

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Primární prevence HIV/AIDS z pohledu HIV pozitivních osob

Primary prevention of HIV/AIDS illness from the perspective of HIV-positive
persons

Marcela Braunová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Veronika Pavlas Martanová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie a speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Primární prevence HIV/AIDS z pohledu HIV pozitivních osob vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 8. duben 2015.

.....

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Veronice Pavlas Martanové, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu, cenné rady a podnětné připomínky ke zpracování této bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat zaměstnancům AIDS Centra Nemocnice na Bulovce Praha za vstřícnost a pomoc při získávání potřebných dat.

ANOTACE

Teoretická část této bakalářské práce je zaměřena na zmapování historie primární prevence HIV/AIDS v Československu a České republice. Následně se zabýváme aktuálně realizovanou školní primární prevencí, nemocí HIV/AIDS, její historií a specifičností primární prevence HIV/AIDS. Praktická část měla za cíl zjistit, jakou podobou primární prevence v oblasti HIV/AIDS prošli HIV pozitivní jedinci na základních školách. Další částí také bylo zjistit, jak si HIV pozitivní jedinci představují podobu primárně preventivní aktivity zaměřenou na HIV/AIDS, která by se realizovala na základní škole. Tato zjištění jsou následně konfrontována s aktuální odbornou literaturou.

KLÍČOVÁ SLOVA

primární prevence, HIV/AIDS, HIV pozitivní osoby, sexuální rizikové chování, školská primární prevence

ANNOTATION

Theoretical part of this bachelor thesis is focused on mapping history of primary prevention HIV/AIDS in Czechoslovakia and Czech Republic. Other topics are currently realized school primary prevention, disease HIV/AIDS, history of HIV/AIDS and specificity of primary prevention from HIV/AIDS. Main goal of the practical part is to find out which kind of primary prevention from HIV/AIDS has HIV positive persons come across with in primary school. Also, the opinions of HIV positive persons on the form of primary prevention in primary schools have been examined. The findings are then compared to the current literature.

KEYWORDS

primary prevention, HIV/AIDS, HIV positive persons, sexual risk behavior, school primary prevention

Obsah

1 Úvod.....	7
2 Teoretická část	8
2.1 Úvod.....	8
2.2 Primární prevence	8
2.2.1 Vymezení pojmu prevence.....	8
2.2.2 Historie prevence v Československu a České republice	12
2.2.3 Aktuální realizace primární prevence na základních školách	20
2.2.4 Specifika primární prevence HIV/AIDS	22
2.3 Virus HIV a nemoc AIDS.....	23
2.3.1 Historie onemocnění HIV ve světě a v ČSR, ČR.....	23
2.3.2 Charakteristika onemocnění	28
2.3.3 Způsoby přenosu HIV infekce	28
3 Výzkumná část.....	30
3.1 Úvod.....	30
3.2 Cíle, výzkumné otázky	30
3.3 Výzkumný soubor.....	31
3.4 Metody sběru dat a zpracování dat	31
3.5 Analýza dat	33
3.5.1 Rozvrstvení respondentů a primární prevence, kterou (ne)prošli	33
3.5.2 Co jsem zažil/a v primární prevenci na základní škole.....	35
3.5.3 Jak mi byly informace z primární prevence užitečné?.....	38
3.5.4 Kdybych realizoval/a vlastní primárně preventivní aktivitu.....	40
3.5.5 Co chybělo a nemělo by žákům chybět.....	44
3.6 Interpretace dat.....	46
3.6.1 Úvod.....	46
3.6.2 Co respondenti zažili na základních školách a jak se realizuje nyní školní primární prevence HIV/AIDS	46
3.6.3 Neefektivní prvky primární prevence - čím tedy respondenti prošli?.....	49
3.6.4 Co respondenti doporučují a co doporučují odborníci, aby se realizovalo v primární prevenci na základní škole.....	51
3.6.5 Užívání HIV pozitivních lektorů a ex-userů ve školní primární prevenci	53
3.6.6 Téma strachu v primární prevenci.....	55
3.6.7 Závěrečné porovnání primární prevence HIV dle respondentů a odborných doporučení.....	56

4 Diskuze	58
5 Závěr	59
6 Seznam použitých informačních zdrojů	62
7 Seznam příloh	66
7.1 Vybrané letáky a brožury prevence HIV/AIDS.....	66
7.2 Přehled společností zabývajících se prevencí HIV na základních školách	69
7.3 Legislativní rámec v oblasti školské primární prevence.....	71
7.4 Dotazník.....	72
7.5 Tabulky srovnání efektivních, neefektivních prvků s odpověďmi respondentů.....	74

1 Úvod

Cílem této bakalářské práce je kvalitativní analýza primárně preventivních programů na oblast HIV/AIDS z pohledu samotných HIV pozitivních jedinců. Důležitým zdrojem informací je pro nás také jejich představa o realizování primárně preventivních aktivit na základních školách.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že pohled HIV pozitivních jedinců na primární prevenci v České republice chybí. HIV pozitivní osoby považujeme za důležitý zdroj informací, neboť víme, že u HIV pozitivních osob prevence HIV/AIDS selhala. Můžeme tak zanalyzovat hodnocení HIV pozitivních jedinců prožitých primárně preventivních aktivit a jejich představu o realizaci těchto aktivit na základních školách, kde je důležité s prevencí onemocnění HIV/AIDS začít.

Vzhledem k tomu, že o pohledu samotných HIV pozitivních jedinců na jejich primární prevenci onemocnění není mnoho literatury, byla naše snaha zaměřena na prvotní zmapování témat, která v našem dotazníkovém šetření vyvstala.

Tématu problematiky prevence HIV/AIDS se věnuji záměrně z důvodu osobní angažovanosti v problematice HIV/AIDS, psychologickými aspekty tohoto onemocnění a také z hlediska primárně preventivního, jelikož se sama oblastí primární prevence zabývám.

Při mapování historie primárně preventivních aktivit v Československu a České republice čerpám z rodinného archivu. Díky této jedinečné příležitosti přístupu k odborné literatuře a možnosti spolupráce s AIDS Centrem Nemocnice na Bulovce emergují v této práci mnohá nová zjištění.

2 Teoretická část

2.1 Úvod

V teoretické části se zabýváme uvedením do problematiky primární prevence, její historií a aktuální podobou primárně preventivních programů a také specifickostí prevence v oblasti HIV/AIDS. V souvislosti s vybraným tématem uvádíme také základní nástin onemocnění virem HIV, nemoci AIDS, historií tohoto onemocnění a způsoby přenosu nákazy virem HIV.

2.2 Primární prevence

2.2.1 Vymezení pojmu prevence

Naše ústřední téma, a to téma prevence, bude nejdříve hodno vysvětlit. Samotné slovo vychází z latinského původu *praeventus*, doslova znamenající „zákrok předem“. V nejširším slova smyslu „předcházení nějakým, zpravidla škodlivým vlivům“¹.

Slovo *prevence* se nejdříve vyskytovalo v lékařském prostředí, kde znamenalo předcházení nemocí. Postupem času se pojem přesouvá do jiných domén, nejdříve do kriminologie, kde je užíván ve spojení prevence sociálně patologických jevů. Pojem sociální patologie souhrnně označoval nezdravé, abnormální a obecně nežádoucí společenské jevy². Vznik tohoto pojmu se spojuje se jménem sociologa Spencera³.

Jak poznamenává ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT), termín sociálně patologické jevy byl nevyhovující, jednalo se o pojem sociologický a postihoval tak fatální jevy ve společnosti jako jsou například alkoholismus, krádeže a vraždy⁴. Dle Miovského byl termín stigmatizující, kladoucí příliš velký důraz na skupinovou nebo společenskou normu, říkající, co je a co není společenská či kulturní norma či patologie⁵. MŠMT poukazuje na fakt, že ve školním prostředí se nutně pracuje s rizikovým chováním, ke kterému pedagogové musí zaujímat účinná primárně preventivní opatření tak, aby

¹ KAPR, J., LINHART, J., FIŠEROVÁ, V., VODÁKOVÁ, A. *Sociologické pojmosloví*, s. 30.

² FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*, s. 30.

³ KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. a kol. *Sociální patologie*, s. 20.

⁴ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*.

⁵ Dle MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 23.

minimalizovali projevy i rizika tohoto chování⁶. Od pojmu sociálně patologické jevy bylo tak upuštěno, oficiálně bylo MŠMT termín rizikové chování nahrazeno roku 2010. Pojem rizikové chování hovoří o takovém chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost⁷.

Tato aktuální terminologie je tak nyní sjednocena s terminologií používanou v Evropské unii⁸. MŠMT rozlišuje ve svém metodickém doporučení 7 hlavních oblastí rizikového chování v jeho působení, mezi které řadí i sexuální rizikové chování. Mnoho dalších odborníků ve svých publikacích rozlišuje minimálně 9 oblastí⁹.

Do oblasti sexuálního rizikového chování tak spadají aktivity vedoucí k předcházení infikování virem HIV. Sexuální rizikové chování je obecně definováno jako soubor behaviorálních projevů doprovázejících sexuální aktivity a vykazující prokazatelný nárůst zdravotních, sociálních a dalších typů rizik¹⁰. Mezi tento typ rizikového chování se řadí i šíření sexuálně přenosných nemocí, tedy i nemoci HIV/AIDS.

Dle Miovského je prevence rizikového chování jakýkoliv typ výchovného, vzdělávacího či zdravotního zakročení, které vede k předcházení výskytu rizikového chování, jeho dalšímu vývoji nebo zmírňuje už existující formy rizikového chování¹¹.

Mezi nejdůležitější skupiny příjemců preventivních aktivit HIV/AIDS především dospívající, jejich rodiče a taktéž učitelé základních škol a středních škol¹².

Prevenci lze dělit na primární, sekundární a terciární. Cílem primární prevence je předcházení problémům, nemoci, riziku před tím než vznikne, než se s tím jedinec setká¹³. Jádrem primární prevence rizikového chování jsou takové principy, které mají za cíl předcházet a minimalizovat rizikové projevy chování jedinců, rozvíjet u nich především

⁶ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.*

⁷ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 23.

⁸ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.*

⁹ Například MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 24.

¹⁰ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 31.

¹¹ Tamtéž, s. 24.

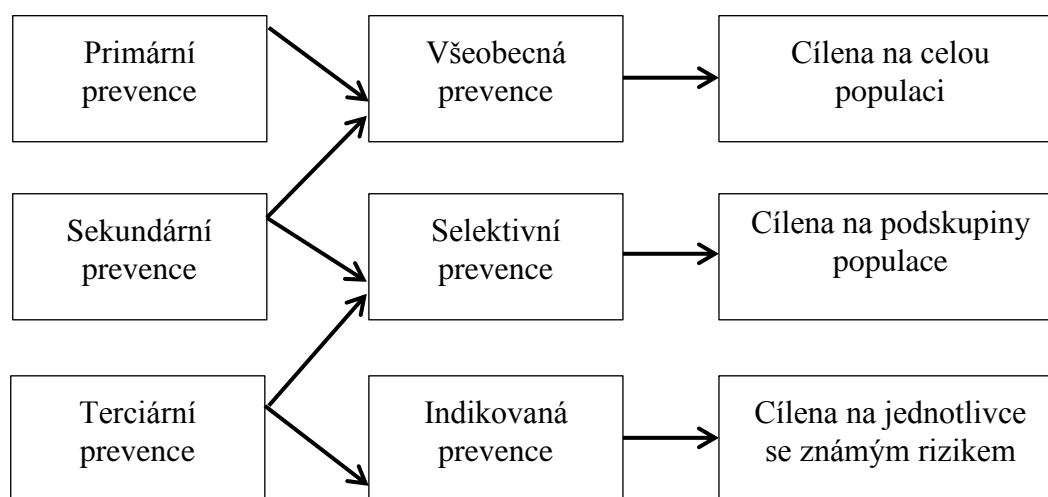
¹² Dle RABUŠIC, L., KEPÁKOVÁ, K. *Sexuální chování adolescentů a riziko HIV*, s. 176.

¹³ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*, s. 7.

pozitivní sociální chování, psychosociální dovednosti a vést jedince ke zdravému životnímu stylu¹⁴.

Sekundární prevence si klade za cíl poskytovat pomoc tam, kde se již nějaké riziko objevilo, ale není příliš rozvinuté. Efektivně tak zasáhnout a zabránit dalšímu rozvoji problému.

Pod terciární prevenci patří poskytování pomoci tam, kde je již riziko plně rozvinuto a cílem je předejít dalším škodám, či zabránění v relapsu¹⁵.



Tabulka prolínání mezi typy prevence. Zdroj EMCDDA¹⁶

V primární prevenci rizikového chování rozlišujeme tzv. specifickou primární prevenci a nespécifickou primární prevenci. Specifickou primární prevencí považujeme takové programy a aktivity, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu konkrétních forem rizikového jednání¹⁷. Specifická primární prevence by měla být doménou především základní školy, kterou lze považovat ihned po rodině za klíčového edukačního činitele v životě dítěte. Hlavním nástrojem ve školní prevenci je pak tzv. minimální preventivní program. Pod specifickou primární prevencí nalezneme celkem 3 úrovně dělení a to prevenci všeobecnou, selektivní a indikovanou¹⁸. Tyto úrovně jsou

¹⁴ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.*

¹⁵ Dle NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*, s. 7. VAN DER STEL, J., VOORDEWIND, D. *Příručka prevence: alkoholu, drog a tabáku*, s. 38.

¹⁶ EMCDDA. *Prevence pozdějších návykových poruch u dětí a adolescentů s návykovým chováním: přehled teorie a důkazní báze indikované prevence*, s. 11.

¹⁷ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.*

¹⁸ Dle ČERNÝ in MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 42.

vydefinovány v závislosti na tom, jaká je cílová skupina programu a jaká je míra jejího ohrožení rizikovým chováním¹⁹.

Za nspecifickou primární prevenci považujeme takové aktivity, které podporují zdravý životní styl, pomáhají k osvojení pozitivního sociálního chování a směřují tak k celkovému formování osobnosti ve smyslu zdravého životního stylu²⁰. Mezi nspecifickou primární prevencí tak řadíme aktivity jako zájmový kroužek, sportovní vyžití a další volnočasové aktivity²¹.

Všeobecná úroveň primární prevence rizikového chování je definována jako prevence zaměřená na celou populaci či na velké skupiny populace bez ohledu na specifické rizikové skupiny a bez předchozího zjišťování rozsahu rizika. Jejím cílem je ovlivnění formování postoje jedinců k určitému typu rizikového chování. Dále také poskytnutí dostatku informací a dovedností, které pomohou k zamezení případného výskytu rizikového chování²². Do této skupiny programů řadíme školní programy orientované na všechny studenty. Realizovat všeobecný primárně preventivní program by měl dle metodických doporučení jedinec mající dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, absolvent základního kurzu primární prevence v rozsahu 40 hodin s minimálním podílem 8 hodin sebezkušenosti. Měl by mít alespoň započaté další studium, ideálně na vysoké škole v oboru, které je svým obsahem zaměřeno na práci s lidmi, tj. například psychologii, adiktologii, speciální pedagogiku, sociální práci. Dle metodik je vedle započatého vysokoškolského vzdělání také plně dostačující specializační studium školního metodika prevence²³.

Selektivní prevence je již cílena na specifické skupiny, u kterých je přítomna zvýšená možnost rizikového chování. Takovými skupinami máme na mysli například děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na návykových látkách, alkoholu apod. Selektivní prevence je pak náročnější jak na časové možnosti, tak na kvalifikaci preventivního pracovníka a vyžaduje individuálnější přístup. Na realizaci tohoto stupně prevence je dle metodik již potřeba dokončené vysokoškolské bakalářské studium, které je svým obsahem zaměřeno

¹⁹ PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Specifické x nspecifické programy primární prevence*.

²⁰ Dle KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. a kol. *Sociální patologie*, s. 30.

²¹ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*.

²² MARTANOVÁ, V. in MARTANOVÁ, V., SKÁCELOVÁ, L., SLAVÍKOVÁ, I., BRAUN, R., VALENTOVÁ, K., HEIDER, D. et al. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*, s. 10.

²³ CHARVÁT, M., JURYSTOVÁ, L., & MIOVSKÝ, M. *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*, s. 31.

na práci s lidmi. Ideálním typem takového vzdělání je např. psychologie, adiktologie, speciální pedagogika a další. Lektor má splňovat všechny nároky, které má stanoveny lektor všeobecné úrovně, také musí mít absolvován středně pokročilý kurz primární prevence v rozsahu 40 hodin s minimálním podílem 16 hodin sebezkušenosti²⁴.

Prevence indikovaná je mířena přímo na ohrožené jedince, kteří již vykazují známky rizikového chování. Cílem u indikované prevence je snížení četnosti a objemu těchto jevů a zmírnění následků tohoto chování²⁵. Jak poznamenává Černý²⁶, snahou je podchytit problém co nejdříve, správně posoudit a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a neprodleně tyto intervence zahájit. Příkladem je práce s mladými, kteří experimentují s drogami či řešení šikany ve třídě. Pro náročnost a specifčnost tohoto stupně by měl mít lektor dokončené vysokoškolské magisterské studium, které je svým obsahem také zaměřeno na práci. Měl by zároveň splňovat všechny nároky předchozích dvou úrovní, musí dokončit pokročilý kurz primární prevence v rozsahu 120 hodin, kde bude minimálně 40 hodin sebezkušenosti a dále lektor musí mít minimálně 2 roky praxe ve všeobecné a selektivní primární prevenci²⁷.

Prevenici dělíme dále dle věku cílových skupin, a to na předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk, skupinu mládeže a dospělou skupinu²⁸. Ve školské prevenci je nejpočetnější skupinou příjemců mladší školní věk a starší školní věk.

2.2.2 Historie prevence v Československu a České republice

Již od počátků existence Československa jako samostatného státu se objevují první snahy korigovat užívání omamných látek, vznik závislostí na alkoholu²⁹ a předcházet pohlavně přenosným nemocem³⁰. První důležitá snaha o korigování pro Československou republiku byla tzv. Mezinárodní opiová úmluva, která roku 1922 nabyla působnosti. Tato dohoda obsahovala ustavení o omezení a kontrole výroby, obchodu, dovozu a vývozu opia, morfia,

²⁴ CHARVÁT, M., JURYSTOVÁ, L., & MIOVSKÝ, M. *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*, s. 31.

²⁵ ČERNÝ in MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*, s. 42.

²⁶ Tamtéž, s. 42.

²⁷ CHARVÁT, M., JURYSTOVÁ, L., & MIOVSKÝ, M. *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*, s. 31.

²⁸ Dle MARTANOVÁ in MARTANOVÁ, V., SKÁCELOVÁ, L., SLAVÍKOVÁ, I., BRAUN, R., VALENTOVÁ, K., HEIDER, D., et al. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*, s. 10.

²⁹ 27/1920 Sb. Nařízení, jímž se zřizuje stálý poradní sbor pro boj proti alkoholismu.

³⁰ 15/1920 Sb. Nařízení, jímž se zřizuje stálý poradní sbor pro boj proti pohlavním nemocem a prostituci.

kokainu, heroinu a jejich solí³¹. Následující mezinárodní úmluva, kterou Československá republika přijala roku 1927, obsahovala snahu o potlačení zneužívání omamných látek. Cílem bylo efektivnější potlačení. A to konkrétně omezením pěstování a výroby, důkladnějším dozorem a dohledem na mezinárodní obchod s těmito látkami.

Dalším důležitým bodem v historii snahy předcházení rizikovému chování byla úmluva o omezení výroby a o úpravě distribuce omamných látek z roku 1933. V této úmluvě již najdeme širší výčet omamných látek a také poprvé s možností výskytu synteticky vzniklých omamných látek³². Již v roce 1938 byl vydán tzv. opiový zákon, který již obsahoval také trestní sankce spojené s obchodováním s omamnými látkami³³.

Důležitým okamžikem se stal rok 1949, kdy začínají lékaři pražského Sexuologického ústavu přednášet o otázkách pohlavního života a o výchově mládeže v této oblasti pro pedagogy a vychovatele. Po řadu let měly přednášky velký úspěch, mimo jiné přednášející byli žádáni i o odbornou literaturu, jelikož v té době se pedagogové neměli na co obrátit při prohlubování znalostí. V souvislosti s těmito žádostmi se tak objevuje roku 1957 publikace *Pohlavní život a výchova k manželství a rodičovství*, která odpovídala na potřeby pedagogů a vychovatelů³⁴.

V té době, i díky odborným přednáškám, se dle Nedomy rozproutila diskuze o potřebnosti sexuální výchovy ve školách³⁵ a tak se již můžeme setkat s první sexuální výchovou ve školách i s metodikami, které se snaží pedagogům i veřejnosti vštípit svou potřebnost. Již začátkem 70. let autoři poukazují na fakt, že i jednoduchá a nesoustavná sexuální osvěta je lepší než žádná³⁶. Jak připomíná Brtníková, přítomnost onemocnění AIDS a šířícího se ohrožení zdraví a života lidí se stala stimulem k vytvoření příznivějšího klimatu pro sexuální výchovu³⁷.

Obecně se začala rozdělovat prevence na primární a sekundární koncem 50. let 20. století. O terciární prevenci se začalo mluvit později, od 60. let 20. století³⁸.

³¹ BABOIAN, D. *Vstupenka do pekla. Opojné dobrodružství omamných jedů*, s. 30.

³² Tamtéž, s. 31.

³³ Č.. 29/1938 Sb. Tzv. „Opiový zákon“.

³⁴ Konkrétně publikace NEDOMA, K., BARTÁK, V., DOBIÁŠ, V., ŠULC, L. *Pohlavní život a výchova k manželství a rodičovství*.

³⁵ NEDOMA, K., BARTÁK, V., DOBIÁŠ, V., ŠULC, L. *Pohlavní život a výchova k manželství a rodičovství. Příručka pro vychovatele, učitele a rodiče*, s. 20.

³⁶ PONDĚLÍČKOVÁ, J. *O sexuální výchově bez rozpaků*, s. 2.

³⁷ BRTNÍKOVÁ, M. a kol. *Sex? AIDS!*, s. 5.

³⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*, s. 7.

V Československé republice tematika prevence spadala pod ministerstvo zdravotnictví, konkrétněji pod jeho Ústav zdravotní výchovy, vzniklý roku 1952, jenž měl na starosti řízení a koordinování aktivit v oblasti podpory zdraví, vzdělávání a výchovu ve všech oblastech, které souvisely s prevencí a ochranou zdraví. Mimo jiné také Ústav vydával informační letáky a brožury a také publikace pod svoji záštitou.

I přes existenci Ústavu zdravotní výchovy a jeho snahy zde stále neexistoval žádný oficiální dokument, který by koordinoval celý preventivní systém na národní úrovni. Oblast prevence neměla vytvořený ani žádný koncepční, ekonomický a teoretický rámec. Jediným tehdy existujícím dokumentem byl dle Miovského „Boj proti negativním jevům mládeže“. Tento dokument byl dokonce schválen na vládní úrovni, ale i přesto nebyl naplněn odborností, chyběla konkrétní opatření a šlo spíše o moralizující a ideologicky zaměřený dokument³⁹.

Vedle „Boje proti negativním jevům mládeže“ se vyskytovaly i různé nahodilé informační kampaně, které realizovali samotní lékaři a zdravotní sestry. Mezi jejich aktivity patřila tvorba letáčků, zacílených především na alkohol a tabák. Dle Miovského v té době informační a letákové kampaně měly společný rys, konkrétně zobrazení formou odstrašování, namísto adekvátního informování⁴⁰.

I přes tuto nesystematičnost nacházíme mezi odbornými publikacemi mnoho významných knih, například knihu Urbana *Toxikománie* z roku 1973, kde je vedle tematiky toxikománie a její léčby především téma celkové důležitosti prevence, tedy nejen v oblasti návykových látek⁴¹.

První oficiální publikace, která u nás spojovala otázku viru HIV a prevence, byla stručná monografie s názvem *AIDS - Syndrom získaného selhání imunity*, kterou vydal Syrůček, Šejda a Ticháček již roku 1986. Tato monografie popisovala tehdy krátkou historii onemocnění, jeho průběh, způsob přenosu a mnoho dalších potřebných informací. Jedná se o důležitý dokument, jelikož byl v Československu vydán téhož roku, kdy se objevili první infikovaní virem HIV⁴².

³⁹ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 14.

⁴⁰ Tamtéž, s. 15.

⁴¹ URBAN, E. *Toxikománie*, s. 5.

⁴² SYRŮČEK, L., ŠEJDA, J., TICHÁČEK, B. *AIDS syndrom získaného selhání imunity*.

V roce 1989 se také objevuje útlá publikace autora Zvěřiny o sexuální fyziologii, kde se již objevují informace o HIV a AIDS v oddílu o sexuálně přenosných chorobách. Tato brožura je tak jedna z prvních, která byla zdarma k dostání na našem území. Některé další brožury a letáčky z 90. let 20. století uvádíme v příloze.

Po roce 1990, kdy naše země prošla velkými změnami, se objevují nové legislativní změny, vedoucí ke zlepšení systému prevence. Prvním strategickým konceptem řešení problematiky HIV/AIDS v České republice byl roku 1990 „Krátkodobý plán prevence AIDS v České republice 1991–1992“, schválený usnesením č. 47/1990. Na tento národní program prevence AIDS dále navazovaly již střednědobé plány⁴³.

Vedle strategických plánů byl po roce 1989 důležitý také nástup nestátních neziskových organizací na pole preventivních aktivit. Mnohé nově vzniklé organizace pod záštitou odborníků začaly nabízet mnohé přednášky s preventivní tematikou (např. Drop In). S příchodem nestátních neziskových organizací v preventivní oblasti se objevuje i první pokus o sjednocení společností zabývajících se prevencí HIV/AIDS a obecně sexuálním chováním. Děje se tak roku 1992, kdy se mnohé společnosti zastřešují v rámci organizace ABAS - Asociace pro boj proti AIDS a za sexuální vzdělávání. Byla to odpověď na snahu o větší informovanost jednotlivých organizací a podporu jejich činnosti. Toto zastřešení jim tak umožnilo otevřít prostor pro větší koordinaci a o potlačení bojů o dominantnější postavení⁴⁴.

Rok 1992 byl významným také tím, že Česká společnost AIDS pomoc začíná s besedami ve školách, které vede HIV pozitivní lektor. Prvním lektorem byl Oldřich Bašta.

Roku 1993 ministerstvo vnitra České republiky vydává první Strategii protidrogové politiky. Jedná se o snahu o první jednotnou protidrogovou koncepci, která obsahuje i zmínky o primární prevenci užívání drog. Poprvé se tak ministerstvo vnitra snaží celorepublikově definovat, co se má změnit na systémové úrovni tak, aby mohla být vybudována efektivní síť preventivních a léčebných aktivit⁴⁵.

Roku 1994 také vzniká Fórum nevládních organizací, které je volným sdružením s každoročním setkáváním, funguje pro předávání informací mezi organizacemi a pro společné tvoření programu proti AIDS. V roce vzniku Fórum čítalo celkem 20 společností,

⁴³ STEHLÍKOVÁ, D., HROMADA, J. in STEHLÍKOVÁ, D. (Eds.) *Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011–2012*, s. 166.

⁴⁴ PROCHÁZKA, I. in *Sborník 7. mezinárodní seminář AIDS a my, Poděbrady 1998*, s. 96.

⁴⁵ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 16.

kteře se na společné aktivitě podílely. Činnost Fóra byla zaměřena primárně na několik oblastí dle hlavního zaměření sdružených organizací. Jednalo se o rozdělení především na organizace, které byly zaměřené primárně na pomoc HIV pozitivním, na organizace působící ve specifických skupinách, na organizace působící v sexuální výchově a všeobecné prevenci AIDS a na organizace působící v oblasti duševního zdraví a sociální pomoci⁴⁶.

Dalším pozitivním milníkem byly aktivity Národního centra podpory zdraví, vzniklé roku 1989, které zacílilo především na pedagogy základních škol a na podporu vydávání publikací na téma HIV/AIDS. Mezi vydané knihy se řadí například metodické příručky pro pedagogy, např. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS* od Šejdy a kolektivu. Preventivně zaměřené semináře cílily na vysvětlování základních témat v prevenci pedagogům. Semináře se dělily na konkrétní problematické oblasti, například na přiblížení problematiky HIV/AIDS. Miovský⁴⁷ píše, že kurzy mezi lety 1993-1995 využilo asi 3 000 účastníků. Přes přínosnost centra bylo roku 1996 toto Národní centrum podpory zdraví zrušeno a tak se v kurzech dále nemohlo pokračovat.

Od roku 1992 se v České republice také konal každoročně Mezinárodní seminář s názvem „AIDS a my“, který se roku 1999 přejmenoval na „AIDS, DROGY A MY“ a tím se i rozšířil na téma drog. Tyto semináře organizovalo sdružení Společně proti AIDS ve spolupráci s Česko-Slovensko-Švýcarskou zdravotnickou organizací. Sdružení Společně proti AIDS roku 1992 zřídila Krajská hygienická stanice Středočeského kraje a roku 1998 se přejmenovalo na „Společně s nadějí proti AIDS a drogám“. Mezinárodní semináře se konaly vždy jednou za rok v Poděbradech, kde se jich účastnili odborníci jak z České republiky, tak ze zahraničí. Jejich výsledkem každoročního snažení byly analýzy aktuálních problémů a předkládání konkrétních doporučení a návrhů pro Národní komisi pro prevenci AIDS, která tato doporučení zpracovávala a zahrnovala do připravovaných plánů⁴⁸. Seminářů se konalo celkem 17 ročníků a roku 2007 se konal poslední. Sdružení společně proti AIDS také organizovalo od roku 1992 výtvarnou soutěž pro mladé s názvem *Mládež proti AIDS*. Další zásluhou tohoto sdružení bylo založení Klubu novinářů píšících o AIDS⁴⁹.

⁴⁶ PROCHÁZKA, I. in *Sborník 7. mezinárodní seminář AIDS a my, Poděbrady 1998*, s. 96.

⁴⁷ Dle MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 16.

⁴⁸ Rozhovor. In *Sborník 4. mezinárodní seminář AIDS a my, Poděbrady 1995*, s. 4.

⁴⁹ Tamtéž, s. 6.

Od roku 1995 se začíná vážněji hovořit o primární prevenci a také o způsobu koordinace prevence a provádění. Jak hovoří Miovský⁵⁰, ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy se tak podařilo nastartovat několik pozitivních trendů, například proces postupné profesionalizace přístupu k primární prevenci založený na vědecky ověřitelných znalostech (tzv. evidence-based přístup). Vedle pozitivních snah je zde ve 2. polovině 90. let také mnoho aktivit a kampaní, které byly neefektivní nebo nesystematické.

Roku 1998 byl zveřejněn nový dokument s názvem Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998-2000 z dílny resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Tento dokument ale obsahoval velké množství chyb. Také neobsahoval žádné konkrétní a dosažitelné cíle a nesprávně definoval primární prevenci. Primární prevencí byla téměř jakákoliv aktivita, kterou se dal zaplnit volný čas⁵¹.

S následky tohoto přístupu a chyb, jako byl například vstup scientologické církve či organizace Free Teens s mormonskými základy na pole primární prevence, se potýkáme dodnes. Další Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období let 2000 - 2002 nepřinesla žádnou změnu a pouze pokračovala ve stejné filosofii jako koncepce předcházející.

Na téma současných preventivních aktivit poznamenávají roku 1999 Rabušic a Kepáková⁵², že preventivní kampaně mají také nezamýšlený efekt v případě, kdy sdělují, že člověk nemá mít příležitostný pohlavní styk s někým, koho nezná a jelikož ve vrstevnické skupině se lidé navzájem znají a vidí, že nikdo nevykazuje znaky nemocného člověka AIDS, neuvědomí si tedy, že infikovaných virem HIV je podstatně více než AIDS (a také projevy nemusí být viditelné). Je tak běžné, že členové vrstevnických skupin se do sebe zamilovávají, jsou následně neobezřetní a nepoužívají zásady bezpečného sexu. Dále autoři poznamenávají, že používání kondomu není příliš spojeno s vědomím prevence HIV/AIDS⁵³.

Od roku 2000 probíhal projekt „Phare Twinning Project Strengthening National Drug Policy“ realizovaný Českou republikou a Rakouskem, který měl za úkol zhodnotit stav

⁵⁰ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 17.

⁵¹ Srov. MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 18.

⁵² RABUŠIC, L., KEPÁKOVÁ, K. *Sexuální chování adolescentů a riziko HIV*, s. 166.

⁵³ Tamtéž, s. 166.

primární prevence. Výsledkem např. bylo zjištění mnoha nedostatků v kontrole provádění primární prevence a v celé koordinaci⁵⁴.

Rokem 2000 také odstartovaly každoročně uskutečňované semináře „Rizikové chování dospívajících a jeho prevence“. Tyto akce organizovala společnost Centrum etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů se zkratkou CEVAP, která existuje od roku 1997, zprvu jako občanské sdružení Free Teens⁵⁵.

Průběžně mezi lety 1999 a 2009 vzniká několik konceptů ohledně prevence jednotlivými ministerstvy zdravotnictví, vnitra a školství, které na sebe ale nijak nenavazují a nedoplňují se. Navíc se v průběhu těchto let zjistilo, že ministerstva nemají přehled o tom co, komu a kým je poskytováno za preventivní služby a obecně je kontrola celého systému prevence velmi slabá a neurčitá.⁵⁶

Velký pokrok na poli školské prevence nastává po akci MŠMT, kdy je sestaven pracovní tým pro primární prevenci, skládající se ze zástupců zodpovědných ministerstev, zástupců poskytovatelů preventivních služeb a jednotlivých krajů. Tato skupina má mít za úkol pracovat na konceptu Standardů primární prevence, na Manuálu dobré praxe a dalších úkolech. Tímto krokem započal pozitivní směr v primární prevenci vedoucí k profesionalizaci této oblasti služeb. Mezi významný krok patří vydání mnoha odborných publikací, jako například v roce 2004 překlad publikace Handbook of Primary Prevention autorů Van der Stel a Voordewindové z roku 1998 a roku 2005 vydání knihy Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí⁵⁷.

Dalším zásadním tématem, o kterém se začalo u nás hlasitěji mluvit od roku 2000, je evaluace primární prevence. V návaznosti na tuto diskuzi vychází v našem prostředí překlad knihy Guidelines for the Evaluation of Drug Preventions od EMCDDA a překlad celkem 11 dílného Manuálu pro evaluaci od Světové zdravotnické organizace Tyto publikace byly kladně přijaty, na rozdíl od publikace z dílny MŠMT z roku 2002, která byla napsána na stejné téma, ale setkala se především s kritikou⁵⁸.

⁵⁴ Dle MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 20.

⁵⁵ KUPKA, M. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*, s. 1.

⁵⁶ Dle MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 20.

⁵⁷ Tamtéž, s. 21.

⁵⁸ Tamtéž, s. 21.

Rok 2005 byl důležitým v oblasti prevence, neboť MŠMT vydalo první verzi publikace Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Tato publikace byla svým obsahem zaměřena sice pouze na užívání návykových látek, ale znamenala velký posun v požadavcích na poskytovatele služeb primární prevence. Na tuto snahu zvýšit kvalitu a přehlednost dostupných služeb navazuje roku 2006 proces certifikace programů poskytovatelů primární prevence. Roku 2008 pak díky certifikaci dochází také k přepracování Standardů a rozšíření obsahu i na další oblasti rizikového chování.

Dalším pomocníkem pro zvýšení kvality programů primární prevence je nástroj zvaný Minimální evaluační set. Tento set umožňuje sledovat preventivní práci dle přesně a jasně definovaných kritérií⁵⁹. Nejnovější verze standardů vychází roku 2012 již pod názvem Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Tato publikace je pro společnosti poskytující primárně preventivní služby velmi důležitá, jelikož zdůrazňuje charakteristiky, které by měly programy primární prevence splňovat a očekávané přístupy a podmínky, které by měla taková společnost vykazovat⁶⁰.

Velkým krokem pro provázanost primární prevence bylo roku 2012 vydání dvou publikací centrem Adiktologie. První je Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy, která uvádí obecná doporučení pro důležitý dokument základních škol, minimální preventivní program, zaměřuje se na ideální rozsah hodin preventivních aktivit, včetně rozpočítání pro jednotlivá riziková chování⁶¹. Druhá publikace, nesoucí název Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství, odpovídá na dlouholetou otázku potřebné kvalifikace pro realizátory školské primární prevence. Má tedy za cíl specifikovat vzdělání potřebné pro realizaci různých stupňů preventivních aktivit⁶².

Proces profesionalizace poskytovaných primárně preventivních služeb se tak dále rozvíjí.

⁵⁹ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 21.

⁶⁰ srov. PAVLAS MARTANOVÁ, V. (Ed.) *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*.

⁶¹ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*, s. 30.

⁶² CHARVÁT, M., JURYSTOVÁ, L., & MIOVSKÝ, M. *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*, s. 30.

2.2.3 Aktuální realizace primární prevence na základních školách

Dle aktuálního doporučení by měl každý žák během povinné školní docházky projít celkem 86 hodinami, které jsou sestavené dle minimálního preventivního programu. Celkem 56 hodin má být věnováno preventivním aktivitám o konkrétních formách rizikového chování. Z těchto 56 hodin je 7 hodin doporučeno věnovat tématu sexuálního rizikového chování⁶³.

Školská primární prevence rizikového chování je soubor přístupů, metod a intervencí, které jsou koncepčně rozvíjeny a garantovány v rámci sektoru školství a jejichž společným jmenovatelem je legislativní rámec MŠMT⁶⁴. Aktuální souhrn legislativy, která se dotýká primární prevence v rezortu školství, uvádíme v příloze.

Primárně preventivní program má být realizován tak, aby byl efektivní. Za efektivní minimální preventivní program považují mnozí autoři takový program, který je pestrý formami a metodami, které se při realizaci využívají a celková promyšlenost programu. K vyšší efektivnosti dále přispívá zapojení co nejvíce stran do realizace. Tím autoři mají na mysli širší část pedagogického sboru, ředitele školy, samotné žáky a jejich rodiče⁶⁵. Při realizaci programů primární prevence na školách je tak důležité neopomenout základní principy efektivní primární prevence. Za efektivní programy odborníci považují ty programy, které vykazují především návaznost, komplexnost, jsou realizované v menších skupinkách, nesou v sobě interaktivní prvky, podílí se na vytváření dobrého klima skupiny, pomáhají posilovat odvalu, překonávat stres a úzkost. Mnozí autoři⁶⁶ dále poukazují na důležitost kombinace různých metod, včasného začátku preventivních aktivit s ohledem na dosaženou úroveň vývoje dítěte, srozumitelnost předávaného, využívání pozitivních modelů a celkovou pozitivní orientaci preventivních aktivit.

⁶³ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*, s. 49.

⁶⁴ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*, s. 61.

⁶⁵ Dle SLAVÍKOVÁ in MARTANOVÁ, V., SKÁCELOVÁ, L., SLAVÍKOVÁ, I., BRAUN, R., VALENTOVÁ, K., HEIDER, D., et al. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*, s. 25.

⁶⁶ Dle MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 40. VAN DER STEL, J., VOORDEWIND, D. *Příručka prevence: alkoholu, drog a tabáku*, s. 75.

Nešpor, Csémy a Pernicová⁶⁷ uvádí, že za nejdůležitější ukazatel efektivnosti prevenci lze považovat samotnou změnu chování. Změna chování pak může korelovat se změnou postojů. Efektivní prevence by měla být vyhodnotitelná a měla by mít reálné požadavky a cíle. Dle MŠMT⁶⁸ by měla stavět na principech dlouhodobosti, soustavnosti, přiměřenosti, aktivity, názornosti a uvědomělosti.

S pojmem efektivních preventivních programů zákonitě souvisí pojem neúčinné primární prevence. Za neúčinné strategie odborníci považují takové modely, které aplikují zastrahování, pouhé předávání informací, jednorázové či nárazovité akce, nemožnost diskuze skupiny, samotné přednášky či sledování dokumentů, politiku nulové tolerance na škole, hrozbu školy plošným testováním žáků na návykové látky či pohlavní nemoci a besedy s ex-usery. I přes to, že výčet neefektivních strategií publikuje celá řada autorů⁶⁹, stále se setkáváme s aplikováním pouze jednoho z typů neefektivních přístupů.

Pro prevenci HIV je vhodné nabízet i besedy s HIV pozitivními osobami (např. Česká společnost AIDS pomoc), které se v současnosti realizují na vysoké odborné úrovni. Vedlejším dopadem však může být všeobecná bagatelizace problému. Ideou takto koncipovaných preventivních programů je nejen příslušná osvěta, ale též zvyšování tolerance společnosti vůči HIV pozitivním osobám.

Na základních školách, jak již bylo uvedeno výše, se má vyskytovat specifická primární prevence rizikového chování a z ní se nejčastěji aplikuje všeobecný preventivní stupeň. Na základní škole jsou cílovou skupinou žáci mladšího školního věku a staršího školního věku a na to musí realizátor preventivní programu reagovat. Je důležité, aby měl potřebné základy vývojové psychologie a pedagogické základy. Toto je však zatím jen metodické doporučení⁷⁰.

V současné době je primární prevence na základních školách strukturovaná. Každá škola má svoji školní preventivní strategii, což je konkrétní program školy zaměřený na osobnostní a sociální rozvoj.

⁶⁷ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*, s. 5.

⁶⁸ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*.

⁶⁹ Například NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. A PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Co je efektivní ve školské primární prevenci?*

⁷⁰ CHARVÁT, M., JURYSTOVÁ, L., & MIOVSKÝ, M. *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*, s. 30.

Školní preventivní strategie je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení. Je součástí celku Školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu. Školní preventivní program má jasně definované dlouhodobé a krátkodobé cíle, které jsou plánovány tak, aby byly realistické a daly se tak splnit⁷¹. Plán má odrážet specifika regionu, školy a vychází z aktuální situace na škole⁷².

Školní preventivní strategie obsahuje tzv. Minimální preventivní program, což je plán vypracovaný na aktuální školní rok nebo na delší časové období. Minimální preventivní program vypracovává školní metodik prevence a koordinuje jeho náplň a průběh⁷³.

Mezi realizátory primárně preventivních programů nalezneme jak některé pedagogicko psychologické poradny, tak i nestátní organizace, které se primární prevencí zabývají. Jejich současný výčet uvádíme v příloze, kde jsme shrnuli většinu organizací, které se zabývají přímo realizací primární prevence HIV/AIDS či obecně rizikového sexuálního chování.

2.2.4 Specifika primární prevence HIV/AIDS

Prevence HIV/AIDS je odlišná od dalších oblastí zejména tím, že do dnešní doby se setkáváme s názory veřejnosti, že jde o nemoc, kterou trpí pouze muži mající sex s muži a injekční uživatelé drog. Také je onemocnění HIV/AIDS často spojováno s homofobií a mnoha předsudky⁷⁴. Pokud se člověk infikuje virem HIV, často se obává to svému okolí říci z důvodu obavy z vyloučení od společnosti a od rodiny.

Rozdíl mezi nemocí HIV a například užíváním návykových látek je v tom, že u návykových látek není tak silně přítomná stigmatizace a pocit nevratnosti.

Přestože v dnešní době je posun v klasifikaci nemoci od smrtelné k chronické, stále zde není žádná možnost kompletního vyléčení z nemoci. To souvisí také s tím, že přestože ve společnosti je obecné povědomí o HIV/AIDS a v médiích se o této nemoci také často hovoří, lidé přestali vnímat nemoc jako reálnou hrozbu, která by se jim mohla stát⁷⁵. A jelikož není žádná možná léčba, jediná možnost, jak se chránit, je prevence způsobená

⁷¹ SKÁCELOVÁ, L. in MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 101.

⁷² SKÁCELOVÁ in MARTANOVÁ, V., SKÁCELOVÁ, L., SLAVÍKOVÁ, I., BRAUN, R., VALENTOVÁ, K., HEIDER, D., et al. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*, s. 33.

⁷³ Tamtéž, s. 33.

⁷⁴ WIESNER, W., GRANT, L. *Working with HIV and AIDS. A manual for HIV workers*, s. 7.

⁷⁵ Tamtéž, s. 7.

reálnou změnou chování a postoje jedince⁷⁶. To je potřeba, aby se dělo pomocí preventivní osvěty ve společnosti. Zvláště pak na základních školách je potřeba intervence, protože je důležité začít s preventivními aktivitami ještě před začátkem pohlavního života. Dle odborníků je včasný začátek odborné intervence efektivní ve zmírnění rizikového sexuálního chování v budoucích letech⁷⁷. I z těchto důvodů se jak ve světě, tak v našich podmínkách dbá na realizování primárně preventivních aktivit na základní a střední škole. Paxtonová⁷⁸ uvádí, že mladí lidé jsou globálně nejzranitelnější vůči nakažení virem HIV.

Primární prevence HIV/AIDS nemá přinášet pouze efekt zmírnění rizikového sexuálního chování, ale také obecně zvýšit informovanost o HIV/AIDS a zbořit mýty, předsudky k nakaženým jedincům a bojovat proti homofobii, která se v souvislosti s nemocí HIV stále vyskytuje⁷⁹.

I z těchto výše uvedených důvodů jsou ve světě velmi hojně využívané preventivní aktivity, které vede edukovaný HIV pozitivní lektor. Pomáhá to otevřít diskuze o nemocných lidech virem HIV obecně a také to vede k překonání zažitých stereotypů. Dle Paxtonové využití motivovaných HIV pozitivních přednášejících s řádnou přípravou může vést ke změně subjektivního názoru a změny chování cílové skupiny posluchačů⁸⁰. Využití HIV pozitivních jedinců v oblasti primární prevence tak má vedle jiných strategií i své místo⁸¹.

2.3 Virus HIV a nemoc AIDS

2.3.1 Historie onemocnění HIV ve světě a v ČSR, ČR

První případy onemocnění byly popsány v roce 1981 lékařem Gottliebem, který popsal první případy pneumocystové pneumonie, která se objevila u mladých homosexuálních mužů, kteří se navzájem neznali a byli předtím relativně zdraví⁸². Gottlieb o těchto případech psal ve vědeckém článku, který recenzoval Curran z Centra pro kontrolu a prevenci nemocí v Atlantě, který později uvedl myšlenku, že by mohlo jít o sexuálně

⁷⁶ FISHER, J. D. *Changing AIDS-risk behavior*, s. 455.

⁷⁷ NATION, M., et al. *What works in prevention: Principles of effective prevention programs*, s. 453.

⁷⁸ PAXTON, S. *The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education*, s. 282.

⁷⁹ WIESNER, W., GRANT, L. *Working with HIV and AIDS. A manual for HIV workers*, s. 5.

⁸⁰ PAXTON, S. *The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education*, s. 292.

⁸¹ Tamtéž, s. 292.

⁸² ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*, s. 10.

přenosné onemocnění. Jeho myšlenka byla dále podpořena zjištěními jiného lékaře, který hovořil o obdobných případech pneumocystové pneumonie⁸³.

V Atlantě vzniká tým, který má za úkol hledat další případy onemocnění, objeveno bylo 26 homosexuálů, kteří trpěli neznámou formou infekce, kterou doprovázel rozklad imunity s ne zjistitelným původem. Mezi těmito případy se vyskytovaly takové, u kterých byl zaznamenán Kaposiho syndrom⁸⁴. K těmto zjištěným případům se později přidávají další a všechny spojuje těžká imunodeficiencie na základě velmi nízkého počtu CD4+T lymfocytů⁸⁵.

Z počátku se toto onemocnění nazývalo jako gay-related immune deficiency, zkráceně GRID. Tento název souvisel s myšlenkou, že se jedná o nemoc související s rizikovými skupinami obyvatel, jako byli homosexuálové a narkomani. Zdravotnické úřady přijaly s rostoucím počtem případů pro tuto nemoc s neznámým původem nový název Syndrom získaného selhání imunity, acquired immunodeficiency syndrome, s akronymem AIDS. Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí pak přichází v roce 1982 s první definicí AIDS⁸⁶.

Od roku 1981 začínají výzkumné týmy po celém světě pátrat po původu tohoto onemocnění a v roce 1983 jako první popisuje virus vyvolávající AIDS profesor Montagnier a jeho tým z Pasteurova institutu v Paříži⁸⁷. Tento původce byl pojmenován vir lidského imunodeficitu, human immunodeficiency virus, HIV. Název nemoci a jeho zkrácenina AIDS byl celosvětově dále přijímán i po odhalení viru lidského imunodeficitu.

Koncem roku 1982 se již nahlásilo 711 případů v 16 zemích⁸⁸. Rostoucí panika kolem tohoto neznámého onemocnění způsobila také vlnu nenávisti vůči homosexuálům.

Od roku 1985 se v USA začalo s vyšetřováním dárců krve pro krevní transfuze, na našem území se s tímto testováním začíná o dva roky později⁸⁹.

⁸³ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 16.

⁸⁴ Jedná se o výskyt nádorovitěho onemocnění kůže způsobené herpes virem.

⁸⁵ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 16. ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*, s. 10.

⁸⁶ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 17-18.

⁸⁷ MONTAGNIER, L., *AIDS. Fakta - naděje*, s. 53.

⁸⁸ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 18.

⁸⁹ Tamtéž, s. 19.

Světová zdravotnická organizace v roce 1987 představila program globálního boje proti HIV. I přes tuto strategii počet nově nakažených lidí stoupal a v roce 1989 bylo hlášeno 158 000 případů v celkem 149 zemích. Oficiální odhad však mluvil o 5-10 milionech nakažených⁹⁰.

V 90. letech 20. století se potvrzuje hypotéza o vzniku viru, říkající, že se vir přenesl na člověka pravděpodobně při lovu opic⁹¹.

Roku 2001 byly stanoveny základní principy a programy boje proti HIV, když byl založen Globální fond pro boj s AIDS spadající pod Organizaci spojených národů⁹².

Česká republika a další středoevropské státy je netypická tím, že je zde nejčastějším typem přenosu infekce homosexuální styk⁹³, zatímco celosvětově je heterosexuální styk zodpovědný za 60 % případů nemoci AIDS⁹⁴.

Virus HIV je v České republice přítomen od roku 1985.

V Československu se o onemocnění AIDS začalo psát v novinách na přelomu let 1981 a 1982. Vlivem politické situace se o nemoci psalo jako o nákaze kapitalistického světa týkající se homosexuálů a narkomanů⁹⁵.

V roce 1983 byla, i přes ideologický postoj vlády, složena ve Fakultní nemocnici Na Bulovce v Praze speciální skupina, kterou tvořili infekcionista, imunolog, dermatovenerolog a epidemiolog. Tato skupina měla za pomoci svých oborových znalostí hledat možné případy nemoci v Československu⁹⁶.

V následujícím roce byli diagnostikováni první dva homosexuální muži. Laboratorní diagnostika byla provedena virologickým ústavem ve Vídni, jelikož s přítomností infekce v našich podmínkách nikdo nepočítal. Po těchto případech se začaly objevovat další⁹⁷.

V prosinci roku 1985 vzniká při Státním zdravotním ústavu v Praze Národní referenční laboratoř pro HIV, v čele se Syručkem. V témže roce se zakládá i první AIDS Centrum

⁹⁰ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 19.

⁹¹ Dle MONTAGNIER, L., AIDS. *Fakta - naděje*, s. 9.

⁹² JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 19.

⁹³ PROCHÁZKA, I. in JEDLIČKA, J. a kol. *Průručka HIV poradenství*, s. 49.

⁹⁴ RABUŠIC, L., KEPÁKOVÁ, K. *Sexuální chování adolescentů a riziko HIV*, s. 163.

⁹⁵ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 23.

⁹⁶ Tamtéž, s. 24.

⁹⁷ Tamtéž, s. 24.

v Československu. Bylo založeno na infekční klinice ve Fakultní nemocnici Na Bulovce v Praze. V jeho čele stála Staňková. Původně bylo AIDS Centrum tvořeno jedinou ordinací.

Rokem 1986 začíná také testování na protilátky vůči HIV. Mezi testovanými byli narkomané, homosexuálové, promiskuitní osoby, dárci krve a příjemci krevních transfúzí (ti se začali testovat až poté, co se zjistila infekce HIV mezi dárci krve). Díky tomuto testování bylo odhaleno 30 osob, které se infikovaly krevní transfúzí dovezenou ze zahraničí⁹⁸.

V polovině roku 1987 je v Československu zavedeno povinné testování dárců krve na virus HIV.

Dalším milníkem bylo roku 1988 dovezení prvního léku pro osoby s AIDS, přestože bylo přivezeno množství jen pro 3 osoby. Vybranými byli jedinci v pokročilém stádiu nemoci.

V roce 1989 vlivem nárůstu HIV pozitivních se otevírají další AIDS Centra po celé republice.

Koncem roku 1989 bylo také založeno občanské sdružení Společnost AIDS pomoc (SAP). Společnost AIDS pomoc byla založena samotnými HIV pozitivními jedinci, pacienty s AIDS a jejich přáteli. Významný posun přišel v říjnu roku 1990, kdy byl SAP zaregistrován ministerstvem vnitra a stal se uznávanou nevládní organizací. Jedním z předsedů SAP se stal pacient AIDS Centra Jiří Horský, který roku 1994 na nemoc umírá. Později se společnost přejmenovává na Československou společnost AIDS pomoc⁹⁹.

První HIV pozitivní injekční uživatel drog byl zaznamenán až roku 1992. Šlo o člověka, který se měl nakazit v cizině.

Významnou událostí společnosti AIDS pomoc bylo otevření Domu světla dne 11. 8. 1999, které se stalo centrem péče o osoby HIV pozitivní a s nemocí AID. Organizuje také preventivní aktivity.

Roku 1995 byl zaznamenán první přenos infekce z matky na dítě¹⁰⁰. V ten samý rok se v naší republice stává dostupnou kombinovaná terapie HAART. Díky ní se věk a kvalita

⁹⁸ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*, s. 23- 24.

⁹⁹ Tamtéž, s. 24.

¹⁰⁰ Tamtéž, s. 24.

života HIV pozitivních stále zvyšuje. Vývoj léčby HAART stále pokračuje a nadále se zlepšuje.

V roce 2013 je již infekce HIV definována jako chronické infekční onemocnění a ne jako smrtelná nemoc.

Míra infekce je ovlivněna nejen počtem sexuálních partnerů, ale také proto, že sexuální promiskuita je nejvyšší u těch, kteří jsou na počátku svého sexuálního života, hledají svého životního partnera, a proto je zřejmé, že potenciální nejrizikovější skupinou je populace adolescentů ve věku 15-20 let¹⁰¹.

Přestože jsou mnoho let známy důležité informace o možnostech infikování virem HIV a jak se infekci vyhnout a tyto informace jsou dostupné, počet nových případů stále neklesá. Jak upozorňují Rabušic a Kepáková, možná příčina tohoto faktu může spočívat v tom, že se nedaří změnit chování jedinců¹⁰². To může být dáno tím, že informace nemusí být dostatečně rozšířené a zdůrazňované v dané populaci, nebo proto, že jsou sice šířeny, ale nejsou jedinci již internalizovány¹⁰³. V současnosti je extrémní nárůst infekce HIV u mladých mužů majících sex s muži, což se obecně vysvětluje poklesem obav z této choroby a její bagatelizací. S tím souvisí současná koinfekce s dalšími sexuálně přenosnými chorobami, jako například syfilis a kapavka.

Během mnoha let v našich podmínkách i ve světě proběhlo mnoho studií o znalostech potřebných informací o problematice HIV/AIDS. Výsledky z nich hovoří o tom, že znalost problematiky HIV/AIDS je dobrá. Např. výzkum Mládež a AIDS se zaměřil na toto téma a výsledky ukázaly, že znalost českých adolescentů této problematiky je poměrně uspokojivá¹⁰⁴.

Stále více se ukazuje, že znalost těchto informací nestačí ke snížení počtu nových případů nakažení virem HIV¹⁰⁵. Mnozí autoři hovoří o tom, že vzdělávací akce a prostor o AIDS v médiích zvyšují povědomí veřejnosti a úroveň těchto znalostí. Neexistují ale důkazy, že tyto znalosti souvisí s reálným chováním jedince a jeho změnou k bezpečnějšímu přístupu pomocí internalizace těchto znalostí. Je tedy nutné, aby došlo vlivem preventivních aktivit

¹⁰¹ Dle RABUŠIC, L., KEPÁKOVÁ, K. *Sexuální chování adolescentů a riziko HIV*, s. 165.

¹⁰² Tamtéž, s. 166.

¹⁰³ Rabušic a Kepáková v článku možnost o nedostatečném šíření informací mezi populací vylučují.

¹⁰⁴ Roku 1997 proběhl výzkum Mládež a AIDS (Youth and AIDS), kterého se v mezinárodním srovnávacím šetření zúčastnily země Bulharsko, Česká republika, Chorvatsko, Polsko, Slovinsko a Slovensko. Cílem bylo zmapování sexuálního chování adolescentů, znalostí a postoje o AIDS, bezpečného sexuálního chování a zjištění, zda se ve svém sexuálním životě těmito znalostmi řídí.

¹⁰⁵ NATION, M., et al. *What works in prevention: Principles of effective prevention programs*, s. 451.

k internalizování poskytnutých informací, rad a následně k reálné změně chování¹⁰⁶. Efektivní primární prevence vedoucí k reálné změně chování je tak stále jediná účinná možnost předcházení nákaze virem HIV¹⁰⁷. Jak uvádí Nešpor, Csémy, Pernicová¹⁰⁸ změna chování může poněkud korelovat se změnou postojů, ale korelace s mírou znalostí je velmi slabá a nespolehlivá. Současné preventivní aktivity směřují k rizikovým populačním skupinám, což jsou ženy, muži mající sex s muži, narkomané, sexuální pracovníci.

2.3.2 Charakteristika onemocnění

Onemocnění virem HIV je poměrně mladé onemocnění, přesto je velmi dobře popsáno. HIV infekci řadíme především mezi sexuálně přenosné choroby¹⁰⁹.

Do těla zdravého jedince se může přenést krví či pohlavními sekrety od nakaženého jedince. Virus selhání lidské imunity pak napadá obranyschopnost člověka¹¹⁰. Klinický obraz HIV infekce je velmi rozmanitý a významně se liší v jednotlivých fázích onemocnění. Jedním z charakteristických klinických aspektů této infekce je velmi dlouhé období, kdy pacient nepociťuje žádné zdravotní obtíže¹¹¹. Fáze AIDS je pak definován na základě přítomnosti některého z indikativních onemocnění, mezi něž patří velké infekce, určité nádory, kachexie a encefalopatie¹¹².

Nemoc je sexuálně přenosná, zasahující především mladé lidi, stále je klasifikována jako nevyлéčitelná a smrtelná. V posledních letech se již hodnotí jako chronické onemocnění. Psychologicky je onemocnění virem HIV stigmatizované.

2.3.3 Způsoby přenosu HIV infekce

HIV infekce je přenosné onemocnění, které se však přenáší pouze určitým způsobem¹¹³. Typy přenosů infekce dělíme na sexuální, parenterální a vertikální.

¹⁰⁶ RABUŠIC, L., KEPÁKOVÁ, K. *Sexuální chování adolescentů a riziko HIV*, s. 166.

¹⁰⁷ AHLEMEYER, H. W., LUDWIG, D. in VAN CAMPENHOUDT, L., COHEN, M., GUIZZARDI, G. & HAUSSER, D. (Eds.). *Sexual Interactions and HIV Risk: New Conceptual Perspectives in European Research*, s. 143. Dle FISHER, J. D. *Changing AIDS-risk behavior*, s. 455.

¹⁰⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*, s. 7.

¹⁰⁹ SEDLÁČEK in JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*, s. 47.

¹¹⁰ BRAUN in *Problematika dětské pornografie a její prevence na škole*, s. 54.

¹¹¹ JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*, s. 59.

¹¹² ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*, s. 10.

¹¹³ MONTAGNIER, L., *AIDS. Fakta - naděje*, s. 10.

Prvním typem přenosu infekce, také nejčastějším, je přenos sexuální. Může k němu dojít heterosexuálním nebo homosexuálním stykem. Světově je převládající způsob přenosu styk heterosexuální¹¹⁴, avšak v České republice stále převládá homosexuální přenos. Riziko přenosu je infekce je nižší ve směru žena-muž a vyšší ve směru muž-žena¹¹⁵.

Druhým typem přenosu viru je parenterální přenos. K tomuto přenosu docházelo zvláště na počátku pandemie často v souvislosti s poskytováním zdravotní péče¹¹⁶, jednalo se o infikování hemofiliků transfúzí a krevními deriváty. V dnešní době je to již především sdílením infikovaných injekčních jehel a stříkaček, nejčastěji u injekčních uživatelů drog. Ale vzácně k přenosu může dojít u sportovců, kteří si aplikují injekčně anabolické steroidy¹¹⁷. K tomuto typu přenosu docházelo hlavně v 80. letech 20. století při poskytování zdravotní péče, infekce se šířila hlavně podáváním kontaminované krve a krevních derivátů. To je již v současné době značně nepravděpodobné, jelikož dochází k povinnému vyšetření dárců krve. Montagnier ve své publikaci roku 1993 tuto skupinu přenosu rozděloval na přenos při společném sdílení kontaminovaných jehel a injekčních stříkaček a na přenos při transfúzi krve a injekčním podání krevních derivátů¹¹⁸.

Posledním typem je vertikální přenos. Dochází k němu v průběhu gravidity či během porodu, vzácně se objevuje i přenos kojením. Dle Černého a Machaly se riziko přenosu viru z matky na dítě pohybuje kolem 20-25% za přirozených podmínek, při použití všech současně dostupných možností ochrany před nakažením lze riziko snížit pod 2-3%¹¹⁹. U nás jsou v současnosti 4 děti infikované přenosem od matky. Proto se těhotenství a porod řídí velmi přísnými opatřeními.

¹¹⁴ ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*, s. 11.

¹¹⁵ MONTAGNIER, L., *AIDS. Fakta - naděje*, s. 10.

¹¹⁶ Dle ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*, s. 23.

¹¹⁷ ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*, s. 12.

¹¹⁸ MONTAGNIER, L., *AIDS. Fakta - naděje*, s. 3.

¹¹⁹ ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*, s. 24.

3 Výzkumná část

3.1 Úvod

V této části představíme metodu sběru dat a následného zpracování získaných dat. Pomocí otevřeného kódování a následné kategorizace jsme vytvořili tematické kapitoly tvořené analýzou jednotlivých otázek. Dále se věnujeme interpretaci získaných dat. Získaná data dále propojujeme s poznatky ze současné odborné literatury, která se zabývá problematikou primární prevence a primární prevence HIV/AIDS.

3.2 Cíle, výzkumné otázky

Cílem našeho výzkumu bylo prvotní zmapování preventivních aktivit v oblasti HIV/AIDS na základních školách. Pro tento účel jsme zvolili za naše respondenty přímo HIV pozitivní jedince, kteří v dotazníku odpovídali čím na základní škole v oblasti prevence HIV/AIDS prošli a co navrhnou oni sami realizovat. Vlastní představa respondentů o realizaci preventivní činnosti v oblasti HIV/AIDS na základní škole pak bude srovnána se současnou odbornou literaturou.

Za výzkumné otázky jsme si stanovili takové, které nám pomohou získat představu o tom, čím respondenti v oblasti prevence HIV/AIDS na základních školách procházeli. Dále, zda i přes selhání preventivních opatření ve vlastním případě, mají respondenti představu o podobě preventivních programů. Zaměříme se také na skupinu respondentů, kteří neprošli žádnou preventivní aktivitou vzhledem k dřívější školní docházce, než je objevení viru HIV a zařazení informací o HIV/AIDS do preventivních aktivit a učiva základní školy.

Konkrétně šlo o tyto výzkumné otázky:

Jakým typem primárně preventivních aktivit zaměřených na HIV/AIDS respondenti na základní škole prošli?

Jak respondenti hodnotí absolvované primárně preventivní aktivity na HIV/AIDS?

O jakých informacích budou respondenti uvažovat jako o tehdy chybějících, ale potřebných?

Jakou mají respondenti představu o podobě primárně preventivního programu na oblast HIV/AIDS na základní škole?

Jaké informace o HIV/AIDS považují respondenti za nejdůležitější při těchto aktivitách sdělovat?

Jak popíší respondenti, kteří prošli základní školou před zahájením preventivních aktivit HIV/AIDS, vlastní představu realizace preventivní aktivity na oblast HIV/AIDS?

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen specifickou skupinou respondentů. Skupinu respondentů tvoří jedinci, kteří jsou infikováni virem HIV a docházejí do AIDS Centra Praha v Nemocnici na Bulovce v Praze.

Jednalo se o celkem 44 respondentů, z toho 41 mužů a 3 ženy. Šlo o takové HIV pozitivní jedince, kteří vyhledali ambulantní služby AIDS Centra Praha nebo byli hospitalizováni na lůžkovém oddělení. Účast na vyplňování dotazníků byla zcela dobrovolná a anonymní. Výběr respondentů byl odkázán na ochotu příchozích jedinců o vyplnění dotazníku. Naše skupina tak není vyvážená po stránce demografických údajů.

Dotazník nebyl nabízen těm HIV pozitivním jedincům, u kterých se vzhledem ke zdravotnímu stavu předpokládalo ztížené vyplnění či nemožnost jeho vyplnění.

3.4 Metody sběru dat a zpracování dat

Výzkumná část byla realizována pomocí především kvalitativního designu výzkumu v kombinaci s kvantitativním.

Pro naše účely jsme zvolili tvorbu vlastního kvalitativního a částečně kvantitativního dotazníku, který byl jedinci vyplňován anonymně. Vzor dotazníku přikládáme dále jako přílohu.

Respondenty jsme rozlišovali dle časového rozmezí školní docházky, pohlaví a věku.

Dotazník byl tvořen 15 otázkami s 10 hlavními otevřenými, které se následně zpracovávaly za pomoci kvalitativních metod. Jako doplňkové jsme zvolili škálové otázky, konkrétně jednu s možnostmi výběru velmi dobrá až jiná s dopsáním, dále odpovědi s možností výběru ano, ne, nevím a ano, z části, ne. Dále dvě otázky byly se škálami s volbou 1 až 5. Tyto otázky jsme následně vyhodnocovali za pomoci kvantitativní metodologie 1. řádu. Z důvodu doplňkovosti otázek jsme tyto odpovědi nevyhodnocovali statistickými metodami.

První část tvořilo 8 otázek, které byly zaměřeny na to, co respondenti na základní škole zažili za preventivní aktivity a na to, co si z toho zapamatovali, odnesli do pozdějšího

života. Tuto část nevyplňovali jedinci, kteří žádnou aktivitou projít nemohli z důvodu neznámosti HIV/AIDS nebo její novosti v době, kdy chodili na základní školu.

Prostřední část byla tvořena souborem 4 otázek, které byly zaměřeny na představu respondentů o preventivních aktivitách na oblast HIV/AIDS. Tedy na to, co by sami realizovali, případně co se má v dnešní době předávat. Zde odpovídali všichni respondenti bez ohledu na školní docházku.

Poslední část byla určena těm respondentům, kteří docházeli na základní školu v době, kdy toto onemocnění nebylo ještě známo. Tuto část tvořily 3 otázky zaměřené na to, co je důležité vzkázat a realizovat.

Samotný sběr dat byl prováděn zprostředkovaně přes pracovníky AIDS Centra Praha. Tato metoda byla zvolena vzhledem ke specifčnosti cílové skupiny. Po předchozí konzultaci s psychologem AIDS Centra byla tak tato metoda sběru zvolena záměrně. Jelikož jsou klienti AIDS Centra často konfrontováni s předsudky většinové společnosti, byla zde obava, aby se k prosbě o účasti na dotazníku nepostavili předem nedůvěřivě a odmítavě. Bylo by to proto, že by předpokládali, že se k nim budeme stavět předsudečně. Šlo by tedy o jejich obranný reflex.

Pilotáž dotazníků byla provedena v září 2014 na 5 jedincích, kteří netrpí HIV/AIDS. Vzhledem k dobrým výsledkům pilotáže jsme tak zahájili sběr dat. Sběr se uskutečnil v období od listopadu 2014 do začátku března 2015.

Sesbírané dotazníky byly následně přepsány do elektronické podoby pro jejich přehlednost a následné zpracování.

Zpracování dotazníků probíhalo po jednotlivých otázkách a poté pomocí otevřeného kódování, které pochází ze zakotvené teorie autorů Glasera a Strausse¹²⁰. Volba metody otevřeného kódování byla záměrná, jelikož nejvíce korespondovala s naším záměrem popsat významové celky v odpovědích respondentů.

Sesbírané dotazníky byly přepsány do elektronické podoby, rozděleny dle jednotlivých otázek, které byly následně kódovány podle významových celků. Získané významové celky jsme pak spojili do kategorií podle společného jmenovatele.

¹²⁰ ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, s. 84.

3.5 Analýza dat

3.5.1 Rozvrstvení respondentů a primární prevence, kterou (ne)prošli

V této první tematické kapitole pojednáváme obecně o preventivních aktivitách na oblast HIV/AIDS, které naši respondenti zpětně hodnotí.

První otázkou, kterou se budeme v úvodu zabývat, je docházka respondentů na základní školu. Náš nejstarší respondent navštěvoval základní školu v letech 1961-1970 a nejmladší v letech 1997 - 2006. Nejčastější období školní docházky bylo mezi lety 1985 a 1993.

Průměrný věk našich respondentů je 38,4 let, kdy nejmladšímu respondentovi je 24 let a nejstaršímu 60 let. Medián stáří respondentů je 39,5 let. Z tohoto věkového rozložení vyplývá, že mezi našimi respondenty jsou i jedinci, kteří nemohli na základní škole zažít žádné preventivní aktivity na HIV/AIDS.

Celkem 41% respondentů navštěvovalo základní školu do roku 1988 a 51% respondentů mezi lety 1989 a 2006. Toto dělení jsme pro naše další potřeby vytvořili proto, že docházející na základní školu do roku 1988 nemohli projít preventivní aktivitou na oblast HIV/AIDS. A to kvůli neznámosti viru HIV v Československu a novosti nemoci. Rok 1988 uvádíme jako přelomový proto, že z hlediska historických souvislostí se začaly školní preventivní aktivity na oblast HIV/AIDS objevovat právě na přelomu let 1988 a 1989. Ve vyhodnocení některých otázek tak první skupinu respondentů nezahrnujeme do odpovědí.

Další otázkou, která na školní docházku navazuje, je *Zaškrtněte možnost, která dle Vás vystihuje preventivní aktivity o HIV na základní škole v době, kdy jste do ní chodil/a.* Zde mohli respondenti volit mezi možnostmi velmi dobrá, dobrá a špatná. V případech pro ně nevyhovujících odpovědí bylo ještě možné zvolit „jiná“ s vlastním doplněním odpovědi.

V této otázce jsme oddělili respondenty podle školní docházky na výše uvedené skupiny.

Respondenti z druhé skupiny ve skoro 58% hodnotí jako špatné preventivní aktivity, kterými prošli na základní škole. Dále 27% respondentů odpovědělo volbou možnosti jiná. Zde respondenti dopsali odůvodnění, že na jejich základní škole nebyly prováděny žádné preventivní aktivity v oblasti HIV. Tito respondenti tak odpověděli i přes to, že docházeli na základní školu v době, kdy byla prevence na oblast rizikového sexuálního chování běžně dostupná. I přes většinu negativních odpovědí tvořilo 15% odpovědí volby, kdy respondenti preventivní aktivity hodnotí jako dobré. Nenašel se však žádný respondent, který by hodnotil preventivní aktivity jako velmi dobré.

velmi dobrá	dobrá	špatná	jiná - žádná	Celkem
0	4	15	7	26
0%	15,38%	57,69%	26,92%	100%

Z toho nám vyplývá, že pokud nějaká preventivní aktivita na základních školách probíhala, tak ji respondenti hodnotí více jako špatnou, v menší míře jako dobrou. Nadpoloviční počet respondentů hovoří o tom, že prošli špatnou preventivní aktivitou. V žádném případě nebyla zvolena možnost, že preventivní aktivita byla velmi dobrá.

Na toto zjištění nám dále navazuje otázka *Jak moc je podle Vás taková prevence, kterou jste prošel/šla, užitečná?* Odpovědi na tuto otázku respondenti mohli číslem vyjádřit hodnocení preventivních aktivit. Zvolit si respondenti mohli možnost na škále 1 až 5, kde číslo 1 je nejvíce užitečná a 5 je nejméně užitečná prevence.

I v této otázce bylo důležité odlišit respondenty dle školní docházky. Znovu jsme započítávali jen druhou skupinu našich respondentů, tedy 51% respondentů. Tito respondenti pak hodnotí ve 38 % prošlé preventivní aktivity jako nejméně užitečné. Ve druhé nejpočetnější skupině s 29 % respondenty byla hodnocena užitečnost číslem 4. Skupinu s hodnocením prevence jako průměrně užitečné tvořilo 19 % respondentů. Další skupinou byla se skoro 10% respondenty ta s hodnocením nejvíce užitečná, tedy s číslem 1. Pouze 5% hodnocení tvořila skupina hodnotící užitečnost číslem 2. Průměrně je tedy efektivita prožitých preventivních aktivit hodnocena číslem 3,81.

19% respondentů (z druhé skupiny školní docházky) nám tuto otázku nezodpovědělo, z toho 12% s odůvodněním, že nic nezažili.

1	2	3	4	5	celkem
2	1	4	6	8	21
9,52%	4,76%	19,05%	28,57%	38,10%	100%

Shrnutí kapitoly

Tato úvodní kapitola byla pro nás důležitá z hlediska utřídění respondentů. Pro naše potřeby jsme respondenty rozdělili na dvě skupiny, které odděluje rok 1988. První skupina, která tímto rokem končí, neprošla žádnou preventivní aktivitou vzhledem k neznámosti

nemoci HIV/AIDS v Československu a následné novosti nemoci. Ve druhé skupině jsou respondenti, kteří končili základní školu roku 1989 a později. Zde již vzhledem k začínajícím preventivním aktivitám v oblasti HIV/AIDS respondenti mohli a měli projít nějakou aktivitou.

Ve druhé skupině přes 57 % respondentů uvádí, že prošli špatnou preventivní aktivitou. V další otázce přes 66 % respondentů hodnotí prošlý preventivní program jako neúčinný. Za dobrou prevenci hodnotí prošlé aktivity 15% respondentů a 14% následně vybralo, že prožité preventivní aktivity byly pro respondenty užitečné.

Získanými informacemi tak odpovídáme na naši druhou výzkumnou otázku ve znění *Jak respondenti hodnotí absolvované primárně preventivní aktivity na HIV/AIDS?* Dle výpovědí respondentů se ukázalo, že 58 % respondentů hodnotí absolvované primárně preventivní aktivity jako špatné, 15% respondentů je hodnotí jako dobré a 0% jako velmi dobré. Vedle těchto odpovědí je přes 26% respondentů, kteří udali, že neprošli žádnou primárně preventivní aktivitou na základní škole, která by byla mířena na HIV/AIDS. A to i přesto, že jejich docházka se uskutečnila v době, kdy se na základních školách tyto aktivity realizovali.

3.5.2 Co jsem zažil/a v primární prevenci na základní škole

V této kapitole se zabýváme otázkami, které byly mířeny na získané a zapamatované informace, které jedinci získali během docházky na základní škole. Dále byly zaměřeny na vzpomínky na preventivní aktivity a jejich případný zapamatovaný obsah. Do této kapitoly také zahrnujeme otázku o rozvzpomenutí si na dostupnost materiálu typu letáky, brožury na základních školách.

Konkrétně jde o otázky *Které informace jste se dozvěděl/a o HIV na Vaší základní škole? Byly na Vaší základní škole dostupné nějaké materiály o HIV? A o otázku *Vzpomínáte si na nějakou přednášku o HIV? Jaká byla?**

Jednalo se vždy o otevřené otázky a znovu na ně neodpovídali ti respondenti, kteří spadají do naší první kategorie, tedy docházeli na základní školu do roku 1988.

V otázce *Které informace jste se dozvěděl/a o HIV na Vaší základní škole?* nám vyvstala znovu jako hlavní skupina respondentů, jejichž docházka již byla v pozdějších letech a tudíž prevence měla probíhat, ale žádné informace o nemoci HIV se nedozvěděli.

Přes 36% respondentů odpovědělo, že nějakými preventivními aktivitami prošlo. Tito jedinci pak konkrétně psali o formě předání informací, kterou si z preventivních aktivit zapamatovali. Respondenti udávali, že předávaných informací bylo minimum. Například jen v rámci výuky nebo se během jedné přednášky probíralo více témat.

Obsahově se jednalo konkrétně o takové informace, že jde o smrtelnou nemoc, jaké jsou typy přenosů nemoci, dále že jde o pohlavně přenosnou nemoc, že je to nemoc neléčitelná a že se mají před ní chránit, konkrétně, že se má používat kondom. Minimální zmínka v dotaznících byla o příznacích nemoci, informacích o její historii a o tom, že se jedná o infekční typ nemoci.

Jeden respondent uvádí, že dostal základní informace o nemoci HIV/AIDS v rámci výuky přírodopisu. Dva respondenti uvedli, že se informace dozvěděli mimo výuku, konkrétně, že „šlo o informace od spolužáků“. Většina respondentů tak dostala informace o nemoci na besedách, přednáškách. Nikdo z respondentů se nevyjádřil, že by šlo o interaktivní preventivní práci jak s informovaností, tak i s postoji, jak je doporučeno v současných preventivních programech.

Vedle všech těchto odpovědí se našli také 2 respondenti, kteří uvedli, že si něco takového nepamatují a 2 respondenti na tyto otázky neodpověděli.

Z otázky, zda byly na základní škole dostupné materiály, se dozvídáme především odpověď, že na základních školách nebyly dostupné materiály o HIV/AIDS. Tedy, že brožurky, letáky a další materiály, které mohly být například na nástěnkách ve školách, nebyly dostupné.

Menší skupinu tvořili ti jedinci, kteří si toto nepamatují a pouze jeden respondent, který věděl o dostupných materiálech na základní škole.

ano	ne	nevím	celkem
1	19	6	26
3,85%	73,08%	23,08%	100%

Vychází tedy, že více jak 70% respondentů uvádí, že na jejich základní škole v době jejich docházky nebyly dostupné žádné materiály o oblasti prevence HIV/AIDS.

Poslední část této kapitoly tvoří otázka, zda si vzpomínají na nějakou přednášku o HIV a jaká byla.

Nejpočetnější skupinu odpovědí tvoří respondenti udávající, že přednášku na téma HIV/AIDS absolvovali nad rámec výuky. Pouze několik respondentů uvedlo, že přednášku měli v rámci výuky na základní škole. Objevily se také odpovědi, že jedinci přednášku neabsolvovali na základní škole, ale až na střední a vysoké škole.

Respondenti přednášky zpětně popisují celkově jako málo informativní, věcné, případně pouze informativní formou. Nebo uvádějí přednášky jen preventivního rázu či jako přednášky zastrašující.

Dále respondenti hovoří o obsahu. Konkrétně, že se z přednášky o HIV/AIDS dozvěděli takové informace, že je HIV nemoc neléčitelná a smrtelná. Jeden respondent dokonce uvedl fakt, že jim přednášel přímo HIV pozitivní muž.

Z odpovědí na otázku, zda si vzpomínají na nějakou přednášku, vyplývá, že přednášky na jejich základní škole proběhly, ale respondenti si již nevzpomenou více na obsah.

Shrnutí kapitoly

Z odpovědí respondentů druhé skupiny školní docházky vyšlo mnoho typů informací. Především pak to, že početná skupina respondentů na základních školách nezažila žádné preventivní aktivity a přednášky, tudíž se žádné informace o nemoci HIV/AIDS nedozvěděli. Dále také informace, že materiály k této problematice nebyly na jejich základních školách dostupné.

Vedle respondentů, kteří nic neabsolvovali a materiály k dispozici neměli, jsou respondenti odpovídající, že přednášky zažili a informace o problematice HIV se dozvěděli. Odpovědi těchto jedinců pojednávaly o tom, že šlo o přednášky málo informativní a věcné s minimem informací. Dále, že byly preventivní s informacemi, že jde o smrtelné onemocnění a kterými typy přenosu se nemocí dá infikovat. Dále se respondenti dozvídali, že jde o pohlavní a neléčitelnou nemoc, které se má bránit pomocí využívání kondomu.

Za důležité považujeme také to, že malá skupina respondentů do dotazníků uvedla, že neví, zda byly nějaké materiály na škole dostupné. A také, že neví, zda proběhly přednášky a nepamatují si, zda si ze základní školy odnesli nějaké poznatky o této nemoci. Pouze minimum respondentů na naše otázky neodpovědělo.

V této kapitole tak nacházíme odpověď na naši první výzkumnou otázku *Jakým typem primárně preventivních aktivit zaměřených na HIV/AIDS respondenti na základní škole prošli?* Dle sdělení respondentů se jednalo především o besedy a přednášky mající za cíl předat základní informace žákům ve třídě. Dále se jednalo o předání informací v rámci

výuky na základní škole a jeden respondent také zažil přednášku, která byla realizována HIV pozitivním lektorem.

3.5.3 Jak mi byly informace z primární prevence užitečné?

I v této kapitole jsme dodržovali naše dělení respondentů na dvě skupiny školní docházky.

Zabýváme se otázkami, které souvisí s užitečností získaných informací, tedy navazujeme na předchozí kapitoly.

První otázkou, kterou se zde budeme zabývat, je otázka *Jak byly získané informace (podle Vás) pro žáky užitečné?*

I zde jsme při analýze odpovědí vyčlenili první skupinu respondentů, kteří nemohli posoudit, jak tyto informace byly pro žáky užitečné. Tato skupina na otázku neodpovídala a rovnou přecházela na další blok otázek, týkající se jejich vlastní představy preventivních aktivit.

Ze skupiny respondentů, kteří prošli nějakou formou preventivní aktivity a tuto otázku tak vyplnili, vyplývají následující zjištění. Respondenti hodnotili, že získané informace užitečné byly, například jeden respondent uvedl „ano, i když to podle diagnózy nevypadá“¹²¹. Nejčastěji respondenti odpovídali, že šlo o první základní informace o nemoci, které se žáci dozvěděli. Opět se objevily odpovědi, že respondentům žádné informace jako užitečné pro žáky nepřišly. Nebo neví o žádných takových informacích. Byly také zaznamenány ojediněle odpovědi, že respondenti nevědí, zda užitečné pro žáky byly.

I zde se vynořila velká skupina, která na tuto otázku neodpověděla. Soudě dle odpovědí těchto respondentů na ostatní otázky vysuzujeme, že jim na mysl nepřišla žádná informace, o které by mohli napsat.

Další otázka v tomto bloku zní *Vzpomněl/a jste si někdy později během života na něco z toho, co Vám říkali na takovýchto preventivních akcích? Pokud ano, co to bylo?*

Nejpočetnější skupinu odpovědí tvořili respondenti, kteří si na nic později během života z preventivních aktivit nevzpomněli.

Druhou nejpočetnější skupinu tvořily odpovědi, že si na něco z přednášek respondenti později v životě vzpomněli. Konkrétně pak respondenti odpovídali, že šlo o informace jak

¹²¹ Touto odpovědí respondent myslel to, že přestože se infikoval virem HIV, hodnotí informace z preventivní aktivity za užitečné.

se chránit před nákazou virem a jak se nemoc přenáší. Také si vzpomínali, že jde o nemoc smrtelnou a dále na „*nechutné obrázky*“, které se respondentovi později vybavovali, ale „*spíše ne v souvislosti přímo s nemocí HIV*“. Jedna výpověď byla také o tom, že respondent vzpomínal na situaci, kdy jim přednášel na základní škole HIV pozitivní muž a na obavu z nakažení spolužáků při setkání a dotyku s ním.

V této otázce se objevila také odpověď jednoho respondenta, že si vzpomínal během života na „*poutavou reportáž z časopisu Květy z roku 1988*“. A dále odpověď, kde respondent hodnotil vlastní realizaci preventivních přednášek na téma HIV a drogy.

Poslední otázka této kategorie zní *Když shrnete veškeré informace, které jste se o HIV na základní škole dozvěděl/a, jak byste ohodnotil/a jejich účinnost?*

Zde respondenti zakroužkovali jednu možnost ze škály od 1 do 5, kde číslo 1 znamenalo, že prevence je hodnocena jako nejvíce účinná a 5 jako nejméně účinná.

U této otázky nám vyšlo, že 60% osob hodnotí účinnost veškerých informací, které se o HIV na základní škole dozvěděli, číslem 5. A 20% respondentů pak účinnost hodnotí číslem 4 a vždy 10% respondentů hodnotilo účinnost informací číslem 1 a 3. Číslem 2 nikdo účinnost získaných informací neohodnotil. Celkem 6 respondentů nám neodpovědělo.

1	2	3	4	5	Celkem
2	0	2	4	12	20
10%	0%	10%	20%	60%	100%

Nejvíce respondentů tedy hodnotí účinnost získaných informací, které jsou popsány v předešlé kapitole jako neúčinné. Průměrná účinnost získaných informací pak je hodnocena číslem 4,20.

Shrnutí kapitoly

Ze všech otázek v této kapitole, kterou jsme zvolili záměrně jako doplňkovou k předešlé, nám vyvstala hlavní myšlenka, že pokud byly nějaké informace v rámci primární prevence na základní škole v oblasti HIV předány, tak šlo buď pouze o prvotní základní informace. Také početně větší část respondentů uvedla, že nedostali žádné informace o nemoci HIV/AIDS. Největší účinnost získaných informací zvolilo pouze 10% respondentů, nejvíce respondentů zvolilo nejmenší pro ně možnou účinnost.

Další početná skupina byla tvořena odpověďmi, že si respondenti na něco z přednášek později v životě vzpomněli. Konkrétně pak na informace jak se chránit před nákazou virem, jak se HIV přenáší, že jde o nemoc smrtelnou a na prezentované nechutné obrázky.

V této skupině otázek nám neodpovědělo více respondentů, než v otázkách předešlých kapitol.

3.5.4 Kdybych realizoval/a vlastní primárně preventivní aktivitu

Kapitola s názvem *Kdybych realizoval/a vlastní primárně preventivní aktivitu* obsahuje celkem 3 otázky směřující na vlastní představy respondentů o podobě primární prevence oblasti HIV/AIDS na základních školách. Svě představy vypsalí do odpovědí na otázku *Kdybyste měl/a zrealizovat prevenci HIV na ZŠ, jak by taková prevence vypadala?, Jsou přímo nějaké informace, či forma předání informací, které byste ocenil/a či chtěl/a, aby se dnešní žáci dozvěděli? A které informace je důležité, dle Vás, předat mladým lidem o HIV?*

V této oblasti otázek se vyjadřovali všichni respondenti, bez rozdělení na skupiny dle docházky na základní školu.

V první otázce o jejich podobě primární prevence na základní škole vychází, že velká většina respondentů by možnost prevenci zrealizovat využila. Menší část respondentů uvedla, že by preventivní aktivitu realizovat nechtěla.

Z hlediska formy nejčastěji respondenti udávali, že by šlo o přednášku či besedu, případně rozhovor. Přednášky a besedy by nejčastěji byly přímo s HIV pozitivním člověkem nebo také s lékařem. Vedle přímého setkání s žáky se objevovala často forma nepřímá, v podobě letáčků a videoprojekcí.

Velmi často také respondenti popisovali formu prevence. Udávali, aby prevence především byla častá, intenzivní, interaktivně vedená, otevřená, detailní, pochopitelná a s relevantními informacemi. V popisu obsahu prevence respondenti uváděli, že by se mělo jednat o informace o nemoci HIV, veškeré informace o léčbě, včetně její nákladnosti a výhledy do budoucna HIV pozitivního člověka. Také jak se nemoc přenáší, jaké jsou preventivní trendy a informace o stadiu AIDS, o počtech nakažených lidí a srovnání se zahraniční prevencí.

Důležitým zjištěním bylo, že převažuje názor, že by se mělo používat strachu, aby žáci „věřili, že se to může stát každému a báli se“. Tento trend se nám objevil dokonce ve více

otázkách. Na druhou stranu se našly odpovědi, že strach a obavy v prevenci HIV není správný, jak popisuje jeden respondent, „*strach z HIV není ideální prevence*“.

Objevily se také odpovědi o tom, v jakých ročnících by respondenti prevenci realizovali. Těchto odpovědí bylo méně, 2 respondenti udali, že by ji realizovali v 6. až 9. ročnících, jeden respondent v 8. až 9. ročníku. Jeden respondent již v 5. ročníku, protože, jak udává, je to „*v době, kdy se baví o sexu*“.

Často by se jednalo o informace předávané přímo v rámci výuky na základní škole. Konkrétně někteří respondenti hovořili o sexuální výchově, kde by tyto preventivní činnosti realizovali. Respondenti by také informace předávali až po učení a na sociálních sítích.

Druhá otázka *Jsou přímo nějaké informace, či forma předání informací, které byste ocenil/a či chtěl/a, aby se dnešní žáci dozvěděli*, přinesla velmi různorodé odpovědi respondentů. Nejčastěji odpovídali, že by se mělo především téma HIV/AIDS více probírat na základních školách či v médiích.

Velkou skupinu tvořily odpovědi, že je důležité, aby se předávaly relevantní a pravé informace o nemoci, že je důležité předat celkové informace o nemoci a veškeré informace spojené s léčbou, včetně důležitosti dodržování a o možných komplikacích.

Vyvstala nám taktéž skupina odpovědí, která upozorňovala na to, aby se předávalo to, že se HIV pozitivní osoby nemají odsuzovat. Dle respondentů by se žáci měli dále dozvědět, jaké jsou následky nemoci a měli by se setkávat přímo s HIV pozitivním člověkem.

Také se objevilo několik odpovědí o tom, že by se mělo více strašit. Doslova jeden respondent také píše „*neuškodilo by více strašit*“ nebo udávat žákům příklady úmrtí na nemoc HIV/AIDS. Na druhou stranu se objevila menší skupina odpovědí, které upozorňují na důležitost naopak nestrašit. Také by se měli žáci dozvídat statistiky, především nakažených osob. Dále, že je důležité, aby se žáci dozvíдали, že „*HIV se nerovná s homosexualitou*“ a nemá se nemoc spojovat jen s homosexualitou. Také je pro respondenty důležité předat, že „*HIV nerovná se AIDS*.“ Jednotlivě se dále objevovaly informace o ochraně před nemocí a udávání pozitivních informací o HIV pozitivních lidech.

V poslední otázce o tom, které informace se mladým lidem mají předávat o HIV, se nejčastěji objevovaly odpovědi respondentů, že je mladým lidem potřeba předat všechny

informace o nemoci. Dále, že je důležité předat informace o způsobech ochrany před infikováním virem.

Další větší skupinou odpovědí byl vzkaz, že se i přes diagnózu HIV dá dále žít, jelikož „*nemoc HIV není konec života!*“. Za důležité považují fakt, že je nutná zdrženlivost, informace o možnostech léčby a hovořit o problematice HIV otevřeně a často. Za další podstatnou informaci také považují udávání statistik a rozšíření povědomí o nemoci.

Menší skupinou byla odpověď, že se s touto diagnózou špatně žije, „*ztrácí se z části část svobody a nárok na plnohodnotný život*“.

V této otázce se objevovala skupina odpovědí o informovanosti dnešní společnosti. Nejvíce, že je dostatečná informovanost ve společnosti, jednou ve spojení s tím, že je důležité pátrat po tom, proč lidé riskují i přes známá rizika. Také, že jsou udávány zavádějící informace, konkrétně o vyléčitelnosti HIV a o tom, kolik je nemocných gayů a „*říct, kolik je nově zachycených gayů a kolik z celkově testovaných gayů. Je to zavádějící*“. Také se objevily odpovědi, že je špatná informovanost společnosti, především v médiích.

Znovu se i v této otázce objevila skupina odpovědí říkající, že nemá smysl strašit a na druhou stranu skupina tvrdící, že by se měl strach v primární prevenci používat.

Jeden respondent odpověděl, že by se „*měly uvádět příklady těch, kteří léčbu odmítají a uvést důsledky neléčených pacientů*“. Objevil se i jeden vzkaz, „*že neseženou kvalitního zubaře*“.

Shrnutí kapitoly

V této kapitole se ukázalo, že pokud by respondenti mohli realizovat jakoukoliv primárně preventivní aktivitu, jednalo by se nejčastěji o přednášku a besedu, často přímo s HIV pozitivním člověkem nebo používání letáčků a videa.

Jejich představa prevence je taková, aby byla častá, intenzivní, interaktivní, otevřená, detailní, pochopitelná a s relevantními informacemi o nemoci HIV, o léčbě, včetně její nákladnosti, výhledy do budoucna člověka HIV pozitivního, jak se nemoc přenáší, jaké jsou preventivní trendy a také informace o stadiu AIDS, informace o počtech nakažených lidí a srovnání se zahraniční prevencí. Vychází nám z toho obraz, že respondenti mají dobrou představu o tom, o čem by se mělo na základních školách hovořit obsahově, ve formě prevence už je více názorů. Dalším zjištěním bylo, že se v této kapitole znovu objevil faktor strachu, kdy se skupina respondentů přiklání k používání zastrašování při

probírání oblasti nemoci HIV/AIDS a další skupina, která považuje přítomnost strachu v prevenci za kontraproduktivní.

Důležitost předávání relevantních informací zde byla celkově silněji zastoupena, včetně nespojování HIV a homosexuality rovnítkem a důraz byl kladen na neodsuzování HIV pozitivních lidí na preventivních akcích.

Respondenti také hojně uváděli, že je důležité sdělovat, že nemoc HIV neznamenaá ihned konec života, jelikož se přes dodržování léčby dá žít dlouze a kvalitně. Na druhou stranu se objevilo, že respondenti toto naopak vyvracejí a zdůrazňují pokles kvality života.

Z analýzy v této kapitole emerguje odpověď na výzkumnou otázku v podobě *Jakou mají respondenti představu o podobě primárně preventivního programu na oblast HIV/AIDS na základní škole?* Vyvstala zde především obecná charakteristika takových primárně preventivních programů zaměřených na HIV/AIDS. Tedy, že respondenti uvedli charakteristiku takového programu, kdyby měli možnost preventivní aktivitu zrealizovat. Šlo konkrétně o častost takové aktivity, intenzivnost, interaktivnost, otevřenost, detailnost a relevantnost. Aktivitu popsali jako přednášku nebo besedu, která by byla vedená přímo HIV pozitivním člověkem nebo vyučujícím ve výuce sexuální výchovy.

Z představy respondentů o primárně preventivní aktivitě na HIV/AIDS emerguje odpověď na výzkumnou otázku, tedy *Jaké informace o HIV/AIDS považují respondenti za nejdůležitější při těchto aktivitách předat?* Odpovědí na tuto otázku je, že by se mělo jednat především o informace o léčbě a vše, co s léčbou souvisí, dále o preventivním chování před nakažením a přenosu nemoci HIV/AIDS a také o statistikách, které by hovořily o nových případech nakažených osob a s tím souvisejícími fakty. Důležitost přisuzují respondenti tomu, aby se nejednalo o zavádějící informace nebo zastrahující, ale o relevantní předávané informace.

Na tomto místě uvádíme odpověď na poslední výzkumnou otázku *Jak popíší respondenti, kteří prošli základní školou před zahájením preventivních aktivit HIV/AIDS, vlastní představu realizace preventivní aktivity na oblast HIV/AIDS?* V tomto případě nám při analýze a následném třídění vyšlo, že respondenti, kteří spadali do první skupiny školní docházky a neprošli tak žádnou preventivní aktivitou na HIV/AIDS, mají představu o vlastní realizaci primárně preventivního programu shodnou jako respondenti druhé skupiny školní docházky. V první skupině odpovědělo všech 18 jedinců na otázky související s vlastní možností realizace a představy takového programu. Celkem 5 respondentů z této skupiny odpovědělo, že by nic nerealizovali, či že nemají představu. Zbýlých 13

respondentů popsal, jak by taková aktivita měla vypadat. Tito respondenti charakterizovali takovou aktivitu jako otevřenou, interaktivní, probíhající jak v rámci výuky sexuální výchovy, tak mimo výuku jako beseda nebo přednáška, často s HIV pozitivním lektorem a lékařem. Přednášky a besedy by podpořili také dostupností letáků, brožur a použitím videoprojekce. Tito respondenti nám uvedli, že by se mělo začít s touto prevencí od 6. do 9. ročníků ve výuce sexuální výchovy nebo s výše popsanými přednáškami a besedami. Ani u této skupiny respondentů nepanovala jednotnost v názoru o využití strachu.

3.5.5 Co chybělo a nemělo by žákům chybět

Celá tato kapitola je věnovaná oblasti informací, které respondenti zpětně uvádí, že jim v primární prevenci chyběly a které informace respondenti považují za potřebné mladým lidem předávat. Obě tyto otázky byly otevřené a ani zde jsme již nerozdělovali respondenty dle docházky.

V první otázce ve znění *Jaké informace Vám o HIV chyběly a zpětně si uvědomujete, že by pro Vás byly užitečné?*, jsme se nejčastěji setkávali se dvěma skupinami názorů na chybějící informace. První skupina zastávala názor, že žádné informace respondentům nechyběly, že se je běžně dozvěděli i později. A druhá skupina udávala, že jim chyběly veškeré informace o nemoci. Případně, že znali jen minimum informací, či se zastrašujícím prvkem a neznali vše ostatní. Jak udává jedna respondentka „*vše ostatní chybělo, znala jsem jen tu hrůzu!*“.

Po těchto početných informacích se objevovala skupina odpovědí respondentů hovořící o tom, že je potřeba udělat osvětu ve společnosti o HIV/AIDS. Respondenti to komentovali tím, že lidem chybí potřebné informace o HIV/AIDS. Toto směřování odpovědi bylo ale obecné, nezaměřené na základní školu

Další velkou skupinou byly odpovědi, které udávaly, že jim chybělo přímé setkání s HIV pozitivním člověkem. K tomuto respondenti dodávali, že by se v rámci informování měly udávat i konkrétní příklady. Jak bylo odpovězeno jedním respondentem, mají se udávat „*osobní příběhy infikovaných lidí*“ a že „*lidé mají představu vyzáblého HIV pozitivního muže, ale že to může být i obtloustlý chlapsky se chovající muž*“.

Respondenti nadále hovořili o tom, že jim chyběla větší prevence nemoci na základní škole a větší možnost probrání způsobu přenosu viru. Dále psali, že nebyly předány informace o léčbě, konkrétně pak její možnosti, nákladnost a způsoby léčby. Také hovořili o tom, že

jim chyběly besedy a přednášky o této problematice a že to celé mělo být častěji. Respondenti také zmiňují nedostatek statistik a informací o tom, jak se dá pak dál žít s nemocí HIV. Jak napsal konkrétně jeden respondent „že se dá s touto nemocí žít bez větších omezení“. Také se jednotlivě vyskytovaly odpovědi, že „chyběl internet“ a že respondenti „znali jen zastrašení“.

Objevily se i jednotlivé odpovědi, které například udávaly, že dotyčný „zjistil vše, co potřeboval. Příčina, proč jsem se nakazil, nebyla v nedostatečné informovanosti.“. A že v letech 1991-1999 „nebylo tolik nakažených lidí a v takovém stádiu jako dnes, proto chybělo mnoho informací“.

Druhá otázka této kapitoly zněla *Myslíte si, že takové informace jsou v dnešní době předávány?* Tato otázka byla uzavřená a respondenti volili z odpovědí ano, ne a z části.

Odpovědi na tuto otázku navazují na otázku na pro ně chybějící informace. Zde se nejčastěji objevovaly odpovědi (ve 39 % odpovědí), že ano, tyto informace jsou v dnešní době dobře předávány. Stejně procentuální zastoupení je u odpovědí respondentů, že tyto informace jsou předávány z části. Celkem 21% respondentů odpovědělo, že ne. Tyto informace dle nich nejsou v dnešní době předávány. Ze všech respondentů 34% neodpovědělo a 1 respondent (2%) odpověděl, že neví, zda se takové informace v dnešní době předávají. Další nevyplněné odpovědi si vysvětlujeme faktem, že respondenti nemusí přesně vědět, jaké informace jsou v dnešní době dostupné.

ano	ne	z části	Celkem
11	6	11	28
39,3%	21,4%	39,3%	100%

Shrnutí kapitoly

V této kapitole jsme místo jednotícího prvku našli silné dva proudy odpovědí na otázku, které informace jim chyběly a byly by pro ně tehdy užitečné. Jeden proud zastával názor, že jim žádné informace nechyběly, že se je dozvídali až později. A druhý proud, který říká, že jim chyběly všechny informace. Mezi těmito proudy oscilují ostatní odpovědi respondentů, říkající obecně, že jim chybělo více prevence v oblasti HIV/AIDS na základní škole a také, že jim chybělo setkání s někým, kdo touto nemocí trpí. Dále jedinci popisovali konkrétní informace, které jim chyběly, nejčastěji mnoho informací spojených

s léčbou a s dalším průběhem života s diagnózou HIV/AIDS. Vedle těchto výpovědí se nám objevil například názor, že informovanost je dostatečná a problém je jinde.

V návaznosti na tuto otázku pak respondenti odpovídali na další dotaz, který se tázal, zda jsou jimi popsané informace v dnešní době předávány. Z odpovědí respondentů nám vyplynuly více pozitivní odpovědi. Skoro 79% respondentů zvolilo možnost ano a z části jsou v dnešní době informace, které předtím popsali, předávány. Pouze menší část respondentů udala, že ne a 34% respondentů neodpovědělo vůbec. Tuto skutečnost tak připisujeme tomu, že nemusí mít přehled, jaké trendy dnes v oblasti informací o HIV/AIDS jsou.

Pomocí zjištění z otázek, které byly analyzovány v této kapitole, můžeme odpovědět na naši výzkumnou otázku *O jakých informacích budou respondenti uvažovat jako o tehdy chybějících, ale potřebných?* Respondenti nejvíce odpovídali, že jim nechyběly žádné informace, které by jim z dnešního pohledu připadaly tehdy potřebné. Stejný¹²² počet respondentů však odpovídal, že jim chyběly všechny informace, tedy že za potřebné a chybějící považují veškeré informace týkající se HIV/AIDS. Dále bylo odpovídáno, že konkrétně chyběly informace o léčbě, průběhu života s HIV/AIDS a informace spojené s prevencí nemoci.

3.6 Interpretace dat

3.6.1 Úvod

V následujících kapitolách se budeme zabývat interpretací získaných dat a jejich srovnání s aktuálním pojetím a doporučeními na primární prevenci. Zprvu se budeme zabývat tím, jaké preventivní aktivity naši respondenti prožili a jejich efektivitou. Poté přejdeme na témata představy vlastní realizace respondentů primárně preventivní aktivity.

3.6.2 Co respondenti zažili na základních školách a jak se realizuje nyní školní primární prevence HIV/AIDS

Z předchozích kapitol analýzy dat jsme získali informace, jak respondenti popisují prožité primárně preventivní aktivity na oblast HIV/AIDS. Odpovědi respondentů nyní srovnáme s tím, jak je popsána v současné době doporučená struktura primárně preventivních programů.

¹²² Z celkového počtu respondentů se jednalo o číslo 11,36% respondentů, kteří odpověděli, že jim chyběly všechny informace a 11,36% respondentů uvádějící, že jim nechybělo nic.

Naši respondenti v dotaznících uváděli, že přednášky o HIV na základních školách byly především málo informativní, jednoduché a věcné. Jeden respondent uvedl, že si vzpomíná z přednášek na to „že přednášky byly spojovány s mnoha dalšími najednou (drogy, jiné nemoci), tzn. že jsme nakonec moc o jednotlivých nemocích nevěděli“.

Pokud se dozvídali informace o HIV v rámci výuky, jednalo se základní informace o přenosu viru HIV, že jde o nemoc smrtelnou a pohlavně přenosnou. Dále informace o možnostech ochrany před nemocí, a že je HIV/AIDS nemoc neléčitelná. Respondenti udávají, že se také dozvídali o rychlém konci života s touto nemocí, v menší míře se dívali na promítané dokumenty, filmy, které byly mířené na zastrašení. O cíli zastrašit žáky hovoří více respondentů v souvislosti s prošlými přednáškami.

Při informování o nemoci HIV během výuky respondenti uváděli, že bylo sděleno jen několik základních informací, případně, že vyučující žákům předčítala knihu, kde se o HIV psalo. Objevila se odpověď respondenta, že by si žáky na přednášku bral ve skupinkách, aby se po jeho vyprávění mohli na cokoli žáci zeptat, protože jak říká „já byl třeba stydlivej a před holkama bych se nezeptal“.

V porovnání s aktuální realizací primárně preventivních programů na základních školách vidíme, že se jednalo především o předávní informací bez jakýchkoliv interaktivních prvků, jednalo se o jednorázové programy, bez aktivní účasti. Respondenti se dozvídali především základní informace o nemoci HIV/AIDS, o její léčbě, o způsobech ochrany a přenosu viru HIV. Šlo tedy pouze o informativní programy¹²³. Dle Gabrhelíka by takovéto programy, které mají za cíl pouze zvyšovat znalosti cílové skupiny, měly být spíše doplňkové v propojení s interaktivními prvky. Tak, aby se cílová skupina aktivně podílela na průběhu programu. Informativní programy jsou realizovány nejčastěji v podobě běžné výuky ve školách, promítání videomateriálů, besedy a diskuze¹²⁴. Aktuálně se také doporučuje pracovat při preventivních aktivitách v malých skupinách, s aktivní účastí cílové skupiny¹²⁵.

Školní preventivní programy by měly být v současné době realizované tak, aby se v nich kombinovalo mnoho kritérií, které vychází z různých výzkumů a praxe jako nejvíce efektivní. Jedná se především o komplexnost a kombinování více strategií v primárně

¹²³ GABRHELÍK in MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 50.

¹²⁴ Tamtéž, s. 50.

¹²⁵ PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 50.

preventivním programů, dlouhodobost a kontinuita působení na žáky, včasný začátek, který je důležitý pro podchycení začátku rizikového chování a jsou citlivé na potřeby cílové skupiny¹²⁶.

Dále je důležité pracovat s žáky v malých skupinkách za aktivní účasti, interakci cílové skupiny namísto masivních akcí. Realizátoři pak nevystupují v roli přednášejících, spíše v roli iniciátorů¹²⁷. Na toto navazuje větší důraz na využití „peer“ prvku, jelikož je známé, že v některých oblastech mají pro cílovou skupinu větší autoritu vrstevníci více než učitelé a rodiče¹²⁸. Také je potřeba sledovat aktuální trendy a nabízet pozitivní alternativy k rizikovému chování¹²⁹.

Dalším, velmi důležitým kritériem, je využití tzv. KAB modelu v preventivním programu. Jedná se o zaměření nejen na předání informací, ale především na postoje a změnu chování. Jak upozorňují Miovský, Zapletalová a Skácelová kvalita postojů a změna chování často nemusí s rozsáhlostí a hloubkou poznatků souviset¹³⁰.

Cílem preventivních aktivit je tedy ovlivnit chování cílové skupiny pomocí například trénování potřebných sociálních dovedností, posílení schopnosti čelit nátlaku pomocí nácviku asertivity, zvýšeným sebevědomím a schopnosti obstát v kolektivu¹³¹. Toto vše je důležité propojit s předáváním důležitých relevantních informací. Nelze vybrat pouze jeden přístup a ten aplikovat, důležitá je jejich vzájemná propojenost. Ve spojení s předáváním informací se objevily dvě skupiny odpovědí, kdy respondenti uváděli, že je informovanost dobrá a již není potřeba a druhá skupina tvrdila opak. Konkrétně u druhé skupiny respondenti vzkazují, že „*nárůst HIV je neuvěřitelný, proto si myslím, že tu není ani všeobecná osvěta. Brožurky nic nevyřeší.*“ a „*bojujte proti nevědě a neinformovanosti lidí! Byla jsem jedním z nich!*“. Tato skupina byla mnohem početnější, než skupina, která hovoří o tom, že informovanost je dostatečná. Objevil se i tento názor „*myslím si, že*

¹²⁶ Dle PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 50. A NATION, M., et al. *What works in prevention: Principles of effective prevention programs*, s. 450.

¹²⁷ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*, s. 50.

¹²⁸ PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 51. NATION, M., et al. *What works in prevention: Principles of effective prevention programs*, s. 451.

¹²⁹ PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 50.

¹³⁰ Dle MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 39.

¹³¹ Dle MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*, s. 41.

rizikové sexuální chování nesouvisí s nedostatečnou informovaností“, který však nebyl dále rozveden.

Primárně preventivní program by měl být také strukturovaný, s předem danou metodikou, vymezením pravidel a témat¹³². Důležitou součástí funkce primární prevence je přispění k denormalizaci rizikového chování. A to tak, že přispívá k sociálnímu klimatu, které není příznivé k rizikovému chování. Cílem denormalizace je zvýšení povědomí ve společnosti o konkrétním typu rizikového chování, morálku společnosti a její účast na řešení problému.

Vyplývá tedy, že popsaná požadovaná kritéria pro primárně preventivní programy nebyla v případě našich respondentů splněna. Šlo pouze o informativní programy, nejčastěji o přednášku, předčítání popisu nemoci HIV či přehrání videomateriálů. V jednom případě byl také využit přednášející HIV pozitivní muž.

V této kapitole shrnujeme odpověď na naši první výzkumnou otázku jakým typem primárně preventivních aktivit zaměřených na HIV/AIDS respondenti na základní škole prošli. Jednalo se především o besedy a přednášky, které se dle následné komparace řadí mezi čistě informativní programy, tedy bez propojení s dalšími metodami. V menší míře šlo o předání informací v rámci výuky na základní škole a v jednom případě se jednalo o přednášku, která byla realizována HIV pozitivním lektorem.

Pro přehlednost v příloze uvádíme tabulky porovnávající efektivní prvky doporučené odborníky se shrnutím výpovědí respondentů. Vedle efektivnosti v příloze uvádíme i tabulku nedoporučených, neefektivních prvků s výpověďmi respondentů¹³³.

3.6.3 Neefektivní prvky primární prevence - čím tedy respondenti prošli?

V předchozí kapitole jsme popsali, které primárně preventivní aktivity na základních školách respondenti zažili. Zde uvedeme, jaké prvky se považují za neefektivní a které z nich naši respondenti zažili.

Další velkou skupinou kritérií při hodnocení efektivity primární prevence je nepoužívání neúčinných přístupů. K nim řadíme takové postupy, jako je například nulová tolerance či předvádění represivních postupů¹³⁴. Za velmi neúčinné se považují postupy zakazování,

¹³² Dle PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 50.

¹³³ Tabulky v příloze vycházejí z textu Pavlas Martanové v knize *Školní poradenství II* Valentové, s. 50-52.

¹³⁴ Tamtéž, s. 50.

přehánění následků a moralizování¹³⁵. Za sporné se považuje také bývalý uživatel drog, alkoholu v roli lektora. Obecně MŠMT jejich využívání nedoporučuje¹³⁶.

Za nefungující je považováno pouhé předávání informací, odstrašující příklady a varovné slogany. Respondenti nejčastěji uváděli, že formou preventivních aktivit byla přednáška, která byla pouze informativní, případně zastrašující. Také udávali, že se dozvídali o smrtelnosti a o tom, že po nákaze přijde rychlá smrt, která bude bolestivá. Obecně si z těchto přednášek tyto konkrétní respondenti pamatují pouze základní informace spojené se smrtelností nemoci a ochranu před ní. Toto považujeme za příklad přehánění důrazu na následky. Respondenti se v menší míře dívali na promítané dokumenty a filmy, které byly zaměřeny na zastrašení. O cíli zastrašit sdělením žáky, hovoří více respondentů.

Jak jsme již uvedli výše, respondenti zažili ve velké míře informativní programy, které jsou hodnoceny nízkou efektivitou. Informativní programy byly u respondentů využívány jako hlavní zdroj práce s žáky, nikoliv jako doplněk komplexnějšího programu. Přestože, jak jsme poznamenali, mají za cíl zvýšit informovanost cílové skupiny, dle výpovědí našich respondentů šlo pouze o minimum základních informací, které se takto dozvěděli, případně se dozvěděli více informací a rámcově je popsali.

Informativní programy jsou realizovány nejčastěji v podobě běžné výuky ve školách, v promítání videomateriálů, besed a diskuzí. Dále se do tohoto typu preventivních programů řadí mediální kampaně, které nejsou vnímány jako efektivní¹³⁷.

Nikdo z respondentů taktéž neuvedl, že by zažil dlouhodobější či navazující přednášky, aktivity. Jejich prožité přednášky řadíme mezi jednorázové programy, přednášky, které jsou bez návaznosti. Tedy nejsou považovány za efektivní preventivní programy, jelikož zde chybí jakákoliv provázanost a návaznost na další aktivity.

Vzhledem k tomu, že respondenti uvedli, že si z preventivních aktivit pamatují pouze minimum informací, vyplývá nám, že šlo o málo intenzivní program. Jelikož si respondenti zapamatovali buď minimum konkrétních informací nebo to, že nějaká aktivita proběhla, ale podrobnosti již ne.

¹³⁵ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*, s. 30.

¹³⁶ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*.

¹³⁷ GABRHELÍK in MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 51.

Z toho, co respondenti uvedli o přednášejících, víme, že v některých případech šlo o přímo vyučující nebo o HIV pozitivního muže, který realizoval přednášku. Dle aktuálních metodik a výzkumů vyplývá, že na některé typy preventivních aktivit není vhodné využívat za realizátora učitele. V některých ohledech totiž učitel není dostatečně respektován a informace není od něj tak respektována jako od mladší osoby či externího lektora¹³⁸. V případě HIV pozitivního přednášejícího je mnoho názorů na účinnost jeho výstupu. Zařadíme-li HIV pozitivní přednášející do skupiny tzv. ex-userů, víme, že jejich nasazení do preventivních přednášek se nedoporučuje. Metodické doporučení MŠMT¹³⁹ hovoří o tom, že ex-useři se nedoporučují pro preventivní aktivity. Hlavním problémem u ex-userů je, že mají opačný efekt než prevence zamýšlí. Žákům ukazují, že například užívání návykových látek se dá přežít poměrně dobře¹⁴⁰. V případě HIV pozitivních osob by se mohlo zdát, že i přes nevyhléditelnost nemoci se dát žít stejně kvalitně a že na těchto lidech není vidět žádný problém.

3.6.4 Co respondenti doporučují a co doporučují odborníci, aby se realizovalo v primární prevenci na základní škole

Pokud by respondenti sami mohli zrealizovat nějakou preventivní aktivitu, tak by nejčastěji šlo o přímé setkání s žáky, ve formě besed a přednášek. Případně v nepřímé formě, kde by žákům pouštěli videomateriály a předávali letáčky. V současné době se doporučuje, aby nešlo o pouhé předání informací, ale o interaktivní program, který bude využívat více metod¹⁴¹. Někteří z našich respondentů by zvolili osobní prezentaci s žáky s pouštěním videoprojekce a propojením s tématy ve výuce. Také kladli důraz na intenzivnost preventivních aktivit s častým opakováním. Tedy, aby byl dle respondentů program dlouhodobý, obsáhlý a pro žáky pochopitelný.

Po obsahové stránce převažovala snaha předat relevantní informace, představit žákům život s diagnózou HIV/AIDS, předat co nejvíce informací o nemoci, způsobech přenosu a informace o možnostech léčby. Zde uvádíme odpověď respondenta, že je důležité „*nestrašit, ale informovat relevantně*“.

¹³⁸ Dle MELLANBY, A. R., REES, J. B., TRIPP, J. H., *Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research*, s. 535.

¹³⁹ MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*.

¹⁴⁰ WOOD, D. *Narconon Drug Abuse Prevention Program Evaluation. Evaluation of the Narconon*.

¹⁴¹ PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 52.

O léčbě se respondenti důkladně vyjadřovali ve spojení s neznalostí společnosti. Udávali, že v dnešní době ve společnosti koluje dezinformace, že je HIV léčitelná nemoc. Tuto informaci si vysvětlujeme tím, že roku 2013 se přehodnotila Světová zdravotnickou společností nemoc HIV ze smrtelné na neléčitelnou. Tudíž mohlo dojít k mylnému výkladu, že když již není HIV smrtelná nemoc, dá se z ní vyléčit. To také koresponduje s faktem, že počet nově nakažených osob infekcí se začal v posledních letech znovu zvyšovat. Tisková zpráva¹⁴² o výskytu nově zachycených případů hovoří o tom, že za posledních 13 let došlo k výraznému zvýšení nových případů nákazy virem HIV¹⁴³.

Respondenti také popisovali, aby se v rámci uvádění relevantních informací dávali příklady těch HIV pozitivních, kteří se důsledně léčí, ale i těch, kteří se nechtějí léčit a následky takového počínání. Například jak udává jeden respondent „*HIV+ osoby žijí normální (+ -) život, při léčbě nehrozí (+ -) nákaza*“.

Vedle takového informování se objevovalo i to, aby žáci viděli, jak mohou dopadnout, když se nebudou chránit. To bylo často spojováno s informováním za pomoci strachu. Jak respondenti uváděli, mohlo by se více strašit. Při porovnávání s principy efektivity primárně preventivních programů vidíme, že je kladen důraz na nezastrašování a nepřehánění důsledků¹⁴⁴. Zastrášení se považuje za neúčinnou metodu, kterou však i v dnešní době prosazují někteří učitelé¹⁴⁵. Vedle těch, kteří strašení prosazují, se najdou i ti respondenti, kteří vypovídali, že používání zastrašování v prevenci nemá smysl. Více se o pojetí strachu v prevenci budeme zabývat dále.

Taktéž respondenti odmítali přenos informací za pomoci moralizování. Tato vyjádření jsou v souladu s výzkumy a doporučením odborníků, že moralizování v primární prevenci nefunguje¹⁴⁶. Jak odpověděl i náš jeden respondent, že je důležité „*žádné zabalování do balastu moralistických žvástů*“.

Většina respondentů neudala časový úsek, kdy by s prevencí započali. Avšak ti, kteří o něm napsali, vybrali ve 2 případech za ideální začátek prevence 6. ročník, 1 respondent 5. ročník a 2 respondenti od 8. do 9. ročníku. Obecně se doporučuje začít s preventivními

¹⁴² Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS, leden 2015.

¹⁴³ V roce 2011 bylo nově zachycených případů 158, roku 2012 bylo 212 případů, následně 235 případů a roku 2014 celkem 232. Toto je zatím nejvíce nově zachycených případů od roku 1985.

¹⁴⁴ Dle PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 52.

¹⁴⁵ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*, s. 30.

¹⁴⁶ PAVLAS MARTANOVÁ in VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*, s. 52.

aktivitami co nejdříve, konkrétně pro oblast prevence rizikového sexuálního chování ještě před začátkem sexuálního života žáků. V současné době je doporučováno, aby se s preventivními aktivitami na oblast sexuálního rizikového chování začalo ve 3. či 4. třídě základní školy. Autoři spojují ročníky základní školy do oblastí dle vývojového úseku na 1. a 2. ročník, na 3. a 4. ročník, dále na 5. a 6. ročník a poslední celek 7., 8. a 9. ročníků. Konkrétně by ve 3. a 4. ročníku byla tato oblast dotována minimálně 1 vyučovací hodinou za dané období, v 5. a 6. ročníku by to byly již 2 vyučovací hodiny a ve zbylých ročnících alespoň 4 hodiny věnované prevenci sexuálnímu rizikovému chování¹⁴⁷.

Pokud respondenti neuvedli konkrétní ročníky realizace, uvedli alespoň, že 1 přednáška je na prevenci HIV málo. Tím také odkazovali na to, že často zažili pouze jednu přednášku, jedno předání základních informací.

Vyvstalo zde i téma homofobie a stereotypů, kterým by rádi respondenti zabránili tím, že by se žákům sami představili a prezentovali především svůj příběh. Vedle toho by také hovořili o možnostech léčby, jejich komplikacích, praktických rad k prevenci nemoci a životu s diagnózou HIV. Také by uváděli statistiky nově nakažených a hovořili o nich detailně v souvislosti s tím, kolik procent nově nakažených tvoří muži mající sex s muži z celkově testovaných mužů mající sex s muži. Také by kladli důraz na vysvětlení nemoci HIV a rozdílu mezi HIV a AIDS. Rádi by toto realizovali častěji, konkrétně například dvakrát za školní rok.

Z tohoto vyplývá, že respondenti mají poměrně jasnou představu o tom, co by se mělo realizovat, kým a jakými metodami. Jejich využití dostatečně vysvětlovali z vlastních zkušeností.

3.6.5 Užívání HIV pozitivních lektorů a ex-userů ve školní primární prevenci

Respondenti uváděli, že by se žáci měli především setkat s tematikou HIV tváří v tvář. Nejčastěji šlo o přednášky a besedy, práce v malých skupinkách. Besedy a přednášky by měl vést přímo HIV pozitivní jedinec, případně ještě i lékař zabývající se HIV/AIDS. Setkání s HIV pozitivní osobou obecně naši respondenti považují za důležitou součást prevence na základních školách a uvádějí, že toto setkání jim chybělo a zpětně si uvědomují, že by ho uvítali.

¹⁴⁷ MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*, s. 49.

V porovnání s aktuálními zahraničními studii vychází, že setkání žáků s HIV pozitivním člověkem je nejúčinnější formou předání informací a podporuje změnu jejich postojů a chování. Paxtonová¹⁴⁸ ve své práci roku 2002 uvádí důležité sdělení, že přes 65 % zkoumaných studentů považuje setkání s HIV pozitivním člověkem za nejvíce užitečnou metodu. Účinnost tohoto setkání pak vysvětlují tím, že žáci se necítí komfortně v debatě o HIV prevenci a obecně o sexuálních vztazích s učiteli jejich školy. Dále, že žáci, kteří se osobně setkají s HIV pozitivním jedincem, jsou pak k HIV pozitivním lidem více tolerantní a respektují je. Pokud se navíc setkají s HIV pozitivní ženou lektorkou, která je například vdaná, pomáhá to více zbořit předsudky a myšlenku žáků, že jim se toto nemůže stát. Jelikož vidí, že i žena, která by byla například dvaadvacetiletá, se mohla nakazit. Ze studie vychází, že takovéto setkání pak studenti hodnotí jako užitečné, zajímavé a nerozpačité¹⁴⁹. Nebylo však provedeno zkoumání s odstupem více let, zda díky této zkušenosti žáci dbají na pravidla bezpečného sexuálního chování.

Setkání s HIV pozitivním přednášejícím také pomáhá překonat obavy z tělesného kontaktu s pozitivním jedincem. Jeden respondent uvedl, že si z přednášky pamatuje, jak se HIV pozitivního lektora ze začátku žáci báli a obávali se ho dotknout. Paxtonová ve svém výzkumu tvrdí, že užití HIV pozitivního člověka ve třídě se zdá být nejefektivnějším vzdělávacím nástrojem¹⁵⁰.

HIV pozitivní přednášející může být srovnáván s ex-usery v ostatních oblastech prevence rizikového chování. Ex-usery jsou nejčastěji myšleni bývalí uživatelé drog. Rozdíl ve využití u ex-userů je v tom, že obecně se jejich využití ve třídách při primární prevenci nedoporučuje. Použití napravených, vyléčených uživatelů drog může tiše vést k posílení pohledu žáků, že být závislý není vlastně tak riskantní¹⁵¹.

Je však důležité poznamenat, že v dnešní době je užití ex-userů a HIV pozitivních lektorů na vysoké úrovni¹⁵². Stále je důležité připomenout, že vedle vlastní zkušenosti a silného životního příběhu je potřeba při primárně preventivní činnosti mít potřebné vzdělání, o kterém se více zmiňujeme v teoretické části. Je důležité, aby měl lektor potřebné vystupování před žáky, aby měl respekt a pedagogické dovednosti. Vedle pedagogických

¹⁴⁸ PAXTON, S. *The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education*, s. 285.

¹⁴⁹ Tamtéž, s. 287.

¹⁵⁰ Tamtéž, s. 289.

¹⁵¹ WOOD, D. *Narconon Drug Abuse Prevention Program Evaluation*,

¹⁵² Například Česká společnost AIDS pomoc, která organizuje besedy s HIV pozitivním lektorem, více společností působící na poli primární prevence HIV/AIDS uvádíme v příloze.

dovedností je třeba mít i základní povědomí z oblasti vývojové psychologie, neboť je důležité dbát na věk cílové skupiny a její specifika. Minulé zkušenosti ex-userů a HIV pozitivních osob jsou při práci s postoji a změnou reálného chování jedinců výhodou, která se při správné aplikaci lektorem dá velmi dobře využít.

3.6.6 Téma strachu v primární prevenci

Primárně preventivní programy založené na zastrašování byly dříve často užívané jak v Československu a České republice, tak ve světě. Laická veřejnost dodnes předpokládá, že děsivé informace, které vzbuzují emoce, jsou více efektivní než neutrální vzkazy, které emoce nevzbuzují. Vzbuzení strachu vždy nevede u cílové skupiny k reálné změně chování¹⁵³.

Je prokázáno, že metody zastrašování jsou považované za zcela neúčinné. Přesto se dodnes setkáváme s názory a kampaněmi, které mají za cíl vystrašit cílovou skupinu. Zastrášující metody cílily především na emoce, s cílem moralizovat a založené na způsobení šoku.

Mezi zastrašující taktiky jsou řazeny například prezentování nechutných obrázků a konkrétních „hororových osobních příběhů“¹⁵⁴. U našich respondentů nalezneme konkrétně odpověď, že si vzpomíná „na nechutné obrázky, tedy jsem si na ně vzpomněl i v budoucnu, ale to asi nebylo spojené s HIV“¹⁵⁴. Prezentování obrázků tedy nesplnilo preventivní účel proti nákaze virem HIV. Také si respondenti vzpomínali, že shlédli zastrašující film, z kterého si pamatují jen strach a hrůzu a naopak jim chyběly jakékoliv relevantní informace o nemoci.

Jsou zde i odpovědi, které mají za cíl zničit stereotypy o HIV pozitivních lidech, ale s prvky zastrašení. Jako příklad uvádíme odpověď respondenta, že by navrhol „setkání s někým normálním, s ne promiskuitní ani drogovou minulostí, aby mu (děti) věřily, že se to může stát každému a bály se!“.

Výsledky výzkumu „Ineffectiveness of Fear Appeals in Youth Alcohol, Tobacco and Other Drug Prevention“¹⁵⁵ hovoří o tom, že pokud jsou zastrašující informace šířeny samostatně, nemají žádný vliv na bezpečnější chování cílové skupiny. Ale pokud je několik málo zastrašujících informací, které pochází z respektovaných, spolehlivých zdrojů a nemají za

¹⁵³ Dle DEVOS-COMBY, L., SALOVEY, P. *Applying persuasion strategies to alter HIV-relevant thoughts and behavior*, s. 287.

¹⁵⁴ WOOD, D. *Narconon Drug Abuse Prevention Program Evaluation*.

¹⁵⁵ Prevention First. *Ineffectiveness of Fear Appeals in Youth Alcohol, Tobacco and Other Drug (ATOD) Prevention*.

cíl vyděsit mladé lidi, tak pak mohou být použity jako část ve velké preventivní strategii¹⁵⁶. Vidíme tak, že i zahraniční zdroje kladou důraz na kombinaci více metod v primárně preventivním programu.

Mnozí autoři¹⁵⁷ doporučují děsivé vzkazy přeformulovat tak, aby neukazovaly pouze nejhorší následky, ale aby ukazovaly na možná pozitiva. Tedy pokud budeme mít děsivé kampaně o tom, že je důležité se chránit před smrtí způsobenou HIV, je doporučeno přeformulovat vzkaz o ochraně před nákazou s odkazem na budoucí zdravý život a ochranu svého života. Jeden respondent uvedl, že si pamatuje na přednášky, kde předané informace byly typu, že „šlo o smrtící hrozby, kdy nakažení = okamžitá smrt a umírání v bolestech a vyloučení ze společnosti“.

3.6.7 Závěrečné porovnání primární prevence HIV dle respondentů a odborných doporučení

Jak jsme již výše popsali, naši respondenti měli poměrně jasnou představu o tom, jak by dle nich preventivní aktivita na oblast HIV/AIDS měla vypadat. Šlo by o přímé setkání s žáky, případně nepřímé za pomoci letáků a videomateriálů. Ty by nejčastěji byly jako doplňkové u přednášek a besed. Většina doporučení zněla tak, že by přednášku a besedu vedli přímo sami respondenti, tedy HIV pozitivní osoby.

Obsahově by respondenti čerpali z informací, které jim samotným chyběly, nejčastěji možnosti přenosu, výhledy do budoucna a především ono setkání s HIV pozitivním člověkem, aby se od něj mohli dozvědět více o jeho životě a jeho příběhu. Přestože se obecně v primární prevenci nedoporučuje využívat ex-usery, považují mnohé výzkumy setkání s HIV pozitivním člověkem za užitečné. Také metodiky mezi ex-usery přímo neřadí osoby infikované virem HIV¹⁵⁸.

Jak je však patrné z dalších odpovědí respondentů, HIV pozitivní člověk není zárukou efektivní primární prevence. Jedná se zde o nejednotnost v otázce využití zstrašovacích prvků a také v předání informací o možnostech žití s diagnózou HIV. Také se objevily některé názory, že na základní škole pro respondenty prevence HIV nebyla potřebná. Někteří z těchto respondentů uvedli, že jelikož sexuálně aktivně nežili, nebyla potřeba HIV/AIDS řešit. Tito respondenti v dalších odpovědích uvádějí, že by nic preventivního na

¹⁵⁶ Dle *Ineffectiveness of Fear Appeals in Youth Alcohol, Tobacco and Other Drug (ATOD) Prevention*.

¹⁵⁷ Například DEVOS-COMBY, L., SALOVEY, P. *Applying persuasion strategies to alter HIV-relevant thoughts and behavior*.

¹⁵⁸ Například metodika MŠMT hovoří pouze o bývalých drogových uživatelích.

základní škole nerealizovali. Což je v rozporu s metodickými doporučeními začít co nejdříve s preventivními metodami, přesněji před začátkem aktivního sexuálního života.

Dále se v několika dotaznících objevil vzkaz, že dnes je informovanost společnosti velká, tudíž je situace lepší a není potřeba tolik preventivních aktivit. Opak tvrdí jiní respondenti, kteří nabádají, aby se bojovalo proti neinformovanosti v médiích, na sociálních sítích a především na základních školách, kde je dle nich prevence HIV/AIDS důležitá.

Tato zjištění z našich dotazníků podporují myšlenku, že člověk, který trpí HIV/AIDS, ví sice mnoho o této nemoci, ale to samotné nezaručuje odbornost a způsobilost předávat informace v rámci preventivních aktivit mladým lidem. Je žádoucí určitá úroveň vzdělání či proškolení pro realizaci primárně preventivních aktivit a znalost základů pedagogiky a psychologie, obzvlášť pak vývojové psychologie.

4 Diskuze

V této bakalářské práci jsme se pokusili pomocí kvalitativního dotazníkového šetření prozkoumat oblast primární prevence HIV/AIDS z hlediska přímo HIV pozitivních osob.

Vzhledem k tomu, že tento úhel pohledu není u nás dosud podrobněji zkoumán, vidíme zde několik rizik. Odpovědi respondentů jsou subjektivní a nemusí plně korespondovat s veškerými prošlými preventivními aktivitami, kterými prošli celé školní třídy, kam naši respondenti docházeli. Také i přes snahu eliminovat zkreslení odpovědí vlivem komplikací nemoci se mohlo stát, že negativní či prázdné odpovědi mohly být dány nemožností si rozvzpomenout na určité informace, události.

Pro naše účely jsme získali celkem 44 dotazníků za poměrně dlouhý časový úsek, tj. listopad 2014 až začátek března 2015. Toto bylo dáno také ztíženou možností přístupu k respondentům, jelikož byla potřeba dotazníky předávat přes zaměstnance AIDS Centra Nemocnice Na Bulovce. Zprostředkování dotazníků bylo nutné z hlediska zachování soukromí respondentů a předejití nedůvěry k cizím lidem, která je způsobena negativními reakcemi většinové společnosti na HIV pozitivní jedince.

I přes možnost zkreslení výše uvedenými jevy jsme dostali mnoho potřebných informací a témat, která emergují ze získaných dotazníků. Pokládáme je za možný základ pro další šetření, která v této oblasti budou potřeba dále provést.

5 Závěr

Cílem naší bakalářské práce bylo pomocí kvalitativního designu výzkumu nastínit pohled HIV pozitivních osob na primární prevenci v oblasti HIV/AIDS, kterou naši respondenti prošli na základní škole a jejich pohledu na podobu primárně preventivního programu.

Teoretickou část této bakalářské práce jsme věnovali základnímu nastínění problematiky HIV/AIDS a pojetí primární prevence. Důležitou součástí teoretické části je také snaha o zmapování historie primární prevence obecně a HIV/AIDS v Československu a České republice. Vedle popisu aktuálního pojetí školské primární prevence jsme vytvořili seznam většiny organizací, které se ve školním roce 2014/2015 zabývají primární prevencí rizikového sexuálního chování či konkrétně oblasti HIV/AIDS.

Výzkumná část byla tvořena dotazníkovým šetřením mezi HIV pozitivními jedinci, následnou analýzou a interpretací získaných dat.

Z hlediska školní docházky nám vyvstaly v dotaznících dvě skupiny respondentů. První skupina respondentů docházela do školy v době, kdy virus HIV nebyl ještě objeven či se prevence HIV/AIDS na základní škole neřešila. Druhá skupina byla tvořena 26 respondenty ze 44, která již nějakou aktivitou zaměřenou na prevenci HIV/AIDS prošla. Z odpovědí těchto respondentů jsme odpověděli na otázku, jakými primárně preventivních aktivit zaměřených na HIV/AIDS respondenti na základní škole prošli. Jednalo se především o besedy a přednášky mající za cíl předat základní informace žákům ve třídě. Dále se jednalo o předání informací v rámci výuky na základní škole. Nejvíce jsme se dozvěděli o tom, že šlo o informativní programy, které nebyly dlouhodobé, ale jednorázové a s minimem předaných informací. Respondenti si často pamatovali informace o smrtelnosti, že prošli jen přednáškami a že byly přítomny prvky strašení. Větší část našich respondentů však i přes dostupnost preventivních aktivit žádnými primárně preventivními programy neprošla.

Na výzkumnou otázku jak respondenti hodnotí absolvované primárně preventivní aktivity na HIV/AIDS nacházíme odpověď, že 58% respondentů hodnotí absolvované primárně preventivní aktivity jako špatné, přes 15% respondentů je hodnotí jako dobré a 0% jako velmi dobré. Vedle těchto odpovědí je také přes 26% respondentů, kteří neprošli žádnou primárně preventivní aktivitou na HIV/AIDS na základní škole. A to i přesto, že jejich docházka se uskutečnila v době, kdy se na základních školách tyto aktivity realizovali.

Odpověď na výzkumnou otázku, o jakých informacích budou respondenti uvažovat jako o tehdy chybějících, ale potřebných se sestává ze zjištění, že 11% respondentů nechyběly žádné informace, které by jim připadaly jako tehdy potřebné. Také 11% respondentů odpovídalo, že jim chyběly všechny informace. Zbylé odpovědi popisovaly konkrétní chybějící informace. Těmto respondentům chyběly informace o léčbě, průběhu života s HIV/AIDS a informace spojené s prevencí nemoci.

Výzkumná otázka o představě respondentů o podobě primárně preventivního programu na oblast HIV/AIDS na základní škole přináší odpovědi s obecnou charakteristikou primárně preventivních programů zaměřených na HIV/AIDS. Respondenti uvedli charakteristiku, kdyby měli možnost preventivní aktivitu zrealizovat. Šlo konkrétně o častost takové aktivity, intenzivnost, interaktivnost, otevřenost, detailnost a relevantnost. Aktivitu popsali jako přednášku nebo besedu, která by byla vedená přímo HIV pozitivním člověkem nebo vyučujícím ve výuce sexuální výchovy.

Z představy respondentů o primárně preventivní aktivitě na HIV/AIDS emerguje odpověď na výzkumnou otázku jaké informace o HIV/AIDS považují respondenti za nejdůležitější při těchto aktivitách předat. Mělo by se jednat o informace o léčbě a vše, co s léčbou souvisí, dále o preventivním chování před nakažením a přenosu nemoci HIV/AIDS a také o statistikách, které by hovořily o nových případech nakažených osob a s tím souvisejícími fakty. Dle respondentů by se neměly předávat zavádějící informace nebo zstrašující, ale relevantní předávané informace.

Ve výzkumné části popisujeme odpověď na výzkumnou otázku o tom, jak popíší respondenti, kteří prošli základní školou před zahájením preventivních aktivit HIV/AIDS, vlastní představu realizace preventivní aktivity na oblast HIV/AIDS. Tito respondenti, mají představu o vlastní realizaci primárně preventivního programu shodnou, jako respondenti druhé skupiny školní docházky. 5 respondentů z této skupiny by nic nerealizovalo nebo nemá představu o realizaci aktivity. 13 respondentů popsalo aktivitu jako otevřenou, interaktivní, probíhající jak v rámci výuky sexuální výchovy, tak mimo výuku jako beseda nebo přednáška, často s HIV pozitivním lektorem a lékařem. Přednášky a besedy by podpořili také dostupností letáků, brožur a použitím videoprojekce.

Zjištění, které přinesly odpovědi našich respondentů, interpretujeme a komparujeme se současnými odbornými zdroji. Podstatným zjištěním zde bylo to, že přímá zkušenost přednášejících s nemocí HIV/AIDS nezaručuje dostatečnou vhodnost těchto jedinců pro preventivní práci s žáky. To se potvrdilo i v nejednotnosti respondentů vůči využívání

prvků zastrašování. Zde se respondenti dělili na stejně početné skupiny, prosazující používání strachu v prevenci a odmítající strach v prevenci.

Na toto dotazníkové zjištění názorů HIV pozitivních jedinců bude potřeba v budoucnu dále navázat a hlouběji prozkoumat problematiku HIV/AIDS pohledem HIV pozitivních osob. Tito jedinci jsou cenným zdrojem informací, jelikož oni nejlépe vědí, co jim v prevenci nejvíce chybělo a většina z nich má představu, na co se má v primární prevenci HIV/AIDS na základních školách klást více důraz.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

- BABOIAN, D. *Vstupenka do pekla. Opojně dobrodružství omamných jedů*. Praha: Orbis, 1974.
- BRAUN, R. *Psychologické aspekty HIV/AIDS. In Problematika dětské pornografie a její prevence na škole*. Praha: Audendo, 2003.
- BRTNÍKOVÁ, M. a kol. *Sex? AIDS!* Praha: Horizont, 1989.
- ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007.
- DEVOS-COMBY, L., SALOVEY, P. Applying persuasion strategies to alter HIV-relevant thoughts and behavior. *Review of General Psychology*, 2002, 6.3: 287.
- EMCDDA. *Prevence pozdějších návykových poruch u dětí a adolescentů s návykovým chováním: přehled teorie a důkazní báze indikované prevence*. Lucembursko: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2009.
- FISHER, J. D. Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 1992, 111(3), 455-474.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada publishing, 2009.
- CHARVÁT, M., JURYSTOVÁ, L., & MIOVSKÝ, M. *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2012.
- JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V. a kol. *HIV infekce. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Mladá fronta, 2014.
- JEDLIČKA, J. a kol. *Příručka HIV poradenství*. Praha: Státní zdravotní ústav; 2005
- KAPR, J., LINHART, J., FIŠEROVÁ, V., VODÁKOVÁ, A. *Sociologické pojmosloví*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1991.
- KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. a kol. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007.
- KUPKA, M. Rizikové chování dospívajících a jeho prevence [zpráva ze semináře]. *E-psychologie*, 2007. [cit. 26. 12. 2014]. Dostupné na: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-zp.pdf>.

MARTANOVÁ, V., SKÁCELOVÁ, L., SLAVÍKOVÁ, I., BRAUN, R., VALENTOVÁ, K., HEIDER, D., et al. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze, 2007.

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č.j. 21291/2010-28. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2010.

MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2012.

MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2012.

MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2010.

MELLANBY, A. R.; REES, J. B.; TRIPP, J. H. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health education research*, 2000, 15.5: 533-545.

MONTAGNIER, L., *AIDS. Fakta - naděje*. Praha: Nadace pro život, 1993.

NATION, M., et al. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 2003, 58.6-7: 449-456.

NEDOMA, K., BARTÁK, V., DOBIÁŠ, V., ŠULC, L. *Pohlavní život a výchova k manželství a rodičovství. Příručka pro vychovatele, učitele a rodiče*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1962.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999.

PAXTON, S. *The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education*. *AIDS Education and Prevention*, 2002, 14.4: 282-294.

PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Co je efektivní ve školské primární prevenci?* In *Národní ústav pro vzdělávání*, 2014. [cit. 2015-22-1]. Dostupné na: www.nuv.cz/cinnosti/ppp/primarni-prevence-rizikoveho-chovani/co-je-efektivni-ve-skolske-primarni-prevenci

PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Všeobecná x selektivní x indikovaná školská primární prevence*. Národní ústav pro vzdělávání, 2014. [cit. 2015-22-1] Dostupné na: <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/primarni-prevence-rizikoveho-chovani/vseobecna-x-selektivni-x-indikovana-skolska-primarni>

PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Specifické x nespecifické programy primární prevence*. In *Národní ústav pro vzdělávání*, 2014. [cit. 2015-22-1]. Dostupné na: <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/primarni-prevence-rizikoveho-chovani/specificke-x-nespecificke-programy-primarni-prevence>

PAVLAS MARTANOVÁ, V. (Ed.) *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2012.

PONDĚLÍČKOVÁ, J. *O sexuální výchově bez rozpaků*. Praha: Avicenum, 1973.

Prevention First. *Ineffectiveness of Fear Appeals in Youth Alcohol, Tobacco and Other Drug (ATOD) Prevention*. Springfield, IL: Prevention First, 2008. [cit. 2015-19-3] Dostupné na <https://www.prevention.org/resources/SAPP/documents/IneffectivenessofFearAppealsinYouthATODPrevention-FINAL.pdf>

RABUŠIC, L., KEPÁKOVÁ, K. Sexuální chování adolescentů a riziko HIV. *Sociologický časopis* 35 (2): 161-180, 1999.

Sborník 4. mezinárodní seminář „AIDS a my“, Poděbrady 1995. Praha: O. s. SNAD, 1995.

Sborník 7. mezinárodní seminář „AIDS a my“, Poděbrady 1998. Praha: O. s. SNAD, 1998.

ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998.

STEHLÍKOVÁ, D. (Eds.) *Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011–2012*. Praha: státní zdravotní ústav, 2013.

SYRŮČEK, L., ŠEJDA, J., TICHÁČEK, B. *AIDS syndrom získaného selhání imunity*. Praha: Avicenum, 1986.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2010.

URBAN, E. *Toxikománie*. Praha: Avicenum, 1973.

VAN CAMPENHOUDT, L., COHEN, M., GUIZZARDI, G. & HAUSSER, D. (Eds.). *Sexual Interactions and HIV Risk: New Conceptual Perspectives in European Research*. London: Taylor & Francis, 1997.

VAN DER STEL, J., VOORDEWIND, D. *Příručka prevence: alkoholu, drog a tabáku*. Pompidou Group Council of Europe & Jellinek Consultancy, 1998.

VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2013.

WOOD, D. *Narconon Drug Abuse Prevention Program Evaluation. Evaluation of the Narconon*, 2005. [cit. 2015-18-2]. Dostupné na: <http://www.cde.ca.gov/ls/he/at/narcononevaluation.asp>

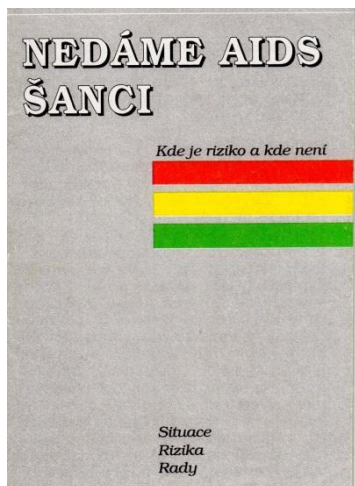
Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS. Praha: SZÚ, 2015. [cit. 2015-18-2] dostupné na: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2014/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIVAIDS_12.2014.pdf

WIESNER, W., GRANT, L. *Working with HIV and AIDS. A manual for HIV workers*. Leicester: Leicester City Council, 1988.

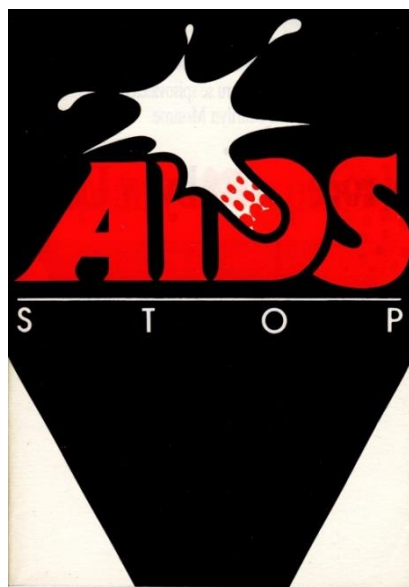
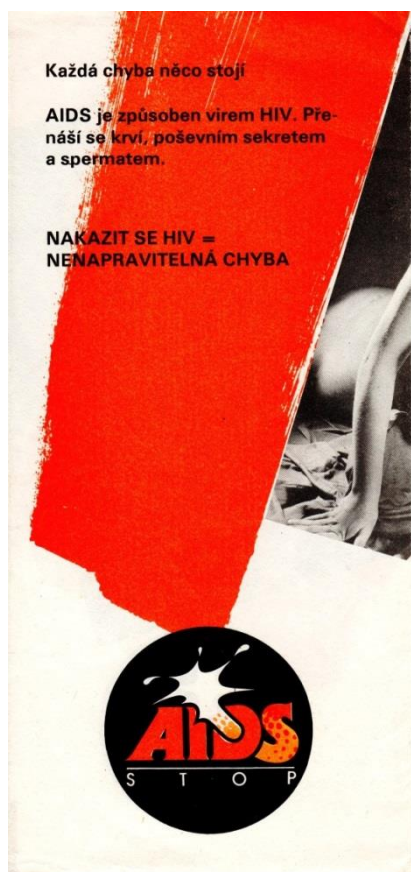
7 Seznam příloh

7.1 Vybrané letáky a brožury prevence HIV/AIDS

Příloha 7.1.1 Brožurka z roku 1993, vydalo Národní centrum podpory zdraví, Praha.
Z rodinného archivu.



Příloha 6.1.2: Víceststranný leták (vlevo) a brožura (vpravo), edice AIDS STOP. Leták datován na začátek 90. let, brožura datována na začátek roku 1990, Národní centrum podpory zdraví Praha. Z rodinného archivu.



Příloha 7.1.3 Vícestranný leták, edice STOP AIDS na cestách. Národní centrum podpory zdraví. Vydáno roku 1993. Z rodinného archivu.



Příloha 7.1.4 Vícestranný leták „Bezpečnější sex v kostce /bez velkých řečí/. Vydala společnost SOHO. Vydáno začátkem 90. let 20. století. Z rodinného archivu.

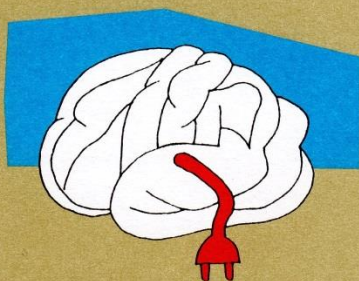


Příloha 7.1.5 Vícestanný leták. Vydáno Státním zdravotním ústavem, Praha. Rok 1997.

Z rodinného archivu.

CHCEŠ SI BÝT JISTÝ SÁM SEBOU?

**Nech si udělat
test na HIV!**



ZAPOJ MOZEK

CO JE HIV?

HIV (Human Immunodeficiency Virus = virus lidského imunodeficitu) je virus, který způsobuje ztrátu obranyschopnosti (imunity) člověka před nejrůznějšími infekcemi. Tento virus napadá zejména určitou skupinu bílých krvinek, takzvaných T-lymfocytů, které mají důležitou úlohu v imunitním systému lidského organismu. Virus se v nich množí, poškozuje jejich funkci a nakonec je i usmrcuje. Jejich absolutní počet se tak snižuje, což vede k úplné ztrátě imunity a ke vzniku onemocnění **AIDS**.

7.2 Přehled společností zabývajících se prevencí HIV na základních školách

V České republice v současné době nalezneme mnoho neziskových organizací, které se zabývají primární prevencí rizikového chování. O něco menší počet z těchto neziskových organizací se pak zabývá přímo primární prevencí HIV/AIDS či sexuálního rizikového chování. Je zaznamenán velký pokles organizací, které se touto problematikou zabývají.

Zde uvádíme výčet společností, které preventivní programy, aktivity na oblast HIV/AIDS nabízejí pro školní rok 2014/2015. Tento výčet společností není konečný.

Česká společnost AIDS pomoc, Praha - besedy o HIV/AIDS

ACET, o. s., různé kraje ČR - primárně preventivní program pro třídy o sexuálním chování a AIDS

CEVAP, Praha - primárně preventivní programy pro třídy o HIV/ AIDS, pohlavních chorobách a těhotenství dospívajících

Prev-centrum, o. s., Praha - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

Klub Zámek, Třebíč - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

Podané ruce, o. s., Brno - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

Madio, o. s., Zlín - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

o.s. Leccos, Český Brod - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

Portimo, o.p.s., Nové Město na Moravě - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

DO SVĚTA, o. s., Strakonice - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

PROSPE, o. s., Praha - primárně preventivní programy pro třídy o sexuálním rizikovém chování

PREVALIS, z. s, Praha - primárně preventivní programy pro třídy o HIV/AIDS

Vedle neziskových organizací se na základních školách může realizovat přednáška o HIV/AIDS po domluvě s příslušnou pedagogicko-psychologickou poradnou, která tento program nabízí.

Je třeba zmínit, že vedle programů mají i samotní školní metodici prevence možnost shlédnout s dětmi filmy o této problematice, například film „Mezi nimi“, které vydalo ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a následně o problematice diskutovat. Dále se také dá pořídit hra a peer program „Hrou proti AIDS“, kterou vydal Státní zdravotnický ústav a jejími autory jsou Kubátová, Jedlička, Mruškovičová, Brůčková a Špačková.

7.3 Legislativní rámec v oblasti školské primární prevence

Do roku 2005 byla školská primární prevence legislativně vymezena pouze metodickým pokynem ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů z roku 2001.

Základním legislativním dokumentem pro oblast primární prevence ve školách je zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon hovoří o povinnosti vytvářet podmínky pro zdravý vývoj dětí, žáků a studentů a předcházení vzniku rizikového chování. Tímto zákonem je dále stanoveno, že školy musí poskytovat preventivní aktivity pro své žáky a studenty.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pozměnil a zpřísnil podmínky pro konzumaci alkoholu, tabákových výrobků a dalších návykových látek.

Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů udává, jaké jsou nezbytná dosažená vzdělání pro výkon specializovaných činností, tedy konkrétně pro školního metodika prevence.

Ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních je informováno o zákonné povinnosti škol realizovat prevenci a také např. o tom, v jakém rozsahu ji mají realizovat, kdo je kompetentní osobou za oblast prevence a jaké má mít vzdělání. Tato vyhláška poprvé v legislativní historii naší země ustavuje funkci školního metodika prevence a metodika prevence působícího v pedagogicko-psychologické poradně) a stanovuje kompetence v rámci školy.

Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje, že školská zařízení pro zájmové vzdělávání mají uskutečňovat takové činnosti v zájmovém vzdělávání, které směřují k prevenci rizikového chování dětí, žáků a studentů.

7.4 Dotazník

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího archu. Jsem studentkou psychologie a tento dotazník slouží pro mou závěrečnou práci o prevenci HIV. Vaše odpovědi jsou pro mou práci klíčové a tak Vás prosím o Váš čas a trpělivost s vyplňováním tohoto dotazníku.

Anonymní dotazník prevence HIV

Napište prosím, ve kterých letech jste navštěvoval/a základní školu:

Zaškrtněte možnost, která dle Vás vystihuje preventivní aktivity o HIV na základní škole v době, kdy jste do ní chodil/a:

- velmi dobrá
- dobrá
- špatná
- jiná možnost - prosíme, vypište: _____

Které informace jste se dozvěděl/a o HIV na Vaší základní škole? (např. ve výuce, i od učitelů mimo výuku, přednášky o HIV...)

Byly na Vaší ZŠ dostupné nějaké materiály o HIV? (např. letáčky, na nástěnkách, u výchovné poradkyně, brožurky)

ano - ne - nevím o tom

Jak byly získané informace (podle Vás) pro žáky užitečné?

Vzpomínáte si na nějakou přednášku o HIV? Jaká byla?

Vzpomněl/a jste si někdy později během života na něco z toho, co Vám říkali na takovýchto preventivních akcích? Pokud ano, co to bylo?

Jak moc je podle Vás taková prevence, kterou jste prošel/šla, užitečná na škále 1 - 5?
(1 je nejvíce užitečná - 5 nejméně užitečná):

1 2 3 4 5

Kdybyste měl/a zrealizovat prevenci HIV na ZŠ, jak by taková prevence vypadala?

Jsou přímo nějaké informace, či forma předání informací, které byste ocenil/a či chtěl/a, aby se dnešní děti dozvěděly? (Které Vy sami jste se nedozvěděli a teď máte pocit, že by Vám preventivně pomohly?)

Když shrnete veškeré informace, které jste se o HIV na základní škole dozvěděl/a, jak byste ohodnotil/a jejich účinnost? Zakroužkujte prosím jednu z možností. „Známkování“ je jako ve škole (tj. 1 nejúčinnější - 5 neúčinná):

1 2 3 4 5

Pokud chcete k tomuto tématu ještě něco dodat či vzkázat, budeme rádi, pokud to napíšete zde:

Pokud jste chodil na základní školu v době, kdy onemocnění HIV ještě nebylo známo, nebo jste se se žádnou informací o HIV a prevencí neseťkal/a, prosíme, odpovězte nám na následující otázky:

Jaké informace Vám o HIV chyběly a zpětně si uvědomujete, že by pro Vás byly důležité?

Myslíte si, že takové informace jsou v dnešní době předávány?

ano - ne - z části

Které informace je důležité, dle Vás, předat mladým lidem o HIV?

7.5 Tabulky srovnání efektivních, neefektivních prvků s odpověďmi respondentů

Příloha 7.5.1 Tabulka srovnání efektivních prvků primární prevence s odpověďmi respondentů.

Co je efektivní, fungující prvky	Odpovědi respondentů
Komplexnost a kombinace mnohočetných strategií	Pouze informativní přístup
Dlouhodobá a kontinuální práce s dětmi	Jednorázové přednášky
Provázanost programů	Jednorázová akce
Včasný začátek	2. stupeň ZŠ, SŠ a VŠ
Práce v malých skupinkách	Celotřídní přednáška, výuka
Aktivní účast cílové skupiny	Přednáška, někde možnost dotazů
Využití peer prvku	-
Reakce na aktuální potřeby (sledovat nové trendy)	Některé přednášky reflektovaly novost nemoci v naší republice
Nabídka pozitivních alternativ k rizikovému chování	-
„KAB“ model - orientace na především kvalitu postojů a změny chování	Informace o ochraně před nemocí
Jasný a strukturovaný program - daná metodika, požadavky na vzdělání, vymezená pravidla a témata,...	-
Kontext programu	-
Denormalizace - „rizikové chování zde není normální“	-
Podpora protektivních faktorů ve společnosti	Poukaz způsoby ochrany (kondom)

Příloha 7.5.2 Tabulka srovnání neefektivních prvků primární prevence s odpověďmi respondentů.

Co nefunguje, nedoporučeno využívat	Odpovědi respondentů
Pouze předávání informací	Informativní přístup
Varovné slogany a odstrašující příklady	Odstrašující informace, obrázky

Přehánění následků a moralizování	Moralizování, zastrašování, přehnané následky po nakažení virem HIV
Jednorázové programy, přednášky bez návaznosti	Jednorázové přednášky
Krátkodobé a málo intenzivní programy	Jednorázové informativní
Programy bez interaktivních prvků, masové akce	Přednášky informativní pro celou třídu
Programy neodpovídající potřebám cílové skupiny	Respondenti měli pocit, že se jich to netýká
Poskytované osobami bez dostatečných zkušeností nebo osobami, které nemají respekt a uznání dětí	1x přednášela vyučující (neoblíbená)
Kampaně ve sdělovacích prostředcích	-
Spoléhání na jeden typ programů bez zapojení dalších komunitních aktivit	Pouze informativní
Setrvačnost	-
Školní politika nulové tolerance	-
Screeningové metody	-
Návštěvy policistů se psy a ukázky jejich výcviku - zastrašování, ukázky represe	Zastrašování pomocí přehánění důsledků, zastrašujících videodokumentů, informace o vyloučenosti ze společnosti