopy, rovněž vznikaly i erotické linky a pornografie již byla volně dostupnou a prodejnou (Koliba in Koliba et al., 2019).

V současnosti je šíření pornografie upraveno v zákoně č. 40/2009 Sb. § 191. Konkrétně v druhém odstavci lze nalézt, že odnětím svobody dosahující výše až dvou let, zákazem činnosti či propadnutím věci bude potrestán ten, kdo dítěti zpřístupní, nabídne či přenechá pornografické dílo v jakkoliv podobě. Zároveň takto bude potrestán i ten, jenž takovéto dílo ponechá na místě přístupném dítěti, nebo mu je jiným způsobem vystavuje, zpřístupňuje (Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2023). Dle Úmluvy o právech dítěte, jak je uvedeno v článku 1, je za dítě považována každá lidská bytost, která je mladší osmnácti let, u níž dle právního řádu nebylo zletilosti dosaženo dříve (Sdělení č. 104/1991 Sb. úmluva o právech dítěte, 2010).

V současnosti je však přístupnost pornografického materiálu na webových stránkách opatřena pouze varováním, že tento obsah je určen pouze osobám starším 18 let, načež pro vstup i dětem mladším tohoto věku postačuje pouhé potvrzení. Proto zde významnou roli hraje zamezení přístupu, dohlédnutí a případné zablokování stránek ze strany rodičů, potažmo vyučujících. V opačném případě se může jednat o postižitelný trestný čin dle §201 Ohrožování výchovy dítěte Trestního zákoníku (Jindrová, 2012).

Předčasná erotizace je jednou z soudobých obav vyvstávajících ve vztahu dětí k pornografii. Současná mladá generace disponuje větším množstvím sexuálních informací a dezinformací, než tomu bylo dříve, a to především v důsledku rozvoje informačních a komunikačních technologií. Celková vyšší sexuální angažovanost mládeže sebou přináší i vyšší míru výčitek svědomí a pocitů viny. Rovněž se více musejí zabírat hledáním odpovědí na otázky týkajících se jejich sexuality. Což představuje i značně vyšší psychickou zátěž (Weiss et al., 2010).

Dostupnost sexuálních témat na internetu s sebou přináší i mnohá další negativa. Snadná dostupnost pornografie, existence erotických seznamek a služeb se mohou podílet na vzniku nereálných očekávání, která nelze běžně naplnit mimo internet. Takovýmto podpořením sexuálním představ může docházet k nevyhovujícímu sexuálnímu aktu s reálným partnerem, neboť se zdá fádním při porovnání se sledovanou podobou online (Koliba in et al., 2019). Takto mylné představě podléhají poměrně snadno právě adolescenti ve věku 15-18 let. Po shlédnutí usuzují, že se jedná o reálné vyobrazení, avšak prostřednictvím pornografie je velmi často předáván zkreslený pohled nejen na lidskou anatomii, ale také provozované aktivity (Uzel, 2014).

Informace týkající se sexuality jsou nezbytné pro celková utváření dovedností a postojů mládeže. Přístup dětí k erotickým explicitním materiálům by zajisté neměl být umožněn bez nezbytného náležitého poučení. Materiály vyobrazující tyto aktivity ve spojitosti s násilím, by zajisté měly být zcela vyloučeny. Před mládeží by však nedevariantní sexuální aktivity neměly být skrývány či dokonce pojímány jako určité tabu a nepatřičnost. Než pouhá tabuizace tohoto tématu je z hlediska vývoje dětské sexuality účelnější adekvátní sexuální výchova. Kladoucí důraz na to, že pornografie není jakousi pobídkou či návodem k předčasnému zahájení sexuálního života (Weiss et al., 2010).

### 3.5 Násilné a krvavé sexuální praktiky

Mezi typy rizikového sexuálního chování lze zařadit také krvavé sexuální praktiky, popřípadě i anální styk (Machová et al., 2015). Anální styk lze bezpochyby zařadit mezi sexuální praktiky představující zdravotní nebezpečí, neboť tato aktivita představuje zvýšené riziko přenosu sexuálně přenosných nemocí. Nutné je dále zohlednit i obecnou estetiku a hygienu. Během aktu mohou vznikat ve sliznici konečníku malé trhliny, prostřednictvím nich se do organismu snáze dostávají nejen STI, ale i další infekce. Nehledě na bolestivost a nekomfortní pocity jej doprovázející v případě nedostatečného zvlhčení a pozvolného rozšiřování konečníku (Uzel, 2014).

Při porovnání análního styku s vaginálním je zřejmé významně vyšší nebezpečí, které souvisí nejen s již zmiňovanou prorazitelností samotné sliznice, ale svou souvislost má též s vlastnostmi sliznice střev. Jedná se o imunologický orgán disponující aktivní schopností vycytávat viry. Taktéž mnohem snáze přenos STI během análního styku unikne pozornosti nakaženého. Mezi další rizikové praktiky lze zařadit například krvavé sadomasochistické aktivity, při kterých dochází do kontaktu sliznice nejen s tělním sekretem, ale také s krví (Weiss et al., 2010).

Sadismus a masochismus jsou dvě rozlišné sexuální deviace. Avšak můžeme se setkat s jejich společným pojmenováním jako sadomasochismus, který je klasifikován v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) – 10 pod označením F65.5. Toto sloučení je z důvodu podobné oblasti sexuálního zájmu, a také z důvodu shodných rekvizit v případě masochismu a fetišistického sadismu (Zvěřina, 2003). Jsou však i jedinci preferující obě tyto role, měnící je dokonce i v rámci jednoho sexuálního styku. Setkávat se s nimi můžeme u heterosexuálně i homosexuálně orientovaných jedinců (Weiss, 2008).

Sadismus a masochismus jsou řazeny mezi deviace v aktivitě specifické poruchou ve způsobu, jakým u jedinců dochází k jejich sexuálnímu vzrušení a následnému uspokojení. Dominance a kontrola nad objektem sexuálních tužeb je typická pro sadismus. K uspokojení takovýchto jedinců je nezbytný blahý pocit naprosté moci nad obětí, doprovázený fyzickým a duševním utrpením druhé osoby. Oproti tomu u masochismu je jedinec vzrušován svým absolutním odevzdáním se sexuálnímu partnerovi. Ke vzrušení dochází ve spojitosti s vlastním utrpením a ponižováním (Gregor in Turčan et al., 2012).

Nutné je však dodat, že se vždy nemusí ihned jednat o nepřijatelnou deviaci. Své místo může mírná bolest nalézat i ve standartních sexuálních aktivitách. Nejčastěji se poté setkáváme s takzvaným partnerským sadomasochismem, kdy tyto aktivity preferují oba účastníci a nedostavují se proto ani pocity studu a viny. Nezbytným je však vzájemný souhlas (Weiss, 2008).

V případě donucení k sexuálního styku je tento akt klasifikován jako trestný čin § 185 Znásilnění se stanovenými trestními sankcemi vymezené v zákoně č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku. Znásilnění je zde definováno následovně: „*Kdo jiného násilím nebo pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu styku, nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti, ...*“ (Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2023). Pro přispění ke zvýšení ochrany oběti a celkovému zefektivnění boje proti sexuálnímu násilí byla vládou 20. prosince 2023 schválena redefinice trestného činu znásilnění pojatá konceptem nekonsenzuálního pohlavního styku, tedy ne znamená ne. Tedy každá soulož, orální i anální styk s nímž jeden z účastníků nesouhlasí případně nesouhlas projeví srozumitelně navenek prostřednictvím slov, fyzického odporu, pláče apod., je dle této nové koncepce považován za znásilnění (Řepka, 2023). Rovněž i sexuální nátlak různých podob je klasifikován jako trestný čin § 186 se stanovenými trestními sankcemi (Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2023).

### **3.6 Sexting**

Sexting, někdy též naleznutelný pod českým výrazem „sextování“, spočívá v posílání fotografií, videí a textových zpráv mající sexuální obsah. Významnou hrozbou je zanechání již nesmazatelné kyberstopy (Hulanová in Kabíček et al., 2014). Nezbytným je si uvědomit zákonné vymezení. V České republice je sice zákonem stanovena hranice 15 let, od níž je již povolen pohlavní styk, avšak až od 18 let je legitimním pořizovat intimní materiál. Za intimní materiál jsou považovány jednak fotografie a videa, ale také se jedná o sdílení různých příběhů a fantazií s touto tematikou. Tedy obsahuje-li tento zhotovený materiál dítě mladší 18 let, lze jej označit jako dětskou pornografii. Vlastnění a případné další nakládání s dětskou pornografií je upraveno v zákoně č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku. Rovněž je v tomto zákoně upraveno i zneužívání dětí k jeho výrobě či jakékoliv podílení se na

pornografickém představení, jehož účastníky jsou i děti. Všechny jmenované situace jsou tvrdě sankciované (Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2023; Kožíšek & Písecký, 2016). Zaznamenány jsou mnohé případy, vyskytující se i v České republice, kdy docházelo k šíření dětské pornografie prostřednictvím sextingu. V takovýchto případech jako první zaslal svou fotografii či video nezletilý a následně byl tento materiál rozeslán dále (Hulanová in Kabiček et al., 2014). Jedná se o tzv. Youth-Produced Sexual Images, kdy sama mládež jednak pořizuje své materiály se sexuálním kontextem, a také je následně šíří a zveřejňuje především prostřednictvím sociálních sítí. V mnoha zemích je popisované jednání považováno za nelegální tvorbu dětské pornografie, s čímž souvisí i možné riziko budoucího ohrožení aktéra (Szotkowski et al., 2020).

Z výzkumu, jehož se účastnilo celkem 4878 dětí v průměrném věku 14 let žijících v České republice, vyplývá, že celkem 74% účastníků považuje sexting za rizikový. Osobní zkušenost se zasíláním zpráv obsahujících erotický obsah či dokonce postováním fotografií a videí intimního rázu má celých 15%. Sexting je tedy poměrně hojně vyskytovaným jevem i ve věkovém rozpětí 8-17 let. Avšak více než 7% dětí k jeho provozování bylo přinuceno druhou osobou. Dokonce třetina z nich však připouští potencionální zdráhání se svěřením někomu dalšímu v případě zneužití zmiňovaného materiálu. Ke svěřením se rodičům by přistoupilo jen 38% dětí (Kopecký & Szotkowski, 2017).

Přesto však celých 15% z nich má osobní zkušenost se zasíláním zpráv obsahujících erotický obsah či dokonce sdíleli své fotografie a videa. Svěřením by se v případě zneužití zdráhala až jedna třetina z nich.

Zasláním intimních fotografií či videí se jedinec vystavuje vysokému riziku, že tyto materiály budou zneužity adresátem. Z adresáta se rázem stává potencionální útočník, který je může lehce využít k vydírání, manipulaci či šikaně. Již zveřejněné intimní fotografie a videa na internetu mohou být vytaženy na světlo až po uplynutí řady let od jejich pořízení. Povšimnout si jich mohou blízcí či kolegové ze zaměstnání, což může zapříčinit určitou ztrátu prestiže jejich pořizovatele a následné problémy. Rovněž se může stát obětí kyberšikany či sexuálního útoku. Takto případy sextingu vystupňované v kyberšikanu mohou končit i tragickou sebevraždou jejich obětí. Příkladem může být případ jedné

z prvních obětí sextingu v roce 2008. Obětí zde byla Jassica Renee Logan, jejíž nahé fotografie rozeslal její bývalý přítel po rozchodu (Sztokowski et al., 2013).

V minulosti došlo k nalezení a potvrzení mnohých souvislostí mezi sextingem a dalšími rizikovými jevy. Spojitost byla nalezena s rizikovým sexuálním chováním, a to zejména v počtu sexuálních partnerů a provozování pohlavních styků bez ochrany. Mezi dalšími rizikovými jevy lze jmenovat užívání návykových látek či riziko rozvoje suicidálního sklonu (Sztokowski et al., 2020).

### **3.7 Styk bez použití kondomu**

Styk s nejistým partnerem bez užití prezervativu se řadí mezi příznaky rizikového sexuálního chování. Nejistým partnerem je míněn jedinec, u něho nelze zcela jistě vyloučit jeho infekci. V takovém případě kondom neslouží pouze jako antikoncepční metoda bránící nechtěnému těhotenství, ale především významně snižuje riziko přenosu většiny sexuálně přenosných onemocnění (Machová et al., 2015).

V literatuře se můžeme setkávat s řadou různých názvů označujících skupinu těchto nemocí. Označovány mohou být jako: pohlavní nemoci – PN, pohlavně přenosné nemoci či nákazy – PPN, pohlavně přenosné infekce – STI či pohlavně přenosné nemoci - STD. Zkratky pohlavně přenosných infekcí/nemocí jsou odvozeny z anglického názvu Sexually Transmitted Infections/Diseases. V současnosti se nejvíce setkáváme se zkratkou STD, avšak nejvíce doporučováno je označení sexuálně přenosné infekce. Neboť pojmy nákaza a infekce mají širší význam více vystihující většinu nemocí, které se vyznačují svou bezpříznakovostí (Resl & Kuklová in Resl et al., 2019).

Pohlavně přenosných infekcí je v současnosti známa celá řada. Někdy je mezi nimi vymezována jedna skupina nazývaná tzv. klasické pohlavní nemoci. Skupinu zastupuje celkem pět nemocí a to: kapavka, syfilis, měkký vřed, lymfogranuloma venereum a granuloma inguineale (Čevela et al., 2009). Všechny tyto nemoci podléhají povinnému hlášení upravenému vyhláškou č 306/2012 Sb., § 1 Způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění s výjimkou infekcí spojených se zdravotní péčí, druhý odstavec, bod e). Dle kterého podléhá hlášení nejen výskyt tohoto onemocnění, ale již i podezření z něj. Vyjma těchto pěti onemocnění jsou hlášeny i nemoci způsobené původci virových akantomů. Dále

je zde upraveno, že tiskopis „Hlášení pohlavní nemoci“ je nutné podat v případě úmrtí či podezření na úmrtí na zmiňovaná onemocnění (Vyhláška č. 306/2012 Sb., 2023).

S hlášením rovněž souvisí realizace depistáže a dispenzarizace. Depistáž spočívá v záměrném vyhledávání a vyšetření osob s nimiž měl nakažený sexuální kontakt. Dispenzarizace je systém kontrolních vyšetření, která podstupuje osoba léčená s pohlavně přenosnou nemocí. Nezbytnou součástí je také poučení klienta. Získaná data jsou vedena v národním registru pohlavních nemocí. Registr obsahuje informace o podezření a výskytu daného onemocnění či nákazy s označením jejího zdroje. Dále jsou zde uchovávány také informace o úmrtí na pohlavně přenosné nemoci. Informace jsou následně předávány Světové zdravotnické organizaci (Čevela et al., 2009).

### **3.7.1 Prevence sexuálně přenosných infekcí**

Sexuálně přenosné infekce s sebou přinášejí významné negativní následky. Jedinec se v jejich důsledku může potýkat s pracovní neschopností, významnými zdravotními dopady na organismus či sekundárně vzniklou infertilitou. Zároveň jsou významné i celospolečenské ekonomické důsledky, morální a etické dopady. Proto je nezbytné zaměřit se na zdravotní výchovu v této oblasti (Resl, Salavec & Zákoucká in Resl et al. 2019). V rámci vzdělávání je nezbytné vést jedince nejen zodpovědný přístup k sexu, ale také podporovat vytvoření si zdravého postoje k svému tělu a interpersonálním vztahům (Jonášová, 2015).

Z hlediska celé společnosti jsou významné aktivity jako: realizace screeningu gravidních žen a dárců biologického materiálu, screening STI rizikových populací, vyšetření a kredeizace všech novorozenců, povinné hlášení STI dle zákona, profylaktická vakcinace a realizace celkové sexuální výchovy. Významnou roli hraje též spolupráce mezi jednotlivými obory medicíny (Slezáková et al., 2017).

Základem profylaxe STI je především dodržování zásad „bezpečného sexuálního styku“ Především tedy minimalizace střídání sexuálních partnerů, a naopak používání prezervativu (Resl, Salavec & Zákoucká in Resl et al., 2019). Při použití kondomu je nezbytné si uvědomit, že se nejedná o stoprocentní jistotu zamezení přenosu infekce, avšak stále je jedinou antikoncepční metodou toto riziko alespoň snižující. Dále je vhodným vyhybat se navazování náhodných sexuálních známostí, nezahajovat předčasně pohlavní život a

dodržovat partnerskou věrnost. Zcela nezbytnou je však jistota, že ani jeden z páru není infikován již v době započetí intimního života (Machová et al., 2015). Toto ujištění lze získat testováním STI, které zajišťuje praktický lékař, venerolog, gynekolog, urolog či lékaři na infekčním oddělení. Preventivní služby nabízejí i některé specializované organizace. Navštívit lze například Dům světla provozovaný Českou společností AIDS pomoc (Jonášová, 2015).

### **3.7.2 Pohlavně přenosné nemoci bakteriálního původu**

#### **Granuloma inguinale – granuloma venereum - donovenóza**

Původem Granuloma inguinale je gramnegativní bakterie typu kokobacil jejíž původní pojmenování znělo *Calymmatobacterium granulomatis*, avšak později byla zjištěna její větší podobnost s druhem *Klebsiella*. Z tohoto důvodu byla v roce 1999 překlasifikována a pojmenována jako *Klebsiella granulomatis* comb. Nov. (Santiago-Wickey & Crosby, 2022). Celkový výskyt onemocnění je poměrně ojedinělý s klesajícím trendem. Nejvíce se s ním můžeme setkat v Austrálii, Jižní Africe, Zambii, Papui Nové Guinee, ale také i v Indii, Bralii nebo v Peru (Záhumenský et al., 2015).

K přenosu především dochází pohlavním stykem. Zaznamenány byly také kazuistiky infikování se prostřednictvím fekálií a situace nákazy dítěte buď přímo při porodu, nebo ve starším věku během sezení na klíně dospělé osoby. Rovněž nízký socioekonomický status a nedostatečné hygienické návyky lze zařadit mezi rizikové faktory pro šíření. Nutné je podotknout, že k přenosu nákazy dochází pomalu (Santiago-Wickey & Crosby, 2022).

#### **Klinický obraz**

První příznaky přicházejí přibližně za týden od kontaktu s infikovanou osobou. V některých případech však k plnému projevu dochází až s odstupem tří měsíců. Prvního příznaku je poměrně snadné si nepovšimnout, neboť se jedná zpravidla nebolestivou papulu. Naleznout ji lze nejvíce na genitáliích, méně také v ústech či v okolí análního otvoru v případě, že tyto části těla byly využity při sexuálních praktikách. Prvotní pulpa se postupně přeměňuje ve třech stádiích. Nejprve dochází k jejich rozšiřování a vystopování, s čímž se pojí poškozování okolní tkáně. Tkáň následně přeměňuje svou barvu na růžovou až světle zčervená. Z pulp vzniklé nebolestivé hrbolky mající sametovou texturu krvácejí pouze při



vnějším poranění. Pro druhou fázi je typická eroze kůže a vznikají v ní mělké vředy. Obvod rozšiřujících se vředů obklopuje granulovaná tkáň. Tento děj někdy také bývá doprovázen obtěžujícím zápachem. K prohlubování vředů a k jejich přeměně v jizvu dochází ve třetím stádiu (DiMaria, 2018).

### **Léčba**

Donovenózu je možné diagnostikovat na základě přímé mikroskopie stěru z celého povrchu léza. Ojedinele se rovněž využívá kultivace, avšak není ji možné využít zcela rutinně. Zvolit lze také PCR vyšetření. Cílené vyšetření by zároveň měli podstoupit všichni sexuální partneři a partnerky za období posledního půl roku. Následná léčba spočívá v aplikaci antibiotik. Konkrétně se jedná o azithromycin jak zaznělo v roce 2010 v evropském doporučení. Lze jej nahradit například cotrimoxazolem, doxyvyklinem či erythromycinem, který je vhodný při léčbě těhotných žen (Záhumenský et al., 2015).

### **Kapavka – gonorrhoea – gonorea**

Původcem onemocnění zvané kapavka je gramnegativní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*. Specifikem tohoto patogenu je rychlý úhyn mimo lidský organismus. Má zvýšenou citlivost k podmínkám vnějšího prostředí. Poločas jeho dělení trvá jen 15 minut (Záhumenský et al., 2015).

Způsobem přenosu je takřka výlučně pohlavní styk. Zřídka kdy dochází k přenosu nákazy do oka neomytou rukou, avšak pouze u nemocného se silným výtokem, pokud nejsou dodržovány zásady hygieny. U novorozenců se takovému postižení očí je možné předejít vykapáním očí antibiotiky nebo antiseptiky ihned po porodu, jedná se o tzv. kredeizaci (Resl et al., 2021).

Lze ji zařadit mezi jednu z nejčastěji se vyskytujících sexuálně přenosných nemocí. Jakožto vysoce nakažlivé onemocnění je povinně hlášeno a léčeno. Data Světové zdravotnické organizace poukazují roční přírůst 98 milionů nově nakažených v každém roce. K přenosu nejvíce dochází mezi mladými lidmi v období 20. roku života (Michalíková, 2022).

### **Klinický obraz**

Novorozenci mohou kapavku získat během svého průchodu porodními cestami od nakažené matky. Mezi příznaky můžeme zařadit hnisavý zánět obou spojivek, zánět hltanu, zápal plic

způsobený gonokokem a diseminovanou infekci. Z důvodu mnohdy bezpříznakového průběhu nemoci jsou preventivně novorozencům podávány antibakteriální kapky do spojivkového vaku (Michalíková, 2022).

U dospělých se příznaky významně liší dle pohlaví. Mezi příznaky u mužů lze zařadit akutní zánět přední části močové trubice spojený s hnisáním. Nekomfort rovněž pociťují při močení – dysurie. Oproti tomu u žen se velmi často setkáváme s asymptomatickým průběhem. Dojde-li však k projevu příznaků, pak se jedná o vulvovaginální infekci doprovázenou výtokem z vagíny, či hnisavý zánět děložního čípku. Rozvinout se také mohou další komplikace například endometritida, vznik infertility či těhotenství mimo dělohu (Göpfertová et al., 2013).

### **Léčba**

Vzorek pro testování se odebírá z místa domnělého výskytu infekce. Kupříkladu je proveden výtěr z krku či stěr z močové trubice. Na základě zrealizovaného testování – PCR, mikroskopické, kultivační dochází ke stanovení diagnózy. Z důvodu celosvětově stále rostoucí rezistence bakterií se k léčbě využívají antibiotika vždy společně s dalšími léky. Délka léčby se odvíjí od stádia nemoci. Klient dále musí dodržet sexuální abstinenci po dobu několika týdnů. Rovněž se v průběhu léčby bedlivě sledován a v závěru léčby se podrobuje kontrolním testům pro ověření vyléčení (Michalíková, 2022).

### **Lymphogranuloma venereum**

Lymphogranuloma venerum je chlamýdiovou infekcí způsobenou původcem zvaným *Chlamydia trichomatis*, sérovar  $L_1, L_2, L_3$ , který je schopen pronikat pouze narušenou sliznicí. Zprvu se jednalo pouze o endemickou nemoc oblastí tropů a subtropů. Jednalo se například o Asii, Afriku či Jižní Ameriku (Štork et al., 2013). Do Evropy a Severní Ameriky se rozšířila v roce 2013. Česká republika kdysi zaznamenávala pouze ojedinělé importované případy. V roce 2014 bylo u nás zaznamenáno 44 případů. K přenosu dochází pohlavním stykem bez ochrany, možnost nákazy představuje také používání sexuálních pomůcek více lidmi (Záhumenský et al., 2015).

## **Klinický obraz**

Inkubační doba trvá v rozmezí 3-30 dní, vyskytly se však i případy s jejím značně delším trváním. Prvními příznaky primárního stádia jsou papuly a herpetiformní ulcerace v oblasti genitálií a na kůži je obklopující (Galský & Hobstová, 2012). Papuly nejsou bolestivé. Vzniklé defekty a eroze se zpravidla do týdne bez povšimnutí hojí. Onemocnění se významně šíří mezi muži mající anální sex s muži. Pro takovéto klienty je jedním z nejafektovanějších projevem proktitida. Proktitida se manifestuje bolestí v okolí konečníku, pocity nucení na stolicí a výtoky obvykle s obsahem krve (Záhumenský et al., 2015).

V sekundárním stádiu dochází k rozšíření chlamydie do okolních uzlin. Rozšíření nastává přibližně za dva týdny. Vzniká lymfadenitida. Povrch kůže je nejprve zarudlý, poté mění svou barvu přes červenofialovou až na hnědočervenou. Střed uzliny postupně kolikuje. V konečném důsledku může vznikat až tzv. bubo, stav, kdy dochází k samovolnému proděravění abcesu, z něž následně vytéká. Rovněž mohou vznikat píšťale. Proces šíření infekce je doprovázen dalšími příznaky, například horečkou, nechutí k jídlu, slabostí. Terciární stádium nastává v horizontu let u neléčených jedinců. Projevem jsou striktury oblasti genitálu potažmo rekta. Dochází také k obstrukci lymfatických cév, v jejímž důsledku nastává elefantiáza genitálu (Galský & Hobstová, 2012). Pokud absence léčby má dlouhého trvání, tak v konečném důsledku může vést až k celkové destrukci ledvin (Záhumenský et al., 2015).

## **Léčba**

Diagnostikování onemocnění je založeno na provedení serologického vyšetření a komplementfixační reakci ve spojitosti s vysokým titrem protilátek. K léčbě je využíván dexycyklin 200 mg/den podávaný perorální cestou. Druhou variantou je podávání antibiotika erytromycin 2g/den v trvání 21 dní (Štork et al., 2013).

## **Syfilis – příjice – lues**

Syfilis byla dříve též nazývaná „opičí nemocí“ z důvodu několika stádií vyznačujících se různorodými příznaky podobných odlišných nemocí (Dibonová in Koliba et al., 2019). Původcem je bakterie spirochéta *Treponema pallidum*, pro níž je typická citlivost na vlivy

zevního prostředí a není možné ji kultivovat. Stádium latence, primární a sekundární stádium infikovaného člověka představuje jediný zdroj nákazy pro ostatní (Göpfertová et al., 2013).

K přenosu může dojít třemi způsoby. První možností je pohlavním stykem, kdy pravděpodobnost nákazy při nechráněném pohlavním styku s infikovaným představuje až 50% riziko. Druhý přenos je transplacentárně hrozící především u matky, která není léčena či je léčena neadekvátním způsobem. Třetím způsobem je přenos krví, jenž hrozí například při užití kontaminované jehly, anebo podáním transfuze krve, která nebyla předem vyšetřena, s čím se můžeme setkat především v rozvojových zemích (Göpfertová et al., 2013).

Syfilis je jednou z nemocí podléhajících zákonným opatřením spočívajících v povinném hlášení spojených s depistáží a dispenzarizací. Současný výskyt syfilis je celosvětovým problémem. Ročně přibývá po celém světě více než 12 milionů nově hlášených případů. Incidence dosahuje různých čísel dle specifik regionů. Česká republika v roce 2013 zaznamenávala okolo 710 nových případů za rok (Záhumenský et al., 2015). Nejvíce se jedná o mladé lidi 20-49 roku života, kteří jsou sexuálně aktivními. Ve větším zastoupení jsou jimi muži (Záhumenský et al., 2015).

### **Klinický obraz**

Dle typu přenosu můžeme onemocnění rozlišit na vrozenou syfilis a získanou syfilis. Projevy vrozené syfilis jsou malformace plodu tzv. Hutchinsonovo trias. Hrozí rovněž i potrat (Göpfertová et al., 2013). Dále můžeme rozlišovat dvě formy vrozené syfilis – časná a pozdní. Časná forma, někdy též označována jako syfilis kojenců, jsou zprvu postiženy některé orgány – kosti, slezina, játra, kůže. Projevem může být též luetická rýma, která je vysoce infekční. Lehčí příznaky mohou u kojenců ustanout. Po pár letech se mohou však objevit příznaky obdobné třetímu stádiu u dospělých jedinců. Pozdní forma se u dětí projevuje v období mezi sedmým a devatenáctým rokem života. Specifické je rovněž poškození vnitřních orgánů, postižení rohovek a zubů, ale také hluchota, ohnuté bérce do tvaru šavle, sedlovitý nos, či neurosyfilis (Machová et al., 2015).

Oproti tomu u neléčeného jedince se získanou syfilis jsou postupně rozvíjena tři stadia onemocnění. Inkubační doba bývá v rozmezí deseti dní až tří měsíců, nejvíce se

jedná o časový odstup tří týdnů (Göpfertová et al., 2013). Pro primární stádium je zejména typickým tvrdý vřed (ulcus durum) soliterně umístěný, dosahující v průměru rozměru 1-2 cm a jeho okraje jsou nepodmíněné. Spodina je tuhá, lesklá a zbarvená do růžovočervené barvy. Tvrdý vřed je nebolestivý a je doprovázen jednostranným zduřením lymfatických uzlin, jež je rovněž nebolestivé. Z 90% je lokalizován na genitálu. První projevy mohou být také léze nalezitelné v rektu, okolí rekta a ústech zasahující madle a vnitřní stranu rtů. Výjimečně může být naleznut také na prstech horní končetiny. K zahojení neléčeného vředu dochází do šesti týdnů. Pokud byl léčen, tak se doba zkracuje na jeden až dva týdny. V místě lokalizace vředu nebývá patrná jizva. Zduření uzlin ustupuje do jednoho měsíce (Kuklová et al., 2011).

Sekundární stádium přichází přibližně v 9. týdnu. Dochází k výraznému šíření infekce kardiovaskulárním systémem. Vně se šíření projevuje vyrážkou na trupu (roseola syhilitica). Postiženy jsou také dlaně a plosky nohou červenými skvrnami, a dokonce i plochými papulami, jejichž okraje se někdy mohou odlupovat. Dalším příznakem mohou být též candylomata lata, nacházející se na genitálu či v oblasti konečníku. Candylomata lata jsou ploché papuly zbarvené v odstínu kůže. Jejich povrch je vlhký až macerovaný a jsou velmi infekčními. Projevy jsou rovněž doprovázeny nespecifickými příznaky v podobě zvýšené tělesné teploty, bolesti kloubů a svalů, zvýšenou únavou a zduřením uzlin. Ke spontánnímu odeznění vyrážky dochází do několika týdnů. Nastává období recentní latence, kdy je jedinec sice bez klinických projevů, avšak v jeho krvi se stále vyskytuje treponema, je tedy infekčním. Mezi další příznaky lze zařadit také zvětšení tonsil na jedné straně či vypadávání vlasů, čímž vznikají na hlavě typická lysá ložiska – alopecia areata. Zřídka se v tomto stádiu může objevit i postižení očního nervu a nervu rovnovážného (Záhumenský et al., 2015).

Mezi sekundárním a terciálním stádiem nastává již zmiňované stádium latence. Dle délky jej lze rozlišit na časné a pozdní. Dva roky dlouhé trvání (délka dvou let je stanovena uměle) od přenosu infekce je typické pro období časné latence. V této době je klient bez klinických příznaků, avšak je infekčním, což se potvrdit pouze na základě sérologických testů. Po uplynutí oněch dvou let se již stává neinfekčním, avšak nastává řada možných komplikací (Záhumenský et al., 2015).

V terciálním stádiu je typická lokalizace infekce v různých soustavách například v CNS, cévní soustavě, pohybově-opěrné či trávicí. Uvnitř jednotlivých orgánů soustav se vytvářejí

tvrdé hrbolky – gummata, jejichž střed měkne a vytéká z něj tekutina žlutého zbarvení s lepkavou konzistencí. Různost lokalizace s sebou přináší odlišné dopady na organismus. Například zasažení zadních kořenů míšních – tabes dorsalis je doprovázeno vystřelující bolestí, postupnou ztrátou reflexů, problémy s chůzí, problém se zrakem či hluchota. Do tohoto stádia se dostává přibližně jedna třetina případů, které nepodstoupily léčbu. Pro progresivní paralýzu jsou typické především neurologické a psychopatologické příznaky. Osobnost jedince postupně změněna, nedbá o své zavření a nedodržuje společenské návyky. Zasažen je intelekt, dochází ke změně povahy, kolísání nálad. Objevují se i bludy, halucinace a dezorientace. Následuje otupělost, neschopnost dodržování základních hygienických návyků, časté jsou samovolné zlomeniny a dekubity. Celkový metabolický rozvrat vede ke smrti (Machová et al., 2015).

### **Léčba**

Úspěšnost léčby je podmíněna brzkým diagnostikovaním nemoci venerologem, který za pomoci mikroskopického nátěru identifikuje bakterie. Pro možnost využít toto vyšetření je nezbytné, aby se klient vyvaroval dezinfikování vředu a aplikaci jakýchkoliv léčiv například antibiotické masti svépomocí (Machová et al., 2015).

K léčbě je využívána antibiotika penicilin, která jsou klientům podávána parenterálně. V případech alergie na penicilin jsou využívána makrolidová antibiotika, u této alternativy však byla zjištěna rezistence. Rezistentní kmeny spirochety *Treponema pallidum* bohužel převládají v řadě vyspělých zemích. Do budoucna potenciálně rozvoje další rezistence představuje hrozbu pro udržení nemoci pod kontrolou, což by rovněž mělo neblahý vliv na zdravotní stav populace na všech kontinentech. Sledování těchto vývojových trendů a dalších STD je zcela nezbytné, neboť brzká diagnostika a realizaci léčby ulcerativních STD je jedním z prostředků prevence šíření viru HIV a onemocnění AIDS (Kuklová, 2012).

### **Měkký vřed – *ulcus molle* – chancroid**

Měkký vřed někdy též naleznutelný pod názvem chancroid či v latinském znění jako *ulcus molle* byl od onemocnění syfilis prvně odlišen až roku 1852, přitom jeho první popisy jsou zaznamenány již z dob starověkého Řecka. Roku 1890 byl identifikován původce této exotické infekce. Jedná se o bakterii typu kokobacil, který je gramnegativní. Vyznačuje se svou obtížnou kultivací. Původně endemické onemocnění z oblasti tropů a subtropů se však

rozšířilo do celého světa. Díky rozkvětu zdravotnické péče společně s prevencí a antibiotickou léčbou jej však dostali pod kontrolu. V České republice proběhlo poslední hlášení tohoto onemocnění před třiceti lety. Oproti tomu rozvojové země, mezi něž lze zařadit Afriku či Asii jsou měkkým vředem značně zasaženy i dnes. Avšak monitoring situace je v současnosti nedostatečný (Zákoucká, 2018).

### **Klinický obraz**

Inkubační doba trvá v rozmezí 3-7 dní. Po uplynutí této doby se u obou pohlaví vytvoří v okolí konečníku červená papul. U žen se rovněž vyskytuje na vulvě a děložním hrdle. Mužům se vytvoří mimo okolí konečníku také na penisu. Mimo oblast genitálií a análu se vyskytují velmi ojediněle. Papula se poměrně záhy přeměňuje na pustulu. O pár dní později praská a vzniká z ní vřed, jehož okraje jsou neostré a podmiňované. Dále se vytváří hnisavý sekret na spodině vředu. Vředů se může najednou vytvořit ihned několik a jsou pro jedince velmi bolestivé. Zhruba v 50-90% je také popisován výskyt inguinální lymfadenopatie zpravidla jednostranná. Vředem smíšeným tzv. Rolletovo vředem označujeme výskyt ulcus molle společně s luetickým vředem (Záhumenský et al., 2015).

### **Léčba**

Pro stanovení správné diagnózy je nezbytné provést biologické vyšetření. Konkrétně se realizuje kultivace a mikroskopování. Pro možnost pozorování morfologie bakterie je nezbytné na mikroskopické podložní sklíčko nanášet odebraný materiál rolováním vatové tyčinky v jednom směru. Pouze při tomto postupu bude možné pozorovat typické krátké řetízky tvořené z několika tyčinek. Léčba je následně realizována za pomoci azitromyconu, erytromycinu a ceftriaxonu (Resl et al., 2021).

### **3.7.3 Pohlavně přenosné nemoci parazitárního původu**

#### **Svrab – scabies**

Infekční onemocnění svrab je zapříčiněno roztočem nazývaným zákožka svrabová. Samci tohoto parazita se vyskytují na povrchu epidermis svého hostitele. Pokud se vyskytnou mimo něj, tak hynou do 3 dnů. Samice dosahující délky 0,3 mm se po oplodnění zavrtávají do epidermis. V epidermis následně kladou 40-50 vajíček do jimi předem provrtaných

chodbiček o rozměru 0,5-3 cm. Larvy se následně líhnou do 3-5 dnů od naklazení. Dospělý jedinec se z larvy vyvíjí v rozmezí 10-21 dnů a přežívá další 4-6 týdnů (Resl et al., 2021).

K přenosu postačí pouze jedna jediná již oplodněná samička, z tohoto důvodu se jedná značně nakažlivé onemocnění. Mezi cesty přenosu lze zařadit sexuální styk, tělesný kontakt v řádu několika minut, užívání shodných lůžkovin a ručníků s osobou mající svrab. Proto bývá často postižena celá rodina, či celá skupina klientů v jednom zařízení například v domově pro seniory (Parálová, 2011).

### **Klinický obraz**

První příznaky u jedince, který se s tímto onemocněním setkává poprvé životě, se objevují přibližně za dva až pět týdnů. Jedná-li se už o opakovanou expozici zákožce svrabové, tak je tento interval zkrácen i na pouhý jeden až čtyři dny. Mezi stěžejní příznaky lze zařadit vyrážku doprovázenou úporným svěděním zesilujícím především v nočních hodinách. (Johnson & Yetman, 2022). Jedná se o pouhým okem viditelné pupínky červeného zbarvení umístěné po dvou vedle sebe. Pověštinou bývají zakryté strupy. Jedná se o začátek a konec esovité chodbičky vybudované zákožkou (Resl et al., 2021).

Vyrážku lze u dospělých a dětí staršího věku nejčastěji nalézt na horních končetinách v oblasti podpažní a loketní jamce, na zápěstí a mezi prsty. Dále se vyskytuje na trupu především v okolí bradavek a pasu. Výjimkou není ani oblast genitálu a hýždí. Oblast krku, hlavy a plošky chodidel bývají postiženy u malých dětí, imunokompromitovaných jedinců, zřídka kdy i u starých lidí. Rovněž hrozí sekundární infikování, pokud dochází k hojnému škrábání při svědění. V dané oblasti následně vznikají vředy léčitelné antibiotiky (Johnson & Yetman, 2022).

### **Léčba**

Stanovení diagnózy je založeno na zjištění anamnézy a následného klinického vyšetření. Zřídka kdy dochází k zachycení zákožky svrabové v histologickém preparátu. Jednou z možností diagnostikování představuje také digitální dermatoskop (Parálová, 2011).

Hlavním cílem je jedinec parazita, ale také zamezit možnému vzniku nové nákazy. Léčbě se musí podrobit současně celá rodina případně kolektiv, ve kterém se onemocnění vyskytlo. Léčba tkví v aplikaci masti na tělo jedenkrát za den po dobu tří dnů, u malých dětí je nutné



ji nanést i na obličej. Součástí masti je vazelína se sírou s koncentrací 10-20%, pro děti je koncentrace nižší 2,5%. Příkladem užívaného preparátů je permethrin. Doporučovaným postupem je večerní omytí celého těla s mýdlem. Poté pečlivé natření těla mimo hlavy. Následné ráno provést rovněž koupel v teplé vodě. Po ukončení třídenní procedury je nezbytné vyvařit ložní prádlo i osobní ideálně, nebo alespoň vyprat. Následně podrobit úklidu i zbytek bytu. Nevypratelné látky odnést na chemické vyčištění či je ponechat nenošené minimálně tři týdny (Resl et al., 2021).

### **Trichomoniáza – Trichomoniasis**

Název infekčního onemocnění trichomoniáza je odvozen od jejího původce *Trichomonas vaginalis* s českým názvem bičenka poševní. Tento prvok přežívá v anaerobním vlhkém prostředí, má hruškovitý až kulovitý tvar a je vybaven celkem pěti bičíky, z nich čtyři směřují dopředu a jeden je na opačném konci opatřen undulující membránou. K přenosu prvoka téměř vždy dochází pohlavním stykem. Riziko infikování prostřednictvím vody, kontaminované textilie či při porodu novorozence je velmi malé z důvodu prostředí vyhovujícímu bičence poševní. Trichomoniáza je označována jako nejčastěji pohlavně přenášená choroba s celosvětovým výskytem. Roční předpoklad nových případů je odhadován až na 180 milionů (Parálová, 2011).

### **Klinický obraz**

Klinický obraz se liší dle pohlaví. Valná většina mužů onemocnění na sobě nezpozoruje, neboť má asymptomatický průběh. Ojedinele se mohou dostavit příznaky spojené se zánětem močové trubice. Později muži se symptomatickým průběhem postihuje zánět prostaty. Průběh onemocnění u téměř poloviny žen bývá rovněž bez příznaků. Druhá polovina první příznaky může zpozorovat ihned dalšího dne, ale i až za tři měsíce po infikování se. Polovina žen zaznamenávající příznaky popisuje zhruba v 60% výtok, dále v 36% zápach a v 33% pálení. Výtok bývá bělavý až šedý, husté konzistence a zpeněný. Konkrétní popis se však může lišit i u jedné konkrétní ženy v průběhu onemocnění. Další příznaky mohou být spojeny s močením. Zaznamenán byl také popis abdominální diskomfort či bolest při pohlavním styku (Záhumenský et al., 2015).

## **Léčba**

Pro možnost stanovení diagnózy je nezbytné provést průkaz bičenek poševních. Využívány jsou k tomu mikrobiologická vyšetření, konkrétně kultivace a mikroskopie, při níž jsou ideálně zhotovovány nativní preparáty z důvodu nápadné pohyblivosti trichomonád. Vyjma těhotných žen v prvním trimestru je následně podáván per os Metronidazol. Rezistence prvoka vůči této látce sice byla popsána, avšak v praxi je zcela minoritní. Pověšinou se jedná o opakované infikování se z neidentifikovatelného zdroje. Léčbu musí postoupit vždy všichni aktuální sexuální partneři a partnerky klienta a s nimi i jejich další sexuální partneři a partnerky (Čepický, 2018).

### **3.7.4 Pohlavně přenosné nemoci virového původu**

#### **Genitální herpes – herpes genitalis**

Patogenem způsobujícím genitální herpes jsou herpes viry typu I. a II (HSV I., HSVII.). obsahující genom v podobě dvouvláknové DNA. Rozmnožování herpetických virů probíhá výhradně v napadených buňkách hostitelského organismu. Nezbytně k tomu totiž potřebují transkripční a translační aparát hostitelské buňky. Vytvořenou bílkovinu ihned zabudovávají do svého virionu. Sférické viriony dosahují velikosti až 120–220 nm. K zisku lipoproteinového obalu dochází při pučení viru ven z jádra buňky. Virus se následně dostává do mezibuněčného prostoru a pokračuje v napadání okolních buněk (Záhumenská, 2014).

Rozdíl mezi HSV I. a HSV II. je především v části těla, kterou nejvíce postihují. Agens HSV I. především zasahuje oblast ústního otvoru a obličej celkově – tzv. orální herpes. Manifestuje se opary a puchýřky, které jsou doprovázeny horečkou. Takzvaný genitální herpes způsobuje především HSV II. Zasaženou oblastí je tedy genitál a jeho nejbližší okolí – konečník, hýždě a stehna na své vnitřní straně. Nezbytně je však zdůraznit, že k přenosu obou těchto typů HSV může dojít jak genitální, tak i orální cestou. Tedy pokud ke kontaktu ústního otvoru s genitáliemi je možné, aby došlo k přenosu HSV I. a následnému onemocnění genitálním oparem. Opačná situace, kdy HSV II. způsobuje opary v okolí ústního otvoru jsou rovněž možné, avšak v mnohem menší frekvenci (Raypole, 2023).

K přenosu dochází, pokud došlo k přímému kontaktu zdravé osoby s infekčními opary, slinami či jinými tělními sekrety osoby nakažené. Nejedná se tedy výhradně o sexuální styk.

Šíření infekce nastává také při líbání či bezprostředním dotyku oparu rukou a následném sáhnutí na svou tvář nebo genitál. Zřídka kdy dochází také k přenosu prostřednictvím sdílených hygienických pomůcek nebo nádob a náčiní určených ke konzumaci potravin. Onemocnění je poměrně hojně rozšířené, což vychází i z dat Světové zdravotnické organizace (WHO). Dle WHO v roce 2016 bylo HSV I. zasaženo 67% lidí mladších 50 let a virem HSV II. přibližných 13% lidí ve věkovém rozmezí 15 let až 49 let. První příznaky se u prvního setkání s virem objevují do pár dní až týdnů (Raypole, 2023).

### **Klinický obraz**

První onemocnění genitálním herpesem je doprovázeno výsevem mnoha serózní tekutinou naplněných puchýřků. Z prvních puchýřků odloučením povrchového krytu později vznikají vředy způsobující jedinci bolest. Vředy lze nalézat nejen na genitáliích, ale také v jejich okolí. Díky čemuž někdy dochází k záměně za herpes zoster. Prvotní příznaky jsou doprovázeny zvýšenou únavou, malátností a zvýšenou teplotou. Retence moči a akutní neuropatická bolest, objevující se v oblasti hráze či dolních končetin, jsou rovněž možnými nepříjemnými komplikacemi. Zřídka můžeme pozorovat komplikovanou dysurii, infekci močových cest či serózní meningitidu. Na opakovaný návrat onemocnění – recidivující genitální onemocnění zprvu poukazují prodromální příznaky. Průběh onemocnění není doprovázen celkovými příznaky, či se objevují jen ve velmi malé míře. Následný výsev je přibližně 10x menšího rozsahu. Při diferenciální diagnostice je nezbytné brát v potaz, že příznaky ani vředy nemusejí mít své charakteristické zaměření (Holub et al., 2019).

### **Léčba**

Existuje mnoho cest ke stanovení diagnózy HSV. První variantou je odběr vzorku přímo z vředu, který je následně podroben vyšetření v laboratoři. Například se může jednat o jeho mikroskopování či kultivaci. DNA viru HSV je možné identifikovat za pomoci PCR testu. Variantou je rovněž odběr vzorku krve klienta, v níž je možné naleznout imunitním systémem vytvořené protilátky. Včasné zahájení léčby je zcela zásadním pro zvýšení účinnosti léčby (Kaye, 2022).

Vhodnými léky jsou aciclovir a valaciclovir. Jedná se o nukleosidová analoga, které je nezbytné podat nejpozději do 6 dnů od prvního výsevu. S delším časovým odstupem má

smysl při vzniku nových lézí. Léky jsou podávány nejméně po dobu 5 dnů, potažmo i déle v případě potřeby. Dalšími možnostmi léčby je podávání analgetik především pro snížení symptomatických příznaků. Klient rovněž může provádět oplachy postižené oblasti či podstupovat sedací koupele s analgetickým či dezinfekčním účinkem. Dochází-li u klienta také k retenci moči je možné provést po nezbytně nutnou dobu katetrizaci. Indikace antivirotik je využívána především u opakovaných návratů onemocnění (Záhumenský et al., 2015).

### **Human immunodeficiency virus – virus lidské imunodeficiency**

Retrovir lidské imunitní nedostatečnosti (HIV) je vyvolavatelem smrtelného onemocnění s názvem syndrom získaného selhání imunity se zkratkou AIDS pocházející z anglického pojmenování Acquired Immunodeficiency Syndrom. Tento RNA vir existuje ve dvou typech HIV-1 a HIV-2 s dalšími deseti subtypy značenými písmeny A-J (Resl, Zákoucká, Kuklová, Salavec in Resl et al., 2019). S typem HIV-1 je původcem celosvětové pandemie, oproti tomu s méně progresivním typem HIV-2 se především setkáváme ve vybraných lokalitách západní Afriky (Záhumenský et al., 2015).

Tento retrovirus se vyznačuje svou extrémní plasticitou a schopností mutace. Zároveň je citlivý vůči zvýšeným teplotám. Inaktivovat ho sice nelze ionizujícím ani UV zářením, avšak účinnými jsou běžně dostupné dezinfekční prostředky. V současnosti WHO odhaduje celosvětový výskyt infikovaných až na 35 milionů osob. V České republice infikování se virem a následné onemocnění AIDS podléhá povinnému hlášení. V časovém rozmezí od roku 1985 až do 30. června 2022 bylo u nás zachyceno celkem 4755 jedinců nakažených HIV a 846 osobám bylo diagnostikováno onemocnění AIDS (Hamplová, 2022).

K přenosu HIV může docházet třemi způsoby. Z nichž nejvýznamnější je přenos prostřednictvím homosexuálního i heterosexuálního styku, při kterém je více pravděpodobná nákaza ženy od muže. Riziko nákazy rovněž zvyšuje narušení integrity sliznice. Neméně rizikovou cestou přenosu krev a jí kontaminované nástroje, jehly, stříkačky narkomanů, ale též předměty běžně užívané v domácnostech, jako jsou zubní kartáčky či žiletky (Hamplová, 2022). Avšak zaschlé krevní skvrny již nejsou infekčními (Resl, Zákoucká, Kuklová, Salavec in Resl et al., 2019). V rámci zdravotnictví dochází v rozvojových zemích již od poloviny 80. let 20. století ke kontrole krve, jejích produktů a dalších dárcovských

biologických materiálů, díky čemuž je riziko takřka minimální (Hamplová, 2022). Sérologickému vyšetření HIV dle zákona podléhají například i dárci spermatu. Dárcovské sperma je následně zmrazeno po dobu půl roku a následně je opětovně testováno na přítomnost protilátek HIV. K použití je následně uvolněno až při opětovné negativitě (Roztočil et al., 2011).

Posledním typem je přenos z nakažené matky na plod či dítě, k němuž může docházet transplacentárně, perinatálně či kojením mateřským mlékem. Z tohoto důvodu gravidní ženy v rozvinutých zemích podstupují screening a v případě infikování je prováděna chemoprophylaxe (Hamplová, 2022). Přenos viru nepřímým kontaktem například prostřednictvím předmětů, vzduchu, vody, potravou či hmyzem doposud nebyl doložen. Stejně tak nejsou rizikové ani slzy, sliny, moč a bronchiální sekret infikovaného jedince (Göpfertová et al., 2013).

### **Klinický obraz**

Celkový průběh onemocnění lze rozdělit do čtyř stádií. První stádium je doprovázeno symptomy podobnými chřipce. Dochází k zduření lymfatických uzlin, bolesti svalů, zvýšení tělesné teploty. Může se vyskytovat i vyrážka (Slezáková et al., 2017). V nově infikovaném organismu se virus dostává do krve, kde napadá CD4+ lymfocyty. Následně dochází ke spojení jejich receptoru CD4 s glykoproteinovým výběžkem viru a přechodu RNA viru do buňky. Kde dochází k zabudování této genetické informace za pomoci reverzní transkriptázy do DNA hostitelské buňky (Machová et al., 2015).

Druhé stádium není doprovázeno žádnými příznaky, avšak i přesto je vysoce infekční. Trvá zpravidla 2-15 let (Slezáková et al., 2017). Ukončeno je náhlým podnětem. Impulsem může být napadení organismu jinou infekcí, změnou hormonů či otěhotněním, načež dochází k produkci viru v buňce a jeho šíření do dalších CD4+ lymfocytů. Postupně dochází k úbytku napadených lymfocytů spojeného s klesající obranyschopností imunitního systému (Machová et al., 2015). Rovněž i toto stádium přetrvává řadu let. Pověštinou v něm bývá započata léčba antiretrovirotiky. Jedinec na sobě může pozorovat projevy například v podobě pásového oparu či moučnivky (Slezáková et al., 2017).

Poslední čtvrté stádium je provázeno opět horečkami, výrazným úbytkem na váze, průjmy. Docházet může k postižení nervů a činnosti mozku či nádorovým onemocněním (Slezáková et al., 2017). Což je způsobeno právě v důsledku selhání imunitního systému. V tento moment již nehovoříme o infekci HIV nýbrž o onemocnění AIDS. Organismus je postihován rozsáhlými oportunními infekcemi (Machová et al., 2015). Pneumonie vyvolaná *Pneumocystis jirovecii*, typickou pozvolným nástupem, lze zařadit mezi jednu z nejčastěji se objevujících oportunních infekcí. Obdobně jako pneumonie způsobená virem COVID-19 zasahuje zejména plicní intersticia. Šance na zléčení se zvyšují s časným zahájením léčby. V opačném případě mohou být následky i fatálními (Jilich in Jilich & Kulířová et al., 2021). *Toxoplasma gondii* vyvolává jednu další hojně se ve střední Evropě vyskytující oportunní infekcí již je encefalitida. Fokální postižení centrálního nervového systému způsobují prvotní příznaky encefalitidy rozlišné dle lokalizace zánětlivých lézí. Mezi příznaky lze zařadit epileptické záchvaty, obrnu nervů, problémy se zrakem či náhlé bezvědomí. I přes odpovídající léčbu jedince i nadále zůstávají trvalé následky (Jilich in Jilich, Kulířová et al., 2021). Mimo již zmiňované komplikace může docházet ve čtvrtém stádiu také k rozvoji demence, kachexie, opakované pneumonie či wasting syndrom. V důsledku těchto komplikací život jedince s AIDS končí smrtí (Machová et al., 2015).

### **Léčba**

Po infikování se virem se délka inkubační doby pohybuje v rozmezí 2-8 týdnů, nejčastěji v časovém rozpětí 2-4 týdnů. Nejpozději do 3 měsíců od nákazy se u všech jedinců v organismu počínají vytvářet protilátky (Resl, Zákoucká, Kuklová, Salavec in Resl et al., 2019). Z důvodu délky inkubační doby se realizuje diagnostika sérologickými testy s názvem ELISA až s časovým odstupem 2-3 měsíců uplynulých od data potencionální nákazy. Rovněž je nezbytné realizovat pre- a posttestové poradenství (Turčan in Turčan et al., 2012). Poradenství neboli tzv „counseling“ je zaměřen především na motivování pacienta a zároveň získání jeho důvěry (Resl, Zákoucká, Kuklová, Salavec in Resl et al., 2019). Mimo testů ELISA je možností potvrzení diagnózy testy na antigen p24. Testy ELISA mohou v některých případech vycházet falešně pozitivní, například v době těhotenství u ženy, z důvodu jejich nízké specifity. Následně je proto nezbytné realizovat další konfirmační

testy. Sdělení pacientovi finální diagnózy je záhodno až po jejich pozitivním výsledku (Turčan in Turčan et al., 2012).

Samotná terapie je zacílena na zpomalení průběhu šíření infekce HIV v organismu a s tím spojený imunodeficit (Záhumenský et al., 2015). Díky dostupné a efektivní terapii v současnosti virus HIV nemusí pro infikovaného jedince představovat razantní zkrácení a zhoršení kvality jeho života. Využívány jsou pro ni antiretrovirotika různých lékových tříd, mezi nimiž jsou farmaka inhibující virové enzymy proteázy, integrázy či reverzní transkriptázy. Jedná se také o skupiny léků zabraňující přichycení a samotnému proniknutí partikule do buňky infikovaného člověka. Jedná se o trvalou léčbu, jejíž hlavním cílem je dosáhnout dlouhotrvajícího a kompletního útlumu množení viru v organismu. Tedy úplného vyléčení v podobě eradikace viru z organismu není možné antiretrovirotiky dosáhnout, neboť jimi není možné ovlivnit tzv. klidové virové populace. Při přerušení či ukončení terapie by následovala replikace viru HIV s níž se pojí již zmiňované negativní dopady. Spolupráce infikovaného jedince je zcela zásadní, neboť nedůsledné déletrvající neužívání představuje riziko vzniku rezistentních kmenů viru a s tím se pojící neúčinností farmak (Jilich in Jilich, Kulířová et al., 2021).

### **Infekce HPV – lidské papilomaviry**

Papilomavirů rozeznáváme velké množství, z nichž 40 typů je významných z hlediska lidského zdraví. Tyto viry obsahující dvoušroubovicovou DNA jsou schopny infikovat lidská epitel a sliznici především v oblasti genitálií a análního otvoru. Rozdělit je lze do dvou skupin na základě onkogenního potenciálu, a to na první skupinu vysoce rizikových (HR) a druhou skupinu níže rizikových (LR). Viry jsou přenášeny takřka výhradně pohlavním stykem. Infekce HPV je jednou z nejčastějších infekcí přenášených právě sexuálním stykem. Zaznamenávají se však i případy vertikálního přenosu z matky na dítě či prostřednictvím kožního kontaktu. Nejvíce náchylnou oblastí pro rozvoj infekce je přechod dlaždicového a cylindrického epitelu. Zmíněný přechod lze nalézt v oblasti konečníku, hltanu a děložního hrdla. V těchto oblastech jsou následně napadány keratinocyty viry (Fait, 2020).

### **Klinický obraz**

Příznaky se objevují po uplynutí 2-3 měsíce dlouhé inkubační doby s jejím rozpětím 1-20 měsíců. LR HPV u jedinců nejčastěji způsobují bradavice na genitálu či benigní léze. HR

HPV, někdy též nazývány jako onkogenní typy, jsou jednou z příčin karcinomu cervixu u žen. Určité asociace jsou naleznutelné i s karcinomy hráze, konečníku, jícnu či kůže. Celkový model vzniku karcinomů však není zcela znám. Určitou roli zde zajisté hrají i jisté rizikové kofaktory (Göpfertová et al., 2013).

Velmi významnou roli o celkovém povědomí o této infekci hrála možnost vakcinace uvedena na trh roku 2006. O jedenáct let později (2017) došlo v České republice ke schválení částečné úhrady této vakcíny třináctiletým dívkám. Od roku 2018 je částečně hrazena vakcinace i pro hochy téhož věku. Nejzásadnější vliv v oblasti prevence však stále zůstává screeningu tohoto onemocnění (Fait, 2020).

### **Virová hepatitida typu B**

Původcem virové hepatitidy typu B (HBV), jak je již z názvu vyplývá je antigenně bohatý virus zařazovaný mezi hepadnaviry. Skládá se z genomu v podobě DNA, z enzymu DNA polymerázy a nukleokapsidového proteinu obsahující antigen HBcAg. Tyto součásti jsou uvnitř vnějšího obalu, jehož součástí je povrchový antigen HBsAg. Posledním antigenem viru je HBeAg. V současnosti rozeznáváme sedm různých genotypů viru označovaných písmeny A-G lišících se jednak ve svých vlastnostech, patogenitě, ale také ve své citlivosti k podávaným léčivům. Jedná se o stabilní virus s velmi malou infekční dávkou, jehož zdrojem může být osoba s obsahem HBsAg v séru, tedy člověk s manifestovaným onemocněním, ale též bezpříznakový nosič (Göpfertová et al., 2013).

Onemocnění je přenášeno zejména krví, jejíž součástí jsou viry HBV. Podmínkou je, aby krev byla inokulována do kůže nebo sliznice zdravého člověka. Infikovaná krev může být přenesena na různých předmětech například nesterilní zdravotnické nástroje, infikované jehly, hygienické pomůcky jako například holítka, kartáčky či nůžky na nehty. Virus HBV je také součástí sekretu a vaginálního výtoky, z tohoto důvodu je rizikový i nechráněný pohlavní styk. Výjimkou není ani vertikální přenos z matky na dítě. Inkubační doba je poměrně dlouhá, pohybuje se v rozmezí 50-180 dní. Nejvíce se setkáváme s délkou kolem tří měsíců (Göpfertová, 2002).

Dle dat Světové zdravotnické organizace z roku 2019 je odhadován celkový počet jedinců žijících s chronickou formou onemocnění až na 296 milionů. Což znamená, že každým



rokem narůstá počet nemocných o 1,5 milionu. Určitou preventivní ochranu představuje možnost očkování (World Health Organization, 2022).

### **Klinický obraz**

Infikování plodu ve třetím trimestru čítá pravděpodobnost až 76% jedná-li se o akutní fázi onemocnění matky. Onemocnění u takového plodu může být zcela z organismu eliminováno, taktéž může však dojít k manifestaci v podobě neonatální hepatitidy. Nezbytností je novorozenci podat imunoglobulin IgG nejpozději do 12 uběhlých od porodu z důvodu jeho ochrany (Binder et al., 2020).

Mezi stěžejní příznaky lze zařadit žloutenku, neobvykle tmavou moč a únavou ve spojitosti s zažívacími obtížemi – nevolnost, zvracení a bolest břicha. Výjimkou však není ani zcela bezpříznakový průběh. Komplikacemi tohoto onemocnění jsou například cirhóza jater a primární rakovina jater. Ve velmi vážných případech akutní hepatitidy může dojít i k akutnímu selhání jater a smrti. Počet úmrtí v roce 2019 v následku tohoto onemocnění činil přibližně 820 tisíc (World Health Organization, 2022).

### **Léčba**

Pacienta s akutní formou virové hepatitidy typu B je zpravidla hospitalizován z důvodu nutnosti dodržování klidového režimu. Podpurná a symptomatická léčba především spočívá v dodržování velmi striktní diety se zákazem konzumace alkoholu. Někdy je léčba podpořena podáváním aminokyselin, vitamínů a esenciálních mastných kyselin výhradně parenterálně. Antivirotika jsou podávána u chronické formy, a také při těžkém průběhu akutní formy (Záhumenský et al., 2015).

## **4 Výchova ke zdraví, prevence, intervence**

Jednou z nejvíce významných životních hodnot každého člověka je právě zdraví (Čevela et al., 2009), jehož definování není zcela jednoduchým úkolem, neboť je do značné míry individuálním (Ayers & De Visser, 2015). Dle definice WHO (1946) zdraví není pouze stavem nepřítomnosti nemoci či vady, avšak stavem současné tělesné, duševní a sociální pohody jedince. Východiskem této definice je subjektivní pocit daného jedince, což jí posléze bylo též vytýkáno. Neboť subjektivní pocit nemusí ve všech případech korespondovat s objektivním stavem. Z tohoto důvodu byla formulována ještě řada různých

definic zohledňující i toto hledisko (Čevela et al., 2009). Jednou z nich je též definice Křivohlavého: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý, 2001, str. 40).

Na utváření zdraví a jeho ovlivnění se podílí celá řada činitelů. Čtyřmi stěžejními determinanty podílejícími se na výsledném zdraví s jejich relativním vlivem jsou: životní styl (50%), genetický základ (20%), životní prostředí (20%) a zdravotnické služby (10%) (Machová et al., 2015). Každý jedinec by ideálně měl disponovat znalostmi a vědomosti týkající se péče o své vlastní zdraví. Stěžejním cílem výchovy ke zdraví je podnítit zájem a péči o své vlastní zdraví u jedinců všech věkových skupin. Stěžejním je tedy posilovat důvěru v sebe samého, samostatnosti a sebeuvědomělost (Čeledová & Čevela, 2010).

V širším pojetí se pod pojmem výchova ke zdraví rozumí celoživotní vzdělávací proces zaměřený na podporu zdraví a zlepšování zdravotního stavu populace. Jinými slovy se jedná o souhrn výchovně vzdělávacích aktivit, jejichž cílem je zvyšování zdravotní gramotnosti populace. V užším pojetí výchova ke zdraví označuje vzdělávací obor, který je v současné době ukotven v systému kurikulárních dokumentů. Zde je zahrnut již v rámci programů preprimárního vzdělávání, až po programy vyššího sekundárního vzdělávání (Kovaříková & Marádová, 2020). Výchova ke zdraví zaujímá nenahraditelné místo v rámci prevence primární, sekundární i terciární (Hamplová, 2020).

## 4.1 Prevence

Pojem prevence označuje soustavu opatření kladoucí si za cíl předcházení rizikovému chování a případnou minimalizaci jevů a důsledků s ním spojených, mezi které lze zařadit vznik poškození, onemocnění či úrazu. Dále Čech dodává, že prevencí může být jakýkoliv typ intervence, ať už zdravotní, sociální, výchovný či vzdělávací, který je zaměřený na předcházení vzniku rizikového chování, či zmírňující jeho podobu, projevy, průběh, potažmo hledání vhodných řešení jeho dopadů (Čech in Miovský et al., 2015b).

Prevencí jsou někdy též označovány aktivity směřující k posílení zdraví, předcházení nemocem a prodloužení aktivní fáze života (Čeledová & Čevela, 2010). Je však velmi důležitým rozlišovat dva pojmy – prevence a podpora zdraví. Podpora zdraví je širším

pojmem zahrnujícím obecné aktivity zaměřené pro zdraví, jejich součástí je právě i ona prevence. Avšak zařazována je do ní i zdravotní výchova, realizace komunitních aktivit společně s celkovým vytvářením příznivého prostředí pro zdraví. Oproti tomu prevence je koncipována jako aktivita proti nemocem se zacílením na jejich předcházení (Machová et al., 2015).

Dle časového hlediska lze prevenci dělit na prevenci primární, sekundární a terciární. Primární prevence je jednou z dílčích částí podpory zdraví. Zahájena z důvodu předcházení nemoci bývá již v období před samotným onemocněním. Využívány jsou pro ni aktivity směřující k posílení zdraví či naopak vyhýbání se rizikovým faktorům například nedostatečná hygiena, kouření (Machová et al., 2015). Obecně je tedy zacílena na předcházení situacím, které mohou být ohrožujícími v rámci celé sledované populace (Hartl & Hartlová, 2015). V oblasti rizikového chování žáků je primární prevence dle metodického doporučení MŠMT zaměřena nejen na předcházení a případnou minimalizaci takového chování, ale také na výchovu vedoucí k osvojení si zdravého životního stylu zároveň se schopností překonávat zátěžové situace. Dále je součástí rozvoj psychosociálních dovedností a pozitivního chování (MŠMT, 2010).

Sekundární a terciární prevence mají významnou roli především v oblasti medicíny (Machová et al., 2015). Sekundární prevence je indikována v situacích, kdy již došlo ke vzniku nemoci. Stěžejním proto je zajištění včasné diagnostiky a nastavení vhodné léčby se záměrem předejít nežádoucímu průběhu, potencionálním komplikacím a celkovým nepříznivým následkům (Čeledová & Čevela, 2010). Je tedy zaměřována na vybranou skupinu jedinců, kteří jsou ohroženi daným rizikovým jevem. Například se jedná o prevence onemocnění AIDS u prostitujících jedinců (Hartl & Hartlová, 2015).

V rámci terciární prevence se zejména využívá rehabilitace, jejímž úkolem je co největší minimalizace vznikajících následků nemocí, ale též komplexních důsledků postihující pracovní a sociální sféru se snahou prodloužení a zlepšení kvality života jedince (Machová et al., 2015). Indikována je tedy jedincům, u nichž již došlo k rozvinutí nežádoucího jevu, proto je nezbytným zaměřit se na zmírnění hrozících následků. Příkladem takového jedince může být mladistvý, který se již dopustil protizákonného jednání. Cílem terciární prevence je předejít potencionální recidivě. Zařazovány jsou sem například též programy umožňující

výměnu injekčních jehel narkomanů či umožnění zdravotních prohlídek (Hartl & Hartlová, 2015).

Setkávat se můžeme též s pojmem kvartérní prevence. Jedná se o druh zdravotní prevence zahrnující opatření rovněž směřující k předcházení důsledků u jedinců trpících postupně se zhoršujícím zcela nevy léčitelným onemocněním. Příkladem může být onkologický pacient s infaustní prognózou, kterému je poskytována analgetická léčba (Hamplová, 2020).

#### **4.1.1 Dělení primární prevence**

Dle zaměření obsahu rozlišujeme primární prevenci specifickou a nespecifickou. Jak již je z názvu patrné, nespecifická primární prevence obecně napomáhá k osvojení žádoucího chování (Hartl & Hartlová, 2015). Zahrnuje všechny aktivity podílející se na podpoře zdravého životního stylu a zároveň ty, které podporují osvojení si pozitivního sociálního chování za pomoci plánování a smysluplného využívání volného času. Jsou jimi tedy aktivity volnočasového, zájmového či sportovního rázu a další programy směřující k osvojení společensky uznávaných pravidel, zdravému osobnímu rozvoji a nesení odpovědnosti za sebe samého a své chování (MŠMT, 2010).

Oproti tomu specifická primární prevence je již přímo zacílena na vybraný typ rizika. Příkladem protidrogová tematika předcházející prvnímu střetu jedince s drogou (Hartl & Hartlová, 2015). Jedná se tedy o všechny aktivity a programy směřující k předcházení a snižování celkového výskytu konkrétních forem rizikového chování u žáků (MŠMT, 2010). V rámci standardů vydaných MŠMT jsou uvedeny následující tři hlavní charakteristiky, které by měl splňovat program specifické primární prevence zaměřený na užívání návykových látek. Zaprvé by měl explicitně a přímo vyjadřovat celkový vztah k dané problematice a ostatním tématům se s ním pojících. Za druhé by jeho realizace měla být ohraničena z hlediska času a prostoru. Měla by obsahovat následující kroky: zmapování potřeby, naplánování programu, příprava, samotná realizace, celkové zhodnocení a budoucí navázání. Za třetí by měl být vhodně uzpůsoben k potřebám či problémům jasně ohraničené a definované cílové skupiny (MŠMT, 2005). Tyto tři uvedené charakteristiky lze analogicky přeformulovat do obecných požadavků, které by měl splňovat každý preventivní program (Miovský in Miovský et al., 2010).

Specifickou primární prevenci lze dále dělit dle úrovně provedení na prevenci všeobecnou, selektivní a indikovanou (MŠMT, 2010). Všeobecná primární prevence je zacílena na celou populaci „běžných“ dětí a mládeže obsahující všechny jedince ohrožené více či méně konkrétním rizikem. Při realizaci se však přihlíží k jejich věku a případně též ke specifickým faktorům je ovlivňujícím například sociální prostředí (Pavlas Martanová, 2014). Realizovaných programů se povětšinou účastní větší počet osob, kupříkladu se jedná o menší sociální skupinu či třídní kolektiv. V praxi pro tuto úroveň prevence je téměř vždy dostačujícím kvalifikace školního metodika prevence, v ideálním případě v součinnosti s intervizí a supervizí (Černý in Miovský et al., 2010).

Setkat se též můžeme i s realizací uskutečněné lidmi se středoškolským vzděláním, základním lektorským výcvikem či lidmi disponujícími specifickými dovednostmi, jimiž jsou například záchranáři a policisté (Pavlas Martanová, 2014). Taktéž jsou velmi často realizovány i nestátními neziskovými organizacemi či pracovníky pedagogicko-psychologických poraden přímo v prostorách školy. Tyto programy jsou vždy opatřeny zpracovanou metodikou a zaměřují se na určité téma (Černý & Lejčková, 2007).

Selektivní primární prevence je již konkrétně zaměřena na vybrané jedince, u kterých je možné předjímat četnější výskyt rizikového chování (MŠMT, 2010), z důvodu jejich vystavení zvýšené míře působení rizikovým faktorům při porovnání s ostatními skupinami (Černý in Miovský et al., 2010). Ohroženými skupinami jsou například vybrané komunity potažmo etnika, ale také jedinci pocházející ze sociálněekonomicky znevýhodněného prostředí (Čech in Miovský et al., 2015b). Prevence následně může mít podobu sociálně-psychologického programu realizovaného ve skupinách zaměřeném na podporu komunikačních a sociálních dovedností. K této cílené práci s jednotlivci či menšími skupinami je nezbytné též odbornější vzdělání. Preventistou na této úrovni bývá například speciální pedagog, psycholog či adiktolog (Černý in Miovský et al., 2010).

K indikované primární prevenci je přistoupeno v situacích, kdy je jedinec vystavován vlivu významně rizikových faktorů. Rovněž je zaměřena i na jedince a skupiny u nichž již došlo k rozvoji rizikového chování. Snahou je tento problém zavčas odhalit, posoudit, vyhodnotit a v návaznosti na to případně zahájit nezbytnou intervenci (Pavlas Martanová, 2014). Tento typ prevence nezbytně vyžaduje speciální odborné vzdělání, jehož součástí je průprava pro

práci preventisty – adiktologie apod. (Černý in Miovský et al., 2010). V rámci poskytování selektivní i indikované primární prevence je významnou oporou v prostředí školy školní metodik prevence, výchovný poradce a školní psycholog, pokud jej má daná instituce k dispozici. Nápomocná je rovněž pedagogicko-psychologická poradna. Při závažnějších problémech je možné se obrátit i na středisko výchovné péče (Čech in Miovský et al., 2015b).

#### **4.1.2 Efektivní primární prevence**

Zásady efektivní primární prevence jsou souhrnným označením obecných kritérií vyvozených nejen z řady výzkumných zjištění, ale také ze zkušeností získaných praxí. Tyto zásady patří mezi minimální požadavky, kterých je nezbytné dbát v rámci preventivních programů realizovaných ve školách (Miovský, Zapletalová, Skácelová in Miovský et al., 2010). V rámci efektivní primární prevence je nezbytné věnovat pozornost nejen efektivním principům, ale také možnému vyhodnocení. Základem obou těchto složek je soustavnost, dlouhodobost, názornost, uvědomělost, aktivnost a přiměřenost (MŠMT, 2010).

S primární prevencí je záhodno začít zavčasu, tedy nejlépe již v předškolním věku dítěte. Pro zvýšení dlouhodobých účinků je doporučován komplexní přístup zahrnující několik faktorů společně kombinovaný s mnohačetnými strategiemi, kdy je dodržena koordinovanost a součinnost různých institucí (Pavlas Martanová, 2014). Zároveň jednorázové aktivity, masové kampaně, jednostranně orientované programy či programy obsahující zjednodušující informace nejsou vhodnou volbou. Proto je nezbytné se držet i další zásady, tedy dlouhodobosti a systematickému plánování. Kdy na sebe jednotlivé programy navazují, doplňují se a zohledňují způsob realizace (MŠMT, 2005).

Program primární prevence by měl být důkladně naplánovaný, jasným a strukturovaným. Měl by se držet předem připravené metodiky vymezeného tématu, časové dotace a stanovených pravidel. Opomenut by neměl být ani shrnující závěr (Pavlas Martanová, 2014). Při plánování je nezbytné přihlídnout k cílové skupině, na kterou má být preventivní působnost. Zohledněn by měl být věk, etnikum, specifické charakteristiky skupiny jako je sociokulturní prostředí, demografie, dosavadní úroveň vědomostí, postoje k dané problematice či potenciální výskyt rizikového chování. Dále je nezbytné stanovení cíle, využívaných forem a obsahové stránky informací s přihlídnutím k udržení pozornosti a

zaujmutím (Miovský, Zapletalová, Skácelová in Miovský et al., 2010). Bezpochyby velký význam pro celkovou efektivnost má též aktivní zapojení účastníků a umožnění jejich vzájemné interakce a výměny názorů (MŠMT, 2005).

K tížené aktivizaci účastníků, realizaci dialogu a navázání bližšího kontaktu mezi nimi a realizátorem je vhodné naplánované aktivity realizovat v malých skupinách. Pod malou skupinou si lze představit jednu třídu či přibližně 30 účastníků (Černý & Lejčková, 2007). Přiblížení realizátora k žákům je možné zajistit využitím „peer“ prvku či vystupováním realizátora programu, kdy namísto role přednášejícího vystupuje spíše jako iniciátor či moderátor (Miovský, Zapletalová, Skácelová in Miovský et al., 2010). Nezbytná je však odborná připravenost samotného realizátora, popřípadě realizačního týmu, a to jak v oblasti teoretické, ale i praktické (Černý & Lejčková, 2007). Pro zkvalitnění je možné využít i model „KAB“, kdy se program neorientuje pouze na zvýšení informovanosti, ale také na změnu postojů a budoucího chování (Pavlas Martanová, 2014).

Další zásadou efektivní primární prevence je též denormalizace. Snahou je tedy normy a hodnoty společnosti pozměnit tak, aby rizikové chování nebylo vnímáno jako neutrální či dokonce žádoucí. Výsledným záměrem je celkové zvýšení povědomí o problematice, podpora morálky a participace členů společnosti na řešení problémů (MŠMT, 2005). S čímž souvisí i nabídka pozitivních alternativ oproti rizikovému chování. Příkladem alternativy může být ukázka zdravého životního stylu. Žádoucím je též rozvíjet komunikační dovednosti, zvyšovat sebevědomí, vést jedince k zodpovědnosti či ukazovat možnosti řešení konkrétních problémů (Pavlas Martanová, 2014). Významná je též podpora protektivních faktorů ve společnosti společně s tvorbou takového prostředí, které poskytuje nezbytnou podporu a péči v krizových situacích. V neposlední řadě je vhodným se vyvarovat neefektivním prostředkům zmíněným níže (Miovský, Zapletalová, Skácelová in Miovský et al., 2010).

#### **4.1.3 Neefektivní primární prevence**

Z hlediska samotného obsahu programu jsou neefektivní ty, které se zaměřují na pouhé předávání informací. Sice dochází u posluchačů ke zvýšení jejich informovanosti, avšak nenastává tížená změna postojů k problematice a chování (Černý & Lejčková, 2007). Právě změna chování je jedním z nejdůležitějších ukazatelů při hodnocení efektivity preventivního

programu. Do určité míry se sice toleruje změnou postojů, avšak nelze se spoléhat pouze na míru nabytých znalostí (Nešpor et al., 1999). Nutné je se zaměřit i na obsahovou stránku, neboť předávání nedůvěryhodných či rozporuplných informací nekorespondujícím s osobními zkušenostmi mládeže může mít v konečném důsledku zcela opačný efekt (Černý & Lejčková, 2007).

Příkladem takového nežádoucího vedlejšího dopadu může být situace, kdy žákům v 5. třídě bude předávána v rámci preventivního programu informace, že nebezpečí konopných drog je srovnatelné s nebezpečím užívání heroinu. Doplněné o výstrahu, že jejich konzumací snadno dochází k smrti uživatele. Avšak následně může dojít k nebezpečnému paradoxu, kdy ve věku 15-16 let zjistí vlastními zkušenostmi, že nabitě informace nejsou zcela pravdivé. V návaznosti na to budou skepticky nahlížet i na další informace varující před riziky nehledě na jejich objektivitu. Rovněž mohou však podcenit i další rizika pojící se s dalšími návykovými látkami (Mioviský et al., 2015a). S čímž rovněž souvisejí i slogany varující před následky, zveličování následků či modelové příklady zacílené na odstrašení, neboť u posluchačů dochází k zaujetí postoje „mě se toto rozhodně nestane“. Dále zastrahování, umravňování a afektivní výchova zacílené pouze na pocity a emoce (Pavlas Martanová, 2014).

Účinnou specifickou primární prevencí rovněž nejsou screeningové metody. Důležitým je nezaměňovat prevenci za samotnou represí či její ukázky. Příkladem mohou být ukázky výcviku policejních psů hledající drogy či zavedení plošného testování. Nefunkčním se ukazuje i vysoké sankcionování studentů školou v situacích odhalení užívání návykových látek (Pavlas Martanová, 2014). Výše zmiňované metody jsou řadou rodičů a některými preventisty považovány mylně za účinné. Příčinu lze shledávat nejen v neznalosti zásad efektivní prevence, ale také ve vlivu populismu a komerčního zájmu, kdy jediným zájmem firem vyrábějících sady na testování je právě jejich prodej, nikoli snaha tento jev minimalizovat (Mioviský et al., 2010).

Za neefektivní jsou rovněž označovány jednorázové aktivity či programy trvající krátký čas, neboť jim schází zasazení do širšího rámce a návaznost nezbytná pro osvojení žádoucího chování v dlouhodobém horizontu. Dále jsou jimi programy, kterým schází interaktivita, přímé zapojení účastníků, aktualizace sdělovaného obsahu a zohlednění věkové skupiny



posluchačů (Černý & Lejčková, 2007). Taktéž není vhodné spoléhat pouze na jeden typ programů. Vliv na změnu chování taktéž nemají ani masové akce a rozsáhlé kampaně předávající informace prostřednictvím sdělovacích prostředků (Pavlas Martanová, 2014). Rovněž vždy záleží též na samotném realizátorovi konkrétního programu, tedy i když se vyhneme všem výše uvedeným bodům, nemusí to přímo znamenat, že program bude účinným (Miovský et al., 2010). Proto by jej měli provádět především osoby disponující zkušenostmi. Zároveň však musejí být účastníky uznávány a respektovány (Černý & Lejčková, 2007).

#### **4.1.4 Primární prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních**

Na řízení a celkové organizaci primární prevence u žáků se systematicky podílí celá řada subjektů a institucí. Konkrétně se jedná o Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, jednající v souladu se schválenými dokumenty vlády. Dále se spolupodílí krajské úřady potažmo Magistrát hlavního města Prahy, Krajský školský koordinátor prevence, Metodici prevence zaměstnání v pedagogicko-psychologických poradnách. Na konkrétních školách jsou zodpovědnými osobami ředitel školy či školského zařízení, školní metodik prevence a také třídní učitel. Na primární prevenci se však spolupodílejí i všichni pedagogičtí pracovníci. Vycházejí z konkrétního školního vzdělávacího programu dané školy, jehož součástí je rovněž i tato problematika. Popřípadě je součástí osnov v případě, že nebyl vydán rámcový vzdělávací program (MŠMT, 2010).

Konkrétně se tedy jedná o školní preventivní program/strategii dlouhodobého rázu, v rámci něhož jsou vytyčeny krátkodobé i dlouhodobé cíle zohledňující omezené časové, personální i finanční zdroje školy. Dále je přizpůsoben též celkovým kulturním, sociálním a politickým podmínkám a dalším okolnostem s respektem k rozdílnostem vyskytujícím se v prostředí školy. Stěžejními cíli je zamezovat výskytu rizikového chování, či jeho výskyt alespoň snižovat vedením žáků ke zdravému životnímu stylu a odpovědnému informovanému rozhodování. Zároveň by měl být nápomocen při ochraně lidských práv především u jedinců pocházejících z ohrožených skupin, jimiž jsou například cizinci, příslušníci minorit či obecně děti (Skácelová in Miovský et al., 2010).

Prevence je tedy pojímána jako běžná součást celého vzdělávání, kdy každý pedagogický pracovník napomáhá ke komplexní realizaci ve všech oblastech, kterých se prevence

rizikového chování dotýká (MŠMT, 2010). Správně koncipovaný školní preventivní program též obsahuje podněty pro zhotovení a následnou realizaci minimálního preventivního programu (MPP) (Skácelová in Miovský et al., 2010).

### **Minimální preventivní program**

Minimální preventivní program je konkrétním dokumentem školy vyhotoveným školním metodikem prevence platným pro jeden školní rok. Při zhotovení je kladen důraz na podporu vlastní aktivity žáků, rozmanitost aplikovaných forem a propojenost spolupráce mezi zákonnými zástupci a celým pedagogickým sborem (Pražské centrum primární prevence, 2010). Celkovým jeho záměrem vést žáky ke zdravému životnímu stylu, rozvíjet jejich sociálně komunikativní dovednosti a rozvíjet je po osobnostní a sociální stránce (Mioviský, Skácelová, Čablová in Mioviský et al., 2015b).

Konečná podoba tohoto dokumentu podléhá kontrole České školní inspekce. Samotná realizace během školního roku je průběžně vyhodnocována. V závěru je pak provedeno souhrnné vyhodnocení celkové účinnosti, které je v písemné podobě součástí výroční zprávy vydané školou (Pražské centrum primární prevence, 2010). Jak je ustanoveno v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) § 12 Hodnocení škol, školských zařízení a vzdělávací soustavy odstavec 1 (Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, 2023).

Pro vypracování skutečně efektivního preventivního programu je nezbytné zapojení všech pedagogických a nepedagogických pracovníků veškerých úrovní, kteří pracují týmově a každý z nich nese odpovědnost (Mioviský, Skácelová, Čablová in Mioviský et al., 2015b). Zpracování minimálního preventivního programu se postupuje dle následujících pěti kroků:

1. Charakteristika konkrétní školy, pro kterou je MPP tvořen
2. Analýza aktuální situace za využití předešlé evaluace
3. Vytyčení cílů MPP
4. Skladba aktivit MPP odpovídajícím jednotlivým cílovým skupinám
5. Realizace evaluace (Pražské centrum primární prevence, 2010)

V rámci prvního kroku je nezbytné sumarizovat všechny důležité informace týkající se konkrétní školy. Tedy specifikovat a charakterizovat o jaký typ školy se jedná. Jaké je její

umístění, o jaký stupeň vzdělání se jedná a kolik žáků ji navštěvuje (Skácelová in Miovský et al., 2010). Dále kolik tříd je zde otevřeno a kolik je zde zaměstnáno pedagogických pracovníků. Opomenuty by neměly být kontakty na vedení školy a důležité osoby nejvíce se podílející na přípravě preventivních strategií, jimiž jsou metodik prevence, výchovný poradce a případně školní psycholog (Pražské centrum primární prevence, 2010).

Druhý krokem dle tohoto postupu má ihned několik částí, a to zvážit vnitřní a vnější využitelné zdroje, následně zrealizovat monitoring a následně analyzovat celkovou výchozí situaci. Významnou roli zde hrají informace poskytnuté třídním učitelem o předešlých intervencích rizikového chování (Pražské centrum primární prevence, 2010). Tento krok volně navazuje na předcházející, kdy samotnou charakteristiku školy je nezbytné rozšířit o zmapování jejich vnitřních zdrojů, tedy jaké je její materiálně-technické vybavení, jakými vnitřními informačními zdroji disponuje, ale také jaká jsou její riziková místa, kde může potenciálně docházet k nebezpečným a rizikovým situacím. Rovněž je důležitým i monitoring a zjištění současné situace týkající se různých forem rizikového chování u žáků jednotlivých tříd (Mioviský et al., 2012).

Vnějšími zdroji školy je míněna obsáhlá podpůrná síť dalších institucí, služeb, odborníků a informačních zdrojů, které jsou nápomocny nejen při přípravě MPP, ale také při jeho celkové stabilizaci a rozvoji. Jedná se například o metodickou pomoc, kterou poskytuje například metodik prevence v PPP, krajský školský koordinátor prevence či preventivní pracovníci nestátních neziskových organizací. Ale i další naleznutelná odborná pomoc, internetové poradenství či vzdělávací programy v oblasti prevence, které jsou k dispozici ŠMP i všem ostatním pedagogickým pracovníkům (Skácelová in Mioviský et al. 2010). Dále se jedná o řadu odborných informačních zdrojů a webových stránek například: [odrogach.cz](http://odrogach.cz), [drogy-info.cz](http://drogy-info.cz) či stránky MŠMT. Zmapována by měla být též nabídka volnočasových aktivit konkrétního regionu. Významná je také spolupráce školy s dalšími institucemi: Policie ČR, Městská policie, Orgán sociálně-právní ochrany dětí a nestátní neziskové organizace. Ale také další odborníci například: pediatři, praktičtí lékaři, psychologové, psychiatři, kurátoři pro děti a mládež, protidrogoví kurátoři či manažeři prevence kriminality (Mioviský et al., 2012).

Třetím krokem je vytyčení cílů MPP. Rozeznáváme cíle dlouhodobé a krátkodobé. Časově náročnějšími a více obecnými jsou cíle dlouhodobé. Pověštinou se jedná o cíle uvedené v preventivní strategii školy (Skácelová, 2008). Jedná-li se o cíle dlouhodobé v rámci MPP je nezbytné, aby korespondovaly s preventivní strategií školy, ale také i s strategiemi města a městské části v této oblasti. Nezbytným je také aby ve svém znění zohledňovaly všechny oblasti rizikového chování (Pražské centrum primární prevence, 2010). Krátkodobé cíle jsou oproti nim více konkrétní, časově ohraničené a zaměřené na určitou cílovou skupinu (Skácelová, 2008). Zcela nezbytnou je jejich přímá návaznost na preventivní strategii školy. K samotnému definování cíle může být nápomocen model SMART (Miovský et al., 2012). Toto pravidlo poprvé uvedl Doran v podobě, kdy jednotlivá písmena zkratky představují tato slova: S = Specific – specifický, M = Measurable – měřitelný, A = Assignable – přiřaditelný ve smyslu kdo jej učiní, R = Realistic – realistický/reálný, T = Time-related – časově související, tedy kdy je možné dosažení kýženého výsledku (Doran, 1981). Setkat se však můžeme i s odlišnými vysvětleními jednotlivých akronym, kdy například Miovský A vysvětluje jako akceptovatelný a T českými výrazy termínovaný, časově ohraničený (Miovský et al., 2012).

Čtvrtým krokem se samotná skladba aktivit MPP odpovídající jednotlivým cílovým skupinám, jimiž jsou žáci, učitelé a rodiče. Nezbytné je každý zvolený program charakterizovat, stanovit osobu za něj zodpovědnou, určit realizátora a termín konání. Zároveň je vhodné při volbě a realizaci přihlížet k zásadám efektivní primární prevence (Pražské centrum primární prevence, 2010).

Posledním neméně důležitým krokem je evaluace a dokumentace (Skácelová, 2008). V rámci prevence či preventivní intervence se nejčastěji setkáváme s pojmem evaluace ve smyslu systematického shromažďování informací o jejím samotném průběhu a následných účincích. Tyto informace jsou následně podrobeny analýze a interpretaci s celkovým záměrem zlepšení intervence v budoucnu (Miovský, Šťastná in Miovský et al., 2010). Z řady praktických zkušeností vychází, že systematická evaluace vykazuje požadovanou účinnost. Společně s diagnostikou je evaluace jedním z klíčových nástrojů pro navýšení efektivity prevence (MŠMT, 2002).

## 4.2 Intervence

Pojem intervence pocházející z latinského *intervenire* v překladu znamenajícím zasahovat či konat je v různých smyslech používán v řadě oborů (Endrödiová in Miovský et al., 2015b). Termín intervence v nejširším pojetí označuje jakýkoliv zákrok. V užším slova smyslu se jedná o zásah, který je předem důkladně promyšlený a zacílený na zmírnění tíživé situace prožívané konkrétním jedincem. Popřípadě též označuje libovolný postup či techniku zamezující, upravující anebo přerušující současně probíhající proces (Hartl & Hartlová, 2015).

Kolář et al. ji definují jako zásah do vnitřních záležitostí jedince či skupiny, který je povětšinou realizován z vnějšku. Tato nezainteresovaná osoba je nápomocná při zvládnání daného procesu, hledání řešení a porozumění spojitostí (Kolář et al., 2012). Intervenci jakožto určitým zákroku hovoří též Průcha et al. (2013). Dodávají, že tento zásah je systematický, předem připravený se záměrem řešení konkrétního problému nejen jedince či skupiny, ale též v rámci rodiny apod. (Průcha et al, 2013).

V širším pojetí lze každý primárně-preventivní program, kladoucí si za cíl rozvíjení žádoucím směrem vědomostí, postojů a chování žáků, nazývat intervencí (Endrödiová in Miovský et al., 2015b). Taktéž jím může být označováno interaktivní vzdělávání zaměřené na osvojení vědomostí, dovedností a návyků v oblasti podpory zdraví, společně se zvýšením motivace vedoucí k volbě zdravého životního stylu (Hamplová, 2020).

Na pojem intervence můžeme však i ve spojitosti s rizikovým chováním nahlížet z různých úhlů pohledu. Dle objektu, na nějž je zacílena, rozčleňujeme intervence zaměřené na:

- konkrétního žáka, dítě
- vybranou skupinu jedinců shodného pohlaví, věku, rizikových projevů apod.
- třídní kolektiv – výskyt šikany, potýkání se s traumatem
- školské zařízení – potřeba změny celkového klimatu školy
- pedagogické a výchovné pracovníky – práce v týmu, rozvoj kompetencí
- rodinu (Endrödiová in Miovský et al., 2015b).

Výše uvedené typy intervencí je vhodné důkladně plánovat a koordinovat tak, aby společně vytvářely komplexní intervenci ve škole. Rovněž možné intervence dělit dle jejich záměru a

případů, ve kterých jsou indikovány. Jednat se například může o výchovné obtíže, psychologické problémy, ale i o rozvoj některých specifických kompetencí a dovedností. Dále se intervence odlišují dle osoby, která se pro ni rozhodla a následně ji vykonává (Endrödiová in Miovský et al., 2015b).

S tímto velmi úzce souvisí Model kvalifikačních stupňů primární prevence skládající se celkem ze čtyř úrovní navzájem se lišících požadovanými znalostmi, dovednostmi a kompetencemi preventivního pracovníka. Zároveň jsou zde fixně stanovené podmínky a způsob získání kvalifikace a jejího ověření. Jedná se úroveň základní, což je primárně preventivním minimem, středně pokročilou, pokročilou a expertní úroveň (Charvát et al., 2012). V rámci prevence ve škole je tedy nezbytným brát v potaz kompetence, vzdělání, postavení a roli v organizaci konkrétního realizátora intervence. Dále se intervence navzájem odlišují úrovně, na které je realizována – viz. 4.1.1. Dělení primární prevence (Endrödiová in Miovský et al., 2015b).

Při výběru a následné aplikaci jakéhokoliv programu je vhodné rozhodovat v souladu s evidence-based přístupem. V rámci přístupu založeném na důkazech se dbá toho, aby vykonaná intervence přinesla výsledky, které jsou opakovatelné při zajištění podobných podmínek a zároveň je možné je podrobit vědeckému zkoumání. Další podmínkou je výslednou účinnost a bezpečnost podložit vědeckými důkazy. S tímto přístupem se dále pojí i nutnost evaluace (Endrödiová in Miovský et al., 2015b), na kterou je nezbytné myslet již v samotném počátku plánování podoby preventivního programu. A zároveň aby nedocházelo k situacím podlehnutí školy populistické snaze hledání zkratk a nefunkčních postupů. Kdy je následně využít velký finanční obnos na zcela nefunkční, a dokonce i kontraproduktivní programy (Mioviský et al., 2015a).

## **Praktická část**

Praktická část se zaměřuje na navržení intervenčního programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence a následné ověření programu v praxi. Součástí ověření bude také posouzení vlivu programu na znalosti žáků za využití pretest-posttest design. A zároveň bude posuzován vliv programu na postoje, self-efficacy a zábrany pomocí dotazníkových šetření. Následným vyhodnocením, interpretací a statistickou verifikací získaných kvantitativních dat bude možné zodpovědět výzkumné otázky konkretizující hlavní cíl práce a potvrdit či vyvrátit jednotlivé hypotézy. Přesné formulace lze nalézt v kapitole Cíle práce, výzkumné otázky, hypotézy.

## **5 Návrh intervenčního programu**

V přímé návaznosti na stanovené cíle diplomové práce byl navržen intervenční program o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence koncipovaný pro žáky prvního ročníku středních zdravotnických škol. Při návrhu bylo využito procesu zpětného plánování (The Backward Design Process) spočívajícího ve třech po sobě jdoucích etapách:

1. Identifikování požadovaných výsledků – formulování cílů dané výuky
2. Stanovení přijatelných důkazů o dosažení požadovaných výsledků žáky
3. Plánování konkrétních postupů a výukových metod pro dosažení požadovaných výsledků (Wiggins & McTighe, 1998).

Při prvním kroku bylo vycházeno z aktuálně platných kurikulárních dokumentů, a to z Rámcových vzdělávacích programů pro obor vzdělávání 53 – 41 – M/03 Praktická sestra a 78 – 42 – M/04 Zdravotnické lyceum a z nich vycházejících Školních vzdělávacích programů Zdravotnické lyceum a Praktická sestra vytvořených pedagogickými pracovníky Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Příbrami (SZŠ a VOŠZ Příbram, 2018, 2022c). Důležitým zdrojem informací byl také Minimální preventivní program pro školní rok 2022/23 té doby dostupný na stránkách školy, kdy edukační cíle navrženého intervenčního programu byly vytyčeny v přímé návaznosti na tento dokument (SZŠ a VOŠZ Příbram, 2022a).

Edukační cíle intervenčního programu byly zformulovány dle pravidla SMART. Jak již bylo poznamenáno výše v kapitole Minimální preventivní program, tak se v odborné literatuře

setkáváme s různými vysvětleními významů akronym. Při formulování edukačních cílů bylo využito toho definování: S = Specific – konkrétní ve smyslu přesného popsání, M = Measurable – měřitelné dosažení cíle, A = Achievable – dosažitelné s adekvátními nároky na zdroje a s přiměřenými náklady, R = result focused – dosažitelné výsledků, T = time-bound – časově ohraničené, tedy splnitelné v určitém časovém vymezení (Veselý, 2017). Dále Vališková a Kovaříková uvádějí, že nezbytnou součástí dobře nastavených cílů je také vyjádření, jaký konkrétní výkon, jak dobře provedený, a také za jakých podmínek je od žáků očekáván (Vališová & Kovaříková, 2021). I tuto podmínku níže uvedené formulace stanovených edukačních cíle splňují. Poznamenány jsou v rozčlenění do tří taxonomických kategorií dle osvojovaného obsahu:

### **Kognitivní cíle:**

1. Žáci společně zformulují definici rizikového sexuálního chování za pomoci konstruktivistické metody a doprovodných otázek vyučující a následně ji ověří hodnocením tvrzení. Cíl bude splněn, pokud žáci samostatně správně rozhodnou o pravdivosti či nepravdivosti tvrzení minimálně u osmi z nich ve hře Kahoot!
2. Žáci ve skupinách vyhledají všechny důsledky a informace o STI uvedené v modelových příbězích zaměřených na vybrané podoby rizikového sexuálního chování.
3. Žáci navrhnou realizovatelná preventivní opatření, kterými by se dalo předejít důsledkům v modelových příbězích zaměřených na vybrané podoby rizikového sexuálního chování. Cíl bude splněn, pokud žáci u každého příběhu vyvodí alespoň tři možná preventivní opatření a odůvodní podmínky jejich realizovatelnosti.
4. Žáci zformulují alespoň dva relevantní argumenty pro používání kondomů v zadané modelové situaci.
6. Žáci vlastními slovy vyjádří jednu z variant odmítnutí sexuálního chování v zadané modelové situaci.



**Afektivní cíl:**

1. Žáci si budou uvědomovat možné důsledky rizikového sexuálního chování a důležitost prevence. Cíl bude splněn, pokud žáci v rámci celkového shrnutí programu zformulují jednu větu vystihující rizika a důležitost prevence.

**Senzomotorický cíl:**

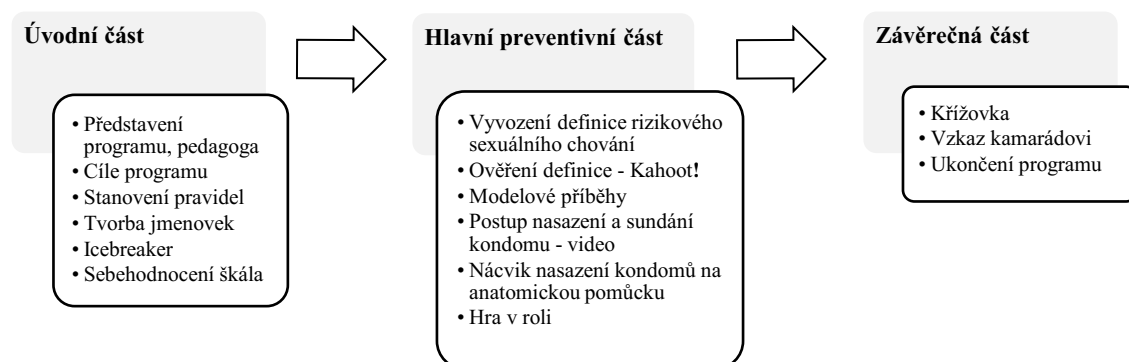
1. Žáci modelově předvedou správný postup nasazení a sundání kondomu dle svého poznamenaného postupu po shlédnutí videa. Cíl bude splněn, pokud každý z žáků dokáže na model správně zcela nasadit a sundat kondom bez opomenutí některého z kroků postupu.

Při stanovování edukačních cílů bylo současně pomýšleno také na rozvíjení klíčových kompetencí žáků představujících soubor požadavků na vzdělávání ukotveného v Rámcových vzdělávacích programech. Konkrétně se jedná o vědomosti, dovednosti, postoje a hodnoty, jež jsou významnými pro celkový rozvoj jedince, možnost aktivního zapojení se do společnosti, ale také pracovní uplatnění (MŠMT 2018, 2020). Konkrétní podobu jejich rozvíjení lze nalézt v Příloze 1 Plán intervenčního programu. V této příloze lze taktéž nalézt podrobné popsání vstupních znalostí a dovedností, na něž je navazováno novými znalostmi. Dále pojmovou analýzu vyučovaného tématu znázorněnou myšlenkovou mapou, generalizaci a jednotlivá užitá fakta. A také neméně důležité popsání promyšlených způsobů hodnocení získaných důkazů o dosažení požadovaných výsledků vzdělávání žáků.

Třetí etapa plánování programu se již zabývala konkrétní volbou forem a metod výuky, stanovením posloupnosti a časového rozvržení jednotlivých činností v programu, výběrem adekvátních pomůcek a jejich samotnou přípravou. V průběhu plánování bylo především vycházeno z popsaných aktuálních poznatků a postupů popsaných v teoretické části diplomové práce.

Časový rozsah je stanoven na 160 minut za předpokladu přibližné osobní přítomnosti 20 účastníků. V případě vyššího počtu přítomných doporučujeme uvažovat o celkovém navýšení časového rozsahu pro ponechání dostatku času na reflexe k jednotlivým aktivitám.

Samotný plán programu je rozdělen na tři části: úvodní, hlavní a závěrečnou, jak také znázorňuje Schéma 1 vyobrazené níže.



*Schéma 1 Průběh intervenčního programu*

Úvodní část trvající 35 minut zahrnuje zahájení programu, vyřčení cílů programu, stanovení pravidel v souladu se Školním řádem pro žáky SŠ platném na SZŠ a VOŠZ Příbram (SZŠ a VOŠZ Příbram, 2022b). Dále vytvoření jmenovek současně se vzájemným představením se, icebreaker v podobě Hry otázka a sebehodnocení účastníků své informovanosti v oblasti rizikového sexuálního chování.

Hlavní preventivní část programu s celkovou délkou 105 minut je pojata převážně konstruktivisticky, kdy žáci jsou aktivními tvůrci svého poznání. V průběhu učení vycházejí ze svých prekonceptů a do již existujících struktur svého poznání integrují nové poznatky (Skalková, 2007). Aktivní práce s prekoncepty začíná již při společném vyvozování definice rizikového sexuálního chování, jejíž správnost bude poté ověřena didaktickou hrou prostřednictvím aplikace Kahoot! Následně bude využito metody skupinové práce při práci s modelovými příběhy zaměřenými na vybrané podoby rizikového sexuálního chování. Na ni navazuje bezprostřední kontrola vypracování kombinovaná s diskusí. V hlavní části programu je využito také transmisivní pojetí, které se s konstruktivismem apriori nevyklučuje, avšak jak někteří autoři doplňují, je příhodné oba tyto přístupy vhodně kombinovat (Pecina, Zormanová in Zormanová, 2014). Konkrétně se jedná o práci s výukovým videem, z něž účastníci získají potřebné informace pro využití při návku nasazení kondomů na anatomickou pomůcku, tedy i v tento moment budou žáci aktivními účastníky. Poslední zvolená aktivita mající podobu hry v roli opětovně více navazuje na

poznatkové konstrukce žáků, které využívají při tvorbě scénářů na zadané téma modelové situace zaměřující se na odmítnutí sexuálního chování nebo na komunikaci o používání kondomů.

Závěrečné části programu je věnováno zbývajících 20 minut využitých především k procvičení, opakování a vzájemné zpětné vazby. Využito bude pracovního listu s obrácenou křížovkou obsahující klíčová slova, k nimž budou účastníci poznamenávat nápovědu tak, aby bylo možné s její pomocí prázdnou křížovku opětovně vyplnit. Souhrn nejdůležitějších informací účastníky je navržen v podobě napsání vzkazu kamarádovi jednou větou, který na programu nebyl přítomen. Opomenuto není ani anonymní ohodnocení, jak se program účastníkům líbil. Po společném shrnutí a vyhodnocení splnění cílů je program ukončen. Detailnější popsání posloupnosti jednotlivých aktivit doplněné o odůvodnění jejich zařazení, konkrétní popis činností žáků a učitele, délku trvání a nezbytné pomůcky lze naléznout v příloze 1 Plán programu.

Pro realizaci jsou nezbytnými prostory školní třídy vybavené lavicemi a židlemi, s nimiž lze manipulovat, interaktivní tabulí s potřebným příslušenstvím v podobě dataprojektoru a počítače, tabulí pro popis křídou či fixem s potřebným popisovačem. Dále umožnění žákům využití bezplatného připojení k školní WiFi. Před samotnou realizací je nezbytným také požádat žáky o přinesení vlastních psacích potřeb a mobilních telefonů s možností připojení k WiFi. V předstihu si vyučující musí připravit i zbývajících využívaných pomůcky uvedené níže v seznamu. Jedná-li se o materiály tištěné, tak vedle nich je uvedeno i číslo přílohy určené k tisku. Pro usnadnění přípravy byla také zpracována expertní řešení konkrétních materiálů, jenž lze naléznout rovněž v uvedených přílohách diplomové práce. Konkrétní přílohy jsou v seznamu uváděny i u náhledu zpracování některých materiálů.

Seznam pomůcek:

- Výuková prezentace – náhled viz Příloha 2
- Jmenovky s klipem a vloženým obdélníkem z bílé čtvrtky pro všechny přítomné
- 1x Vystřižené kartičky Icebreaket – tisk viz Příloha 3
- 1x Bloček samolepicích papírků velikosti 50x50 mm, 250 lístků
- Připravená hra Kahoot! – náhled tvrzení k její přípravě viz Příloha 5

- Pracovní listy Modelové příběhy vytištěných vždy všech pět PL pro jednu čtveřici žáků – tisk viz Příloha 6, expertní řešení viz Příloha 7
- Pracovní list Postup nasazení kondomu vytištěný pro každého žáka – tisk viz Příloha 9, expertní řešení viz Příloha 10
- Vystříhané Kartičky Hra v roli v počtu odpovídajícím dvojicím přítomných žáků – tisk viz Příloha 12
- Bílé papíry velikosti A 4 vždy jeden pro dvojici žáků
- Pracovní list Hra v roli vytištěný pro každého žáka – tisk viz Příloha 13
- Pracovní list Křížovka vytištěný pro každého žáka – tisk viz Příloha 15, expertní řešení viz Příloha 16
- Vystřížené kartičky Vzkaz kamarádovi v počtu odpovídajícím počtu přítomných žáků – tisk viz Příloha 18

Po dokončení této přípravy již bylo možné přistoupit k samotnému ověření intervenčního programu v praxi.

## **6 Metodologie ověření intervenčního programu**

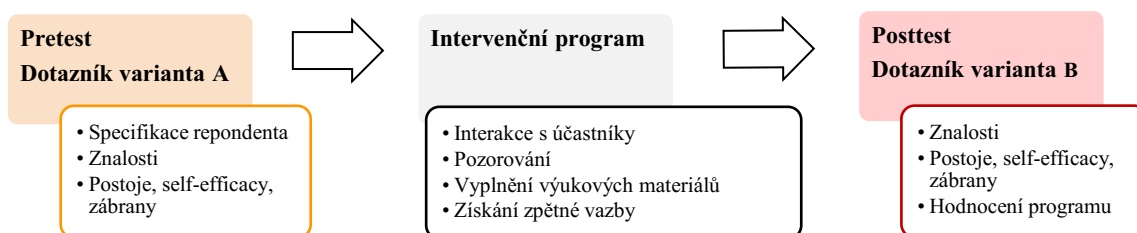
Výzkumné šetření této diplomové práce se zakládá na praktickém ověření výše navrženého intervenčního programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence. S hlavním cílem zjištění jeho vlivu na znalosti v oblasti rizikového sexuálního chování, vybraných STI a používání kondomů; změnu zaujímaných postojů k pohlavnímu styku a používání kondomů; self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomu, při nákupu a používání kondomů; zábrany při používání kondomů účastníků programu. Pro tyto účely byl zvolen kvantitativní výzkum zakládajícím se na deduktivním přístupu, kdy je vycházeno z již existujících teoretických tvrzení převáděných operacionalizací do podoby hypotéz následně ověřovaných vlastním empirickým výzkumem. Jehož výstupem je právě ono ověření hypotézy současně umožňující zobecnění výsledků (Švaříček et al., 2007). Konkrétně toto výzkumné šetření využívalo ke sběru párových dat dvou hlavních výzkumných nástrojů, a to pretest-posttest a dotazníků.

### **6.1 Metody sběru dat**

Pretest-posttest design, jenž byl využit, spočívá ve dvou časově oddělených měřeních za odlišných podmínek na realizovaných na stejné experimentální jednotce, čímž jsou získána párová data. Výzkumník následně zjišťuje, zda existuje rozdíl mezi daty získanými při prvním měření a daty získanými při druhém měření (Bonate, 2000). V rámci tohoto výzkumného šetření byli experimentální jednotkou žáci 1. ročníků SZŠ. Odlišnou podmínku zde představuje absolvování navrženého intervenčního programu, kdy hledaným rozdílem mezi daty bude právě zjišťování jeho vlivu na znalosti žáků.

Dále také bylo využito dvou časově oddělených dotazníkových šetření, kdy jeden byl realizován před intervenčním programem dále nazývaný jako dotazník varianta A a druhý byl respondenty vyplňován po ukončení intervenčního programu nazývaný jako dotazník varianta B. Obecně lze dotazníky definovat jako metodologické nástroje výzkumu využívaných pro zjištění informací týkajících se osobních znalostí, zaujímaných postojů či hodnotových preferencích k vybrané aktuální nebo případné popsané potencionální skutečnosti (Maňák et al., 2005). Mezi významné výhody patří rychlost sběru dat, možnost anonymizování, kvantifikace údajů, ale také možnost získání informací, které nelze získat zvolením jiné techniky. Mezi nevýhody lze jmenovat například možnost zkreslení informací,

nemožnost dovysvětlení odpovědi či možnost přeskočení dané otázky. Zároveň je nezbytné brát také v úvahu subjektivitu výpovědí, a také to, že tato forma dotazování respondentovi nebude vyhovovat (Bartošová, Skutil in Skutil et al., 2011). Získaná kvantitativní data poté sloužila k posouzení vlivu navrženého intervenčního programu na zaujímané postoje, self-efficacy a pociťované zábrany účastníků programu. Sběr dat probíhal dle Schématu 2 níže.



*Schéma 2 Průběh sběru dat*

Pro zajištění anonymity si každý z respondentů před prvním sběrem kvantitativních dat odtrhl ze šatního bloku jeden papírek s číslem. Toto číslo ihned po otevření online Formuláře Google nazvaného Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta A poznamenali ke kolonce Číslo respondenta. Rovněž byli požádáni, aby si číslo zapamatovali a lísteček si uložili. Neboť úplně stejné číslo budou vyplňovat i při druhém sběru dat po ukončení programu. S těmito instrukcemi také byli upozorněni na zcela samostatné vyplňování bez využití jakýchkoli pomůcek a dalšího vyhledávání na internetu. Následně jim na interaktivní tabuli byl promítnut QR kód, který je přesměřoval na připravený Formulář Google s jednotlivými položkami.

V průběhu intervenčního programu byly získávány důležité informace k posouzení realizovatelnosti návrhu. Pozorování bylo v průběhu programu realizováno pouze pedagogem vedoucí program. Tedy jednalo se o pozorování přímé, zúčastněné, zjevné, krátkodobé, nestrukturované a nestandardizované dle dělení Kováčkové (Kováčková in Skutil et al., 2011). Pozorování se především zaměřovalo na účinnost volených metod výukových vzhledem ke stanoveným cílům programu, interakce mezi žáky, zapojení žáků do aktivit a projevy zájmu a také celkovou atmosféru ve třídě. Všechny tyto aspekty byly následně zohledněny při reflektování samotného programu a také byly brány v potaz jako možné limity výzkumného šetření. Významnou součástí programu byla rovněž interakce

pedagoga s účastníky, kdy získané podněty přispěly ke zpracování návrhu pro praxi. V průběhu programu zároveň účastníci pracovali s řadou připravených výukových materiálů, jejichž příklady vypracování lze prohlédnout v přílohách 4, 8, 11, 14, 17, 19. Součástí výzkumného šetření nebyla plánována a následně ani využita cílená strukturovaná obsahová analýza. Avšak jejich pročtením bylo možné zhodnotit, zda jejich navržená podoba je vhodná pro použití v praxi. Rovněž byla získána i zpětné vazba od žáků, kterou sice nelze kvantifikovat a zobecnit, avšak byla zakomponována do návrhu doporučení pro praxi.

Po ukončení intervenčního programu byli respondenti požádáni o vyplnění druhého Google formuláře nazvaného Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta B. Před nímž si připravili jimi vzaté lístečky s číslem před prvním sběrem dat. Toto číslo opětovně napsali do kolonky Číslo respondenta naleznutelné na začátku formuláře. Z důvodu možnosti následného spárování získaných dat pro vyhodnocení. Rovněž byli instruováni o samostatném vyplňování bez možnosti využití pomůcek či vyhledávání na internetu. Poté již byl respondentům na interaktivní tabuli promítnut QR kód, jenž je přesměřoval na samotný formulář složený z dvou výzkumných nástrojů.

## **6.2 Výzkumné nástroje**

Google Formulář nazvaný Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta A viz Příloha 20, respondenty vyplňovaný před realizací intervenčního programu. Se skládal ze tří obsahově odlišných částí využívajících odlišných výzkumných nástrojů. První část obsahující položky č. 1-3 se zaměřovala na bližší specifikaci respondenta za využití dotazníku. Druhá část byla pretestem obsahujícím celkem třináct položek. Z nichž škálová položka č. 4 se věnovala sebehodnocení své informovanosti o zásadách bezpečného sexu a zbývající sloužící k ověření znalostí. Položky č. 5-8 cílily na ověření znalostí o rizikovém sexuálním chování. Zbývající položky č. 9-16 byly vybrány, přeloženy a poupraveny z Knowledge Test skládajícího se z 34 položek s možností výběru úspěšně ověřeném na studentech středních školy, jenž je součástí Mathtech Questionnaires: Sexuality Questionnaires for Adolescents (Kirby, 1984; Kirby in Fisher et al., 2011). Položky č. 9, 11, 13, 14, 16, byly pro naše potřeby označeny za položky zabývající se znalostmi o vybraných STI a položky č. 10, 12, 15, za položky týkající znalostí o používání kondomů.

Ve třetí části bylo využito dotazníku varianta A obsahuje položky č. 17-33 zaměřené na zaujímané postoje, self-efficacy a zábrany. Všechny z nich byly vybrány a přeloženy ze Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-Efficacy Scales (SRBBS), které byly vyvinuté k možnosti změření významných psychosociálních proměnných, jenž ovlivňují jednak ochranné chování, ale také sexuální riziko (Basen-Engquist et al., 1999; Basen-Engquist et al. in Fisher et al., 2011). Pro naši potřebu byly následně mírně některé formulace poupraveny a rovněž bylo vynecháno měření norem pohlavního styku a norem používání kondomů. Konkrétně v tomto výzkumném šetření se sexuálního rizikového chování týkají: zaujímané postoje k pohlavnímu styku jimiž se zabývaly položky č. 17, 18 a self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, na níž se zaměřovaly položky č. 22, 23, 24. S ochranným chováním souvisely následující čtyři škály: postoje k používání kondomů zjišťované položkami č. 19, 20, 21; self-efficacy při komunikaci o používání kondomů měřená položkami č. 25, 26, 27; self-efficacy při nákupu a používání kondomů zjišťované položkami č. 28, 29, 30 a zábrany používání kondomů, jimiž se zabývaly položky č. 31, 32, 33. Všechny tyto měřené proměnné, které lze použít k predikci rizikového chování, vycházejí z dříve publikovaných teorií chování, jimiž jsou: the Theory of Reasoned Action, the Social Cognitive Theory and the Health Belief Model (Basen-Engquist et al., 1999).

Google Formulář nazývaný Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta B viz Příloha 22, byl respondenty vyplňovaný po ukončení intervenčního programu. Rovněž se skládal ze tří odlišných částí využívajících kombinace výzkumných nástrojů. První část byla posttestem obsahujícím rovněž třináct zcela identických položek, jako tomu bylo i v pretestu. Tedy zaměřovali se na sebehodnocení své informovanosti o zásadách bezpečného sexu, na znalosti o rizikovém sexuálním chování, znalosti o vybraných STI a znalosti o používání kondomů zjišťované upravenými položkami Knowledge Test (Kirby, 1984; Kirby in Fisher et al., 2011). Ve druhé části byl využit dotazník varianta B obsahující téměř shodné položky, jako tomu bylo v dotazníku varianta A. Zabývají se rovněž postoji k pohlavnímu styku a k používání kondomů, Self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomů a při nákupu a používání kondomů, a také zábranami používání kondomů respondentů (Basen-Engquist et al., 1999; Basen-Engquist et al. in Fisher et al., 2011). Třetí část taktéž využívala výzkumného nástroje v podobě dotazníku. Obsahovala položky č. 34 a 35 směřující k celkovému zhodnocení zrealizovaného intervenčního



programu. V této části respondenti zhodnotili, co se jim na intervenčním programu líbilo, co scházelo, a také co by dle nich mělo být doplněno.

### **6.3 Výzkumný vzorek**

S žádostí o umožnění ověření navrženého intervenčního programu v praxi bylo osloveno vedení Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Příbram vybrané na základě dřívějších výborných zkušeností se spoluprací. Po společné domluvě s přihlédnutím ke koncipování pro žáky 1. ročníků a možnostem úpravy standartního rozvrhu byl samotný program realizován se třemi třídami ze čtyř tříd prvních ročníků jednotlivých oborů vzdělávání, v nichž ve školním roce 2022/23 bylo poskytováno střední vzdělání s maturitní zkouškou. Konkrétně se jednalo o třídy 1. PSA, 1. PSB 1. ZL oboru vzdělávání Praktická sestra a 1. ZL oboru vzdělávání Zdravotnické lyceum.

Ověření programu probíhalo vždy s jednou z vybraných tříd ve třech po sobě jdoucích dnech od 26.-28. června 2023 bez přítomnosti pedagogického pracovníka školy. Realizace byla vždy uskutečněna v dopoledních hodinách, konkrétně v průběhu 1.-4. vyučovací hodiny trvající 45 minut. Mezi jednotlivými vyučovacími hodinami byly ponechány přestávky dle standartního rozvrhu školy.

První realizace proběhla v pondělí 26.6. 2023 se třídou 1. PSB, kdy při zahájení programu bylo přítomno 18 žáků (35,3%) v zastoupení 17 žen a 1 muž. Po druhé vyučovací hodině se k nám přidala ještě jedna žákyně, avšak tu již nebylo možné zahrnout do výzkumného vzorku. Druhá realizace proběhla v úterý 27.6. 2023 za účasti 16 žáků (31,4%) třídy 1. ZL, mezi nimiž bylo 15 žen a 1 muž. Třetí realizaci ve středu 28.6. 2023 se třídou 1. PSA se účastnilo 17 žáků (33,3%) v poměru 16 žen a 1 muže. Souhrnně se výzkumný vzorek skládal z 51 respondentů (100,0%), v zastoupení 48 žen a 3 muži, ve věkovém rozpětí 15–18 let. Podrobněji graficky zpracované informace o respondentech lze naléznout v kapitole 7.1 Specifikace respondentů.

### **6.4 Vyhodnocení dat**

Získaná kvantitativní data byla vyhodnocována v posloupnosti odpovídající jednotlivým částem výzkumných nástrojů. Odpovědi respondentů na položky č.1-3 obsažené pouze v prvním sběru dat před intervencí zaměřené na specifikaci respondenta byly převedeny do

MS Excel, kde za pomoci funkce COUNTIF bylo možné zjistit, kolik respondentů odpovídalo u dané položky shodnou odpověď. Následně byly vytvořeny histogramy k vizualizaci zastoupení jednotlivých odpovědí vyskytující se v konkrétním testu doplněné o vypočítané procentuální zastoupení.

### **Pretest-posttest**

Následně proběhlo vyhodnocování pretestu a posttestu zaměřených na ověření znalostí respondentů. Odpovědi respondentů rovněž byly nejprve převedeny do MS Excel. U vyhodnocení položky č. 4 na niž respondenti hodnotili své znalosti výběrem přesné číselné odpovědi na Likertově škále. Následně byla využita funkce ČETNOSTI pro získání přehledu, kolik respondentů zvolilo konkrétní hodnotu. Tento postup byl realizován s daty z obou testů. Poté byl vytvořen histogram znázorňující vedle sebe dva sloupce k dané hodnotě škále, z nichž oranžový znázorňuje četnost výběru dané hodnoty před intervenčním programem a červený sloupec znázorňuje četnost výběru dané hodnoty po absolvování intervenčního programu. Tedy lze snadno porovnat vývoj odpovědí. Následně byla zhotovena tabulka znázorňující procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.

Pro zjištění statistické významnosti navrženého intervenčního programu na hodnocení respondentů své informovanosti o zásadách bezpečného sexu před a po jeho absolvování, na niž se zaměřovala položka č. 4, byl využit párový T-test. Jenž lze využít při dvou opakovaných měřeních určité hodnoty u stejné skupiny respondentů při dodržení stejných podmínek, při získání metrických dat (Chráška, 2016). K samotnému výpočtu byl využit online volně dostupný T test calculator. Pro porovnání vlivu programu na sebehodnocení bylo ze získaných dat z obou testů možné vypočítat průměr a medián v MS Excel za využití funkce PRŮMĚR a funkce MEDIAN.

Položka č. 5 byla vyhodnocena shodným způsobem, jako tomu bylo u položek č. 1-3. Pouze zde bylo nezbytným postupem zrealizovat s daty z pretestu i posttestu. Následný vyhotovený histogram shodně, jako je tomu u položky č. 4, obsahuje vždy dva sloupce k dané odpovědi pro znázornění vývoje odpovědí vlivem intervenčního programu.

Vyhodnocení odpovědi na otevřené znalostní položky č. 6-8 se zakládalo na kvalitativním přístupu za využití otevřeného kódování, jehož nespornou výhodou je jednoduchost realizace, avšak současná účinnost (Švaříček et al., 2007). Odpovědi byly převedeny do MS

Word. Poté již bylo možné postupovat proces dle Juklové in Skutil et al. (2011). Odpovědi respondentů byly nejprve rozděleny na jednotlivé datové segmenty, které byly následně označeny kódem. Jednotlivé koncepty byly v návaznosti na to kategorizovány do tříd dle souvisejících jevů. Tyto námi utvořené třídy následně byly zpracovány do přehledové tabulky vždy k dané položce. V ní je porovnání četnosti výskytu dané třídy v odpovědích získaných před a po intervenčním programu současně s vypočítaným procentuálním zastoupením. Pro objasnění čtenáři jednotlivých kategorií jsou vždy dokládány i přesné citace přepisů odpovědí respondentů.

Hodnocení správnosti zodpovězení poté probíhalo dle předem stanovených kritérií s náležitým bodovým ziskem, které lze vždy nalézt nad tabulkou 3, 5, 7 hodnocení konkrétní položky. Kdy na jednotlivé odpovědi respondentů bylo nahlíženo individuálně. Výsledný bodový zisk před a po absolvování intervenčního programu byl poznamenán do MS Excel, kde byla využita opět funkce ČETNOSTI pro zjištění zastoupení jednotlivých bodových zisků. Poté tato četnost byla vynásobena bodovým ziskem dané kategorie hodnocení, čímž byl zjištěn celkový bodový zisk respondentů, jejichž odpověď náležela do dané kategorie. Celkový bodový zisk za danou položku byl již pouhým součtem všech bodových zisků respondentů v daném dotazníku. Z těchto dat byla následně vytvořena přehledová tabulka hodnocení konkrétní položky znázorňující porovnání bodového zisku před a po intervenčním programu s vypočítaným procentuálním zastoupením úspěšnosti.

Vyhodnocení odpovědí na uzavřené znalostní položky č. 9-16 probíhalo již kvantitativním přístupem, kdy odpovědi respondentů byly převedeny do MS Excel. Kde následně pomocí funkce COUNTIF bylo možné zjistit, kolik respondentů označilo, kterou z variant nabízených odpovědí vybralo. Tento postup byl opět učiněn s daty z obou testů. K vizualizaci poté byly vytvořeny histogramy obsahující dva barevně odlišené sloupce, ke každé nabízené variantě odpovědi pro rychlé zorientování se ve změně znalostí před a po intervenčním programu doplněné o vypočítané procentuální zastoupení výběru dané odpovědi.

Při vyhodnocení správnosti odpovědí s náležitým bodovým ziskem bylo postupováno dle předem stanovených kritérií odvíjejících se od správného řešení těchto položek v Knowledge Test (Kirby in Fisher et al., 2011). Konkrétní popis hodnocení lze nalézt vždy nad

tabulkou 8-15 shrnující hodnocení konkrétní položky. Jednotlivé odpovědi respondentů byly vyhodnocovány individuálně a ohodnoceny dle správnosti body. Výsledný bodový zisk před a po absolvování intervenčního programu byl poznamenán do MS Excel. Kde za použití funkce ČETNOSTI bylo zjištěno zastoupení jednotlivých bodových zisků. Dále bylo již postupováno stejným způsobem jako při hodnocení položek č.6-8. Poté shodně byla vytvořena ke každé položce přehledová tabulka znázorňující porovnání bodových zisků před a po intervenčním programu.

Pro vytvoření zjištění celkového počtu výborných a zcela správně zodpovězení znalostních položek bylo vycházeno z jednotlivých hodnocení znalostních položek č. 6-16 zpracovaných v tabulkách MS Excel. I zde bylo využito funkce ČETNOSTI se zadáním kritéria pouze pro bodové zisky odpovídající výborným a zcela správným zodpovězením. Následně byly jednotlivé četnosti sečteny funkcí SUMA. Výsledky následně byly zachyceny do histogramu pro celkové zpřehlednění porovnání úspěšnosti před a po absolvování intervenčního programu doplněné o vypočítané procentuální zastoupení.

#### **Dotazník varianta A, dotazník varianta B**

Následně se vyhodnocovaly odpovědi respondentů na položky zaměřené na postoje, self-efficacy a zábrany používání kondomů výběrem popsané hodnoty na Likertově škále, jež byly součástí dotazníku varianta A a dotazníku varianta B. Dle uvedeného hodnocení k Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-Efficacy Scales by měla být položky č. 18 hodnocena obráceně (Basen-Engquist et al. in Fisher et al., 2011). Avšak po zvážení obsahu položky v tomto výzkumném šetření bylo rozhodnuto, že pozitivním, pokud respondenti uvádějí, že je v pořádku mít sexuální styk se stálým přítelem či přítelkyní. Neboť se jedná o jednu z možností, jak efektivně předcházet důsledkům rizikového sexuálního chování. Tedy volené hodnoty škály byly v nezměněné podobě převedeny do MS Excel. Kde za pomoci funkce ČETNOSTI bylo možné zjistit, kolik respondentů zvolilo odpovídající hodnotu škály. Poté byly rovněž vytvořeny histogramy zobrazující vedle sebe v barevně odlišených sloupcích změny výběru dané hodnoty před a po intervenčním programu doplněné o procentuální zastoupení. Pro souhrnné porovnání vlivu programu na změnu volených hodnot na škále bylo možné vypočítat medián za užití přepsaných dat k jednotlivým položkám před a po intervenci MS Excel za využití funkce MEDIAN.

Pro zjištění statistické významnosti navrženého intervenčního programu na znalosti testované pretestem a posttestem, a měřené proměnné dotazníky jimiž jsou zaujímané postoje, self-efficacy a zábrany respondentů před a po jeho absolvování, ověřované v položkách č. 6-33, byl využit Wilcoxon Signed-Rank Test. Tento statistický test lze využít při opakovaném měření též objektů, přičemž získaná data jsou minimálně ordinální. Jehož vypočítáním je následně možné potvrzení či zamítnutí platnosti nulové hypotézy výzkumu (Chrásková, 2016). Výpočet statistické významnosti byl uskutečněn za pomoci online volně dostupného Wilcoxon Signed-Rank Test Calculator se zvolením hladiny významnosti .05 a two-tailed hypotézy. Pro porovnání celkového vlivu programu na souhrnné znalosti, postoje, self-efficacy a normy před a po intervenčním programu bylo možné vypočítat také medián získaných dat v MS Excel za využití funkce MEDIAN. Při tomto souhrnu bylo již pracováno se skupinami.

### **Hodnocení programu**

V závěru proběhlo vyhodnocení položek zaměřující se na celkové hodnocení intervenčního programu jeho účastníky, jenž byly součástí pouze druhého sběru dat. Při vyhodnocení těchto dvou otevřených položek bylo využito otevřené kódování dle Skutilla at al. (2011). Písemné odpovědi respondentů byly převedeny do MS Word. Již při prvním pročetí byly rozděleny na jednotlivé datové segmenty dle obsahu sdělení. Následně byly označeny kódem, dle něž byly kategorizovány do tříd souvisejících jevů. Tento postup byl učiněn s daty získanými v obou dotaznících. Jednotlivé kategorie byly poté přehledně zpracovány do přehledové tabulky k dané položce, která zachycuje výskyt dané třídy v odpovědích respondentů s výpočtem procentuálního zastoupení. V komentáři k příslušné tabulce lze nalézt také transkripci částí odpovědí respondentů, umožňující porozumění členění jednotlivým kategoriím.

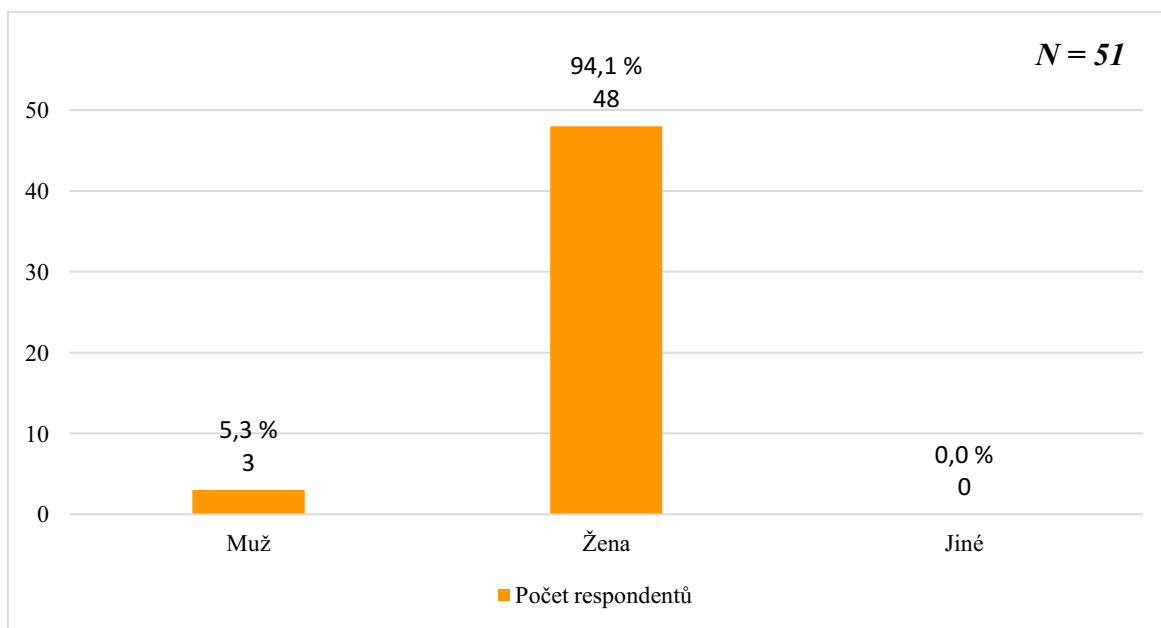
## 7 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumného šetření budou rozděleny do čtyř podkapitol odpovídající jednotlivým částem výzkumných nástrojů. První podkapitola je věnována bližší specifikaci respondentů. Druhá podkapitola se zabývá znalostmi respondentů před a po absolvování intervenčního programu v oblasti rizikového sexuálního chování, vybraných STI a používání kondomů. Ve třetí podkapitole jsou k nalezení výsledky před a po absolvování intervenčního programu týkající se zaujímaných postojů k pohlavnímu styku a používání kondomů. Dále self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, při komunikaci o používání kondomu, a také při nákupu a používání kondomů. Rovněž v ní jsou zahrnuty i výsledky týkající se zábran při používání kondomů. Poslední čtvrtá podkapitola obsahuje samotné hodnocení programu jeho účastníky.

### 7.1 Specifikace respondentů

#### **Položka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?**

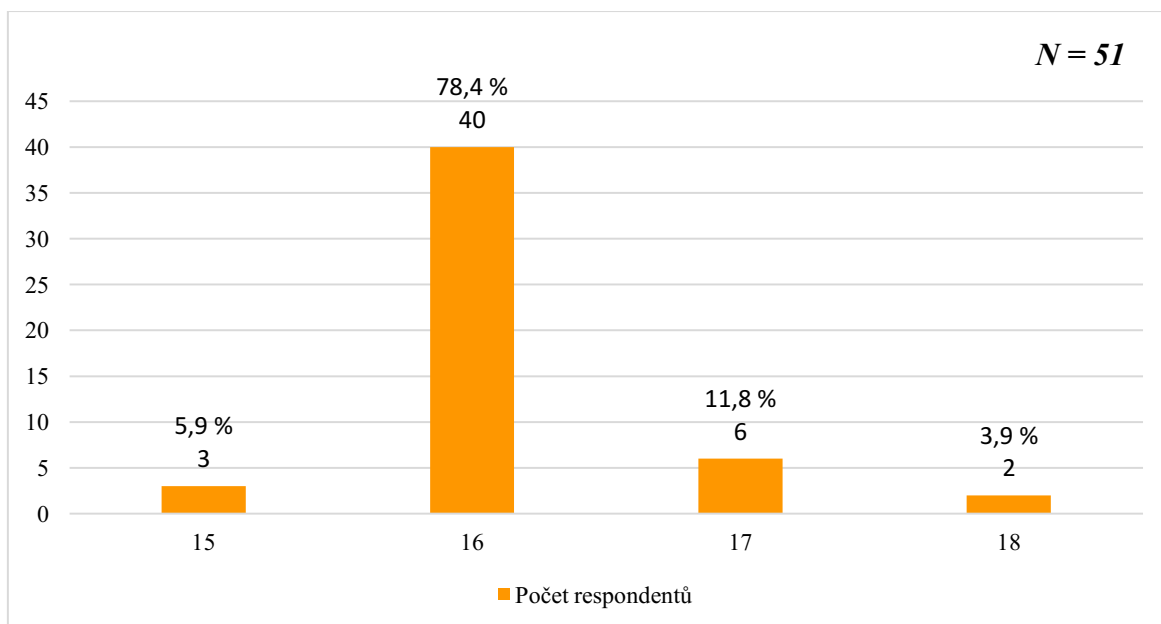
První položka se respondentů dotazovala na jejich pohlaví. Jednalo se o polouzavřenou položku s výběrem z nabízených odpovědí: *Muž*, *Žena* a *Jiné*. Při označení odpovědi *Jiné* byla dána možnost bližšího konkretizování vlastními slovy. V grafu 1 níž vidíme poměr výběru jednotlivých odpovědí všemi 51 respondenty (100,0%), z nichž žádný nezvolil odpověď *Jiné* (0,0%). Odpověď *Žena* označilo celkem 48 respondentů (94,1%). Zbývajících 3 respondenti (5,9%) vybrali odpověď *Muž*.



*Graf 1 Charakteristika respondentů z hlediska pohlaví*

### **Položka č. 2: Kolik Vám je let?**

Druhá položka zjišťovala věk respondentů. Jednalo se o otevřenou položku, na kterou všichni respondenti (100%) uvedli číslicí svůj aktuální věk viz graf 2. Nejvíce četnou odpovědí bylo *16 let*, kterou uvedlo celkem 40 respondentů (78,4%). Dále 6 respondentů (11,8%) zapsalo věk *17 let*. Odpověď *15 let* poznamenali 3 respondenti (5,9%) a věk *18 let* uvedli 2 respondenti (3,9%). Průměrný věk respondentů činí 16 let.

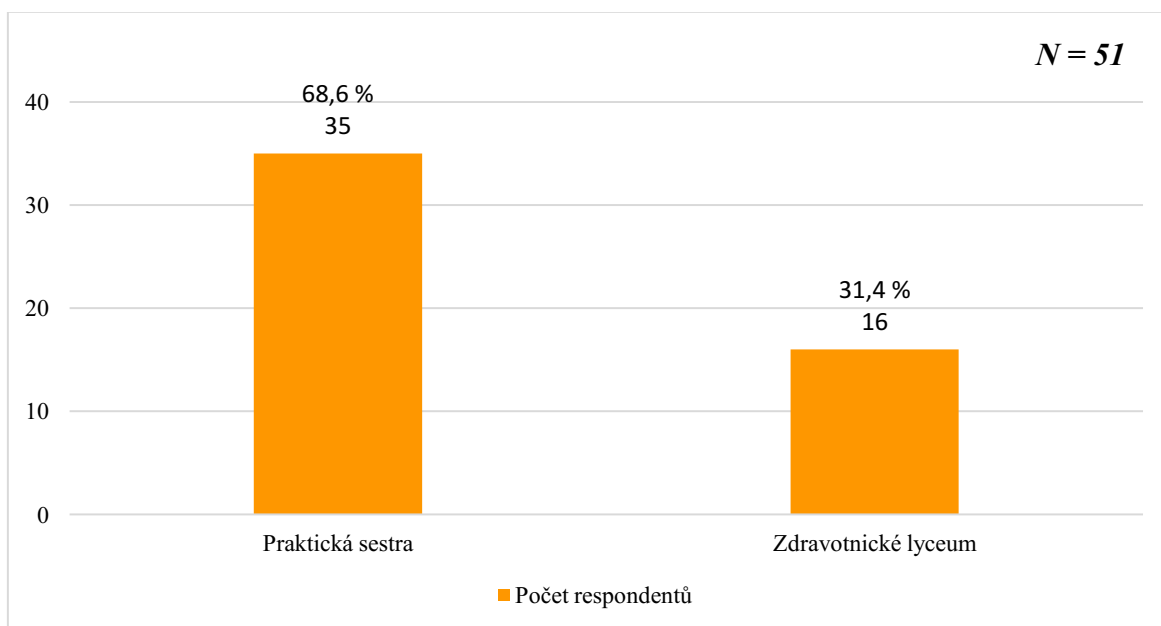


*Graf 2 Charakteristika respondentů z hlediska věku*



### **Položka č. 3: Který obor na SZŠ a VOŠZ Příbram studujete?**

Třetí položka se zaměřovala na získání informací o studovaném oboru respondenty na SZŠ a VOŠZ Příbram. V grafu 3 níže vidíme, že z celkového počtu 51 respondentů (100,0%) odpověď *Praktická sestra* zvolilo 35 respondentů (68,6%). Odpověď *Zdravotnické lyceum* vybralo 16 respondentů (31,4%).

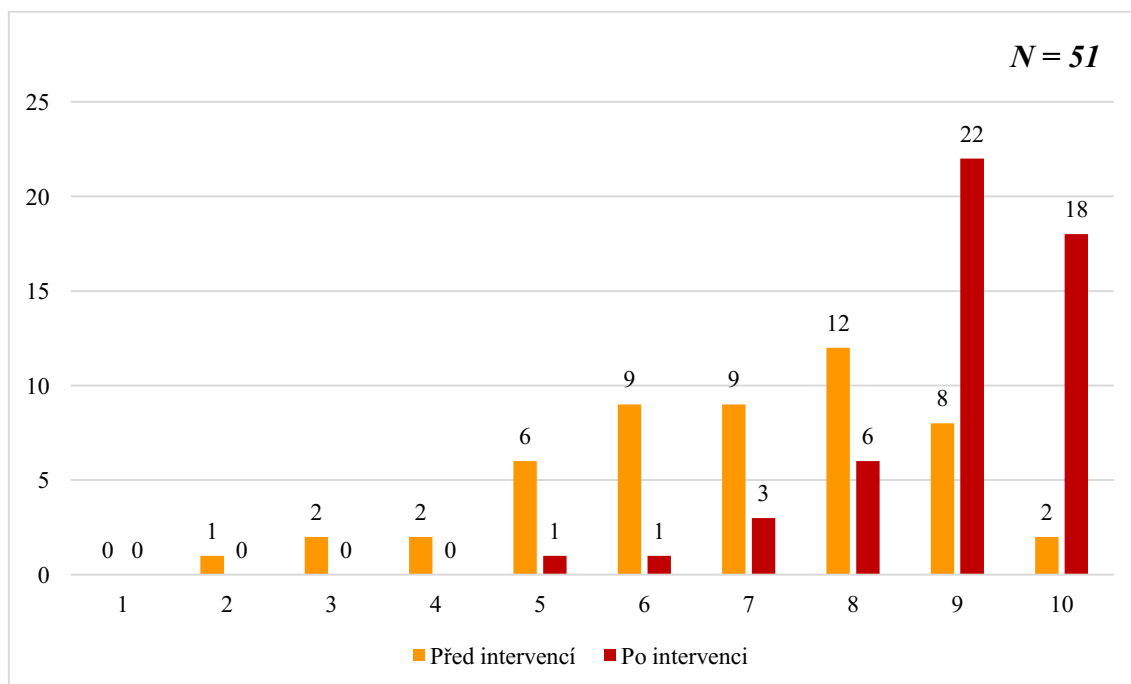


*Graf 3 Charakteristika respondentů z hlediska studovaného oboru*

## 7.2 Znalosti

### Položka č. 4: Uved'te na škále od 1 do 10, jak se cítíte být informování o zásadách bezpečného sexu.

Položka č. 4 zařazená jako první ze skupiny položek zaměřujících se na znalosti respondentů byla věnována sebehodnocení své informovanosti o zásadách bezpečného sexu respondenty. Respondenti svou odpověď uváděli výběrem hodnoty na Likertově škále 1-10, kdy 1 = zcela nedostatečně informován a 10 = zcela dostatečně informován. Vizualizaci výběru jednotlivých hodnot škály v porovnání před a po programu zachycuje Grafu 4. Tabulka 1 shrnuje procentuální zastoupení označovaných hodnot. Před programem minimální označená hodnota byla 2, zvolená 1 respondentem (2,0%) a maximální zvolená hodnota 10, vybraná 2 respondenty (3,9%). Po intervenci byla minimální označená hodnota 5 označená 1 respondentem (2,0%) a maximální hodnota škály 10 označena 18 dotazovanými (35,3%). Zlepšení hodnocení svých znalostí o zásadách bezpečného sexu lze nejlépe ukázat na aritmetickém průměru (M), kdy před program  $M = 6,88$  ( $SD = 1,82$ ) a mediánu hodnoty 7. Oproti tomu po absolvování programu  $M = 8,98$  ( $SD = 1,09$ ) a medián činí 9. Po spočítání T-testu ze získaných dat vychází  $p < 0,001$ , tedy intervenční program měl statisticky významný vliv na hodnocení respondentů své informovanosti o zásadách bezpečného sexu.



Graf 4 Hodnocení respondentů svých informovanosti o zásadách bezpečného sexu

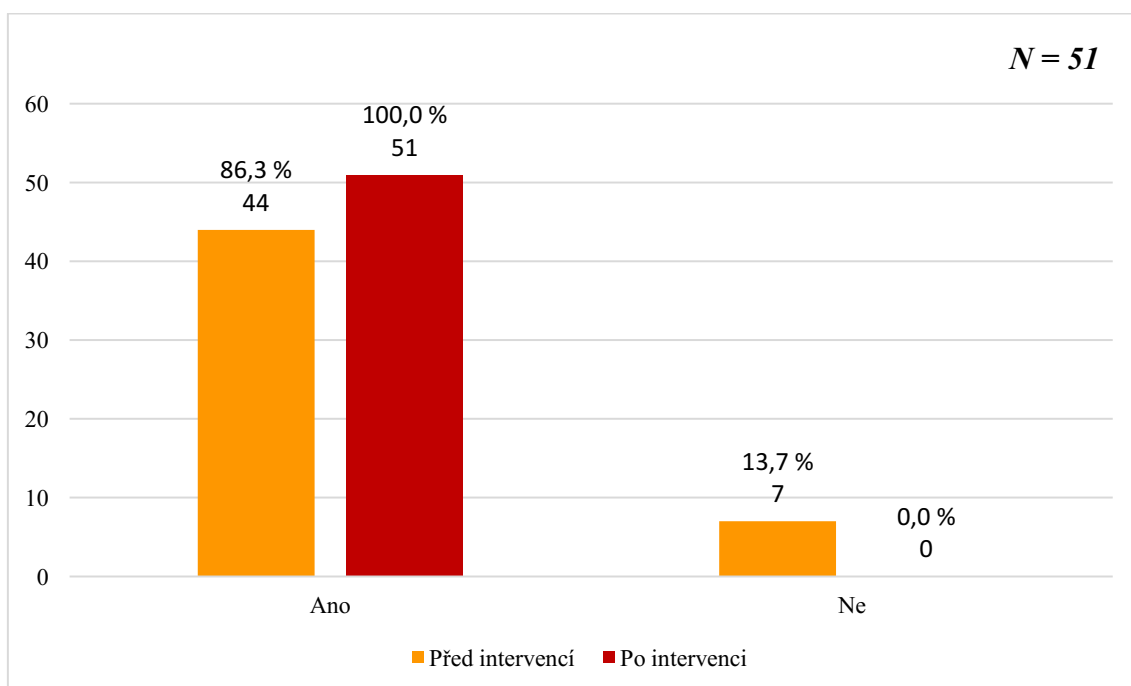
*Tabulka 1 Hodnocení respondentů své informovanosti o zásadách bezpečného sexu*

*N = 51*

<b>Odpovědi</b>	<b>Před intervencí (%)</b>	<b>Po intervencí (%)</b>
1	0,0	0,0
2	2,0	0,0
3	3,9	0,0
4	3,9	0,0
5	11,8	2,0
6	17,6	2,0
7	17,6	5,9
8	23,5	11,8
9	15,7	43,1
10	3,9	35,3
<b>Celkem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### **Položka č. 5: Znáte pojem rizikové sexuální chování?**

Položka č. 5 se zaměřovala na zjištění znalosti pojmu rizikové sexuální chování respondenty. Jednalo se o uzavřenou dichotomickou položku s výběrem odpovědí *Ano* či *Ne*, na niž poznamenalo svou odpověď všech 51 dotázaných respondentů (100,0%) viz graf 5. V dotazníku před intervencí celkem 44 respondentů (86,3%) uvedlo, že tento pojem znají. Zbývajících 7 (13,7%) respondentů zvolilo odpověď *ne*. Po absolvování programu neznalost pojmu neuvedl žádný z respondentů (0,0%). Tedy již všech 51 respondentů (100,0%) uvedlo znalost pojmu rizikové sexuální chování.



*Graf 5 Znalost pojmu rizikové sexuální chování*

### **Položka č. 6: Definujte pojem rizikové sexuální chování.**

Položka č. 6 se zaměřovala na definování pojmu rizikové sexuální chování, jemuž porozumění se věnovala významná část navrženého programu. Jednalo se o široce otevřenou položku, na níž respondenti odpovídali v obou dotaznících. Získaná data byla následně analyzována a rozčleněna do 21 kategorií zastupující obsah jednotlivých sdělení, jejichž zastoupení je přehledně zpracováno v Tabulce 1 níže.

První kategorie **chování ohrožující druhou osobu; ostatní** před programem zaznívá konkrétně ve 2 odpovědích (3,1%), kdy jedna z respondentek přímo uvádí: „*sexuální chování, které ohrožuje druhého*“. Druhá respondentka poznamenala: „Chování, které při pohlavním styku ohrožuje zdraví jedinců“, zde můžeme vidět, že respondentka nad pojmem rozmýšlí v širším kontextu. Obdobně tomu je i u 4 odpovědí (4,3%) uvedených po programu, které byly rovněž zařazeny do této kategorie. Kupříkladu zde zaznívá tato formulace: „*chování, při němž ohrožujeme sebe a i ostatní například v přenosu sexuálně přenosných nemocí*“. Zmínění respondenti rovněž neuvádějí pouze ohrožení zdraví druhého či ostatních, ale i ohrožení zdraví jedince chovajícího se sexuálně rizikově. Z tohoto důvodu byly odpovědi započítávány při vyhodnocování i do druhé kategorie.

Do druhé kategorie **chování způsobující nechtěné následky; negativní dopady pro zdraví** bylo možné před realizací programu zahrnout celkem 4 odpovědi (6,2%), z nichž ve třech zazněla pouze formulace vystihující tuto kategorii například: „*sexuální život, který nám může způsobit zdravotní potíže*“. V poslední respondentka uvádí: „*Myslím že to je například nebezpečné pro člověka, sexuální chování...*“ a dále ve svém výroku doplňuje i konkrétní příklad styku bez ochrany s osobou mající pohlavní nemoc. Jež byl při kódování stanoven samostatnou kategorií. Po absolvování intervenčního programu významně vzrostl počet odpovědí, v nichž respondenti správně poznamenávají nechtěné následky, případně negativní dopady pro zdraví. Konkrétně se jedná o 17 odpovědí (18,3%) i zde se setkáváme s obecnými formulacemi ve výrocích obdobným těmto: „*Chování, které se týká sexuálních praktik a má špatné následky*“; „*Chování, které ohrožuje naše zdraví*“. Ve zbývajících 10 výrocích již respondenti definici rozvíjejí: „*Provozování sexuálních aktivit s fyzickými psychickými nebo sociálními dopady*“; „*Aktivita se sexuálním podnětem s rizikem ohrožení duševní, fyzické a sociální stránky*“. Případně doplňují konkrétní správné příklady rizikového sexuálního chování, jak je tomu i v odborné literatuře.

Jak již bylo výše zmíněno, tak velmi často ve své odpovědi respondenti uváděli i množství konkrétních typů rizikového sexuálního chování, jež byly kategorizovány samostatně viz tabulka 2. Jedním z nich je také třetí kategorie **krvavé sexuální praktiky**, která před programem nezaznívá v žádné odpovědi (0,0%). Po jeho absolvování ji zmiňují 2 odpovědi (2,2%): „..., *krvavé sexuální praktiky, ...*“; „..., *krvavé praktiky, ...*“. Obdobně i čtvrtá **kategorie navazování náhodných známostí** se v odpovědích před programem neobjevila v žádné z odpovědí (0,0%). Při druhém sběru dat rizikovost náhodných známostí zahrnují 3 odpovědi (3,2%). Respondenti zde využívají různých formulací: „..., *náhodné známosti, ...*“; „..., *sex s neznámým člověkem*“; „..., *vyspat se s někým bezmyšlenkovitě, ...*“.

Nejčastěji zmiňovanou informaci vyčleňuje pátá kategorie **nechráněný sexuální styk** zaznívající v 24 odpovědích (36,9%) před realizací programu. Respondenti například poznamenávají: „*Bez ochrany (antikoncepce, prezervativu)*“; „*Nechráněný sex*“; „*pohlavní styk bez kondomu*“. Po absolvování programu nechráněný akt uveden v 23 odpovědích (24,7%) velmi obdobnými formulacemi, jako tomu bylo před jeho realizací: „..., *nechráněný pohlavní styk kondomem*“; „*Je to pohlavní styk bez ochrany*“; „*sex bez ochrany*“.

Šestá kategorie **nechtěné následky** zahrnuje pouze 1 odpověď (1,5%) uvedenou respondentkou při prvním sběru dat, jejíž přesná citace zní: „*nechtěné následky*“. Z důvodu přílišné obecnosti této odpovědi ji nebylo možné zahrnout do prvních dvou kategorií. Ve druhém sběru dat se obdobná odpověď nevyskytuje (0,0%). Sedmá kategorie nazvaná **neopatrnost; nezodpovědnost; nevědomost při pohlavním styku** sdružuje 4 odpovědi (6,2 %) získané před intervencí znějící následovně: „*Pri pohlavnim sexu nejsme dost opatrní*“; „*nedbalé praktikování pohlavního styku, ...*“; „*Že nejsme opatrní při sexu*“; „..., *nevědomost při sexuální aktivitě ...*“. Po programu byla sedmá kategorie shledána v 5 odpovědích (5,4%) v analogických zněních.

Osmá kategorie **nestát si za svým „Ne“** byla vyčleněna na základě své specifčnosti. V odpovědích před programem se tato kategorie nevyskytla (0,0%), avšak po jeho absolvování byla shledána jako součást 1 odpovědi (1,1%). Její obsahem mimo jiné byla i devátá kategorie **nevěra** zaznamenaná v 2 odpovědích (2,2%). Kdy respondentky poznamenávají: „..., *podvest partnera s někým pak to odsere i ten partner*“ „..., *podvádění, ...*“. Před programem tento typ rizikového sexuálního chování nevedl žádný z přítomných (0,0%).

Naopak desátá kategorie **nevhodné chování muže k ženě** vymezuje pouze 1 odpověď (1,5%) získanou před realizací programu, kdy respondentka konkrétně poznamenává: „*Nevhodné chování mužů k ženě, třeba křičení na ní a celkové ubližování*“. Po absolvování programu obdobné znění respondenti neuvádějí (0,0%). Jedenáctá kategorie **rizikové chování při pohlavním styku** vyčleňuje odpovědi ve své podstatě opisující pojem sexuálně rizikové chování. Tento opis se vyskytl v 1 odpovědi (1,5%) před realizací programu a ve 2 odpovědích (2,2%) po jeho realizaci. V jedné z nich však respondentka svou odpověď dále rozvíjí a doplňuje i riziko hrozících důsledků a konkrétní příklady.

Dvanáctá kategorie **promiskuita** se v obou dotaznících stala druhým nejhojněji uváděným konkrétním příkladem rizikového sexuálního chování v obou dotaznících. Kdy před intervencí zaznívá v 5 odpovědích (7,7%). Po jeho absolvování se počet více než zdvojnásobil na celých 11 odpovědí (11,8%). Pojem promiskuita zde respondenti vystihovali však i jinými slovními spojeními: „*Střídání partnerů, ...*“; „*Častá výměna partnerů, ...*“; „*... , hodne sexuálních partnerů*“; „*Spát s každým druhým bez kondomu, ...*“; „*Mnoho sexuálních partnerů, ...*“. Třináctá kategorie **prostituce** se v odpovědích respondentů před realizací programu nevyskytovala (0,0%). Po jeho absolvování se stala součástí 6 odpovědí (6,5%). Čtrnáctá kategorie vymezuje rovněž typ rizikového sexuálního chování, a to **předčasné zahájení pohlavního života** poznamenaného v 1 odpovědi (1,5%) před programem. Zde respondentka uvádí: „*Předčasný začátek pohlavního života*“. Po realizaci programu v datech sledujeme 2 obdobné odpovědi (2,2%) znějící: „*Praktikování pohlavního styku předčasně*“; „*předčasný začátek pohlavního života, ...*“.

Nejčastěji zmiňovaným důsledkem rizikového sexuálního chování poznamenávaným v definicích respondentů se stal **přenos pohlavních nemocí** následně vyčleněný jako patnáctá kategorie. Před programem toto riziko uvedlo celkem 6 respondentů ve své odpovědi (9,2%), kupříkladu formulovanými následovně: „*Můžou vzniknout pohlavní nemoci ...*“; „*... , riziko přenosu sexuálních nemocí*“; „*... šíření pohlavních nemocí*“. Po realizaci programu patnáctá kategorie zaznívá ve 4 odpovědích (4,3%): „*... například v přenosu sexuálně přenosných nemocí*“; „*... např. nákaza pohlavní nemoci, ...*“ „*... , přenesení pohlavních chorob, ...*“; „*ruzne nemoci, ...*“.

Šestnáctá kategorie **sexting** před intervenčním programem nepoznamenal žádný z respondentů (0,0%). Po jeho realizaci jej uvádějí ve své odpovědi 2 respondentky (2,2%),

jejichž přesná formulace zní: „... *posílání fotek cizím lidem...*“; „...*, sexting...*“. Naopak osmnáctá kategorie **sexuální aktivity při užívání návykových látek**, přestože je správným příkladem typu rizikového sexuálního chování byla uvedena pouze 1 respondentkou v prvním sběru dat (1,5%). Ve druhém sběru dat obdobná odpověď nebyla zaznamenána (0,0%).

Devatenáctá kategorie **sexuální obtěžování; nechtěný sexuální styk** zahrnuje velmi závažné typy konkrétní typy rizikového sexuálního chování. Poznamenané ve 2 odpovědích (3,1%) před zahájením programu: „*Člověk, který by vám ublížil sexuální formou. Znásilnění apod.*“; „*sexuální narážky, popřípadě osahávání a sexuální obtěžování*“. Po jeho absolvování se vyskytla kategorie ve 4 odpovědích (4,3%), kdy například jedna z respondentek poznamenává: „*Chování člověka toho druhého co nechce a je obtěžován tím druhým člověkem (znásilnění)*“.

Dalším konkrétním důsledkem rizikového sexuálního chování uváděným respondenty je **otěhotnění** vymezené jakožto dvacátá kategorie. Při prvním sběru dat tento důsledek poznamenali ve dva respondenti (3,1%) ve své odpovědi, které znějí: „*předčasné otěhotnění, ...*“; „...*neplánované těhotenství . -> Používání ochranných pomůcek - kondomy , antikoncepce*“. Při druhém sběru dat je uvedeno pouze v 1 odpovědi (1,1%) jakožto následek v podobě oplodnění.

Chybně vyhodnotitelné odpovědi sdružuje jednadvacátá kategorie **vhodné praktikování sexuálních aktivit, předcházení nemocem**. Kategorie zahrnuje 3 odpovědi před intervencí (4,6%), které znějí: „*Jak se mám chovat k sexu*“; „*Chování jak se mám chovat a chránit před sexuálními chorobami*“; „*Praktikování sex. Aktivit*“. K chybnému vysvětlení pojmu došlo také u 2 odpovědí po intervenci: „*Jak můžeme předejít nemocem*“; „*chovani pri nejake sexualni praktice*“. U druhé citace bychom mohli pomýšlet nad její správností ve smyslu, že rizikové sexuální chování je skutečně chováním při nějaké sexuální praktice, avšak z důvodu nevysvětlení souvislosti a nezmínění důsledků takového jednání nebylo možné odpověď vyhodnotit jinak než chybnou.

Poslední dvaadvacátá kategorie **Nevím/Odpověď** neuvedena se vyskytla v 8 odpovědích (12,3%) před realizací intervenčního programu. Z nichž pět uvedlo „*nevím*“ či „*Netuším*“, dvě uvedly namísto odpovědi tečku a v jedné odpovědi zaznívá: „*neumim to vysvětlit*“. Po realizaci intervenčního programu se počet snížil na 2 odpovědi (2,2%). Kdy jedna



z respondentek poznamenala namísto slov pouze „T“ a druhá respondentka uvádí: „Už jsme to řekli tisíckrát ale stále to vlastními slovy popsat nedokážu“.

Tabulka 2 Definování pojmu rizikové sexuální chování

*N = 65, N = 93*

Odpovědi	Před intervencí – počet odpovědí	%	Po intervencí – počet odpovědí	%
Chování ohrožující druhou osobu; ostatní	2	3,1	4	4,3
Chování způsobující nechtěné následky; negativní dopady pro zdraví	4	6,2	17	18,3
Krvavé sexuální praktiky	0	0,0	2	2,2
Navazování náhodných známostí	0	0,0	3	3,2
Nechráněný sexuální styk	24	36,9	23	24,7
Nechtěné následky	1	1,5	0	0,0
Neopatrnost; nezodpovědnost; nevědomost při pohlavním styku	4	6,2	5	5,4
Nestát si za svým „Ne“	0	0,0	1	1,1
Nevěra	0	0,0	2	2,2
Nevhodné chování muže k ženě	1	1,5	0	0,0
Rizikové chování při pohlavním styku	1	1,5	2	2,2
Promiskuita	5	7,7	11	11,8
Prostituce	0	0,0	6	6,5
Předčasné zahájení pohlavního života	1	1,5	2	2,2
Přenos pohlavních nemocí	6	9,2	4	4,3

Sexting	0	0,0	2	2,2
Sexuální aktivity při užívání návykových látek	1	1,5	0	0,0
Sexuální obtěžování; nechtěný sexuální styk	2	3,1	4	4,3
Těhotenství	2	3,1	1	1,1
Vhodné praktikování sexuálních aktivit, předcházení nemocem	3	4,6	2	2,2
Nevím/ Odpověď neuvedena	8	12,3	2	2,2
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Pro hodnocení odpovědí na otevřenou položku č. 6 bylo nezbytné předem stanovit jasná kritéria s rozepsaným bodovým ziskem. Odpovědi respondentů dle nich byly následně rozděleny do pěti kategorií viz Tabulka 3. Odpověď vyhodnocená jako výborná se ziskem 4 bodů musela obsahovat formulaci, jejíž obsah se shodoval s expertním řešením viz. Příloha 24. V definování pojmu nebylo zcela nezbytným, aby respondent přesně zformuloval její znění, avšak bylo potřebné vystihnout podstaty pojmu. Tedy, že se jedná o typ chování přicházející v souvislosti se sexuálními aktivitami, který se pojí s prokazatelným nárůstem mnohých rizik. V případě této kategorie i níže bodovaných bylo uznáno, pokud respondent opomenul zdůraznění souvislosti se sexuální aktivitou, avšak z uvedených konkrétních příkladů byla tato souvislost jednoznačně patrnou. Zároveň bylo nezbytné, aby respondent ve své odpovědi uvedl i konkrétní příklady podoby tohoto chování. Před intervencí byla výbornou vyhodnocena 1 odpověď (2,0%) znějící: „*Myslím, že to je například nebezpečné pro člověka sexuální chování (sex bez ochrany s lidmi kteří mají nějakou pohlavní nemoc)*“. Po absolvování intervenčního programu byly za výborné vyhodnoceny 3 odpovědi (5,9%). Kritéria splnila například odpověď: „*chování které není bezpečné pro zdraví člověka, například sem patří prostituce, nechráněný pohlavní styk kondomem.*“.

Za chvalitebnou odpověď ohodnocenou 3 body je považována odpověď, v níž buď respondent správně uvedl, že se jedná o chování, které se pojí s nárůstem rizik, avšak opomenul uvést konkrétní příklad typu rizikového sexuálního chování. Nebo ve své

odpovědi respondent správně uvedl minimálně tři konkrétní typy rizikového sexuálního chování. Před intervenčním programem celkem 4 respondenti (7,8%) uvedli chvalitebnou odpověď. Třemi body byla ohodnocena kupříkladu odpověď znějící: „*sexuální život, který nám může způsobit zdravotní potíže*“. Po jeho absolvování počet chvalitebných odpovědí stoupl na 17 (33,3%). Mezi nimi je i tato formulace: „*předčasný začátek pohlavního života, vysokou frekvenci pohlavních styků, náhodné známosti, promiskuitu, prostituční chování, krvavé sexuální praktiky, styk bez použití kondomu (vaginální, anální a orální)*“.

Zisk 2 bodů byl připsán za dobrou odpověď, v níž respondenti uvedli pouze dva správné příklady typů rizikového sexuálního chování, ale samotný pojem více nevysvětlili. Před programem se jednalo o 6 odpovědí (11,8%). Vlivem programu se počet zvýšil na 11 odpovědí (21,6%). Jednalo se například o odpovědi znějící: „*Prostituce, nechráněný styk*“; „*Sexuální chování které není chtěné, je bez ochrany...*“; „*Sex bez ochranných pomůcek, promiskuita, spaní s hodně lidmi*“.

Dostatečnou odpovědí byla vyhodnocena taková, v níž respondent uvedl pouze jeden správný konkrétní příklad typu rizikového sexuálního chování. Před programem bylo takto vyhodnoceno 25 odpovědí (49,0%). Mezi nimiž jsou zařazeny i tyto formulace: „*Když máte sex bez ochrany můžeme přenést na sebe nemoci*“; „*Moc sexuálních partnerů*“; „*Předčasný začátek pohlavního života*“. Oproti tomu po programu byl počet snížen na 15 odpovědí (29,4%), kdy dotázaná například uvádějí: „*Promiskuita*“; „*prostituce*“; „*Nechráněný sex*“. Pokud respondent poznamenal obsahově chybné informace v podobě uvedení pouze důsledku rizikového sexuálního chování či uvedl, že se jedná o vhodné praktikování sexuálních aktivit, případně svou odpověď uvedl v podobě interpunkčního znaménka či písmena, tak byla jeho odpověď vyhodnocena za odpověď nedostatečnou bez možnosti přičtení bodu. Před realizací navrženého programu nedostatečnou odpověď uvedlo 15 respondentů (29,4%). Po jeho absolvování počet klesl na 5 respondentů (9,8%).

Tabulka 3 Hodnocení odpovědí definování pojmu rizikové sexuální chování

*N = 51*

Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci –		%
	– počet   body			počet   body		
Výborná – 4 b.	1	4	2,0	3	12	5,9
Chvalitebná – 3 b.	4	12	7,8	17	51	33,3
Dobrá – 2 b.	6	12	11,8	11	22	21,6
Dostatečná – 1 b.	25	25	49,0	15	15	29,4
Nedostatečná – 0 b.	15	0	29,4	5	0	9,8
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Při porovnání celkového bodového zisku za položku č. 6 lze spatřit pozitivní vliv intervenčního programu, kdy před intervenčním programem respondenti souhrnně získávají 53 bodů a po něm byly odpovědi ohodnoceny 100 body.

**Položka č. 7: Napište důsledky, které hrozí, pokud jedinec praktikuje rizikové sexuální chování.**

Položka č. 7 se zabývala důsledky, které hrozí, pokud jedinec praktikuje rizikové sexuální chování. Jednalo se o položku otevřenou, v níž respondenti mohli vlastními slovy uvádět co největší počet potencionálních důsledků týkajících se jedince jak praktikujícího, ale také těch, jenž ovlivňují jeho okolí. Analýzou získaných dat jsme dospěli k celkem osmi kategoriím důsledků, které respondenti uváděli ve svých odpovědích shrnutých v Tabulce 4 níže.

Nejvíce zmiňovanými důsledky rizikového sexuálního chování v obou sběrech dat byly **pohlavně přenosné nemoci**. V součtu je uvedlo 43 respondentů (58,9%) před absolvováním programu a 41 respondentů poté (32,5%). Nejvíce žáci uváděli obecně celou skupinu pohlavně přenosných nemocí; pohlavních chorob. Někteří z nich svou odpověď rozvinuli o konkrétní příklad. Jako tomu bylo i v této odpovědi před absolvováním programu: „*HIV pak následně AIDS a jiné sexuálně přenosné nemoci*“. Rovněž do této kategorie spadají i odpovědi, v níž žáci uvedli pouze jeden konkrétní příklad STI: „*aids*“. Právě AIDS či virus HIV byly zmíněny v 9 odpovědích respondentů před programem. Povšimnout si bylo možné také toho, že někteří respondenti před jeho absolvováním chybně zaměňovali nakažení virem lidské imunitní nedostatečnosti za nemoc: „*Nemoci jako HIV*“; „*HIV a další pohlavní nemoci*“. Dále jedna z odpovědí zahrnovala i konkrétní příklad nemoci syfilis.

Po absolvování již pouze jedna respondentka uvedla „*nakaza HIV*“. U zbývajících odpovědí spadajících do této kategorie vidíme pozitivní ujasnění si, že riziko zde nepředstavuje pouze onemocnění AIDS, nýbrž celá skupina sexuálně přenosných infekcí. Rovněž můžeme pozorovat, že v žádné z odpovědí se již nevyskytlo chybné označení HIV za nemoc. Mimo syfilis ve dvou odpovědích společně s ní byla zmíněna i kapavka. Kdy kupříkladu respondentka uvádí: „*například přenesení pohlavní nemoci jako je třeba kapavka, syfilis, aj. popřípadě to žena může přenést na dítě*“. Právě uvědomění si, že důsledky neuvážlivého sexuálního chování nepostihují pouze jedince samotného, lze hodnotit velice pozitivně.

Druhou nejvíce početnou kategorií důsledků, které respondenti uváděli je **těhotenství**. Před intervenčním programem zaznělo souhrnně ve 23 odpovědích (31,5%). Pro zmínění tohoto možného důsledku žáci využívaly různých pojmů a slovních spojení: „*Neplánované těhotenství, ...*“; „*..., nechtěné těhotenství*“; „*Otěhotnění, ...*“; „*..., nechtěné otehotnění*“;

„..., *oplodnění*“. Po absolvování intervenčního programu vzrostl počet odpovědí, v nichž byl zmíněn tento možný důsledek na celkových 32 (25,4%). Taktéž i zde respondenti využívali různé formulace: „*Nechtěně těhotenství*“; „*Těhotenství*“; „*Nechtěně otěhotnění*“; „*Otěhotnění, ...*“; „..., *předčasnú těhotenství*“.

Třetí kategorie důsledků uvedená v tabulce výše zahrnuje celou řadu možných důsledků týkajících se **fyzických dopadů a újmy na zdraví**. Samozřejmě by bylo možné sem zařadit i předcházející dvě oblasti, ty však byly záměrně vyčleněny z důvodu svého velmi výrazného početního zastoupení v odpovědích. Před intervenčním programem do oblasti spadají 2 části odpovědí respondentů (1, 4%) znějící: „..., *jiné újmy na zdraví*“ a „..., *infekce*“. Oproti tomu po absolvování programu nejen že vzrostl celkový počet odpovědí zmiňujících tuto kategorii na 12 (9,5%), ale především v řadě z nich zaznívá zcela více jednoznačných příkladů: „..., *smrt*“; „..., *ublížení na zdraví...*“; „*Neplodnost, ..., poškozeny plod*“; „..., *možnost neplodnosti, ...*“. Mezi zmiňovanými důsledky lze naleznout také zcela zřejmou spojitost i právě s nákazou STI, kdy respondenti velmi často zmiňovali oba tyto důsledky.

Čtvrtá kategorie důsledků vyhraňuje **psychické problémy a traumata**. V prvním sběru dat neopomenuli psychické důsledky uvést 2 respondenti (2,7%). Znění jejich odpovědí je následující: „*traumata*“ a „*Nějaké psychické problémy*“. Po programu důsledky pojící se s poškozením psychického zdraví uvedlo v součtu 25 respondentů (20,0%). Rovněž i v odpovědích zaznívá trauma, dále většině žáků v odpovědi zmiňuje: „..., *psychické problémy*“; „*Psychické potíže. ...*“; „..., *psychické následky*“; „..., *újmy na psychickém zdravé, ...*“; „..., *špatný duševní stav, ...*“; „..., *narušení psychické pohody, ...*“. Někteří respondenti důsledky blíže specifikují: „..., *Psychické-například PTSD, snížení sebevědomí*“; „..., *stres.*“; „..., *psychické zhroucení*“; „*Psychické problémy, strach, ...*“.

Pátá kategorie zahrnuje **sociální dopady** rizikového sexuálního chování. Před zrealizováním intervenčního programu tato nebyla zmíněna žádným z respondentů (0,0%). Po jeho absolvování zaznívají sociální dopady souhrnně v 11 odpovědích (8,8%). Z nich 4 respondenti oblast zmiňují dosti obecně: „*sociální, ...*“; „..., *sociální problémy*“; „..., *fyzické i sociální problémy, ...*“; „..., *sociální i psychické zhroucení*“. Zbývající již zcela jednoznačně uvádějí konkrétní důsledky, jež mohou vzniknout v případě praktikování rizikového sexuálního chování. Respondenti poznamenávali: „..., *ztráta svých kamarádů atd, ...*“; „..., *narušení mezilidských vztahů*“; „..., *omezení v osobní i pracovním životě*“; „...

*Potíže se socializovat, i jiné další“; „Odsuzování od okolí, strach z konverzace s druhým pohlavím, ...“.* Právě odsuzovaná okolím bylo zmíněno ještě dvěma dalšími respondenty.

Zbývající vymezené kategorie spojuje nesprávné zodpovězení položené položky, ať už z důvodu neznalosti, nesprávného porozumění či záměny důsledků za jmenování typu podoby rizikového sexuálního chování nebo prevenci jeho předcházení.

Šestá kategorie zahrnuje odpovědi, kdy došlo k **chybné záměně důsledků rizikového sexuálního chování za konkrétní typ rizikového sexuálního chování**. Do této kategorie jsou řazeny odpovědi zmiňující znásilnění a krvavé sexuální praktiky. Znásilnění před programem uvedli 2 respondenti (2,7%), kteří dále ve své odpovědi neuvedli další informace. Po programu bylo znásilnění zmíněno rovněž 2 respondenty (1,6%), avšak jednalo se o rozličné respondenty oproti prvnímu sběru dat. Zároveň v jejich odpovědích zaznívaly i správně vyhodnotitelné důsledky. Krvavé sexuální praktiky před intervenčním programem neuvedl žádný z dotazovaných (0,0%). Po jeho absolvování krvavé sexuální praktiky zaznívají v 1 odpovědi (0,8%) současně se zmíněním znásilnění.

Sedmá oblast zahrnuje jednu z odpovědí, kdy došlo k **chybné záměně důsledků rizikového sexuálního chování za možné preventivní opatření**. Konkrétně se jedná o odpověď: „*Použití ochrany*“, jež se vyskytla 1 před realizací programu (1,4%).

Poslední osmá vymezená kategorie **nevím/odpověď neuvedena** v případě položky č. 7 zahrnuje pouze 1 odpověď obsahující tečku před program (1,4%). Po intervenčním programu se již všichni z respondentů odpověď více rozvedli.

Tabulka 4 Možné dôsledky hrozící při praktikování rizikového sexuálního chování

*N = 74, N = 125*

Odpovědi	Před intervencí – počet odpovědí	%	Po intervenci – počet odpovědí	%
Pohlavně přenosné nemoci	43	58,1	41	32,8
Těhotenství	23	31,1	32	25,6
Fyzické dopady, újmy na zdraví	2	2,7	13	10,4
Psychické problémy, trauma	2	2,7	25	20,0
Sociální dopady	0	0,0	11	8,8
Znásilnění	2	2,7	2	1,6
Krvavé sexuální praktiky	0	0,0	1	0,8
Použití ochrany	1	1,4	0	0,0
Nevím/Odpověď neuvedena	1	1,4	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Taktéž i pro otevřenou položku č. 7 byly předběžně stanoveny kritéria hodnocení možných odpovědí s náležitým bodovým ziskem. Přehled hodnocení odpovědí shrnuje Tabulka 5 níže. Nejvýše bylo možné získat 4 body, a to v případě že odpověď obsahovala minimálně tři konkrétní příklady možných důsledků rizikového sexuálního chování, z nichž každý náleží do jedné ze tří dimenzí zdraví biologické (fyzické), psychické a sociální. Takto vyhodnocená odpověď mohla, avšak nemusela přímo jednotlivé dimenze i zmiňovat, nezbytným bylo vystihnoutí širokého spektra různorodých důsledků, jenž ovlivňují zdraví pojímané dle celostního modelu jednoty člověka. Před intervenčním programem žádná z odpovědí respondentů tato kritéria nesplňovala (0,0%). Po absolvování programu 7 respondentů (13,7%) zformulovalo svou odpověď tak, že ji bylo možné vyhodnotit za výbornou. Například jedna z respondentek uvádí: „*přenos sexuálně přenosných nemocí, nechtěné těhotenství, psychické a fyzické trauma, sociální odsuzování*“ Oproti tomu před intervencí poznamenala: „*přenos sexuálních nemocí*“. Obdobně i další respondentka před intervencí uvedla: „*Riziko sexualne prenosnych nakaz napr. HIV*“ Po intervenci již bylo



možné její odpověď znějící: „*Psychické problémy, strach, pohlavní nákazy, omezení v osobní i pracovním životě*“ vyhodnotit jako výbornou.

Velmi významný vliv intervence lze rovněž pozorovat i u odpovědí vyhodnocených jako chvalitebné. Takto vyhodnocená odpověď dle kritérií musela splňovat vyjmenování minimálně tří různých důsledků pojících se s rizikovým sexuálním chováním. Oproti předcházející kategorii však tyto odpovědi nespĺňovaly obsažení všech tří dimenzí bio-psycho-sociální. V takovém případě respondent obdržel 3 body. Zároveň do této kategorie byla zařazena i odpověď, v níž respondent neuvedl žádný konkrétní příklad, avšak poznamenal, že důsledky mohou být v těchto třech oblastech, například v tomto znění: „*sociální , psychické , fyzické , ...*“ Rovněž ani u této kategorie nebylo možné vyhodnotit žádnou z odpovědí získaných před programem chvalitebně (0,0%). Data získaná po programu obsahovala celkem 16 chvalitebných odpovědí respondentů (31,4%). Chvalitebnou byla vyhodnocena kupříkladu odpověď: „*Onemocnění, ztráta svých kamarádů atd, Neplodnost,*“ Tato respondentka oproti tomu před zahájením programu neuvedla žádnou odpověď.

Odpovědi zařaditelnou do kategorie dobrá ohodnocenou 2 body byla taková, jenž obsahovala uvedení dvou konkrétních rozlišných příkladů důsledků rizikového sexuálního chování. Od této kategorie můžeme vidět pozitivní klesající rozdíl mezi dotazníky. Před intervencí dva různé příklady poznamenalo celkem 21 respondentů (41,2%). Po intervenci počet klesl na 15 respondentů (29,4%). I u této kategorie je možné vidět individuální zlepšení hodnocení odpovědi. Například po programu respondentka uvádí: „*sexuální choroby,otěhotnění*“, kdy před ním poznamenala: „*znásilnění*“, což bylo vyhodnoceno odpovědí nedostatečnou.

V případě, že respondenti uvedli pouze 1 správný příklad důsledku rizikového sexuálního chování, byla jejich odpověď vyhodnocena za dostatečnou se ziskem 1 bodu. Před intervencí se jednalo o 26 odpovědí (51,0%). Z nichž 22 uvedlo ve své odpovědi sexuálně přenosné nemoci případně konkrétně HIV. Dále 2 respondenti uvedli těhotenství. Zazněla zde odpověď i psychické problémy a trauma. Vlivem intervence se počet snížil o polovinu na 13 odpovědí (25,5%). I zde největší počet respondentů tedy 9 uvedl riziko přenosu pohlavně přenosných nemocí či specificky HIV. Zbývající 4 odpovědi poukazovaly na riziko nechtěného těhotenství.

Nedostatečnou byla vyhodnocena odpověď v případě jejího neuvedení či poznamenání chybné informace. Za takovou odpověď nebylo možné udělit žádný bod. Před intervencí takto byly vyhodnoceny 4 odpovědi (7,8%). Kdy dvakrát byla uvedena odpověď: „Znásilnění“. A jednou odpověď: „Použití ochrany“. Po absolvování intervenčního programu klesl počet nedostatečných odpovědí na nulu (0,0%).

*Tabulka 5 Hodnocení odpovědí možných důsledků hrozících při praktikování rizikového sexuálního chování*

*N = 51*

Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervencí		%
	počet	body		počet	body	
Výborná – 4 b.	0	0	0,0	7	28	13,7
Chvalitebná – 3 b.	0	0	0,0	16	48	31,4
Dobrá – 2 b.	21	42	41,2	15	30	29,4
Dostatečná – 1 b.	26	26	51,0	13	13	25,5
Nedostatečná – 0 b.	4	0	7,8	0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

Vliv intervenčního programu můžeme pozorovat také při porovnání bodového ohodnocení jednotlivých odpovědí, kdy před jeho realizací souhrnně respondenti získávají 68 bodů a po jeho absolvování bodový zisk vzrostl na 119 bodů.

**Položka č. 8: Napište, jak je možné předcházet důsledkům, které hrozí při rizikovém sexuálním chování.**

Položka č. 8 dotazníkového šetření byla věnována možnostem předcházení důsledkům, které hrozí při praktikování rizikového sexuálního chování. Jednalo se o otevřenou položku ověřující znalosti v oblasti prevence. Jednotlivé části odpovědí respondentů byly následně dle klíče rozčleněny do 16 kategorií viz Tabulka 6 níže.

První z kategorií zahrnuje **spektrum antikoncepčních metod**, jež byly žáky v obou sběrech dat jednoznačně nejčastěji zmiňovanými. Před absolvováním programu tato možnost zaznívá v celkem 42 odpovědích (65,5%). Z nichž 2 dotázaní blíže nespecifikují konkrétní metody a uvádějí: „*Antikoncepční přípravky*“; „*antikoncepce*“. Zde je však otázkou, zda právě odpověď antikoncepce byla respondentkou míněna jakožto obecná skupina či jako antikoncepční pilulky, neboť v řadě ostatních odpovědích docházelo k záměně těchto pojmů. Dále 30 respondentů explicitně uvádí pouze jednu antikoncepční metodu v podobě prezervativu v obdobně zformulovaných odpovědích: „*Ochrana*“; „*Používat ochranu*“; „*Chráněný pohlavní styk*“; „*..., chráněný styk*“; „*vzít si ochranu*“; „*kondom*“; „*Používat prezervativy*“. Zbývajících 10 respondentů rovněž zmiňují prezervativ, ale současně zmiňují i využití antikoncepčních pilulek. Například odpovědi: „*Používat ochranné pomůcky (kondomy , antikoncepce ...)*“; „*Použít kondom antikoncepci*“; „*správně používat ochranné prostředky - antikoncepci, kondomy*“; „*Používat ochranu nebo antikoncepci*“; „*vzít si ochranu (kondomy, antikoncepce)*“.

Po absolvování programu vzrostl celkový počet odpovědí zmiňující antikoncepční metody na souhrnných 46 odpovědích (44,7%). Pokud bychom chtěli blíže specifikovat uváděné antikoncepční metody zmíněné v odpovědích, jako tomu bylo v dotazníku varianta A, tak se dostáváme k obdobnému rozdělení. Taktéž i zde se vyskytly 3 odpovědi v podobě: „*Antikoncepce, ...*“, u nichž není možné jednoznačně říci, zda se jedná o nadřazenou kategorii antikoncepčních metod či zamýšlené antikoncepční pilulky. Různé antikoncepční metody zde v odpovědi zmiňuje již 5 respondentů. Například ve znění: „*Antikoncepčními pomůckami*“; „*používat různé metody ochrany, ...*“ či „*kondom, antikoncepce, abstinence pohlavního styku, ženský kondom,...*“. Využití kondomu či předejití chráněným pohlavním stykem důsledkům uvádí 30 respondentů. Ve zbývajících 8 odpovědích dotázaní uvádějí

kondom současně s využitím antikoncepčních pilulek, případně možnost výběru z těchto dvou antikoncepčních metod.

Druhá kategorie **stálý sexuální partner** byla před intervencí druhou nejvíce zmiňovanou možností předcházení nechtěným důsledkům, a to konkrétně v 6 odpovědích (9,2%). Pouze v jedné z těchto odpovědí, která zní takto: „*Nemít pohlavní styk k více lidem*“, není uvedena žádná z dalších možností prevence. Rovněž i zbývající odpovědi je zmíněno vyvarování se promiskuity různými slovními vyjádřeními: „*..., nestřídat sexuální partnery*“; „*Nestřídat partnery, ...*“; „*..., omezení sexuální promiskuity*“; „*stálý sexuální partner, ...*“; „*Mít stálého partnera, ...*“. Všechny těchto 5 respondentů současně poznamenává i možnost v podobě chráněného pohlavního styku. Po intervenci se zdvojnásobil počet odpovědí na 12 (11,7%) zařaditelných do druhé oblasti. Současně všechny tyto odpovědi zahrnují i používání kondomu či obecně předcházení důsledkům v podobě antikoncepčních metod. Oproti předešlému dotazníku zde zaznívá i vyvarování se nevěry: „*..., nepodvádět*“; „*..., nestřídat partnery a nebýt nevěrný, ...*“.

**Poznání sexuálního partnera** je třetí procentuálně třetí nejvíce zastoupenou kategorií v datech získaných před programem. Konkrétně se jednalo o 4 odpovědi (6,2%) znějící: „*zjistit si o partnerovi jestli není nějak nemocen*“; „*S ochranou a nebo vědět že partner nemá žádnou poloh.nemoc*“; „*Znat člověka se kterým onu sexuální aktivitu provádíme,...*“; „*zjišťovat si něco o partnerovi*“. Jak je patrné, tak v žádné z nich není explicitně uvedeno pravidelné testování STD, tedy není zcela zřejmý způsob vyvrácení rizika nákazy. Avšak je pozitivním, že u dvou odpovědí respondenti doplňují používání prezervativu. Po programu poznání sexuálního partnera uvádí 5 respondentů (4,9%). I zde ve čtyřech odpovědích, není zcela jednoznačně patrné testování STD: „*..., kontrola jestli partner nemá nákazu atd.*“; „*..., zjišťovat si s kým spím, jestli nema nemoc*“; „*mít sex jenom se známým člověkem*“ „*vědět/důvěřovat partnerovi*“. V poslední z těchto odpovědí respondentka zcela jednoznačně uvádí podstupování pravidelného testování či preventivních vyšetření a současně doplňuje: „*...,mít partnera, u kterého máte nějakou jistotu, že nemá pohlavní onemocnění, ale i v tomto případě by se ochrana používat měla.*“.

Čtvrtá kategorie zahrnuje odpovědi týkající se **čistého prostředí a hygieny**. Před realizací intervenčního programu tuto možnost uvedli ve své odpovědi 2 respondentky (3,1%), konkrétně formulované následovně: „*..., být v čistém prostředí*“; „*..., hygiena atd.*“.

Po absolvování programu nezbytnost správné hygieny je zmíněna ve 3 odpovědích (2,9%) současně s dalšími možnostmi prevence.

Pátá kategorie **odmítnutí pohlavního styku** zahrnuje části odpovědí, v nichž respondenti zdůrazňují právě vyhnutí se sexuální aktivitě. Před programem zaznívá tato možnost ve 2 odpovědích (3,1%), kdy dotázaní uvádějí: „..., *vyhnout se pohl. styku*“ a „*Nenechat se*“. Po programu byla rovněž tato možnost uvedena ve 2 odpovědích (1,9%) z nichž v jedné zaznívá přímo: „..., *odmítnutí sexu*“ a ve druhé zaznívá: „..., *abstinence pohlavního styku, ...*“, jejíž součástí je právě zmíněné odmítání pohlavního styku.

Šestá kategorie **navštěvování lékaře** zaznívá v odpovědích získaných před i po realizaci intervenčního programu. Konkrétně před programem se jednalo o 1 odpověď (1,5%), kde respondentka uvádí: „..., *časté kontroly u gynekoložky, ...*“. Po programu vzrostl počet na 3 odpovědi (2,9%), avšak v žádné z nich neshledáváme jmenování konkrétního specialisty. Respondentky zde formulují vyhledání lékařské péče následovně: „..., *chození k lékaři, ...*“; „..., *jit k doktorovi*“; „*podstupovat pravidelnému testování či preventivnímu vyšetření (nebo i vakcinaci)*“. Pravidelné testování a vakcinace zmiňované v poslední citaci byly však při vyhodnocování vyčleněny a započítávány do jiných oblastí, z důvodu větší přehlednosti.

Sedmá kategorie **nebýt pod vlivem návykových látek** se vyskytla pouze v datech získaných před intervencí, kdy 1 respondentka (1,5%) poznamenala: „..., *nebýt pod vlivem alkoholu a ani jiných návykových látek, ...*“. Po programu se tato možnost předcházení nechtěným důsledkům neuvedl žádný dotázaný (0,0%).

Rovněž i osmá kategorie **nechodit na neznámá místa** byla uvedena jako jedna z možností pouze před intervencí, konkrétně v 1 odpovědi (1,5%). Pro porozumění odpovědi respondentky znějící: „*Nikdy nechodit někde kde to neznáš sám/a*“, je nezbytné pohlédnout i na její odpověď uvedenou u položku č. 7. Zde respondentka uvádí znásilnění, jako důsledek, který hrozí, pokud jedinec praktikuje rizikové sexuální chování. Po absolvování intervenčního programu se již obdobně znějící odpověď nevyskytla (0,0%).

Devátá oblast **testování STD** byla taktéž před intervencí zahrnuta pouze v 1 odpovědi (1,5%). Po absolvování programu vidíme nárůst počtu odpovědí na celkových 12 (11,7%), čímž se stalo současně se oblastí stálý sexuální partner druhou nejčastěji zmiňovanou možností předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování. Respondenti svou odpověď zformulovali například v tomto znění: „..., *testovat se pravidelně na nemoci*“; „...,

*občas si dojit na testování, ...“; „... nechat se testovat na pohl nemoci“; „..., chodit na testování“.* Důležitým zjištěním také je, že žádný z těchto respondentů neuvedl samostatně pouze nezbytnost testování, ale vždy také uvedl další možnosti prevence.

Do deváté kategorie **uvážlivé chování na sociálních sítích** bylo možné zařadit jednu z odpovědí (1,5%) poznamenaných před realizací programu. V ní respondentka uvádí: *„Nebýt tolik času na sociálních sítích, které nás ovlivňují“.* Po absolvování programu žáky stoupl počet odpovědí zařaditelných do deváté oblasti na 2 (1,9%). Jedna z těchto odpovědí patřila shodné respondentce, jejíž citace je uvedena výše. Po programu však neuvádí pouze omezení času stráveného na sociálních sítích, ale konkrétně poznamenává: *„Nebýt na sociálních sítích ...“.* Ve druhé z těchto odpovědí respondentka doporučuje: *„neposílat žádné sexuální fotografie, ...“.*

Desátá kategorie **komunikace, respekt, nastavení hranic**, jakožto možnost předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování se v odpovědích respondentů před programem nevyskytuje (0,0%). Po něm zaznívá různými formulacemi celkem v 7 odpovědích (6,8%). Dvě z nich jsou formulovány poměrně obecně: *„..., komunikace“; „..., komunikovat, ...“.* Naopak jediná respondentka přímo uvádí příklad komunikace o používání prezervativu: *„..., nebát se rict ze chci použít kondom“.* Významnost respektu je explicitně uvedena v jedné z odpovědí znějící: *„..., když partner se stykem nesouhlasí tak to respektovat“.* Nezbytnost nastavení si svých hranic a jejich vykomunikování zaznívají i v dalších dvou odpovědích: *„... stát si za svým názorem.“; „..., stát si za svým ne když nechci sex, ...“.* Poslední odpověď zařazená do desáté oblasti zmiňuje nezbytnost být připraven/a.

S výše zmíněným zajisté úzce souvisí i jedenáctá kategorie **silné mezilidské vztahy**. Před intervencí nebyla zaznamenána žádná z odpovědí, jež by tuto možnost obsahovala (0,0%). Po intervenci je součástí 1 odpověď (1,0%) znějící: *„Navazovat silné mezilidské vztahy, ...“.* Dvanáctá kategorie nazvaná **prevence, opatrnost** shrnuje odpovědi, v níž respondenti blíže nespécifikovali přesnou podobu. Tedy nebylo možné tyto odpovědi zařadit do jasněji definované oblasti. Před programem nebyla žádná takováto odpověď respondenty uvedena (0,0%). Z odpovědí získaných po jeho realizaci byly do dvanácté oblasti zařazeny čtyři odpovědi (3,9%) přesně znějící: *„Prevence“; „..., předejit nákazám“; „Být opatrný, ..., nevěřit cizím lidem“; „..., prevence, ...“.*

Třináctá kategorie **vakcinace** se rovněž nevyskytla v žádném z výroků respondentů před absolvováním intervenčního programu (0,0%). Po jeho absolvování možnost vakcinace v případě, je-li to možné, uvádějí ve své odpovědi 2 respondenti (1,9%).

Čtrnáctá kategorie **vzdělávání se**, jakožto možnost předcházení nechtěným důsledkům se ve vyplňovaných odpovědích před zahájením programu nevyskytla (0,0%). Zvýšení zájmu o tuto problematiku po programu uvádí 1 respondentka (1,0%).

Patnáctá poslední kategorie zahrnuje odpovědi s výroky **nevím** a obdobných formulacích obsahově shodných, případně její neuvedení. Před intervenčním programem byly zaznamenány takovéto 4 odpovědi (6,2%). Po jeho absolvování celkový počet klesl na 3 odpovědi (2,9%).

Tabulka 6 Možnosti předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování

*N = 65, N = 103*

Odpovědi	Před intervencí – počet odpovědí	%	Po intervencí – počet odpovědí	%
Antikoncepční metody	42	64,5	46	44,7
Stálý sexuální partner	6	9,2	12	11,7
Poznání sexuálního partnera	4	6,2	5	4,9
Čisté prostředí, hygiena	2	3,1	3	2,9
Odmítnutí pohlavního styku	2	3,1	2	1,9
Navštěvování lékaře	1	1,5	3	2,9
Nebýt pod vlivem návykových látek	1	1,5	0	0,0
Nechodit na neznámá místa	1	1,5	0	0,0
Testování STD	1	1,5	12	11,7
Uvážlivé chování na sociálních sítích	1	1,5	2	1,9
Komunikace, respekt, nastavení hranic	0	0,0	7	6,8
Silné mezilidské vztahy	0	0,0	1	1,0
Prevence, opatrnost	0	0,0	4	3,9
Vakcinace	0	0,0	2	1,9
Vzdělávání se	0	0,0	1	1,0
Nevím / odpověď neuvedena	4	6,2	3	2,9
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>



Rovněž i u této položky bylo nezbytné následně ohodnotit správnost a úplnost odpovědi poznamenaných respondenty. V tabulce 7 níže je shrnuto hodnocení odpovědí respondentů na otevřenou položku č. 8 dotazující se na možnosti předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování. Maximální bodový zisk činil 4 body, jež byly uděleny v případě vypsání čtyř a více různorodých variant předcházení důsledkům pojícím se s rizikovým sexuálním chováním. Zároveň z odpovědi je patrné porozumění problematice, tedy za výbornou odpověď nebyl vyhodnocen pouhý výčet různorodých antikoncepčních metod. Před programem byla takto vyhodnocena jedna odpověď (2,0%) zformulovaná: „*Znát člověka se kterým onu sexuální aktivitu provádíme, používat ochranu, nebýt pod vlivem alkoholu a ani jiných návykových látek, být v čistém prostředí.*“ Po intervenci bylo možné ohodnotit čtyřmi body pět odpovědí (9,8%) poznamenaných respondenty, kdy v součtu získaly celkových 20 bodů. Pro příklad lze uvést odpovědi respondentky, jež před intervencí poznamenává: „*například kondomy*“ a po absolvování programu obsáhle uvedla: „*používat různé metody ochrany, podstupovat pravidelnému testování či preventivnímu vyšetření (nebo i vakcinaci), nestřídat partnery a nebýt nevěrný, mít partnera, u kterého máte nějakou jistotu, že nemá pohlavní onemocnění, ale i v tomto případě by se ochrana používat měla.*“. Vliv intervence byl dále patrný i u další respondentů, například jedna respondentka před programem uvedla: „*správně používat ochranné prostředky – antikoncepci, kondomy*“ a oproti tomu po programu poznamenala: „*užití prezervativu, nepraktikovat promiskuitu, testování na STD, když partner se stykem nesouhlasí tak to respektovat*“.

Chvalitebně se ziskem 3 bodů byla vyhodnocena odpověď respondentů, pokud obsahovala tři různé možnosti předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování. Před intervencí byla takto vyhodnocena pouze jedna odpověď (2,0%) znějící: „*používat kondomy, časté kontroly u gynekoložky, hygiena atd.*“. Po intervenci počet respondentů s chvalitebnou odpovědí stoupl na 8 (15,7%). Pozitivní vliv intervence lze vidět například u porovnání odpovědi respondentky, která před intervencí odpověděla: „*používat prezervativ*“ a po intervenci svou odpověď takto rozšířila: „*používat prezervativ, komunikovat, mít nastavené hranice*“.

Nejvýznamnější nárůst při porovnání získaných párových dat pozorujeme u odpovědi vyhodnocené jako dobrá, za níž respondent získal 2 body. Takto byla vyhodnocena odpověď, jež obsahovala dva rozličné příklady předcházení důsledkům rizikového

sexuálního chování. Zároveň takto byla i vyhodnocena odpověď obsahující ne zcela jednoznačné informace, jako tomu bylo například u této formulace poznamenané po programu: „*Chránit se, prevence, mít jediného partnera*“. Před intervencí dva konkrétní příklady uvedlo celkem 9 respondentů (17,6%). Po intervenci se tento počet zdvojnásobil na 18 odpovědí (35,3%).

Klesající hodnoty vidíme u odpovědí vyhodnocených jako dostatečné, kdy respondentka uvedla pouze jeden ze způsobů předcházení nežádoucím důsledkům. Nejčteněji respondenti uváděli použití ochrany či obecně antikoncepčních metod. Jedním bodem byla rovněž obodována i odpověď jedné respondentky uvedená před programem: „*Nikdy nechodit někde kde to neznáš sám/a*“. V tomto případě bylo nezbytné přihlídnout i k odpovědi na otevřenou položku č. 7: „*Znásilnění*“. Nejedná se sice o důsledek, spíše o jeden konkrétní příklad rizikového sexuálního chování, avšak v návaznosti na tuto odpověď je možné její odpověď na položku č. 8 vyhodnotit jako dostatečnou. Celkem 36 odpovědí (70,6%) respondentů bylo v dotazníku varianta A možné ohodnotit dostatečně. Po intervenci počet klesl na 17 odpovědí (33,3%).

Nedostatečnou odpovědí ohodnocenou 0 body u této položky byla považována odpověď nevim, případně nezodpovězení v podobě poznamenání pouze interpunkčního znaménka či písmena. Zároveň by takto byla vyhodnocena i odpověď obsahující chybný způsob předcházení důsledkům spojených s rizikovým sexuálním chováním, takováto podoba odpovědi se však v získaných datech nevyskytla. Před intervencí čítal v součtu 4 nedostatečné odpovědi (7,8%). Po intervenci se jednalo o 3 odpovědi (5,9%). Avšak při bližším porovnání odpovědí na položku č. 8 těchto respondentek bylo zjištěno, že odpovědi dvou z nich před programem byly ohodnoceny 1 bodem a odpověď třetí respondentky byla ohodnocena 2 body. Důvody nezodpovězení po intervenčním programu však nelze identifikovat.

*Tabulka 7 Hodnocení odpovědí možností předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování*

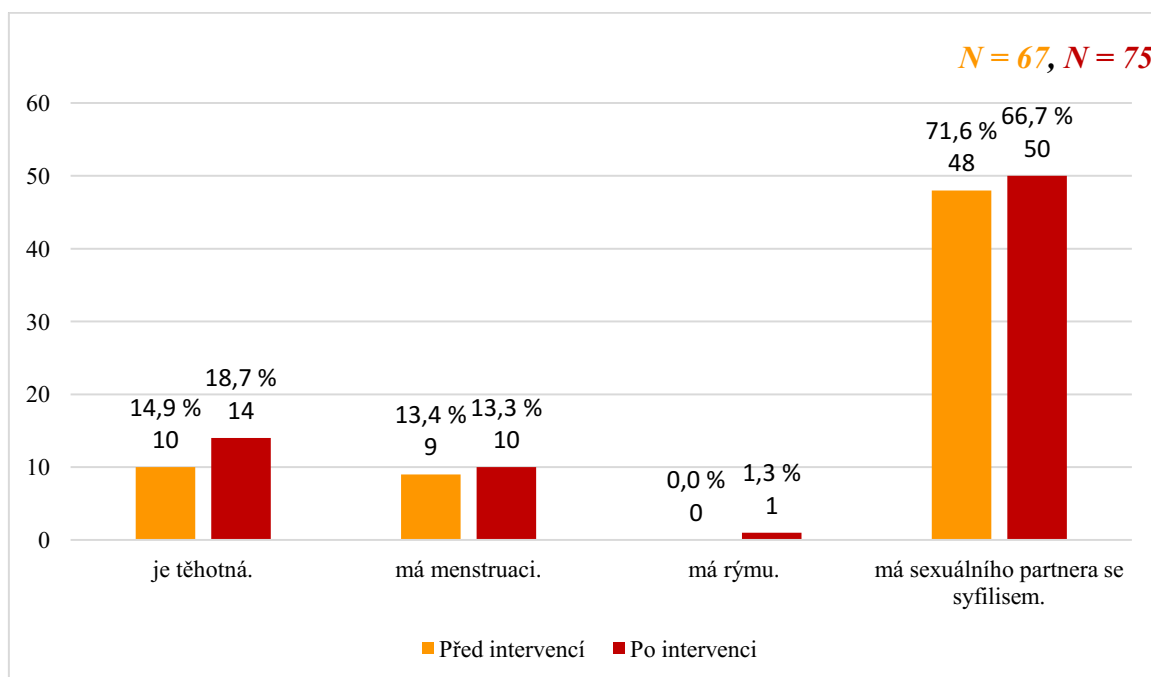
*N = 51*

Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Výborná – 4 b.	1	4	2,0	5	20	9,8
Chvalitebná – 3 b.	1	3	2,0	8	24	15,7
Dobrá – 2 b.	9	18	17,6	18	36	35,3
Dostatečná – 1 b.	36	36	70,6	17	17	33,3
Nedostatečná – 0 b.	4	0	7,8	3	0	5,9
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>

Pohlédneme-li na souhrn bodových zisků zjišťujeme, že před intervenčním programem respondenti nabyli 61 bodů. Oproti tomu po absolvování programu získali respondenti souhrnně 97 bodů.

### **Položka č. 9: Pro ženu je škodlivé mít pohlavní styk, když:**

Položka č. 9 je první z uzavřených položek s nabídkou variant odpovědí, z nichž bylo možné označit jednu či více nabízených odpovědí. Na multiple choice položku č.9 uvedlo odpověď v obou testech 51 respondentů (100%), kdy před intervencí bylo označeno 67 variant a po intervenci 75 variant odpovědí znázorněných v Grafu 6. Správné dokončení věty: Pro ženu je škodlivé mít pohlavní styk, *když má sexuálního partnera se syfilisem.*, vybralo před intervencí celkem 48 respondentů (71,6%) a po intervenčním programu danou odpověď uvedlo o 2 respondenty více tedy 50 respondentů (66,7%). Za distraktory jsou dle autorského řešení považovány všechny zbývající alternativy odpovědí. Chybné dokončení *je těhotná.* označilo 10 respondentů (14,9%) před intervencí a po intervenci celkem 14 respondentů (18,7%). Rovněž i u zbývajících variant lze pozorovat nárůst četnosti chybného označení. Kdy distraktor *má menstruaci.* vybralo před intervencí 9 respondentů (13,4%) a po intervenci 10 respondentů (13,3%) a distraktor *má rýmu.* označil po intervenci 1 z respondentů. (1,3%).



Graf 6 Znalost škodlivosti pohlavního styku pro ženu

V tabulce 8 níže je shrnuto celkové hodnocení označených odpovědí respondenty na položku č. 9. Za zcela správnou odpověď bylo u této položky považováno označení pouze dokončení věty: *když má sexuálního partnera se syfilisem*. Za toto označení zcela správné odpovědi byly respondentům udělovány 2 body. Zcela správná odpověď byla vyhodnocena u 34 respondentů (66,7%) před intervencí a u 31 respondentů (60,8%) po intervenci.

Částečně správnou odpovědí v této položce je označení správné odpovědi: *když má sexuálního partnera se syfilisem*. a zároveň označení jakoukoliv jiné chybné alternativy odpovědi z výběru. Při takové odpovědi respondent obdržel 1 bod. Takto definovanou částečně správnou odpověď uvedlo 12 respondentů (23,5%) před intervencí a 14 respondentů (27,5%) po absolvování intervenčního programu.

Za chybnou odpověď s nulovým bodovým ziskem při vyhodnocování je považováno označení správné odpovědi a zároveň označení dvou či tří distraktorů, případně označení jakéhokoliv počtu distraktorů bez označení správné odpovědi. Chybnou odpověď v pretestu zvolilo 5 respondentů (9,8%) a v posttestu 6 respondentů (11,8%).

*Tabulka 8 Hodnocení znalosti škodlivosti pohlavního styku pro ženu*

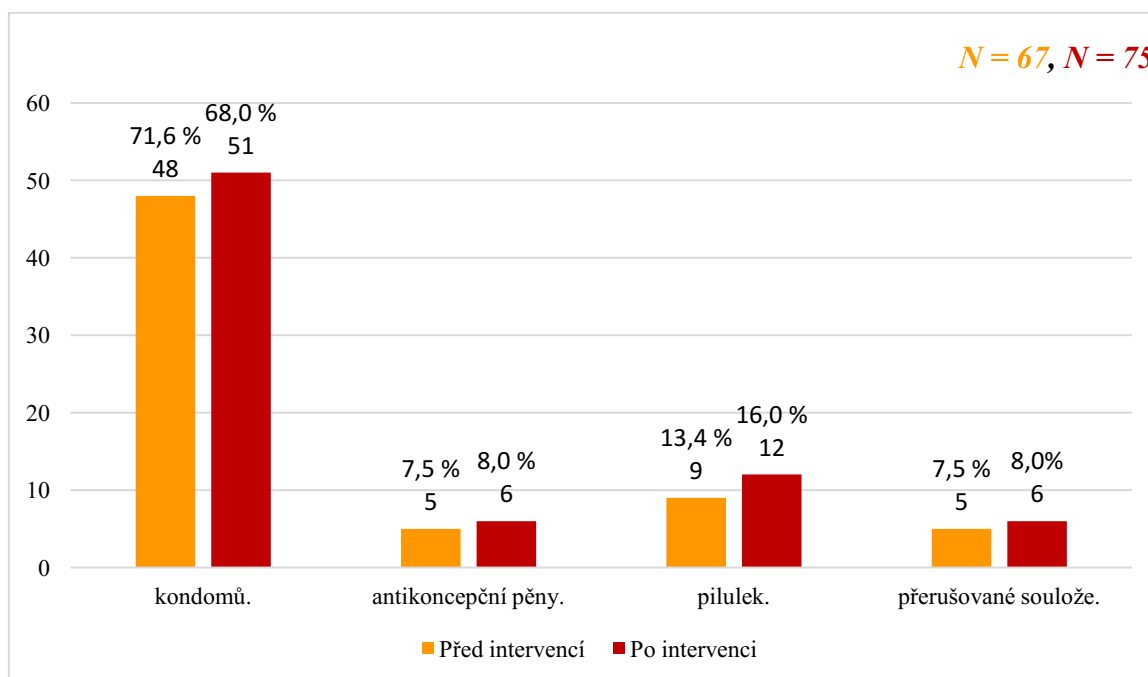
*N = 51*

Hodnocení odpovědi	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	34	68	66,7	31	62	60,8
Částečně správná – 1 b.	12	12	23,5	14	14	27,5
Chybná – 0 b.	5	0	9,8	6	0	11,8
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Celkový bodový zisk za položku č.13 činí 80 bodů před intervencí a o 4 body méně, tedy 76 po intervenci.

**Položka č. 10: Lidé, kteří mají pohlavní styk, mohou nejlépe zabránit získání pohlavně přenosné infekce (pohlavně přenosné nemoci – STD) použitím:**

Položka č. 10 byla rovněž položkou multiple choice s výběrem ze čtyř variant odpovědí. Svou odpověď uvedlo všech 51 respondentů (100%), kteří před intervencí označili 67 variant odpovědí a po intervenci 75 variant odpovědí znázorněných v Grafu 7. Správné dokončení věty v položce zní: „Lidé, kteří mají pohlavní styk, mohou nejlépe zabránit získání pohlavně přenosné infekce (pohlavně přenosné nemoci – STD) použitím: *kondomů*.“ Tuto variantu zvolilo 48 respondentů (71,6%) před intervencí a po intervenci četnost vybrání činí 51 (68,0%). Zbývající varianty odpovědí jsou distraktory, neboť pouze použití kondomů významně snižuje riziko přenosu STI. Druhou nejvíce označovaným distraktorem je použití *pilulek*, kdy před intervencí byl označena 9krát (13,4%) a po intervenci 12krát (16,0%). Nárůst v počtu označení variant lze spatřit i u výběru antikoncepčních metod v podobě *přerušované soulože* a *antikoncepční pěny*, kdy oba distraktory byly vybrány 5 respondenty (7,5%) v pretestu následně 6 respondenty (8,0%) v posttestu.



Graf 7 Znalost nejlepšího zabránění získání pohlavně přenosné infekce

Tabulka 9 shrnuje hodnocení uvedených odpovědí č. 14 zaměřující se na nejlepší zabránění získání pohlavně přenosné infekce z nabízených variant odpovědí. Zcela správnou odpovědí je považován výběr odpovědi: *kondomů.*, při níž respondent neoznačil žádnou z dalších chybných odpovědí. Zcela správnou odpověď, za kterou bylo možné získat 2 body, označilo celkem 33 respondentů (64,7%) před intervencí a 35 respondentů (68,6%) po intervenci. Za částečně správnou odpověď se ziskem 1 bodu byl považován výběr správné odpovědi: *kondomů.* společně s výběrem pouze jednoho jakékoliv distraktoru z výběru. Částečně správnou odpověď v pretestu uvedlo 14 respondentů (27,5%). V posttestu částečně správnou odpověď uvedlo o 4 respondenty méně, tedy 10 (19,6%) z celkového počtu. Chybnou odpovědí byl označen výběr správné odpovědi s kombinací s výběrem více než jednoho distraktoru či výběr pouze jednoho či více distraktorů. Dle tohoto kritéria chybnou odpověď uvedli před programem 4 respondenti (7,8%) a po programu 6 respondentů (11,8%).

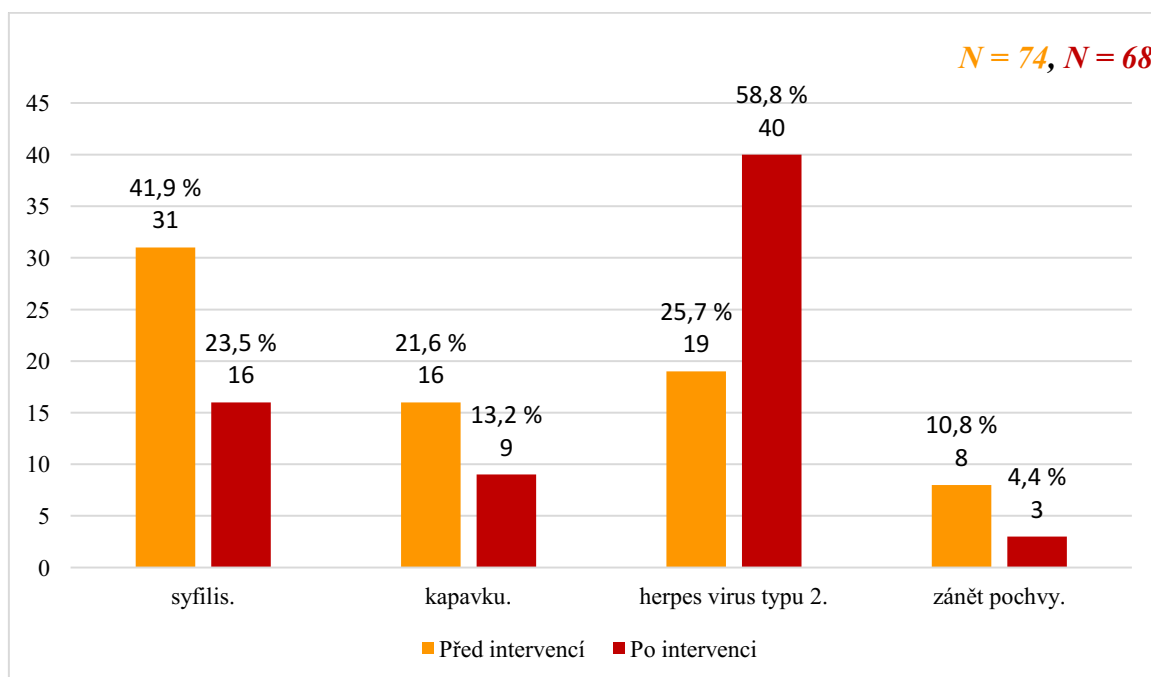
*Tabulka 9 Hodnocení znalosti nejlepšího zabránění získání pohlavně přenosné infekce*  
*N = 51*

Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	33	66	64,7	35	70	68,6
Částečně správná – 1 b.	14	14	27,5	10	10	19,6
Chybná – 0 b.	4	0	7,8	6	0	11,8
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Při závěrečném součtu bodových zisků respondentů je vidět, že zůstává intervenčním programem nezměněn se ziskem 80 bodů.

### **Položka č. 11: V současnosti je nemožné vyléčit:**

Položka č. 11 se respondentů dotazovala na to, jaké z vypsanych onemocnění jsou v současnosti nevyléčitelné. Svou odpověď uvedlo všech 51 respondentů (100%), kteří před intervencí označili celkem 74 variant odpovědí a po intervenci 68 variant odpovědí znázorněných v Grafu 8. Jednalo se o multiple choice položku se čtyřmi nabízenými variantami odpovědí, z nich byla pouze jedna správná, jíž je *herpes virus typu 2*. V grafu 8 lze u této odpovědi spatřit významný nárůst označení po intervenci s četností 40 (58,8%) oproti 19 označením (25,7%) před intervencí. Nejčastěji vybraným distraktorem před intervenčním programem bylo onemocnění *syfilis*, označené 31 respondenty (41,9%). Po intervenčním programu tento distraktor zvolilo o více než polovinu méně respondentů, tedy 16 z nich (23,5%). Další distraktor *kapavka* vybralo před programem 16 (21,6%), taktéž i zde můžeme vidět pokles jeho označení po programu, kdy byl zvolen označena 9 respondenty (13,2%). Nejméně označovaným distraktorem jsou *záněty pochvy* vybrány s četností 8 (10,8%) před intervencí a četností 3 (4,4%) po intervenci.



Graf 8 Znalost nevyléčitelné pohlavně přenosné infekce



V tabulce 10 níže jsou shrnuty vyhodnocení znalosti respondentů nevyлéčitelné pohlavně přenosné infekce. Z nabízeného výběru odpovědí je jedinou správnou *herpes virus typu 2*. Výběr pouze této varianty byl vyhodnocen v odpovědích respondentů jako zcela správná odpověď, za níž byly uděleny 2 body. Zcela správnou odpověď zvolilo před intervenčním programem 11 respondentů (21,6%), oproti je patrný významný pozitivní vliv intervenčního programu, kdy zcela správnou odpověď uvedlo 31 respondentů (60,8%).

Částečně správná odpověď byla vyhodnocena v případě, že respondent označil správnou odpověď *herpes virus typu 2*, a současně označil pouze jeden libovolný distraktor z nabídky. Částečně správnou odpověď s bodovým ziskem 1 uvedlo před intervencí i po intervenci celkem 7 respondentů (13,7%).

Významný pozitivní vliv intervence lze pozorovat také u vyhodnocení chybné odpovědi. Za chybnou odpověď byla vyhodnocena taková, kdy respondent označil sice správnou odpověď, však zároveň označil i dva nebo tři distraktory. Případně byla za chybnou odpověď také vyhodnocena varianta, kdy respondent zvolil jednu z chybných variant: *syfilis*, *kapavka* nebo *záněty pochvy*, případně jich označil více. Takto vyhodnocenou chybnou odpověď uvedlo 33 respondentů (64,7%) v pretestu a 13 respondentů (25,5%) v posttestu.

Tabulka 10 Hodnocení znalosti nevyлéčitelné pohlavně přenosné infekce

*N* = 51

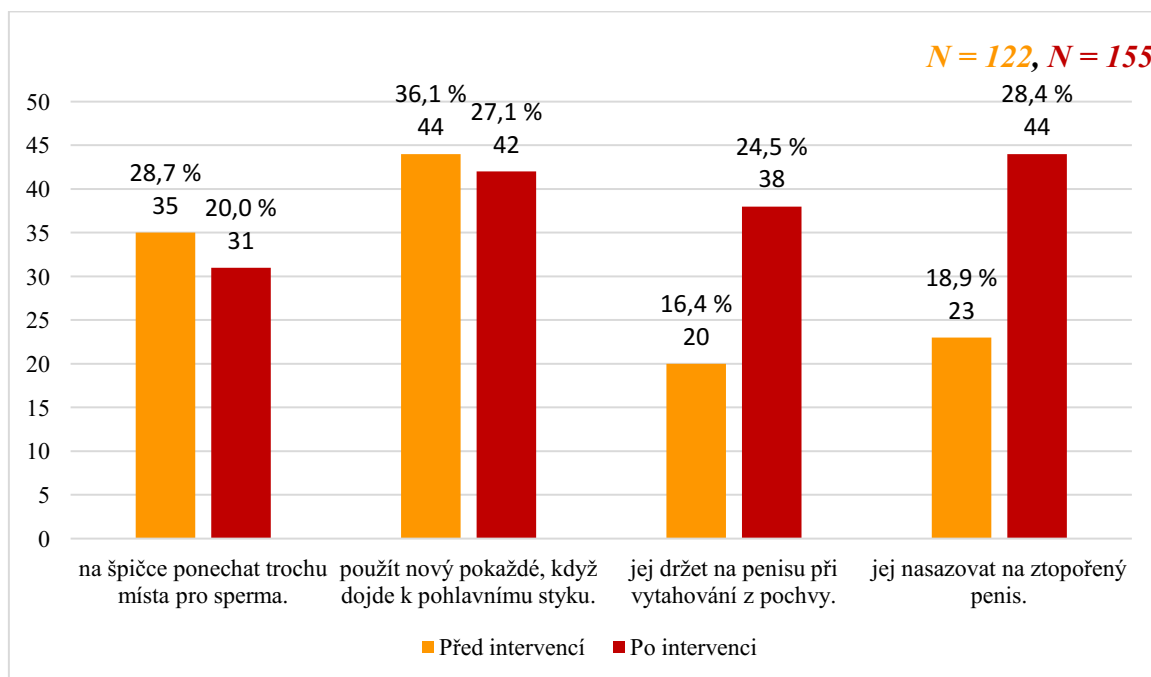
Hodnocení odpovědi	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	11	22	21,6	31	62	60,8
Částečně správná – 1 b.	7	7	13,7	7	7	13,7
Chybná – 0 b.	33	0	64,7	13	0	25,5
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Celkový bodový zisk za položku č. 11 činí 29 bodů před intervenčním programem a 69 bodů po intervenčním programu.

### **Položka č. 12: Aby člověk mohl používat kondom správným způsobem, musí:**

Položka č. 12 se zabývala jednotlivými kroky správného použití kondomu. Respondenti měli na výběr z nabídky čtyř odpovědí, ve kterých jsou zmíněny vybrané čtyři významné kroky v postupu používání prezervativu. Odpověď byla obdržena od 51 respondentů (100%), kteří před intervencí označili celkem 122 variant odpovědí a po intervenci 155 znázorněných v grafu 9. Z této nabídky multiple choice položek jsou všechny varianty odpovědí správné. Nejčastěji označovanou se stala varianta: *použít nový pokaždé, když dojde k pohlavnímu styku*. Před realizací intervenčního programu byla vybrána 44krát (36,1%) a po absolvování programu ji označilo o dva respondenty méně tedy 42 (27,1%). Úbytek správného označení po intervenci lze pozorovat také u první varianty: *na špičce ponechat trochu místa pro sperma*. Kdy před intervenčním programem byla vybrána 35 respondenty (28,7%) a po intervenčním programu 31 respondenty (20,0%).

Naopak významný nárůst lze pozorovat u zbývajících dvou variant. Odpověď: *jej držet na penisu při vytahování z pochvy.*, byla v pretestu vybrána 20 respondenty (16,4%) a v posttestu 38 respondenty (24,5%). Téměř dvojnásobný nárůst označování varianty lze také pozorovat u odpovědi: *jej nasazovat na ztupořený penis.*, která byla před intervencí označena 23krát (18,9%) a po intervenci 44krát (28,4%).



Graf 9 Znalost správného používání kondomu

Tabulka 11 přesněji poukazuje na pozitivní vliv intervenčního programu na znalosti o správném používání kondomu. Zcela správnou odpověď u položky č. 12 je považováno označení všech nabízených variant odpovědí, tedy označení, že je nezbytné *na špičce ponechat trochu místa pro sperma, používat pokaždé nový při pohlavním styku, držet jej na penisu při vytahování z pochvy, a také jej nasazovat na ztopořený penis*. Před intervenčním programem označilo všechny varianty celkem 10 respondentů (19,6%) více než dvojnásobný počet respondentů uvedlo zcela správnou odpověď po absolvování programu. Konkrétně se jednalo o 21 respondentů (41,2%).

Za částečně správnou odpověď byla při zpracování a vyhodnocení dat považována taková, kdy dotazovaný opomenul označit jednu libovolnou správnou variantu odpovědi. Jeden bod za částečně správnou odpověď získalo v pretestu 14 respondentů (27,5%) a v posttestu tento počet vzrostl o 4 dotazované na 18 respondentů (35,3%). Kritérium pro vyhodnocení chybné odpovědi bylo označení pouze jedné či dvou jakýchkoliv variant odpovědí. V tabulce 11 je patrný významný pokles vlivem intervence. Před ní byla chybná odpověď vyhodnocena u více než poloviny z celého počtu respondentů, konkrétně u 27 z nich (52,9%) a po programu u 12 dotazovaných (23,5%). Celkový bodový zisk respondentů před intervencí činí 34 bodů a po intervenci 60. bodů

*Tabulka 11 Hodnocení znalosti správného používání kondomu*

*N = 51*

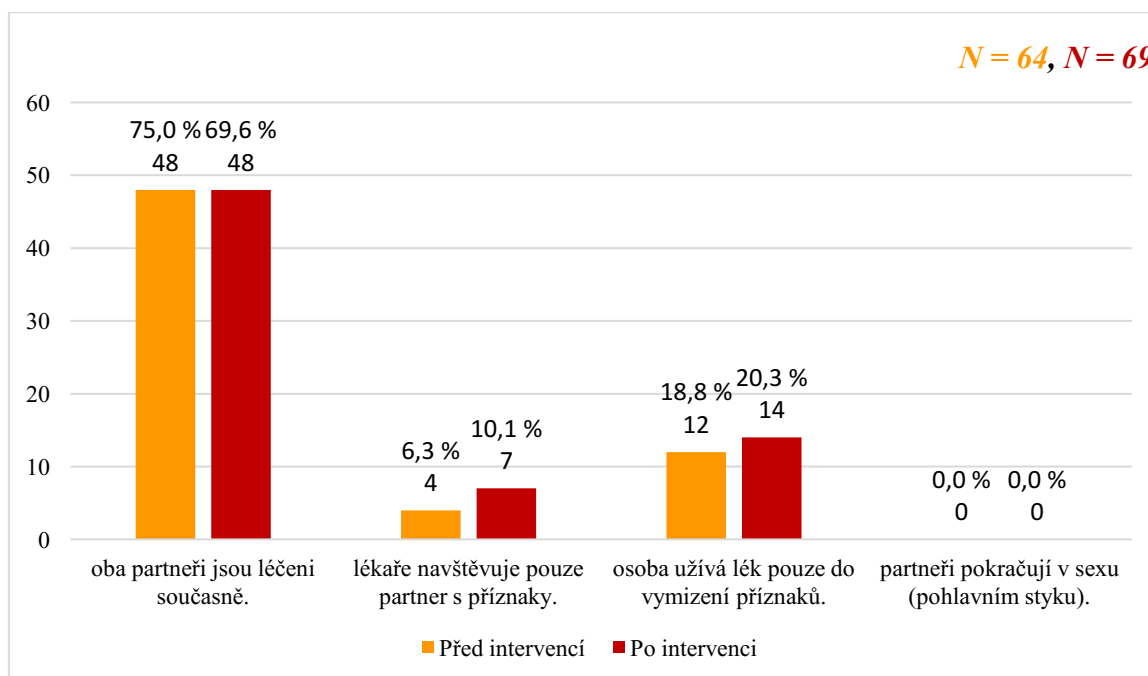
Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	10	20	19,6	21	42	41,2
Částečně správná – 1 b.	14	14	27,5	18	18	35,3
Chybná – 0 b.	27	0	52,9	12	0	23,5
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Celkový bodový zisk respondentů před intervencí činí 34 bodů a po intervenci 60. bodů

**Položka č. 13: Léčba pohlavně přenosné infekce (pohlavně přenosné nemoci) je nejlepší, pokud:**

Položka č. 13 se zabývala nejlepší léčbou STI, na níž 51 respondentů (100%) odpovídalo výběrem jedné či více variant ze čtyř nabízených odpovědí. V pretestu označili 64 variant a v posttestu 69 variant znázorněných v grafu 10. Nejčteněji označovanou byla varianta: *oba partneři jsou léčeni současně.*, která je dle autorského řešení jedinou správnou odpovědí z nabídky. Před i po intervenci byla shodně označena 48 respondenty (75,0%; 69,6%).

Druhou nejvíce označovanou variantou byla: *osoba užívá lék pouze do vymizení příznaků.* Tuto chybnou odpověď vybralo 12 dotazovaných (18,8%) před intervencí a 14 dotazovaných (20,3%) po intervenci. Taktéž u distraktoru: *lékaře navštěvuje pouze partner s příznaky.* vidíme zhoršení znalostí před a po programu. Před programem byl označen 4krát (6,3%) a po programu 7krát (10,1%). Při individuálním procházení dat si však bylo možné povšimnout, že respondenti současně označovali první i druhou variantu zároveň, kdy se obě varianty vzájemně vylučují. Obtížné je však zdůvodnit, zda se jednalo o čtenářskou nepozornost či o skutečnou neznalost. Poslední nabízená varianta uvádějící, že *partneři pokračují v sexu* i po dobu léčby nevybral žádný z respondentů ani v jednom z testů (0,0%).



Graf 10 Znalost nejlepší léčby pohlavně přenosné infekce

Shrnutí vyhodnocení znalosti respondentů o nejlepší léčbě pohlavně přenosné infekce zachycuje tabulka 12. Zcela správná odpověď, za níž bylo možné získat 2 body, byla vyhodnocena pouze v případě označení první varianty uvádějící, že *jsou oba partneři léčeni současně*. V pretestu byla zvolena 35 dotazovanými (68,6%). Z dat uváděných v posttestu je patrný úbytek 2 správných odpovědí na 33 (64,7%).

Za částečně správné odpovědi na položku č.13 jsou považovány ty, kdy respondent označil správnou variantu odpovědi a zároveň označil pouze jediný libovolný distraktor. Částečně správná odpověď se ziskem 1 bodu byla před intervencí i po intervenci vyhodnocena u shodného počtu 13 dotazovaných (25,5%).

Zařazení do kategorie chybné odpovědi znamená, že respondent označil jeden či více distraktorů bez označení správné odpovědi, případně vybral správnou odpověď, avšak společně s ní dva či tři distraktory. Před intervencí chybnou odpověď uvedli 3 respondenti (5,9%). Po intervenci byla chybná odpověď vyhodnocena u 5 respondentů (9,8%).

*Tabulka 12 Hodnocení znalosti nejlepší léčby pohlavně přenosných infekcí*

*N = 51*

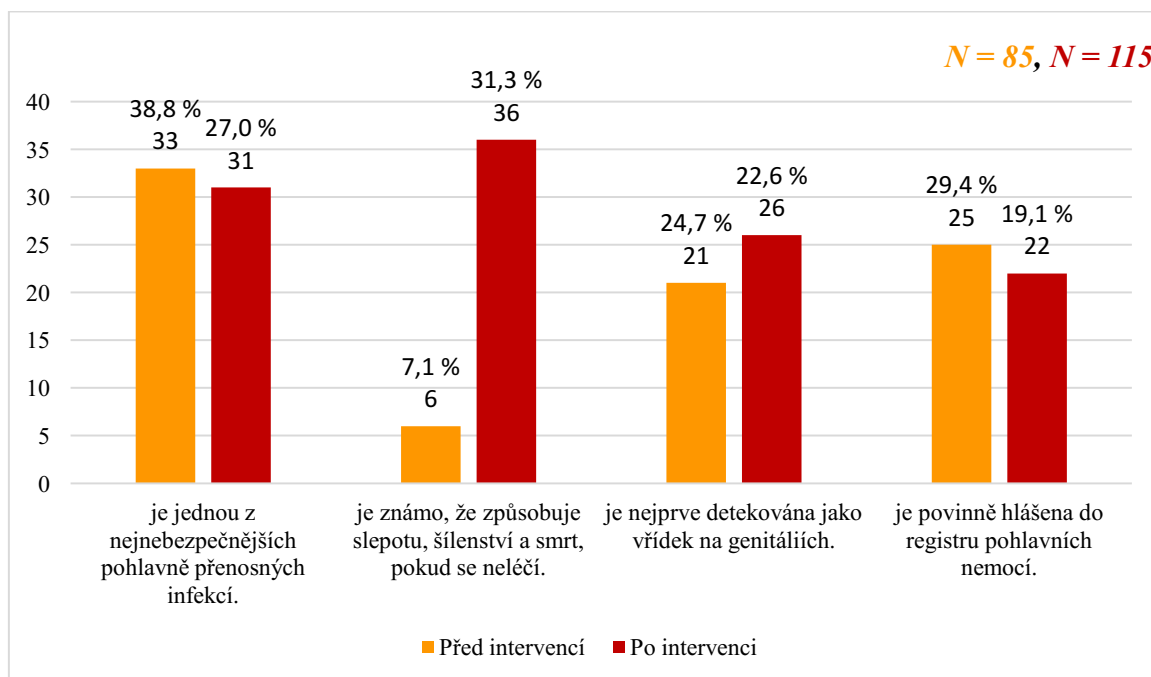
Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	35	70	68,6	33	66	64,7
Částečně správná – 1 b.	13	13	25,5	13	13	25,5
Chybná – 0 b.	3	0	5,9	5	0	9,8
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

Bodový zisk respondentů činí před intervenčním programem 83 bodů a po intervenci 79 bodů.

#### Položka č. 14: Syfilis:

Položka č. 14 byla věnována syfilis. Dotazovaní u této multiple choice položky měli na výběr ze čtyř variant odpovědí blíže správně popisujících tuto STI. Odpovědi byly získány od všech 51 respondentů (100%), kdy v pretestu bylo označeno 85 variant odpovědí a v případě posttestu celkem 115 variant odpovědí, které jsou znázorněny v grafu 11. Nejčteněji označovanou variantou respondenty obsahovala informaci, že syfilis je jednou z nejnebezpečnějších pohlavně přenosných infekcí. Před intervencí byla vybrána 33 respondenty (38,8%), po intervenci však pokleslo vybrání této položky o 2 respondenty na 31 (27,0%). Pokles označení správné varianty lze pozorovat také u informace o povinném hlášení do registru pohlavních nemocí, která byla označena 25krát (29,4%) před intervencí a 22krát po intervenci (19,1%).

Pozitivní vliv intervence můžeme vidět naopak u zbývajících dvou variant odpovědí. Dokončení věty syfilis je nejprve detekován jako vřídek na genitáliích. Vybralo 21 respondentů (24,7%) před programem, po programu počet vzrostl na 26 (22,6%). Bezesporu největší vliv pozorujeme u druhé varianty znějící: je známo, že způsobuje slepotu, šílenství a smrt, pokud se neléčí. V pretestu ji označilo 6 dotazovaných (7,1%), vlivem intervence v posttestu vzrostl počet šestinásobně na 36 respondentů (31,3%).



Graf 11 Znalosti o syfilis

V tabulce 13 níže lze vidět shrnuté vyhodnocení odpovědí na položku č. 14 dotazníkového šetření. Za zcela správnou odpověď je považováno označení všech variant odpovědí blíže specifikujících pohlavně přenosnou infekci syfilis. Před intervenčním programem pouze 1 respondent (2,0%) označil všechny správné varianty se ziskem 2 bodů. Vlivem intervenčního programu vzrostl počet zcela správných odpovědí na počet 10 (19,6%).

Ziskem 1 bodu byla ohodnocena částečně správná odpověď respondentů v případě, že dotazovaný označil tři správné varianty z nabízeného seznamu. Před intervencí se jednalo o 5 respondentů (9,8%). Vlivem intervence se počet částečně správných odpovědí více než zdvojnásobil na 12 respondentů (23,5%)

V případě označení pouze jedna či dvou správných variant byla odpověď vyhodnocena jako chybná s nulovým bodovým ohodnocením. V pretestu chybnou odpověď uvedlo 45 respondentů (88,2%). Data získána posttestem poukazují na pokles chybných odpovědí na celkových 29 (56,9%).

*Tabulka 13 Hodnocení znalostí o syfilis*

*N = 51*

Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	1	2	2,0	10	20	19,6
Částečně správná – 1 b.	5	5	9,8	12	12	23,5
Chybná – 0 b.	45	0	88,2	29	0	56,9
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Součet získaných bodů za označené položky dává 7 bodů v případě testu vyplňovaného respondenty před programem a 32 bodů po absolvování navrženého programu.

**Položka č. 15: Pokud mají lidé pohlavní styk, výhodou používání kondomů je, že:**

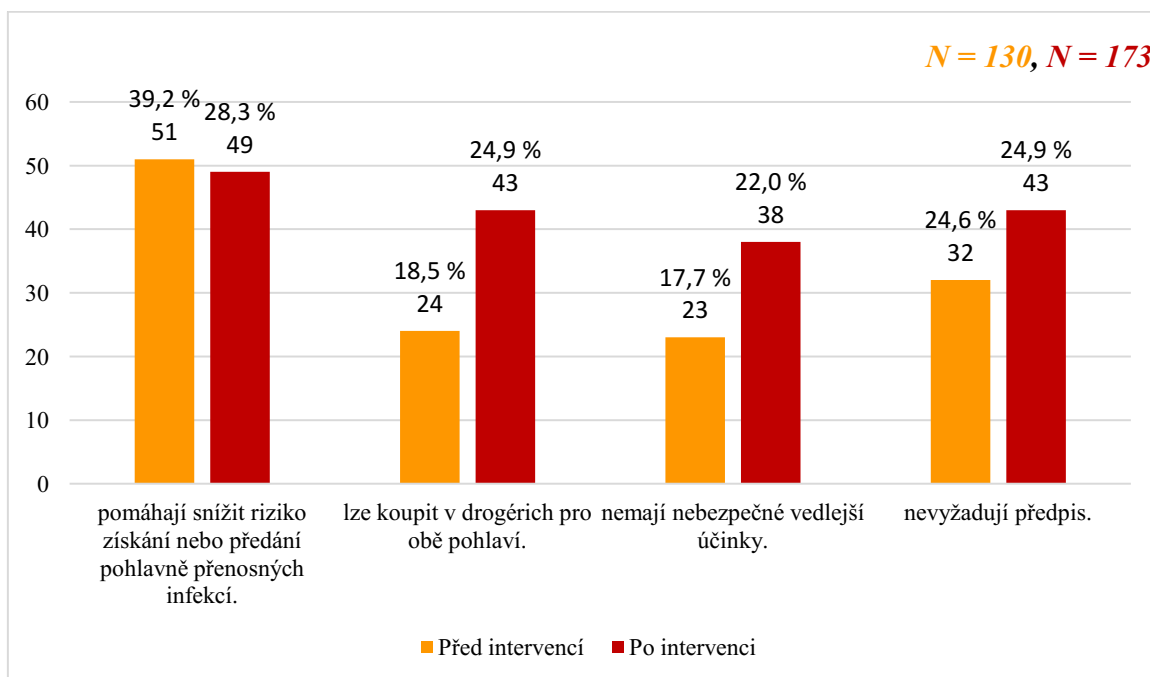
Položka č. 15 byla zaměřena na výhody používání vybrané antikoncepční metody při pohlavním styku. Respondenti měli na výběr ze čtyř variant odpovědí, kdy mohli označit jednu či více správných variant. Dle autora jsou všechny uvedené varianty odpovědí považovány za správné. Při pouhém porovnání počtu jednotlivých variant 51 dotazovanými (100%) v pretestu (130) a v posttestu (173) lze soudit, že se znalosti v této oblasti žákům zvýšili. Jak patrně znázorňuje i graf 12. Konkrétně nejčastěji vybranou správnou odpovědí bylo: *pomáhají snížit riziko získání nebo předání pohlavně přenosných infekcí*. Před intervencí danou variantu vybralo 51 dotazovaných (39,2%), zároveň se jedná o jedinou správnou variantu, kterou označili zcela všichni účastníci programu. Po intervenci počet označení této varianty klesl o dva respondenty na 49 (28,3%).

V grafu 12 níže můžeme u zbývajících tří variant pozorovat významný nárůst četnosti označování správných odpovědí. Největší rozdíl je možné vidět u tvrzení: *lze koupit v drogeriích pro obě pohlaví*, kdy před proběhlou intervencí bylo označeno 24krát (18,5%) a po ní 43krát (24,9%) v jejímž průběhu byl žákům představen femidom.

Výhoda uvádějící informaci, že kondomy *nemají nebezpečné vedlejší účinky*. Data získaná pretestem ukazují počet vybrání třetí varianty 23 respondenty (17,7%). Oproti tomu počet výběrů v posttestu vzrostl na 38 (22,0%). Jedním z důvodů vyšší četnosti může mít spojitost s poukázáním v rámci programu různorodosti materiálů, které jsou vhodné i pro jedince s alergií na latex.

Poslední varianta: *nevyžadují předpis*. byla druhou nejhojněji vybranou v obou testech. Před intervenčním programem byla zvolena 32 respondenty (24,6%) a po něm celkem 43 respondenty (24,9%).





*Graf 12 Znalost výhod používání kondomů*

Jednotlivé odpovědi respondentů následně byly kritériálně hodnoceny. Souhrn hodnocení jednotlivých odpovědí na položku č. 15 lze nalézt v tabulce 14 níže. Zcela správná odpověď vyhodnocena v případě označení všech čtyřech správných variant uvádějících výhody používání kondomů při pohlavním styku. Dva body za zcela správnou odpověď obdrželo před intervencí 13 respondentů (25,5%) a po intervenci vzrostl počet na 34 respondentů (66,7%).

V případě označení libovolných tří správných variant byla daná odpověď zařazena do kategorie částečně správné odpovědi s obdržením 1 bodu. V datech z pretestu se nacházelo celkem 17 (33,3%) takovýchto odpovědí a v posttestu počet klesl na 9 (17,6%). Úbytek počtu při porovnání výsledků testů vidíme také u chybné odpovědi s absencí bodového zisku. Chybná odpověď byla vyhodnocena v případě označení pouze jedné či dvou libovolných nabízených variant, konkrétně se jednalo o 21 respondentů (41,2%) před programem a 8 respondentů (15,7%) po programu.

Tabulka 14 Hodnocení znalosti výhod používání kondomů

*N = 51*

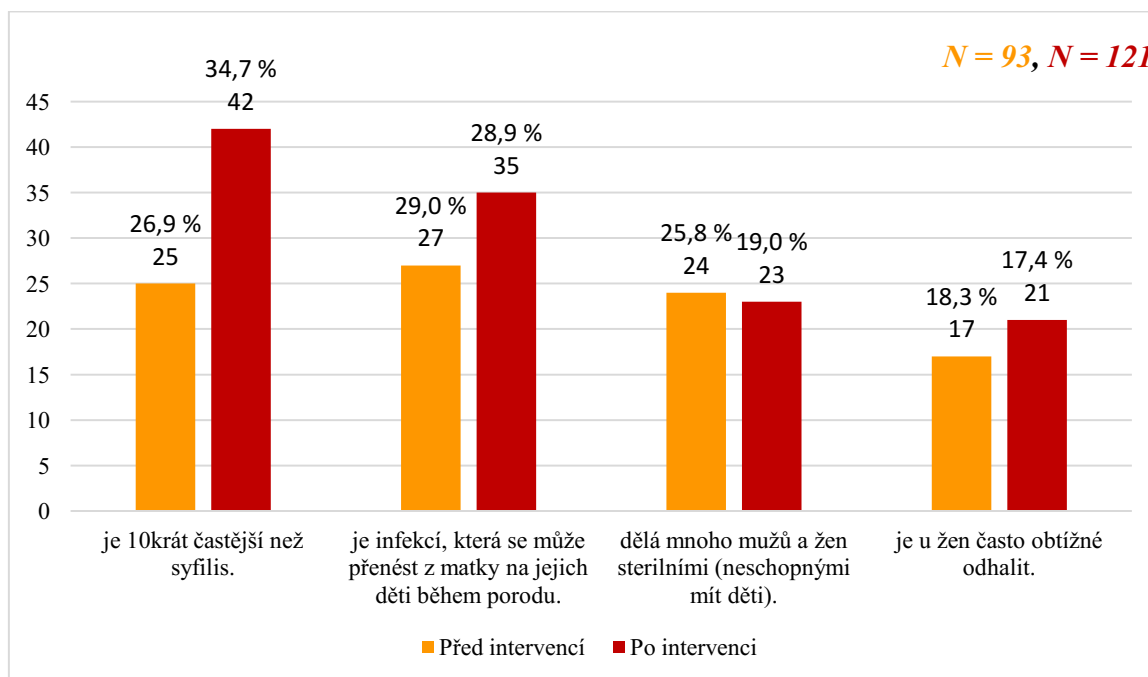
Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	13	26	25,5	34	68	66,7
Částečně správná – 1 b.	17	17	33,3	9	9	17,6
Chybná – 0 b.	21	0	41,2	8	0	15,7
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

Souhrnně respondenti získali 43 bodů v rámci dotazníku před intervenčním programem a 77 bodů po jeho absolvování.

### Položka č. 16: Kapavka:

Poslední z položek ve znalostní části se zaměřovala na kapavku. V rámci této multiple choice položky č.16 měli respondenti na výběr ze čtyř nabízených variant odpovědí blíže specifikujících tuto STI, z nich všechny uváděly správnou informaci. Data byla získána od 51 respondentů (100,0%), kteří v pretestu označili celkem 93 variant a v posttestu B 121 variant. Souhrn jednotlivých výběrů odpovědí znázorňuje grafu13. Největší nárůst zapamatování si, můžeme pozorovat u informace, že *je 10krát častější než syfilis*. Před programem byla zvolena 25 respondenty (26,9%) a po ní vzrostl na 42 respondentů (34,7%). Přínos intervence pozorujeme také u výběru druhé varianty: *je infekcí, která se může přenést z matky na jejich děti během porodu*. Před programem se jednalo o nejčteněji vybranou variantu 27 dotazovanými (29,0%) vlivem intervence počet vzrostl na 35 dotazovaných (28,9%). Rovněž u čtvrté varianty: *je u žen často obtížné odhalit* vidíme nárůst četnosti po absolvování programu. Před programem byla vybrána tato varianta 17krát (18,3%) a po intervenčním programu 21krát (17,4%).

Třetí varianta uvádějící informaci o tom, že kapavka *dělá mnoho mužů a žen sterilními (neschopnými mít děti)* byla před intervencí třetí nejčteněji označovanou variantou vybranou 24 respondenty (25,8%). Po intervenčním programu byla vybrána 23 respondenty (19,0%).



Graf 13 Znalosti o kapavce

Tabulka 5 níže shrnuje vyhodnocení znalostí respondentů o kapavce, na níž byla zaměřena položka č. 16. Za zcela správnou odpověď bylo považováno označení ve všech čtyřech správných nabízených odpovědích uvádějících informace o infekci gonorrhoea. Zcela správná odpověď byla vyhodnocena v pretestu pouze u 1 respondenta (2,0%), oproti tomu v posttestu vzrostl počet na 11 respondentů (21,6%), kteří obdrželi 2 body.

Za částečně správnou odpověď bylo považováno označení tří variant odpovědí ze seznamu. Před intervencí 1 bod za částečně správnou odpověď obdrželi 3 dotazovaní (5,9%) po zúčastnění se programu počet vzrostl na 11 dotazovaných (21,6%).

V případě označení pouhých dvou či jedné správné odpovědi u položky byla odpověď vyhodnocena za chybnou bez nároku na udělení bodů. Celkem 47 respondentů (92,2%) před intervencí uvedlo chybnou odpověď vlivem intervence počet v druhém dotazníku klesl na 29 respondentů (56,9%).

*Tabulka 15 Hodnocení znalostí o kapavce*

*N = 51*

Hodnocení odpovědí	Před intervencí		%	Po intervenci		%
	počet	body		počet	body	
Zcela správná – 2 b.	1	2	2,0	11	22	21,6
Částečně správná – 1 b.	3	3	5,9	11	11	21,6
Chybná – 0 b.	47	0	92,2	29	0	56,9
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

V součtu dotazovaní obdrželi 5 bodů před intervenčním programem. Po jeho absolvování se zvýšil bodový zisk respondentů na 33 bodů.

### 7.2.1 Vliv intervenčního programu na znalosti

Při porovnání zastoupení výborně a zcela správně zodpovězených položek v dotazníku viz tabulka 16 vidíme, že největší obtíže žákům činilo zodpovězení položek týkajících se rizikového sexuálního chování. Souvislost zde lze sledovat také s tím, že se jednalo o položky otevřené představujících vyšší obtížnost při jejich řešení.

Před absolvováním programu definovat pojem rizikové sexuální chování na nějž se dotazovala položka č. 6 zvládl pouze 1 z respondentů (2,0%). Rovněž i možné předcházení důsledkům, které hrozí při rizikovém sexuálním chování v položce č. 8 uvedl pouze 1 z respondentů (2,0%) výborně. Jedinou z položek, kterou nezodpověděl žádný z respondentů správně (0,0%), byla položka č. 7 zabývající se důsledky hrozícími při praktikování rizikového sexuálního chování. Po absolvování intervenčního programu u všech těchto položek vidíme nárůst odpovědí vyhodnotitelných výborně. Největší rozdíl vidíme u položky č. 7, kdy výbornou odpověď uvedlo 7 respondentů (13,7%). Naopak nejnižší rozdíl i při porovnání s ostatními znalostními položkami vidíme u položky č. 6, kdy výborně vyhodnotitelnou definici uvedli pouze 3 respondenti (5,9%). Rovněž i vypsání důsledků rizikového sexuálního chování v položce č. 8 činilo respondentům obtíže. Kdy výborně tyto důsledky rozepsalo celkem 5 respondentů (9,8%).

Naopak velmi dobře si žáci vedli při řešení položek č. 9, 11, 13, 14, 16 týkajících se znalostí o vybraných sexuálně přenosných infekcích. Před absolvováním programu respondenty nejvyšší počet zcela správných řešení, konkrétně 35 (68,6%), sledujeme u položky č. 13 dotazující se na znalost nejlepší léčby pohlavně přenosné nemoci. Pouze o jedno zcela správné řešení, tedy 34 (66,7%) vyhodnocujeme u položky č. 9 zabývající se tím, kdy je pro ženu škodlivé mít pohlavní styk. Zároveň však jsou jedinými dvěma položkami, u nichž po absolvování programu vidíme snížení celkového počtu zcela správných odpovědí a to 33 (64,7%) u položky č. 13 a 31 (60,8%) u položky č. 9. Naopak pozitivní vliv programu sledujeme u zbývajících třech položek. Kdy před intervencí položku č. 11 dotazující se na STI, kterou není možné vyléčit zcela správně zodpovědělo 11 respondentů a po ní počet vzrostl na 31 respondentů (60,8%). Obtížnými před intervencí pro respondenty byli položka č. 14 dotazující se na syfilis a položka č. 16 dotazující se na kapavku. Obě tyto položky zcela správně zodpověděl pouze 1 (2,0%) z respondentů. Po absolvování programu se úspěšnost

řešení zvýšila celkem na 10 (19,6%) zcela správných řešení u položka č. 14 a 11 zcela správných řešení u položky č. 16.

Souhrnně nejlépe žáci zodpovídali položky č. 10, 12 a 15 zaměřené na znalosti o používání kondomů. U všech z nich můžeme také pozorovat vyšší míru úspěšnosti po absolvování intervenčního programu. Nejmenší rozdíl vidíme u položky č. 10 dotazující se na antikoncepční metodu nejlépe zabraňující přenosu infekce, kdy před intervencí ji zcela správně zodpovědělo 33 respondentů (64,7%) a po ní 35 respondentů (68,6%). Vyšší rozdíl pozorujeme u položky č. 12 dotazující se na správný postup použití kondomu, již zcela správně zodpovědělo 10 respondentů (19,6%) před programem a po něm počet stoupl na 21 respondentů (41,2%). Největší pozitivní vzestup vidíme u položka č. 15 zabývající se výhodami používání kondomů. Před intervencí ji zcela správně zodpovědělo 13 respondentů (25,5%) po jejím absolvování počet vzrostl na 34 respondentů (66,7%).

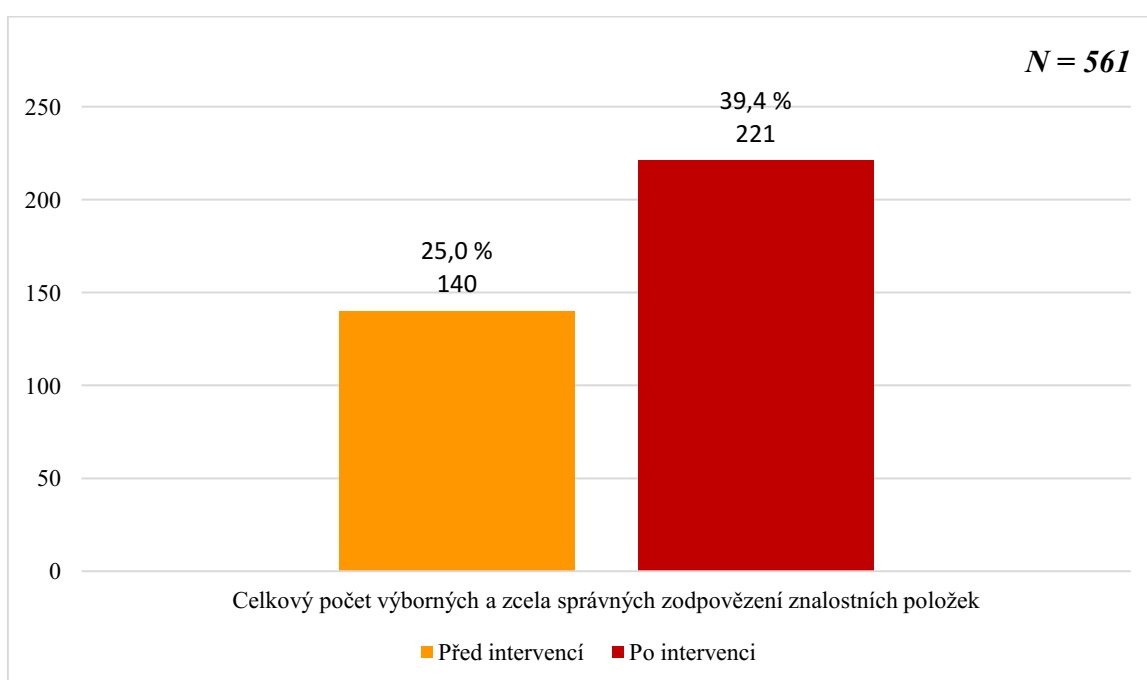
*Tabulka 16 Přehled výborných a zcela správných zodpovězení znalostních položek*

*N = 51*

<b>Položka č.</b>	<b>Před intervencí – počet odpovědí</b>	<b>%</b>	<b>Po intervencí – počet odpovědí</b>	<b>%</b>
6	1	2,0	3	5,9
7	0	0,0	7	13,7
8	1	2,0	5	9,8
9	34	66,7	31	60,8
10	33	64,7	35	68,6
11	11	21,6	31	60,8
12	10	19,6	21	41,2
13	35	68,6	33	64,7
14	1	2,0	10	19,6
15	13	25,5	34	66,7
16	1	2,0	11	21,6

Porovnání celkového počtu výborných a zcela správných zodpovězení všech znalostních položek vidíme přehledně v grafu 14 níže. Na první pohled je jednoznačně patrný pozitivní

vliv intervence na celkovou úspěšnost řešení znalostních položek. Kdy před intervenčním programem celkový počet výborných a zcela správných zodpovězení činí 140 (25,0%) a po jeho absolvování se tento počet zvýšil na 221 (39,4%) z celkových 561 možných (100,0%). Po porovnání výborných a zcela správných zodpovězení všech znalostních položek v pretestu a posttestu bylo výpočtem Wilcoxon Signed-Rank Test zjištěno, že této rozdíl je **statisticky významný  $p < 0.001$** . Tedy lze říci, že mezi výbornými a zcela správnými zodpovězeními znalostních položek před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.



*Graf 14 Celkový počet výborných a zcela správně zodpovězení znalostních položek*

Dále nás také zajímal vliv intervenčního programu na úspěšnost při řešení jednotlivých znalostech položek. Při vyhodnocování byly vždy porovnávány body udělené jednotlivým žákům za úspěšnost dané položky. Následně z těchto bodů byl vypočítán medián před a po intervenci, a také za pomoci výpočtu párového Wilcoxon Signed-Rank Test byla zjištěna hodnota  $p$ . Podíváme-li se na přehledovou tabulku č.17 níže, tak jednoznačně vidíme, že absolvování programu mělo statisticky významný vliv na úspěšnost řešení u 8 položek.

Jsou jimi všechny tři položky č. 6, 7, 8 zabývající se znalostmi o rizikovém sexuálním chování. Kdy u každé z nich mohl žák vždy získat 0-4 body dle správnosti svého řešení. Následně byl z udělených bodů dané položky vypočítán medián, který před intervenčním

programem je roven 1 a po jeho absolvování se zvýšil na hodnotu 2. Vypočítáním statistického testu zjišťujeme, že tento rozdíl úspěšnosti řešení je **statisticky významný**  $p < 0.001$  ( $z=-4.996$ ). Tedy lze říci, že mezi znalostmi v oblasti rizikového sexuálního chování před a po navrženém intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl. Ze skupiny položek zabývajících se znalosti o STI byla pozitivně zvýšena úspěšnost řešení u položek č. 11, 14 a 16. U všech z nich mohl žák vždy získat 0-2 body dle správnosti řešení. Z udělených bodů byl následně vypočítán medián a také p-hodnota statistickým testem. U položky č. 11 před intervenčním programem medián získaných bodů činí 0, po jeho absolvování se zvyšuje na 2. Statistickým testem se následně zjistilo, že v úspěšnosti řešení této položky je **statisticky významný rozdíl**  $p < 0.001$ . Tedy lze říci, že mezi znalostí v současnosti nevléčitelné nemoci před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl. U položek č. 14 a 16 medián získaných bodů před i po intervenčním programu je sice roven 0, avšak i zde byla zjištěna statistická významnost  $p < 0.001$ . A je možné říci, že mezi znalostmi o kapavce a syfilis před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.

Ze skupiny položek zaměřenými na znalosti o používání kondomů byla pozitivně zvýšena úspěšnost řešení u položek č. 12 a 15. U nichž rovněž mohl žák vždy získat 0-2 body dle správnosti řešení. U položky č. 12 medián získaných bodů před intervenčním programem činí 0, po jeho absolvování se zvýšil na 1. Statistickým testem získáváme informaci, že se jedná o **statisticky významný rozdíl**  $p < 0.001$ . Tedy mezi znalostmi správného postupu použití kondomu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl. U položky č. 15 medián získaných bodů za zodpovězení je roven 1 před programem a 2 po něm. Jedná se o **statisticky významný rozdíl**  $p < 0.001$ . A je možné říci, že mezi znalostmi o výhodách používání kondomů před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.

Dále v přehledové tabulce 17 vidíme, že absolvování programu nemělo statisticky významný vliv na úspěšnost řešení u 3 položek. Jednalo se o položky č. 9 a 13 zahrnované do skupiny položek zabývajících se znalostmi o STI. Za jejich zodpovězení byly žákům oddělovány 0-2 body dle správnosti. Jejich zodpovídání žákům nečinilo přílišné obtíže, jak poukazuje i medián udělených bodů před i po intervenci, který je roven 2. U položky č. 9 bylo výpočtem statistického testu zjištěno, že rozdíl mezi jednotlivými řešeními je



**statisticky nevýznamný  $p = 0.39532$ .** Jinými slovy mezi znalostmi škodlivosti pohlavního styku pro ženu před a po intervenčním programu neexistuje statisticky významný rozdíl. U položky č. 13 bylo rovněž zjištěno, že rozdíl mezi jednotlivými řešeními je **statisticky nevýznamný  $p = 0.308$ .** Tedy mezi znalostmi nejlepší léčby pohlavně přenosné infekce před a po intervenčním programu neexistuje statisticky významný rozdíl.

Poslední z nich je položka č. 10 řazená do skupiny položek zabývajících se znalostmi o používání kondomů. Za níž taktéž žáci mohli získat 0-2 body. Ani zodpovězení této položky většině žáků nečinilo obtíže. Vypočítaný medián z udělených bodů je roven 2 před i po absolvováním programu. Vypočítáním statistického testu zjišťujeme, že mezi úspěšnostmi řeše je **statisticky nevýznamný rozdíl  $p = 1$ .** Tedy mezi znalostmi nejlepšího zabránění získání pohlavně přenosné infekce před a po intervenčním programu neexistuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka 17 Vliv intervenčního programu na úspěšnost řešení znalostních položek

Položka	Medián		z-value	p-value
	Před intervencí	Po intervenci		
č. 6: Definujte pojem rizikové sexuální chování.	1	2	-4.333	< 0.001
č. 7: Napište důsledky, které hrozí, pokud jedinec praktikuje rizikové sexuální chování.	1	2	-4.644	< 0.001
č. 8: Napište, jak je možné předcházet důsledkům, které hrozí při rizikovém sexuálním chování.	1	2	-3.861	< 0.001
č. 9: Pro ženu je škodlivé mít pohlavní styk, když:	2	2	-0.852	0.395
č. 10: Lidé, kteří mají pohlavní styk, mohou nejlépe zabránit získání pohlavně přenosné infekce (pohlavně přenosné nemoci – STD) použitím:	2	2	0	1
č. 11: V současnosti je nemožné vyléčit:	0	2	-4.379	< 0.001
č. 12: Aby člověk mohl používat kondom správným způsobem, musí:	0	1	-3.363	< 0.001
č. 13: Léčba pohlavně přenosné infekce (pohlavně přenosné nemoci) je nejlepší, pokud:	2	2	-1.020	0.308
č. 14: Syfilis:	0	0	-3.724	< 0.001
č. 15: Pokud mají lidé pohlavní styk, výhodou používání kondomů je, že:	1	2	-4.190	< 0.001
č. 16: Kapavka:	0	0	-3.715	< 0.001

### 7.3 Postoje, self-efficacy, zábrany

Vaše přesvědčení: U každé otázky níže, prosím vyberte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak se cítíte na škále 1-4.

1 = *rozhodně ne*

2 = *pravděpodobně ne*

3 = *pravděpodobně ano*

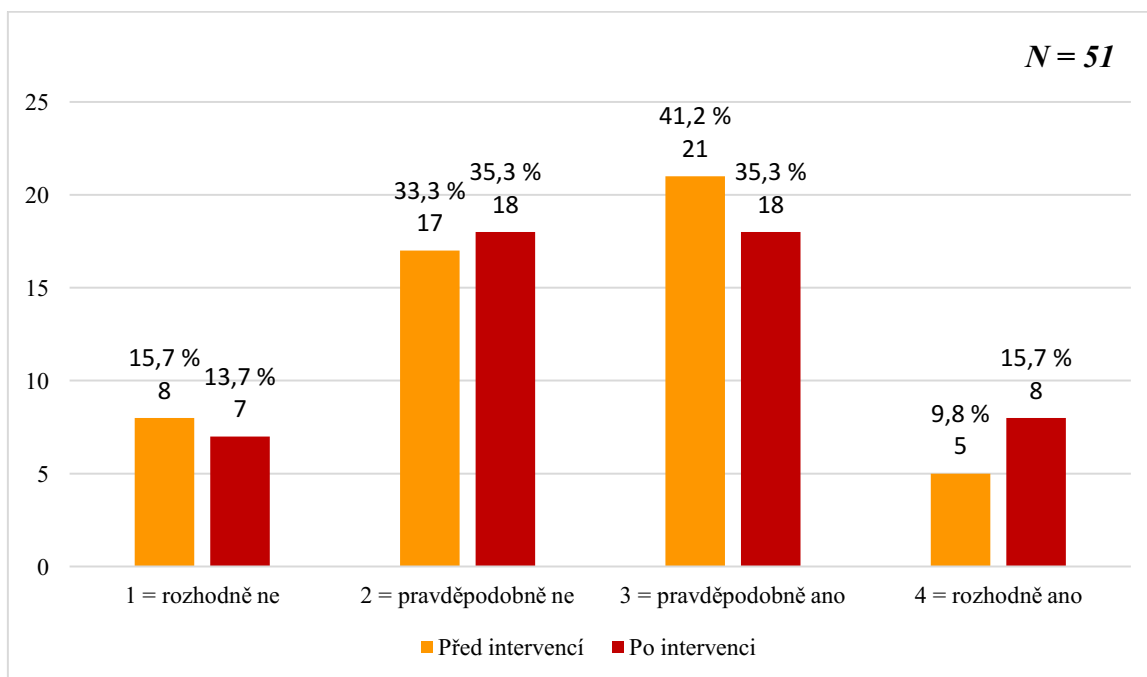
4 = *rozhodně ano*

#### **Položka č. 17: Věřím, že lidé v mém věku by měli se sexem počkat, až budou starší.**

Třetí část výzkumných nástrojů se zaměřovala na zaujímané postoje, normy a self-efficacy respondentů. První skupina položek dotazníků se věnovala zaujímaným postojům k sexuálnímu chování a jeho prevenci respondentů. Své odpovědi respondenti u těchto pěti položek uváděli výběrem jedné hodnoty na Likertově škále v rozmezí 1-4 dle svého souhlasu s uvedeným výrokem. U položky č. 17 respondenti své přesvědčení o výroku: „Věřím, že lidé v mém věku by měli se sexem počkat, až budou starší.“. Na níž odpovědělo všech 51 respondentů (100,0%), jejichž odpovědi jsou znázorněny v grafu 15 níže. V dotazníku varianta A nejčastěji respondenti označili hodnotu 3 znamenající *pravděpodobně ano*. Konkrétně ji označilo 21 respondentů (41,2%). Celkem 17 respondentů (33,3%) uvedlo variantu *pravděpodobně ne*. Hodnotu 1 na škále znamenající *rozhodně ne* označilo 8 respondentů (15,7%). Protipól *rozhodně ano* vybralo zbývajících 5 respondentů (9,8%).

Porovnáme-li tyto výsledky s daty získanými po absolvování programu, tak v grafu níže přehledně vidíme, že se zaujímané postoje změnilo, a tedy respondenti více podporují sexuální abstinenci. Nejvíce 18 respondentů (35,3%) označilo shodně odpověď *pravděpodobně ano* i odpověď *pravděpodobně ne*. Počet výběru varianty *rozhodně ne* klesl o jednoho respondenta na celkových 7 (13,7%). Naopak vzrostl počet označení odpovědi *rozhodně ano* na 8 (15,7%).

Vypočítáním mediánu hodnot z odpovědí získaných v obou variantách dotazníků získáváme číslo 3.



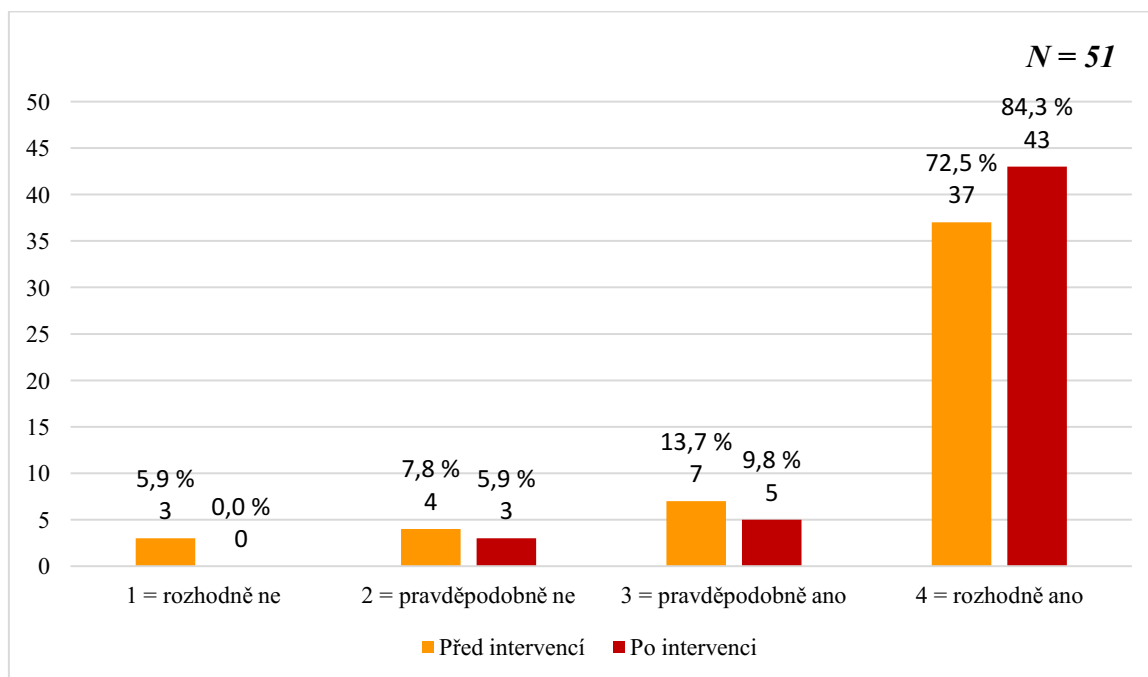
*Graf 15 Přesvědčení o počkání na sex ve vyšším věku*

**Položka č. 18: Věřím, že pro lidi v mém věku je v pořádku mít sex se stálým přítelem nebo přítelkyní.**

Položka č. 18 se zabývala přesvědčením ohledně výroku „Věřím, že pro lidi v mém věku je v pořádku mít sex se stálým přítelem nebo přítelkyní.“. Svě přesvědčení uvedlo 51 respondentů (100,0%), jejichž postoje znázorňuje graf 16. Před programem nadpoloviční většina respondentů označila odpověď *rozhodně ano*. Souhrnně se jednalo o 37 respondentů (72,5%). Výrazně méně respondentů označilo zbývající varianty. Celkem 7 z nich (13,7%) označilo odpověď *pravděpodobně ano*, 4 dotazovaní (7,8%) uvedli odpověď *pravděpodobně ne* a zbývající 3 dotazovaní (5,9%) s položeným výrokem naopak rozhodně nesouhlasili.

Při porovnání s dotazníkem varianta B po absolvování programu zůstala posloupnost výběru odpovědí stejná, avšak se snížil výběr nižších hodnot škály. Variantu *rozhodně ne* neoznačil již žádný z dotazovaných (0,0%). Odpověď *pravděpodobně ne* se snížila na 3 respondenty (5,9%) a odpověď *pravděpodobně ano* se snížila na 5 respondentů (9,8%). Naopak počet výběru varianty *rozhodně ano* vzrostl na 43 (84,3%).

V obou dotaznících nejvíce převládal rozhodný souhlas s tím, že je v pořádku pro lidi ve věku respondentů, aby měli sex se stálým přítelem či přítelkyní, proto i medián hodnot v obou dotaznících je roven 4. Tedy podporují vyvarování se rizikového sexuálního chování.

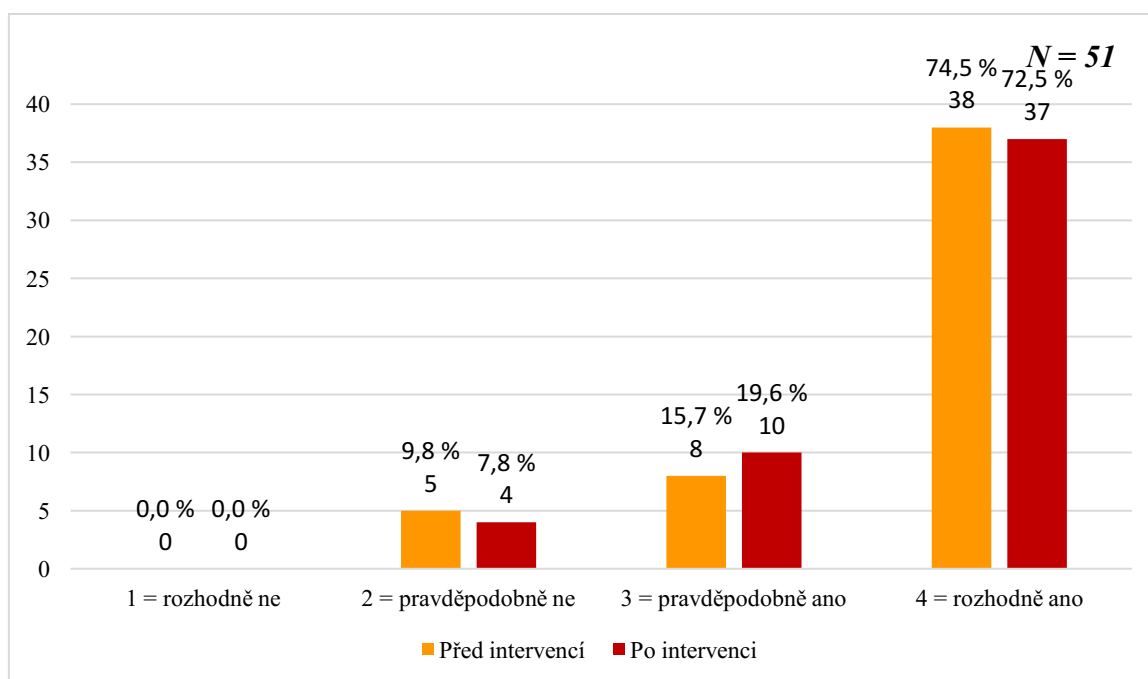


Graf 16 Přesvědčení o sexu se stálým přítelem nebo přítelkyní

**Položka č. 19: Věřím, že kondomy by se měly vždy používat, pokud má osoba mého věku sex.**

Položka č. 19 se věnovala postojům respondentů k výroku: „Věřím, že kondomy by se měly vždy používat, pokud má osoba mého věku sex.“ Na níž odpovědělo 51 respondentů (100,0%). Četnost výběru jednotlivých hodnot škály znázorňuje graf 17. Jak můžeme vidět, tak markantně převažuje odpověď *rozhodně ano*, a to v obou dotaznících. Před absolvováním programu tuto variantu označilo 38 respondentů (74,5%). V dotazníku varianta B však volba poklesla na o jednoho respondenta na 37 (72,5%). Druhou nejvíce označovanou odpovědí je *pravděpodobně ano* zvolenou nejprve 8 dotazovanými (15,7%), jejichž počet se po programu zvýšil na 10 dotazovaných (19,6%). Naopak pokles uvedení dané odpovědi vidíme u *pravděpodobně ne*, který v dotazníku varianta A činil 5 (9,8%) a v dotazníku varianta B již jen 4 (7,8%). Hodnota 1 na škále znamenající rozhodný nesouhlas s využíváním kondomů vždy, pokud má jedinec sex nebyla označena žádným z respondentů ani v jednom z dotazníků (0,0%).

Medián hodnot činí 4 v obou předložených dotaznících.



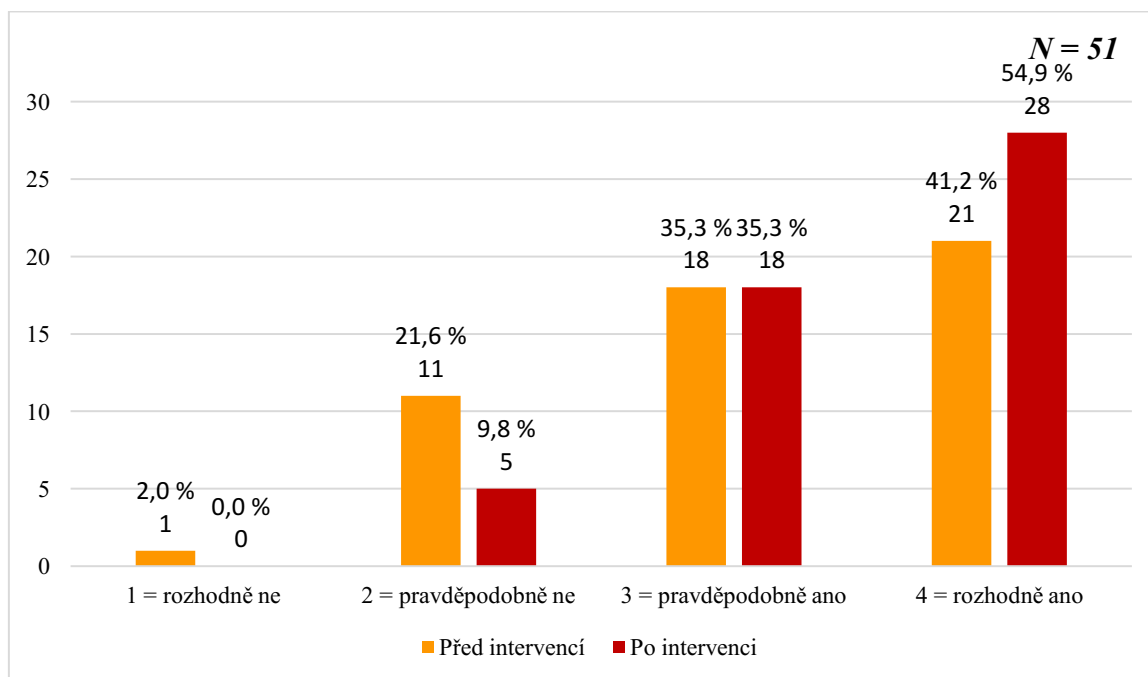
Graf 17 Přesvědčení o používání kondomu

**Položka č. 20: Věřím, že kondomy by se měly vždy používat, pokud má osoba mého věku sex, i když dívka užívá antikoncepční pilulky.**

Položka č. 20 se věnovala tvrzení: „Věřím, že kondomy by se měly vždy používat, pokud má osoba mého věku sex, i když dívka užívá antikoncepční pilulky.“ Rovněž i v rámci této otázky celkem 51 respondentů (100,0%) uvádělo své postoje na škále od 1-4. Jak vidíme v grafu 18, tak celé širší škály bylo žáků využito v dotazníku varianta A. Nejvíce 21 respondentů (41,2%) zvolilo odpověď *rozhodně ano*. Druhou nejčastěji vybranou odpovědí je *pravděpodobně ano*, kterou vybralo 18 respondentů (35,2%). Dále 11 dotazovaných (21,6%) vyznačilo na škále variantu *pravděpodobně ne*. Poslední varianta s hodnotou 1 na škále znamenající *rozhodně ne* byla poznamenána 1 respondentem (2,0%).

Pozitivní vliv intervence můžeme vidět při porovnání varianty *rozhodně ano*, kdy stoupl počet respondentů o sedm do nadpoloviční většiny 28 dotázaných (54,9%). Pozitivní pokles je patrný u varianty *pravděpodobně ne*, jejíž označení se snížilo na 5 (9,8%). A také u varianty *rozhodně ne*, která po programu nebyla vybrána nikým (0,0%). Shodnou četnost výběru vidíme u odpovědi *pravděpodobně ano* činící 18 respondentů (35,3%).

Kladný vliv absolvování programu nám poukazuje i vypočítaný medián hodnot rovný 3 v dotazníku varianta A a 4 v dotazníku varianta B.

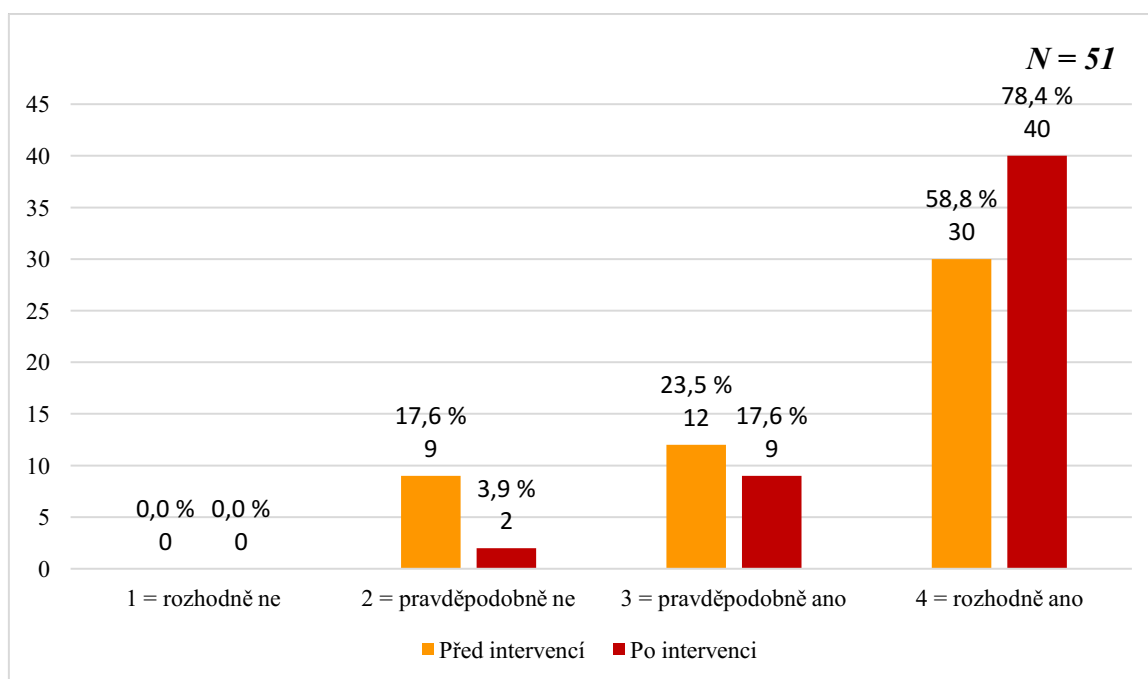


Graf 18 Přesvědčení o používání kondomu společně s antikoncepčními pilulkami

**Položka č. 21: Věřím, že kondomy by se měly vždy používat, pokud má osoba mého věku sex, i když se tito dva lidé velmi dobře znají.**

Položka č. 21, jakožto poslední zabývající se zaujímavými postoji k sexuálnímu chování a jeho prevenci respondentů, byla zaměřena na tvrzení: „Věřím, že kondomy by se měly vždy používat, pokud má osoba mého věku sex, i když se tito dva lidé velmi dobře znají.“ Zodpovězena byla 51 respondenty (100,0%). V obou dotaznících nejvíce respondenti zaujímají postoj *rozhodně ano*, jak znázorňuje graf 19. Konkrétně před intervencí byla zvolena 30 dotázanými (58,8%), jejichž počet vzrostl po intervenci na celkových 40 respondentů (78,4%). Druhou nejčastěji volenou odpovědí je *pravděpodobně ano*, kterou označilo v dotazníku varianta A 12 respondentů (23,5%). V dotazníku varianta B tento počet poklesl na 9 (17,6%). Výrazný pokles vidíme i u hodnoty 2 znamenající *pravděpodobně ne*. Zprvu ji označilo 9 dotázaných (17,6%). Avšak po absolvování programu počet poklesl na 2 respondenty (3,9%). Varianta *rozhodně ne* neoznačil žádný z respondentů ani v jednom z dotazníků (0,0%).

Při vypočítání mediánu hodnot získáváme v obou dotaznících číslo 4.



Graf 19 Přesvědčení o používání kondomu při velmi dobrém poznání druhé osoby



Jak jsi si jistý? Co když se vám staly následující věci? Představte si, že by se tyto situace měly stát i Vám. Pak vyberte odpověď, jak jste si tím jistí tím, že můžete udělat to, co je popsáno.

1 = *vůbec si nejsem jistý*

2 = *trochu jistý*

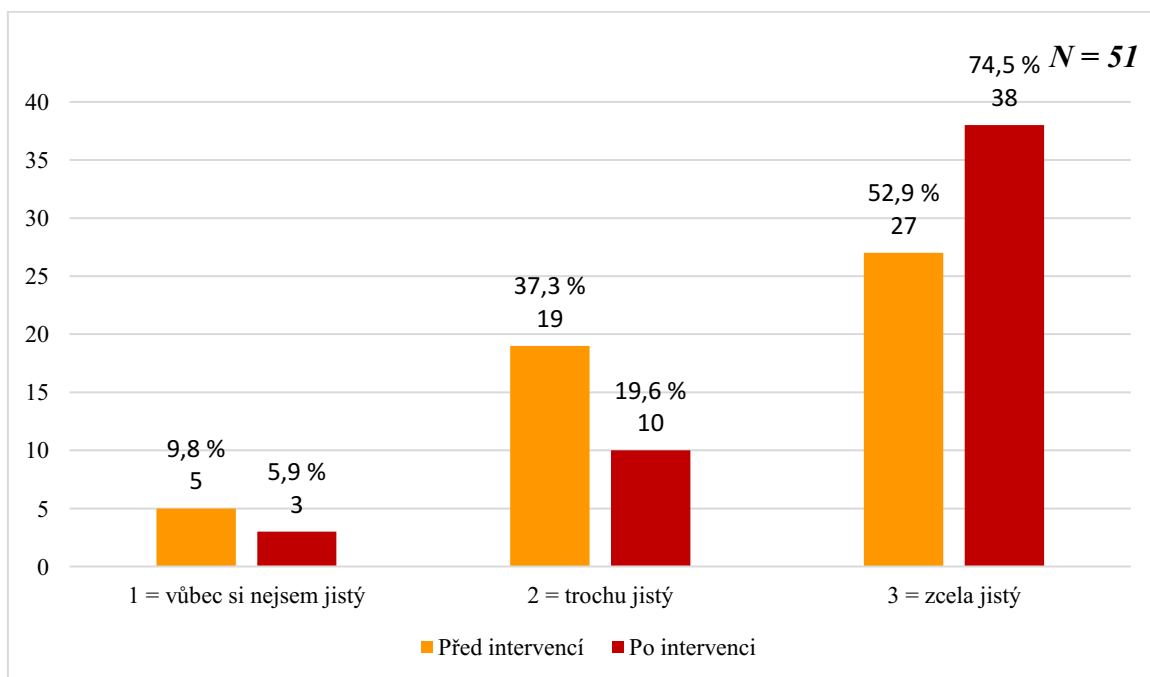
3 = *zcela jistý*

**Položka č. 22: Představte si, že jste někoho potkali na večítku. Chce s vámi mít sex. I když vás velmi přitahuje, nejste připraveni na sex. Jak jsi si jistý, že se dokážeš vyhnout sexu?**

Druhá skupina položek dotazníků se věnovala self-efficacy respondentů v případě nastání popsaných modelových situací. V rámci jednotlivých grafů 20-28 můžeme vidět porovnání změny vnímané dovednosti vyvarovat se rizikovému sexuálnímu chování účastníků programu. Položka č. 22 se zabývala situací jistoty vyhnout se sexu s právě poznanou osobou na večítku, která chce mít s námi sex. Nás tato osoba velmi přitahuje, avšak nejsme na sex připraveni. Všech 51 respondentů (100,0%) uvedlo na škále od 1-3 svou pocitovanou jistotu svého vyhnout se sexuální aktivitě. V obou dotaznících dotazovaní nejčteněji označili na škále hodnotu 3 znamenající *zcela jistý*, jak lze vidět v grafu 20. Před intervenčním programem ji označilo celkem 27 z nich (52,9%). Při porovnání vidíme, že vlivem absolvování programu se tento počet zvýšil o 11 na celkových 38 respondentů (74,5%).

Pozitivní pokles vidíme u obou zbývajících hodnot na škále. Hodnota 2 znázorňující odpověď *trochu jistý* před intervencí byla vybrána 19 dotázanými (37,3%). Jejich počet poklesl po programu na 10 dotázaných (19,6%). Poslední hodnotu 1 znamenající *vůbec si nejsem jistý* označilo před programem celkem 5 respondentů (9,8%). Poté se jejich počet snížila na 3 respondenty (5,9%).

Po získání dat bylo možné také vypočítat medián hodnot, který v obou dotaznících činí 3.



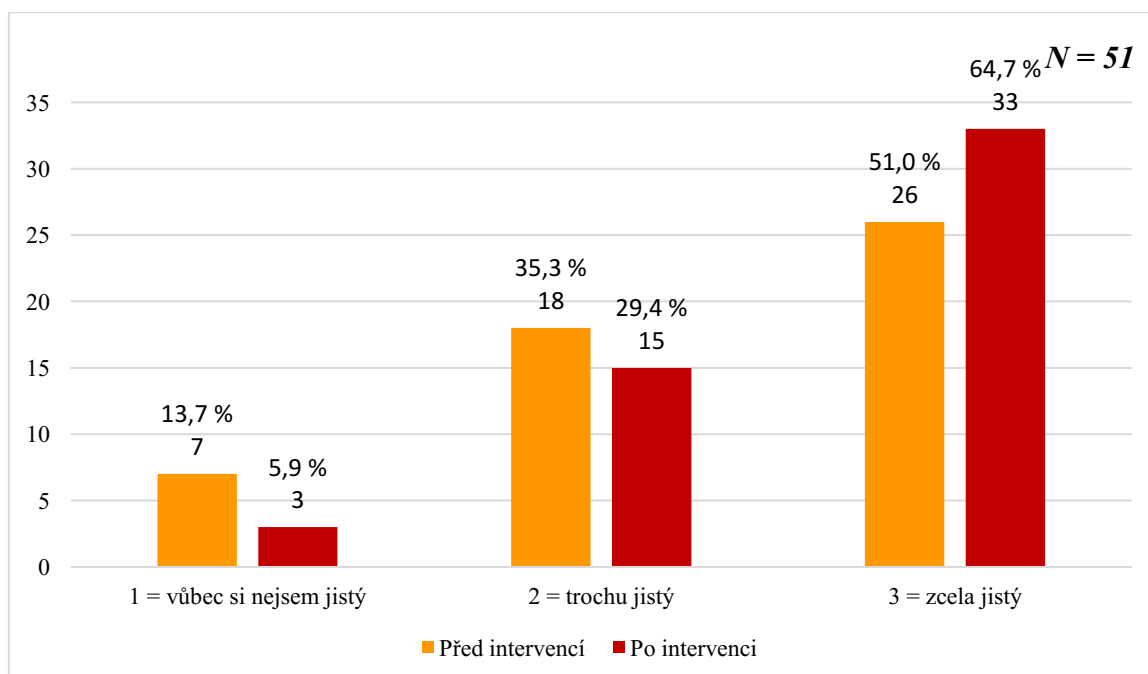
*Graf 20 Jistota o vyhnutí se sexu na večírku*

**Položka č. 23: Představte si, že byste se svým přítelem nebo přítelkyní spolu chodili, ale neměli byste sex. On nebo ona opravdu chce mít sex. Přesto se necítíte připraveni. Nakolik jste si jisti, že byste se mohli zdržet sexu, dokud se nebudete cítit připraveni?**

Položka č. 23 popisovala situaci jistoty zdržení se sexu v partnerském vztahu v případě, že se necítíme být na něj připraveni, avšak partner by jej již opravdu chtěl mít. Rovněž i na tuto položku uvedlo svou odpověď všech 51 respondentů (100,0%). Oproti předcházející otázce č. 22 můžeme vidět v grafu 21 vyšší míru nejistoty. Avšak i zde shledáváme, že nadpoloviční většina respondentů volila na škále hodnotu 3 *zcela jistý*. V dotazníku varianta A ji uvedlo 26 respondentů (51,0%). Vlivem intervence počet zcela jistých se zdržením se sexu vzrostl na 33 (64,7%).

Druhou nejčastěji označovanou variantou odpovědi bylo *trochu jistý*. Zvolilo ji celkem 18 dotázaných (35,3%) před absolvování programu. Jejich počet se něm snížil o tři na 15 dotázaných (29,4%). Výraznější pokles můžeme pozorovat u odpovědi *vůbec si nejsem jistý* vybranou nejprve 7 dotázanými (13,7%) a poté již jen 3 dotázanými (5,9%).

Jak můžeme i vidět v grafu 21 níže, tak nejvíce respondentů jsou si při představě modelové situace zcela jisti. Což po výpočtu dokládá i medián dosahující v obou případech hodnoty 3.



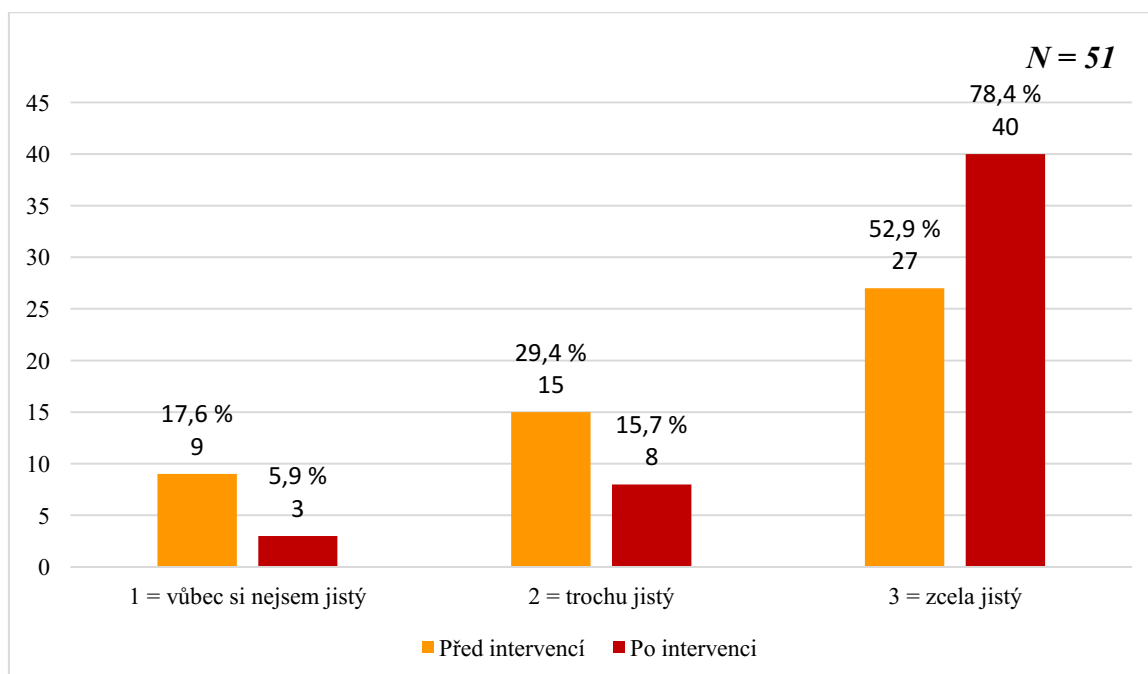
Graf 21 Jistota o zdržení se sexu v případě nepřipravenosti

**Položka č. 24: Představte si, že se s přítelem nebo přítelkyní rozhodnete pro sex, ale on nebo ona nebudou používat kondom. Jak jste si jisti, že byste se mohli vyhnout sexu, dokud váš partner nebude souhlasit s tím, že je v pořádku používat kondom?**

Situace v položce č. 24 se zaměřuje na jistotu vyhnout se sexu v partnerském vztahu do momentu než partner či partnerka bude rovněž souhlasit s tím, že je v pořádku používat kondom. Odpověď poznamenalo souhrnných 51 respondentů (100,0%) z nichž největší počet uvedl na škále hodnotu 3 znamenající *zcela jistý*, jak je patrné v grafu 22. Konkrétně se jednalo o 27 respondentů (52,9%) v dotazníku varianta A. Tento počet vzrostl o 13 respondentů po absolvování navrženého programu, tedy na 40 dotázaných (78,4%).

Výrazné změny vidíme v grafu výše i při porovnání počtu výběru zbývajících dvou hodnot na škále. Odpověď *trochu jistý* projevilo nejprve 15 respondentů (29,4%), tento počet poklesl na 8 respondentů (15,7%). Variantu *vůbec si nejsem jistý* vyznačilo před intervenčním programem 9 dotázaných (17,6%). Rovněž i zde pozitivně poklesl jejich počet konkrétně na 3 dotázané (5,9%).

I přes zmiňované pozitivní změny vlivem programu vypočítaný medián hodnot v obou dotazníkových šetřeních činí 3.



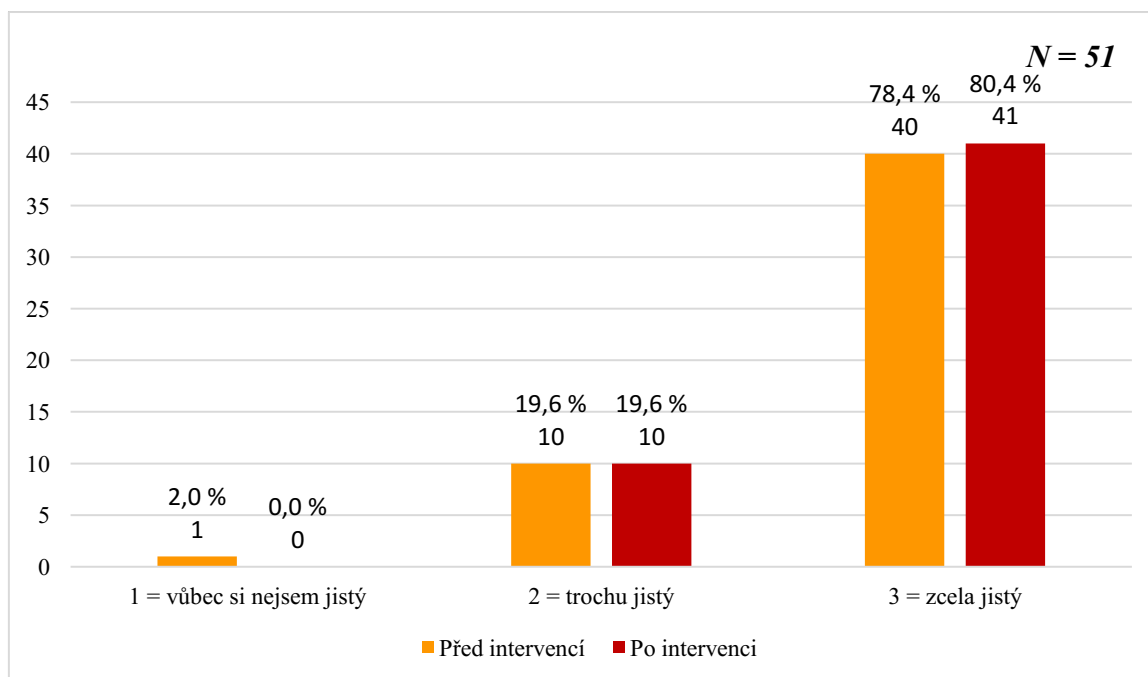
Graf 22 Jistota o vyhnutí se sexu v případě odmítnutí používání kondomu přítelem/kyní

**Položka č. 25: Představte si, že jste se svým přítelem nebo přítelkyní měli sex, ale nepoužili jste kondom. Opravdu chcete začít používat kondomy. Jak jste si jisti, že byste mohli svému partnerovi říct, že chcete začít používat kondomy?**

Položka č. 25 se zaměřuje na modelovou situaci v partnerském vztahu, kdy spolu partneři již měli sex, avšak nepoužili kondom. Respondenti se zamýšlí nad svou jistotou schopnosti říct svému partnerovi, že chtějí započít kondom používat. Odpovědi byly získány od 51 respondentů (100,0%). Markantní část respondentů v obou dotaznících označili na škále hodnotu 3 znamenající *zcela jistý* viz graf 23. Přesněji před programem si zcela jistých bylo 40 respondentů (78,4%). Po zúčastnění se programu počet vzrostl na 41 respondentů (80,4%).

Počet respondentů označujících variantu *trochu jistý* však zůstává nezměněný. V součtu ji vyznačilo 10 respondentů (19,6%). Malou změnu vidíme při porovnání hodnoty 1 škály reprezentující odpověď *vůbec si nejsem jistý*. V dotazníku varianta A ji označil 1 respondent (2,0%) v rámci dotazníku varianta B ji již neoznačil žádný z respondentů (0,0%).

Rovněž i u této otázky vypočítaný medián hodnot činí 3 v obou předložených dotaznících.



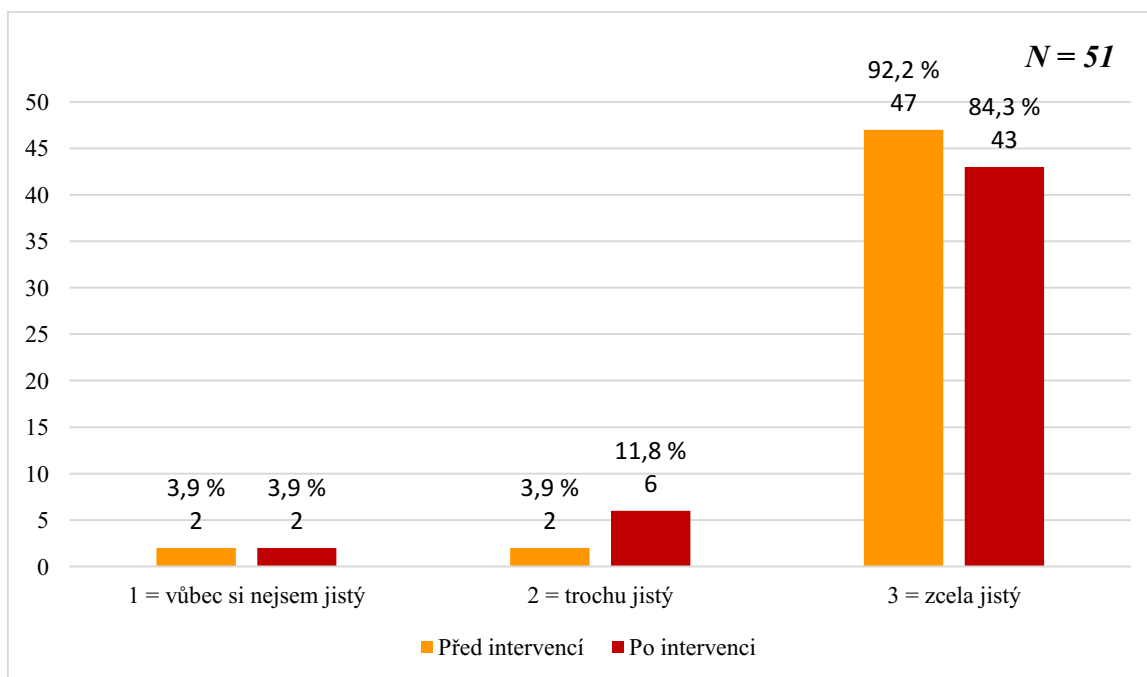
Graf 23 Jistota o řečení potřeby zahájení používání kondomu příteli/kyni

**Položka č. 26: Představte si, že máte sex s někým, koho jste právě potkali. Cítíte, že je důležité používat kondomy. Jak jisté je, že byste mohli té osobě říct, že chcete používat kondomy?**

Položka č. 26 popisuje modelovou situaci, kdy máme mít sex s někým, koho jsme právě potkali. Osobně jsme přesvědčeni, že je důležité používat kondomy. Úkolem respondentů bylo zamyslet se nad svou jistotou, že by mohli dané osobě říci, že chtějí používat kondomy. Míru své jistoty následně uvedlo 51 respondentů (100,0%) výběrem jedné z hodnot na škále od 1-3. Hodnota 3 představuje odpověď *zcela jistý*. Jak spatřujeme na grafu 24 níže, tak hodnota 3 označilo v dotazníku varianta A 47 respondentů (92,2%). Vlivem programu však došlo k negativnímu snížení jistoty u čtyřech žáků, tedy hodnota 3 zvolilo celkem 43 respondentů (84,3%).

Hodnotu 2 znázorňující odpověď *trochu jistý* uvedli před programem 2 respondenti (3,9%), po programu počet vzrostl na 6 respondentů (11,8%). Zcela srovnatelný zůstává počet dotázaných, kteří zvolili *vůbec si nejsem jistý*, jimiž byli 2 dotázaní (3,9%).

Negativní ovlivnění jistoty schopnosti říci nově poznanému sexuálnímu partnerovi však není velmi významné, neboť medián hodnot vypočítaný z dat obou dotazníků stále dosahuje hodnoty 3.



*Graf 24 Jistota o řešení potřeby používání kondomu s právě poznaným sexuálním partnerem*

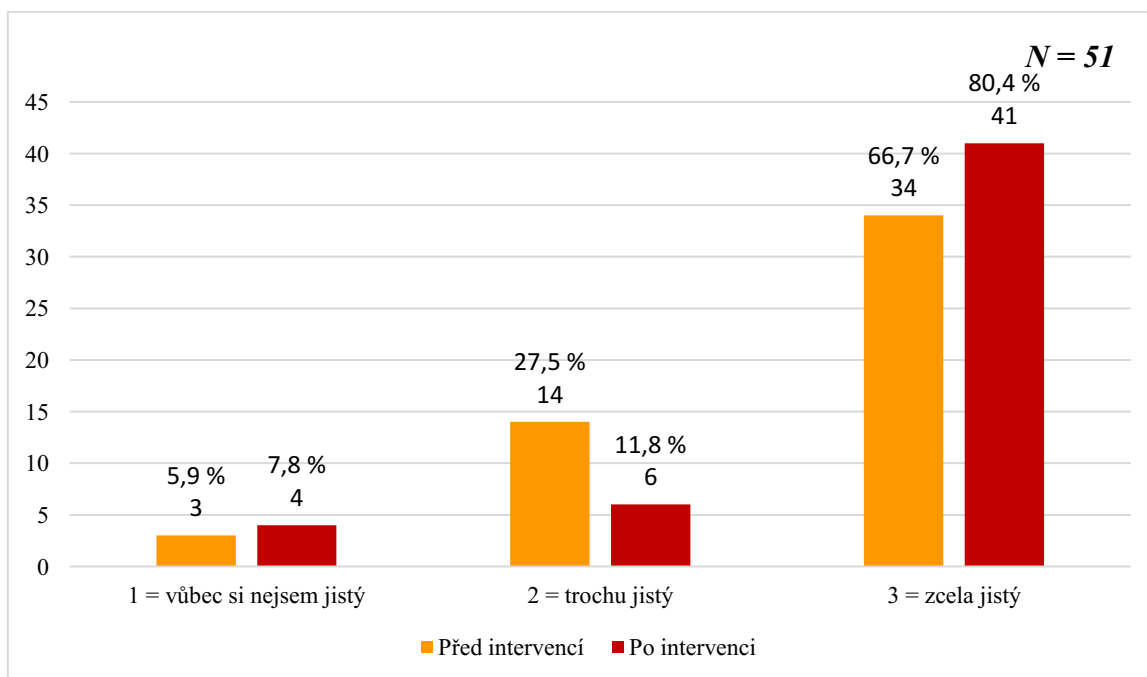
**Položka č. 27: Představte si, že vy nebo váš partner používáte antikoncepční pilulky, abyste zabránili otěhotnění. Chcete používat kondomy, abyste se nenakazili STD nebo HIV. Jak jste si jisti, že byste mohli přesvědčit svého partnera, že musí také používat kondomy?**

Položka č. 27 představuje potencionální situaci, kdy jste v partnerském vztahu, kdy vy nebo váš partner užívá antikoncepční pilulky. Vy však chcete začít používat při sexuálním aktu kondomy pro předejití nákaze STD. Úkolem respondentů je vžití se do situace uvést na škále od 1-3, jak jsou si jisti svou schopností přesvědčit svého partnera, že musí také používat kondomy. Z odpovědí znázorněných v grafu 25 patrně vidíme, že nadpoloviční většina z cechových 51 respondentů (100,0%) uvádí, že jsou si v této zcela jisti svou přesvědčovací schopností. Přesněji 34 respondentů (66,7%) odpověď *zcela jistý* zvolilo v rámci dotazníku varianta A. Tento počet pozitivním vlivem programu v dotazníku varianta B vzrostl na 41 respondentů (80,4%).

Pozitivní vliv programu také vidíme u výběru odpovědi *trochu jistý*, jelikož před programem byla vybrána 14 respondenty (27,5%) a po jeho absolvování se četnost výběru snížila o osm na celkových 6 respondentů (11,8%). Naopak nárůst nejistoty lze zpozorovat u jednoho respondenta, kdy odpověď *vůbec si nejsem jistý*, byla nejprve označena 3 respondenty (5,9%), ale poté počet vzrostl na 4 respondenty (7,8%).

V obou dotazníkových šetření leč zůstává souhrnný medián shodný dosahující po výpočtu hodnoty 3.



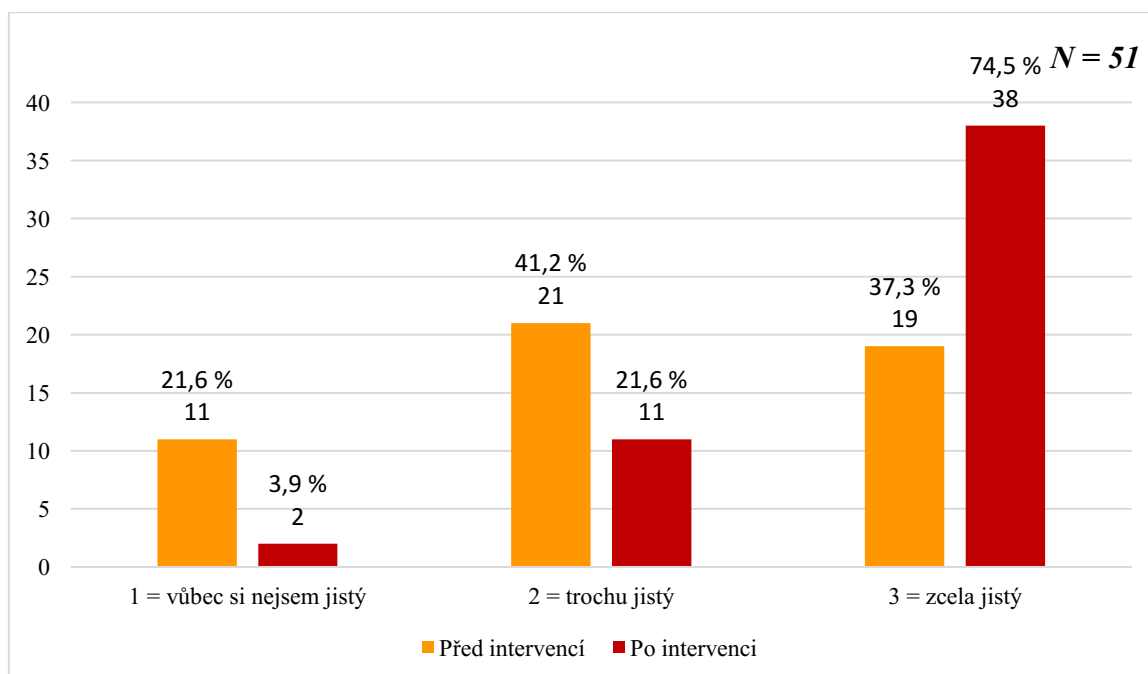


*Graf 25 Jistota o řešení potřeby zahájení používání kondomu příteli/kyni společně s užívanými antikoncepčními pilulkami*

**Položka č. 28: Jak jste si jisti, že byste mohli správně používat kondom nebo vysvětlit svému partnerovi, jak používat kondom správně?**

Položka č. 28 se respondentů dotazuje na jejich jistotu, že by mohli správně používat kondom nebo vysvětlit svému partnerovi, jak jej správně používat. I v rámci této otázky svou míru jistoty uvádělo 51 respondentů (100,0 %) na třístupňové škále. Hodnotu 3 znázorňující odpověď *zcela jistý* nejprve uvedlo 19 respondentů (37,3%), jak vidíme v grafu 26. Vlivem intervenčního programu došlo k pozitivnímu ovlivnění jistoty u devíti žáků, tedy hodnotu 3 po jeho absolvování označilo celkem 38 respondentů (74,5%). Při porovnání četnosti uvádění odpovědi *trochu jistý* vidíme taktéž pozitivní vliv programu. V dotazníku varianta A se jednalo o nejvíce vyznačovanou odpověď, kterou souhrnně vybralo 21 respondentů (41,2%). V dotazníku varianta B počet poklesl na 11 respondentů (21,6%). Výrazný pokles spatřujeme i u poslední možné hodnotě na škále *vůbec si nejsem jistý*, jenž byla vybrána 11 dotázanými (21,6%) před absolvováním programu a 2 dotázanými (3,9%) poté.

Pozitivní vliv programu na jistotu respondentů o správném používání kondomu či vysvětlení partnerovi jeho správného používání nám ukazuje i vypočítaný medián hodnot. Neboť v prvním dotazníkovém šetření je roven 2 a ve druhém stoupá na hodnotu 3.

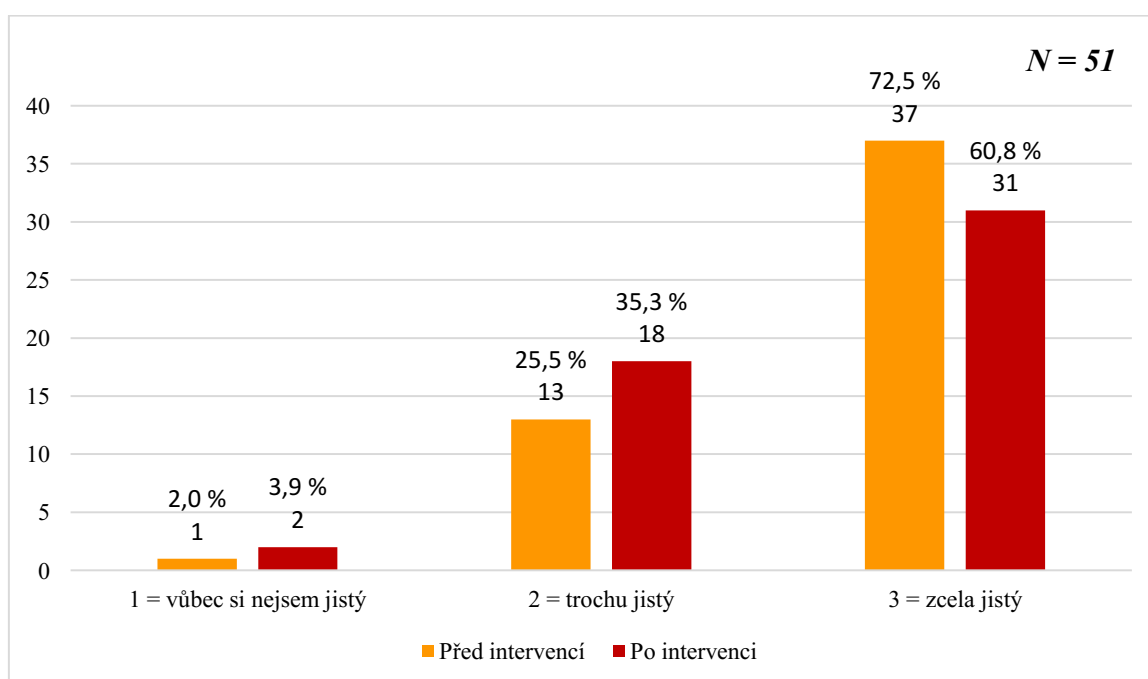


Graf 26 Jistota o správném používání kondomu nebo vysvětlení partnerovi jeho správné používání

**Položka č. 29: Pokud byste chtěli získat kondom, jak jste si jisti, že byste mohli jít do obchodu a koupit si ho?**

Položka č. 29 dotazníkového šetření se zabývala jistotou respondentů, že by si mohli jít do obchodu a koupit si kondom, pokud by jej chtěli získat. Nadpoloviční většina respondentů v obou dotaznících označila na škále hodnotu 3 tedy *zcela jistý*. Před programem ji vybralo v součtu 37 respondentů (72,5%). Po jeho absolvování však vidíme negativní snížení na 31 respondentů (60,8%). V grafu 27 níže tedy vidíme zvýšení nejistoty dotázaných. Odpověď *trochu jistý* zprvu označilo 13 dotázaných (25,5%), po programu počet vzrostl na 18 dotázaných (35,3%). Nárůst počtu výběru dané odpovědi vidíme i u hodnoty 1 na škále *vůbec si nejsem jistý*, kterou v dotazníku varianta A označil 1 respondent (2,0%) a v dotazníku varianta B 2 respondenti (3,9%).

Nejvíce respondentů se však v obou případech cítilo zcela jisti svou schopností nakoupit kondom v obchodě v případě potřeby, proto i medián dosahuje hodnoty 3.

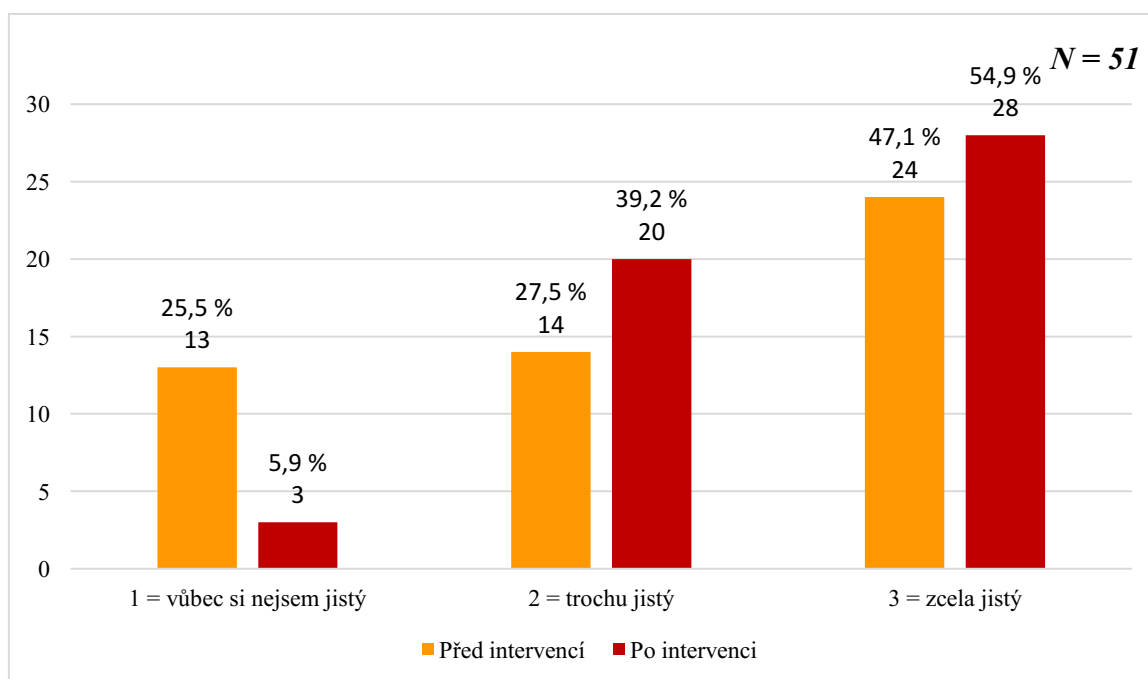


Graf 27 Jistota o nákupu kondomu v obchodě

**Položka č. 30: Pokud jste se rozhodli pro sex, jak jste si jisti, že byste s sebou mohli mít kondom, když byste ho potřebovali?**

U položky č. 30 respondenti na škále od 1-3 uváděli svou jistotu, že by mohli mít u sebe kondom, když by jej potřebovali, pokud by se rozhodli pro sex. Graf 28 znázorňující výběr jednotlivých hodnot 51 respondentů (100,0%) před i po programu. Přehledně tak znázorňuje významný pozitivní vliv preventivního programu. Největší část žáků uvedla, že jsou si *zcela jisti*. Přesněji se jednalo o 24 respondentů (47,1%) před absolvováním programu, jejichž počet vzrostl na 28 respondentů (54,9%) po zúčastnění se. Pozitivní nárůst vidíme i u odpovědi *trochu jistý*, kterou zprvu vybralo 14 dotázaných (27,5%). V dotazníku varianta B vzrostl počet na 20 dotázaných (39,2%). Poslední možnou variantu *vůbec si nejsem jistý* zvolilo před intervencí 13 dotázaných (25,5%). Po intervenci se míra nejistoty snížila u deseti dotázaných, tedy již byla tato varianta vybrána pouze 3 dotázanými (5,9%).

Pozitivní vliv navrženého programu nám v případě této otázky poukazuje i výpočet mediánu hodnot, jenž před jeho absolvování dosahuje hodnoty 2 a po zúčastnění se programu se navyšuje na hodnotu 3.



Graf 28 Jistota nošení kondomu u sebe pro případ potřeby

Co si myslíte o kondomech? Sdělte nám prosím, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky.

1 = *silně nesouhlasím*

2 = *trochu nesouhlasím*

3 = *trochu souhlasím*

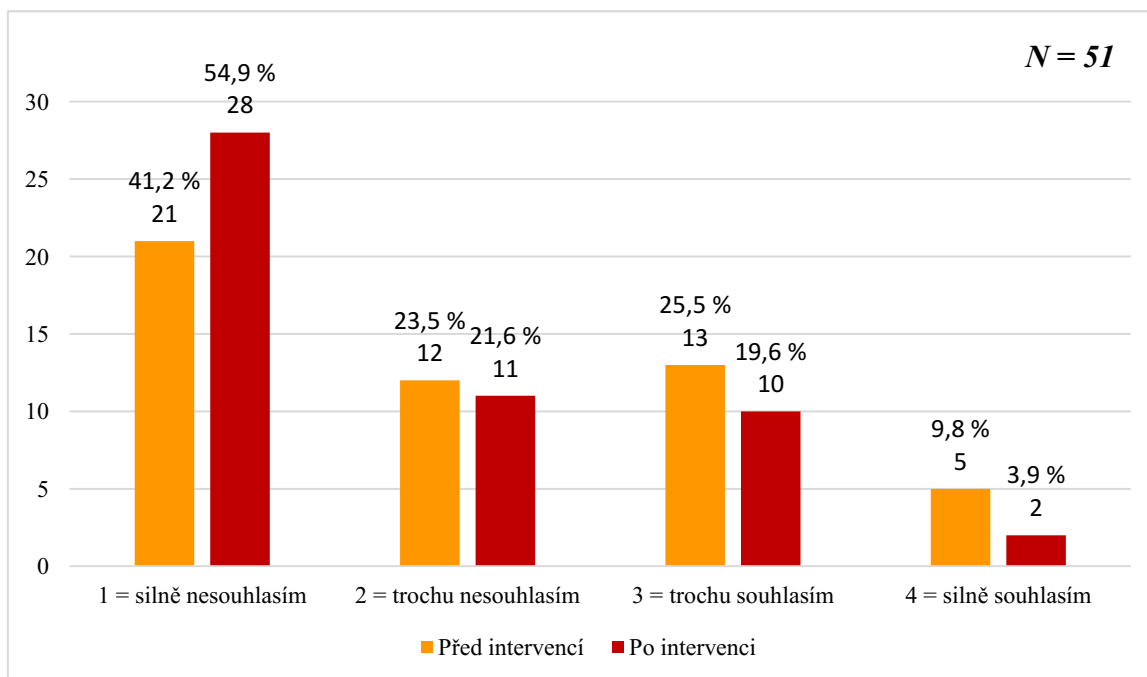
4 = *silně souhlasím*

**Položka č. 31: Je mi trapné kupovat kondomy v obchodě. Bylo by trapné kupovat kondomy v obchodě.**

Třetí skupina položek dotazníků se věnovala zaujímaným postojům ke kondomům. Svě odpovědi respondenti u těchto tří položek uváděli výběrem jedné hodnoty na Likertově škále v rozmezí 1-4 dle míry svého souhlasu s uvedeným výrokem. V dotazníku varianta B byl vždy mírně výrok poupraven tak, aby respondenti lépe zhodnotili svůj souhlas vzhledem k potencionální situaci v budoucnu, pokud by nastala. U položky č. 31 respondenti hodnotili v dotazníku varianta A výrok znějící: „Je mi trapné kupovat kondomy v obchodě.“. Odpovědi byly získány od všech 51 respondentů (100,0%), shodně tomu bylo i po absolvování programu viz graf 29. Před zrealizovaným programem nejčastěji s výrokem respondenti *silně nesouhlasili*, tedy tuto možnost zvolilo 21 respondentů (41,2%). Odpověď *trochu souhlasím* se stala druhou nejčastěji volenou, a to 13 respondenty (25,5%). Celkem 12 respondentů (23,5%) s výrokem *trochu nesouhlasili*. Zbývajících 5 dotazovaných (9,8%) označilo variantu *silně souhlasím*.

V dotazníku varianta B položený výrok zněl: „Bylo by trapné kupovat kondomy v obchodě.“ Po intervenčním programu rovněž respondenti nejčastěji volili odpověď *silný nesouhlas* s výrokem. Označena byla nadpoloviční většinou čítající 28 respondentů (54,9%). Zde je možné pozorovat pozitivní vliv intervence na snížení pocitu trapnosti při nákupu kondomů v obchodě. U zbývajících odpovědí naopak vidíme pozitivní pokles vlivem intervence. Odpověď *trochu nesouhlasím* označilo 11 respondentů (21,6%). Variantu *trochu souhlasím* 10 respondentů (19,6%). A poslední variantu *silně souhlasím* označili již jen 2 respondenti (3,9%).

Vliv absolvování programu na snížení pocitu trapnosti při nakupování kondomů v obchodě lze poukázat na celkovém mediánu hodnot, který v dotazníku varianta A činil 2. Oproti tomu v dotazníku varianta A klesl na 1.

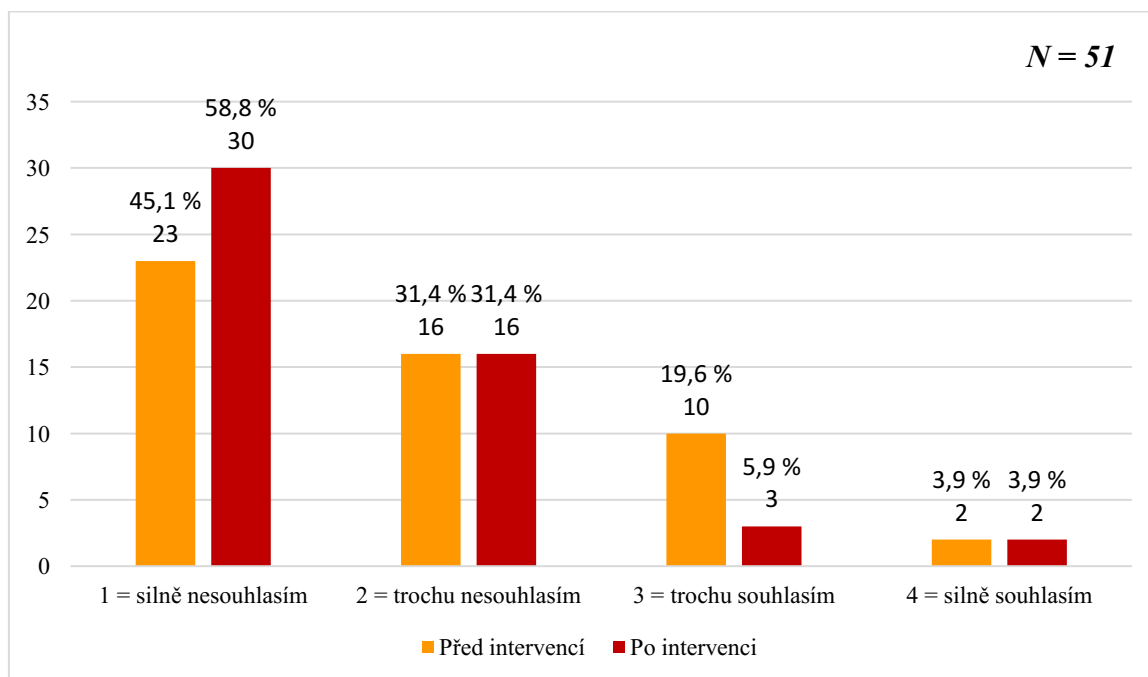


Graf 29 Pocit trapnosti při nákupu kondomů v obchodě

**Položka č. 32: Je mi nepříjemné nosit s sebou kondomy. Bylo by mi nepříjemné nosit s sebou kondomy.**

Položka č. 32 se zaměřovala na míru souhlasu s položeným tvrzením hodnoceným respondenty na škále od 1-4. I v tomto případě bylo mírně přeformulováno tvrzení před programem a po jeho absolvování. Před intervencí všech 51 respondentů (100,0%) uvádělo odpověď na tvrzení „Je mi nepříjemné nosit s sebou kondomy“. Jak graf 30 ukazuje 23 respondentů (45,1%) označilo variantu *silně nesouhlasím*. Dále 16 respondentů (31,4%) vybralo variantu *trochu nesouhlasím*. Celkem 10 dotazovaných (19,6%) uvedlo hodnotu 3, tedy *trochu souhlasím*. *Silný souhlas* s tvrzením projevili 2 respondenti (3,9%).

Po intervenci bylo tvrzení přeformulováno: „Bylo by mi nepříjemné nosit s sebou kondomy“. Taktéž i zde byla získaná odpověď od 51 respondentů (100,0%) z nichž 30 respondentů (58,8%) projevila *silný nesouhlas* s tvrzením. V porovnání počet výběru této odpovědi vzrostl o 7. Naopak nezměněné zůstaly hodnoty u odpovědi *trochu nesouhlasím* celkem zvolené 16 respondenty (31,4%) a odpovědi *silně souhlasím* označené 2 respondenty (3,9%). Výrazný pokles vidíme u projevu *trochu souhlasím* zvolený 3 respondenty (5,9%). Pokles nepříjemného pocitu s nošením kondomů u sebe vlivem intervenčního programu lze poukázat i na mediánu hodnot, který je roven 2 před a hodnotě 1 po jeho absolvování.



Graf 30 Nepříjemné pocity při nošení kondomu s sebou

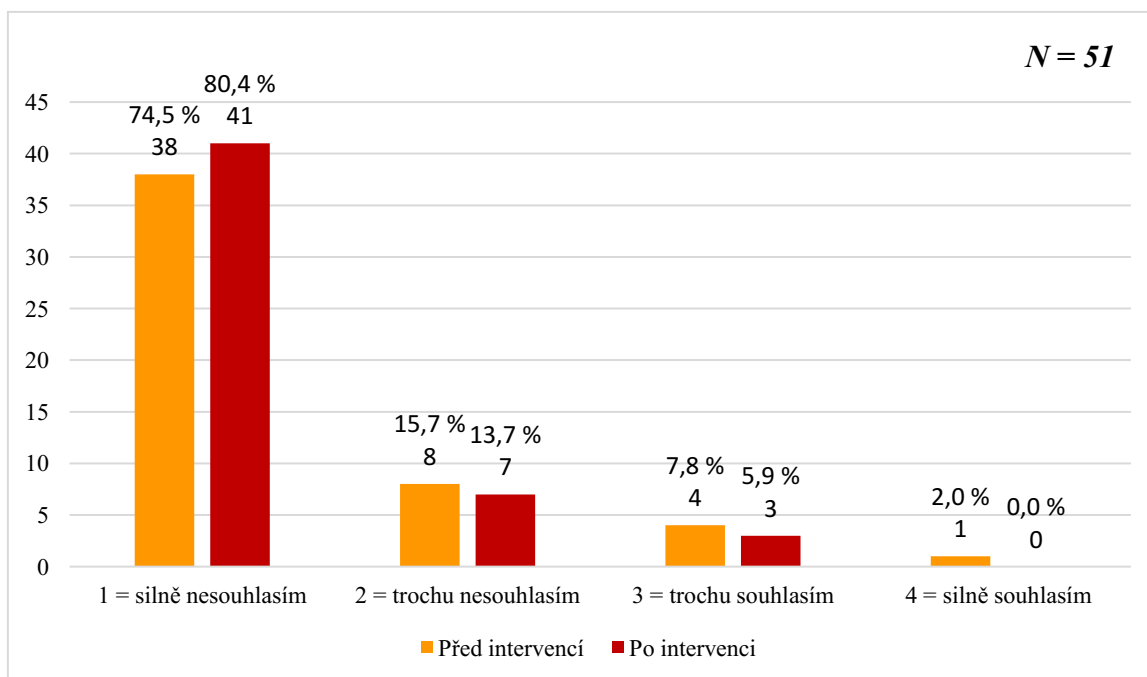
**Položka č. 33: Je špatné nosit s sebou kondom, protože by to znamenalo, že plánuji sex.  
Bylo by špatné nosit s sebou kondom, protože by to znamenalo, že plánuji sex.**

Poslední položka č. 33 byla také položena formou tvrzení. Všechny 51 respondentů (100,0%) po přečtení uváděli na Likertově škále míru svého souhlasu s jeho obsahem. I v tomto případě bylo nezbytné mírně formulaci poupravit v dotazníku vyplňovaném po absolvování programu. V dotazníku varianta A tvrzení znělo: „Je špatné nosit s sebou kondom, protože by to znamenalo, že plánuji sex. Nejvíce označovanou odpovědí bylo *silně nesouhlasím*, a to konkrétně 38 respondenty (74,5%), jak znázorňuje graf 31. S položeným tvrzením *trochu nesouhlasilo* 8 respondentů (15,7%). Variantu *trochu souhlasím* zvolili 4 respondenty (7,8%). Označena byla před intervencí i poslední varianta *silně souhlasím* vybraná 1 respondentem (2,0%).

Po absolvování programu bylo v rámci otázky č. 33 položeno následující tvrzení: „Bylo by špatné nosit s sebou kondom, protože by to znamenalo, že plánuji sex.“ Na grafu 31 vidíme nárůst volby odpovědi *silně nesouhlasím* o tři respondenty na celkových 41 (80,4%). U zbývajících variant poklesla vždy volba dané odpovědi o 1 respondenta. Konkrétně *trochu nesouhlasím* označilo 7 respondentů (13,5%), *trochu souhlasím* 3 respondenti (5,9%) a *silně souhlasím* v tomto případě neoznačil žádný z dotazovaných (0,0%).

Z důvodu, že většinová část respondentů v obou dotaznících volila variantu hodnotu 1 projevující jejich silný nesouhlas s tvrzením, tak medián hodnot v obou případech je roven hodnotě 1.





*Graf Špatnost nošení kondomu s sebou z důvodu plánování sexu*

### 7.3.1 Vliv intervenčního programu na postoje, self-efficacy, zábrany

Při souhrnném pohledu vlivu intervenčního programu na zaujímané postoje, self-efficacy a zábrany používání kondomů respondentů viz tabulka 18 vidíme pozitivní ovlivnění u pěti měřených proměnných ovlivňujících sexuální riziko a ochranné chování.

První z nich jsou postoje k pohlavnímu styku, jimiž se zabývaly položky č. 17 a 18. Po sečtení skóre u obou položek a následném vypočítání mediánu jsme dospěli k hodnotě 3 před absolvováním intervenčního programu a hodnotě 3,5. Získané skóre těchto položek bylo posuzováno dle poměru „čím vyšší skóre, tím vyšší míra preference sexuální abstinence“. Tedy došlo k ovlivnění zaujímaných postojů k pohlavnímu styku více podporují sexuální abstinenci. Respondenti více souhlasí s výroky, že lidé v jejich věku by měli počkat se sexem, až budou starší, a také že je v pořádku, aby lidé v jejich věku měli sex se stálým přítelem nebo přítelkyní. Porovnáním rozdílů hodnot uváděných respondenty zaujímaným postojům k pohlavnímu styku před a po intervenčním programu se jeví výpočtem Wilcoxon Signed-Rank Test jako **statisticky významný  $p = 0.032$** .

Druhou pozitivně ovlivněnou proměnnou jsou postoje k používání kondomů, jímž byly věnovány položky č. 19, 20 a 21. Sečtením skóre všech tří položek a následným vypočítáním mediánu byla získána hodnota 4 před i po absolvování programu. Zde bylo získané skóre posuzováno dle poměru „čím vyšší skóre, tím větší preference používání kondomů“. Tedy lze říci, že respondenti v obou dotaznicích projevovali velmi vysokou preferenci používání kondomů. A to u výroků, že věří, že by se kondomy měly vždy používat, pokud má osoba jejich věku sex, a to i v případě, i když dívka užívá antikoncepční pilulky či se tyto dva lidé velmi dobře znají. Přestože medián hodnot jednoznačně nepoukazuje na pozitivní vliv intervenčního programu, tak výpočtem Wilcoxon Signed-Rank Test zjišťujeme, že tento rozdíl je **statisticky významný  $p < 0.001$** . Tedy lze říci, že mezi zaujímanými postoji k používání kondomů účastníky programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.

Třetí pozitivně ovlivněnou proměnnou je self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku, na jejíž zjištění byly zaměřeny položky č. 22, 23 a 24. Sečtením skóre uváděným respondenty u těchto tří položek a následným vypočítáním mediánu byla zjištěna hodnota 3 před i po absolvování programu. Získané souhrnné skóre položek bylo posuzováno

dle poměru „čím vyšší skóre, tím vyšší self-efficacy“. Lze říci, že respondenti v obou dotaznících projevovali vysokou self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku. A to v situaci odmítnutí sexuálního styku s právě poznanou osobou na večírku v případě nepřipravenosti na sex. Dále situaci zdržení se sexu se svým přítelem či přítelkyní s nímž chodí a doposud neměli sex, ale stále se necítí být připraveni. A také v situaci zdržení se sexu se svým přítelem či přítelkyní, dokud nebudou souhlasit s tím, že je v pořádku používat kondomy. Z vypočítaných mediánů sice na první pohled není jednoznačný pozitivní vliv programu, avšak výpočtem Wilcoxon Signed-Rank Test zjišťujeme, že rozdíl hodnot je **statisticky významným**  $p < 0.001$ . Souhrnně je možné říci, že mezi self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.

Čtvrtou pozitivně ovlivněnou proměnnou je self-efficacy při nákupu a používání kondomů, již se zabývaly položky č. 28, 29 a 30. Po sečtení skóre u těchto tří položek bylo možné vypočítat medián, který je roven hodnotě 3 před i po absolvování intervenčního programu. Výsledné skóre bylo posuzováno rovněž dle poměru „čím vyšší skóre, tím vyšší self-efficacy“. Tedy respondenti v obou dotaznících uvedli velmi vysokou self-efficacy při nákupu a používání kondomů. Konkrétně jsou si jisti, že by mohli správně používat kondom případně vysvětlit svému partnerovi, jak se správně používají. Dále jsou si jisti tím, že pokud by chtěli získat kondom, tak by mohli jít do obchodu a koupit si jej. Jistotu též projeví i v tom, že by mohli mít u sebe kondom, pokud by jej potřebovali v situaci, že by se rozhodli pro sex. Přestože medián patrně na první pohled nepoukazuje na vliv intervence, tak po výpočtu rozdílu uváděných hodnot pomocí Wilcoxon Signed-Rank Test zjišťujeme, že tento rozdíl je **statisticky významný**  $p = 0.001$ . Zjišťujeme, že mezi self-efficacy při nákupu a používání kondomů před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.

Pátou pozitivně ovlivněnou proměnnou jsou zábrany používání kondomů, na které se dotazovaly položky č. 31, 32 a 33. Skóre těchto tří položek bylo sečteno a následně z něj byl vypočítán medián, který je roven hodnotě 1 před i po absolvování intervenčního programu. Toto skóre bylo posuzováno dle poměru „čím nižší skóre, tím nižší zábrany“. Respondenti v obou dotaznících projevovali velmi nízké zábrany používání kondomů. Kdy nejčastěji uváděli, že silně nesouhlasí s tím, že je jim trapné kupovat kondomy v obchodě a je jim nepříjemné s sebou kondomy. Také silně nesouhlasili s výrokem, že je špatné nosit s sebou

kondomy, protože by to znamenalo, že plánují sex. Z vypočítaných mediánů sice na první pohled není jednoznačně patrný pozitivní vliv programu, avšak výpočtem Wilcoxon Signed-Rank Test zjišťujeme, že rozdíl hodnot je **statisticky významným p = 0.001**. Je tedy možné říci, že mezi zábranami při používání kondomů účastníků programu před a po intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl.

Jedinou programem neovlivněnou proměnnou je self-efficacy při komunikaci o používání kondomů, již se zabývaly položky č. 25, 26 a 27. Po sečtení skóre těchto tří položek byl vypočítán medián, jenž je roven hodnotě 3 před i po absolvování intervenčního programu. Skóre bylo posuzováno dle poměru „čím vyšší skóre, tím vyšší self-efficacy“. Ze získaných dat vyplývá, že souhrnně respondenti projevili velmi vysokou míru self-efficacy při komunikaci o používání kondomů. A to konkrétně sdělení stálému partnerovi či partnerce, že chtějí započít používat kondom, přestože jej dříve s ním/ní nepoužívali. Také vykomunikování používání kondomu s právě poznaným sexuálním partnerem. A v situaci přesvědčení svého stálého partnera o nutnosti používání kondomů pro předejití nákaze STD, přestože jsou používány antikoncepční pilulky. Výpočtem Wilcoxon Signed-Rank Test za užití získaných hodnot zjišťujeme, že tento rozdíl je **statisticky nevýznamný p = 0.582**. Tedy mezi self-efficacy při komunikaci o používání kondomů před a po intervenčním programu neexistuje statisticky významný rozdíl.

*Tabulka 18 Vliv intervenčního programu na zaujímané postoje, self-efficacy, zábrany*

Proměnné	Medián		z-value	p-value
	Před intervencí	Po intervencí		
Postoje k pohlavnímu styku	3	3,5	-2.138	<b>0.032</b>
Postoje k používání kondomů	4	4	-3.328	<b>&lt; 0.001</b>
Self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku	3	3	-4.545	<b>&lt; 0.001</b>
Self-efficacy při komunikaci o používání kondomů	3	3	-0.549	0.582
Self-efficacy při nákupu a používání kondomů	3	3	-3.204	<b>0.001</b>
Zábrany používání kondomů	1	1	-3.239	<b>0.001</b>

## 7.4 Hodnocení programu

### Položka č. 34: Co se Vám na preventivním programu líbilo?

Poslední část dotazníku varianta B vyplňovaného po ukončení navrženého programu se zaměřila na získání zpětné vazby od přítomných účastníků. Otevřená položka č. 34 se respondentů dotazovala na to, co se jim na preventivním programu líbilo. Odpovědi byly získány od počtu 50 respondentů (98,0%) z celkového počtu 51 přítomných (100%). Důvod jedné chybějící odpovědi byl způsoben tím, že jedné respondentce nešel načíst QR kód promítaný na tabuli a byl jí přeposlán spolužačkou omylem odkaz využívaný před realizací intervenčního programu, kdy samozřejmě nebyla zahrnuta část hodnocení. Tabulka 19 níže výše shrnuje klíčový obsah pozitiv vyzdvižený jednotlivými respondenty se souhrnnou četností 82, z čehož také vycházelo vypočítání jednotlivých procentuálních zastoupení. Jednotlivé odpovědi bylo následně možné rozdělit do pěti kategorií dle vyzdviženého pozitiva.

První kategorie **vše** zahrnuje celkem 4 odpovědi (4,8%), ve kterých dotázaní pozitivně hodnotí celkový program. Ve třech z nich respondenti pouze souhrnně kladně hodnotí program a dále již nevyzdvihují některou z jeho částí: „*Vše*“; „*bylo to super čuper*“; „*Všechno nic bych nevytknul*“. Zbývající část jedné odpovědi zařazené do této kategorie má přesně znění: „*Úplně všechno, ...*“ ve zbývajícím úryvku odpovědi respondentka již vyzdvihuje konkrétní pozitiva, jež byla zařazena do jiných kategorií.

Druhá kategorie **nevím** zahrnuje pouze 1 z odpovědí (1,2%), v níž respondentka neuvedla žádnou informaci, která se jí na preventivním programu líbila. Při pohlednutí na její odpověď: „*Nevím*“ u otázky č. 35 vidíme, že rovněž neuvedla ani co programu scházelo a mělo by být doplněno.

Do třetí kategorie **absence výuky** bylo možné zařadit 2 odpovědi (2,4%), v nichž respondentky konkrétně uvádějí: „*ze jsme se nemuseli učit*“; „*Chvilka uvolnění od každodenního učení...*“. Odpovědi lze vyhodnotit kladně při pohlednutí na nárůst znalostí a kladné změny postojů respondentů vlivem intervenčního programu. Tedy k procesu učení v programu docházelo, však za využití jiných forem a metod výuky.

Právě samotné **formy a metody výuky** se staly čtvrtou kategorií, kterou dotázaní vyzdvihovali, že se jim na programu líbila. Nejvíce zmiňovanou skupinou odpovědí jsou aktivity, zapojení účastníků uvedené v 16 odpovědích (19,0%). Například respondenti

poznávají: „Aktivity“; „Byli jsme zapojeni a hráli aktivity“; „Líbilo se mi , ze jsme se do toho mohli aktivně zapojit, ... “; „aktivity. nesedeli jsme 4 hodiny na zadku.“; „kolektivní spolupráce“. Nejen aktivity, ale i další využití metody zaznávají v oblasti odpovědi celkový program, pestrost uvedenou celkem v 8 odpovědích (9,5%). Lze citovat kupříkladu následující formulace respondentů: „Líbil se mi celý program se všemi aktivitami, všemi hrami a příběhy. ...“; „... , líbilo se mi , že zde nechyběl ani výklad ani „hry““; „bylo to pestré, hodně aktivní“; „Program se mi líbil. ...“. Naopak ve 2 odpovědích (2,4%) respondenti oceňují výklad, přednášku: „Bavila mě ta přednáška“; „Výklad, ...“. Do této kategorie byla zařazena také komunikace vyzdvížená ve 2 odpovědích (2,4%) a zábavnosti zmíněná ve 3 odpovědích (3,6%).

Pátá kategorie **výběr obsahu** zahrnuje zaprvé odpovědi vyzdvihující konkrétní zrealizované aktivity. Jedná se o nácvik nasazování kondomů na model v 1 odpovědi (1,2%), ukázky různých forem ochrany v 1 odpovědi (1,2%) a příklady dopadů rizikového sexuálního chování rovněž uvedení v 1 odpovědi (1,2%). Zadruhé odpovědi zdůrazňující pozitiva týkající se výběru informací. Zařazeny mezi ně byly odpovědi, v nichž 15 respondentů (17,9%) kladně ohodnotilo poučnost. Například tyto respondenti poznávají: „zjištění nových informací“; „Fakta, která mi dokazují, že pohlavní styk opravdu nechci.“; „Bylo to velmi poučné“; „dozvedla jsem se dost nových informací“; „Jsem rada že jsem se mohla dozvědět par nových věcí bylo to velice zajímavé.“ Právě zmiňovaná zajímavost v poslední citaci byla uvedena celkem 7 respondenty (8,3%) v jejich odpovědích. Kupříkladu dotázaní zformulovali své zhodnocení následovně: „... bylo to velmi zajímavé“; „Zpusob a mnozstvi informaci ktere jsme dostali. ...“; „jsem rada, ze jsme se mohli programu zúčasnit, přišlo mi to nejen zajimave, ale rozhodne i dulezite“. Důležitost zmíněná v poslední citaci je jednou z 5 odpovědí (6,0%) v nichž respondenti vyzdvihli přínosnost či důležitost informací.

Šestá kategorie **pedagog** poukazuje, že významnou roli při samotné realizaci programu sehrává osobnost a činnost vyučujícího. Největší počet respondentů, jejichž odpovědi jsou zařazeny do této kategorie, zmiňuje přístup pedagoga. Konkrétně zaznává v 8 odpovědích (9,5%), které jsou například formulovány: „Paní Jana byla příjemná a milá“; „Postoj učitelky k žákům, líbilo se mi, jak je upřímná“; „přístup jakým paní učitelka vše vysvětlovala“. Právě vysvětlování informací bylo rovněž respondenty vícekrát zmíněno, konkrétně v 5 odpovědích (6,0%), často současně právě s přístupem pedagoga: „Přístup

*k nam, podrobné vysvětlení“; „velice přátelská pani učitelka, dokazala vse hezky vysvetli“; „Přístup přednášející, vse nekolikrat vysvětlila“.* Dále 1 z respondentů (1,2%) uvádí ve svém hodnocení přípravu a rovněž 1 z respondentů (1,2%) oceňuje znalosti pedagoga: „..., ví co říká“.

*Tabulka 19 Pozitiva programu vyzdvižena respondenty*

*N = 82*

<b>Odpovědi</b>	<b>Počet odpovědí</b>	<b>%</b>
Absence výuky	2	2,4
Aktivity, zapojení účastníků	16	19,0
Celkový program, pestrost	8	9,5
Komunikace	2	2,4
Nevím	1	1,2
Nasazování kondomů na model	1	1,2
Poučnost	15	17,9
Prezentace	1	1,2
Příklady dopadů rizikového sexuálního chování	1	1,2
Příprava	1	1,2
Přístup pedagoga	8	9,5
Ukázky různých forem ochrany	1	1,2
Přínosnost, důležitost informací	5	6,0
Vše	4	4,8
Vysvětlování informací	5	6,0
Výklad, přednáška	2	2,4
Zajímavost	7	8,3
Zábavnost	3	3,6
Znalosti pedagoga	1	1,2
<b>Celkem</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>

### **Položka č. 35: Co programu dle Vás scházelo a mělo by být doplněno?**

Záměrem poslední položky č. 35 bylo získat od respondentů názory na to, co programu scházelo a tipy, čím by dle nich bylo možné zrealizovaný program vylepšit. Na otázku rovněž jako tomu bylo u otázky č. 34, odpovědělo celkem 50 respondentů (98,0%) z celkových 51 přítomných účastníků programu (100,0%).

V tabulce 20 níže můžeme vidět klíčový obsah jednotlivých odpovědí dotázaných, které lze dále rozdělit do pěti kategorií: nic nescházelo, odpověď neuvedena, poskytnutí doplňujících materiálů/pomůcek, věková skupin, výběr obsahu. Při výpočtu procentuálního zastoupení se vycházelo z celkového počtu 50 odpovědí (100,0%).

Největší počet odpovědí respondentů lze zařadit do kategorie **nic nescházelo**. Konkrétně se jedná o 41 odpovědí (82,0%), v nichž respondenti explicitně uvedli pouze „*nic*“, „*nic nescházelo*“ či „*za me nic víc*“. Někteří svou odpověď více rozepsali a doplnili kladné zhodnocení: „*Já jsem se dozvěděla vše podstatné, program byl bohatý na informace sdělené zábavnou a zajímavou formou, která mě zaujala, nuc bych neměnila <3*“; „*Nic všechno bylo krásné!*“; „*Nic, všechno bylo v pořádku, moc se mi to líbilo, děkuji ☺*“; „*Nic, řekla vse co jsem.chtela vědět*“; „*Podle mě nic nescházelo a bylo to akorát.*“; „*Nic, ted uz vim vse co potrebuji*“; „*myslím si že nic slečna měla velmi dobře připravený program*“; Druhý nejvíce početnou je kategorie **odpověď neuvedena/nevím**. Do níž byly zařazeny 3 odpovědi (6,0%), kdy respondenti uvedli pouze pomlčku či tečku. Není tedy možné jednoznačně říci, zda dle jejich názoru programu nic nescházelo, nebo tomu bylo naopak, avšak rozhodli se z nějakého důvodu svůj námět nepoznamenat. Konkrétní návrhy respondentů nebyly získány ani ve 2 odpovědích (4,0%), kdy obě respondentky poznamenaly: „*Nevím*“.

Dále bylo možné vyčlenit ze zbývajících odpovědích, ve kterých již respondenti konkrétně popisují, co programu scházelo a mělo by být doplněno, tři kategorie dle obsahu doporučení. Kategorie **zacílení programu** čítá 1 odpověď (2,0%), v níž respondentka podotýká: „*Měly by to mít spíše děti na základních školách v téhle době mi přijde seznámení s pohlavními nemocemi pozdě*“.

Do kategorie **obsah programu** byly zahrnuty celkem 3 odpovědi (6,0%), jejichž sdělení se však různí. V první z nich zaznívá: „*Vysvětlení pojmu*“, bohužel však není zcela zřejmé, jaké pojmy dle tohoto respondenta scházelo vysvětlit. Poměrně nejasnou je i druhá odpověď:



„průběh sexu“. Třetí z odpovědí již je zcela konkrétní: „*Vic se bavít o menstruaci a teliskach atd...jake vedlejší účinky ma antikoncepce a jak často*“. Již z plánu programu je patrné, že této problematice se věnuje pouze okrajově, neboť jeho stanovené cíle jsou jiné. Jedná se však o velmi dobrý podnět ke zlepšení edukace v této oblasti.

Kategorie **poskytnutí materiálů** zahrnuje 2 odpovědi (4,0%), z nichž v jedné respondentka uvádí: „*nějaké letáčky o různých nemocech a jejich léčbě nebo jejich příznacích*“. Jedná se o dobrý námět, který by zároveň mohl být součástí další vyučovací hodiny v podobě aktivity, kdy by žáci samostatně či ve dvojicích kreativně takovéto letáčky zpracovávali za využití dostupných relevantních zdrojů informací. Ve druhé z odpovědí respondentka poznamenává: „*dodání kondomů pro žáky zadarmo*“. Toto doporučení je však vzhledem k financování navrženého programu nerealizovatelným.

*Tabulka 20 Podněty respondentů pro doplnění programu*

*N = 50*

<b>Odpovědi</b>	<b>Počet odpovědí</b>	<b>%</b>
Informační letáčky o nemocech	1	2,0
Kondomy zdarma	1	2,0
Nevím	2	4,0
Nic, asi nic	39	78,0
Odpověď neuvedena	3	6,0
Průběh sexu	1	2,0
Více informací o menstruaci, tělískách, vedlejších účincích antikoncepce	1	2,0
Vysvětlení pojmů	1	2,0
Zacílit program pro žáky základní školy	1	2,0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

## 7.5 Diskuse

V praktické části se nám podařilo naplnit třetí dílčí cíl, kdy byl nejprve vytvořen intervenční program o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence a následně byl prakticky ověřen. Bylo zjištěno, že tento intervenční program je nejen realizovatelným, a také byla výzkumným šetřením potvrzena jeho efektivnost a významný vliv na proměnné ovlivňující rizikové sexuální chování. Čímž se také podařilo naplnit i hlavní vytyčený cíl celé diplomové práce.

Ve výzkumném šetření jsme se mimo jiného zabývali zjišťováním znalostí v položkách č. 4-15. Kdy položkou č. 4 bylo zjištěno, že respondenti hodnotí svou informovanost o zásadách bezpečného sexu poměrně různorodě, avšak v souhrnu ji neoznačují za dostatečnou. Což není zcela pozitivním zjištěním vzhledem četnosti rizik, kdy právě provozování bezpečného sexu, respektive bezpečnějšího chráněného sexu je jedním z předních opatření, jak lze předcházet nákaze STI (Uzel, 2006). Po absolvování intervenčního programu však respondenti hodnotí svou informovanost statisticky významně lépe. Téma definování bezpečného sexu je poměrně obtížným, avšak nemělo by být omezováno pouze na používání kondomů (Savage, 1996). O to více pozitivní výsledek byl shledán.

Vyhodnocením znalostních položek dále zjišťujeme, že již před realizací intervence mají respondenti základní povědomí o problematice. Jak také dokládá souhrnných 25,0% výborně a zcela správně zodpovězení znalostních položek. Avšak tyto procenta nelze označit za zcela uspokojivý výsledek. Po absolvování programu se znalosti žáků statisticky významně zvýšili, neboť celkové procento výborně a zcela správných zodpovězení činí 39,4%. Což je pozitivním zjištěním, i přestože informace samotné nemusejí vždy mít příliš velký vliv na ovlivnění návyků poškozující zdraví, tak zvyšování povědomí o dané problematice a také znalostí o zdravotních rizicích je stále důležitým předpokladem pro sebeřízené změny (Bandura, 1990).

Největší obtíže před realizací programu žákům činilo zodpovězení položek č. 5–7 zabývajících se rizikovým sexuálním chováním. Kdy sice většinová část uvedla, že tento pojem zná, avšak definovat jej zvládl pouze jeden respondent. V důsledcích většina uváděla pouze riziko pohlavně přenosných indukci a nechtěné či neplánované těhotenství, z čehož

vyplývalo i stěžejní uvádění prevence v podobě užití antikoncepčních metod. I ve výsledcích výzkumného šetření v realizovaném se 100 žáky středních školy v Hradci Králové bylo zjištěno, všichni z nich si uvědomují důsledky v podobě přenosu nemoci, a také se přiklání k předčasnému rodičovství, avšak zbývající důsledky zohlednila méně než 1/3 žáků (Šlechtová, 2018). Analýzou odpovědí na otevřené položky bylo také zjištěno, že některé pojmy žáci užívají chybně a neuvažují nad problematikou komplexně a v propojení s holistickým pojetím zdraví. Roli zde může sehrávat také skutečnost, že se konkrétně toto téma explicitně nevyskytuje v probíraném učivu definovaném v ŠVP vzdělávacího oboru Praktická sestra (SZŠ a VOŠZ Příbram, 2018), ani v ŠVP vzdělávacího oboru Zdravotnické lyceum (SZŠ a VOŠZ Příbram, 2022c).

Vlivem intervenčního programu se podařilo statisticky významně zvýšit znalosti respondentů v oblasti rizikového sexuálního chování. Nejen že všichni respondenti uvedli, že pojem znají, ale také již mnohem lépe dokázali pojem definovat. Kdy se v odpovědích promítla převážná většina typů rizikového sexuálního chování, jak je definován i v rámcovém konceptu MŠMT (Jonášová, 2015). U položky dotazující se na důsledky hrozící při praktikování rizikového sexuálního chování je již mnohem více na první pohled patrné větší porozumění problematice, kdy respondenti mnohem lépe vysvětlují jejich šíři bio-psycho-sociální. Jak uvádí i Němec, velmi významným je komplexní pojetí sexuální výchovy v širších souvislostech, a to i z hlediska sociálního a psychologického nezdůraznění pouze biologické stránky (Němec in Koliba et al., 2019). Rovněž respondenti významně lépe zvládli vystihnout i nutnost kombinace možností předcházení těmto důsledkům. Kdy stále většina žáků uvádí antikoncepční metody s převahou poznamenání použití kondomu. Vzhledem k tomu, že kondom poskytuje však pouze přibližnou 90% ochranu před přenosem STI (Weiss et al., 2010), je kladným zjištěním rozepsáním celé řady dalších možností v podobě uvedení například stálého sexuálního partnera, testování na STD, komunikace, respekt, nastavení si svých hranic či vakcinace, kdy očkování proti HPV je jednou z doporučovaných strategií primární prevence STI (CDC, 2021).

Zbývající znalostní položky vybrané a přeložené z Knowledge test (Kirby, 1984). Kdy položky č. 9, 11, 13, 14, 16 se týkaly znalostí o vybraných STI. Kdy žákům nečinilo přílišné obtíže uvést, že je pro ženu škodlivé mít sexuální styk s partnerem mající syfilis. Avšak

ukázalo se zde, že přetrvává mylná představa o škodlivosti sexu pro těhotnou ženu. Jak uvádí Weiss (2010) pokud se však jedná o fyziologicky probíhající těhotenství, žena se stykem souhlasí a nečiní jí žádné problémy, tak neexistuje žádný racionální důvod pro jeho neprovozování. Taktéž se nepodařilo ani vyvrátit mylnou představu o škodlivosti styku při menstruaci. V jejím průběhu je sice zvyšováno riziko nákazy infekcí a je proto vhodným použitím prezervativu, avšak není zcela vyloučeným (Unzeitig in Fifková et al., 2009).

Přílišné obtíže nečinilo respondentům ani zodpovězení, že je nejlepším v případě onemocnění léčba obou sexuálních partnerů. Jak uvádí i CDC (2023) pro efektivní klinickou léčbu, jenž jednak omezuje další riziko přenosu STI a také zabraňuje reinfekci, je zcela nezbytným zahájit léčbu i všech sexuálních partnerů pacienta s diagnózou. Současně však často respondenti chybně uváděli, že daný jedinec používá léky pouze do vymizení příznaků.

Dále také většina respondentů nevěděla, že je nevléčitelným právě herpes virus typu 2, avšak absolvování intervenčního programu mělo statisticky významný vliv na úspěšnost řešení této položky. Před intervencí rovněž žákům činilo významné obtíže zodpovězení položek týkajících se syfilis a kapavky. Což je poměrně nepříznivým zjištěním vzhledem k vysokému výskytu těchto STI. Kdy počet nových případů syfilis již posledních deset let dynamicky stoupá a od statistik v roce 1990 se již zvýšil 4-5x. Kdy k roku 2021 bylo u syfilis zjištěno 140 nových případů a u kapavky se jednalo o 94, a také jsou nejvíce postiženou skupinou právě mladí dospělí (SZÚ, 2024). Vlivem intervenčního programu se znalosti respondentů podařilo statisticky významně zvýšit.

Poslední oblast zjišťovaných znalostí se týkala používání kondomů, na něž byly zaměřeny položky č. 10, 12, 15. Již před intervencí bylo zjištěno, že téměř všichni žáci vědí, že lze nejlépe předcházet přenosu STI použitím kondomu, po jejím absolvování již tuto informaci uvedli všichni žáci, avšak současně chybovali v uvádění i jiných antikoncepčních metod, a především antikoncepčních pilulek. Rovněž i ve výzkumném šetření Šlechtové bylo zjištěno, že všichni žáci považují za prevenci pohlavních nemocí použití kondomu, avšak celých 88% současně chybně uvedlo, že prevenci poskytuje i hormonální antikoncepce (Šlechtová, 2018). Naopak nepříliš dobré znalosti měli respondenti před intervencí o správném postupu používání kondomu. Což je poměrně překvapivým i vzhledem k tomu, že o zacházení s kondomy by měli být dostatečně poučeny již školní děti (Weiss, 2010). Po

intervenci se podařilo tyto znalosti respondentů statisticky významně zvýšit. Jedná se o pozitivní zjištění, neboť právě chybná manipulace je příčinou selhávání této antikoncepční metody (Weiss, 2010). Taktéž si respondenti nebyli před intervencí příliš vědomi všech výhod, jež má používání kondomů. Vyjma tedy toho, že napomáhají snížit riziko STI, jak uvádí i WHO (2016), kdy se jedná se o jednu z nejvíce účinných metod, pokud je dodrženo jejich správné a důsledné používání. Vlivem intervence se podařilo rozšířit povědomí žáků i o dalších benefitech využívání této bariérové antikoncepční metody.

Dále se výzkumné šetření také zabývalo zjišťováním proměnných ovlivňujících jednak ochranné chování, a také sexuální riziko, jimiž jsou zaujímané postoje, self-efficacy a zábrany respondentů. Zjišťovány byly položkami č. 17-33 dotazníkových šetření, které byly vybrány a přeloženy z Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-Efficacy Scales (SRBBS) vyvinuté v USA (Basen-Engquist et al., 1999; Basen-Engquist et al. in Fisher et al., 2011).

První zjišťovanou proměnnou byly postoje k pohlavnímu styku, jimiž se zabývaly položky č. 17 a 18. Již před absolvováním intervenčního programu bylo zjištěno, že respondenti zauímají mírně podporující sexuální abstinenci. Po absolvování intervenčního programu jsme dospěli ke zjištění, že se zaujímané postoje se statisticky významně liší, zlepšili se a žáci tedy více preferují sexuální abstinenci, s čímž i souvisí nezapojení do rizikového sexuálního chování. Což je pozitivním zjištěním také vzhledem k tomu, že v ČR mnohé děti zahajují svůj pohlavní život již ve věku 13-14 let (Spilková, 2013). Jak dokládá i Kabíček et al. (2014), jedná se o 14-15% dívek zahajujících svůj pohlavní život před oslavením 15. narozenin.

Pro porovnání našich výsledků u této i dalších proměnných byla vybrána studie Rural High School Students' Sexual Behavior and Self-Esteem, v níž bylo užito rovněž SRBBS. Realizované ve venkovské komunitě ve středním Švédsku s 139 středoškoláky, z nichž 60 mužů a 79 žen ve věku 16-18 let. V níž bylo naopak zjištěno, že postoje žáků nejsou zaměřené na sexuální abstinenci (Unis et al., 2015). Avšak nebylo možné ve studii dohledat, zda u položky č. 18 pracovali s obráceným bodováním, jak je uváděno u vyhodnocování SRBBS (Basen-Engquist et al. in Fisher et al., 2011). Či se u této položky pracovalo s bodováním bez otočení bodování, jako tomu bylo v našem výzkumném šetření.

Pro porovnání trendů byla dále vybraná i studie *Validity of scales measuring the psychosocial determinants of HIV/STD-related risk behavior in adolescents*. V níž bylo pracováno s daty získanými od 6213 respondentů pěti etnických skupin s různorodým ekonomickým statutem ve věku od 14–18+ let. Kterí jsou současně žáky 9.–12. ročníku ve velké školní čtvrti v Texasu. (Basen-Engquist et al., 1999). Při porovnání shledáváme, že naši respondenti i před realizací programu zaujímají negativnější postoje k sexuálnímu chování, které podporující sexuální abstinenci. Vyjma skupiny 14letých dívek, které zde projeví v průměru více negativní postoje (Basen-Engquist et al., 1999). Což souhrnně přichází v kontrast s tím, že je v USA sexuální abstinence adolescentů nejzdravějším možným chováním, neboť jakkoliv sexuální aktivita adolescentů je považována za rizikovou (Harden, 2014).

Druhou zjišťovanou proměnnou byly postoje k používání kondomů zjišťované položkami č. 19, 20, 21. Kdy již před absolvováním zaujímali, podporují používání kondomů. I u této proměnné byl shledán statisticky významný rozdíl v postojích vlivem programu, po němž respondenti ještě více podporují používání kondomů. Shodně tomu je i ve švédské studii, v níž žáci rovněž podporují používání kondomů (Unis et al., 2015). Avšak při porovnání průměrných hodnot zjišťujeme, že naši respondenti se k jejich užívání staví více pozitivně. Postoje podporující používání kondomů zaujímají i žáci v Texasu, v níž také shledali souvislost s tím, že pozitivnější postoje ke kondomům zaujímají jejich důslední uživatelé (Basen-Engquist et al., 1999). Při porovnání s našimi výsledky zjišťujeme, že v průměru tito žáci mají více pozitivní postoje, než je tomu u našich respondentů před realizací intervenčního programu.

Třetí zjišťovanou proměnnou byla self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku měřenou položkami č. 22, 23, 24. Bylo zjištěno, že respondenti projeví vysokou self-efficacy i před realizací programu. Po jeho absolvování byla self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku statisticky významně zvýšena. Poměrně vysokou self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku projeví i žáci v švédském výzkumu (Unis et al., 2015). Avšak byla v průměru nižší, než tomu bylo v našem výzkumném šetření i před realizací programu. Opačný trend shledáváme v porovnání s žáky v Texasu, kteří naopak projevovali ještě vyšší self-efficacy, než naši žáci (Basen-Engquist et al., 1999).

Čtvrtou zjišťovanou proměnnou byla self-efficacy při komunikaci o používání kondomů, již se věnovaly položky č. 25, 26, 27. Která byla zároveň jedinou proměnnou, kde nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl vlivem intervenčního programu. Neboť již před jeho absolvováním žáci projevili vysokou self-efficacy, která byla pouze marginálně zvýšena po jeho uskutečnění. Vysoká self-efficacy při komunikaci o používání kondomů projevili i žáci švédské studii, kdy  $M = 2.69$ ,  $SD = 0.39$ , (Unis et al., 2015). Avšak v porovnáním s našimi získanými daty i před intervencí byla nižší. Oproti tomu však výrazně vyšší self-efficacy v tomto ohledu žáci v Texasu (Basen-Engquist et al., 1999).

Pátou zjišťovanou proměnnou byla self-efficacy při nákupu a používání kondomů zjišťované položkami č. 28, 29, 39. Kdy rovněž respondenti projevili poměrně vysokou self-efficacy již před absolvováním programu, který však byla statisticky významně zvýšena po uskutečnění intervenčního programu. Vysoká self-efficacy podporující používání kondomů byla zjištěna i u studentů švédského výzkumu  $M = 2.47$ ,  $SD = 0.52$  (Unis et al., 2015). Kdy je patrně vyšší, než v průměru uváděli respondenti před intervencí. Avšak po absolvování intervenčního programu byla zjištěna vyšší self-efficacy, než je tomu v uváženém výzkumu. Porovnáme-li naše výsledky s daty v texaském výzkumu, vidíme, že tito žáci disponují ještě vyšší self-efficacy při nákupu a používání kondomů (Basen-Engquist et al., 1999).

Poslední šestou zjišťovanou proměnnou byly zábrany při používání kondomů, jimž se věnovaly položky č. 31, 32, 33. Respondenti již před realizací programu projevili relativně nízké zábrany jejich používání. Jejichž vnímání se podařilo statisticky významně snížit po absolvování intervenčního programu. Pro porovnání se švédským výzkumem je nutné opětovně uvést, že u těchto položek dle poměru „čím nižší skóre, tím nižší zábrany“. A oproti tomu ve švédském výzkumu bylo skóre posuzování „čím vyšší skóre, tím nižší vnímané zábrany pro používání kondomů“, kdy byly tedy zjištěny poměrně vysoké zábrany (Unis et al., 2015).

Neopomenutelnou součástí ověření programu bylo také získání jeho hodnocení od účastníků, na něž se dotazovaly dvě položky. U položky č. 34 respondenti vyzdvihovali to, co se jim na programu líbilo. Souhrnně získáváme poměrně bohatou a pozitivní zpětnou vazbu, v níž nalézáme i kladné hodnocení celého programu. Jak vychází i z průzkumu ČSU,

žáci středních škol chtějí, aby se výuka ve školách více věnovala jednotlivým tématům sexuální výchovy (ČSU, 2020).

Dále také oceňují formy a metody výuky využití v intervenčním programu. Kladně hodnotí především různorodé aktivity, aktivní zapojení, pestrost, zábavnost a komunikaci. Tedy bylo potvrzeno, že znalosti žáků lze efektivně rozvíjet i pro ně atraktivními metodami. Shodně jako za pomoci nich lze cílit i na zaujímané postoje, self-efficacy či odstraňování zábran používání kondomů, jak dokládají výsledky výzkumného šetření. Oproti tomu však stále na českých školách panuje převaha většinového užívání takzvaných „tradičních metod“ v podobě výkladu a řízené diskuse (Čapek, 2015). Jak dokládají i souhrnné výsledky CPV videostudie zeměpisu, kdy bylo zkoumáno 50 vyučovacích hodin, z nichž ve 41 převažovaly organizační formy orientované na učitele, činící v průměrné hodině 26:15 minut (Hübelová et al., 2008). Nestandardním od běžné výuky byl nejspíše i tento program, neboť jak ve dvou odpovědích zaznívá, tak se žákům líbila i absence výuky, jak dokládá i tento výrok: „Chvilka uvolnění od každodenního učení...“

Mimo jiné oceňovali i samotný výběr obsahu programu. V nichž vyzdvihovali především poučnost, zajímavost, ukázky různých forem ochrany, příkladů dopadů rizikového sexuálního chování, ale také přínosnost a důležitost. Z mapování Česká středoškolské unie (2020) vyplývá, že nejvíce se sexuální výchova na SŠ zabývá tématy AIDS a dalšími pohlavně přenosnými chorobami, kybernásilí a antikoncepčními metodami. Avšak i tato témata jsou průměrně probírána málo až středně (ČSU, 2020). Do značné míry se těmito tématům věnoval také samotný intervenční program, přesto však respondenti na výběru obsahu vyzdvihují především jeho poučnost, zajímavost, přínosnost a důležitost. A také oceňují i uvedení různých forem ochrany a dopadů rizikového sexuálního chování. S čímž také souvisejí otevíraná témata konsentu a pornografie. Které naopak dle ČŠI zmiňuje mezi tématy, kterým se ve výuce téměř nevěnuje žádný prostor. Konkrétně každý 3. dotázaný ze 4 poznamenal, že se ve výuce nesešli s tématem konsentu (ČSU, 2020).

Respondenty byl na programu také vyzdvižen samotný pedagog. Jak uvádí Němec role učitele je při sexuální výchově velmi důležitou, neboť se zde stává nositelem faktických informací, čímž přispívá k harmonickému rozvoji osobnosti žáků (Němec in Koliba et al., 2019). Žáci zde uvádějí, že se jim na programu líbil právě přístup pedagoga v podobě



podrobného vysvětlování, postoje k žákům, jeho upřímnost a přátelskost. Právě přátelskost, jakožto jednu z užitečných charakteristik komunikace o sexualitě dospělých s dospívajícími, oceňují i dospívající ve výzkumu Kaňky a Stretti in Kolektiv autorů (2014). Dále v jedné z odpovědí také zaznívá ocenění znalostí pedagoga. Které jsou současně se samotnou osobností vyučujícího pedagoga významným aspektem pro realizaci efektivní sexuální výchovy (Němec in Koliba et al., 2019).

Rovněž jsme se respondentů dotazovali na to, co programu scházelo a mělo by být doplněno v položce č. 35. Největší část žáků poznamenala, že programu nic nescházelo a nerozšířili by jej o žádné další informace. V jedné z odpovědí respondent podotýká, že program by měl být spíše pro děti na základních školách, neboť se domnívá, že je již v jejich věku pozdě na seznámení se s pohlavními nemocemi. Míra efektivity prevence se zajisté odvíjí od jejího včasného započetí, neboť již v nejranějším dětství dochází u jedince k formování jeho názorů, zaujímaných postojů a osobností orientace (Miovský et al., 2015a). Avšak vzhledem k tomu, že celosvětově se výskyt pohlavně přenosných nemocí nejvíce vyskytuje u skupiny osob mající mezi 15. - 24. rokem života (Machová, Hamanová in Machová et al., 2015), považujeme za vhodné toto téma zařazovat opakovaně.

Dvě ze zbývajících získaných odpovědí se týkaly poskytnutí materiálu. Kdy v jedné odpovědi zaznívá poskytnutí letáčků s informacemi o nemocech, jejich léčbě a příznacích. Užití textové pomůcky, mezi něž právě patří i zmíněné letáky, zvyšuje tíženou účinnost edukace a usnadnění dosahování výukových cílů (Juřeníková, 2010). Avšak zde shledáváme větší účinnost v podobě vlastní tvorby období takovýchto letáčků žáky ve výuce za využití vizualizačních metod, kdy se z pouhého textu stane účinná vizuální učební pomůcka. Jejichž předními výhodami je upoutání pozornosti, vzbuzení zájmu, nápomoc s konceptualizací a rovněž usnadnění zapamatování daných informací (Petty, 2013). Dále také v jedné odpovědi zaznívá požadavek poskytnutí kondomů zdarma žákům. Avšak toto doporučení je vzhledem k financování navrženého intervenčního programu nerealizovatelné. Důležitost poskytování bezplatných kondomů, jakožto účinný boj proti šíření STI, shledala například i vláda ve Francii. Kdy od začátku roku 2023 jsou k dostání v lékárnách kondomy zdarma pro mladé lidi ve věku 18-25 let (Kappeler & Ataman, 2023). V České republice se s tímto v současnosti nesetkáváme, ale i u nás je možné bezplatné kondomy získat po bezplatném

testování v Domě světla či na jiných pravidelných akcích, kde je rozdává Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP, 2020).

V posledních třech odpovědích lze nalézt doporučení k obsahu programu. V jedné z nich zaznívá zájem o větší vysvětlení pojmů, avšak není zcela zřejmé, jaké pojmy nebyly dostatečně vysvětleny. Rovněž ani ve druhé odpovědi není zcela patrné, co by daný respondent chtěl o průběhu sexu vědět. Poslední z nich již konkrétně zmiňuje požadavek více se věnovat tématu menstruace a antikoncepčních metod, konkrétně o tělískách a vedlejších účincích antikoncepčních pilulek. Problematice informovanosti o pozitivních a negativních důsledcích hormonální antikoncepce se zabývalo i výzkumné šetření Dufkové na vzorku 202 žen ve věku od 15 let až nad 40 let bylo zjištěno, že tyto ženy nejsou o negativních účincích dostatečně informovány a je nezbytné v této oblasti zvýšit edukaci (Dufková, 2014). Intervenční program se touto problematikou sice přímo nezabýval, avšak rozhodně by nemělo být opomenuto v rámci edukace o reprodukčním zdraví. Neboť i tato antikoncepční metoda skýtá nejen své benefity, ale i rizika o nichž by měla být žena edukována, aby následně mohla učinit informované rozhodnutí o výběru vhodné metody za spolupráce lékaře (Bobek et al., 2022).

## 7.6 Doporučení pro praxi

Analýzou získaných dat před a po absolvování intervenčního programu zjišťujeme, že zařazení cílené primární prevence má významný vliv i v dorostovém období mezi 15. -18. rokem života. Na základě výzkumného šetření navrhuje pro obdobné preventivní aktivity, případně výuku zabývající se sexuální výchovou následující doporučení:

- Vyvarovat se předpokládání, že již všichni mají dostatečné znalosti v této oblasti, neboť je téma bezpečného sexuálního styku vyučováno opakovaně.
  - Neboť žádný z respondentů (0,0%) nezvládl výborně a zcela správně zodpovědět všechny znalostní položky. Pouze 2 respondenti (3,9%) před absolvováním programu zcela správně odpovědělo na nadpoloviční většinu uzavřených znalostních položek, konkrétně 6 z nich.
- Vyčlenění více času pro možnost pokládání otázek, které žáky zajímají.
  - I přes skutečnost, že byl program realizován za vedení pro žáky neznámým pedagogem někteří žáci využili výzvy pro zodpovězení svých dotazů. O to více bylo překvapivým, jak někteří byli otevření a zvědaví, přestože se dotazovali nahlas před ostatními. Nejvíce žáky zajímaly výhody a nevýhody užívání antikoncepčních pilulek. Také v jakém nejdřívějším možném termínu mohou zjistit, že došlo k otěhotnění. Proč při přerušované souloži může dojít k otěhotnění. A v jakém nejbrzším věku může dojít k nechtěnému těhotenství.
- Zdůraznění, že je zcela v pořádku vyčkat se zahájením sexuálního života do vyššího věku.
  - Ze zjišťovaných přesvědčení o počkání na sex ve vyšším věku je patrné, že nemalé zastoupení žáků s výrokem rozhodně nesouhlasí, a to před i po absolvování programu (15,7%; 13,7%) a dále pravděpodobně ne uvádí více než třetina žáků (33,3%; 35,3%).
- Více se zaměřit na komplexní propojení problematiky rizikového sexuálního chování a holistického pojetí zdraví. A také dbaní na přijímání odpovědnosti za své zdraví.
  - V odpovědích žáků na důsledky hrozcím při rizikovém sexuálním chování na otevřené otázky o rizikovém sexuálním chování bylo nejčastěji zmiňováno

riziko pohlavně přenosných nemocí, a to v 43 odpovědích (58,1%; N=74) a dále těhotenství 23 (31,2%; N=74). Zbývající důsledky byly zmiňovány zcela marginálně. Přestože psychické a sociální důsledky jsou neméně významným rizikem.

- Při samotné realizaci programu si bylo možné povšimnout, jak je také k povšimnutí viz Příloha 17, že žáci si pamatují přesné znění definici zdraví dle WHO (1946). Avšak již ji neumějí vysvětlit a dále propojit s rizikovým sexuálním chováním.
- Podrobné vysvětlování odborných pojmů a uvádění je v souvislosti.
  - V některých písemných odpovědích žáků bylo možné shledat chybné zaměňování pojmů HIV a AIDS. Dále také někteří dosti nahodile zaměňují pojem antikoncepční metody za zjednodušené slovo antikoncepce, které však někteří využívají i pro označení antikoncepčních pilulek.
  - Při realizaci intervenčního programu v praxi si bylo možné povšimnout, že obtíže činí i porozumění pojmům: screening, vakcinace, prostituce, a také promiskuita, která i v odpovědích v dotaznících byla vypisována jako něco odlišného, než je časté střídání partnerů, přestože se jedná o synonyma.
- Více se zaměřit na nezbytnost využívání kombinace preventivních způsobů předcházení důsledkům hrozícím při praktikování rizikového sexuálního chování, proto aby se zvýšila tížená efektivnost.
  - Kdy žáci před intervenčním programem mezi možnostmi předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování nejvíce uvádějí používání antikoncepčních metod a to ve 42 odpovědích (64,5%). Avšak pouze antikoncepční metoda v podobě sexuální abstinence představuje 100% jistou, tento způsob však v odpovědích nezaznívá.
- Cílené rozvíjení komunikačních dovedností v situacích odmítnutí sexuálního styku a argumentace pro používání prezervativu.
  - Pro žáky činilo velké obtíže zformulování konkrétních vět odmítnutí sexuálního styku a také tvorba argumentů pro používání kondomů. V průběhu realizace žáci sice velmi dobře dokázali říci obecné

věty, že je důležité používat kondomy, případně stát si za svými nastavenými hranicemi. Avšak pouze takováto odpověď by mohla být v reálné komunikaci nedostačující.

- Zařazení správného postupu nandání a sundání kondomu současně se zařazením praktického nácviku nasazení kondomu na modelovou pomůcku.
  - Před intervenčním programem položku zabývající správným použitím kondomu dokázalo zcela správně zodpovědět pouze 10 žáků (19,6%).
  - Rovněž při realizaci programu bylo možné pozorovat, že významné části účastníků samotná manipulace s kondomem činí obtíže, a proto považujeme za žádoucí z hlediska prevence tuto aktivitu zařazovat.

## **7.7 Limity výzkumného šetření**

Limity výzkumného šetření shledáváme jednak ve velikosti výzkumného vzorku. Dále v tom, že se jedná o homogenní vzorek respondentů z hlediska vzdělání, kdy sice studují odlišný studijní obor, avšak na jedné konkrétní vybrané škole. Tedy nelze získané výsledky vztáhnout na odlišné vzdělávací instituce. Rovněž ani z hlediska pohlaví nebyl tento vybraný vzorek genderově vyváženým. Mezi další limity lze také zařadit realizaci pouze tří ověření navrženého intervenčního programu s toutéž pedagožkou. A není možné říct, zda by bylo dosaženo obdobných zjištění, pokud by intervenční program vedl jiný odborník. Poslední limit spatřujeme ve velice krátké době mezi prvním a druhým sběrem kvantitativních dat sběru posttestu, kdy posttest a dotazník varianta B respondenti vyplňovali ihned po ukončení intervenčního programu. Čímž nelze ani posoudit jeho dlouhodobý vliv na ovlivnění znalostí, postojů, self-efficacy a zábrany. Taktéž nelze posoudit, zda zjištěné proměnné skutečně ovlivní snížení rizikového sexuálního chování u těchto respondentů či povedou k zodpovědnému rozhodování v potencionálně rizikových situacích ve prospěch ochranný zdraví svého i zdraví ostatních.

## **Závěr**

Hlavním záměrem této diplomové práce bylo zjistit vliv navrženého intervenčního programu o rizikovém sexuálním chování a možnostech jeho prevence na znalosti a proměnné ovlivňující ochranné chování a sexuální riziko účastníků programu. Pro možnost navržení efektivního a odborně správného intervenčního programu bylo nejprve nezbytným v teoretické části práce popsat aktuální poznatky o sociálních patologiích a rizikovém chování. Největší prostor byl věnován rizikovému sexuálnímu chování, konkrétním podobám tohoto poměrně frekventovaného fenoménu s důrazem na důsledky hrozící při jeho praktikování. Neboť primární prevence je účinnou především při dlouhodobém, jednotném a záměrném působení, bylo žádoucím se zabývat také aktuálními poznatky a postupy v oblasti školní prevence a intervence.

Na základě těchto východisek byl následně v praktické části práce procesem zpětného plánování navržen intervenční program koncipovaný pro žáky 1. ročníků Střední zdravotnické školy s časovou dotací 160 minut. Tento návrh byl poté ověřen v praxi ve třech po sobě jdoucích dnech se třemi třídami žáků 1. ročníků Střední zdravotnické školy v Příbrami, kteří se také stali výzkumným vzorkem čítajícím 51 respondentů (100,0%). Pro zodpovězení výzkumných otázek bylo provedeno výzkumné šetření využívající současně pretest-posttest design a dotazníkových šetření. Získané výsledky poukazují nejen na realizovatelnost a možnost zařaditelnosti návrhu intervenčního programu do systému účinné primární prevence realizované na školách, ale především na jeho efektivnost a významný vliv.

Jednoznačně na první pohled patrný pozitivní vliv absolvování intervenčního programu byl shledán v celkové úspěšnosti řešení znalostních položek. Před realizací celkem 140 odpovědí (25,0%; N=561) na tyto položky bylo vyhodnoceno výborně a zcela správně, po jeho absolvování bylo takto vyhodnoceno 221 odpovědí (39,4%; N=561). Tento rozdíl byl následně shledán statisticky významným  $p < 0.001$ . Rovněž byl prokázán statisticky významný vliv i při úspěšnosti řešení 8 znalostních položek z celkových 11 předkládaných. A je tedy možné říci, že mezi znalostmi v oblasti rizikového sexuálního chování, znalostmi v současnosti nevy léčitelné nemoci, znalostmi o kapavce a syfilis, znalostmi správného postupu použití kondomu, znalostmi výhodách používání kondomů před a po navrženém

intervenčním programu existuje statisticky významný rozdíl. Pozitivní vliv programu lze sledovat i v komplexnějším rozmyšlení žáků nad problematikou rizikového sexuálního chování a jejím propojení s holistickým pojetím zdraví. Porozumění prokázali i svými znalostmi o efektivním předcházení důsledků, hrozícím při jeho praktikování. Kdy většina žáků dokázala zformulovat nezbytnost kombinace preventivních opatření jejich předcházení oproti pouze užití kondomu, jenž byl nejčteněji zmiňován před jeho absolvováním.

Pozitivní ovlivnění díky absolvování intervenčního programu bylo také sledováno u pěti z šesti měřených proměnných ovlivňujících ochranné chování a sexuální riziko. Statisticky významný rozdíl byl sledován u těchto proměnných: Postoje k pohlavnímu styku ( $p = 0.032$ ); Postoje k používání kondomů ( $p < 0.001$ ); Self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku ( $p < 0.001$ ); Self-efficacy při nákupu a používání kondomů ( $p = 0.001$ ); Zábrany používání kondomů ( $p = 0.001$ ). A je tedy možné říci, že mezi zaujímanými postoji k pohlavnímu styku a používání kondomů; self-efficacy pro odmítnutí pohlavního styku; self-efficacy při nákupu a používání kondomů a zábranami používání kondomů účastníků programu před a po absolvování intervenčního programu existuje statisticky významný rozdíl.

Součástí ověření intervenčního programu v praxi bylo také získání jeho hodnocení účastníky. Kdy byla tato zpětná vazba získána od 50 zúčastněných (98,0%). Na samotném programu nejvíce oceňují výběr obsahu, užití formy a metody výuky, ale také samotnou činnost pedagoga, jehož role je klíčovou, a to nejen z hlediska efektivnosti. Rovněž zde zaznává i kladné hodnocení absence výuky, které zde taktéž zhodnotit pozitivně při pohlednutí na výše uvedený vliv programu. Dále nás také zajímalo, co programu scházelo a mělo by být doplněno. Z nichž za zdůraznění stojí především požadavek zařazení více informací o menstruaci, tělískách, vedlejších účincích antikoncepce, a také informační rozdání informačních letáčků o nemocech. Z těchto podnětů je patrné, že edukace v této oblasti stále není dostatečnou a existují oblasti, v nichž by bylo žádoucí zlepšení.

Vzhledem k popsaným limitům výzkumného šetření není možné výše popsané výsledky zcela zobecnit, avšak to ani nebylo kýženým cílem. Tato práce však může posloužit jako východisko a inspirace pro obdobné aktivity a výzkum v oblasti primární prevence rizikového sexuálního chování, která je neopomenutelnou součástí vzdělávání i v dorostovém věku žáků.



## Seznam použitých informačních zdrojů

- Ayers, S. & De Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Grada.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*. 13(1): 9-17. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(90\)90004-G](https://doi.org/10.1016/0149-7189(90)90004-G)
- Basen-Engquist, K., Mâsse, L. C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G. S., Banspach, S. & Nodora, J. (1999). Validity of scales measuring the psychosocial determinants of HIV/STD-related risk behavior in adolescents. *Health Education Research*. 14(1): 25–38. <https://doi.org/10.1093/her/14.1.25>
- Bělík, V., Hoferková, S. & Kraus, B. (2017). *Slovník sociální patologie*. Grada.
- Binder, T. (2020). *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Grada.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Bobek, D., Šíma, M. & Slanař, O. (2022). Mýty a fakta o hormonální antikoncepci. *Praktické lékařství*. 18(2), 79-81. <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2022/02/03.pdf>
- Bonate, P. (2000). *Analysis of Pretest-Posttest Designs*. Taylor & Francis.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Expedited Partner Therapy*. <https://www.cdc.gov/std/ept/default.htm>
- Collumbien, M. Busza, J., Cleland, J. G. & Campbell, O. (2012). *Social science methods for research on sexual and reproductive health*. WHO.
- Čapek, R. (2015). *Moderní didaktika: lexikon výukových a hodnoticích metod*. Grada.

- Čeledová, L. & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Grada.
- Čepický, P. (2018). *Vulvovaginitidy pro urogynekology*. Solen. <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2018/03/03.pdf>
- Černý, M. & Lejčková, P. (2007). Zaostrěno na drogy. *Úřad vlády ČR*. 5(2): 1-12. [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/4608/582/Zaostreno\\_na\\_drogy\\_200702\\_Systemovy\\_pristup\\_v\\_preveni\\_uzivani\\_navykovych\\_latek.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4608/582/Zaostreno_na_drogy_200702_Systemovy_pristup_v_preveni_uzivani_navykovych_latek.pdf)
- Česká společnost AIDS pomoc. (2020). Druhy kondomů. <https://www.hiv-prevence.cz/druhy-kondomu.html>
- Česká středoškolská unie. (2020). Zpráva z průzkumu – sexuální výchova na středních školách. <https://stredoskolskaunie.cz/wp-content/uploads/2020/11/Zprava-z-pruzkumu-sexualni-vychova-na-strednich-skolach.pdf>
- Čevela, R., Čeledová, L. & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Grada.
- DiMaria, C. (2018). *What You Need to Know About Granuloma Inguinale*. <https://www.healthline.com/health/granuloma-inguinale>
- Doran, G. T. (1981). *There's a S.M.A.R.T. way to write managements's goals and objectives*. SCRIBD. <https://www.scribd.com/document/458234239/There-s-a-S-M-A-R-T-way-to-write-management-s-goals-and-objectives-George-T-Doran-Management-Review-1981-pdf>
- Dufková, K. (2014). *Antikoncepce a vedlejší účinky spojené s užíváním hormonální antikoncepce*. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Theses. <https://theses.cz/id/q4v9jd/>
- Dunovský, J., Mitlöhner, M., Hejč, K. & Hanušová-Tlačilová, J. (2005). *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. Grada.
- Eysenck, H. I. (1996). Personality and crime: Where do we stand. *Psychology, Crime & Law*. 2(3), 143-152. [https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1996\\_eysenck\\_-\\_personality\\_and\\_crime\\_where\\_do\\_we\\_stand\\_psychology.pdf](https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1996_eysenck_-_personality_and_crime_where_do_we_stand_psychology.pdf)

- Fait, T. (2020). *Dnešní situace v boji s HPV infekcí*. Medicína pro praxi. <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/04/09.pdf>
- Fifková, H., Hricz, M., Jarkovská, L., Kubrichtová, L., Machuta, J., Neklapilová, V., Petrnoušek, P., Písecký, V., Porubský, P., Procházka, I., Sopková, M., Unzeitig, V., Uzel, R. & Veselá, M. (2009). *Sexuální výchova: vybraná témata: výchova ke zdraví: příručka pro učitele*. MŠMT. [https://www.msmt.cz/file/8304\\_1\\_1/](https://www.msmt.cz/file/8304_1_1/)
- Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L. & Davis, S. L. (2010). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Routledge.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Grada.
- Galský, J. & Hobstová, J. (2012). *Chlamydiové infekce – diagnostika a léčba*. Infektologie. <https://infektologie.cz/DopChlam12.htm>
- Göpfertová, D. (2002). *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena: pro střední a vyšší odborné zdravotnické školy*. Triton.
- Göpfertová, D., Pazdiora P. & Dáňová, J. (2013). *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. Karolinum.
- Hamplová, L. (2020). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Grada.
- Hamplová, L. (2022). *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. Triton.
- Harden, K. P. (2014). A Sex-Positive Framework for Research on Adolescent Sexuality. *Perspectives on Psychological Science*. 9(5), 455-469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Portál.
- Havlík, R. (2015). *Úvod do sociologie*. Karolinum.
- Helus, Z. (2018). *Úvod do psychologie*. Grada.

- Holub, M., Arientová, S., Rozsypal H., Labská, K., Mašata, J., Kacerovský, M. & Zach, J. (2019). *Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu genitálního herpesu u žen*. Infektologie. <https://infektologie.cz/DPHSV2-19.htm>
- Hrubý, R., Ondrejka, I. & Nosál'ová, G. (2007). *Základy teórie osobnosti podľa R.C. Cloningera*. PSYCHIATRIA – PSYCHOTERAPIA – PSYCHOSOMATIKA. <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-3-2007/PSY23-2007-cla11.pdf>
- Hübelová, D., Janík, T. & Najvar, P. (2007). *Pohledy na výuku zeměpisu na 2. stupni základní školy: Souhrnné výsledky CPV videostudie zeměpisu*. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. <https://www.ped.muni.cz/weduresearch/publikace/0036.pdf>
- Charvát, M., Jurystová, L. & Miovský, M. (2012). *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*. Klinika adiktologie. <https://www.adiktologie.cz/file/329/ctyrurovnovy-model-web.pdf>
- Cherry, K. (2022). *What the Bobo Doll Experiment Reveals About Kids and Aggression*. Werywell mind. <https://www.verywellmind.com/bobo-doll-experiment-2794993>
- Chráška, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Grada.
- Jedlička, R. (2015). *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Grada.
- Jilich, D., Kulířová, V. et al. (2021). *Infekce HIV*. Maxdorf.
- Jindrová, M. (2012). *Rizikové chování dětí a jeho právní dopady: příručka učitele*. Togga.
- Johnson, S. & Yetman, D. (2022). *Everything You Need to Know About Scabies*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/scabies>
- Jochmannová, L., Kimplová, T. et al. (2021). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada.
- Jonášová, I. (2015). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – Příloha č. 18 – Rizikové sexuální chování*. MŠMT. [https://www.msmt.cz/uploads/Priloha\\_18\\_Riziikove\\_sexualni\\_chovani.doc](https://www.msmt.cz/uploads/Priloha_18_Riziikove_sexualni_chovani.doc)

- Juřeniková, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Grada.
- Kabiček, P., Csémy, L., Hamanová, J. et al. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Triton.
- Kappeler, I. & Ataman, J. (2023). *France offers free condoms to young people and free emergency contraception to all women*. CNN. <https://edition.cnn.com/2023/01/02/europe/france-free-condoms-intl-scli/index.html>
- Kaye, K. M. (2022). *Herpes Simplex Virus (HSV) Infections*. MSD Manual. <https://www.msdmanuals.com/home/infections/herpesvirus-infections/herpes-simplex-virus-hsv-infections>
- Kirby, D. (1984) *An Evaluation of Programs and Their Effects*. Institut of education sciences. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED277955.pdf>
- Kolář, Z., Raudenská, V., Rymešová, J., Šikulová, R. & Vališová, A. (2012). *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Grada.
- Kolektiv autorů. (2014). *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. CPress.
- Koliba, P., Weiss, P., Němec, M. & Dibonová, M. (2019). *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Grada.
- Kopecký, K. & Szotkowski, R. (2017). *Sexting a rizikové seznamování českých dětí v kyberprostoru (výzkumná zpráva)*. E-bezpečí. <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/ke-stazeni/vyzkumne-zpravy/96-sexting-a-rizikove-seznamovani-2017/file>
- Kovaříková, M. & Marádová, E. (2020). *Didaktika výchovy ke zdraví a bezpečí v kontextu kurikulární reformy a učitelského vzdělávání*. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Kožíšek, M. & Písecký, V. (2016). *Bezpečně n@ internetu: průvodce chováním ve světě online*. Grada.
- Kraus, B. (2014). *Sociální patologie*. Univerzita Hradec Králové Pedagogická fakulta UHK. [https://inpdf.uhk.cz/wp-content/uploads/2014/03/Socialni\\_patologie.pdf](https://inpdf.uhk.cz/wp-content/uploads/2014/03/Socialni_patologie.pdf)
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.

- Kuklová, I. (2012). *Syfilis včera a dnes*. Dermatologie pro praxi. <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/03/06.pdf>
- Kuklová, I., Herle, P., Benáková, N., Kojanová, M., Lacina, L., Pánková, R., Plzánková, Z., Polášková, S., Procházková, I., Skořepová, M. & Štork, J. (2011). *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Raabe.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. 2006. *Vývojová psychologie*. Grada.
- Lemert, E. (1972). *Human Deviance, Social Problems, and Social Control*. Prentice-Hall.
- Machová, J., Kubátová, D., Hamanová, H., Kabiček, P., Mrázová, E., Svoboda, Z. & Wedlichová, I. (2015). *Výchova ke zdraví*. Grada.
- Maňák, J., Švec, Š. & Švec, V. (2005). *Slovník pedagogické metodologie. Pedagogický výzkum v teorii a praxi*. Masarykova univerzita.
- Markusová, R. (2017). *Promiskuita*. Sociologická encyklopedie. <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Promiskuita>
- McLeod, S. (2024). *Bandura's Bobo Doll Experiment On Social Learning*. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/bobo-doll.html>
- Michalíková, H. (2022). *Kapavka – přenos, příznaky a léčba*. EUC. <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/kapavka-prenos-priznaky-a-lecba/>
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2002). *Evaluační diagnostika preventivních programů*. [https://www.msmt.cz/file/7368\\_1\\_1/](https://www.msmt.cz/file/7368_1_1/)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2005). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. [https://www.msmt.cz/file/1622\\_1\\_1/](https://www.msmt.cz/file/1622_1_1/)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. [https://www.msmt.cz/uploads/Metodicke\\_doporuceni\\_uvodni\\_cast.doc](https://www.msmt.cz/uploads/Metodicke_doporuceni_uvodni_cast.doc)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2018). *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53 – 41 – M/03 Praktická sestra*. <https://www.edu.cz/rvpsov/ciste/53-41-M03.pdf>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2019). *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027*. [https://www.pppuk.cz/soubory/primarni\\_prevence/narodni\\_strategie\\_primarni\\_prevence\\_2019\\_27.pdf](https://www.pppuk.cz/soubory/primarni_prevence/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2020). *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 78 – 42 – M/04 Zdravotnické lyceum* <https://www.edu.cz/rvpsov/ciste/78-42-M04.pdf>

Miovský, M. et al. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Klinika adiktologie. <https://www.adiktologie.cz/file/327/pprchs-high.pdf>

Miovský, M. et al. (2015b). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Klinika adiktologie. <https://www.adiktologie.cz/file/829/2-vykladovy-slovník-nahled.pdf>

Miovský, M., Gabrhelík, R., Charvát, M., Šťastná, L., Jurystová, L. & Martanová, V. P. (2015a). *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*. Klinika adiktologie. <https://www.adiktologie.cz/file/828/4-kvalita-a-efektivita-v-prevenci-nahled.pdf>

Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M. & Zapletalová, J. (2012). *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Klinika adiktologie. <https://www.adiktologie.cz/file/331/minim-prevent-program-web.pdf>

Mišovič, J. (2022). *Konformita, společenský fenomén projevující se v chování většiny lidí*. Nakladatelství Karolinum.

Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. MŠMT. <https://www.msmt.cz/file/11883/download/>

- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J. & Volková Palátová, L. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Grada.
- Parálová, L. (2011). *Sexuálně přenosné infekce v urologii*. Solen. <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2011/04/06.pdf>
- Pavlas Martanová, V. (2014). *Co je efektivní ve školské primární prevenci?* Národní ústav pro vzdělávání. <http://archiv-nuv.npi.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/co-je-efektivni-ve-skolske-primarni-prevenci.html>
- Petty, G. (2013). *Moderní vyučování*. Portál.
- Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti*. Portál.
- Pražské centrum primární prevence. (2010). *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu*. <https://www.msmt.cz/file/16437/download/>
- Průcha, J., Walterová, E. & Mareš, J. (2013). *Pedagogický slovník*. Portál.
- Raypole, C. (2023). *Everything You Need to Know About Oral and Genital Herpes*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/herpes-simplex>
- Resl, V., Frei, J. & Krocová, J. (2021). *Základní přehled dermatovenerologie*. Digitální knihovna Západočeské univerzity v Plzni. <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/45380/1/Dermatovenerologie%20Resl%20a%20kol.%202021.pdf>
- Resl, V., Kuklová, I., Salavec, M., Zákoucká, H., Kašánková, V., Křemenová, S., Procházka, P., Zoubková, H. & Černá, L. (2019). *Základy depistáže a organizace venerologické práce: sexuálně přenosné infekce (STI)*. Západočeská univerzita v Plzni.
- Resnick, A. (2022). *What Is Promiscuity?* Verywell mind. <https://www.verywellmind.com/what-is-promiscuity-5271300>
- Roztočil, A. et al. (2011). *Moderní gynekologie*. Grada.
- Řepka, V. (2023). *Vláda schválila redefinici trestného činu znásilnění*. Justice. <https://justice.cz/web/msp/tiskove-zpravy/-/clanek/vlada-projedna-navrh-redefinice-trestneho-cinu-znasilneni>
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Grada.



- Santiago-Wickey, J. N. & Crosby, B. (2022). *Granuloma Inguinale*. The National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513306/>
- Savage, J. (1996). Safe sex: does it exist? *Aust Fam Physician*. 25(4): 483-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8857050/>
- Sdělení č. 104/1991 Sb., federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte*. (2010). <https://www.mvcr.cz/clanek/stejnopisy-sbirky-mezinarodnich-smluv.aspx>
- Skácelová, L. (2008). *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu školy*. Informační systém Masarykovy Univerzity. [https://is.muni.cz/el/ped/jaro2008/Mod011pr/Manual\\_pro\\_tvorbu\\_MPP\\_skoly\\_final.pdf](https://is.muni.cz/el/ped/jaro2008/Mod011pr/Manual_pro_tvorbu_MPP_skoly_final.pdf)
- Skalková, J. (2007). *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. Grada.
- Skutil, M., Bartošová, I., Faberová, M., Haviger, J., Chráska, M., Juklová, K., Křováčková, B., Maněnová, M., Průcha, J., Zíkl, P. & Žumárová, M. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Portál.
- Slepíčka, P., Slepíčková, I. & Mudrák, J. (2018). *Rizikové chování ve sportu dětí a mládeže*. Karolinum.
- Slezáková, L., Andréssová, M., Kaduchová, P., Roučová, M. & Starošítková, E. (2017). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Grada.
- Smolík, J. (2010). *Subkultury mládeže: uvedení do problematiky*. Grada.
- Sobotková, V. N., Blatný, M., Hrdlička, M. & Jelínek, M. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Grada.
- Spilková, J. (2013). *Sexuologické problémy u dětí*. *Pediatric pro praxi*. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/02/02.pdf>
- Státní zdravotnický ústav. (2024). *Venerická syfilis (syphilis, lues venerea, česky příjice)*. <https://szu.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/a-z-infekce/s/syphilis-prijice-lues/venericka-syphilis-syphilis-lues-venerea-cesky-prijice/>

- Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Portál.
- Szotkowski, R., Kopecký, K. & Dobešová, P. (2020). *Sexting u českých dětí*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Szotkowski, R., Kopecký, K. & Krejčí, V. (2013). *Nebezpečí internetové komunikace IV*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- SZŠ a VOŠZ Příbram. (2018). *Školní vzdělávací program praktická sestra RVP: 53 – 41–M / 03 Praktická sestra*. <https://szs.pb.cz/dokumenty/skolni-vzdelavaci-programy/>
- SZŠ a VOŠZ Příbram. (2022a). *Minimální preventivní program šk. rok 2022/23*. <https://szs.pb.cz/dokumenty/dokumenty-skoly/>
- SZŠ a VOŠZ Příbram. (2022b). *Školní řád pro žáky SŠ*. <https://szs.pb.cz/dokumenty/dokumenty-skoly/>
- SZŠ a VOŠZ Příbram. (2022c). *Školní vzdělávací program zdravotnické lyceum RVP: 78 - 42- M / 04 Zdravotnické lyceum*. <https://szs.pb.cz/dokumenty/skolni-vzdelavaci-programy/>
- Šlechtová, M. (2018). *Koncipování programů primární prevence, šíření pohlavních chorob u studentů středních škol*. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. Theses. <https://theses.cz/id/zh3hzs/>
- Šrámková, T. (2013). *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Grada.
- Šrámková, T. (2015). *Sexuologie pro zdravotníky*. Galén.
- Štork, J. et al. (2013). *Dermatovenerologie*. Galén.
- Švaříček, R., Šedřová, K., Janík, T., Kaščák, O., Miková, M., Nedbálková, K., Novotný, P., Sedláček, M. & Zounek, J. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Trimpop, R. M. (1994). *The psychology of risk taking behavior*. Elsevier science.
- Turčan, P., Pokorný, P. & Fait, T. (2012). *Sexuologie pro urology a gynekology*. Maxdorf.
- Unis, B., Johansson, I. & Sällström, Ch. (2015). Rural High School Students' Sexual Behavior and Self-Esteem. *Open Journal of Nursing*. 5(1): 24-35. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=53260>

- Urban, L. (2011). *Sociologie trochu jinak*. Grada.
- Urban, L. (2022). *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. Grada.
- Uzel, R. (2006). *Sexuální výchova*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Uzel, R. (2014). *Sexuální všehochuť: (podle abecedy)*. Epoque.
- Vališová, A. & Kovaříková, M. (2021). *Obecná didaktika a její širší pedagogické souvislosti v úkolech a cvičeních*. Grada.
- Vaničková, E. (2007). *Dětská prostituce*. Grada.
- Vágnerová, M. & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Karolinum.
- Veselý, A. (2017). *Stanovení cílů a priorit – Pracovní text pro kurzy Metody tvorby politik a Metody analýzy a tvorby politik 2*. Univerzita Karlova.  
[https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/533898/mod\\_resource/content/1/Vesely\\_Stanoveni\\_cilu\\_a\\_priorit\\_171016.pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/533898/mod_resource/content/1/Vesely_Stanoveni_cilu_a_priorit_171016.pdf)
- Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb ve znění vyhlášky č. 244/2017 Sb. a vyhlášky č. 334/2023 Sb.* (2023).  
<https://www.e-sbirka.cz/sb/2012/306?zalozka=text>
- Weiss, P. (2008). *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Portál.
- Weiss, P. et al. (2010). *Sexuologie*. Grada.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (2001). *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. Portál.
- Wiggins, G. & McTighe, J. (1998). *Understanding by design*. ASCD.  
<https://educationaltechnology.net/wp-content/uploads/2016/01/backward-design.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Growing antibiotic resistance forces updates to recommended treatment for sexually transmitted infections*.  
<https://www.who.int/news/item/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections>
- World Health Organization. (2022). *Hepatitis B*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

World Health Organization. (1946) *Constitution of the World Health Organization*.  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

Záhumenský, J. (2014). *Genitální opar u žen*. Dermatologie pro praxi.  
<https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/01/05.pdf>

Záhumenský, J., Jilich, D. & Vaňousová, D. (2015). *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Maxdorf.

*Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. (2023). [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

*Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. (2023). [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Zákoucká, H. (2018). *Ulcus molle (měkký vřed) – exotická realita*. *Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie*. 27(5), 115-117.

[https://archiv.szu.cz/uploads/documents/CeM/Zpravy\\_EM/27\\_2018/05\\_kveten/115\\_ulcus\\_molle.pdf](https://archiv.szu.cz/uploads/documents/CeM/Zpravy_EM/27_2018/05_kveten/115_ulcus_molle.pdf)

Zormanová, L. (2014). *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Grada.

Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. CERM.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Plán intervenčního programu

Příloha 2 Výuková prezentace

Příloha 3 Kartičky Icebreaker

Příloha 4 Vyvození definice rizikového sexuálního chování – fotodokumentace

Příloha 5 Tvrzení hra Kahoot!

Příloha 6 Pracovní listy Modelové příběhy

Příloha 7 Pracovní listy Modelové příběhy – expertní řešení

Příloha 8 Pracovní listy Modelové příběhy – ukázka vyplnění žáky

Příloha 9 Pracovní list Postup nasazení kondomu

Příloha 10 Pracovní list Postup nasazení kondomu – expertní řešení

Příloha 11 Pracovní list Postup nasazení kondomu – ukázka vyplnění žáky

Příloha 12 Kartičky Hra v roli

Příloha 13 Pracovní list Hra v roli

Příloha 14 Rozhovor vytvořený žáky ke Hře v roli

Příloha 15 Pracovní list Křížovka

Příloha 16 Pracovní list Křížovka – expertní řešení

Příloha 17 Pracovní list Křížovka – ukázka vyplnění žáky

Příloha 18 Kartičky Vzkaz kamarádovi

Příloha 19 Kartičky Vzkaz kamarádovi – ukázka vyplnění žáky

Příloha 20 Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta A

Příloha 21 Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta A – ukázka vyplnění

Příloha 22 Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta B

Příloha 23 Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta B – ukázka vyplnění

Příloha 24 Rizikové sexuální chování a možnosti jeho prevence – varianta A, B znalostní část – expertní řešení

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Hodnocení respondentů své informovanosti o zásadách bezpečného sexu.....	90
Tabulka 2 Definování pojmu rizikové sexuální chování.....	96
Tabulka 3 Hodnocení odpovědí definování pojmu rizikové sexuální chování .....	99
Tabulka 4 Možné důsledky hrozící při praktikování rizikového sexuálního chování.....	103
Tabulka 5 Hodnocení odpovědí možných důsledků hrozících při praktikování rizikového sexuálního chování .....	105
Tabulka 6 Možnosti předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování .....	111
Tabulka 7 Hodnocení odpovědí možností předcházení důsledkům rizikového sexuálního chování .....	114
Tabulka 8 Hodnocení znalosti škodlivosti pohlavního styku pro ženu .....	116
Tabulka 9 Hodnocení znalosti nejlepšího zabránění získání pohlavně přenosné infekce.	118
Tabulka 10 Hodnocení znalosti nevyлéčitelné pohlavně přenosné infekce.....	120
Tabulka 11 Hodnocení znalosti správného používání kondomu.....	122
Tabulka 12 Hodnocení znalosti nejlepší léčby pohlavně přenosných infekcí.....	124
Tabulka 13 Hodnocení znalostí o syfilis .....	126
Tabulka 14 Hodnocení znalosti výhod používání kondomů .....	129
Tabulka 15 Hodnocení znalostí o kapavce .....	131
Tabulka 16 Přehled výborných a zcela správných zodpovězení znalostních položek .....	133
Tabulka 17 Vliv intervenčního programu na úspěšnost řešení znalostních položek.....	137
Tabulka 18 Vliv intervenčního programu na zaujímané postoje, self-efficacy, zábrany ..	163
Tabulka 19 Pozitiva programu vyzdvížena respondenty.....	166
Tabulka 20 Podněty respondentů pro doplnění programu.....	168

## Seznam grafů

Graf 1 Charakteristika respondentů z hlediska pohlaví.....	86
Graf 2 Charakteristika respondentů z hlediska věku .....	87
Graf 3 Charakteristika respondentů z hlediska studovaného oboru .....	88
Graf 4 Hodnocení respondentů svých informovanosti o zásadách bezpečného sexu .....	89
Graf 5 Znalost pojmu rizikové sexuální chování.....	91
Graf 6 Znalost škodlivosti pohlavního styku pro ženu.....	115
Graf 7 Znalost nejlepšího zabránění získání pohlavně přenosné infekce.....	117
Graf 8 Znalost nevyléčitelné pohlavně přenosné infekce.....	119
Graf 9 Znalost správného používání kondomu.....	121
Graf 10 Znalost nejlepší léčby pohlavně přenosné infekce .....	123
Graf 11 Znalosti o syfilis .....	125
Graf 12 Znalost výhod používání kondomů .....	128
Graf 13 Znalosti o kapavce.....	130
Graf 14 Celkový počet výborných a zcela správně zodpovězení znalostních položek .....	134
Graf 15 Přesvědčení o počkání na sex ve vyšším věku.....	139
Graf 16 Přesvědčení o sexu se stálým přítelem nebo přítelkyní .....	140
Graf 17 Přesvědčení o používání kondomu.....	141
Graf 18 Přesvědčení o používání kondomu společně s antikoncepčními pilulkami .....	142
Graf 19 Přesvědčení o používání kondomu při velmi dobrém poznání druhé osoby.....	143
Graf 20 Jistota o vyhnutí se sexu na večírku .....	145
Graf 21 Jistota o zdržení se sexu v případě nepřipravenosti .....	146
Graf 22 Jistota o vyhnutí se sexu v případě odmítání používání kondomu přítelem/kyní	147
Graf 23 Jistota o řešení potřeby zahájení používání kondomu příteli/kyni.....	148
Graf 24 Jistota o řešení potřeby používání kondomu s právě poznaným sexuálním partnerem .....	150
Graf 25 Jistota o řešení potřeby zahájení používání kondomu příteli/kyni společně s užívanými antikoncepčními pilulkami.....	152
Graf 26 Jistota o správném používání kondomu nebo vysvětlení partnerovi jeho správné používání .....	153

Graf 27 Jistota o nákupu kondomu v obchodě .....	154
Graf 28 Jistota nošení kondomu u sebe pro případ potřeby .....	155
Graf 29 Pocit trapnosti při nákupu kondomů v obchodě.....	157
Graf 30 Nepříjemné pocity při nošení kondomu s sebou .....	158