



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Evaluace preventivního programu
"Prevence neplánovaných těhotenství
a interrupcí"

Vypracovala: Jitka Kultová

Vedoucí práce: PhDr. Miroslav Procházka Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 31.3.2017

.....

Jitka Kultová

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Dále také pedagogům a respondentům za ochotnou spolupráci při distribuci a vyplňování dotazníků.

ANOTACE

Název práce:

Evaluace preventivního programu „Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí“

Klíčová slova:

bio-psycho-sociální připravenost na rodičovství, těhotenství, adopce, umělé ukončení těhotenství, sexuální rizikové chování, preventivní program

Cílem bakalářské práce je evaluace preventivního programu Národní iniciativy pro život, o.p.s. „Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí“, který je určený pro žáky 9. tříd ZŠ. Teoretická část bude věnována vymezení základních pojmů souvisejících s prevencí sexuálního rizikového chování na základních školách. Dále problematice těhotenství dospívajících a rizikům umělého ukončení těhotenství. V závěru bude představen preventivní program „Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí“. Praktická část se bude zabývat evaluací tohoto preventivního programu na několika základních školách v plzeňském kraji. Jako výzkumný nástroj bude použit dotazník na principu pretest-posttest.

ABSTRACT

Job title:

Evaluation of preventive program "Prevention of unplanned pregnancies and abortions"

Keywords:

bio-psycho-social readiness for parenthood, pregnancy, adoption, abortion, sexual risk behavior prevention program

The aim of the thesis is the evaluation of the prevention program of the National Initiative for Life, o.p.s. "The prevention of unplanned pregnancies and abortions," which is designed for pupils of 9th elementary school. The theoretical part will be devoted to basic definitions related to the prevention of sexual risk behavior in primary schools. Furthermore, the issue of teenage pregnancy and the risks of abortion. The conclusion will be presented preventive program "Prevention of unplanned pregnancy and abortion." The practical part will deal with the evaluation of the prevention program at several elementary schools in the Region. As a research tool, a questionnaire will be used to pretest-posttest principle.

OBSAH

1	ÚVOD.....	7
2	TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1	Bio-psycho-sociální zralost k rodičovství.....	8
2.1.1	Biologická zralost.....	8
2.1.2	Psycho-sociální zralost	9
2.2	Těhotenství	11
2.2.1	Početí.....	11
2.2.2	Embryonální vývoj.....	11
2.2.3	Fetální vývoj	11
2.3	Plánované těhotenství	13
2.4	Neplánované těhotenství.....	14
2.4.1	Životní okolnosti.....	14
2.4.2	Věk.....	15
2.4.3	Postoj partnera a rodiny	15
2.5	Adopce	16
2.5.1	Přímá adopce a dočasné pěstounství.....	16
2.5.2	Pozitiva a negativa adopcí.....	17
2.6	Umělé ukončení těhotenství.....	19
2.6.1	Metody umělého ukončení těhotenství.....	19
2.6.2	Následky umělého ukončení těhotenství.....	19
2.7	Primární prevence.....	21
2.7.1	Definice pojmů	21
2.7.2	Rizikové chování.....	21
2.7.3	Prevence rizikového chování ve školství	22
2.8	Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí (PNTI)	23
2.8.1	Představení programu.....	23
2.8.2	Struktura programu.....	24
3	PRAKTICKÁ ČÁST	27
3.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	27
3.2	Výzkumné předpoklady.....	28
3.3	Metodika výzkumu.....	29
3.3.1	Dotazník	29
3.3.2	Předvýzkum.....	29
3.3.3	Výzkum.....	29

3.4	Vyhodnocení výsledků výzkumu	31
3.4.1	Vyhodnocení pre – testu	31
3.4.2	Vyhodnocení post – testu	43
3.4.3	Vyhodnocení rozdílů pre-testu a post-testu	54
3.4.4	Vyjádření pedagogů k preventivnímu programu	68
3.4.5	Závěr praktické části.....	69
4	ZÁVĚR	71
5	SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ	72
6	SEZNAM GRAFŮ	74
7	PŘÍLOHA 1	76
8	PŘÍLOHA 2	77

1 ÚVOD

Rodičovství – slovo, které ve mě vyvolává velké emoce. Být rodičem je jedna z nejdobrodružnějších cest životem. Plná touhy, očekávání, předsevzetí, lásky, trpělivosti, obav, zklamání, a znovu lásky...

S kým a kdy se na tuto cestu má člověk vydat? A je to cesta pro každého? Jsme na tuto cestu připraveni, vybaveni a kdy? Co znamená být připraven, jak se to projevuje? A jestliže připraveni nejsme, co potom?

A není to jen o nás, rodičích, ale logicky i o objektu naší lásky, o našich dětech. Kdy život dítěte začíná? A má průběh těhotenství vliv na jeho další budoucnost? Jaká je hodnota lidského života?

Co se děje v prožívání ženy, je-li nečekaně těhotná? Jaká je role otce dítěte? Může se stát, že těhotenství přijde příliš brzy? Čemu budou velmi mladí rodiče čelit? Zvládnou rodičovskou roli? Jaké možnosti má nečekaně těhotná žena či dívka, nemůže-li či nechce dítě přijmout? A s čím se bude vyrovnávat? Co udělat pro to, abychom takovým situacím čelit nemuseli?

V teoretické části své bakalářské práce se těmito otázkami budu zabývat. Podívám se blíže na bio-psycho-sociální zralost k rodičovství, na problematiku nečekaného těhotenství a těhotenství dospívajících a rizika umělého ukončení těhotenství. V závěru teoretické části představím preventivní program „*Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí*“, jehož jsem autorkou a aktivně s ním navštěvuji školy v plzeňském kraji.

V praktické části se zabývám evaluací tohoto preventivního programu na několika základních školách v plzeňském kraji. Jako výzkumný nástroj byl použit dotazník na principu pretest-posttest. Pomocí dotazníku jsem se pokoušela zjistit, zda a jak se absolvováním tohoto preventivního programu změnily znalosti, postoje a dovednosti účastníků v daném tématu. A zda je tak tento preventivní program vhodným příspěvkem na poli primární prevence v oblasti sexuálního rizikového chování.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ ZRALOST K RODIČOVSTVÍ

Potřeba stát se rodičem, zplodit dítě, patří mezi vrozené biologické potřeby pro zachování existence rodu. Rodičovství může naplňovat všechny základní psychické potřeby a stejně tak může jejich uspokojení bránit (Vágnerová, 2000). Kdy jsme však na roli rodiče zralí?

2.1.1 Biologická zralost

Na biologickou zralost, připravenost k rodičovství můžeme hledět jako na soubor několika splněných předpokladů. Prvním je tělesná proměna v období pubescence, které je významným biologickým mezníkem života člověka. Dochází k růstu postavy, proměně proporcí, začínají se objevovat sekundární pohlavní znaky a fungovat pohlavní orgány (Vágnerová, 2000). Základním předpokladem biologické zralosti je funkce pohlavních orgánů muže i ženy. U dívek dochází k menarché (první menstruaci), jež je důsledkem dozrání prvního oocytu, ve věku 12 let. U chlapců začínají dozrávat spermie ve věku 13 let.

Druhým předpokladem je schopnost uskutečnit pohlavní styk. Období, kdy k první zkušenosti s intimním stykem dochází, je období adolescence. Obvykle ještě nebývá součástí trvalejšího vztahu, ale má charakter experimentace. Vzhledem k nízkým či žádným zkušenostem s antikoncepčními metodami může docházet k nečekaným těhotenstvím nezletilých (Weiss, Zvěřina, 2001).

Třetím předpokladem je úspěšný průběh těhotenství zakončený porodem dítěte. Za období ideální k otěhotnění z pohledu ženské plodnosti se považuje 21. - 26. rok života ženy, kdy je na vrcholu plodnosti (Weiss, 2010). Období adolescence se považuje z hlediska otěhotnění za období rizikové. Dospívající těhotné mívají obvykle průběh těhotenství problematický, častěji hrozí předčasný porod (Machová, Hamanová, 2002). Na opačném pólu stojí těhotenství po 30. roce života ženy, které v dnešní době již není výjimečné. Bývá důsledkem odkládání uzavření trvalého partnerského vztahu a

budování kariéry. Mnozí odborníci považují těhotenství po 35. roce života ženy za rizikové. (Šilhavá, 2006). Klesá plodnost ženy a tím šance na otěhotnění. Samotný průběh těhotenství může být komplikovanější, s věkem ženy se také zvyšuje riziko genetických odchylek u dítěte.

2.1.2 Psycho-sociální zralost

Podíváme-li se na tuto oblast systematicky, a od počátku lidského života, za nejzákladnější předpoklad psycho-sociální zralosti k rodičovství lze považovat rané připoutání, attachment. Pokud dítě v nejranějším věku má uspokojenou svou potřebu citové jistoty a bezpečí, je milováno, přijímáno a pozitivně hodnoceno, je tak vytvořen základní předpoklad pro to, aby jednou dokázalo samo milovat a přijímat druhé, navazovat a budovat vztahy, pečovat o druhé. V opačném případě mluvíme o člověku trpícím citovou deprivací, který v důsledku mívá nižší sebedůvěru, pochybnosti o sobě samém a problémy v oblasti socializace. Navázání a budování partnerského vztahu, který by měl být základem pro založení rodiny, tak může být tímto faktem hluboce poznamenáno (Koukolík, 1996).

Dalším předpokladem je vyrůstání v úplné a funkční rodině, kde je dítě nejen přijímáno, ale kde jsou mu rodiče vzory, s nimiž se identifikuje. Traumatizující může být pro dítě rozpad či nefunkčnost rodiny, které vedou ke ztrátě pocitu jistoty a bezpečí domova. To může vést k potřebě tuto jistotu nějak posílit, což v období pubescence a adolescence obvykle vede k navazování předčasných vztahů s opačným pohlavím s touhou být někým přijat a milován.

Nemalým dílem přispívá do celku i samotné vrůstání do společnosti, vstup do školy, do sociální skupiny. Významným je období středního školního věku, kdy roste vliv vrstevnické skupiny. Roste potřeba identifikace se skupinou dětí stejného pohlaví, chlapci i dívky si uvědomují svou mužskou a ženskou roli (Vágnerová, 2000). V tomto věku se již objevují první projevy rodičovského chování, obzvláště při setkání s malými dětmi.

V období pubescence se stává velmi silnou potřeba přátelství a akceptace skupinou, v jejich důsledku tak začínají dospívající navazovat první vztahy s opačným pohlavím. Vliv skupiny může být v tomto období tak silný, že i jedinec, který ještě o takové aktivity sám zájem nejeví, o vztahy s opačným pohlavím bude usilovat, aby nebyl skupinou odmítnut.

Teprve v období adolescence začínají být partnerské vztahy důležité, ne vždy však jsou pro ně již osobnostně zralí.

2.2 TĚHOTENSTVÍ

Malou sondou se teď vrátím do hodin biologie, abych připomenula okamžik vzniku a vývoj lidského života před narozením. (Pařízek, 2008)

2.2.1 Početí

Z biologického pohledu začíná život člověka početím, tedy splnutím ženského oocytu (vajíčka) a mužské spermie. Okamžikem splnutí jader obou buněk je tu 46 chromozomů nové, jedinečné lidské bytosti, která začne samostatně řídit svůj vývoj. Asi týden trvá, než se oplozené vajíčko rozdělí do fáze blastocysty s několika stovkami diferencovaných buněk a doputuje vejcovodem do připravené, vyživené děložní sliznice, která mu po dobu příštích 38 týdnů bude poskytovat azyl.

2.2.2 Embryonální vývoj

Již 7-9. den od početí se do těla matky začne uvolňovat takové množství těhotenského hormonu (HCG), že lze těhotenství potvrdit těhotenským testem z moči či krve ženy. Malé embryo bezpečně uchycené v děložní sliznici se velmi rychle rozvíjí. 20. den od početí je patrné funkční srdce, které do formujícího se těla pumpuje krev, vytvářejí se základy mozku a postupně také všech orgánů. Na konci embryonálního období, měří embryo cca 4 cm a jsou položeny základy všech soustav.

2.2.3 Fetální vývoj

Během 3. měsíce se z embrya stává plod, orgány se postupně stávají funkčními, takže na konci měsíce měří plod cca 8-9 cm, a je kompletní, dokonalou, zformovanou lidskou bytostí, která během následujících týdnů bude růst a zrát, aby byla schopna přežít mimo matčino tělo. Ve 4. měsíci jsou diferencovány pohlavní orgány a během ultrazvukového vyšetření tak lze pohlaví dítěte již poměrně spolehlivě určit. Celková délka plodu se za 4 týdny zdvojnásobila na 16 cm, váha plodu je cca 120 g. V 5. měsíci plod dále roste,

dozrává, násobí svou váhu a je dost silné, aby opřením končetin o stěnu děložní vyvolalo tlak, který matka cítí jako pohyb dítěte. Plod reaguje na zvuky.

Ve druhé polovině těhotenství plod dále roste, zraje, ukládá se podkožní tuk a vyzrávají plíce. Od 24. týdne těhotenství, pokud dojde k předčasnému porodu, jsou již lékaři schopni takové dítě zachránit. Těhotenství končí porodem dítěte obvykle po 38 až 40 týdnech. V podmínkách ČR se tak nejčastěji děje v porodnickém zařízení, výjimečně v domácích podmínkách

2.3 PLÁNOVANÉ TĚHOTENSTVÍ

Ideální je, když rodičovství plánujeme, připravujeme se na něj a vyhlížíme ho s očekáváním. Jestliže jsme dozráli, abychom navázali hluboký láskyplný vztah, jeho součástí se ve většině případů dříve či později stanou i děti. I když není možné říci, že jsme všichni vhodnými adepty na roli matky a otce, většina z nás se jimi stane.

Rodičovská role je důležitou součástí identity dospělého člověka, je vysoce sociálně ceněná, nevratná a obvykle vede ke změně životní stylu. Přináší mnoho povinností, omezení, klade značné nároky na zodpovědnost. Přináší pozitivní zkušenost, ale představuje i zátěž. (Vágnerová, 2000)

Je-li těhotenství plánované, pozitivní těhotenský test přináší radost a očekávání budoucích věcí. Budoucí rodiče se na narození dítěte těší a připravují. Současně je ale období těhotenství i dobou fyzické i psychické zátěže. Budoucí maminka se vyrovnává nejen s měnícím se tělem a těhotenskými hormony, ale i s nevratností nové role a se strachem z budoucnosti. Klíčové je v této době spoluprožívání páru nastalých situací, podpora a empatie partnera.

2.4 NEPLÁNOVANÉ TĚHOTENSTVÍ

Ne vždy ale těhotenství přichází plánovaně. Na otázku, co je na nečekaném těhotenství nejvíc těžké, odpovídají posluchači během mého preventivního programu často: "To, že je nečekané." Máme své plány, představy, touhy, sny a nečekané těhotenství přichází náhle a vstoupí, aniž se ptá, zda jsme připraveni, a jak se se situací vyrovnáme.

Pozitivní těhotenský test sebou při nečekaném těhotenství obvykle přináší pocity tísně, nejistoty ohledně budoucnosti, obavy, jak bude reagovat partner, rodina, otázky, zda zvládnou těhotenství, porod, zda budu dobrou matkou, kolik to bude stát, ale i zvědavost, opatrnou radost, pocit smyslu a naplnění.

Od pozitivního těhotenského testu k rozhodnutí, zda se žena či dívka skutečně rozhodne si dítě ponechat a přijmout roli matky, je dlouhá cesta. Životní okolnosti, věk a postoj partnera a rodiny hrají v tomto rozhodování klíčovou roli.

2.4.1 Životní okolnosti

Okolnosti nečekaně těhotných žen a dívek mohou být velmi různorodé – může to být žena budující svou profesní kariéru, pro kterou opustit zaměstnání bude znamenat ztratit profesní prestiž a finanční jistoty. Nebo žena či dívka studující, připravující se teprve na svou profesní dráhu – pro ni to může znamenat, že přijetím role matky odsune svou odbornou přípravu stranou s tím, že se k ní v budoucnu možná vrátí. Nebo žena, matka dvou dětí, která třetí dítě již nechce, cítí se vyčerpaná, rodičovství ji zmáhá a je finančně nákladné. I žena v tísnivé finanční situaci, která každý měsíc rozmýšlí, zda bude mít na zaplacení všech pohledávek. Dále žena opuštěná partnerem, která na vše zůstala sama. Žena nevěrná, která se zapletla s kolegou, a těhotenství by ji prozradilo. Také žena nemocná, která se obává o své zdraví.

2.4.2 Věk

Také o věku platí, že ne vždy se cítíme na rodičovství připraveni. Ať už přijde moc brzy nebo naopak pozdě. Jinak se bude cítit nezletilá těhotná dívka a jinak žena po čtyřicítce. Pro nezletilou dívku, která do intimity vstoupila pravděpodobně velmi brzy a na trvalejší vztah a roli matky ještě není dostatečně osobnostně připravena, bývá strach z těhotenství velmi silný. Obává se reakce rodičů, reakce partnera, a zda je to ten pravý, obává se o svou budoucnost, o své studium, o svou sociální prestiž. Zralá žena se naopak může obávat o své zdraví a zdraví dítěte, zda bude mít ve svém věku dost sil se o dítě postarat, často i o svou profesní dráhu.

2.4.3 Postoj partnera a rodiny

Samotné početí dítěte je akt, kterého se zúčastnili oba z páru, i zodpovědnost za následky by měli nést oba a to navzdory tomu, že těhotenství probíhá v těle ženy. Navíc dítě není pouhou součástí těla ženy, o kterém žena rozhoduje, je jedinečnou lidskou bytostí, dočasným hostem v jejím těle. Rozhodování obou v páru je tak rozhodováním životním a o životě, o životě rodičů i jejich dítěte.

Stejnou váhu má též postoj rodiny. Velmi odlišnou atmosféru vytvoří prohlášení "chceš si zkazit život?" nebo "gratuluji, to je skvělé!". To, jak se k situaci rodina postaví, má za důsledek také to, jak se budou vztahy v rodině dále rozvíjet. Zda dají rodiče mladému páru podporu či se od jejich nové role distancují. Mnohdy za dlouholetým rozdělením v rodině stojí dávné křivdy. Nebo naopak těžká situace může rodinné vztahy velmi posílit a rodinu stmelit.

Velkou pomocí v této situaci mohou být poradny a linky pomoci, které nabízejí možnost si o dané situaci popovídat, sdílet obavy, nabízejí kontakt na odborníky z řad gynekologů či psychologů. Některé z poraden nabízejí i praktickou pomoc, jako iniciativa Nesoudíme, pomáháme (<http://nesoudimepomahame.cz/>) Pokud se žena či oba v páru rozhodnou, že nechtějí či nemohou dítě přijmout, nejsou ještě na konci celé cesty. Otevírá se před nimi totiž pohled na další křižovatku a to k rozhodnutí, zda uvolnit dítě po porodu k adopci nebo zda těhotenství uměle ukončit.

2.5 ADOPCE

V případě, že dítě nemůže vyrůstat ve své vlastní rodině, je třeba řešit jeho situaci umístěním do náhradní výchovné péče. Neoptimálnějším řešením je pak náhradní rodinná výchova, která má vždy přednost před výchovou ústavní.

Náhradní výchova je uskutečňována formou (www.adopce.com):

- náhradní rodinné péče (tzv. péče jiné osoby, osvojení neboli adopce, pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, poručnictví);
- ústavní péče (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do tří let věku, dětská centra, diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, domovy pro osoby se zdravotním postižením).

Ideální formou náhradní péče je osvojení (adopce). Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci z hlediska práva dítě za vlastní a získávají plnou rodičovskou zodpovědnost. Osvojením vzniká mezi osvojitelem a osvojencem vztah jako mezi rodičem a dítětem, rovněž tak vzniká vztah příbuzenský k ostatním členům rodiny osvojitele. Veškerá vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho původní rodinou osvojením zanikají. Osvojitelé mají rodičovskou zodpovědnost při výchově dětí.

2.5.1 Přímá adopce a dočasné pěstounství

Přímá adopce, někdy nazývaná též "otevřená adopce", je taková adopce, při které dítě do předadopční péče svěřují konkrétním osvojitelům sami rodiče. Rodiče mohou svůj souhlas odvolat až do právní moci osvojení. Velkým benefitem je, že se dítě dostává okamžitě do láskyplné péče nové osvojitelské rodiny, bez čekání v kojeneckém ústavu. Dobrou práci v této oblasti odvádí *Fond ohrožených dětí*, který přímou adopci pomáhá zprostředkovat.

Jestliže rodiče nikoho vhodného neznají, bude jejich dítě umístěno do kojeneckého ústavu či v lepším případě do péče dočasného pěstouna. Pěstounskou péči na dočasnou

dobu mohou využít děti, o které se jejich původní rodina nemůže nebo nechce starat. Orgány státní správy mají maximálně rok na to, aby situaci dítěte vyřešily a dítě mohlo přejít do původní, osvojitelské či jiné trvalé rodiny. Důležitou úlohou pěstounů je i podpora během předávání do definitivní rodiny a bezprostředně po předání. (<https://www.rpp.cz/>)

Pokud nemůže nebo nechce biologická matka řešit situaci formální cestou, může využít služby baby-boxu, kde lze dítě anonymně a bez postihu odložit. O dítě je okamžitě postaráno, a pokud se o něj biologické rodiče nepřihlásí, je nabídnuto k adopci.

2.5.2 Pozitiva a negativa adopcí

Mezi odborníky i laiky se vedou diskuse nad pozitivy a negativy adoptivní péče. Jedním z významných odborníků zabývajících se potřebou raného přijetí a následky ústavní výchovy na vývoj dětí byl také prof. Zdeněk Matějček. Z jeho dlouholeté práce, zkušeností a výzkumů vyplývají následující závěry (Matějček, 1999):

Mezi silné stránky adopce patří:

- dítě má šanci se narodit a prožít svůj život v milující náhradní rodině
- o dítě je postaráno, ačkoli biologická rodina toho nebyla schopna
- šance bezdětných, neplodných párů stát se rodiči
- biologická matka není vystavena rizikům umělého ukončení těhotenství

Mezi slabé stránky adopce patří:

- porodit dítě a vzdát se ho a vyrovnat se s touto ztrátou
- genetická výbava dítěte není známa, může tak přinést zdravotní či výchovná rizika
- adoptované dítě se musí s touto okolností svého života vyrovnat
- pro dítě se nepodaří najít náhradní rodina a zůstane v ústavní péči

V české společnosti se k problematice adopcí část populace nestaví příliš pozitivně. Matka, která se po porodu vzdá svého dítěte, je považována za krkavčí matku, společnost ji snadno odsoudí. Paradoxně jsou někteří více shovívaví k ženě, která se rozhodne pro umělé ukončení těhotenství (Matějček, 1999). Tímto řešením se také často žena vyhne tomu, aby se o jejím poklesku někdo dozvěděl, protože těhotenství lze ukončit dříve, než je na těle ženy fyzicky patrné. Na rozdíl od uvolnění dítěte k adopci, kdy žena absolvuje celé těhotenství a dítě porodí, obrazně řečeno celému světu na očích. Musí tak čelit otázkám okolí a odsuzujícím pohledům.

Přesto mám za to, že je uvolnění dítěte k adopci volbou dobrou, volbou pro život a šťastnou budoucnost dítěte.

2.6 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Umělé ukončení (přerušení) těhotenství, interrupce, je v ČR vymezeno zákonem takto: Na vlastní žádost pacientky se provádí do 12. týdne těhotenství, ze zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství. Do 16 let věku pacientky rozhoduje její zákonný zástupce, od 16 do 18 let se pacientka rozhoduje sama, ale její rodiče budou o zákroku informováni.

2.6.1 Metody umělého ukončení těhotenství

Žena může v raném stadiu těhotenství, do 7. týdne, zvolit k ukončení těhotenství tzv. potratovou pilulku, kdy jsou jí ambulantně podány postupně 4 tablety s účinnými látkami, z nichž první 3 tablety zabrání embryu, aby v děloze dostávalo kyslík a výživu a tím způsobí jeho odumření a poslední tableta po cca 48 hodinách vypudí odumřelé embryo z dělohy. Cca 10% těchto zákroků vyžaduje následný chirurgický výkon. (www.miniinterrupce.cz)

Případně může zvolit do 12. týdne zákrok chirurgický. V celkové anestezii je nejprve provedena dilatace (rozšíření) děložního hrdla k samotnému vykonání zákroku. Operatér používá podle stáří embrya či plodu metodu vakuumaspirace (odsátí) případně doplněnou kyretáží k odstranění částí tkáně těla dítěte, placenty, plodových obalů a děložní sliznice. (www.interrupce.info)

Po zákroku jsou ženě doporučena zvýšená hygienická opatření k zabránění infekce. V případě komplikací by měla navštívit gynekologa.

Od 12. do 24. týdně těhotenství je možné jej ukončit pouze na základě zdravotní indikace a to medikamentózně, kdy se aplikují léky, které způsobí vypuzení plodu z dělohy.

2.6.2 Následky umělého ukončení těhotenství

Těhotenství skončilo, život dítěte skončil. Jak se s tímto faktem tělo ženy a její psychika vyrovná? Tělo ženy se připravovalo k porodu a narození dítěte. Může tento umělý zásah způsobit nějaké komplikace?

Ze statistik vyplývá, že bezprostřední fyzické komplikace umělého ukončení těhotenství se týkají cca 10 % žen. Studie u dlouhodobých komplikací uvádějí 17-25% žen (Alcorn, 2004, str. 71) Mezi nejčastější patří poškození hrdla děložního při dilataci, jehož následkem může v následných těhotenstvích docházet k opakovaným samovolným potratům či předčasným porodům. Dalším častým následkem bývá infekce, způsobující srůsty vejcovodů. Úplná neprostupnost vejcovodů je příčinou neplodnosti žen, částečná neprostupnost bývá příčinou mimoděložních těhotenství. Jako nejvíc ohrožující se ukazují zákroky u mladých, ještě nerodivších dívek.

Psychické následky umělého ukončení těhotenství mají statistická data výrazně vyšší. Až 80% žen trpí po zákroku projevy tzv. postabortivního syndromu, jenž patří do kategorie posttraumatické stresové poruchy. Mezi projevy tohoto syndromu patří: pocity viny, úzkost, sklíčenost, myšlenky na sebevraždu, syndrom výročí, opětovné prožívání potratu, úzkost ohledně plodnosti a rození dětí, přerušování procesu přilnutí, zneužívání návykových látek, promiskuitní chování, narušení partnerských vztahů. (www.prolife.cz)

Základní příčinou rozvoje postabortivního syndromu je, když žena nečelí svým emocím a netruchlí nad svou ztrátou. Více ohroženy jsou ženy mladistvé, ženy bezdětné, ženy, které byly k potratu přinuceny, ženy, pro které potrat znamená konflikt hodnot. (Freedová, Salazarová, 2008). V jednom z průzkumů 83% žen uvedlo, že by své dítě donosily, kdyby je v tom podpořil přítel, rodina, nebo jiní blízcí. (Alcorn, 2004, str. 75)

Prožívat takovou ztrátu je pro ženu i muže velmi stresující, často se s ní vyrovnávají po zbytek svého života a tak mi nezbyvá než vyslovit přání, aby se páry do situace, kdy se budou muset takto rozhodovat, nikdy nedostali. Dobrou metodou, jak jim v tom pomoci a to ještě před začátkem intimního života, je primární prevence.

2.7 PRIMÁRNÍ PREVENCE

2.7.1 Definice pojmů

Primární prevence - veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným s rizikových chováním, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich řešení.

Specifická primární prevence - jedná se o setkání dětí a dospívajících v menších skupinách, kde se učí formulovat vlastní názory, přemýšlet nad svými postoji, vzájemně předávání zkušeností a nácvik situací, zvládat stresové situace, odolávat nátlaku, strachu, úzkosti aj.

Nespecifická primární prevence - zahrnuje aktivity k podpoře zdravého životního stylu a kvalitního trávení volného času.

Primární prevence všeobecná – zaměřuje se na skupiny dětí a mládeže, u kterých rizikové chování ještě není patrné, cílem je, aby se také chování vůbec neobjevilo.

Primární prevence selektivní – zaměřuje se na ohroženou skupinu, u které je vyšší pravděpodobnost výskytu rizikového chování.

Primární prevence indikovaná – realizuje se v případě záchytu rizikového chování, s cílem snížit četnost tohoto chování a jeho následky (Miovský, 2015)

2.7.2 Rizikové chování

Rizikové chování lze charakterizovat jako chování, které má negativní dopady na fyzické či psychické fungování člověka a které je ohrožující i pro jeho okolí. (Miovský, 2015, str.161). Mezi formy rizikového chování zařazujeme:

- rizikové zdravotní návyky (pití alkoholu, kouření, užívání drog, nezdravé stravovací návyky, nedostatečná či nadměrná pohybová aktivita)

- rizikové sexuální chování (předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, pohlavní styk s rizikovými partnery, předčasné mateřství a rodičovství)
- interpersonální agresivní chování (násilné chování, šikana, týrání, rasová nesnášenlivost, diskriminace skupin, extremismus)
- delikventní chování k majetku (krádeže, vandalismus, sprejerství)
- hráčství (gambling)
- rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím (záškoláctví, neplnění školních povinností, předčasné ukončení vzdělávání)
- rizikové sportovní aktivity (adrenalinové a extrémní sporty)

2.7.3 Prevence rizikového chování ve školství

Rizikové chování se považuje za jeden z atributů adolescence, velká část dospívajících má s tímto chováním nějakou zkušenost, v pozdějších fázích vývoje však tyto projevy odeznívají. Výzkumy ale dokládají, že konkrétní formy rizikového chování mohou vést k rozvoji závažnějších poruch. (Miovský, 2015, str. 52)

Školská primární prevence má za cíl tomuto rizikovému chování předcházet. Dle doporučení MŠMT zahrnuje školská primární prevence tvorbu a realizaci preventivního programu školy, jenž je v kompetenci školního metodika prevence. Jednotlivé preventivní aktivity realizuje školní metodik prevence osobně či ve spolupráci se svými pedagogickými kolegy. V případě potřeby kontaktuje externí organizace, poskytující programy všeobecné, selektivní či indikované primární prevence.

MŠMT doporučuje, aby školy z externích organizací využívali ty, které prošly certifikací odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence. Díky udělení certifikaci má škola možnost uznat odborný kredit daného programu a rozhodnout se tak, zda pro své žáky program objedná. (Miovský, Prevence rizikového chování ve školství, 2015, str. 175)

2.8 PREVENCE NEPLÁNOVANÝCH TĚHOTENSTVÍ A INTERRUPCIÍ (PNTI)

2.8.1 Představení programu

Program PNTI je součástí uceleného preventivního programu Národní iniciativy pro život, o.p.s. (<http://www.niz.cz/>), který zahrnuje celkem 3 jednotlivé programy pro 3., 5. a 9. ročník ZŠ. Pro 3. ročník je to program *Moje cesta na svět*, který citlivým způsobem otevírá téma vzniku lidského života, prenatálního vývoje a narození člověka. Pro 5. ročník, v programu *Moje cesta na svět PLUS*, se téma dále rozvíjí a obohacuje tématem dopívání. Pro 9. ročník to je program *Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí*, který bude v rámci praktické části této práce také dále evaluován.

Program PNTI je určen pro žáky 9. ročníku ZŠ nebo kvarty, případně kvinty osmiletých gymnázií. Celková délka programu jsou 4 hodiny, 2 setkání po 2 hodinách. Realizuje se na základě uzavřené smlouvy se školou, v daném kolektivu třídy a pro obě pohlaví společně. Během programu jsou respektována sdělená specifika a potřeby posluchačů a měl by být vždy přítomen vyučující.

Pro zajištění realizace programu je třeba učebna s dataprojektorem, lektor má k dispozici prezentaci, modely plodů a preventivní spoty (každý v délce cca 2 minuty). Po realizaci programu lektor vyhotoví záznam z programu, vyhodnotí dotazníky od žáků a spolu se závěrečnou zprávou vše odesílá škole. Přítomný vyučující a školní metodik prevence realizovaný program také hodnotí.

Cílem programu PNTI je prevence sexuálního rizikového chování, především přispět k uvědomění si hodnoty lidského života a vlastní zodpovědnosti v oblasti intimity, předejít předčasnému začátku intimního života, předčasnému mateřství a rodičovství a rizikům umělého ukončení těhotenství dopívajících.

Ačkoli je především první část programu velmi nabitá informacemi, není to jen program informativní, který pouze zvyšuje znalosti cílové skupiny o daném tématu a o rizikovém chování. Je zaměřen také rozvoj životních dovedností, tj. na rozhodovací schopnosti a nácvik dovedností a na intrapersonální rozvoj, tedy uvědomování si hodnot a stanovování norem. Cílem je podpora dovedností, nezbytných pro racionální

rozhodování. Učí posluchače uvědomovat se své osobní hodnoty a přijmout následky svého chování.

2.8.2 Struktura programu

1. setkání

1. vyučovací hodina

- Představení lektora, programu
- Plodnost, početí - podmínky početí (plodnost ženy a muže, životnost vajíčka a spermie, okolnosti početí), splynutí vajíčka a spermie
- Blastogeneze - rýhování oplozeného vejce, cesta vejcovodem, diferenciací buněk, implantace blastocysty do děložní sliznice, absence menstruačního krvácení
- Embryonální období - základy všech orgánů a org. soustav, jednotlivé týdny a co se vytváří, citlivost zárodka na jakékoli zásahy (fyzikální, chemické, biologické)
- Fetální období - jednotlivé lunární měsíce a co se během nich děje
- Porod - doba otevírací, vypuzovací, k lůžku, retrakce dělohy

2. vyučovací hodina

- Nečekané těhotenství - faktory při rozhodování, postoj partnera, těhotenství nezletilých
- Adopce - neplodné páry, v čem, pro koho je adopce dobrá, v čem, pro koho je adopce těžká

- Umělé ukončení těhotenství - zákon, jednotlivé metody (medikamentní, chirurgické), statistika v ČR , možná rizika pro matku
- Zodpovědnost aneb co dělat, abychom nečekanému těhotenství čelit nemuseli - začátek intimního života, zodpovědnost za své jednání, proč s intimitou nespěchat, výběr životního partnera, intimita v láskyplném vztahu, antikoncepční metody – seznámení s mechanismem účinku
- Otázky, příprava na diskuse, rozloučení

2. setkání (cca po týdnu po 1. setkání)

3. vyučovací hodina

- Přivítání posluchačů
- Putování modelu (10ti týdenního plodu) mezi posluchači - co posluchače zaujalo a prostor pro dotazy
- Spot OSOBNOST – diskuse nad začátkem a jedinečností lidského života, právo ženy na svobodnou volbu vs. právo dítěte na život, jak respektovat právo obou
- Co dělat, abychom nečekanému těhotenství čelit nemuseli – diskuse nad jednotlivými body a hra (začátek intimního života, proč nespěchat a proč někteří spěchají, výběr životního partnera, intimita v láskyplné vztahu, antikoncepční metody – mechanismus účinku a jejich pozitiva a negativa)

4. vyučovací hodina

- Spot RETROSPEKTIVA – diskuse nad nečekaným těhotenstvím – co hraje roli v rozhodování, zda si dítě necháme, těhotenství nezletilých, těhotenství mimo láskyplný vztah

- Hra na nečekané těhotenství – hra pro dvojice, pozitivní těhotenský test, sdílí navzájem, čeho se nejvíc bojí a jak situaci vyřeší, následně diskuse s celou třídou, příběhy
- Závěrečné otázky
- Hodnocení programu – dotazníčky pro účastníky
- Přání a rozloučení s posluchači, předání kontaktu na lektora
- Hodnocení programu s vyučujícím

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V praktické části bakalářské práce se budu zabývat evaluací představeného programu Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí, jehož jsem autorkou. Cílem výzkumu je prokázat zvýšenou informovanost a změnu postojů absolventů programu v dané problematice. Dílčím cílem je zjistit, jak program hodnotí vyučující, kteří se ho účastnili.

Výzkumné otázky:

1. Jak hodnotí respondenti, účastníci programu subjektivně své znalosti v dané problematice před programem a po něm?
2. Do jaké míry je tento program pro studenty informačně přínosný?
3. Vyjadřují respondenti názor, že za vznik nečekaného těhotenství mají zodpovědnost oba partneři?
4. Dokáží se účastníci orientovat v možných řešeních nečekaného těhotenství?

3.2 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

Na základě stanoveného cíle výzkumu a výzkumných otázek, nyní vyslovuji tyto výzkumné předpoklady, které budou v rámci výzkumu podrobeny zkoumání a budou potvrzeny či vyvráceny.

1. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina účastníků programu bude subjektivně hodnotit, že se jejich znalost dané problematiky absolvováním programu zvýšila.

2. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina respondentů bude po absolvování programu uvádět správně odpovědi na znalostní otázky v dotazníku.

3. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina respondentů bude po absolvování programu uvádět, že zodpovědnost za vznik nečekaného těhotenství nesou oba partneri.

4. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina respondentů bude po absolvování programu schopna formulovat adekvátní řešení modelové situace nečekaného těhotenství.

3.3 METODIKA VÝZKUMU

Ve společenskovedním výzkumu se využívají dvě formy, a to výzkum kvantitativní a kvalitativní (Gavora, 2010). Ve své práci budu využívat smíšené výzkumné strategie. Pro naplnění hlavního cíle jsem vytvořila dotazník. Pro dílčí cíl jsem použila strukturovaný rozhovor.

3.3.1 Dotazník

Dotazník obsahuje celkem 12 otázek, z toho 4 otevřené a 8 uzavřených, kde měli respondenti možnost z výběru 2 a více možností. První otázka byla demografická a zjišťovala věk a pohlaví respondenta. Druhá až pátá otázka se dotazuje na subjektivní představy respondentů o jejich znalostech v dané problematice. Šestá až desátá otázka testuje objektivní znalost respondentů. Jedenáctá a dvanáctá testuje postoje respondentů.

3.3.2 Předvýzkum

V rámci předvýzkumu jsem v průběhu měsíce listopadu 2016 testovala funkčnost dotazníku, srozumitelnost jednotlivých otázek a časovou náročnost vyplnění. Předvýzkum proběhl po předchozí domluvě s vedením školy v 9. ročníku ZŠ Chotěšov, účastnilo se ho 20 respondentů. Na základě tohoto předvýzkumu jsem upravila formulaci 2 otázek, aby byly respondentům srozumitelnější. Šlo o otázky č. 9 a 10.

3.3.3 Výzkum

Výzkum probíhal v průběhu prosince 2016 a ledna 2017 v 6 třídách 9. ročníku na 4 základních školách v plzeňském kraji (ZŠ Město Touškov, ZŠ Kasejovice, ZŠ Heřmanova Huť a 11. ZŠ Plzeň).

S vedením školy jsem vyjednala, zda mohu před programem a po něm účastníky požádat o vyplnění dotazníku. Výběrový soubor bylo 103 (pre-test) a 88 (post-test) žáků z 6 tříd základních škol. Rozdíl v počtu respondentů pre-testu a post-testu je dán přirozenou absencí žáků na druhé části programu, obvykle z důvodu nemoci.

Žáci byli požádáni o vyplnění dotazníku na začátku preventivního programu (pre - test) a po jeho skončení (post - test). Na žádost o vyplnění dotazníku reagovali pozitivně, nikdo vyplnění dotazníku neodmítl.

Po skončení programu jsem požádala přítomné vyučující, aby se k programu též vyjádřili.

Následně jsem v průběhu měsíce února 2017 dotazníky vyhodnocovala a došla jsem tak k následujícím závěrům výzkumu.

3.4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

3.4.1 Vyhodnocení pre – testu

První otázka dotazníku je zaměřena na pohlaví a věk respondentů.

Pre – testu se zúčastnilo celkem 103 respondentů, z toho 54 chlapců a 49 dívek, ve věku 14-15 let.

3.4.1.1 Vyhodnocení otázek subjektivní znalosti respondentů

Otázky č. 2-5 byly zaměřeny na subjektivní představu respondentů o jejich znalostech v tázané problematice.

Dále se budu zabývat také tím, zda jejich subjektivní hodnocení vlastních znalostí koreluje se znalostí skutečnou, a to ve srovnání s otázkami zaměřenými na znalost (č. 6 - 10).

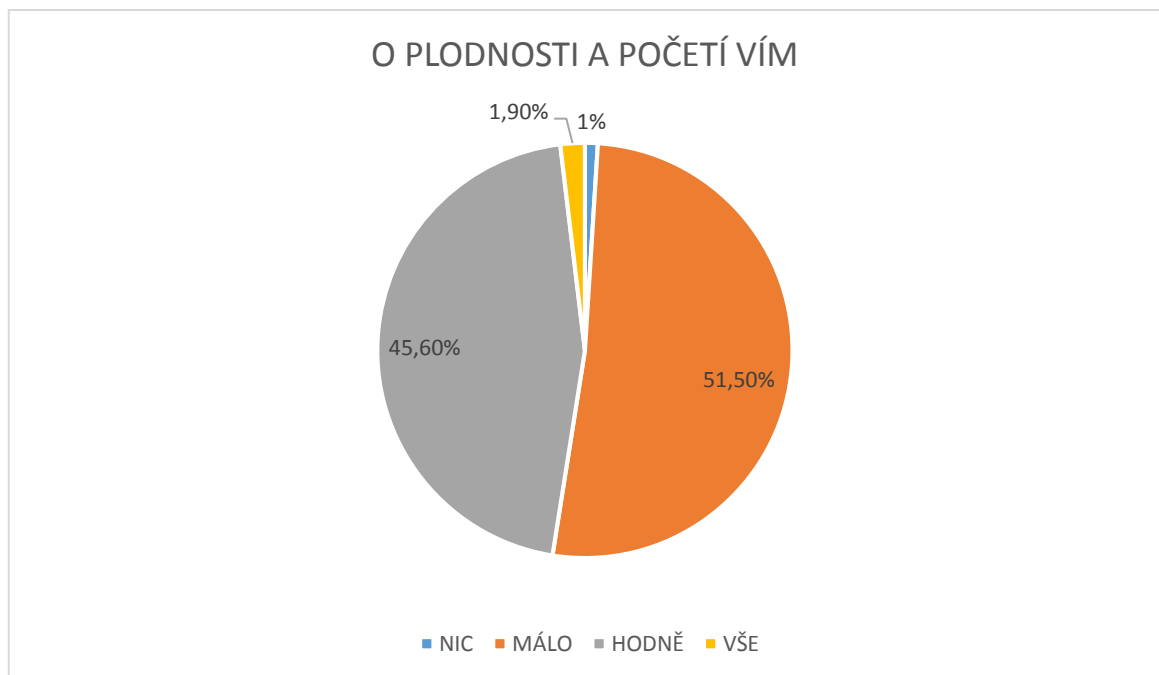
Otázka č. 2

Otázka č. 2 zjišťovala, jak respondenti hodnotí subjektivně svou znalost plodnosti člověka a početí.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky rozporupně, zhruba polovina (51,5%) ví o problematice málo, 47,6% respondentů subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

U otázky č. 6 a 7 se později zaměřím na to, zda jejich subjektivní dojem skutečně odpovídá jejich znalosti.

Graf č. 1. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o plodnosti a početí (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=103$).



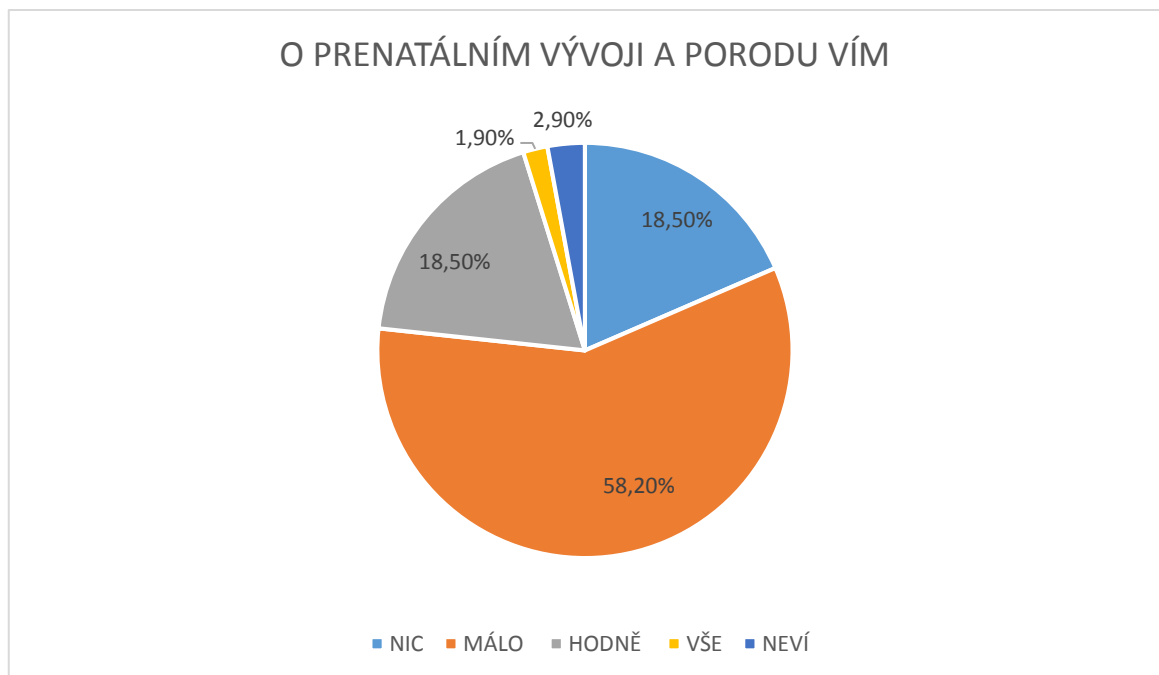
Otázka č. 3

Otázka č. 3 zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí svou znalost prenatalního vývoje a porodu.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky tak, že 58,2 % respondentů hodnotí, že ví málo, 20,4% respondentů subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

U otázky č.8 se později zaměřím na to, zda jejich subjektivní dojem skutečně odpovídá jejich znalosti.

Graf č. 2. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o prenatalním vývoji a porodu (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=103$).



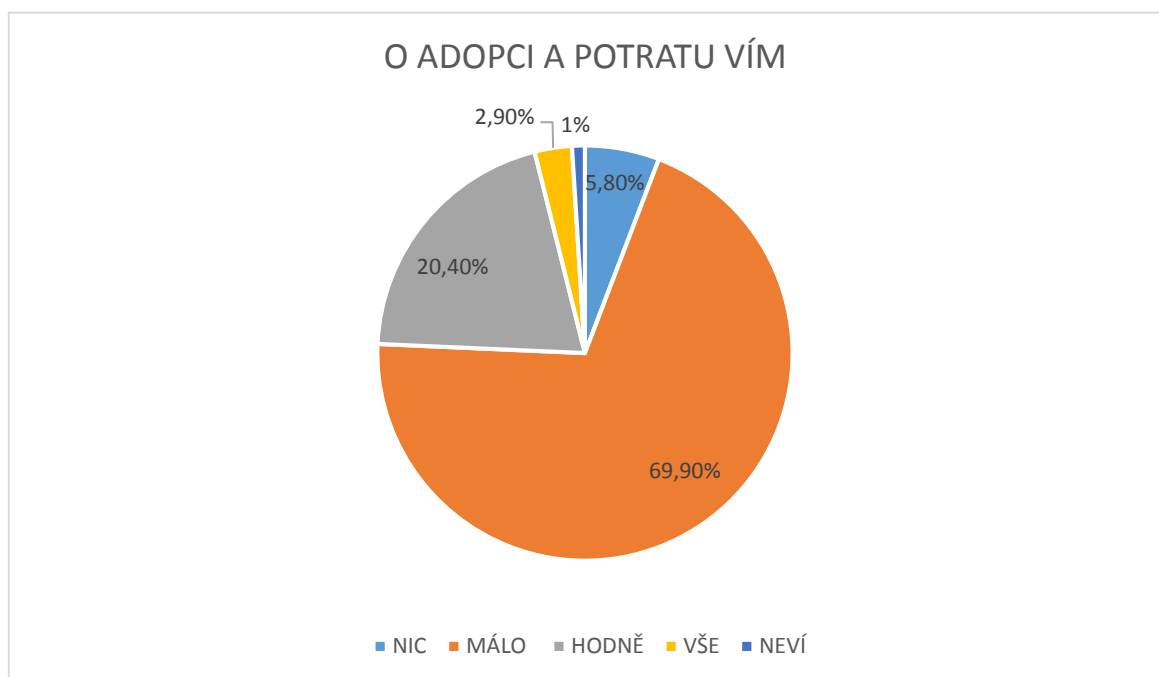
Otázka č. 4

Otázka č. 4 zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí svou znalost v oblasti adopce a potratu.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky takto: 75,7% respondentů subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví málo nebo nic. Jen 23,3% respondentů hodnotí svou znalost lépe (hodně nebo vše)

U otázky č.9 se později zaměřím na to, zda jejich subjektivní dojem skutečně odpovídá jejich znalosti.

Graf č. 3. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí v oblasti adopce a potratu(údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=103$).

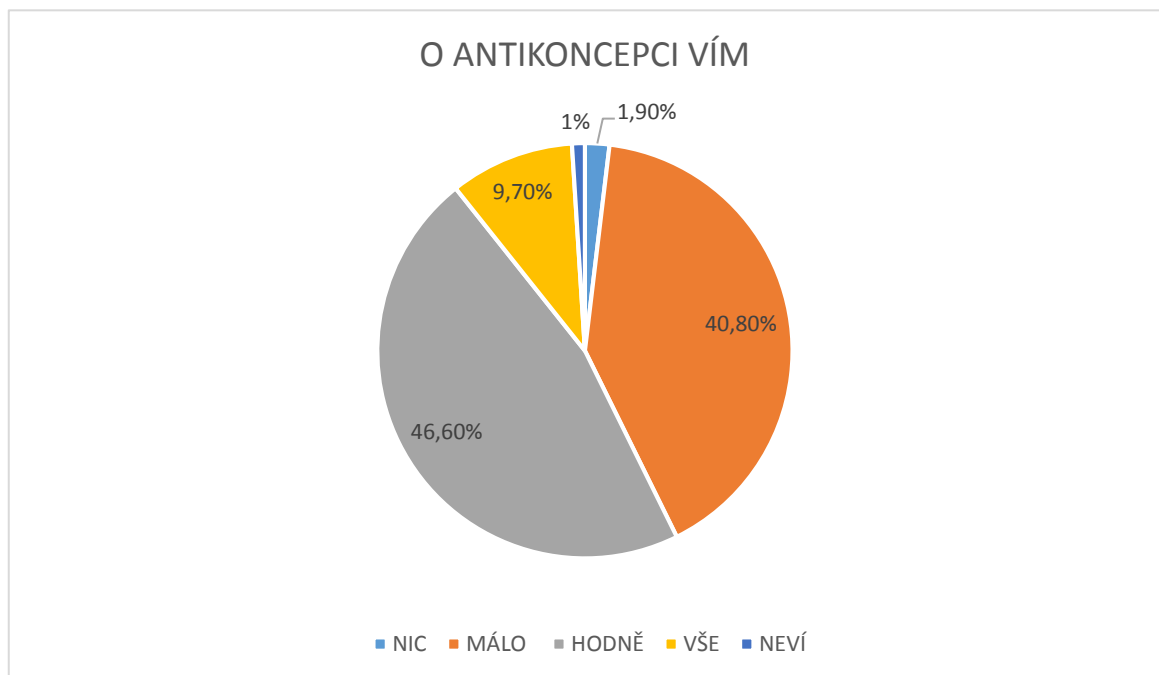


Otázka č. 5

Otázka č. 5 zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí svou znalost antikoncepčních metod.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky takto: 56,3% respondentů subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, současně 42,7% respondentů hodnotí svou znalost hůře (ví málo nebo nic).

Graf č. 4. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí antikoncepčních metod (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=103$).



3.4.1.2 Vyhodnocení otázek objektivní znalosti respondentů

Otázky č. 6-10 byly zaměřeny na měření znalosti respondentů v tázané problematice.

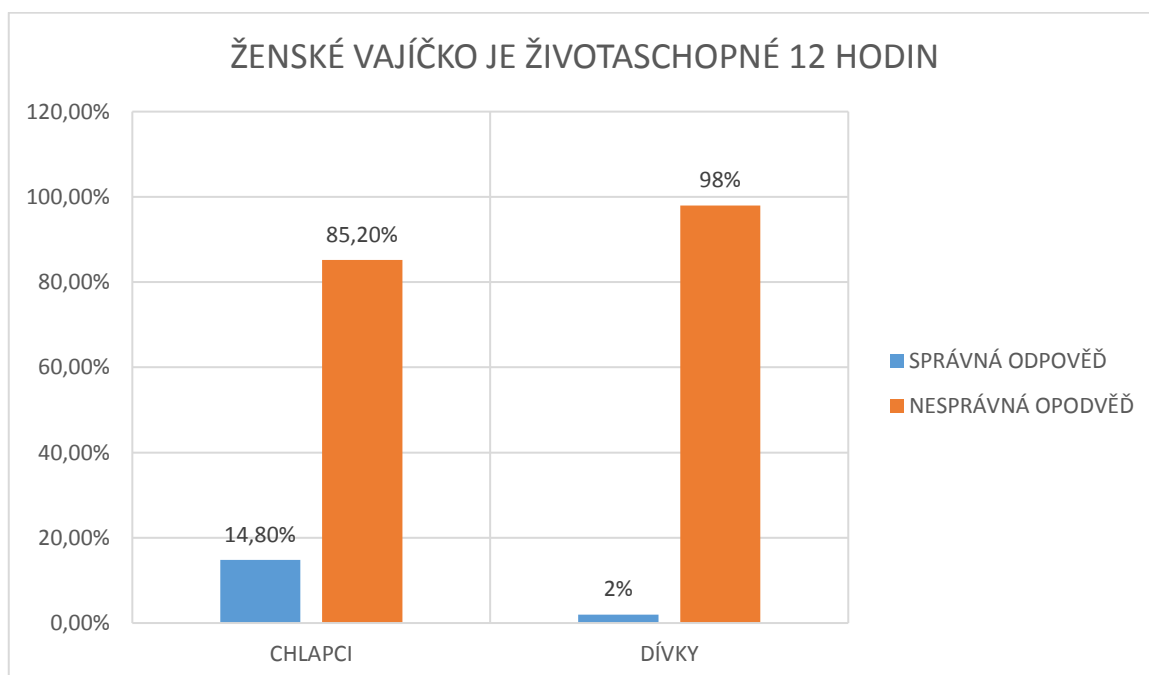
Otázka č. 6

Otázka č. 6 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, jak dlouho je životaschopné ženské vajíčko.

Správnou odpověď – 12 hodin - určilo jen 8,7% respondentů. Nesprávně odpovědělo 91,3% respondentů. Jejich znalost tázané problematiky je tedy velmi malá.

V souvislosti s otázkou č. 2 jsem sledovala, zda 47,6% respondentů, kteří subjektivně hodnotili, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, dokázali na tuto otázku odpovědět fakticky správně. Výzkum ukázal, že 91,8% z nich odpovědělo na otázku nesprávně nebo vůbec. Ačkoli tedy téměř polovina respondentů hodnotí subjektivně svou znalost tázané problematiky optimisticky, objektivní znalost respondentů tomu neodpovídá.

Graf č. 5. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti o životaschopnosti ženského vajíčka (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=54$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=49$).



Otázka č. 7

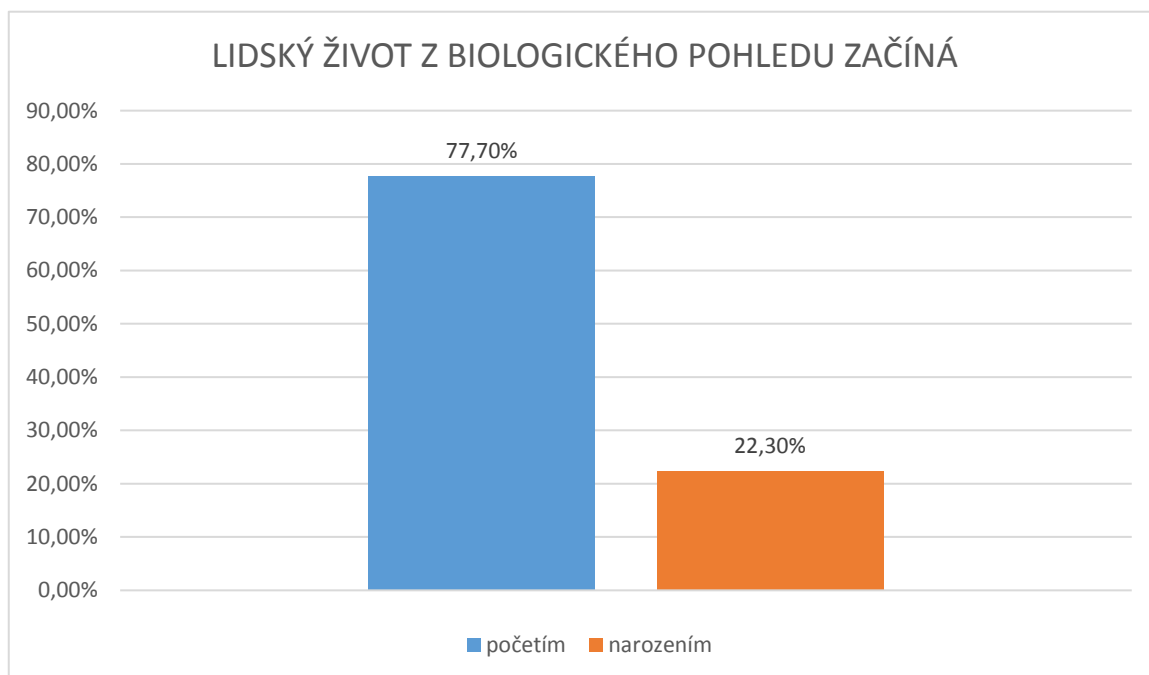
Otázka č. 7 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, kdy z biologického pohledu začíná lidský život.

Správnou odpověď – početím - zvolilo v dotazníku 77,7% respondentů, mezi chlapci a dívkami nebyl významný rozdíl.

Jejich znalost tázané problematiky je na dobré úrovni.

V souvislosti s otázkou č. 2 jsem sledovala, zda 47,6% respondentů, kteří subjektivně hodnotili, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, dokázali na tuto otázku odpovědět fakticky správně. Výzkum ukázal, že jen 22,4% z těchto respondentů odpovědělo na otázku nesprávně nebo vůbec. Mohu tedy konstatovat, že subjektivní dojem větší části respondentů odpovídá realitě v tázané problematice.

Graf č. 6. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti biologického začátku lidského života (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100%$, $n_i=103$).



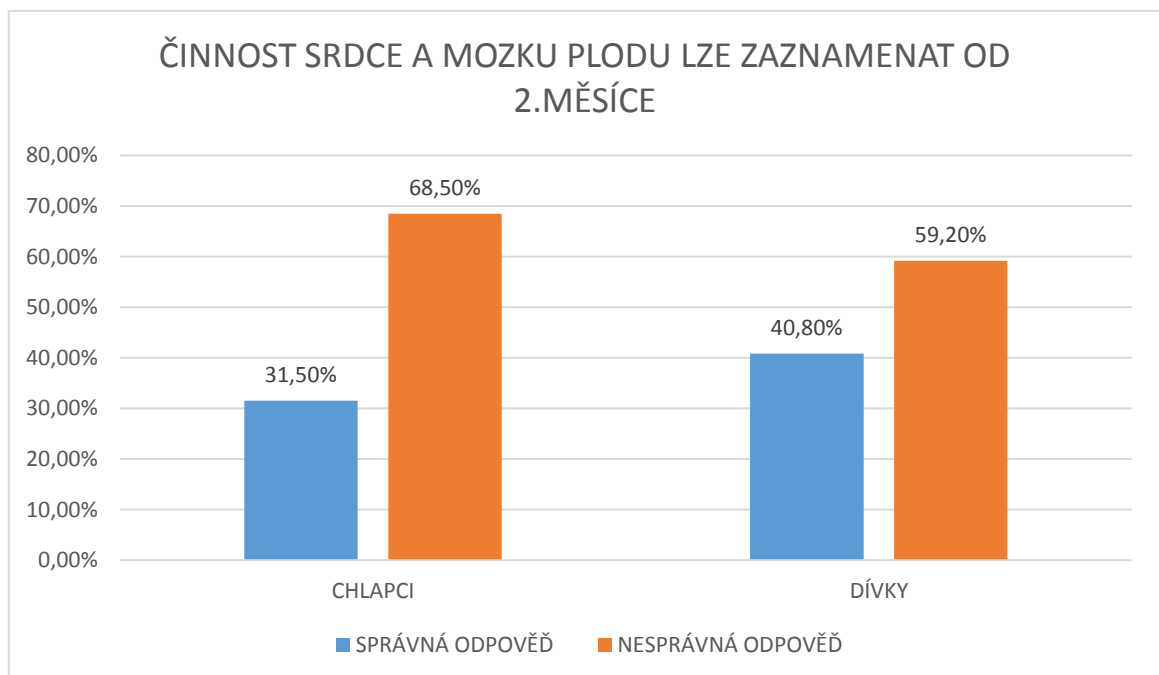
Otázka č. 8

Otázka č. 8 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, od kdy je možné u plodu rozeznat činnost srdce a mozku.

Správnou odpověď - od 2 měsíců - zvolilo 35,9% respondentů, zaznamenala jsem mírný rozdíl mezi chlapci a dívkami. Jejich znalost tázané problematiky je tedy poměrně malá.

V souvislosti s otázkou č. 3 jsem sledovala, zda 20,4% respondentů, kteří subjektivně hodnotili, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, dokázali na tuto otázku odpovědět fakticky správně. Výzkum ukázal, že více než polovina (57,1%) z těchto respondentů odpovědělo na otázku nesprávně nebo vůbec. Objektivně jejich znalost tedy neodpovídá jejich subjektivnímu dojmu.

Graf č. 7. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti o činnosti srdce a mozku u lidského plodu (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=54$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=49$).



Otázka č. 9

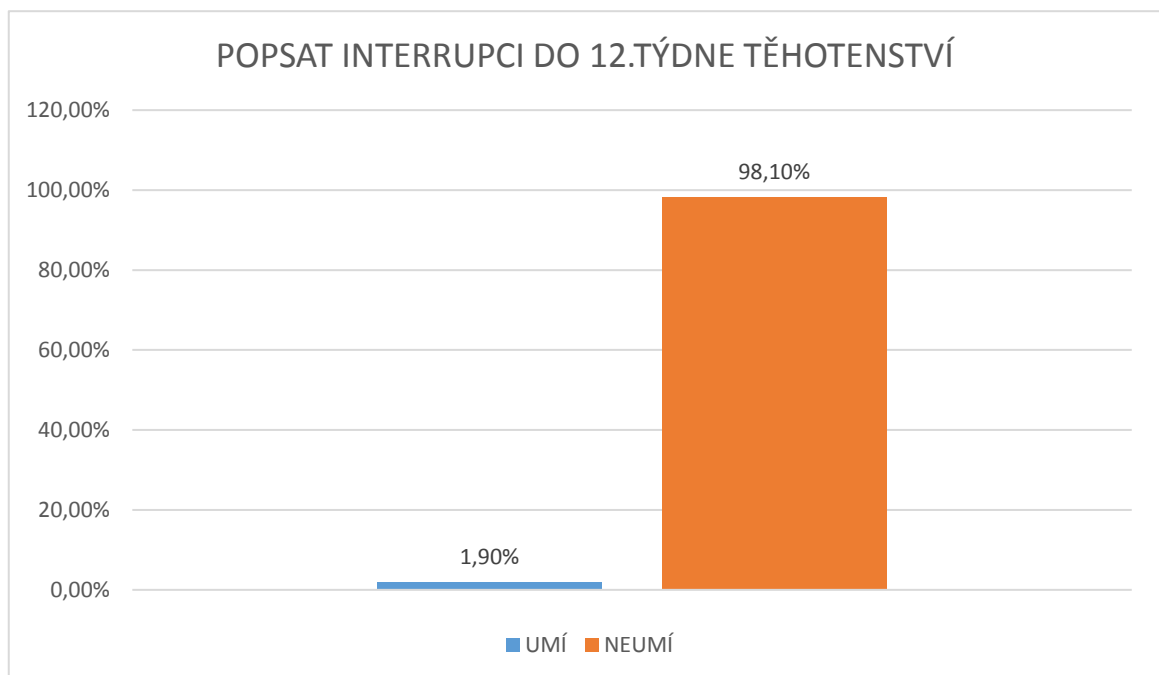
Otázka č. 9 zjišťovala, zda respondenti dokáží popsat, jak se v ČR do 12. týdne těhotenství provádí interrupce (potrat).

Většina respondentů na otázku nedokázala odpovědět vůbec, nebo jen velmi obecně. Např. „dojde ke své gynekoložce“, nebo „operací dítě odstraní“

Jen 2 respondenti (dívky), tj. 1,9% ze všech dotázaných, odpovědělo konkrétně a fakticky správně a to takto: „z dělohy je odsát vak s plodem“ a „do vagíny se zavede trubička, která odsaje plod z dělohy“.

V souvislosti s otázkou č. 4, kde 23,3% respondentů subjektivně hodnotilo, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, výzkum ukázal, že jejich znalost je naprosto minimální a jejich subjektivní dojem neodpovídá skutečné znalosti.

Graf č. 8. Odpovědi na otázku, jak se provádí v ČR interrupce do 12.týdne těhotenství (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100%$, $n_i=103$).



Otázka č. 10

Otázka č. 10 zjišťovala, kolik respondenti dokáží pojmenovat antikoncepčních metod.

Nejčastěji jmenovanou metodou u chlapců byla hormonální antikoncepce v tabletách a kondom, u dívek hormonální antikoncepce v tabletách.

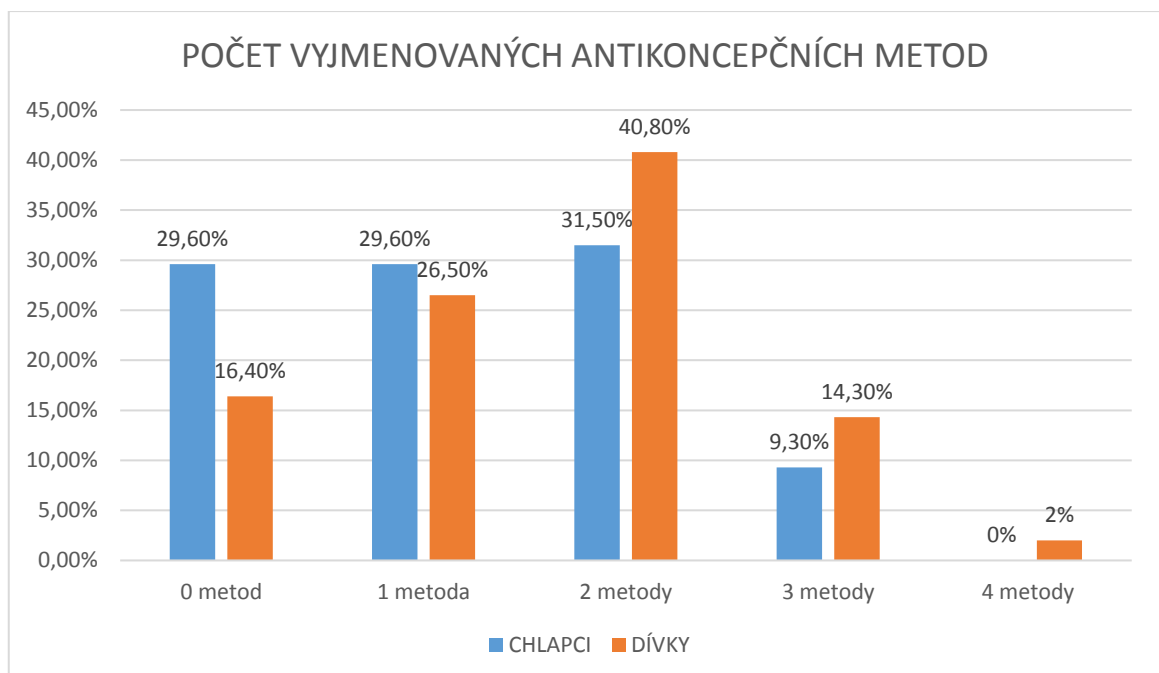
Téměř ¼ respondentů (23,3%) nedokázala vyjmenovat žádnou antikoncepční metodu.

Nejvíce respondentů (35,9%) dokázalo vyjmenovat 2 antikoncepční metody.

Žádný z chlapců nejmenoval jako antikoncepční metodu: spermicidy, postkoitální antikoncepci a symptotermální metodu. Žádná z dívek nejmenovala jako antikoncepční metodu spermicidy, postkoitální antikoncepci, symptotermální metodu a ani přerušovanou soulož.

Chlapci, kteří jmenovali pouze jednu antikoncepční metodu, volili v 62,5% hormonální antikoncepci, jen ve 37,5% kondom.

Graf č. 9. Odpovědi na otázku, jaké znají respondenti antikoncepční metody (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=54$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=49$).



3.4.1.3 Vyhodnocení postojových otázek

Otázky č. 11 a 12 byly zaměřeny na měření postojů respondentů v tázané problematice.

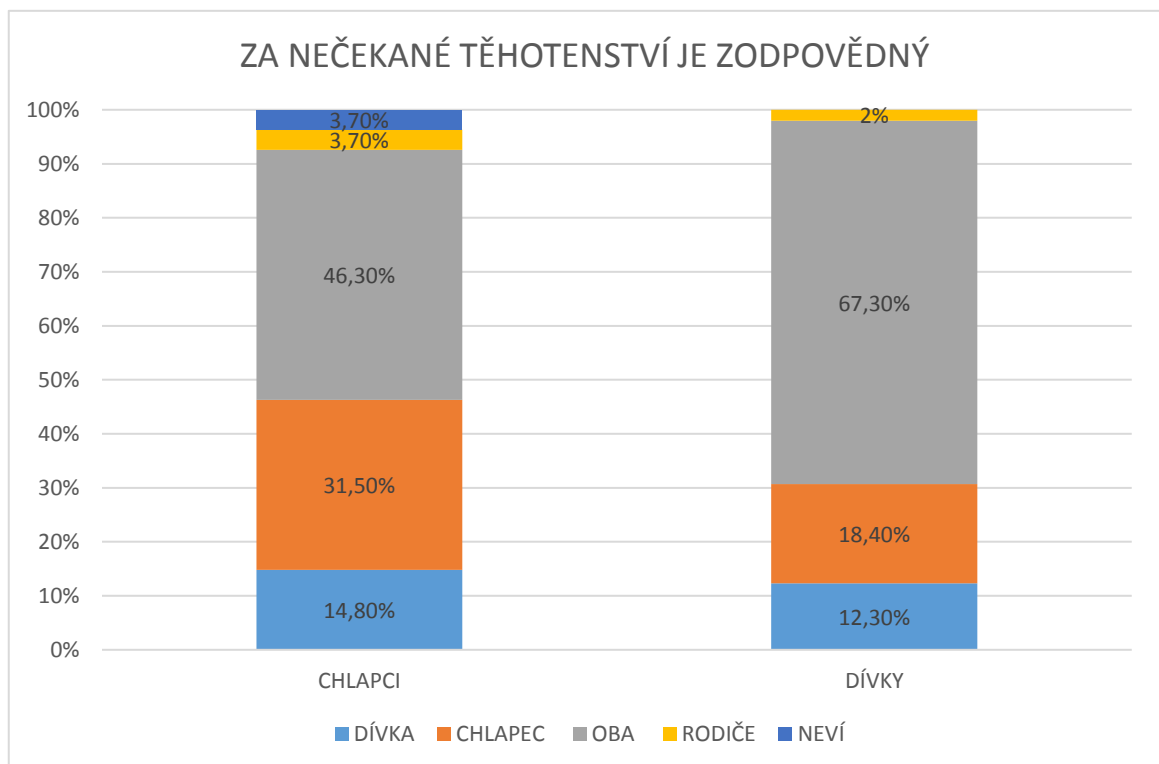
Otázka č. 11

Otázka č. 11 zjišťovala, jaký postoj zauímají respondenti k zodpovědnosti za nečekané těhotenství.

V předloženém příběhu se měli zamyslet nad tím, kdo je zodpovědný za nečekané těhotenství. Otázka byla položena jako otevřená, bez návrhu možností.

Chlapci a dívky se ve svých postojích mírně lišili, souhrnně za obě pohlaví lze uvést, že 13,6% respondentů si myslí, že za danou situaci je zodpovědná dívka. 25,3% má za to, že je zodpovědný chlapec. Více než polovina respondentů (56,3%) soudí, že jsou zodpovědní oba. 2,9% respondentů dává zodpovědnost rodičům a 1,9% respondentů (2chlapci) na otázku nedokázali odpovědět.

Graf č. 10. Odpovědi na otázku, kdo je zodpovědný za nečekané těhotenství (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=54$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=49$).



Otázka č. 12

Otázka č. 12 zjišťovala, jaký postoj zaujímají respondenti k řešení nečekaného těhotenství.

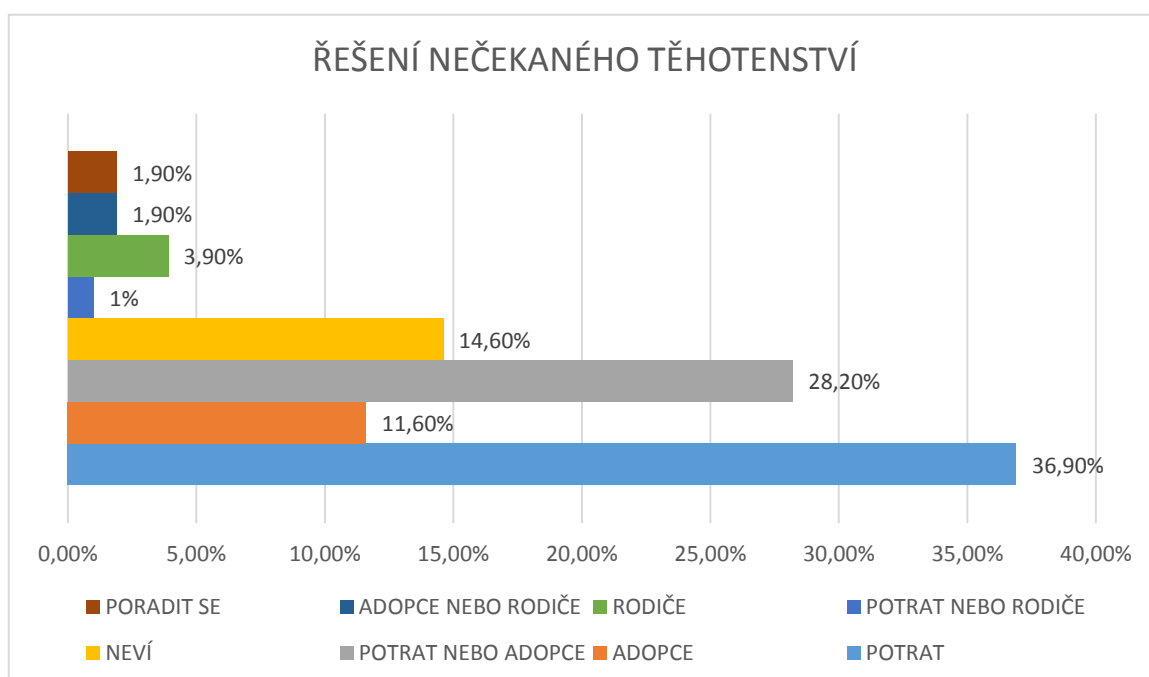
Otázka byla položena jako otevřená, bez návrhu možností.

Respondenti uváděli obvykle jedno nebo dvě řešení. Rozdíly mezi chlapci a dívkami byly minimální. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že pokud volí jen jedno řešení, je to v 36,9% případů rozhodnutí pro ukončení těhotenství potratem a pouze v 11,6% případů pro uvolnění dítěte k adopci.

Pokud volí více řešení, je to nejčastěji potrat nebo adopce, a to ve 28,2% případů. Mezi další možná řešení volili pomoc rodičů a to buď jako volbu samostatnou nebo v kombinaci s možností adopce či potratu.

Z celkového počtu 103 respondentů, si 15 z nich, tedy 14,6% s řešením nevědělo rady. Jen 1,9% respondentů (1 chlapec a 1 dívka) by se šli s někým poradit.

Graf č. 11. Odpovědi na otázku, jak vyřešit nečekané těhotenství (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=103$).



3.4.2 Vyhodnocení post – testu

První otázka dotazníku je zaměřena na pohlaví a věk respondentů. Post – testu se zúčastnilo celkem 88 respondentů, z toho 45 chlapců a 43 dívek, ve věku 14-15 let.

3.4.2.1 Vyhodnocení otázek subjektivní znalosti respondentů

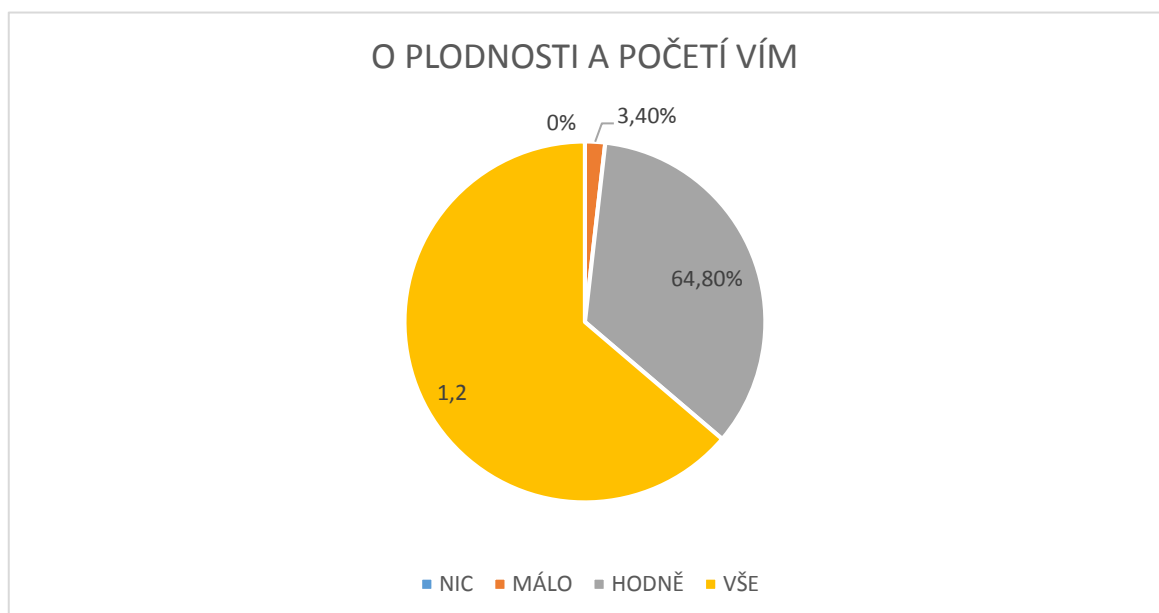
Otázka č. 2

Otázka č. 2 zjišťovala, jak respondenti hodnotí subjektivně svou znalost plodnosti člověka a početí.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky celkem jednoznačně, naprostá většina, 96,6% respondentů subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

U otázky č.6 a 7 se později zaměřím na to, zda jejich subjektivní dojem skutečně odpovídá jejich znalosti

Graf č. 12. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o plodnosti a početí (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=88$).



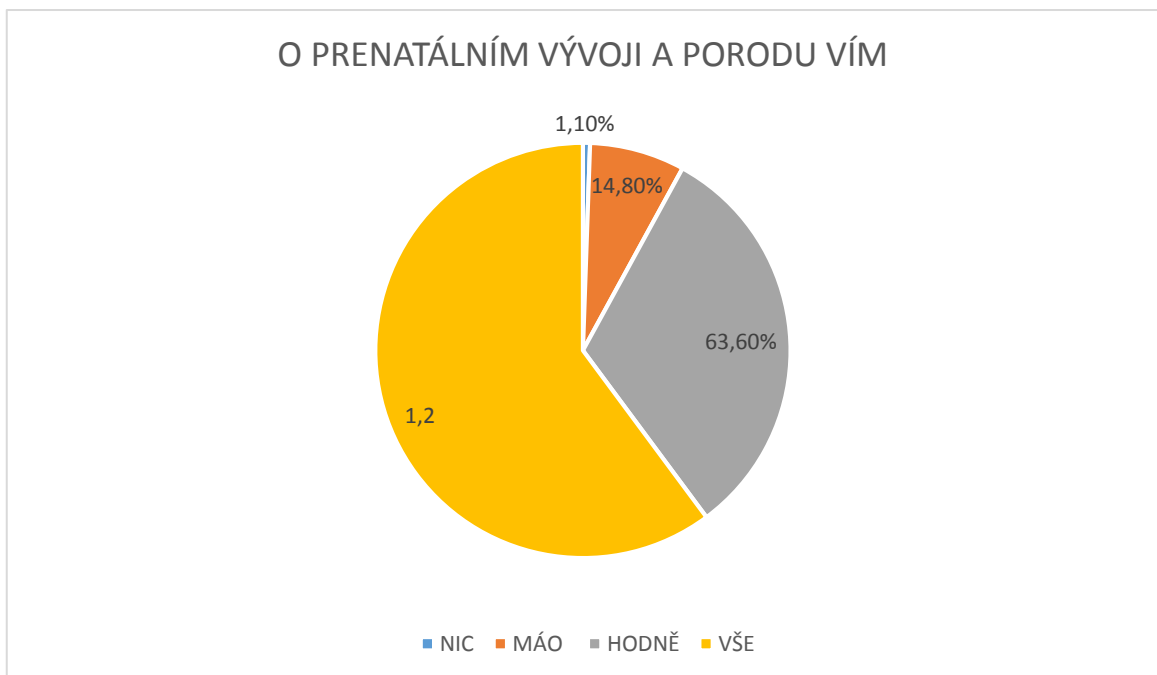
Otázka č. 3

Otázka č. 3 zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí svou znalost prenatalního vývoje a porodu.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky tak, že 84,1% respondentů subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

U otázky č.8 se později zaměřím na to, zda jejich subjektivní dojem skutečně odpovídá jejich znalosti.

Graf č. 13. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o prenatalním vývoji a porodu (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100%$, $n_i=88$).



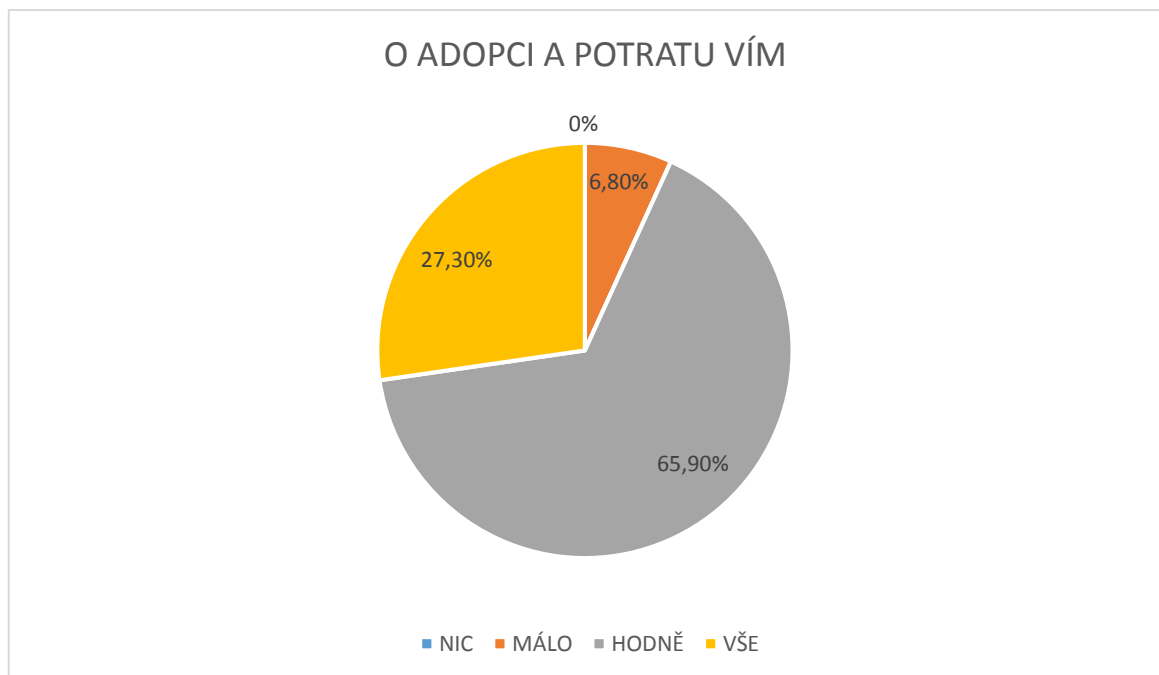
Otázka č. 4

Otázka č. 4 zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí svou znalost v oblasti adopce a potratu.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky jednoznačně: 93,2 % respondentů hodnotí, že ví hodně nebo vše.

U otázky č.9 se později zaměřím na to, zda jejich subjektivní dojem skutečně odpovídá jejich znalosti.

Graf č. 14. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí v oblasti adopce a potratu (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=88$).

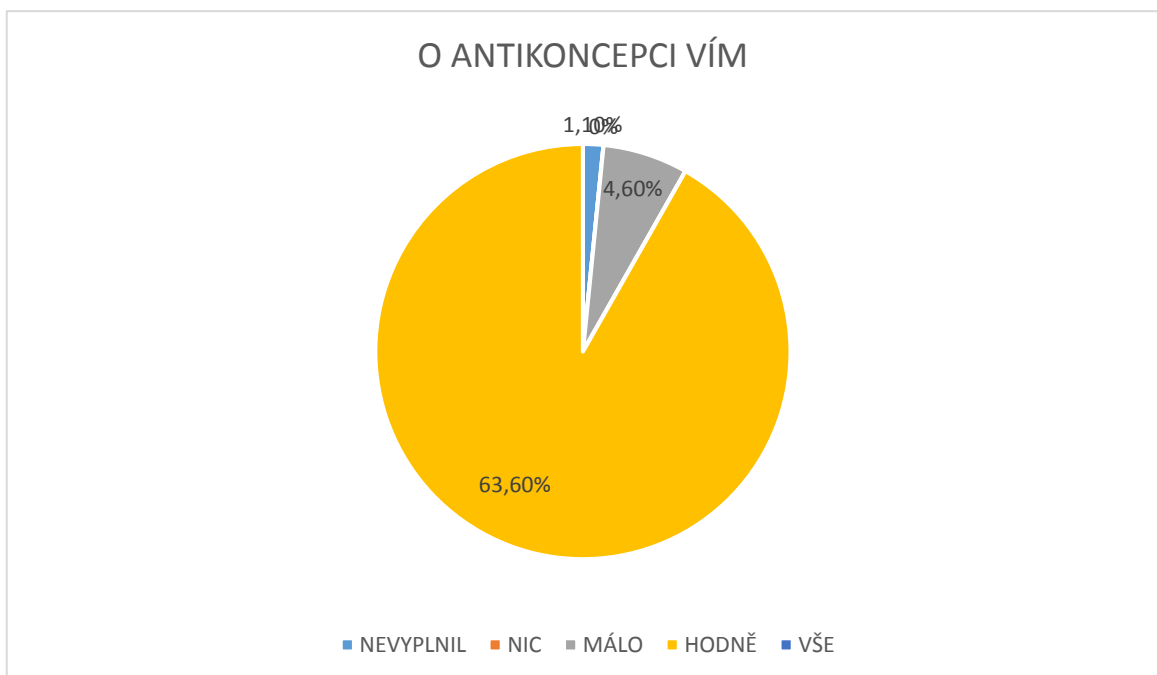


Otázka č. 5

Otázka č. 5 zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí svou znalost antikoncepčních metod.

Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky takto: 94,3 % respondentů subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

Graf č. 15. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí antikoncepčních metod (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=88$).



3.4.2.2 Vyhodnocení otázek objektivní znalosti respondentů

Otázky č. 6-10 byly opět zaměřeny na měření znalosti respondentů v tázané problematice.

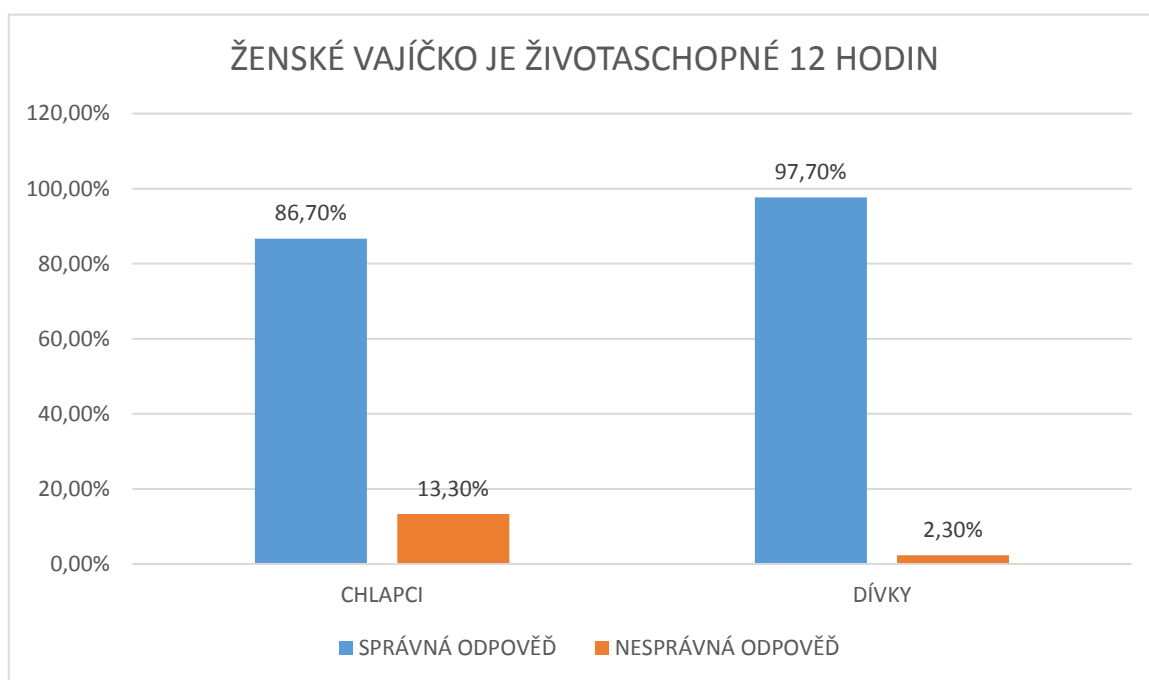
Otázka č. 6

Otázka č. 6 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, jak dlouho je životaschopné ženské vajíčko.

Správnou odpověď – 12 hodin - určilo 92% respondentů. Nesprávně odpovědělo jen 8% respondentů. Jejich znalost tázané problematiky je tedy velmi dobrá..

V souvislosti s otázkou č. 2 jsem sledovala, zda 96,6% respondentů, kteří subjektivně hodnotili, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, dokázali na tuto otázku odpovědět fakticky správně. Výzkum ukázal, že 93% z nich odpovědělo na otázku správně. Subjektivní představa respondentů o jejich znalosti v tázané oblasti tedy ve většin případů skutečně odpovídá znalosti reálné.

Graf č. 16. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti o životaschopnosti ženského vajíčka (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=45$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=43$).



Otázka č. 7

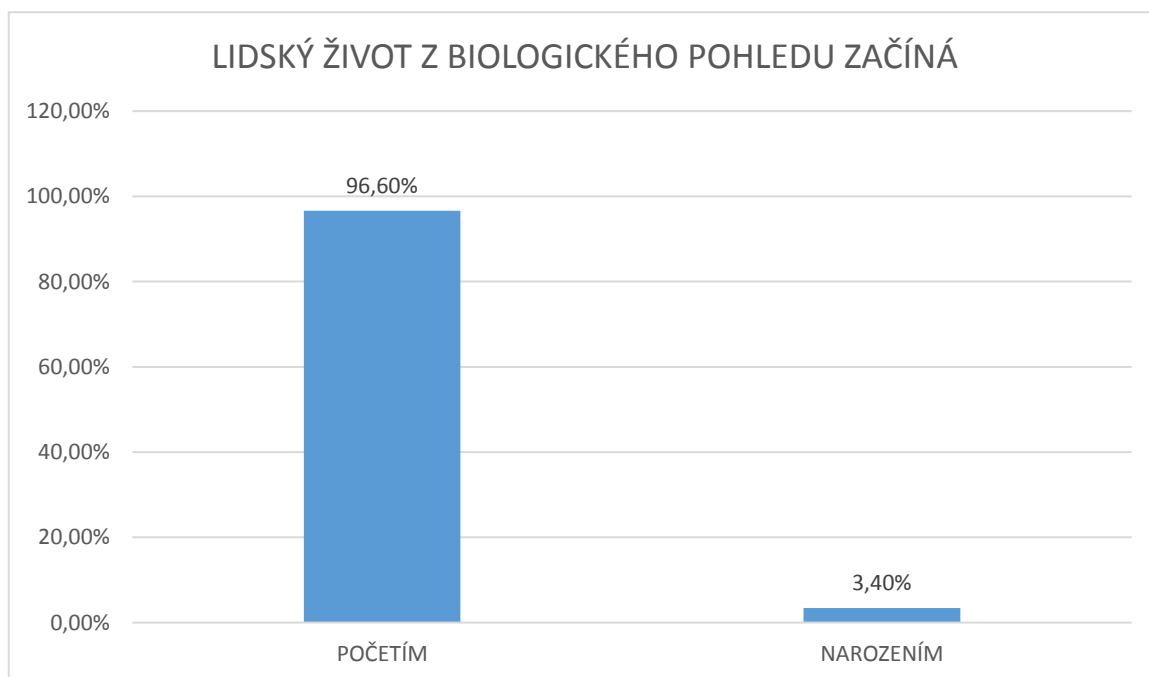
Otázka č. 7 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, kdy z biologického pohledu začíná lidský život.

Správnou odpověď – početím - zvolilo v dotazníku 96,6% respondentů, mezi chlapci a dívkami nebyl významný rozdíl.

Jeich znalost tázané problematiky je na výborné úrovni.

V souvislosti s otázkou č. 2 jsem sledovala, zda 96,6% respondentů, kteří subjektivně hodnotili, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, dokázali na tuto otázku odpovědět fakticky správně. Výzkum ukázal, že jen 2,4% z těchto respondentů odpovědělo na otázku nesprávně nebo vůbec. Mohu tedy konstatovat, že subjektivní dojem většiny části respondentů odpovídá realitě v tázané problematice.

Graf č. 17. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti biologického začátku lidského života (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100%$, $n_i=88$).



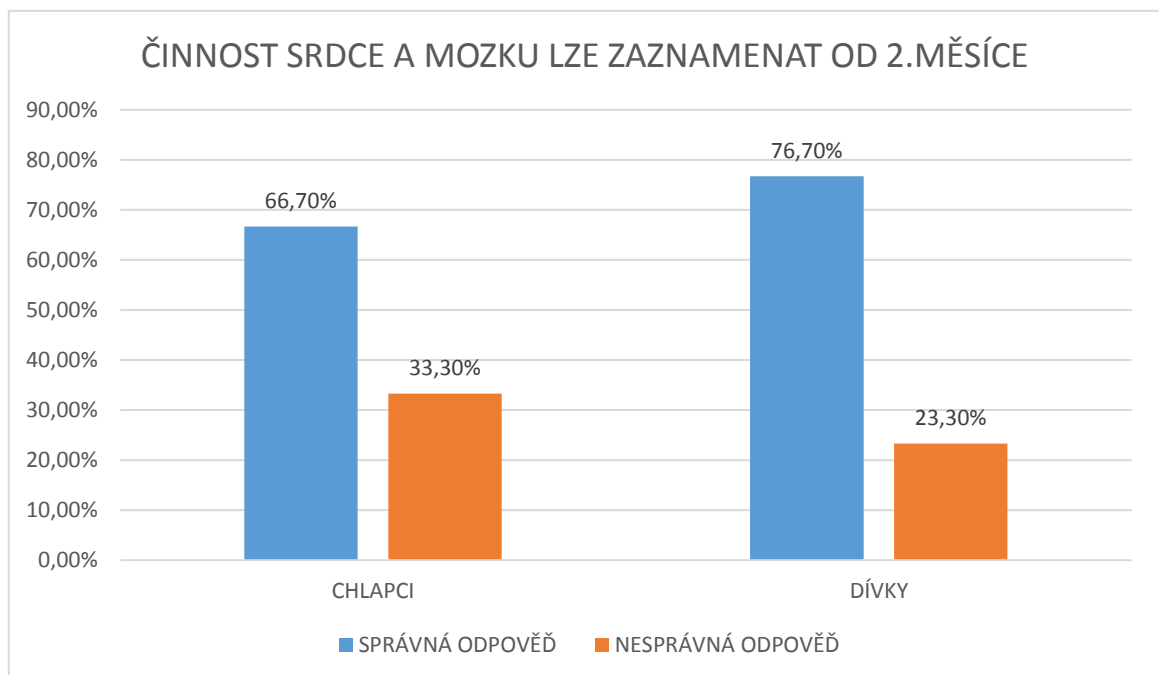
Otázka č. 8

Otázka č. 8 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, od kdy je možné u plodu rozeznat činnost srdce a mozku.

Správnou odpověď - od 2 měsíců - zvolilo 71,6% respondentů, zaznamenala jsem velmi mírný rozdíl mezi chlapci a dívkami. Jejich znalost tázané problematiky je dobrá.

V souvislosti s otázkou č. 3 jsem sledovala, zda 84,1% respondentů, kteří subjektivně hodnotili, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, dokázali na tuto otázku odpovědět fakticky správně. Výzkum ukázal, že téměř tři čtvrtiny (71,6%) z těchto respondentů odpovědělo na otázku správně. Objektivně u těchto respondentů jejich znalost odpovídá jejich subjektivnímu dojmu.

Graf č. 18. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti o činnosti srdce a mozku u lidského plodu (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=45$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=43$).



Otázka č. 9

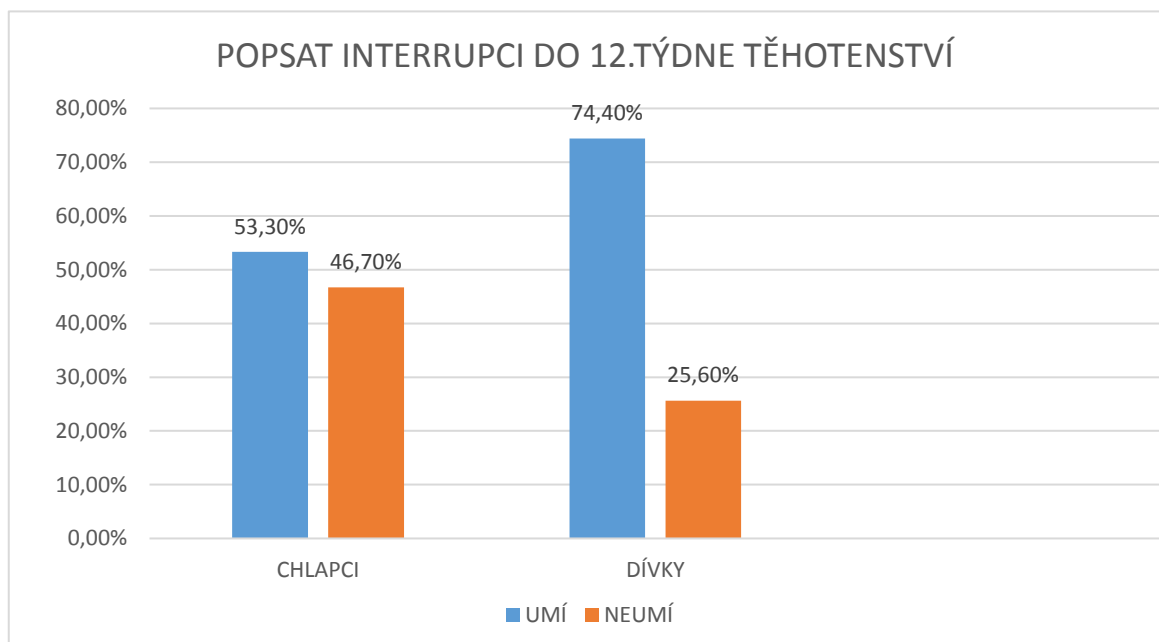
Otázka č. 9 zjišťovala, zda respondenti dokáží popsat, jak se v ČR do 12. týdne těhotenství provádí interrupce (potrat).

Nadpoloviční většina respondentů (63,6%) dokázala zákrok konkrétně popsat, uváděla vyškrábnutí nebo vysátí plodu a tabletku. 36,4% na otázku neodpovědělo nebo jen obecně.

Z grafu č.19 je patrné, že dívky byly v odpovědích na tuto otázku úspěšnější než chlapci a to o více než 20%.

V souvislosti s otázkou č. 4, kde 93,2% respondentů subjektivně hodnotilo, že o tázané problematice ví hodně nebo vše, výzkum ukázal, že 64,6% z nich dokázalo zákrok popsat a že tedy jen u poloviny z nich jejich subjektivní dojem odpovídá skutečné znalosti.

Graf č. 19. Odpovědi na otázku, jak se provádí v ČR interrupce do 12.týdne těhotenství (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=88$).



Otázka č. 10

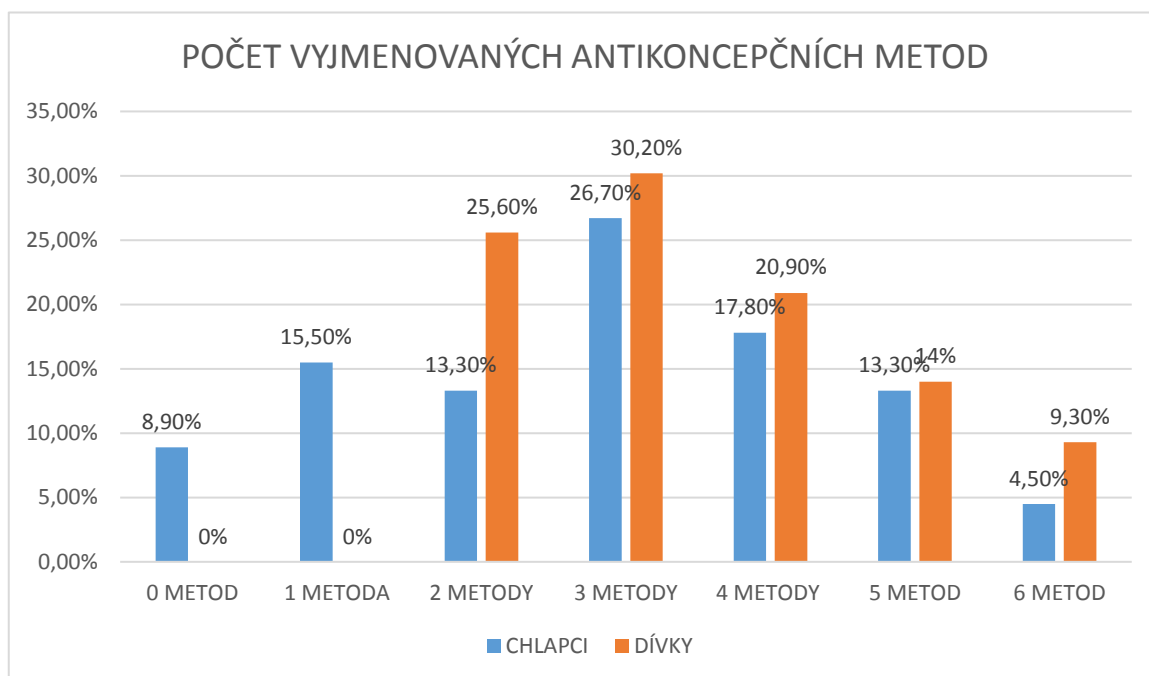
Otázka č. 10 zjišťovala, kolik respondenti dokáží pojmenovat antikoncepčních metod.

Respondenti byli schopni pojmenovat více antikoncepčních metod, někteří používali správná označení. Tj. místo pilulky použili název hormonální antikoncepce apod. Kromě nejčastěji jmenovaných, kondomu a hormonální antikoncepce, byly jmenovány i všechny další metody.

Jen 4,6 % respondentů nedokázalo vyjmenovat žádnou metodu.

Ve sledované skupině respondentů bylo 20,4 % z nich schopno uvést více než 4 antikoncepční metody. Nejvíce respondentů bylo schopno vyjmenovat 3 metody. Dívky ve výčtu metod chlapce mírně předstihly.

Graf č. 20. Odpovědi na otázku, jaké znají respondenti antikoncepční metody (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=45$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=43$).



3.4.2.3 Vyhodnocení postojových otázek

Otázky č. 11 a 12 byly zaměřeny na měření postojů respondentů v tázané problematice.

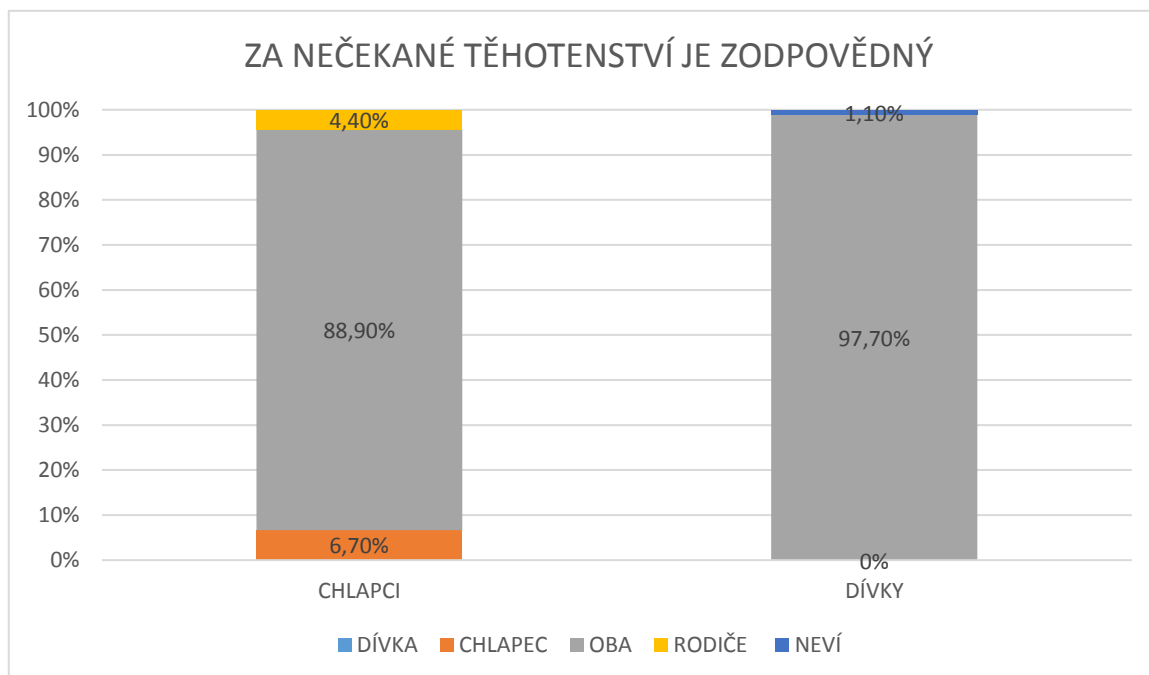
Otázka č. 11

Otázka č. 11 zjišťovala, jaký postoj zaujmají respondenti k zodpovědnosti za nečekané těhotenství.

V předloženém příběhu se měli zamyslet nad tím, kdo je zodpovědný za nečekané těhotenství. Otázka byla položena jako otevřená, bez návrhu možností.

Chlapci a dívky se ve svých postojích mírně lišili, souhrnně za obě pohlaví lze uvést, že nikdo z respondentů si nemyslí, že za danou situaci je zodpovědná dívka. 3,4% má za to, že je zodpovědný chlapec. Většina respondentů (93,2%) soudí, že jsou zodpovědní oba. 2,3% respondentů dává zodpovědnost rodičům a 1,1% respondentů (1 dívka) na otázku nedokázali odpovědět.

Graf č. 21. Odpovědi na otázku, kdo je zodpovědný za nečekané těhotenství (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_1=100\%$ chlapců, $n_1=45$, $f_2=100\%$ dívek, $n_2=43$).



Otázka č. 12

Otázka č. 12 zjišťovala, jaký postoj zaujímají respondenti k řešení nečekaného těhotenství.

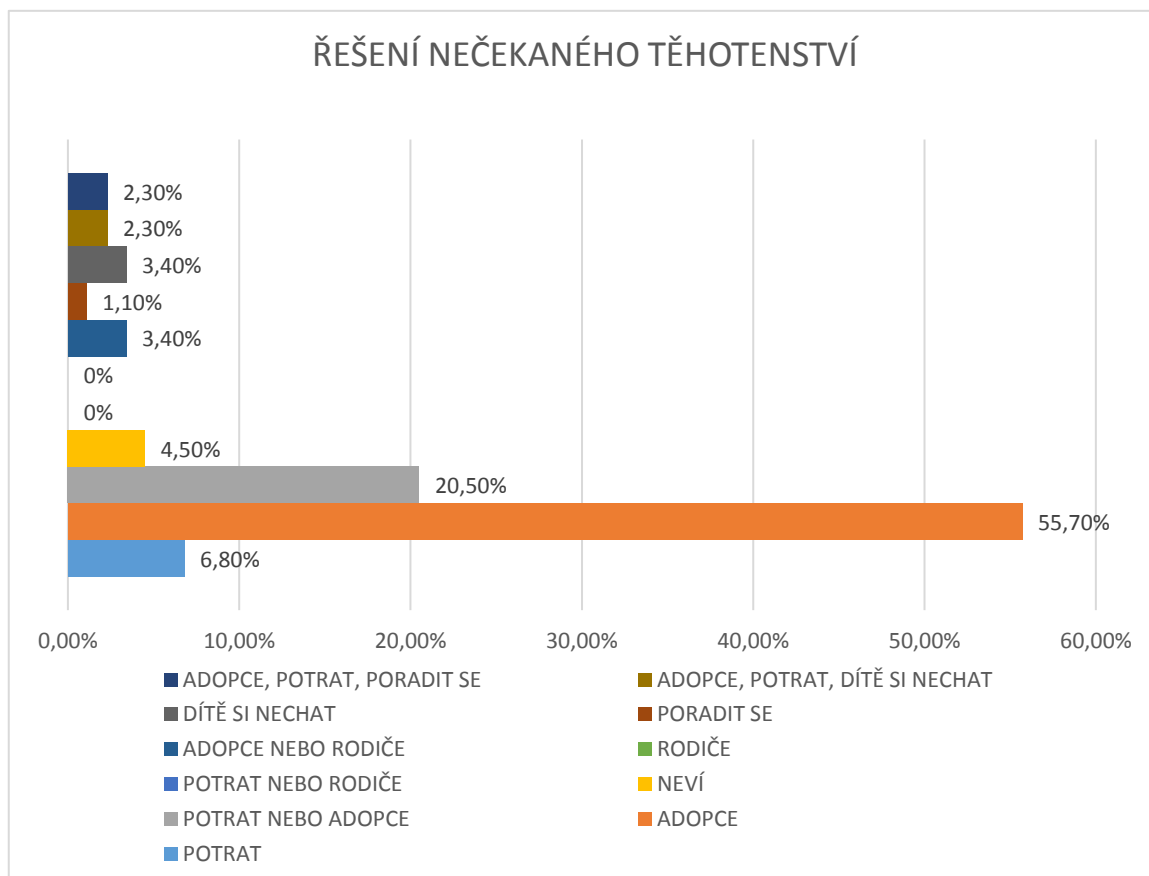
Otázka byla položena jako otevřená, bez návrhu možností.

Respondenti uváděli obvykle jedno nebo dvě řešení. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že pokud volí jen jedno řešení, je to jen v 6,8% případů rozhodnutí pro ukončení těhotenství potratem a v 55,7% případů pro uvolnění dítěte k adopci.

Pokud volí více řešení, je to nejčastěji potrat nebo adopce, a to ve 20,5% případů. Mezi další možná řešení volili pomoc rodičů a to buď jako volbu samostatnou nebo v kombinaci s možností adopce či potratu. Objevila se nově i volená možnost si dítě nechat.

Z celkového počtu 88 respondentů, si 4 z nich, tedy 4,5% s řešením nevědělo rady.

Graf č. 22. Odpovědi na otázku, jak vyřešit nečekané těhotenství (údaje uvedeny v relativních četnostech, $f_i=100\%$, $n_i=88$).



3.4.3 Vyhodnocení rozdílů pre-testu a post-testu

V této části práce se podívám na srovnání pre-testu a post-testu a z výsledků se pokusím odpovědět na výzkumné otázky a vyhodnotím, zda se tímto výzkumem potvrdily mé výzkumné předpoklady.

3.4.3.1 Otázka č. 1

Otázka číslo jedna zjišťovala pohlaví a věk respondentů.

Pre-testu se zúčastnilo 103 respondentů, z toho 54 chlapců a 49 dívek ve věku 14-15 let.

Post-testu se zúčastnilo 88 respondentů, z toho 45 chlapců a 43 dívek ve věku 14-15 let.

Nižší počet respondentů při post-testu byl dán přirozenou absencí při nemocnosti žáků.

Pro výpočty jsem používala údaje uvedené v relativní četnosti, v procentech.

3.4.3.2 Vyhodnocení otázek subjektivní znalosti respondentů

Otázky č. 2-5 byly zaměřeny na subjektivní představu respondentů o jejich znalostech v tázané problematice. Dále se budu zabývat také tím, zda jejich subjektivní hodnocení vlastních znalostí koreluje se znalostí skutečnou, a to ve srovnání s otázkami zaměřenými na znalost (č.6-10)

Otázka č. 2

Otázka č. 2 zjišťovala, jak respondenti hodnotí subjektivně svou znalost plodnosti člověka a početí.

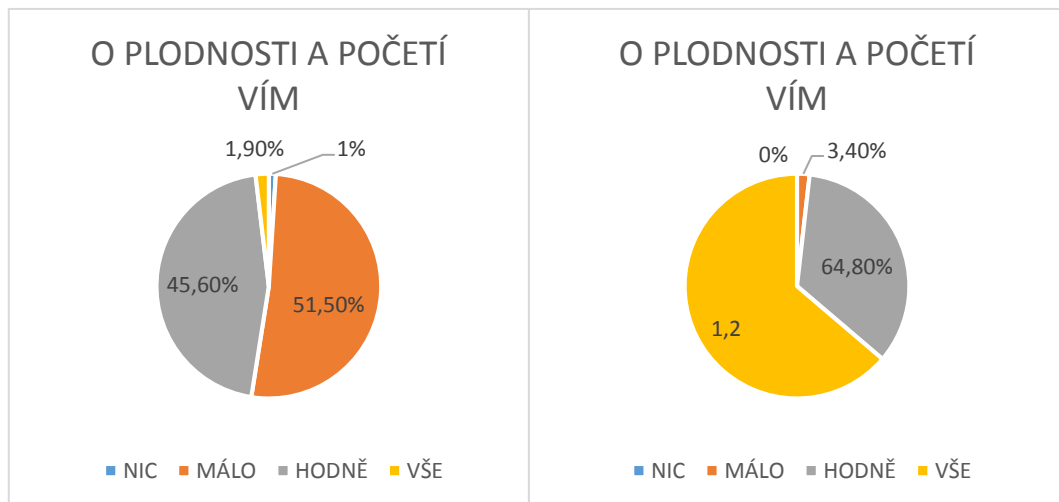
Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky v pre-testu a post-testu takto:

V pre-testu hodnotí 47,6 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

V post-testu hodnotí 96,6 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

Závěr: Rozdíl pre-testu a post-testu v tázané problematice je 49 %. Tedy o téměř polovinu respondentů více po programu subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše. Většina respondentů po absolvování programu hodnotí subjektivně svou znalost plodnosti člověka a početí jako velmi dobrou.

Graf č. 23. Srovnání otázky č. 2, pre-test a post-test



Otázka č. 3

Otázka č. 3 zjišťovala, jak respondenti hodnotí subjektivně svou znalost prenatálního vývoje a porodu.

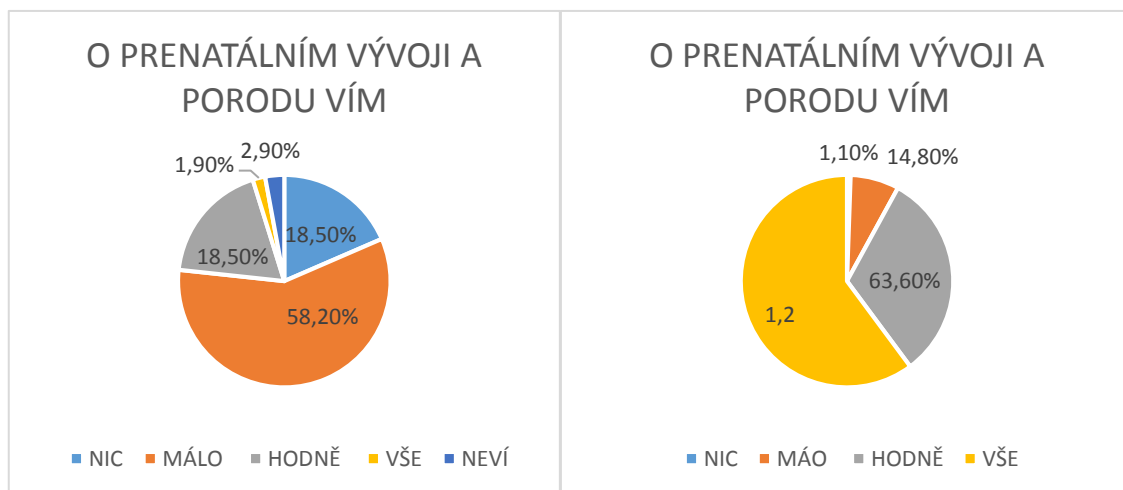
Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky v pre-testu a post-testu takto:

V pre-testu hodnotí 20,4 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

V post-testu hodnotí 84,1 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

Závěr: Rozdíl pre-testu a post-testu v tázané problematice je 63,7 %. Tedy více než o polovinu respondentů více po programu subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše. Více než 3/4 respondentů po absolvování programu hodnotí subjektivně svou znalost prenatálního vývoje a porodu jako velmi dobrou.

Graf č. 24. Srovnání otázky č. 3, pre-test a post-test.



Otázka č. 4

Otázka č. 4 zjišťovala, jak respondenti hodnotí subjektivně svou znalost problematiky adopce a potratu.

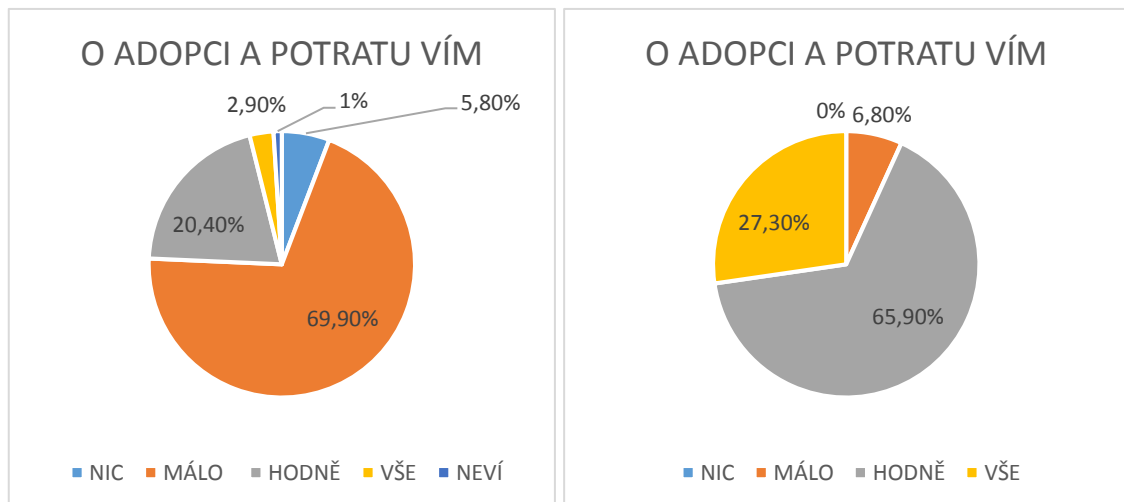
Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky v pre-testu a post-testu takto:

V pre-testu hodnotí 23,3 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

V post-testu hodnotí 93,2 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

Závěr: Rozdíl pre-testu a post-testu v tázané problematice je 69,9 %. Tedy více než o polovinu respondentů více po programu subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše. Většina respondentů po absolvování programu hodnotí subjektivně svou znalost problematiky adopce a potratu jako velmi dobrou.

Graf č. 25. Srovnání otázky č. 4, pre-test a post-test.



Otázka č. 5

Otázka č. 5 zjišťovala, jak respondenti hodnotí subjektivně svou znalost antikoncepčních metod.

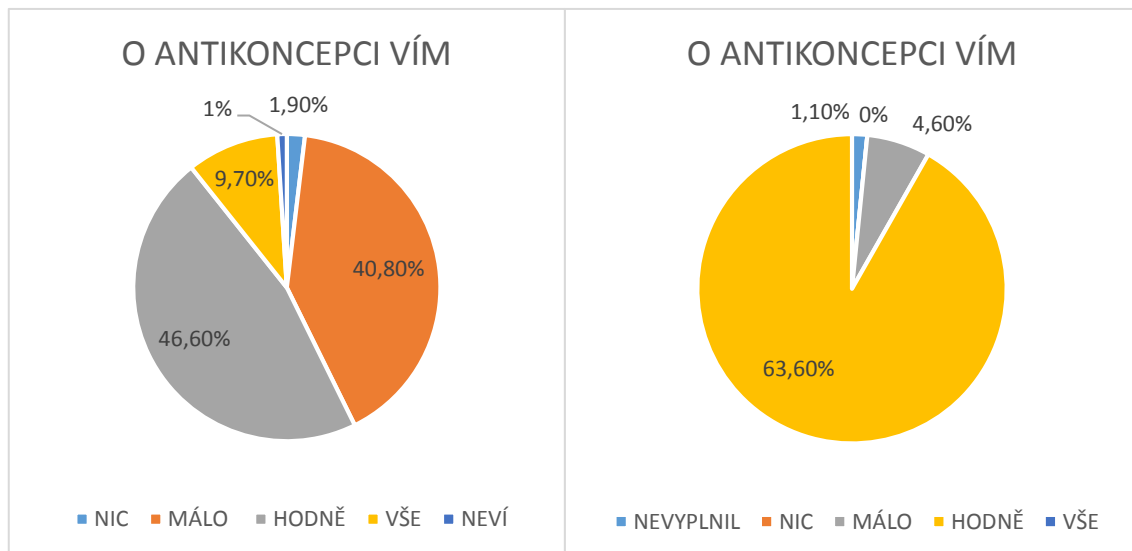
Ve škále NIC - MÁLO - HODNĚ - VŠE hodnotili respondenti svou znalost tázané problematiky v pre-testu a post-testu takto:

V pre-testu hodnotí 56,3 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

V post-testu hodnotí 94,3 % respondentů, že o tázané problematice ví hodně nebo vše.

Závěr: Rozdíl pre-testu a post-testu v tázané problematice je 38 %. Tedy více než o 1/3 respondentů více po programu subjektivně hodnotí, že o tázané problematice ví hodně nebo vše. Většina respondentů po absolvování programu hodnotí subjektivně svou znalost antikoncepčních metod jako velmi dobrou.

Graf č. 26. Srovnání otázky č. 5, pre-test a post-test.



Závěr k subjektivní znalosti respondentů (otázky č. 2-5)

Většina respondentů, účastníků programu, subjektivně hodnotí svou znalost po absolvování programu jako velmi dobrou.

Je tedy možné říci, že se tím splnil 1. výzkumný předpoklad, že většina účastníků programu bude subjektivně hodnotit, že se jejich znalost dané problematiky absolvováním programu zvýšila.

3.4.3.3 Vyhodnocení otázek objektivní znalosti respondentů

Otázky č. 6-10 byly opět zaměřeny na měření znalosti respondentů v tázané problematice.

Otázka č. 6

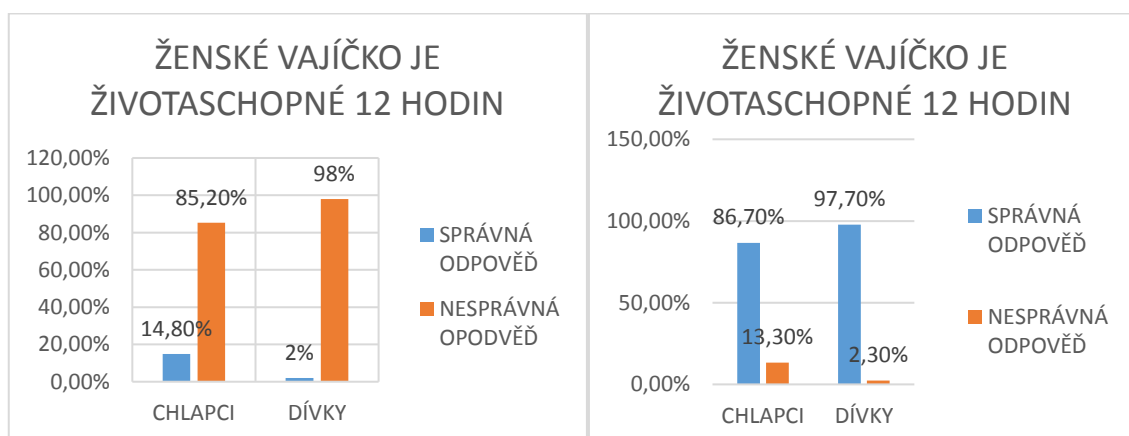
Otázka č. 6 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, jak dlouho je životaschopné ženské vajíčko.

Správnou odpověď – 12 hodin

- v pre-testu určilo jen 8,7 % respondentů.
- v post-testu určilo 92 % respondentů.

Závěr: Znalost tázané problematiky se tedy zvýšila absolvováním programu o 83,8 %.

Graf č. 27, Srovnání otázky č. 6, pre-test a post-test.



Otázka č. 7

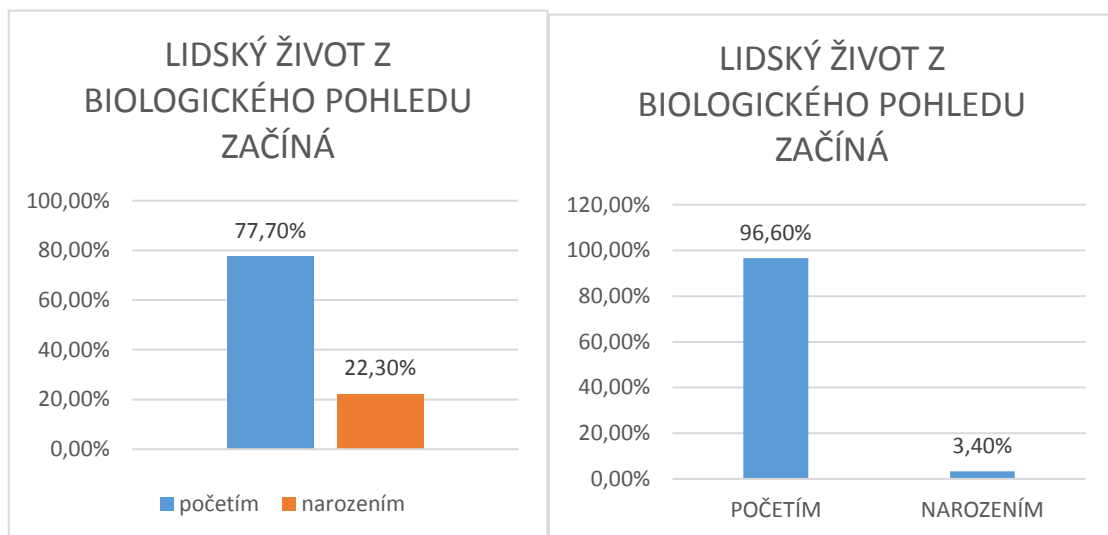
Otázka č. 7 zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, kdy z biologického pohledu začíná lidský život.

Správnou odpověď – početím

- v pre-testu určilo 77,7 % respondentů.
- v post-testu určilo 96,6 % respondentů.

Závěr: Znalost tázané problematiky byla již před absolvováním programu na dobré úrovni a absolvováním programu se zvýšila o 18,9 %.

Graf č. 28, Srovnání otázky č. 7, pre-test a post-test.



Otázka č. 8

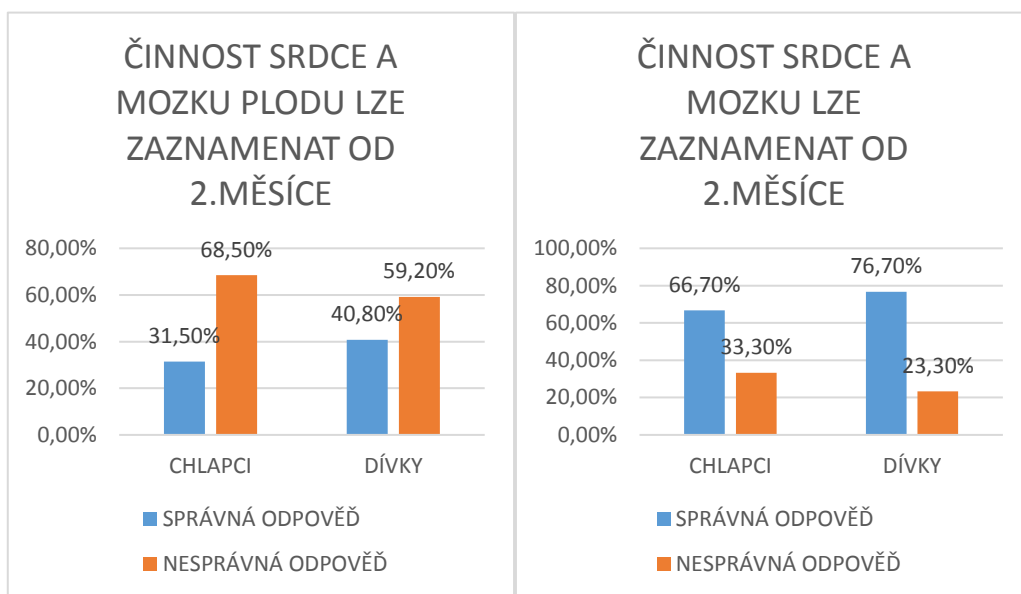
Otázka č. zjišťovala, zda znají respondenti správnou odpověď na otázku, od kdy je možné u plodu rozeznat činnost srdce a mozku.

Správnou odpověď – od 2.měsíce

- v pre-testu určilo 35,9 % respondentů.
- v post-testu určilo 71,6 % respondentů.

Závěr: Znalost tázané problematiky se tedy zvýšila absolvováním programu o 35,7 %.

Graf č. 29, Srovnání otázky č. 7, pre-test a post-test.



Otázka č. 9

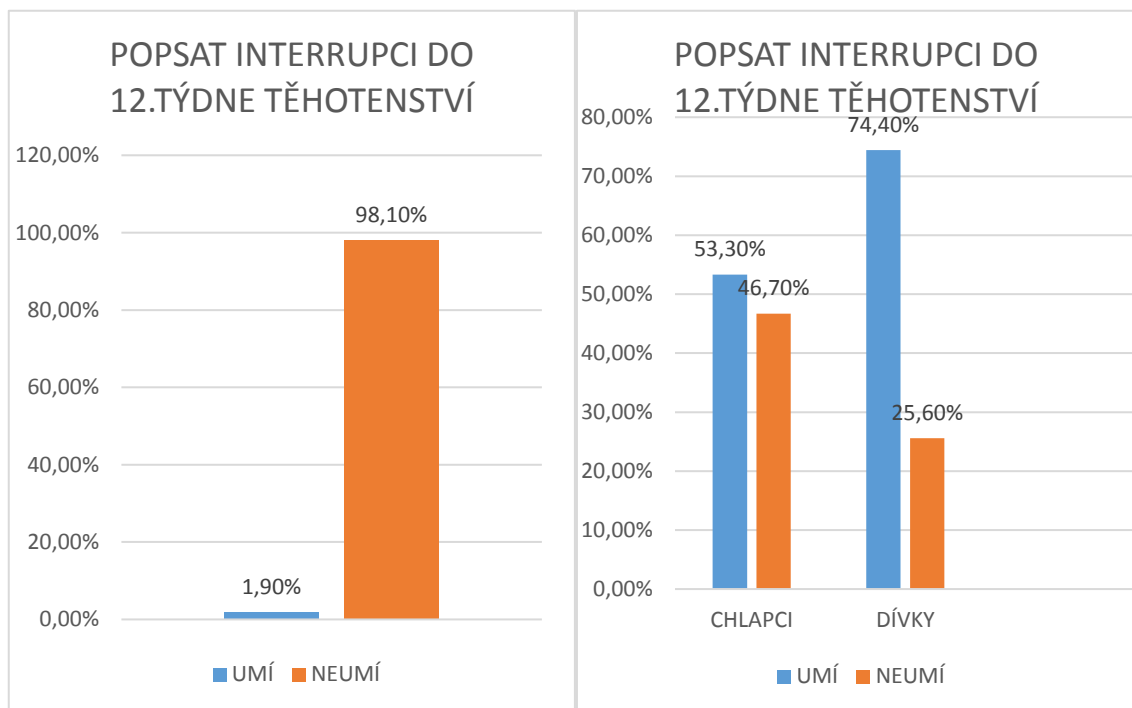
Otázka č. 9 zjišťovala, zda respondenti dokáží popsat, jak se v ČR do 12. týdne těhotenství provádí interrupce (potrat).

V pre-testu dokázalo zákrok konkrétně popsat jen 1,9 % respondentů.

V post-testu dokázalo zákrok konkrétně popsat 63,6 % respondentů.

Závěr: Znalost tázané problematiky se tedy zvýšila absolvováním programu o 61,7 %.

Graf č. 30, Srovnání otázky č. 9, pre-test a post-test.



Otázka č. 10

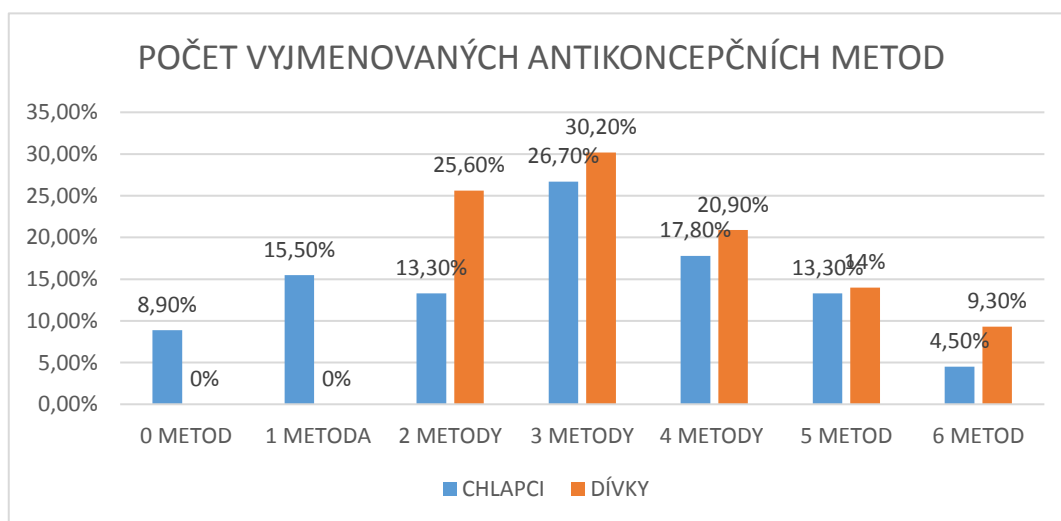
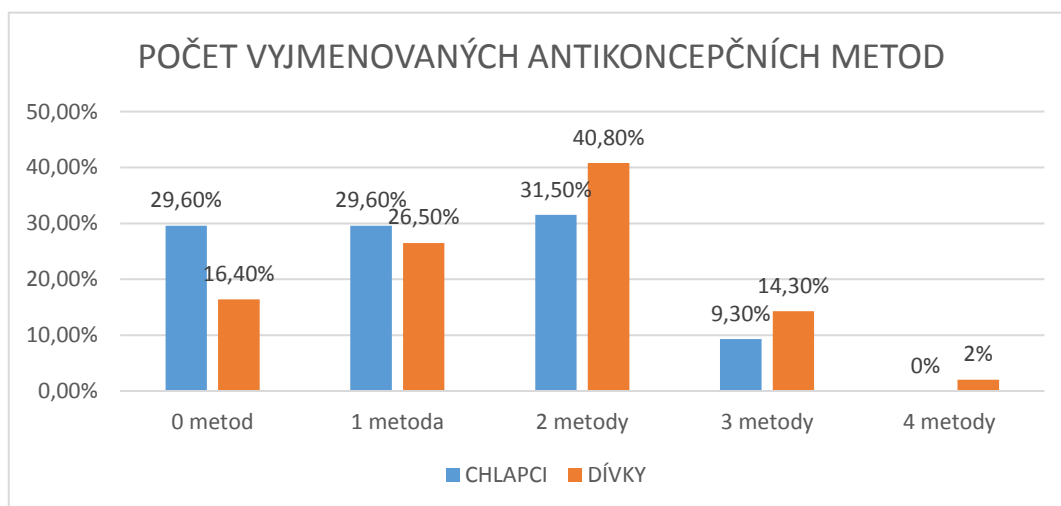
Otázka č. 10 zjišťovala, kolik respondenti dokáží pojmenovat antikoncepčních metod.

V pre-testu téměř ¼ respondentů (23,3%) nedokázala vyjmenovat žádnou antikoncepční metodu. Nejvíce respondentů (35,9%) dokázalo vyjmenovat 2 antikoncepční metody. Jen 2% respondentů byl schopen vyjmenovat 4 metody.

V post-testu jen 4,6 % respondentů nedokázalo vyjmenovat žádnou antikoncepční metodu. Nejvíce respondentů (28,4%) dokázalo vyjmenovat 3 antikoncepční metody, a 20,4 % respondentů bylo schopno uvést více než 4 antikoncepční metody.

Závěr: Znalost tázané problematiky se tedy absolvováním programu znatelně zvýšila.

Graf č. 31, Srovnání otázky č. 10, pre-test a post-test



Závěr k objektivní znalosti respondentů (otázky č. 6-10)

Nadpoloviční většina respondentů odpovídá na zadané otázky po absolvování programu správně.

Při porovnání subjektivního dojmu respondentů o znalosti tázané problematiky a jejich odpovědí na znalostní otázky lze říci, že po absolvování programu jejich subjektivní dojem koreluje ve velké míře se skutečnou znalostí tázané problematiky.

Je tedy možné odpovědět na 2. výzkumnou otázku, že program účastníkům přinesl zvýšení znalosti v dané problematice.

A současně je možné říci, že se tím splnil 2. výzkumný předpoklad a to, že většina respondentů bude po absolvování programu uvádět správně odpovědi na znalostní otázky v dotazníku.

3.4.3.4 Vyhodnocení postojových otázek

Otázky č. 11 a 12 byly zaměřeny na měření postojů respondentů v tázané problematice.

Otázka č. 11

Otázka č. 11 zjišťovala, jaký postoj zaujímají respondenti k zodpovědnosti za nečekané těhotenství.

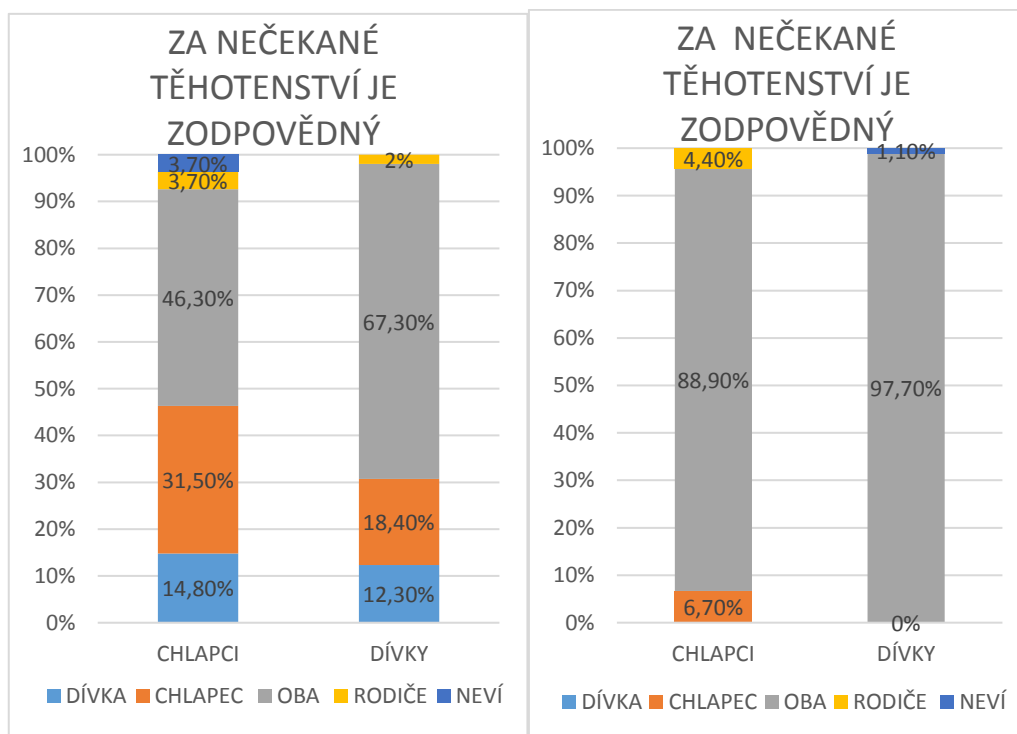
V předloženém příběhu se měli zamyslet nad tím, kdo je zodpovědný za nečekané těhotenství. Otázka byla položena jako otevřená, bez návrhu možností.

V pre-testu 46,3 % chlapců a 67,3 % dívek měli za to, že zodpovědní jsou oba. Objevil se i názor, že jsou zodpovědní jejich rodiče.

V post testu 88,9 % chlapců a 97,7 % dívek soudí, že jsou zodpovědní oba.

Závěr: Absolvováním programu se u respondentů postoj k zodpovědnosti za nečekané těhotenství více přiklonil k názoru, že jsou zodpovědní oba, chlapec i dívka.

Graf č.32, Srovnání otázky č. 11, pre-test a post-test



Otázka č. 12

Otázka č. 12 zjišťovala, jaký postoj zaujímají respondenti k řešení nečekaného těhotenství.

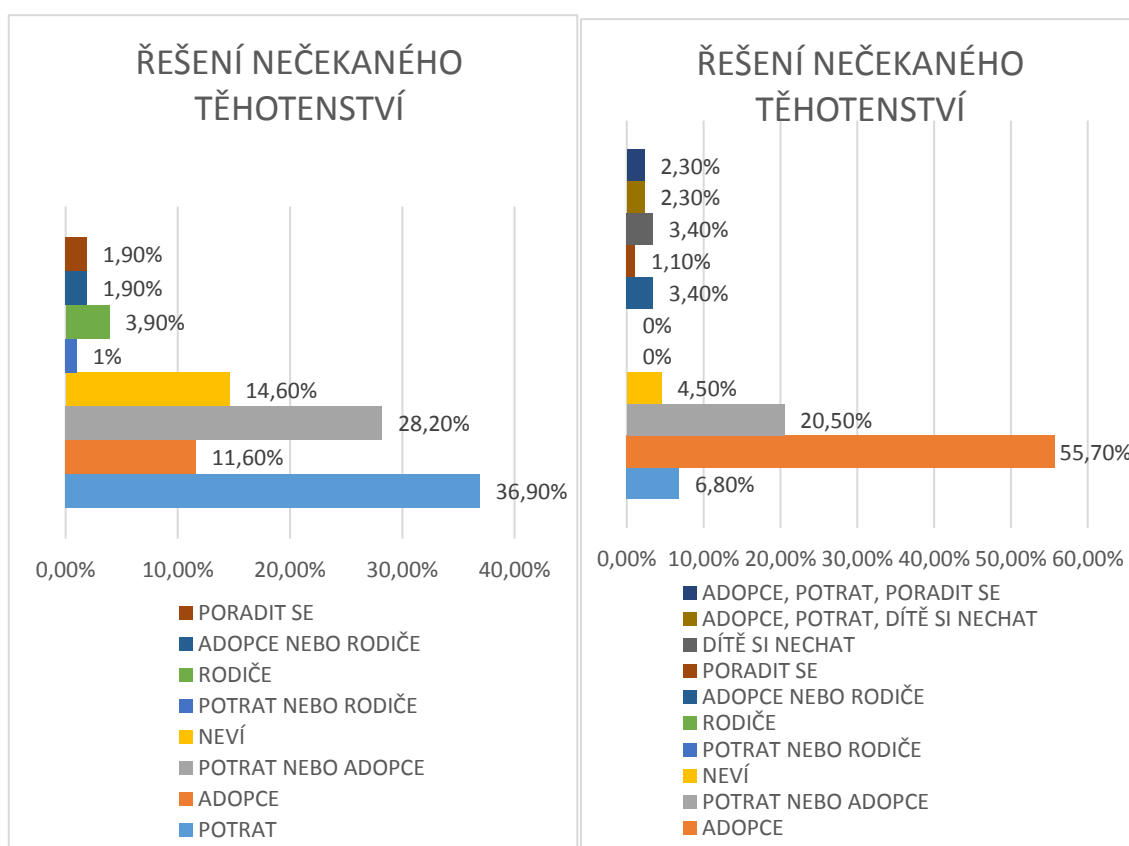
Otázka byla položena jako otevřená, bez návrhu možností.

V pre-testu respondenti uváděli obvykle jedno nebo dvě řešení. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že pokud volí jen jedno řešení, je to v 36,9 % případů rozhodnutí pro ukončení těhotenství potratem a pouze v 11,6 % případů pro uvolnění dítěte k adopci.

V post-testu respondenti uváděli obvykle jedno nebo dvě řešení. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že pokud volí jen jedno řešení, je to jen v 6,8% případů rozhodnutí pro ukončení těhotenství potratem a v 55,7 % případů pro uvolnění dítěte k adopci.

Závěr: Postoj respondentů k řešení nečekaného těhotenství se absolvováním programu posunul od ukončení těhotenství potratem k uvolnění dítěte k adopci.

Graf č.33, Srovnání otázky č. 12, pre-test a post-test



Závěr k postojovým otázkám (otázky č. 11+12)

Z vyhodnocení těchto otázek vyplývá, že absolvování programu vede respondenty ke změně postojů v oblasti zodpovědnosti za nečekané těhotenství i oblasti řešení této situace.

Většina respondentů po absolvování programu má za to, že zodpovědnost za nečekané těhotenství mají oba partneři. Což mě vede ke kladné odpovědi na 3. výzkumnou otázku a k potvrzení 3. výzkumného předpokladu.

Z výzkumu též vyplývá odpověď na 4. výzkumnou otázku, že absolvování programu umožní účastníkům orientovat v možných řešeních nečekaného těhotenství a potvrzuje se tak 4. výzkumný předpoklad, že většina respondentů bude po absolvování programu schopna formulovat adekvátní řešení modelové situace nečekaného těhotenství.

3.4.4 Vyjádření pedagogů k preventivnímu programu

Všechny pedagogy, přítomné na programu, jsem požádala o odpovědi na následující otázky:

Jak hodnotíte program Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí. *Jaká máte doporučení pro zlepšení? Má tento program místo v minimálním preventivním programu školy?*

Na otázky jsem získala tyto odpovědi:

ZŠ Město Touškov, školní metodička prevence: Paní učitelka zhodnotila program jako přínosný, plný nových informací, se kterými žáky nelze seznámit ani během běžných hodin či hodin třídnických zaměřených na toto téma. K programu nemá další doporučení a má za to, že tento program má místo v minimálním preventivním programu školy.

ZŠ Heřmanova Huť, školní metodička prevence: Program hodnotí jako úžasný v tom, že žáci na počátku mají někdy neurčité vědomosti o prevenci neplánovaných těhotenství a interrupcí a po programu, kdy se zamýšlí nad otázkami, se leccos vyjasní. K programu nemá další doporučení a má za to, že tento program má místo v minimálním preventivním programu školy.

ZŠ Kasejovice, vyučující 9.ročníku: Paní učitelka hodnotí program velmi pozitivně, jako zajímavý a přínosný. Ohledně doporučení se vyjádřila, že by uvítala častější návštěvy lektora a podle ní má program určitě místo v minimálním preventivním programu školy.

10.ZŠ Plzeň, vyučující 9.ročníku: Paní učitelky hodnotily program jako velmi poučný, přínosný a potřebný. K programu nemají další doporučení a mají za to, že tento program má místo v minimálním preventivním programu školy.

3.4.5 Závěr praktické části

3.4.5.1 Zhodnocení potvrzení předpokladů

1. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina účastníků programu bude subjektivně hodnotit, že se jejich znalost dané problematiky absolvováním programu zvýšila.

Zhodnocení 1. výzkumného předpokladu

Většina účastníků programu, tj. 84,1 % až 96,6 % subjektivně hodnotí, že se jejich znalost dané problematiky absolvováním programu zvýšila.

2. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina respondentů bude po absolvování programu uvádět správně odpovědi na znalostní otázky v dotazníku.

Zhodnocení 2. výzkumného předpokladu

Většina respondentů, tj. 63,6 % až 96,6 % po absolvování programu uvádí správně odpovědi na znalostní otázky v dotazníku.

3. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina respondentů bude po absolvování programu uvádět, že zodpovědnost za vznik nečekaného těhotenství nesou oba partneři.

Zhodnocení 3. výzkumného předpokladu

Většina respondentů, tj. 88,9 % chlapců a 97,7 % dívek po absolvování programu uvádí, že zodpovědnost za vznik nečekaného těhotenství nesou oba partneři.

4. výzkumný předpoklad

Lze předpokládat, že většina respondentů bude po absolvování programu schopna formulovat adekvátní řešení modelové situace nečekaného těhotenství.

Zhodnocení 4. výzkumného předpokladu

Většina respondentů je po absolvování programu schopna formulovat adekvátní řešení modelové situace nečekaného těhotenství. Přičemž jako adekvátní řešení volí v 55,7 % případů uvolnění dítěte k adopci a jen v 6,8 % případů ukončení těhotenství potratem.

Všechny výzkumné předpoklady byly tedy výzkumem potvrzeny.

3.4.5.2 Zhodnocení odpovědí na výzkumné otázky

Z vyhodnocení dotazníkových otázek vyplynulo, že všechny výzkumné předpoklady se naplnily a že evaluovaný preventivní program přináší zvýšení informovanosti respondentů a pomáhá formovat jejich postoje v dané problematice.

Překvapil mne výrazný rozdíl mezi subjektivním dojmem respondenta a jeho skutečnou znalostí v pre-testu. Tedy, že respondenti často subjektivně hodnotí svou znalost jako velmi dobrou, ale ve skutečnosti s tímto dojmem jejich reálná znalost nekoreluje. V post-testu již takový rozdíl nezaznamenávám.

3.4.5.3 Doporučení pro praxi

Preventivní program Prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí je určen pro žáky 9. tříd ZŠ a realizovat by ho měl lektor se zkušeností s danou problematikou a s poskytováním programů primární prevence.

4 ZÁVĚR

Závěrem své práce chci shrnout, že jsem dokázala odpovědět kladně na všechny výzkumné otázky a všechny výzkumné předpoklady této práce se naplnily.

Většina respondentů po absolvování program u subjektivně hodnotí, že se jejich znalost zvýšila a současně většina odpovídala na znalostní otázky správně. Dále většina respondentů po absolvování programu uvádí, že zodpovědnost za vznik nečekaného těhotenství nesou oba partneři a jsou schopni formulovat adekvátní řešení modelové situace nečekaného těhotenství.

Práce ukazuje, že osvěta je v této problematice důležitá a že respondenty téma zajímá a cítí potřebu o něm hovořit.

Osobně je to pro mne potvrzením vnitřního dojmu, že tento program má pro žáky hluboký smysl a že hraje významnou roli v utváření a upevňování jejich znalostí a postojů v problematice prevence neplánovaných těhotenství a interrupcí. Je tedy vhodným příspěvkem na poli primární prevence v oblasti sexuálního rizikového chování.

Svým posluchačům bych přála, aby si uvědomovali hodnotu lidského života, svého vlastního, i života ještě nenarozeného, a vlastní zodpovědnost. Aby do intimity nespěchali a dokázali ji prožívat v čase, kdy na ni budou připraveni a v láskyplném, trvalém vztahu. Aby se do situace, kdy by museli čelit nečekanému těhotenství, nikdy nedostali. A aby byli, až budou připraveni, skvělými rodiči.

Ráda bych závěrem poděkovala všem posluchačům, kteří vyplnili dotazník k tomuto výzkumu i jejich pedagogům, za vstřícnost a ochotu se na této práci podílet.

5 SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

Knižní publikace

ALCORN, Randy C. *Proč chránit nenarozený život*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011, ISBN 978-80-7255-242-9 .

FREED, Luci. *Čas k uzdravení*. 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008, ISBN 978-80-86949-44-4

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ. *Vzpouora deprivantů: o špatných lidech, skupinové hlouposti a uchvácené moci*. Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9.

MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Prevence rizikového chování ve školství*. 2.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 2015, ISBN 978-80-7422-392-1

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 2015,. ISBN 978-80-7422-393-8

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén, 2008. ISBN 978 – 80 – 726 – 594 – 9.

ŠILHAVÁ, L. et al. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. 1. vydání. Brno: Komputer Press, 2006. ISBN 80 – 251 – 0987 – 9. 33.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0

WEISS, Petr. *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-558-x.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8

Internetové zdroje

Adopce [online]. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.adopce.com/>

Interrupce [online]. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://interupce.info/>

Národní iniciativa pro život [online]. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://niz.cz/program-prevence-neplanovanych-tehotenstvi-interrupci>

Nesoudíme, pomáháme [online]. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://hnutiprozivot.cz/nesoudime-pomahame>

Potratová pilulka [online]. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://miniinterupce.cz/potratova-pilulka-mifegyne-mifepriston-cena>

Raná pěstounská péče [online]. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <https://www.rpp.cz/>

6 SEZNAM GRAFŮ

Grafy pre-testu:

Graf č. 1. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o plodnosti a počětí.....	32
Graf č. 2. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o prenatalním vývoji a porodu.....	33
Graf č. 3. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí v oblasti adopce a potratu.....	34
Graf č. 4. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí antikoncepčních metod.....	35
Graf č. 5. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o životaschopnosti ženského vajíčka.....	36
Graf č. 6. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí biologického začátku lidského život.....	37
Graf č. 7. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o činnosti srdce a mozku u lidského plodu...38	
Graf č. 8. Odpovědi na otázku, jak se provádí v ČR interrupce do 12.týdne těhotenství.....	39
Graf č. 9. Odpovědi na otázku, jaké znají respondenti antikoncepční metody.....	40
Graf č. 10. Odpovědi na otázku, kdo je zodpovědný za nečekané těhotenství.....	41
Graf č. 11. Odpovědi na otázku, jak vyřešit nečekané těhotenství	42

Grafy post-testu:

Graf č. 12. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o plodnosti a počětí	43
Graf č. 13. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o prenatalním vývoji a porodu	44
Graf č. 14. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí v oblasti adopce a potratu	45
Graf č. 15. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí antikoncepčních metod	46
Graf č. 16. Odpovědi na otázku hodnocení znalostí o životaschopnosti ženského vajíčka	47

Graf č. 17. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti biologického začátku lidského života	48
Graf č. 18. Odpovědi na otázku hodnocení znalosti o činnosti srdce a mozku u lidského plodu..	49
Graf č. 19. Odpovědi na otázku, jak se provádí v ČR interrupce do 12.týdne těhotenství	50
Graf č. 20. Odpovědi na otázku, jaké znají respondenti antikoncepční metody	51
Graf č. 21. Odpovědi na otázku, kdo je zodpovědný za nečekané těhotenství	52
Graf č. 22. Odpovědi na otázku, jak vyřešit nečekané těhotenství	53

Grafy srovnání pre-testu a post-testu:

Graf č. 23. Srovnání otázky č. 2, pre-test a post-test	55
Graf č. 24. Srovnání otázky č. 3, pre-test a post-test.	56
Graf č. 25. Srovnání otázky č. 4, pre-test a post-test	57
Graf č. 26. Srovnání otázky č. 5, pre-test a post-test.....	58
Graf č. 27, Srovnání otázky č. 6, pre-test a post-test	59
Graf č. 28, Srovnání otázky č. 7, pre-test a post-test.	60
Graf č. 29, Srovnání otázky č. 7, pre-test a post-test.	61
Graf č. 30, Srovnání otázky č. 9, pre-test a post-test	62
Graf č. 31, Srovnání otázky č. 10, pre-test a post-test.....	63
Graf č.32, Srovnání otázky č. 11, pre-test a post-test	65
Graf č.33, Srovnání otázky č. 12, pre-test a post-test	66

7 PŘÍLOHA 1

Dotazník

1. Pohlaví: muž žena Věk:
2. O plodnosti člověka a početí vím: nic málo hodně vše
3. O prenatalním vývoji a porodu vím: nic málo hodně vše
4. O adopci a potratu vím: nic málo hodně vše
5. O antikoncepci vím: nic málo hodně vše
6. Ženské vajíčko je životaschopné:

12 hodin 3 dny 1 týden
7. Lidský život z biologického pohledu začíná:

početím narozením
8. Činnost srdce a mozku je možné rozeznat u plodu, kterému jsou:

2 měsíce 5 měsíců 7 měsíců
9. Popiš, jak se provádí interrupce (potrat) v ČR do 12. týdne:
10. Jaké znáš antikoncepční metody?
11. Jana (16 let) a Petr (17 let) se mají rádi a rozhodli se začít společně intimně žít. Následkem nechráněného intimního styku Jana otěhotněla. Kdo si myslíš, že je v dané situaci za nečekané těhotenství zodpovědný?
12. Jana (16 let) a Petr (17 let) se mají rádi a rozhodli se začít společně intimně žít. Následkem nechráněného intimního styku Jana otěhotněla. Dítě ale nejsou připraveni přijmout, co bys jim poradil/a?

8 PŘÍLOHA 2

Fotodokumentace z programů na základních školách v Plzni

