

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PŘÍRODOVĚDECKÁ FAKULTA  
KATEDRA ROZVOJOVÝCH STUDIÍ

Bc. Gabriela Polášková

**Prevence HIV/AIDS v Jihoafrické republice  
ve formálním a neformálním vzdělávání**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šafaříková

Olomouc 2012

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI  
Přírodovědecká fakulta  
Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Gabriela PAŠKOVÁ**  
Osobní číslo: **R100183**  
Studijní program: **N1301 Geografie**  
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**  
Název tématu: **Prevence HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním a neformálním vzdělávání**  
Zadávající katedra: **Katedra rozvojových studií**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Práce poskytne komplexní přehled o vzdělávání obyvatel prostředky prevence HIV/AIDS v Jihoafrické republice. Autorka se bude kromě vzdělávání ve školách zabývat také mimoškolním vzděláváním. V rámci mimoškolního vzdělávání bude pozornost věnována specifickým způsobům vzdělávání o HIV/AIDS jako je vrstevnické vzdělávání (peer-education) či vzdělávání prostřednictvím sportu. Hlavní důraz bude kladen na srovnání formálního a neformálního vzdělávání o HIV/AIDS z hlediska výhod a nevýhod obou přístupů.

Rozsah grafických prací: dle potřeby  
Rozsah pracovní zprávy: 20 - 25 tisíc slov  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky. Praha : Triton, 2004. 89 s. CLARK, T. et al. An Adolescent-targeted HIV Prevention Project Using African Professional Soccer Players as Role Models and Educators in Bulawayo, Zimbabwe. AIDS & Behavior. Volume 10, 2006, Pages 77-83. BANDA, Davies; MWAANGA, Oscar. Dunking AIDS Out: Learning About AIDS Through Basketball Movement Games. Zambia : EduSport Foundation, 2008. 74 s. MWAANGA, Oscar Sichikolo. Kicking AIDS Out Through Movement Games and Sports Activities. Norway : Norwegian Agency for Development Cooperation, 2008. 48 s. DUFFY, L. Suffering, Shame and Silence: The Stigma of HIV/AIDS. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. Volume 16, 2005, Pages 13-20.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Simona Šafaříková  
Katedra rozvojových studií

Datum zadání diplomové práce: 17. ledna 2011  
Termín odevzdání diplomové práce: 27. dubna 2012

L.S.

Prof. RNDr. Juraj Ševčík, Ph.D.  
děkan

Doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.  
vedoucí katedry

V Olomouci dne 9. prosince 2011

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem veškeré použité zdroje.

V Olomouci, dne 12.12.2012

Bc. Gabriela Polášková

Ráda bych poděkovala Mgr. Simoně Šafaříkové za cenné rady a čas, který mi při vedení práce věnovala.

## **Abstrakt**

Práce poskytuje komplexní přehled o vzdělávání coby prostředku prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice. Kromě tradičního formálního vzdělávání ve školách věnuje pozornost také dvěma nejvýznamnějším typům neformálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS využívaným v této zemi – vrstevnickému vzdělávání a prevenci onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu. Práce je teoreticky zasazena do konceptu primární prevence. Jihoafrické formální a neformální vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS je hodnoceno a srovnáváno na základě principů efektivní primární prevence.

### **Klíčová slova:**

Prevence, HIV/AIDS, formální vzdělávání, neformální vzdělávání, Jihoafrická republika.

## **Abstract**

The thesis provides a comprehensive overview of education as a tool of prevention of HIV and AIDS in South Africa. In addition to formal education in South African schools, the thesis also focus on the most significant types of informal education used in this country in preventing HIV and AIDS – peer education and prevention of HIV and AIDS through sport. The thesis is theoretically framed in concept of primary prevention. Primary prevention of HIV and AIDS in South African formal and informal education is evaluated and compared on the principles of effective primary prevention.

### **Keywords:**

Prevention, HIV and AIDS, formal education, informal education, South Africa.

# Obsah

<b>Seznam zkratk</b> .....	9
<b>Seznam obrázků</b> .....	10
<b>Seznam tabulek</b> .....	10
<b>Úvod</b> .....	11
<b>Cíle práce</b> .....	13
<b>Metodologie</b> .....	14
<b>1. Úvod do problematiky onemocnění HIV/AIDS</b> .....	15
1.1 Onemocnění HIV/AIDS.....	15
1.2 Cesty přenosu viru HIV.....	16
1.3 Testování a léčba .....	18
1.4 Průběh infekce.....	19
1.5 Vývoj a výskyt nákazy .....	20
1.6 Determinanty šíření epidemie HIV/AIDS .....	24
1.6.1 Biomedicíncké determinanty.....	24
1.6.2 Socioekonomické determinanty.....	25
1.6.3 Behaviorální determinanty.....	25
1.7 Onemocnění HIV/AIDS a stigma.....	26
1.8 Generace naděje .....	28
1.9 Význam vzdělávání v prevenci onemocnění HIV/AIDS.....	30
<b>2. Teoretická východiska – primární prevence</b> .....	34
2.1 Rizikové chování.....	34
2.2 Typologie prevence .....	35
2.3 Formativní věk a prostředí.....	37
2.4 Principy efektivní primární prevence.....	38
<b>3. Prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním vzdělávání</b> .....	44
3.1 Formální vzdělávání v Jihoafrické republice.....	45
3.2 Dostupnost a kvalita formálního vzdělávání v Jihoafrické republice.....	46
3.3 Zavádění výuky o prevenci onemocnění HIV/AIDS do formálního vzdělávání .....	48
3.4 Předmět Life Orientation.....	49
3.5 Zhodnocení prevence onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání v Jihoafrické republice.....	52
3.6 Efektivita prevence onemocnění HIV/AIDS .....	59
ve formálním vzdělávání v Jihoafrické republice .....	59
<b>4. Prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice v neformálním vzdělávání</b> .....	63
4.1 Vrstevnické vzdělávání.....	64

4.1.1 Vrstevnické vzdělávání v oblasti prevence HIV/AIDS v Jihoafrické republice.....	68
4.1.2 Význam vrstevnického vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS .....	71
4.2 Prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu .....	74
4.2.1 Koncept „Sport pro rozvoj“ .....	75
4.2.2 Sport a vzdělávání .....	76
4.2.3 Prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu v Jihoafrické republice.....	77
4.2.4 Význam sportu v prevenci onemocnění HIV/AIDS .....	79
4.3 Efektivita prevence onemocnění HIV/AIDS v neformálním vzdělávání .....	81
<b>Závěr .....</b>	<b>85</b>
<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>90</b>
<b>Příloha .....</b>	<b>100</b>



## Seznam zkratek

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CREATE	Consortium for Research on Educational Access Transitions & Equity
FASSET	Financial and Accounting Services Sector Education and Training
GRIDS	Gay Related Immunodeficiency Syndrom
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IOC	International Olympic Committee
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
ZAWECA	The ZAWECA HIV/AIDS Peer Education Project

## Seznam obrázků

Obr. 1: Průběh onemocnění HIV/AIDS.....	20
Obr. 2: Procentuální výskyt viru HIV v populaci jednotlivých zemí v roce 2009.....	21
Obr. 3: Procentuální výskyt viru HIV v populaci afrických zemí mezi roky 1990 a 2009.....	22
Obr. 4: Odhadovaný počet obyvatel Jihoafrické republiky s a bez onemocnění AIDS v letech 2000 a 2025.....	23
Obr. 5: Prevalence viru HIV v Jihoafrické republice v roce 2008 podle věku a pohlaví.....	30
Obr. 6: Onemocnění HIV/AIDS a vzdělávání v začarovaném kruhu.....	32
Obr. 7: Formální vzdělávací systém Jihoafrické republiky.....	46
Obr. 8: Prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportovní hry.....	78

## Seznam tabulek

Tab. 1: Věková klasifikace podle Světové zdravotnické organizace.....	29
Tab. 2: Vhodné a nevhodné přístupy k primární prevenci.....	42
Tab. 3: Podíl studentů, kteří dokončili daný ročník v roce 2007.....	48
Tab. 4: Oblasti vyučované v rámci předmětu <i>Life Orientation</i> .....	51
Tab. 5: Schopnosti a dovednosti žáků dle školních osnov v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS.....	51
Tab. 6: Výsledky výzkumu provedeného Griessel-Roux et al. v roce 2005.....	58

## Úvod

Onemocnění HIV/AIDS představuje nebezpečnou infekční chorobu, proti které dodnes nebyl vynalezen lék. Ačkoliv bylo onemocnění HIV/AIDS zaznamenáno na všech obydlených kontinentech, pacienti s tímto onemocněním nejsou na Zemi rozmístěni rovnoměrně. Největší počet lidí nakažených virem HIV žije v subsaharské Africe. Jihoafrická republika, na níž je zaměřena tato práce, je jednou z nejpostiženějších zemí tímto onemocněním na světě. Prevenci onemocnění HIV/AIDS se v této zemi věnuje velké množství aktérů. Vzhledem k tomu, že zdaleka nejběžnější cestou přenosu onemocnění HIV/AIDS je v Jihoafrické republice nechráněný pohlavní styk, je většina prevenčních aktivit zacílena na prevenci rizikového sexuálního chování.

V centru epidemie HIV/AIDS jsou po celém světě mladí lidé. Ti představují věkovou skupinu, do které spadá nejvíce nově nakažených osob, a která zároveň představuje největší potenciál pro změnu. Je to právě generace mladých lidí, na kterou je třeba působit, aby mohlo dojít ke zvrácení negativního trendu v šíření viru HIV. Velký potenciál pro prevenci onemocnění HIV/AIDS mezi mladou populací nabízí vzdělávání, o němž pojednává tato práce. Konkrétně se předložená diplomová práce zabývá prevencí onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním a neformálním vzdělávání. Text práce je rozdělen do čtyř kapitol.

První kapitola se věnuje základním informacím o onemocnění HIV/AIDS. Kromě biomedicínských poznatků jsou v této části práce popsány také tři důležité tématické okruhy související s prevencí tohoto onemocnění ve vzdělávacím sektoru – stigma, generace naděje a význam vzdělávání v prevenci onemocnění HIV/AIDS. Všechny informace uvedené v této kapitole jsou klíčové pro pochopení specifik epidemie HIV/AIDS v Jihoafrické republice.

Teoreticky je práce zasazena do konceptu primární prevence, o němž pojednává druhá kapitola. V této kapitole jsou mimo jiné vysvětleny principy efektivní primární prevence, podle kterých autorka práce později hodnotí a srovnává jednotlivé vzdělávací přístupy v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice.

Třetí kapitulu tvoří prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním vzdělávání. V úvodu kapitoly je popsán formální vzdělávací systém této země. Je zde také vysvětleno, jakým způsobem probíhá prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrických školách. Následuje srovnání závěrů výzkumů zabývajících se efektivitou formálního vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice. Kapitulu uzavírá zhodnocení efektivity prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrickém formálním školství na základě principů efektivní primární prevence. Vzhledem k tomu, že se primární prevence onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání v Jihoafrické republice soustřeďuje do jednoho školního předmětu, je zhodnocení její efektivity zaměřeno jen na tento předmět. Argumenty uváděné pro a proti tomuto typu prevence jsou proto velmi konkrétní.

Naproti tomu neformální vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS, o kterém pojednává čtvrtá kapitola, zahrnuje širokou škálu prevenčních aktivit. Kapitola je proto rozdělena na dvě části – vrstevnické vzdělávání a prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu. Vzhledem k velkému množství aktérů, jež neformální prevenci v této zemi realizují, je práce zaměřena na tyto dva koncepty jako takové, nikoliv na jednotlivé programy či projekty. Uváděné výhody a nevýhody prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice v neformálním vzdělávání jsou proto spíše obecnějšího charakteru, čímž je ovlivněno také závěrečné hodnocení jejich efektivity na základě principů efektivní primární prevence.

## **Cíle práce**

Cílem práce je poskytnout komplexní přehled o vzdělávání obyčejného prostředku prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice. Práce se kromě formálního vzdělávání v jihoafrických školách zaměří na specifické oblasti neformálního vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS – vrstevnické vzdělávání a prevenci onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu.

Dalším cílem práce je zhodnotit a srovnat jihoafrické formální a neformální vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS na základě principů efektivní primární prevence. Autorka práce odpoví na otázku, v čem spočívají výhody a naopak slabiny jednotlivých přístupů.

## Metodologie

Při psaní práce byla použita metoda sekundární analýzy dokumentů, tedy studium a rozbor dat a dokumentů, které byly shromážděny někým jiným, s cílem získat nové dosud nevyhodnocené informace. Autorka práce provedla rešerši dostupných informačních zdrojů k danému tématu. Při vypracovávání práce bylo k dispozici velké množství těchto zdrojů. Převážně se jednalo o anglicky psané texty. Vedle dokumentů významných mezinárodních organizací (např. UNAIDS, WHO, UNICEF) autorka práce prostudovala také řadu článků z odborných časopisů (např. *The Lancet*, *Social Science & Medicine*). Vzhledem k zaměření práce na jihoafrické školství byly při psaní práce využity také dokumenty vydané Ministerstvem školství Jihoafrické republiky a jinými jihoafrickými institucemi (např. *South African National AIDS Council*, CREATE). Autorka práce se při studiu prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrickém formálním vzdělávání dostala také k závěrům několika výzkumů zaměřených přímo na kvalitu tamního formálního vzdělání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS. Nedostatek zdrojů komplikoval pouze psaní poslední kapitoly pojednávající o prevenci onemocnění HIV/AIDS v jihoafrickém neformálním vzdělávání. V této oblasti se evaluace založené na statistických údajích či relevantních výzkumech vyskytují jen velmi zřídka.

Pro citaci použitých informačních zdrojů je využíván tzv. harvardský styl citování – citace jsou uváděny přímo v textu v závorkách. Vždy je uveden autor citace a rok vydání. Přímé citace jsou psány kurzívou a v uvozovkách. Kromě autora a roku vydání jsou přímé citace navíc opatřeny také přesnou stranou, na níž se přímá citace ve zdrojovém dokumentu nachází (to neplatí v případě internetových zdrojů). V práci se z důvodu zachování autentičnosti textu vyskytuje také menší množství anglicky psaných přímých citací. Delší citace jsou pro přehlednost odsazeny doprostřed dané stránky. Kompletní seznam použitých zdrojů je zařazen na konci práce. Doplňující informace jsou kvůli zachování plynulosti textu umístěny do poznámek pod čarou. Text práce je dále doplněn tabulkami a obrázky, které slouží k názornému objasnění textové části práce. Práce obsahuje jednu přílohu.

# 1. Úvod do problematiky onemocnění HIV/AIDS

Tato kapitola poskytuje přehled základních informací o onemocnění HIV/AIDS. První části kapitoly se zabývají biomedicínckými poznatky o onemocnění HIV/AIDS. Jedná se o základní informace, jež by měl každý člověk znát, aby dokázal předcházet nákaze onemocněním HIV/AIDS. Následuje podkapitola o vývoji a výskytu nákazy tímto onemocněním. Dále jsou popsány determinanty šíření onemocnění HIV/AIDS, jejichž identifikování a pochopení je klíčové pro správné nastavení vhodných prevenčních strategií. Poslední tři podkapitoly pojednávají o důležitých tématických okruzích souvisejících s onemocněním HIV/AIDS, jež mají vztah k prevenci tohoto onemocnění ve vzdělávacím sektoru – stigma, generace naděje a význam vzdělávání v prevenci onemocnění HIV/AIDS. Jednotlivé podkapitoly jsou doplněny informacemi týkajícími se Jihoafrické republiky.

## 1.1 Onemocnění HIV/AIDS

Zkratka AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrom*) označuje syndrom získané imunodeficience neboli syndrom získaného selhání imunity. Původcem AIDS je virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), který v roce 1983 nezávisle na sobě objevily vědecké týmy Luce Montagniera ve Francii a Roberta Charlese Galla v USA (Státní zdravotní ústav, 2011). Virus HIV v těle nakaženého člověka napadá a ničí tzv. T-lymfocyty, jeden z druhů bílých krvinek, které jsou nepostradatelné pro správné fungování obranyschopnosti lidského organismu, a způsobuje tím snížení až selhání imunity. Lidský organismus se tak stává náchylný k tzv. oportunním infekcím či onkologickým onemocněním. Tato onemocnění by člověka za normálních okolností nemusela ohrozit, kvůli oslabené imunitě se však pro pacienta nakaženého virem HIV často stávají smrtelnými.

Smýšlení o této nově objevené nemoci bylo v 80. letech 20. století ovlivňováno nedostatkem znalostí o příčině onemocnění, způsobech šíření a možnostech prevence. Vzhledem k tomu, že se nemoc vyskytovala převážně

u homosexuálů, hemofiliků<sup>1</sup>, heroinomanů<sup>2</sup> a většina těchto osob pocházela z Haiti, nesla nemoc zpočátku označení „4H“ (Holub, 1993, 9). O tehdejší nedostatku informací svědčí také pojmenování GRIDS (*gay related immunodeficiency syndrom*), které dnešní zkratce HIV/AIDS předcházelo. Ani po 30 letech od objevení onemocnění HIV/AIDS však nemůžeme říct, že by lidé všude na světě měli o tomto onemocnění přesné informace. Zkreslené mínění o onemocnění HIV/AIDS se dodnes odráží v postojích vůči HIV pozitivním osobám, které jsou v mnoha společnostech stigmatizovány. Stigma obklopující onemocnění HIV/AIDS hraje významnou roli v šíření viru HIV v Jihoafrické republice a proto mu bude v této práci věnována samostatná podkapitola.

## 1.2 Cesty přenosu viru HIV

Osoba nakažená virem HIV se stává infekční ihned po vniknutí viru HIV do organismu a tato infekčnost trvá až do konce života. Virus HIV se v lidském organismu vyskytuje především v krvi, spermatu, poševním sekretu a mateřském mléce. Další tělesné tekutiny jako sliny, pot, slzy, moč atd. jsou z hlediska přenosu HIV nevýznamné, přestože se v nich virus HIV také nachází. Existují celkem tři cesty přenosu viru HIV (Mayer, 1990):

### **a) Pohlavní cesta**

Nechráněný pohlavní styk je nejčastější cestou přenosu viru HIV. K přenosu viru HIV může dojít jak při análním, tak při vaginálním pohlavním styku. S análním pohlavním stykem je spojeno obzvláště velké riziko přenosu viru HIV související se snadným poraněním sliznice konečníku a následným zanesením viru HIV ze spermatu do krevního řečiště. Pravděpodobnost nákazy při vaginálním pohlavním styku taktéž stoupá s výskytem poranění pohlavních orgánů. Riziko nákazy je vyšší pro ženu nežli pro muže, přestože k přenosu může dojít oběma směry. Přenos viru HIV není vyloučen ani při orálním styku. Obecně platí, že pravděpodobnost infekce výrazně stoupá při častém střídání partnerů a vyšší riziko nákazy pozitivně koreluje také s přítomností jiných pohlavně přenosných nemocí (AVERT, 2012a). V Jihoafrické republice je

---

<sup>1</sup> Hemofilik je člověk trpící poruchou srážlivosti krve.

<sup>2</sup> Jako heroinomani byli v USA označováni narkomani užívající nitrožilně heroin.



dominantní cestou přenosu viru HIV heterosexuální pohlavní styk (Ministry of Health, 2010).

### **b) Krevní cesta**

U nákazy virem HIV krevní cestou zpravidla rozlišujeme dva způsoby přenosu – prostřednictvím kontaminovaných krevních transfúzí a infikovanými injekčními stříkačkami. První způsob přenosu je ve vyspělých zemích eliminován důkladným vyšetřením dárců krve a krevních derivátů, přesto i zde existuje riziko související s tzv. diagnostickým oknem (viz níže). V rozvojových zemích, kde nejsou dodržovány tak přísné bezpečnostní standardy při odběrech a zacházení s krví a krevními deriváty jako v rozvinutých zemích, zůstává přenos viru HIV infikovanou krví stále aktuální. Podle Jihoafrické národní rady pro AIDS (South African National AIDS Council, 2007) je v Jihoafrické republice riziko nákazy virem HIV prostřednictvím krevní transfúze odhadováno na 1 : 400 000<sup>3</sup>.

Přenos infikovanými injekčními stříkačkami je běžný u drogově závislých osob užívajících drogy nitrožilně, nelze jej však vyloučit ani v nemocničním prostředí, obzvláště v nejméně rozvinutých zemích světa. Sdílením injekčním stříkaček hrozí trojnásobně velké riziko nákazy než při nechráněném pohlavním styku (AVERT, 2012a).

Kromě těchto dvou způsobů přenosu existuje určité riziko nákazy virem HIV také při poranění kůže a současném styku s kontaminovanou krví. Toto riziko nese především lékařský personál, přesto by i v domácnostech měly být dodržovány základní hygienické návyky spojené s nepoužíváním společných hygienických potřeb, jako jsou zubní kartáčky, žiletky apod. V neposlední řadě je třeba brát v potaz také možnost přenosu viru HIV při tetování, piercingu atd.

### **c) Přenos z matky na dítě**

Žena může virus HIV na své dítě přenést při těhotenství, porodu nebo kojení. Riziko přenosu viru HIV z matky na dítě lze snížit užíváním antiretrovirálních léků (viz níže), císařským řezem a nahrazením kojení umělou stravou. Jak uvádějí De Cock et al. (2000), patnáct až třicet procent dětí narozených infikovaným matkám se během těhotenství nebo porodu nakazí

---

<sup>3</sup> Pro srovnání: celosvětově se uvádí pravděpodobnost nákazy virem HIV prostřednictvím krevních transfúzí 1 : 1 800 000 (Busch et al., 2003).

virem HIV a dalších pět až dvacet procent se infikuje kojením. V Jihoafrické republice se od HIV pozitivní matky nakazí přibližně každé třetí dítě (South African National AIDS Council, 2007).

### 1.3 Testování a léčba

Zda je člověk nakažen virem HIV, se nejčastěji zjišťuje vyšetřením krve<sup>4</sup>. Po odebrání krve se provádí její testování na přítomnost protilátek viru HIV. Pozitivní výsledek testu znamená, že je daná osoba nakažena virem HIV. Negativní výsledek ovšem nemusí vždy znamenat, že testovaný člověk virem HIV nakažený není. Jedná se o případy, kdy je člověk testován v období mezi nákazou a vznikem protilátek. V této době, která je označována jako tzv. diagnostické okno (v angličtině *window period*) a trvá zpravidla tři týdny až tři měsíce (WHO, 2012a), může být test falešně negativní. Je důležité zdůraznit, že i v této době je člověk, nakažený virem HIV, infekční a může tedy nemoc přenést na další osoby. Doporučuje se proto po uplynutí zmíněné doby provést tzv. konfirmační test (Holub, 1993, 24). Podle výzkumu z roku 2009 podstoupilo v průběhu roku 2008 test na onemocnění HIV/AIDS 36,5 % sexuálně aktivních obyvatel Jihoafrické republiky (Johnson, S. et al., 2010). Stejný výzkum ukázal, že se alespoň jedenkrát v životě nechalo na onemocnění HIV/AIDS otestovat 61 % obyvatel Jihoafrické republiky, přičemž 74 % z nich tvoří ženy a 48 % muži<sup>5</sup>.

HIV/AIDS je onemocnění, proti němuž dosud neexistuje vakcína, která by nákaze virem HIV zabránila. K léčbě onemocnění HIV/AIDS jsou dnes k dispozici tzv. antiretrovirotika. Jedná se o léky, které potlačují replikaci viru HIV a udržují množství tohoto viru v těle nakaženého člověka na nízké úrovni. Antiretrovirotika tím zastavují oslabování imunitního systému, nejsou však schopna nemoc vyléčit úplně. Vzhledem ke schopnosti viru HIV rychle se množit, mutovat a vytvářet si rezistenci vůči léčbě se léčiva podávají v kombinaci zpravidla tří a více antiretrovirotik (WHO, 2012b). V současnosti

---

<sup>4</sup> V menší míře se provádí také testování slin a moči, jeho výsledek je však méně spolehlivý vzhledem k nízkému množství viru HIV obsaženému v těchto tělesných tekutinách.

<sup>5</sup> Rozdíl mezi počtem testovaných mužů a žen souvisí s rutinními testy na přítomnost protilátek viru HIV v krvi prováděnými ženám během těhotenství (*Health and Development Africa, 2009*).

existuje více než 20 antiretrovirálních léků, jejich dostupnost v jednotlivých zemích se však liší (AVERT, 2012b). Podle Ministerstva zdravotnictví Jihoafrické republiky mělo v roce 2009 přístup k antiretrovirální léčbě 56 % Jihoafričanů nakažených virem HIV (Ministry of Health, 2010).

## 1.4 Průběh infekce

Ve vyspělých zemích žijí pacienti nakažení onemocněním HIV/AIDS i desítky let, v oblasti jižní Afriky však lidé infikovaní virem HIV umírají v průměru od šesti do devíti let od nákazy (Mojžíšová a Kašová, 2004). Průběh onemocnění vyvolaný infekcí HIV můžeme rozdělit do několika etap. Jednu z možností, jak rozčlenit průběh onemocnění HIV/AIDS do jednotlivých fází, graficky znázorňuje obr. 1 na straně 20. Podrobnější popis průběhu tohoto onemocnění popisují následující čtyři etapy (Holub, 1993; AVERT, 2012c):

### **a) Akutní infekce**

K akutní infekci dochází obvykle do šesti týdnů od nákazy, kdy se začnou projevovat příznaky (zvýšená teplota, celková únava, bolesti kloubů a svalů, zduření mízních uzlin atd.), které většinou po jednom týdnu odezní. Identifikovat nákazu virem HIV je v této fázi onemocnění obtížné vzhledem k tomu, že se protilátky proti viru HIV, na základě kterých lze onemocnění rozpoznat, začínají vytvářet zpravidla až později. Proto je pro lékaře velmi důležité mít k dispozici veškeré údaje o pacientovi včetně informací o případném rizikovém sexuálním styku, podání krevní transfúze či používání injekčních stříkaček. Nutno podotknout, že příznaky akutní fáze onemocnění HIV/AIDS se u některých pacientů nemusí vůbec projevit.

### **b) Asymptomatické nosičství**

Pro tuto fázi infekce je typické, že pacient nepocituje žádné obtíže. Na základě klinických příznaků tedy nelze infekci odhalit. Je již však možné prokázat nákazu vyšetřením krve na protilátky proti viru HIV. Délka stádia bezpříznakového nosičství, která se u jednotlivých pacientů liší, může trvat i více než 10 let.

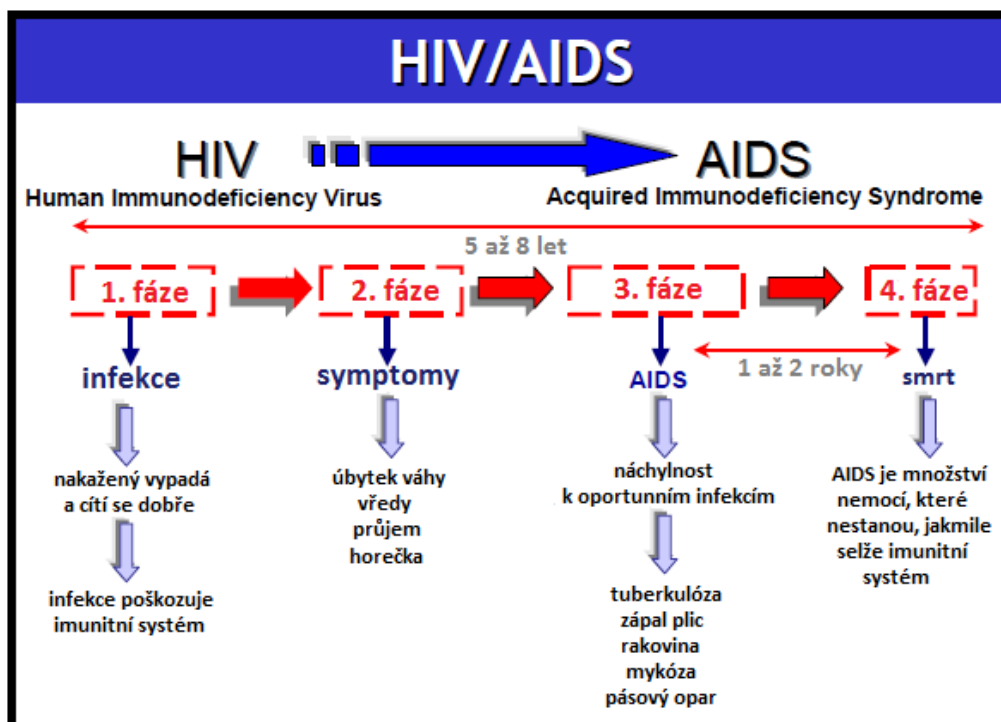
### c) *Symptomatické nosičství*

Další etapa infekce virem HIV je charakteristická projevujícími se zdravotními problémy, mezi které patří dlouhotrvající zvýšená teplota a průjem, opary, ztráta tělesné hmotnosti, únava, poruchy paměti apod.

### d) *Stádium rozvinutého onemocnění AIDS a smrt*

Toto stádium nemoci je charakterizováno úplným selháváním imunitního systému pacienta a jeho zvýšené náchylnosti k oportunním infekcím či nádorům, na něž umírá. Přířinou úmrtí pacienta tedy není onemocnění AIDS, ale např. zápal plic, tuberkulóza apod. Typickým příkladem oportunního nádoru vznikajícího u pacientů s onemocněním HIV/AIDS je tzv. Kaposiho sarkom, který se mimo jiné projevuje nápadnými skvrnami na kůži pacienta.

Obr. 1: Průběh onemocnění HIV/AIDS



Zdroj: FASSET, 2005. Upraveno.

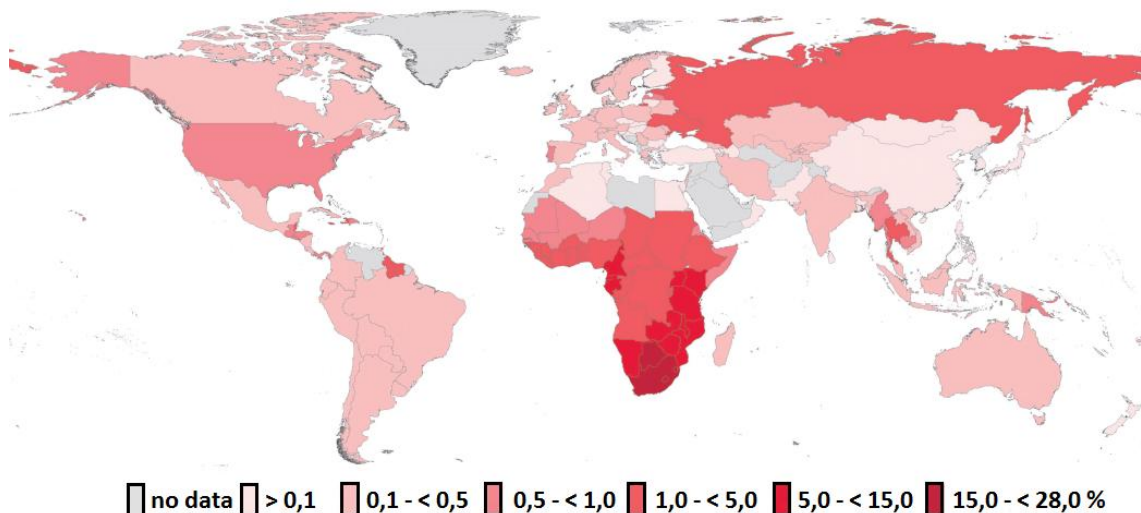
## 1.5 Vývoj a výskyt nákazy

Poprvé bylo onemocnění HIV/AIDS rozpoznáno v roce 1981 v USA u mladých homosexuálů, nicméně dodnes není známo, odkud nemoc pochází. Nejčastěji se hovoří o oblasti střední Afriky, odkud se nemoc pravděpodobně

rozšířila do Karibiku a na východní pobřeží USA a následně do dalších částí světa (Mayer, 1990). V Jihoafrické republice byl první případ nákazy virem HIV diagnostikován v roce 1982 u dvou mužů homosexuální orientace (AVERT, 2012d). Podle odhadů UNAIDS (2010) je v současnosti onemocněním HIV/AIDS celosvětově nakaženo 33,3 mil. osob – z toho 15,9 mil. žen a 2,5 mil. dětí. V roce 2009 na onemocnění AIDS zemřelo 1,8 mil. pacientů a 16,6 mil. dětí vlivem onemocnění AIDS osiřelo. Počet pacientů nakažených virem HIV vzrostl z 8 mil. v roce 1990 na 33,3 mil. v roce 2009, kdy bylo diagnostikováno 2,6 mil. nových pacientů s virem HIV.

Ačkoliv bylo onemocnění HIV/AIDS zaznamenáno na všech obydlených kontinentech, pacienti s tímto onemocněním nejsou na Zemi rozmístěni rovnoměrně. Dvě třetiny osob nakažených nemocí HIV/AIDS žijí v subsaharské Africe, kde bylo v roce 2009 odhaleno 1,8 mil. nových případů HIV pozitivních osob a 1,3 mil. Afričanů v tomto roce následkům onemocnění AIDS podlehl (UNAIDS, 2010). Obr. 2 znázorňuje procentuální výskyt viru HIV v populaci jednotlivých zemí a je z něj patrné, že největší procentuální výskyt viru HIV v rámci dané země zaznamenávají státy v oblasti jižní Afriky.

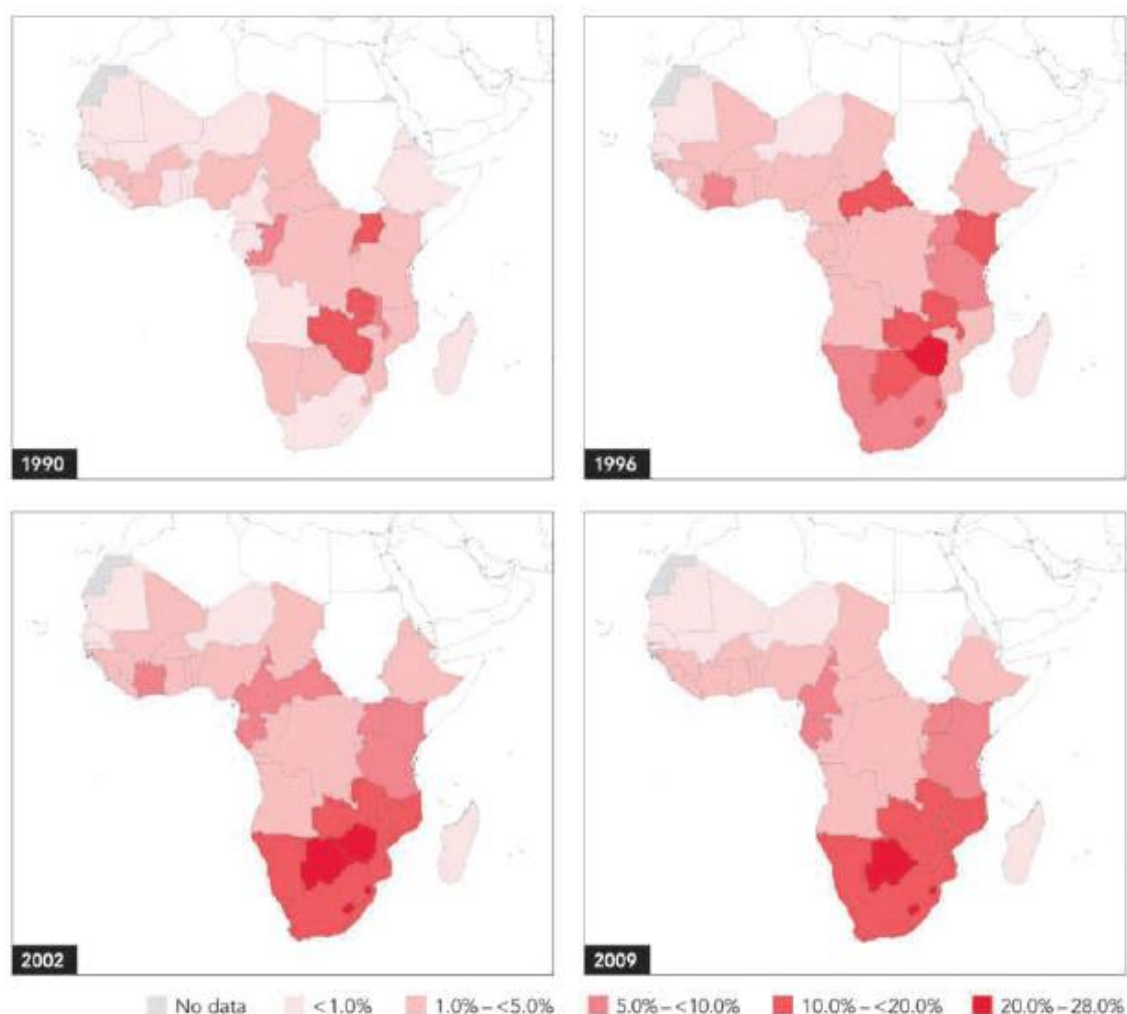
**Obr. 2: Procentuální výskyt viru HIV v populaci jednotlivých zemí v roce 2009**



**Zdroj: UNAIDS, 2010. Upraveno.**

Předpokládá se, že se onemocnění HIV/AIDS na africkém kontinentu objevilo nejdříve v oblasti střední Afriky, odkud se následně rozšířilo do ostatních afrických zemí (Buvé et al., 2002; Mojžíšová a Kašová, 2004). Nasvědčuje tomu také obr. 3 znázorňující procentuální výskyt viru HIV v populaci jednotlivých afrických zemí v průběhu času od roku 1900 do roku 2009.

**Obr. 3: Procentuální výskyt viru HIV v populaci afrických zemí mezi roky 1990 a 2009**



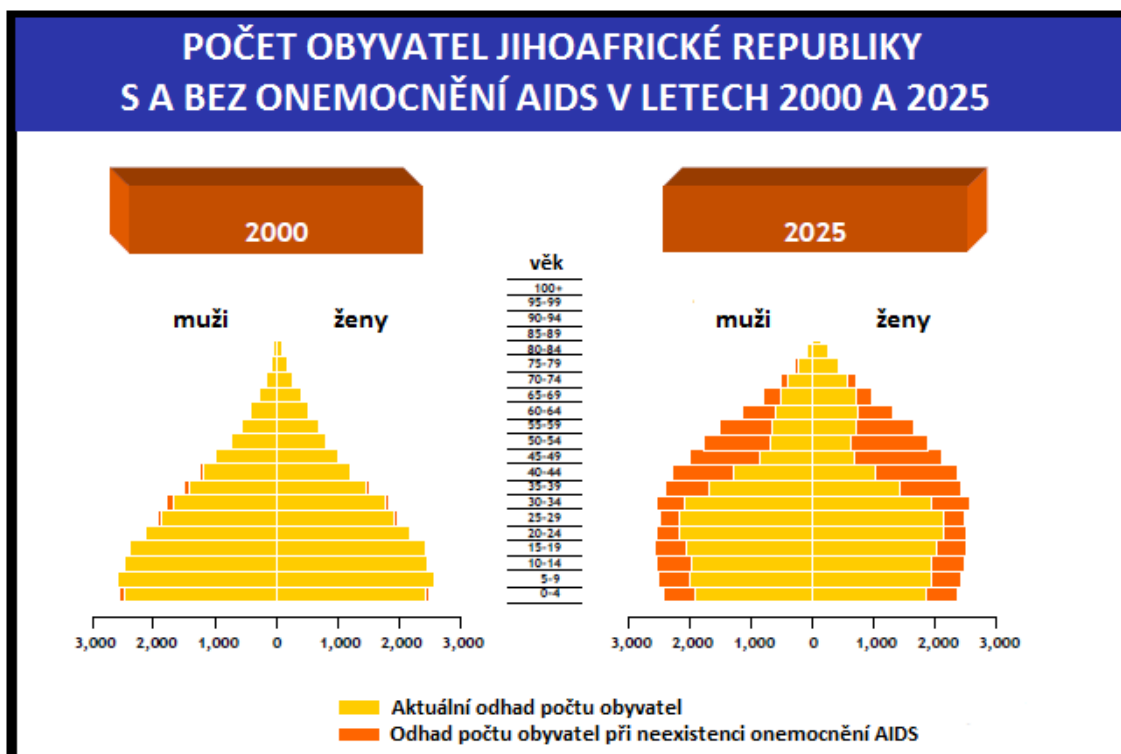
**Zdroj: UNAIDS, 2010.**

Mezi jednotlivými africkými zeměmi, jakož i mezi regiony v rámci jedné země, existují velké rozdíly. Východní a jižní oblasti tohoto kontinentu jsou onemocněním HIV/AIDS postiženy více než západní a střední Afrika (UNAIDS,

2010). Mezi hlavní příčiny odlišné rychlosti šíření infekce HIV/AIDS v jednotlivých částech Afriky patří rozdíl v době zavlečení nákazy, sexuální zvyklosti a biologické faktory (Buvé et al., 2002). Nejhorší situace je přitom v oblasti jižní Afriky. V deseti jihoafrických zemích (Angole, Botswaně, Lesothu, Malawi, Mozambiku, Namibii, Jihoafrické republice, Svazijsku, Zambii a Zimbabwe) žilo v roce 2009 celkem 34 % všech celosvětově nakažených osob virem HIV (WHO, 2011).

Jihoafrická republika je jednou z nejpostiženějších zemí onemocněním HIV/AIDS na světě. Podle odhadů UNAIDS (2010) žilo v roce 2009 v Jihoafrické republice 5,6 mil. osob infikovaných virem HIV. Jedná se přitom o celosvětově největší množství nakažených lidí žijících v jedné zemi. Procentuální výskyt viru HIV v jihoafrické populaci ve věku od 15 do 49 let činí 17,8 % a v rámci afrického kontinentu jsou na to hůře pouze Botswana, Lesotho a Svazijsko (UNAIDS, 2010). Demografické dopady onemocnění HIV/AIDS na jihoafrickou populaci znázorňuje obr. 4.

**Obr. 4: Odhadovaný počet obyvatel Jihoafrické republiky s a bez onemocnění AIDS v letech 2000 a 2025**



**Zdroj: FASSET, 2005. Upraveno.**

## 1.6 Determinanty šíření epidemie HIV/AIDS

Šíření epidemie HIV/AIDS je ovlivněno řadou biomedicínckých, socioekonomických a behaviorálních determinant. Existuje mnoho rizikových faktorů, jejichž přítomnost má vliv na celkovou prevalenci viru HIV v dané zemi. Jejich identifikování a pochopení je klíčové pro správné nastavení vhodných prevenčních strategií. Jak k tomu uvádějí Campbell a MacPhail (2002), pravděpodobnost úspěchu prevence onemocnění HIV/AIDS se zvyšuje, pokud je tato prevence správně zasazena do místního sociálního kontextu. Nutno si také uvědomit, že jednotlivé determinanty nepůsobí odděleně, nýbrž ve vzájemné interakci.

Níže jsou identifikovány determinanty hrající významnou roli v šíření epidemie HIV/AIDS v Jihoafrické republice. Vzhledem k převládajícímu způsobu přenosu viru HIV v Jihoafrické republice se všechny determinanty týkají přenosu pohlavní cestou. V uvedeném přehledu determinant šíření epidemie HIV/AIDS nejsou zmíněny dvě determinanty – vzdělání a stigma, neboť o nich, vzhledem k jejich významu v této práci, budou podrobněji pojednávat vlastní podkapitoly.

### 1.6.1 Biomedicíncké determinanty

Pravděpodobnost infekce virem HIV závisí na způsobu sexuálního styku, množství viru HIV v dané tělesné tekutině a na vnímavosti daného individua k nákaze (South African National AIDS Council, 2007). Jak je uvedeno výše (viz podkapitola 1.2), byla prokázána vyšší pravděpodobnost přenosu viru HIV z muže na ženu nežli naopak, větší riziko nákazy virem HIV hrozí při existenci jiné pohlavně přenosné choroby (např. kapavky) a s obzvlášť velkým nebezpečím infekce je spojen nechráněný anální pohlavní styk. Výzkumy také poukazují na skutečnost, že mužská obřízka snižuje riziko přenosu viru HIV<sup>6</sup> z ženy na muže, vliv mužské obřízky na přenos viru HIV v opačném směru nebyl jednoznačně prokázán (South African National AIDS Council, 2007). Johnson a Bundlender (2002) považují vysokou prevalenci sexuálně

---

<sup>6</sup> Při obřízce je odstraněna předkožka penisu, která obsahuje buňky vysoce náchylné k virové infekci (AVERT, 2012f).



přenosných onemocnění v Jihoafrické republice za jeden z klíčových faktorů šíření epidemie HIV/AIDS v této zemi.

### **1.6.2 Socioekonomické determinanty**

Ze socioekonomických determinant šíření viru HIV jsou v Jihoafrické republice podstatné hlavně tyto determinanty: urbanizace, ekonomická situace a migrace. Pracovní příležitosti se v Jihoafrické republice koncentrují především ve městech, případně v oblastech těžebních dolů, kde venkovští obyvatelé (zpravidla muži) po dobu pracovních povinností pobývají bez rodiny, což přispívá ke vzniku mimomanželských sexuálních poměrů. Rychlost šíření epidemie se také liší v závislosti na vzdálenosti od města, kde je nejvyšší (Mojžíšová a Kašová, 2004). Buvé et al. (2002) přisuzují důvody rychlejšího šíření onemocnění HIV/AIDS ve městech uvolněnějším sexuálním obyčejům, než jaké panují na venkově, a vyšší dostupnosti sexuálních služeb. Špatná ekonomická situace nutí především ženy poskytovat sexuální služby za úplatu a podstupovat z hlediska přenosu viru HIV vysoce rizikové chování. Ekonomickou situaci tedy můžeme považovat za další důležitou determinantu šíření epidemie HIV/AIDS.

### **1.6.3 Behaviorální determinanty**

Za hlavní behaviorální determinanty šíření epidemie HIV/AIDS v Jihoafrické republice jsou považovány souběžné sexuální vztahy, nedostatečné vnímání rizika, nechráněné pohlavní styky, časté střídání sexuálních partnerů, mezigenerační sexuální vztahy a věk při zahájení sexuálního života. Značně rizikovým chováním z hlediska šíření epidemie HIV/AIDS i jiných pohlavně přenosných onemocnění je praktikování nechráněného pohlavního styku. Přestože se v Jihoafrické republice míra používání kondomu při sexuálním styku každým rokem zvyšuje, není jeho používání dodnes samozřejmostí (Human Sciences Research Council, 2009). Mimo to v Jihoafrické republice stále přetrvává patriarchální postavení mužů a s tím související sexuální zneužívání žen a nedostatečná schopnost žen přesvědčit muže, aby při sexuálním styku používali kondom (Mutinta et al., 2011; Human Sciences Research Council, 2009). Jak uvádějí Buvé et al. (2002), žena nesmí odmítnout pohlavní styk se svým manželem ani vyžadovat použití

kondomu. Generovou nerovnováhu tedy můžeme považovat za podstatnou determinantu šíření viru HIV v Jihoafrické republice.

Sexuální vztahy mladých dívek a žen s o mnoho let staršími muži nejsou v Jihoafrické republice ničím neobvyklým, ačkoliv jsou z hlediska šíření onemocnění HIV/AIDS považovány za problémové z důvodu vyšší pravděpodobnosti HIV positivity u starších mužů (South African National AIDS Council, 2007). Věk při zahájení sexuální aktivity je další z determinant šíření epidemie HIV/AIDS. Brzké zahájení sexuální aktivity je spojeno s vyšší mírou rizika nákazy virem HIV, neboť mladší lidé mají tendenci častěji střídat partnery a nepoužívat při pohlavním styku ochranné prostředky (Ross, 2006). Johnson a Bundlender (2002) uvádějí jako významnou determinantu šíření onemocnění HIV/AIDS také nevyhledávání lékařské péče při onemocnění pohlavně přenosnou chorobou, a to jak z důvodu podcenění problému, tak v důsledku nedostupnosti lékařské péče. Při sexuálním styku s osobou nakaženou nějakou pohlavně přenosnou chorobou přitom hrozí vysoké riziko nákazy virem HIV.

## 1.7 Onemocnění HIV/AIDS a stigma

Prevence onemocnění HIV/AIDS je velmi komplikována stigmatem, které tuto nemoc obklopuje. Duffy (2005) vnímá stigma obklopující onemocnění HIV/AIDS jako začarovaný kruh. Podle jeho názoru stigmatizace nemoci HIV/AIDS způsobuje, že se o ní nemocní bojí mluvit, a toto mlčení umožňuje nemoci dále se šířit. Generální tajemník OSN Ban-Ki Moon na 17. mezinárodní konferenci o HIV/AIDS, která se konala v srpnu 2008 v Mexico City, prohlásil, že považuje stigma za nejdůležitější překážku prevence onemocnění HIV/AIDS, neboť podle něj je právě stigma hlavním důvodem toho, proč mnoho HIV pozitivních lidí nevyhledá lékařskou péči (Washington Times, 2008). Stigma jako významnou překážku boje proti onemocnění HIV/AIDS spočívající v neochotě lidí nechat se testovat, potažmo ve skrývání své HIV positivity, vnímají například také: Simbayi et al. (2007), Maughan-Brown (2006) či Brown et al. (2003). Vandemoortele a Delamonica (2002) uvádějí, že je šíření onemocnění HIV/AIDS v rozvojových zemích umožněno tzv. spojenectvím čtyř „S“ – *silence* (mlčení), *shame* (stud), *stigma* (stigma) a *superstition* (pověra).

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem a významu vzdělávání coby prostředku ke snížení stigmatu obklopujícího onemocnění HIV/AIDS, je tato problematika v následujících odstavcích rozebrána podrobněji než ostatní determinanty šíření onemocnění HIV/AIDS uvedené v předchozí podkapitole.

Osoby nakažené virem HIV jsou stigmatizovány především z následujících důvodů (Alonzo a Reynolds, 1995; Odgen et al., 2005; AVERT, 2012e):

- jedná se o nakažlivé a život ohrožující onemocnění,
- nemoc je spojována s deviantně vnímaným chováním, jako je homosexualita, promiskuita, prostituce, užívání drog apod.,
- nákaza virem HIV je považována za selhání jedince, který se dopustil nezodpovědného a nemorálního chování,
- lidé nemají o onemocnění HIV/AIDS dostatek informací,
- smýšlení o onemocnění HIV/AIDS je především v rozvojových zemích ovlivňováno různými mýty či pověrami,
- jde o relativně nové onemocnění.

Onemocnění HIV/AIDS je celosvětově jednou z nejvíce stigmatizovaných chorob, rozsah a význam stigmatizace se však v jednotlivých částech světa liší. V Jihoafrické republice stigma obklopující onemocnění HIV/AIDS dodnes představuje významnou překážku prevence tohoto onemocnění (Keikelame et al., 2010; Maughan-Brown, 2010). Stigma je zde spojeno s různými předsudky – na osoby nakažené virem HIV je mnohdy pohlíženo jako na posvrtněné (Simbayi, 2007), nákaza virem HIV bývá nezřídka považována za Boží trest anebo za projev posednutí ďáblem (Visser et al., 2009) apod. Tyto předsudky se odrážejí v negativních postojích až v diskriminačním chování vůči HIV pozitivním osobám. V souvislosti se stigmatem obklopujícím onemocnění HIV/AIDS mohou být HIV pozitivní osoby (hlavně ženy) vyhnány z domova, mohou přijít o práci, ve zdravotnických zařízeních jim nebývá vždy poskytována taková péče jako ostatním pacientům apod. (AVERT, 2012e). Diskriminační vnímání HIV pozitivních osob v Jihoafrické republice potvrzují také výsledky výzkumu, který provedli Simbayi et al. (2007) v Kapském městě. Podle tohoto výzkumu:

- 43 % respondentů míní, že by HIV pozitivní osoby neměly pracovat s dětmi,
- 41 % respondentů je pro omezení práv a svobod pacientů trpících onemocněním HIV/AIDS,
- 40 % respondentů z řad HIV pozitivních osob uvedlo, že od zveřejnění své HIV positivity pocítili diskriminaci,
- 29 % respondentů by si nikdy nekoupilo jídlo od HIV pozitivního prodáváče,
- 20 % respondentů si myslí, že by se zdravé děti neměly stýkat s HIV pozitivními dětmi.

K podobným výsledkům dospěl také výzkum realizovaný ve městech Atteridgeville a Mamelodi na severovýchodě Jihoafrické republiky (Visser et al., 2009). Podle tohoto výzkumu:

- 29,5 % respondentů by nezaměstnalo HIV pozitivní osobu,
- 23,5 % respondentů se cítí nepohodlně mezi HIV pozitivními osobami,
- 17,5 % respondentů by nechtělo sedět v autobusu vedle osoby nakažené virem HIV,
- 14,5 % respondentů by nechtělo HIV pozitivní lidi za sousedy.

Obavy z diskriminace odrážejí mnohé Jihoafričany od vyhledání lékaře a podstoupení HIV testů (Kalichman a Simbayi, 2004). Infikovaní jedinci tak často bez svého vědomí přenášejí nemoc na další osoby. Stigma a diskriminace související s HIV pozitivitou se odráží také na jejich psychickém rozpoložení. Lidé nakažení virem HIV působením stigmatizace často ztrácejí naději, připadají si bezcenní, trpí ztrátou dobré pověsti apod. (AVERT, 2012e).

## 1.8 Generace naděje

Pojem generace naděje pochází ze zprávy Světové banky s názvem „*Education and HIV/AIDS – A Window of Hope*“, kterou tato organizace vydala v roce 2002 (The World Bank, 2002). Generací naděje jsou přitom myšleni mladí lidé. Na tomto místě je nutné definovat pojmy související s generací mladých lidí. Světová zdravotnická organizace dělí populaci podle věku do tří

skupin – viz tab. 1. Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá vzděláváním cílícím na osoby ve věku do 24 let, je v ní v souladu s níže uvedenou klasifikací používán pojem mládež, případně pojem mladí lidé. Osoby mladší 10 let jsou v této práci označovány jako děti.

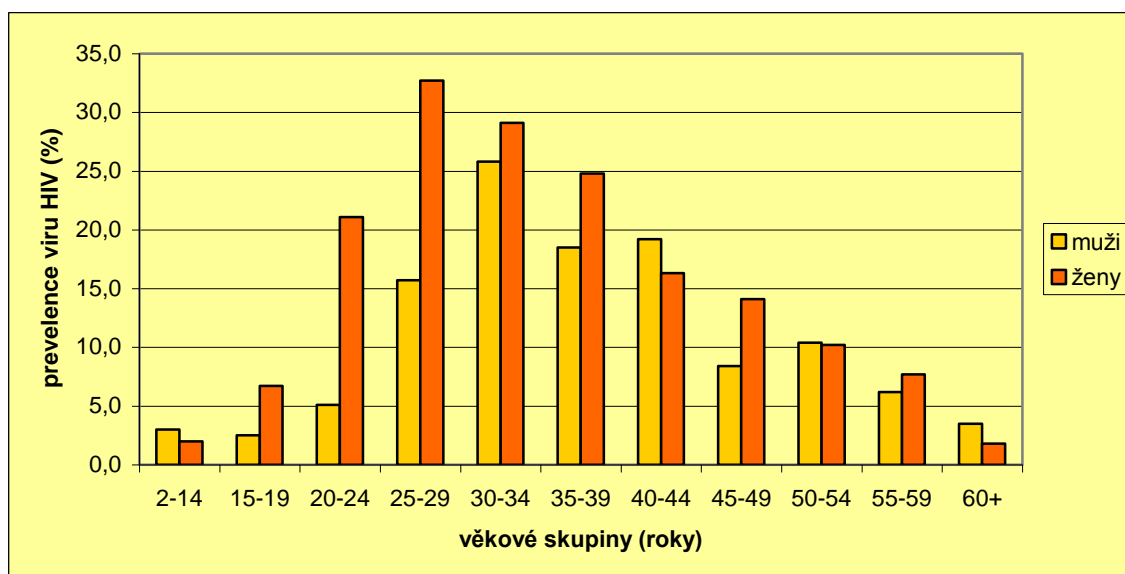
**Tab. 1: Věková klasifikace podle Světové zdravotnické organizace**

mladí lidé	15 – 24 let
adolescenti	10 – 19 let
mládež	10 – 24 let

**Vytvořeno dle: Dick et al. in Ross et al., 2006.**

Proč je právě generace mladých lidí označována za generaci naděje? Mládež do 18 let tvoří 40 % jihoafrické populace (South African National AIDS Council, 2007). Jak ukazuje obr. 5 na straně 30, znázorňující prevalenci viru HIV v Jihoafrické republice, v této věkové skupině je relativně nízká prevalence viru HIV, zároveň ale populace mezi 15 a 24 lety představuje z hlediska nákazy virem HIV vysoce rizikovou skupinu obyvatel kvůli tomu, že zpravidla v tomto věku dochází k zahájení sexuálního života. Zhruba polovina všech nově infikovaných osob spadá v subsaharské Africe do věkové skupiny 15 až 24 let (Monasch a Mahy in Ross et al., 2006). Podle Globální vzdělávací kampaně se virus HIV šíří nejrychleji ve věkové skupině 15 až 24 nejen z fyziologických důvodů, ale také vlivem nedostatku informací, ekonomických zdrojů a možností rozhodovat (Global Campaign for Education, 2004). Je to tudíž právě generace mladých lidí, na kterou je třeba působit, aby mohlo dojít ke zvrácení negativního trendu v šíření viru HIV. Světová zdravotnická organizace (Monasch a Mahy in Ross et al., 2006: 15) k tomu uvádí: „*Epidemie se mezi jednotlivými světovými regiony značně liší, v jejím centru jsou však všude mladí lidé, a to jak ve smyslu nových infekcí, tak ve smyslu největšího potenciálu pro změnu, které může být dosaženo vhodnými intervencemi.*“

**Obr. 5: Prevalence viru HIV v Jihoafrické republice v roce 2008 podle věku a pohlaví**



*Vytvořeno dle: Ministry of Health, 2010.*

## 1.9 Význam vzdělávání v prevenci onemocnění HIV/AIDS

V počátečním období šíření onemocnění HIV/AIDS patřili vzdělanější lidé z hlediska nákazy virem HIV mezi nejrizikovější skupiny, neboť měli širší možnosti než méně vzdělaní lidé – byli bohatší, měli více volného času, mohli si dovolit cestovat a využívat placených sexuálních služeb (Vandemoortele a Delamonica, 2002; Jukes et al., 2008). Ve studiích založených na datech pocházejících z 80. a 90. let 20. století (např. Hargreaves a Glynn, 2002) se proto můžeme setkat s pozitivní korelací mezi vyšším stupněm dosaženého vzdělání a prevalencí viru HIV. Tento vztah však již neplatí a vzdělávání je dnes naopak vnímáno jako prostředek prevence onemocnění HIV/AIDS.

Vzdělávání je Světovou bankou považováno za jeden z nejefektivnějších prostředků prevence onemocnění HIV/AIDS vůbec (The World Bank, 2002). Podle odhadů Globální vzdělávací kampaně může univerzální základní vzdělání každoročně předejít 700 000 nových případů infekce virem HIV (Global Campaign for Education, 2004). Potenciál vzdělávání ve školách coby efektivního prostředku prevence onemocnění HIV/AIDS vychází z předpokladu, že studenti navštěvují školu pravidelně a převážná většina z nich začne chodit

do školy předtím, než se stane sexuálně aktivní (Kirby et al., 2006; Francis, 2010; Mavedzenge et al., 2010). Školy navíc mohou využít toho, že se studenti nacházejí v tzv. formativním období svého života, tedy v době, kdy mohou být ovlivněny jejich postoje a budoucí chování (UNAIDS, 2009).

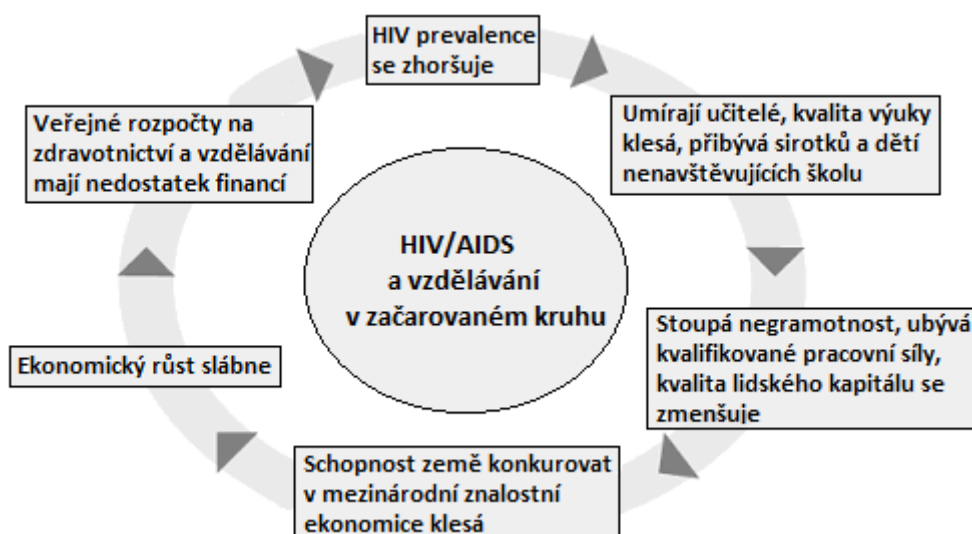
Mezinárodní organizace (The World Bank, 2002; UNESCO, 2006; UNAIDS, 2009) uvádějí, že vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS snižuje riziko nákazy, neboť poskytuje studentům informace pozitivně ovlivňující jejich sexuální chování. Podle jejich názoru vede vyučování toho, jak se bránit HIV infekci, k redukci rizikového chování a tím i ke snížení výskytu onemocnění HIV/AIDS. Studenti, kteří prošli vzdělávacími programy zaměřenými na prevenci onemocnění HIV/AIDS, zahajují svou sexuální aktivitu později než ti bez takového vzdělání, častěji používají při sexuální styku kondom, jsou méně náchylní k rizikovému chování, jako je časté střídání sexuálních partnerů, užívání drog apod. (The World Bank, 2002; UNESCO, 2006; UNAIDS, 2009). Z výzkumů vyplývá, že je u nevzdělaných žen třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost, že budou mít nepřesné informace o onemocnění HIV/AIDS (Vandemoortele a Delamonica, 2002).

V Jihoafrické republice se stále objevují patriarchální rysy uspořádání společnosti, proto je vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS důležité obzvláště pro dívky. Vyšší všeobecné vzdělání rozšiřuje jejich pracovní uplatnění a zlepšuje ekonomickou situaci. Ženy se stávají ekonomicky nezávislými na svém partnerovi a v sexuálním životě snadněji prosazují principy bezpečného sexu (Hargreaves a Boler, 2006). Podle Světové banky vzdělávání také mnohdy oddaluje zahájení sexuálního života a vznik manželství a má pozitivní vliv na plánování rodiny (The World Bank, 2002). Situace je však v Jihoafrické republice komplikována tím, že řada rodičů nese sexuální výuku svých dětí s nelibostí, neboť se domnívají, že vyučování jejich dětí, jak se chránit nákaze onemocněním HIV/AIDS, je může přimět k předčasnému zahájení sexuálního života (Campbell a MacPhail, 2002; Francis, 2010). Toto přesvědčení považují organizace UNICEF, UNAIDS a WHO (2002) za zkreslené a naopak uvádějí, že poskytování správných informací o sexuálním životě častěji vede k posunu jeho zahájení do pozdějšího věku.

Průzkumy v Jihoafrické republice odhalily, že chudí a nevzdělaní lidé inklinují více ke stigmatizujícím postojům (Visser et al., 2009). Zvyšování povědomí lidí o onemocnění HIV/AIDS a otevřené debaty o tomto onemocnění ve školách i v rámci mimoškolních vzdělávacích programů mohou vést k omezení stigmatu obklopujícího nemoc HIV/AIDS.

Boler a Jellema (2005) vyzdvihují důležitost vzdělání nejen pro jednotlivce, ale také pro celou společnost. Udržování funkčního vzdělávacího systému je podle nich kriticky důležité ke zmírnění ztrát lidského kapitálu (především zdravotních sester, učitelů a jiných klíčových zaměstnanců veřejného sektoru) způsobených onemocněním HIV/AIDS v zemích s jeho vysokou prevalencí. Vzájemnou provázanost onemocnění HIV/AIDS, vzdělávání a ekonomiky znázorňuje obr. 6.

**Obr. 6: Onemocnění HIV/AIDS a vzdělávání v začarovaném kruhu**



**Zdroj: The World Bank, 2002. Upraveno.**

Přestože se povědomí o onemocnění HIV/AIDS v Africe zlepšuje a stále více Afričanů ví, že se virus HIV přenáší pouze třemi výše popsány cestami, přetrvává v africké společnosti mylné smýšlení o onemocnění HIV/AIDS. Přes znalost způsobů přenosu viru HIV se mnoho Afričanů obává nákazy pouhým dotykem, potřesením rukou, sdílením stejného oblečení, potem atd. (Odgen et al., 2005). Zkreslené informace se týkají také léčby onemocnění HIV/AIDS.



Někteří lidé kupříkladu věří, že onemocnění HIV/AIDS může být vyléčeno pohlavním stykem s pannou nebo tradiční africkou medicínou (Johnson a Bundlender, 2002). To ústí v nedostatečné vnímání rizika. Proto je nutné neustále zvyšovat povědomí lidí o tomto onemocnění. K tomu může sloužit řada intervencí: sexuální výchova ve školách, vzdělávací programy cílící na mládež mimo školu, prevenční kampaně v médiích, poradenské služby poskytované ve zdravotnických zařízeních či ve specializovaných poradnách apod.

Tato práce se zaměřuje na prevenci onemocnění HIV/AIDS ve formálním a neformálním vzdělávání v Jihoafrické republice. Formálním vzděláváním se v této práci rozumí tradiční vzdělávání ve školách podle školních osnov. V rámci neformálního vzdělávání je věnována pozornost vrstevnickému vzdělávání a vzdělávání prostřednictvím sportu.

## 2. Teoretická východiska – primární prevence

Práce je teoreticky zasazena do konceptu primární prevence, o němž pojednává tato kapitola. Primární prevencí rozumíme veškeré aktivity realizované s cílem předejít rizikovému chování spojenému se sociálně-patologickými jevy, případně uskutečňované za účelem minimalizování jejich negativního dopadu včetně dalšího šíření (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2009). V rámci této kapitoly je nejdříve vysvětlen pojem rizikové chování, jemuž mají programy primární prevence předcházet. Dále jsou uvedeny základní informace o primární prevenci jako takové. Poslední část této kapitoly tvoří soubor principů efektivní primární prevence sestavený autorkou této práce na základě dostupné české literatury (Nešpor et al., 1999; Skácelová, 2003; Miovský et al., 2010). Všechny zmíněné principy efektivní primární prevence jsou v dalších částech práce využity pro zhodnocení a srovnání prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním a neformálním vzdělávání.

### 2.1 Rizikové chování

Pojem primární prevence je nejčastěji používán ve spojitosti s prevencí rizikového chování a sociálně-patologických jevů. Rizikové chování můžeme definovat jako „*chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost*“ (Klinika adiktologie, 2006). Michaela Širůčková (2010) řadí mezi rizikové chování, na něž je primární prevence nejčastěji zaměřena, následující skupiny chování:

- a) *interpersonální agresivní chování*** (např. šikana, týrání, extremismus, rasová nesnášenlivost a diskriminace určitých etnických skupin)
- b) *delikventní jednání*** (např. krádeže, vandalismus, sprejerství, gambling)
- c) *nevhodné zdravotní a stravovací návyky*** (např. nadměrné pití alkoholu, kouření, užívání drog, nedostatečná pohybová aktivita)

- d) rizikové sexuální chování** (např. předčasné zahájení sexuálního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, sexuální vztahy s rizikovými partnery)
- e) rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím** (záškoláctví, neplnění studijních povinností, předčasné ukončení studia)
- f) rizikové sportovní a volno-časové aktivity** (provozování adrenalinových a extrémních sportů)

## 2.2 Typologie prevence

Primární prevence se zaměřuje na populaci jako na celek, případně na určité cílové skupiny v rámci dané populace, čímž se odlišuje od prevence sekundární či terciální, které jsou individuálního charakteru a pracují s lidmi již nějakým způsobem zasaženými či ovlivněnými určitým sociálně-patologickým jevem. Jak uvádějí Bém a Kalina (2003: 274), častým cílem primární prevence je „zabránit vzniku poruchy zdraví“. To je dle Světové zdravotnické organizace definováno jako „stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Constitution of the World Health Organization, 1948). Primární prevence přitom usiluje o to, aby k poruše zdraví u lidí vůbec nedocházelo, kdežto sekundární a terciální prevence s poruchou zdraví počítají (Bém a Kalina, 2003). Konkrétně můžeme rozdíl mezi primární, sekundární a terciální prevencí znázornit na příkladu prevence užívání návykových látek (Nešpor et al., 1999: 6): „*Primární prevence znamená předcházet problémům s návykovými látkami u těch, kdo je ještě nezačali škodlivě užívat, cílem sekundární prevence je poskytnout efektivní pomoc těm, kdo začali návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil, terciální prevence se překrývá s léčbou závislosti na návykových látkách a zmírněním škod.*“

Zpravidla rozlišujeme primární prevenci specifickou a nespecifickou. Nespecifická primární prevence není tématicky zaměřená na určitý problém, nýbrž se zaměřuje spíše na faktory, které v souladu s výše uvedenou definicí zdraví souvisí s podporou zdraví ve smyslu tělesném, duševním i sociálním

(Bém a Kalina, 2003). V této práci je kladen důraz na specifickou primární prevenci, jež se na rozdíl od nespecifické primární prevence soustředí na konkrétní problém. V souvislosti s onemocněním HIV/AIDS je tímto problémem rizikové sexuální chování. Ostatním typům rizikového chování souvisejícím také s onemocněním HIV/AIDS (např. užívání drog) není v práci věnována pozornost. Důvodem je fakt, že v jihoafrické populaci výrazně převažuje přenos onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím nechráněného pohlavního styku a ostatní cesty přenosu (nákaza kontaminovanou injekční stříkačkou při aplikaci drogy, infikovanou krevní transfúzí nebo při tetování či piercingu) jsou v Jihoafrické republice zanedbatelné (Buvé et al., 2002; Ministry of Health, 2010).

Specifická primární prevence může probíhat na různých úrovních. Ivan Skalník (2003) vymezuje následující tři úrovně specifické primární prevence:

***a) nejvyšší úroveň (makroprostředí)***

Cílem specifické primární prevence na této úrovni je zasáhnout co možná největší počet osob. Jak sám Ivan Skalník (2003) podotýká, právě masový charakter tohoto druhu primární prevence je jeho slabinou, neboť neumožňuje přizpůsobit obsah prevenčních aktivit různým skupinám uvnitř velké cílové populace. Specifická primární prevence na nejvyšší úrovni se nejčastěji snaží o ovlivnění veřejného mínění prostřednictvím nejrůznějších mediálních kampaní. Neadresnost a finanční náročnost však mnohdy činí z takových kampaní prostředek pro uspokojení organizátorů a části společnosti ve smyslu toho, že se něco dělá proti sociálně-patologickým jevům a rizikovému chování, ale pro deklarovanou cílovou skupinu postrádají smysl (Skalník, 2003).

***b) střední úroveň (mezoprostředí)***

Specifická primární prevence na střední úrovni je zaměřena na určitou lokalitu (např. část města, obec apod.) či cílovou skupinu (např. žáci druhého stupně základních škol atd.). Prevenční programy lze tedy přizpůsobovat specifikům dané lokality či cílové skupiny. Mezi prostředky používané na této úrovni primární prevence patří opět různé mediální kampaně nebo například vytváření odborně-naučných učebnic.

### **c) místní úroveň (mikroprostředí)**

V případě specifické primární prevence na místní úrovni jsou cílové skupiny přesně definovány (např. žáci 9. ročníků základních škol), což umožňuje, aby byly prevenční programy vytvořeny tzv. přímo na míru. Ivan Skalník (2003) považuje tento druh primární prevence za nejúčinnější, obzvláště pokud probíhá dlouhodobě. Jsou přitom využívány prostředky typu různě tématicky zaměřených přednášek, besed, komponovaných pořadů apod. Podstatné místo v rámci specifické primární prevence na této úrovni zauímají také vrstevnické vzdělávací programy, jimž se budu věnovat v druhé části práce v rámci prevence onemocnění HIV/AIDS v neformálním vzdělávání v Jihoafrické republice.

## **2.3 Formativní věk a prostředí**

Těžištěm primární prevence jsou tzv. formativní věk a formativní prostředí. Jedná se o dobu (dětství a dospívání) a prostředí (nejbližší okolí – rodina, škola, místní společenství, prostředí mimoškolní činnosti, rekreace a volného času), v nichž se vytváří normy, hodnoty a postoje jedince (Bém a Kalina, 2003). Rodina je důležitým aktérem primární prevence prostřednictvím výchovy dětí. Dalším významným hráčem na poli primární prevence rizikového chování jsou školy. Ty podle Světové banky poskytují efektivní cestu, jak zasáhnout velké množství dětí a mládeže ve věku, kdy lze ovlivnit jejich chování (The World Bank, 2002).

Velký význam v oblasti primární prevence je přisuzován také tzv. pozitivním modelům (někdy též intermediátorům), tedy osobám, které jsou schopné pozitivně ovlivňovat cílovou skupinu. Jak uvádějí Bém a Kalina (2003: 279): *„Jsou to lidé, jejichž vystupování a chování je směrodatné, kteří mohou být vzory, a kterým cílová skupina naslouchá a věří, když něco říkají třeba o drogách nebo AIDS. Je důležité tyto osoby najít a získat je pro prevenci.“* Mezi pozitivní modely můžeme kromě rodičů a učitelů zařadit trenéry, skautské vedoucí, herce, sportovce a jiné známé osobnosti, lékaře atd. Při výběru vhodného pozitivního modelu se většinou klade největší důraz na jeho sociální pozici a schopnost komunikace. Nutno podotknout, že je potřebné

pozitivní modely řádně vyškolit, neboť stavění programů primární prevence na významných osobách bez adekvátního školení je podle Béma a Kaliny (2003) neefektivní.

Značný smysl se přikládá též vrstevníkům nebo mladým lidem mírně starším než členové cílové skupiny. Programy využívající vrstevníky (tzv. *peer programy*) jsou dnes poměrně rozšířeným prostředkem prevence rizikového chování. Podrobněji o nich bude pojednávat čtvrtá kapitola zabývající se prevencí onemocnění HIV/AIDS v neformálním vzdělávání v Jihoafrické republice.

## **2.4 Principy efektivní primární prevence**

Aby byla specifická primární prevence efektivní, musí splňovat určitá kritéria či zásady. V české literatuře jsou tyto zásady ponejvíce zpracovány pro oblast prevence užívání návykových látek. Jak ale uvádějí Miovský et al. (2010), jedná se o natolik obecná kritéria, že je můžeme bez problémů použít i v případě prevence jiných typů rizikového chování.

Pro účely hodnocení a srovnání prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním a neformálním vzdělávání autorka této práce vytvořila na základě tří českých zdrojů (Nešpor et al., 1999; Skácelová, 2003; Miovský et al., 2010) soubor sedmi principů efektivní primární prevence. Ze všech principů uvedených ve třech výše citovaných zdrojích byly vybrány ty principy, které se vyskytovaly minimálně ve dvou ze tří zdrojů. Jednotlivé vybrané principy jsou v teoretické rovině popsány v následujících podkapitolách (2.4.1 až 2.4.7) a je s nimi dále pracováno v kapitolách 3 a 4, jež se zabývají konkrétními formami prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice. Kompletní seznamy principů efektivní primární prevence, tak jak jej uvádějí tři výše uvedené zdroje, jsou umístěny v příloze k této práci.

### **2.4.1 Adekvátnost**

Prevenční program by měl být dle této zásady přizpůsoben specifikům místa, v němž je implementován (konkrétní škola, obec, stát apod.), stejně tak

jako charakteristikám cílové skupiny (žáci prvního stupně základní školy, sexuálně aktivní osoby apod.). Začátek preventivního působení na děti a mládež se odvíjí od daného rizikového chování, jemuž má být předcházeno. Miovský et al. (2010) uvádějí, že čím dříve prevence začíná, tím je ve výsledku efektivnější. Konkrétní formy působení prevenčních programů však musí být přizpůsobeny věku dítěte a zpravidla by se mělo v průběhu času postupovat od obecných informací ke konkrétním. Čím nižší je věk jednotlivců, na něž je daný prevenční program zaměřen, tím by měla být prevence obecnější (zaměřená například na podporu zdravého životního stylu, ochranu zdraví a základní orientaci v dané problematice) a naopak se zvyšujícím se věkem by měla narůstat i specifická a konkrétnost programů prevence (Nešpor et al., 1999).

V případě prevence onemocnění HIV/AIDS je věk cílové skupiny při zahájení sexuální výchovy a prevence onemocnění HIV/AIDS značně diskutabilní, obecně však platí, že by měla být zahájena ještě před začátkem sexuálního života mladistvých (UNICEF, UNAIDS a WHO, 2002; Pettifor et al., 2004). Nutno podotknout, že je potřebné respektovat nejen věk cílové skupiny, ale také míru rizikovosti, úroveň vědomostí, etnickou příslušnost, socio-kulturní prostředí apod. (Skácelová, 2003). Proto je nutné již v době vytváření prevenčního programu definovat, komu je určen, a podle toho vytvářet náplň programu primární prevence (Miovský et al., 2010).

### **2.4.2 Interaktivita**

Dalším z kritérií pro hodnocení efektivity programů primární prevence je interaktivita. Skácelová (2003) požadavek interaktivnosti programů primární prevence rozvádí do následujících činností – opřít se o činnost jedince v rámci cílové skupiny (práce v malých skupinkách, jiné uspořádání školních lavic než je obvyklé apod.), stavět na zájmu a očekávání cílové skupiny a stimulovat ji vhodnou motivací atd. Jinými slovy zařídit, aby byli členové cílové skupiny aktivními články programu primární prevence a ne jen pasivními posluchači. Nešpor et al. (1999) uvádějí, že interaktivní programy jsou účinnější než programy pouze vzdělávací a zároveň že efektivita prevenčního programu stoupá s klesajícím počtem osob, na něž je daný program zaměřen. Miovský et al. (2010) mimo to zastávají názor, že program primární prevence musí být interaktivní a atraktivní, aby dokázal udržet pozornost cílové skupiny.

### **2.4.3 Komplexnost**

Jak uvádějí Miovský et al. (2010), příčiny rizikového chování jsou značně různorodé, proto je třeba programy primární prevence koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci více institucí – rodiny, školy, místní komunity, masmédií apod. Program primární prevence by měl dále obsahovat informace o tom, kde hledat informace a kam se obrátit o pomoc v případě nastalých problémů (např. rozvod rodičů), jež by mohly přispět ke vzniku rizikového chování (Nešpor et al., 1999). Podle Nešpora et al. (1999) má primární prevence obsahovat všechny aspekty daného rizikového chování, na které je zaměřena, a nabízet více než jednu možnost řešení složitých životních situací, jež by mohly vyústit v některou z forem rizikového chování.

Komplexní by měly být také vědomosti a dovednosti předávané v rámci programů primární prevence. Jedinci tvořící cílovou skupinu programů primární prevence by měli pochopit význam získaných vědomostí a dovedností a měli by být schopni uplatnit je v každodenním životě (Skácelová, 2003). Například v případě prevence onemocnění HIV/AIDS by žáci měli pochopit, že je toto onemocnění součástí naší společnosti, tedy i jich samotných. Měl by jim být poskytnut dostatek informací, které by přispěly k jejich orientaci v problematice onemocnění HIV/AIDS, včetně vyvrácení mýtů, které toto onemocnění obklopují. S tím souvisí také podpora otevřené diskuse na téma onemocnění HIV/AIDS. Program primární prevence onemocnění HIV/AIDS by měl být vytvořen tak, aby jedincům umožňoval formovat a upevňovat jejich vlastní postoje (viz podkapitola 2.4.5).

### **2.4.4 Kontinuita**

Kontinuitou se v případě primární prevence rozumí uspořádání aktivit v rámci konkrétního prevenčního programu do funkčního komplexního systému. Nešport et al. (1999), Skácelová (2003) i Miovský et al. (2010) zastávají názor, že by primární prevence neměla být prováděna formou nahodilých či jednorázových akcí, neboť nesystematičnost a krátkodobé působení v primární prevenci vedou k její neefektivitě. Všechny aktivity v rámci programu primární prevence by na sebe měly navazovat a vzájemně se doplňovat.



### 2.4.5 Využívání KAB modelu

Významné místo v primární prevenci zaujímá tzv. KAB model (z anglických slov *knowledge, attitudes, behaviour*, česky poznatky, postoje, chování). Ten předpokládá zapojení všech těchto tří komponent do programů primární prevence, neboť vychází z předpokladu, že pouhé poskytování informací není účinné. Autoři Bém a Kalina (2003) zastávají názor, že omezení prevenčních programů jen na předávání informací nelze považovat za prevenci. Programy primární prevence by se proto měly orientovat nejen na úroveň informací, ale také na kvalitu postojů a změnu chování. Cílem programů primární prevence by mělo být vštípení životních schopností<sup>7</sup> – komunikační dovednosti, schopnost čelit tlaku okolí, sebeovládání, rozhodovací schopnosti, nenásilné řešení konfliktů, zvládnání úzkosti a stresu apod. (Nešpor et al., 1999). Stejný názor zastává také Skácelová (2003), která uvádí, že by pouhé předávání informací bez hlubšího porozumění mělo být z programů primární prevence zcela vyloučeno.

### 2.4.6 Vhodné výukové metody

Efektivita programů primární prevence se do značné míry odvíjí také od používaných výukových metod. Z výsledků dosavadních programů primární prevence můžeme vyvodit, že se jako neefektivní jeví využívání některých způsobů prevence. Jedná se především o již zmíněné poskytování informací o daném druhu rizikového chování bez zasazení informací do širšího kontextu, dále se jako neúčinné ukázaly programy primární prevence založené na zastrašování, zakazování či přehánění možných následků rizikového chování apod., neosvědčila se ani afektivní výchova založená jen na pocitech a emocích (Skácelová, 2003; Miovský et al., 2010). Negativně jsou hodnoceny také kampaně založené na přístupu „prostě řekni ne“, a to především z důvodu přílišného zjednodušování až bagatelizování. Jak podotýkají Bém a Kalina (2003: 277), „čemu říkat ano, to je klíčová a často neobratně zodpovídaná otázka v prevenci drog i v prevenci AIDS a snadno se při ní sklouzne do fráží“.

---

<sup>7</sup> Životní schopnosti – jedná se o český překlad známějšího anglického pojmu *life skills*, který v kontextu jihoafrického vzdělávacího systému hraje významnou roli.

## 2.4.7 Využívání pozitivních modelů

Jak je uvedeno v podkapitole 2.3, při primární prevenci je vhodné využívat tzv. pozitivní modely, tedy osoby, s nimiž se může cílová populace ztotožnit a jejichž postoje může převzít a uplatňovat je v každodenním životě. Podle Skácelové (2003) by tímto pozitivním modelem či vzorem měl být v první řadě sám vedoucí či lektor primární prevence. Dále se může jednat o vrstevníka, jako se tomu děje v rámci tzv. vrstevnických vzdělávacích programů, či o známou osobnost. Nešpor et al. (1999) spatřují výhodu využívání pozitivních modelů v tom, že názory takovýchto lidí cílová skupina pravděpodobně přijme vážněji než výklad vyučujícího.

## 2.5. Shrnutí

Výše uvedené principy efektivní primární prevence v kontrastu s nevhodnými prevenčními přístupy jsou pro přehlednost shrnuty v tab. 2:

**Tab. 2: Vhodné a nevhodné přístupy k primární prevenci**

Vhodný přístup	Nevhodný přístup
Podpora sebedůvěry, aktivity a hodnotových zájmů	Odstrašování, triviální „Prostě řekni ne“
Kontinuální proces	Jednorázové akce
Zaměření na změnu postojů a chování	Zaměření pouze na poznatky
Živé (interaktivní) učení	Přednášková forma
Využívání směrodatných vzorů, pokud možno z blízkého okolí	Neosobnost, formalismus, stavění „na hvězdách“
Otevřená, hodnotově moderovaná diskuse	Potlačování nebo „bezbřehost“ diskuse
Zapojení do života místní komunity	Vedení „shora“ a mimo místní kontext
Realizaci navrhují a řídí kvalifikovaní interdisciplinární odborníci v primární prevenci	Amatérismus realizátorů, náhodný výběr úzkých specialistů (lékaři, policisté) neškolených v primární prevenci

**Zdroj: Bém a Kalina, 2003.**

Jak již bylo uvedeno, programy primární prevence by se neměly orientovat pouze na zlepšování vědomostí, ale také na změnu postojů a chování. Při prevenci onemocnění (ať už HIV/AIDS či jiného) je přitom změna chování podmíněna následujícími přesvědčeními jedinců (Svenson et al., 2003):

- jedinec se domnívá, že pro něj osobně může určitá nemoc představovat hrozbu,
- tato nemoc je jedincem považována za závažnou (je spojena s bolestí, smrtí, společenskými důsledky apod.),
- výhoda určitého chování (např. používání kondomu) převažuje nad nevýhodami (např. cena, nepohodlí),
- změna chování je pro daného jedince přijatelná,
- existuje podnět vyzývající ke změně chování, který může přicházet od lidí z okolí, z médií atd.

Výše popsané body představují tzv. model individuálního vnímání zdravotního rizika, jež by měly prevenční aktivity zaměřené nejen na prevenci onemocnění HIV/AIDS reflektovat, nutno však zmínit, že přílišné zdůrazňování hrozeb dané choroby může vést k nežádoucímu pocitu strachu, úzkosti a odmítání (Svenson et al., 2003).

### **3. Prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním vzdělávání**

Tato kapitola je věnována prevenci onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání v Jihoafrické republice. Formální vzdělávání je definováno jako „vzdělávání vztahující se ke strukturovanému vzdělávacímu systému, který zahrnuje všechny školy od základních až po univerzitu, včetně specializovaných programů odborného a profesního výcviku“ (Česká národní agentura Mládež, 2012). Typickým prostředím poskytujícím formální vzdělávání je tedy podle této definice škola. Ta je považována za jedinou instituci schopnou zasáhnout svým vyučováním většinu dětí a mladých lidí (UNESCO, 2006). Podle Světové banky školy nabízejí organizovanou a efektivní cestu, jak působit na velké množství dětí a mládeže ve věku, kdy lze ovlivnit jejich chování (The World Bank, 2002). Podle UNAIDS (2009) je u dětí a mladých lidí navštěvujících školu menší pravděpodobnost nákazy virem HIV než u těch, kteří do školy nechodí, a to i v případě, že informace o onemocnění HIV/AIDS nejsou součástí výuky.

V první podkapitole je popsán formální vzdělávací systém Jihoafrické republiky. Vzdělávání je v posledních letech jednou z priorit jihoafrické vlády, která do vzdělávacího sektoru směřuje 18 % všech vládních výdajů (Department of Basic Education, 2010a), a výuka o onemocnění HIV/AIDS je přímou součástí školních osnov, nabízí se tedy potenciál pro úspěšnou prevenci onemocnění HIV/AIDS. Úspěch či neúspěch však závisí na funkčnosti formálního vzdělávacího systému. Z tohoto důvodu jsou do této kapitoly zařazeny informace o kvalitě formálního vzdělávání v Jihoafrické republice. Dále jsou v této kapitole shrnuty zásadní milníky vztahující se k zavádění výuky o onemocnění HIV/AIDS do jihoafrických škol a je zde popsán předmět, v rámci kterého v jihoafrických školách probíhá prevence onemocnění HIV/AIDS. Závěr kapitoly tvoří hodnocení prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním vzdělávání. V podkapitole 3.5 jsou nejdříve uvedeny závěry výzkumů zabývajících se prevencí onemocnění HIV/AIDS v jihoafrickém formálním školství a v následující podkapitole je efektivita jihoafrického formálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS zhodnocena na základě principů efektivní primární prevence vymezených v druhé kapitole.

### 3.1 Formální vzdělávání v Jihoafrické republice

V souladu se Školským zákonem Jihoafrické republiky z roku 1996 začíná v této zemi povinná školní docházka v sedmi letech<sup>8</sup> a trvá do dovršení 15 let anebo do dokončení devátého ročníku (*South African Schools Act, 1996*). Jak ukazuje obr. 7 na straně 46, vzdělávací systém se v Jihoafrické republice sestává ze tří stupňů – primárního, sekundárního a terciárního. Primární vzdělávání zahrnuje šest ročníků (1–6) a je určeno pro děti ve věku od 7 do 13 let. Na některých školách je navíc provozován nultý ročník pro mladší děti, který bývá také označován jako „R“ neboli „*reception year*“. V posledních letech byl v Jihoafrické republice zaznamenán výrazný pokrok v zápisu dětí do tohoto ročníku. Zatímco v roce 1999 bylo do ročníku „R“ zapsáno 15 % dětí předškolního věku, v roce 2009 to bylo již 60 % (Department of Basic Education, 2010a). Vláda Jihoafrické republiky usiluje o rozšíření tohoto ročníku na všechny školy a stanovila cíl, aby jej nejpozději v roce 2014 absolvovaly všechny děti (Department of Basic Education, 2010a). Nutno podotknout, že stejný cíl byl stanoven již pro rok 2010 (CREATE<sup>9</sup>, 2008).

Oficiální statistiky z Jihoafrické republiky uvádějí, že v roce 2008 navštěvovalo školy podle odhadů 98 % dětí ve věku 7 až 13 let, přičemž 89 % z nich dokončilo sedmý ročník (Department of Basic Education, 2010a). Jiné zdroje (např. CREATE, 2008) však podotýkají, že tyto odhady mohou být o 5 až 10 % nadhodnoceny. Z hlediska prevence onemocnění HIV/AIDS ve školách to ovšem nemění nic na tvrzení, že jsou školy schopny zasáhnout svým vyučováním většinu dětí dané země.

Poslední tři ročníky povinného studia (7–9) spadají do nižšího sekundárního vzdělávání. Na ně navazují nepovinné tři ročníky (10–12) vyššího sekundárního vzdělávání. Statistické údaje z Jihoafrické republiky udávají, že se do škol spadajících do sekundárního vzdělávání zapisuje 85 %

---

<sup>8</sup> Některé zdroje (např. CREATE, 2008) uvádějí že povinná školní docházka začíná v Jihoafrické republice v šesti letech. V této práci však budu vycházet z dodnes platného Školského zákona Jihoafrické republiky z roku 1996 (*South African Schools Act, 1996*), který jako věk zahájení povinné školní docházky udává 7 let.

<sup>9</sup> Zkratka CREATE znamená *Consortium for Research on Educational Access Transitions & Equity*. Jedná se o výzkumný program financovaný britským Ministerstvem pro mezinárodní rozvoj, který se zabývá výzkumem školní docházky (CREATE, 2012).

Jihoafričanů (Department of Basic Education, 2010a). I tyto statistiky mohou být nadhodnoceny (CREATE, 2008). Po úspěšném dokončení sekundárního vzdělávání mohou studenti pokračovat ve studiu na jedné z 23 jihoafrických státních univerzit, které z klasifikačního hlediska řadíme do terciárního vzdělávání (UNESCO, 2010).

**Obr. 7: Formální vzdělávací systém Jihoafrické republiky**

	POVINNÁ ŠKOLNÍ DOCHÁZKA												
R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	PRIMÁRNÍ						SEKUNDÁRNÍ				TERCIÁRNÍ		

*Vytvořeno dle: UNESCO, 2010.*

V Jihoafrické republice dnes na celonárodní úrovni existují dvě ministerstva zabývající se vzděláváním, a to Ministerstvo základního vzdělávání a Ministerstvo vyššího vzdělávání a výcviku. Obě vznikla v roce 2009 rozdělením původního Ministerstva školství. Ministerstvo základního vzdělávání (*Department of Basic Education*) je zodpovědné za primární a sekundární vzdělávání. Toto ministerstvo vytváří celonárodní rámce vzdělávací politiky. Vlastní správa škol spočívá v rukou představitelů devíti jihoafrických provincií. Terciární vzdělávání spadá pod Ministerstvo vyššího vzdělávání a výcviku (*Department of Higher Education and Training*). Kromě státních škol v Jihoafrické republice působí také menší počet<sup>10</sup> soukromých škol, které mají značný rozsah autonomie.

### 3.2 Dostupnost a kvalita formálního vzdělávání v Jihoafrické republice

Vládní investice do školství, zavádění politiky bezplatného studia, finanční podpora chudých rodin, zákony proti diskriminaci – to vše vedlo v posledních letech ke zlepšení přístupu Jihoafričanů ke vzdělání. Výzkumy uvádějí, že pouhá 2 % dnešních jihoafrických dětí nikdy nechodila do školy

<sup>10</sup> V roce 2009 chodila do soukromých školních zařízení necelá 4 % žáků prvních až devátých ročníků (CREATE, 2008).

(CREATE, 2008). Významné pokroky byly v Jihoafrické republice zaznamenány také v oblasti rovnoprávnosti žen a mužů. Míra účasti na vzdělávání je v této zemi genderově vyrovnaná (Department of Basic Education, 2010a).

V jihoafrickém školství však existuje řada problémů. Kvalita vzdělávání v Jihoafrické republice je hodnocena jako nízká, a to jak odpovědnými jihoafrickými úřady, tak mezinárodními organizacemi (Department of Basic Education, 2010a; UNESCO, 2010). Ministerstvo školství Jihoafrické republiky označilo v roce 2003 kvalitu vzdělávání ve své zemi za znepokojivě nízkou v porovnání s finančními prostředky plynoucími do tohoto sektoru (Department of Education, 2003). Situace se nezlepšila ani do roku 2010, kdy Ministerstvo základního vzdělávání (Department of Basic Education, 2010a:74) uvedlo, že *„školy trpí nedostatkem zdrojů, vybavení a učitelů a za těchto podmínek je extrémně nepředstavitelné mít efektivní a kvalitní školství.“* Organizace UNICEF (2012) uvádí, že 27 % jihoafrických veřejných škol nemá k dispozici tekoucí vodu, 78 % nemá knihovnu a v 78 % jihoafrických státních škol nejsou počítače.

V mezinárodním srovnání zaznamenávají jihoafričtí studenti podprůměrné studijní výsledky, a to i v porovnání s méně ekonomicky vyspělými zeměmi jako je například Keňa, Svazijsko či Tanzanie (Department of Basic Education, 2010b). K podobným výsledkům dospěl také výzkum amerického Národního centra pro vzdělávací statistiky (Baer, 2007), v němž Jihoafrická republika dosáhla horších výsledků než např. Írán, Maroko či Moldavsko, tedy země s nižším HDP na osobu, než má Jihoafrická republika.

Na nízkou kvalitu vzdělávání v této zemi mají kromě již zmíněných problémů (nedostatek zdrojů, vybavení a kvalitních učitelů) vliv také další faktory. V Jihoafrické republice je běžné, že jsou starší děti zapsány v nižším nebo vyšším ročníku, než odpovídá jejich věku (Department of Education, 2009). Důvodem může být pozdní či naopak příliš brzký nástup do školy stejně tak jako opakování ročníku. Jak naznačuje tab. 3 na straně 48, problém představuje také předčasné ukončení studia. Příčiny zanechání studia nejsou shledávány pouze ve špatných studijních výsledcích. Roli hraje také chudoba, onemocnění HIV/AIDS, těhotenství studentek, potřeba vydělávat peníze atd. Ačkoliv se na většině jihoafrických škol neplatí školné, je studium spojeno

s vysokými náklady na dopravu, uniformy, učebnice, školní pomůcky apod., na které řada rodin nemá dostatek finančních prostředků (CREATE, 2008).

**Tab. 3: Podíl studentů, kteří dokončili daný ročník v roce 2007**

3. ročník	7. ročník	9. ročník	11. ročník	12. ročník
99 %	93 %	83 %	60 %	44 %

*Vytvořeno dle: Department of Education, 2009.*

Jako problematické se jeví také chování studentů a učitelů vůči studentkám. V jihoafrických školách se dívky nezdědka setkávají se sexuální obtěžováním, a to jak ze strany spolužáků, tak i učitelů (Human Rights Watch, 2001; Motala et al., 2007). Bezpečné školní prostředí je přitom jedním z klíčových faktorů udržení dívek ve školách (Human Rights Watch, 2001).

### **3.3 Zavádění výuky o prevenci onemocnění HIV/AIDS do formálního vzdělávání**

Počátky zavádění výuky o prevenci onemocnění HIV/AIDS do jihoafrických škol se datují do poloviny 90. let 20. století. V roce 1995 Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem školství vytvořilo Koordinační výbor pro životní schopnosti a HIV/AIDS (*Coordinating Committee for Life Skills and HIV/AIDS*), jehož úkolem byla implementace výuky o životních schopnostech a onemocnění HIV/AIDS do škol spadajících do sekundárního stupně (Magnani et al., 2005). Kromě toho byly zřízeny podvýbory, které se staraly o vytváření školních osnov, školení vyučujících, marketing, koordinaci činností mezi jednotlivými provinciemi apod. (Visser, 2005). Jak uvádějí Selesho a Modise (2012), jednalo se o první oficiální snahu zavést prevenci onemocnění HIV/AIDS do jihoafrického formálního školství.

Výsledkem byl vzdělávací program s názvem *Life Skill Programme*. Hlavním cílem tohoto programu v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS bylo „zvýšení vědomostí a dovedností potřebných pro efektivní komunikaci



a zodpovědné rozhodování, které povede k ochraně žáků před nákazou virem HIV a podpoří pozitivní a zodpovědné postoje vůči HIV pozitivním osobám“ (Visser, 2005: 205). Mimo to byl kladen důraz na prevenci diskriminace školáků a učitelů nakažených virem HIV a vytvoření bezpečného školního prostředí. Vláda Jihoafrické republiky se postavila proti zaměstnávání učitelů, kteří odmítali pracovat s HIV pozitivními dětmi a kolegy anebo se nechtěli podílet na vyučování o onemocnění HIV/AIDS (Motala et al., 2007).

Před zavedením tohoto vzdělávacího programu do škol bylo nutné nejdříve proškolit vyučující. Z každé školy proto byli vybráni dva učitelé, kteří se účastnili odpoledních školení a následně byli zodpovědní za zavádění vzdělávacího programu do svých škol (Visser, 2005). Zpočátku byl zmíněný vzdělávací program implementován jen ve čtvrtých až devátých ročnících, až v roce 2005 došlo k jeho rozšíření na všechny ročníky primárního a sekundárního vzdělávání, tedy na ročníky 1 až 12 (Department of Basic Education, 2010c). Proces implementace tohoto vzdělávacího programu neprobíhal ve všech školách stejně rychle, neboť vlastní implementace programu spočívala plně v rukou jednotlivých provincií (Magnani et al., 2005). Dnes jsou však informace o prevenci onemocnění HIV/AIDS součástí výuky všech jihoafrických státních škol spadajících do primárního a sekundárního vzdělávání, a to v rámci předmětu *Life Orientation* (Department of Basic Education, 2010c). Bližší informace o tomto předmětu nabízí následující podkapitola.

### **3.4 Předmět *Life Orientation***

V rámci *Life Skill Programme* byl vytvořen předmět s názvem *Life Orientation*<sup>11</sup>, který je dodnes vyučován jako povinný předmět na všech jihoafrických školách primárního a sekundárního stupně. Jedná se o mezioborový předmět využívající poznatky z vědních odvětví jako je např. sociologie, psychologie, politologie a dalších. Ministerstvo školství Jihoafrické

---

<sup>11</sup> V češtině neexistuje překlad pro předmět *Life Orientation*, proto je v celé práci využíván jeho původní anglický název.

republiky definovalo tento předmět následovně (Department of Education, 2003: 9):

*„Life Orientation guides and prepares learners for life, and for its responsibilities and possibilities. This subject addresses knowledge, values, attitudes and skills about the self, the environment, responsible citizenship, a healthy and productive life, social engagement, recreation and physical activity, and career choices. It equips learners to solve problems, to make informed decisions and choices, and to take appropriate actions to enable them to live meaningfully and successfully in a rapidly-changing society. Life Orientation equips learners to engage on personal, psychological, neuro-cognitive, motor, physical, moral, spiritual, cultural, socio-economic and constitutional levels, to respond positively to the demands of the world, to assume responsibilities, and to make the most of life’s opportunities. It enables learners to know how to exercise their constitutional rights and responsibilities, to respect the rights of others, and to value diversity, health and well-being.“*

Linda Theron a Christine Dalzell (2006) charakterizují *Life Orientation* coby předmět, který rozvíjí sebevědomí, kritické myšlení, asertivitu apod., podporuje zdraví (např. prevencí onemocnění HIV/AIDS) a je orientovaný na budoucnost. V praxi se žáci na hodinách *Life Orientation* učí, jak čelit problémům typu drogové závislosti či onemocnění HIV/AIDS, osvojují si pravidla pracovní morálky a chování ve společnosti, zabývají se tématy, jako jsou lidská práva, gender, násilí ve všech jeho podobách apod. (Department of Education, 2008). Předmět *Life Orientation* je vyučován ve všech ročnících spadajících do primárního a sekundárního vzdělávání. V tab. 4 na straně 51 můžeme vidět, že se struktura tohoto předmětu pro stupně R až 9 a 10 až 12 mírně liší.

**Tab. 4: Oblasti vyučované v rámci předmětu *Life Orientation***

Oblasti vyučované v ročnících R až 9	Oblasti vyučované v ročnících 10 až 12
Podpora zdraví	Osobní pohoda
Sociální rozvoj	Výchova k občanství
Osobní rozvoj	
Fyzický rozvoj a pohyb	Rekreace a fyzická pohoda
Orientace na pracovním trhu	Kariéra a kariérní volby

**Vytvořeno dle: Department of Education, 2008.**

Konkrétní probíraná témata jsou přizpůsobena věku žáků. V tab. 5 jsou zaznamenány schopnosti a dovednosti týkající se nějakým způsobem prevence onemocnění HIV/AIDS, které by měli žáci jednotlivých ročníků dle oficiálních školních osnov ovládat.

**Tab. 5: Schopnosti a dovednosti žáků dle školních osnov v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS**

Ročník	Schopnosti a dovednosti žáka daného ročníku
R	Vysvětlit právo dítěte říci „ne“ při pokusu o sexuální zneužívání a popsat způsoby, jak tak učinit.
1	Rozpoznat situace, při nichž může dojít k sexuálnímu zneužívání, a vyjmenovat osoby, jimž mohou být tyto situace nahlášený.
2	–
3	Diskutovat o mýtech obklopujících nakažlivá onemocnění <sup>12</sup> a o příčinách a možnostech prevence těchto chorob.
4	–
5	–
6	Vysvětlit příčiny nakažlivých onemocnění včetně HIV/AIDS, znát možné způsoby jejich léčby a zhodnotit možnosti jejich prevence.
7	–
8	Dokázat schopnost informovaně a zodpovědně rozhodovat o zdraví a bezpečnosti.
9	Kriticky zhodnotit zdroje informací týkajících se zdraví včetně informací o onemocnění HIV/AIDS.

**Vytvořeno dle: Department of Education, 2002.**

<sup>12</sup> Ve školních osnovách není specifikováno, o jaká nakažlivá onemocnění se jedná.

V ročnících 10 až 12 vyučující svým žákům v rámci prevence onemocnění HIV/AIDS kromě základních informací o této nemoci (cesty přenosu, fungování imunitního systému, průběh onemocnění apod.) vysvětlují, jak se bránit infekci, vštěpují jim pozitivní postoje vůči HIV pozitivním osobám, informují je o možnostech testování a léčby apod. Základní výstupy této výuky shrnuli Magnani et al. (2005) do následujících schopností studentů:

- jasné a přesné pochopení problematiky sexu, sexuality, genderu a sexuálně přenosných onemocnění,
- identifikování cest, kterými virus HIV nemůže být přenášen,
- identifikace metod prevence přenosu onemocnění HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných chorob včetně zhodnocení jejich efektivity,
- znalost míst, na která se mohou studenti v případě jakýchkoliv problémů obrátit,
- pochopení významu sexuální abstinence a odkladu zahájení sexuální aktivity,
- schopnost dívek bránit se nechtěnému pohlavnímu styku,
- respekt a solidarita vůči HIV pozitivním osobám,
- schopnost poskytnout péči blízkým osobám nakaženým onemocněním HIV/AIDS,
- schopnost vyrovnat se s případnou vlastní HIV pozitivitou či s onemocněním svých blízkých.

### **3.5 Zhodnocení prevence onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání v Jihoafrické republice**

Oficiální evaluace prevence onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání v Jihoafrické republice v rámci předmětu *Life Orientation* dosud nebyla zhotovena. Existuje však několik nezávislých výzkumů či odborných článků zabývajících se hodnocením předmětu *Life Orientation* nebo přímo prevence onemocnění HIV/AIDS v rámci tohoto předmětu. Následující text nabízí přehled jejich závěrů.

Erna Prinsloo (2007) provedla kvalitativní výzkum ve 12 jihoafrických školách nacházejících se ve čtyřech jihoafrických provinciích, v nichž prostřednictvím rozhovorů s tamními řediteli škol a vyučujícími předmětu *Life Orientation* zjišťovala, jaké jsou jejich názory a postřehy týkající se implementace tohoto předmětu do výuky. Sama autorka výzkumu považuje předmět *Life Orientation* za velmi dobře vytvořený. Podle ní tento předmět pokrývá všechny schopnosti a dovednosti, jimiž by měl být každý člověk vybaven, aby byl schopen žít plnohodnotný a zodpovědný život v Jihoafrické republice (Prinsloo, 2007). Na základě výsledků svého výzkumu však dospěla k názoru, že implementace tohoto předmětu do škol naráží na řadu problémů. Níže jsou nejdříve uvedeny závěry, k nimž Prinsloo (2007) dospěla na základě rozhovorů s řediteli dvanácti jihoafrických škol, poté následují závěry vyvozené z rozhovorů s tamními učiteli předmětu *Life Orientation*.

Všech dvanáct ředitelů škol účastnících se jejího výzkumu uvedlo následující problémy představující vážné překážky efektivní implementaci předmětu *Life Orientation* do školní výuky (Prinsloo, 2007):

**a) chybějící hodnotový systém**

Žáci podle dotazovaných ředitelů škol postrádají jakýkoliv hodnotový systém, jsou nezodpovědní vůči sobě i ostatním, nemají respekt k vyučujícím, chybí jim životní vize apod. Erna Prinsloo považuje za slabou stránku předmětu *Life Orientation* také jeho vyučující, kteří podle ní nejsou vybaveni charakterovými a morálními vlastnostmi nezbytnými pro výuku takového předmětu (zodpovědnost, sebekázeň, píle apod.).

**b) nedostatečné zapojení rodičů**

Rodiče se podle dotazovaných ředitelů škol nedostatečně zajímají o studium svých dětí, neúčastní se akcí pořádaných školou apod. Důvody se podle nich různí. Chudoba a s ní související potřeba vydělávat peníze způsobuje, že rodiče nemají dostatek času ani finančních prostředků navštěvovat školy svých dětí. Roli hraje také to, že mnozí žáci jsou sirotci a o jejich studium se tudíž nemá kdo zajímat.

### **c) společenské vlivy**

Všichni dotazovaní ředitelé škol zmínili také společenské vlivy odrážející se v chování žáků ve smyslu napodobování negativních vzorců chování, které žáci vidí kolem sebe (nedisciplinovanost, alkoholismus, kriminální aktivity, nezřízené sexuální chování apod.). Všechny tyto negativní společenské vlivy patří mezi hlavní příčiny předčasného ukončení studia.

### **d) neschopnost vyučujících být vzorem pro své žáky**

Ve všech školách, ve kterých Erna Prinsloo prováděla výzkum, podle tamních ředitelů působí vyučující, kteří nejsou schopni být správným vzorem pro své žáky. Problém je především s pozdními příchody na hodiny, případně s úplnou, mnohdy neomluvenou, absencí vyučujících. Dotazované ředitele škol také tíží nezájem vyučujících o záležitosti školy.

### **e) politický tlak**

Ředitelé škol si stěžovali na pokyny od představitelů svých provincií zodpovědných za správu místních škol, podle kterých mají pouštět do dalších ročníků žáky, kteří pro to opakovaně nesplňují stanovené požadavky. To má silné demotivující účinky jak na žáky, kterých se to týká, tak na jejich spolužáky, kteří vidí, že není potřeba se příliš snažit.

### **f) kulturní diverzita**

V Jihoafrické republice je běžné, že jednu školní třídu navštěvují žáci rozdílného etnického a kulturního původu. Mnohdy se stává, že žáci znají pouze svůj rodný jazyk (např. zulštinu) a vyučovacímu jazyku nerozumí. Taktéž pro vyučující je velmi obtížné v takto kulturně různorodých třídách učit a celá výuka se tak stává neefektivní.

Jak dále zjistila Erna Prinsloo (2007), tentokrát při rozhovorech s vyučujícími předmětu *Life Orientation*, vyučující tohoto předmětu považují za problematické body jeho implementace do výuky následující:

### **a) školení vyučujících**

Dotazovací vyučující si stěžovali na nedostatečné školení před zahájením výuky předmětu *Life Orientation* ve školách. Nedostatečnost podle nich spočívala jak v příliš krátké délce školení, tak v neadekvátních znalostech a pedagogických dovednostech školitelů. Ti byli dle názorů učitelů účastnících

se těchto školení odtrženi od reality jihoafrického školství a nedokázali na školeních reflektovat problémy, s nimiž se vyučující denně ve školách setkávají (přeplněné třídy, nedostatek vyučovacích pomůcek, kulturní rozdílnost žáků apod.).

#### **b) kulturní diverzita**

Stejně jako ředitelé škol i vyučující předmětu *Life Orientation* zmiňovaly velkou kulturní různorodost ve svých třídách jako překážku efektivní výuky.

#### **c) nedisciplinovanost žáků**

Dotazovaní učitelé vytýkali rodičům neschopnost vstřípit svým dětem poslušnost a respekt vůči vyučujícím. Nedisciplinovanost žáků je podle nich hlavním důvodem špatných studijních výsledků.

#### **d) chudoba**

Vyučující zmiňovali také chudobu mnohých jihoafrických rodin. Řada dětí navštěvujících školu se stala kvůli ztrátě rodičů hlavou rodiny. Tyto děti kvůli starostem o zajištění obživy pro sebe a své blízké buď úplně opouštějí školu nebo neprojevují takový zájem o učivo probírané ve školách.

#### **e) přeplněné třídy**

Příliš mnoho žáků ve třídách je společným rysem afrických škol a tento problém se nevyhýbá ani Jihoafrické republice, kde průměrně početnou třídu navštěvuje přibližně 40 dětí. Vyučující podle svých slov ve třídách s tolika žáky selhávají při snaze o vytvoření atmosféry osobní důvěry, která je pro probírání témat spadajících do předmětu *Life Orientation* nezbytná.

Další kvalitativní výzkum zkoumající efektivitu předmětu *Life Orientation* provedla v roce 2011 Anne Jacobs, která se na rozdíl od předchozí autorky zaměřila na názory a postřehy žáků (Jacobs, 2011). Autorka získávala data pro svůj výzkum pomocí skupinových rozhovorů s žáky 7. až 12. ročníků v osmi školách nacházejících se na severozápadě Jihoafrické republiky. Předmět *Life Orientation* byl žáky, kteří se účastnili tohoto výzkumu, hodnocen spíše negativně. Náplň a způsob výuky tohoto předmětu podle mnohých z nich nenaplnili jejich očekávání. Někteří dokonce tvrdili, že se v rámci tohoto předmětu nenaučili nic nového. Z hlediska tématického zaměření této práce jsou zajímavé především názory čtyř z osmi dotazovaných skupin žáků

považujících probírání témat týkajících se sexu v takovém rozsahu, jako je v jihoafrických školách běžné, za zbytečné. Konkrétní příklad takového názoru zněl následovně (Jacobs, 2011: 220):

*“Ya, and they don’t have to take us through every step of doing the thing wrong. They can just tell us in general, like don’t do rape and this is why. Instead we have to learn about every type of rape there is and all that stuff ... it’s really bad, ma’am.”*

Autorka tohoto výzkumu na základě rozhovorů s jednotlivými skupinami žáků a také prostřednictvím vlastního pozorování výuky předmětu *Life Orientation* v osmi jihoafrických školách dospěla k názoru, že implementace předmětu *Life Orientation* do škol nenaplnila záměry jeho tvůrců. Na druhou stranu však sama autorka podotýká, že *„dojmy žáků účastnících se tohoto výzkumu nemohou sloužit jako jediný důkaz pro nebo proti efektivnosti výuky předmětu Life Orientation“* (Jacobs, 2001: 221).

Nedostatky ve výuce předmětu *Life Orientation* odhalil také další výzkum provedený v řadách žáků (Griessel-Roux et al., 2005). Výzkum probíhal v jedenáctých ročnících tří jihoafrických škol. Autorky tohoto výzkumu se zaměřily na to, jakým způsobem v daných školách probíhá výuka o onemocnění HIV/AIDS, zda tato výuka naplňuje očekávání žáků a co by žáci případně změnili. Všichni dotazovaní žáci se shodli na důležitosti výuky o onemocnění HIV/AIDS ve školách, ke konkrétní podobě výuky ve svých školách však měli výhrady. Řada studentů považuje skupiny, v nichž výuka o onemocnění HIV/AIDS probíhá, za příliš početné. Obzvláště dívky vyjadřovaly přání, aby tato výuka probíhala v menších genderově oddělených skupinkách, v nichž by se cítily lépe a byly by schopné upřímně hovořit o citlivých tématech jako je sex a onemocnění HIV/AIDS. Podobně jako žáci účastníci se předchozího výzkumu také tito žáci by uvítali, kdyby výuka o onemocnění HIV/AIDS byla praktičtější. Dotazované žáky příliš nezajímají obecná fakta, ale chtějí slyšet více o konkrétních prožitcích osob žijících s onemocněním HIV/AIDS (Griessel-Roux et al., 2005: 255):

*„We don’t want to hear so much about the virus. We know the virus is there. But what must we do [about] it? It’s not only about*



*AIDS. Maybe when you have the virus you have other emotional problems, like getting depression because you know you are going to die. We need to know about this and how to help people who feel that way We want to know more about the other things that are related to AIDS once you have it. Like who can help you, where you can go, and so on. We learnt about the blood and so on, but not how to support and deal with someone who has the virus.“*

Člověk vyučující o onemocnění HIV/AIDS by měl podle dotazovaných žáků splňovat dvě podmínky: neměl by být z jejich školy, neboť by se před cizí osobou cítili uvolněněji a brali by ji vážněji než svého učitele, a měl by být HIV pozitivní, aby byl schopen dokonale popsat pocity člověka nakaženého virem HIV. Podle dotazovaných žáků není výuce o onemocnění HIV/AIDS v jejich školách věnován dostatek času. Jak lze vyčíst z tab. 6 na straně 58, dotazovaní žáci by dále uvítali větší zapojení svých rodičů do výuky o onemocnění HIV/AIDS, širší sortiment používaných výukových pomůcek apod.

Preferencemi žáků devátého ročníku dvou škol nacházejících se v jihoafrickém regionu Vaal Triangle (celkem 455 žáků) se ve svém výzkumu zabývaly Linda Theron a Christiane Dalzell, které podobně jako předchozí autorky dospěly k názoru, že obsah předmětu *Life Orientation* plně neodpovídá očekáváním žáků (Theron a Dalzell, 2006). Z jejich výzkumu mimo jiné vyplynulo, že ve školách není vyučováno, jak se vypořádat s onemocněním HIV/AIDS (ať už sebe sama nebo někoho blízkého), ačkoliv by to dotazovaní žáci uvítali.

Denis Francis (2010) projevuje ve svém článku zabývajícím se sexuálním vzděláváním v Jihoafrické republice znepokojení nad nedostatečnou připraveností vyučujících, kteří podle něj nemají dostatek schopností a znalostí pro efektivní výuku zaměřenou na témata sexu a pohlavně přenosných chorob. Mnoho vyučujících se podle Francise cítí rozpačitě při probírání těchto témat a snaží se udržet si profesionální hranici mezi nimi a jejich žáky, což vede k málo efektivní diskusi, která je svázaná studem, neotevřeností a neupřímností jak na straně učitele, tak na straně jeho žáků. Podobně jako autorky

předchozích výzkumů také Denis Francis dospěl k názoru, že prevence onemocnění HIV/AIDS v rámci sexuální výchovy v jihoafrických školách je přehnaně zaměřena na biomedicínké aspekty tohoto onemocnění a zdůrazňování negativních témat jako je těhotenství mladistvých, sexuální násilí apod. Francis (2010) stejně jako řada jiných autorů (např. Campbell a McPhail, 2002 či Pettifor et al., 2004) podotýká, že pouhé zvyšování povědomí o faktech týkajících se onemocnění HIV/AIDS nemusí nutně vést k jeho prevenci. Na druhou stranu Francis (2010) uvádí, že všechny výše zmíněné nedostatky sexuální výuky a prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrických školách se dají napravit, a školy podle jeho názoru i přes tyto nedokonalosti představují jedinečné místo pro prevenci onemocnění HIV/AIDS.

**Tab. 6: Výsledky výzkumu provedeného Griessel-Roux et al. v roce 2005**

<b>Jak probíhá výuka o onemocnění HIV/AIDS?</b>	<b>Jak si ideální výuku o onemocnění HIV/AIDS představují dotazovaní žáci?</b>
velké skupiny	malé skupiny
děvčata a chlapci dohromady	genderově oddělené
výuka vedená učiteli	výuka vedená osobami mimo školu
důraz na teorii	výuka přizpůsobená reálnému životu
nedostatečná participace rodičů	zapojení rodičů do výuky
<b>Jaké pomůcky jsou při výuce o onemocnění HIV/AIDS využívány?</b>	<b>Jaké pomůcky by dotazovaní žáci při výuce o onemocnění HIV/AIDS uvítali?</b>
knihy, letáky	vizuální materiály (např. video)
<b>Na jaké informace je v rámci výuky o onemocnění HIV/AIDS kladen důraz?</b>	<b>Co by se chtěli studenti v rámci výuky o onemocnění HIV/AIDS učit?</b>
vědecká fakta	vyrovnání se s nemocí HIV/AIDS
principy první pomoci	péče poskytovaná HIV pozitivním
cesty přenosu viru HIV	léčba
anti-diskriminační výchova	vztahy s HIV pozitivními
	tlak vrstevníků
	informace založené na strachu

*Vytvořeno dle: Griessel-Roux et al., 2005.*

## **3.6 Efektivita prevence onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání v Jihoafrické republice**

V následujících podkapitolách je efektivita jihoafrického formálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS zhodnocena na základě sedmi principů efektivní primární prevence teoreticky vymezených v druhé kapitole.

### **3.6.1 Adekvátnost**

Jak je uvedeno v druhé kapitole, podle kritéria adekvátnosti by měl být efektivní program primární prevence přizpůsoben specifikům místa, v němž je implementován, stejně tak jako charakteristikám cílové skupiny. V kontextu výuky o onemocnění HIV/AIDS je důležitý především věk cílové skupiny. Obecně platí: čím nižší je věk jednotlivců, na něž je daný prevenční program zaměřen, tím by měla být prevence obecnější a naopak s narůstajícím věkem by měla vzrůstat i specifčnost a konkrétnost programů primární prevence (Nešpor et al., 1999). Jak se můžeme přesvědčit v tab. 5 na straně 51, jihoafrické formální vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS tuto zásadu splňuje.

Miovský et al. (2010) zdůrazňují nutnost definovat již v době vytváření prevenčního programu, komu je určen, a podle toho vytvářet náplň programu primární prevence. Jihoafrická republika má vypracovány osnovy pro jednotlivé předměty včetně *Life Orientation*, v rámci kterého v této zemi probíhá prevence onemocnění HIV/AIDS. Tyto osnovy se však jeví jako velmi zjednodušené, neobsahují konkrétní vymezení toho, co přesně se má v rámci předmětu *Life Orientation* vyučovat.

Skácelová (2003) uvádí, že je potřebné respektovat nejen věk cílové skupiny, ale také míru rizikovosti, úroveň vědomostí, etnickou příslušnost, socio-kulturní prostředí apod. Jak však zjistila Erna Prinsloo (2007), v Jihoafrické republice je běžné, že jednu školní třídu navštěvují žáci různorodého etnického a kulturního původu. Výuka není této kulturní diverzitě nijak přizpůsobena, což přispívá k neefektivitě prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrickém formálním vzdělávání.

### **3.6.2 Interaktivita**

Druhým kritériem hodnocení efektivity programů primární prevence je interaktivita. Ta při výuce o onemocnění HIV/AIDS v jihoafrických školách zaostává. Výuka je podle dostupných výzkumů (Griessel-Roux et al., 2005; Francis, 2010) příliš teoretická – zaměřená na biomedicíncké aspekty tohoto onemocnění a na zdůrazňování negativních témat jako je těhotenství mladistvých, sexuální násilí apod. Studenti by naproti tomu uvítali praktičtější a interaktivnější výuku.

Nešpor et al. (1999) uvádějí, že jsou interaktivní programy účinnější než programy pouze vzdělávací a zároveň že efektivita prevenčního programu stoupá s klesajícím počtem osob, na něž je daný program zaměřen. Jak však zjistila Prinsloo (2007), v jihoafrickém formálním školství je problém s nadměrným počtem žáků, který v průměru činí 40 žáků na jednu třídu.

### **3.6.3 Komplexnost**

Jak uvádějí Miovský et al. (2010), příčiny rizikového chování jsou značně různorodé, proto je třeba programy primární prevence koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci více institucí – rodiny, školy, místní komunity, masmédií apod. V oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice aktivně působí školy, zdravotnická zařízení, nejrůznější nevládní neziskové organizace a prevence probíhá také prostřednictvím médií. Za snahou těchto institucí výrazně zaostávají rodiny. Jak již bylo zmíněno výše, rodiče se nedostatečně zajímají o studium svých dětí a málokdy se účastní akcí pořádaných školou. Mezi důvody patří nedostatek času a finančních prostředků stejně jako fakt, že jsou mnozí žáci sirotci a o jejich studium se tudíž nemá kdo zajímat. Mimo to dodnes hraje velmi významnou roli stigma, jež onemocnění HIV/AIDS obklopuje.

Požadavek komplexnosti se mimo výše uvedené vztahuje také na témata probíraná v rámci prevence onemocnění HIV/AIDS. V tab. 5 na straně 51 je zaznamenán seznam znalostí o onemocnění HIV/AIDS, jimiž by měli disponovat žáci po dokončení 12. ročníku. Tento seznam je komplexní a jeho řádná implementace do praxe by jistě vedla ke zvýšení efektivnosti prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrických školách. Podle výše uvedených výzkumů (Griessel-Roux et al., 2005; Theron a Dalzell, 2006) však realita ve školách

neodpovídá záměrům tvůrců předmětu *Life Orientation* (viz podkapitoly 3.6.5 a 3.6.6).

### **3.6.4 Kontinuita**

Kontinuitou se v případě primární prevence rozumí uspořádání aktivit v rámci konkrétního prevenčního programu do funkčního komplexního systému. Tuto zásadu jihoafrické formální školství v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS splňuje (viz tab. 5 na straně 51). Problém však v této zemi spočívá v předčasném ukončení studia. Jak ukazuje tab. 3 na straně 48, 9. ročník dokončí 83 %, 11. ročník 60 % a 12. ročník 44 % žáků. Ti, kteří předčasně opustí školu, neprocházejí celým vzdělávacím procesem zaměřeným na prevenci onemocnění HIV/AIDS a mohou jim proto uniknout některé důležité informace o této nemoci.

### **3.6.5 Využívání KAB modelu**

Využívání tzv. KAB modelu čili zapojení všech tří klíčových komponent (poznatky, postoje, chování) do prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrických školách je zakotveno v tamních školních osnovách (Department of Education, 2002 a 2008). V rámci předmětu *Life Orientation* má být podle školních osnov kladen důraz na vštěpování životních schopností (komunikační dovednosti, schopnost čelit tlaku okolí, sebeovládání, rozhodovací schopnosti, nenásilné řešení konfliktů, zvládání úzkosti a stresu apod.). Pro zhodnocení toho, do jaké míry je výuka v tomto ohledu úspěšná, neexistují dostatečné evaluace. Závěry výzkumů uvedené v podkapitole 3.5 však naznačují, že při výuce není nácviku životních schopností věnován dostatečný prostor. Z výše zmíněných komponent KAB modelu (poznatky, postoje, chování) se výuka předmětu *Life Orientation* soustředí nejvíce na poznatky, naopak spíše opomíjí postoje a chování.

### **3.6.6 Vhodné výukové metody**

Výukové metody využívané v jihoafrických školách při prevenci onemocnění HIV/AIDS neodpovídají principům efektivní primární prevence. V Jihoafrické republice probíhá výuka převážně ve velkých skupinách, zpravidla se jedná o pouhé poskytování informací bez aktivního zapojení žáků do výuky,

chybí využití atraktivnějších druhů vyučovacích pomůcek (např. videa) apod. (Griessel-Roux et al., 2005). Situace je komplikována problémy, s nimiž se jihoafrické školství potýká – přeplněné třídy, málo vyučujících, nedostatek vyučovacích pomůcek, kulturní rozdílnost žáků apod.

### **3.6.7 Využívání pozitivních modelů**

Pod pojmem pozitivní model si lze představit člověka, s nímž se může cílová populace ztotožnit a jehož postoje může převzít a uplatňovat je v každodenním životě. Skácelová (2003) zastává názor, že by pozitivním modelem měl být v první řadě sám vedoucí či lektor primární prevence. Ze závěrů výše zmíněných výzkumů (Prinsloo, 2007; Francis, 2010) vyplývá, že jihoafričtí učitelé povětšinou nejsou schopni být vzorem pro své žáky. Problém spočívá jak v nedostatečné odborné připravenosti vyučujících, tak v jejich slabé motivaci řádně plnit své povinnosti. Jak je uvedeno v předchozích částech práce, mnoho vyučujících se podle Francise (2010) cítí rozpačitě při prevenci onemocnění HIV/AIDS a snaží se udržet si profesionální hranici mezi nimi a jejich žáky, což vede k málo efektivní diskusi, která je svázaná studem, neotevřeností a neupřímností, a to na straně učitele i žáků.

## 4. Prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice v neformálním vzdělávání

Tato kapitola pojednává o prevenci onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice v neformálním vzdělávání, které můžeme dle České národní agentury Mládež (2012) definovat následovně:

*„Neformální vzdělávání je záměrné, ale dobrovolné učení, které probíhá v řadě rozmanitých prostředí a situací, v nichž vyučování, odborná příprava a učení nemusí být nutně jedinou či hlavní oblastí činnosti. Tato prostředí či situace mohou být dočasné nebo se mohou střídát a příslušné činnosti či kurzy mohou vést profesionální facilitátoři učení (např. mládežnickí instruktoři), ale také dobrovolníci (např. vedoucí skupin mládeže). Aktivita a kurzy jsou naplánované, ale zřídka strukturované jako tradiční vyučovací hodiny nebo předměty. Neformální vzdělávání se vztahuje ke všem plánovaným programům osobního a sociálního vzdělávání mladých lidí určených k rozvíjení celé řady dovedností a kompetencí mimo rámec formálního vzdělávacího kurikula.“*

V Jihoafrické republice se neformálnímu vzdělávání zaměřenému na prevenci onemocnění HIV/AIDS věnuje řada organizací a jak vyplývá z výše uvedené definice, pojem neformální vzdělávání zahrnuje širokou škálu vzdělávacích aktivit. Následující text je proto rozdělen do dvou podkapitol. Každá z nich se zabývá specifickou oblastí primární prevence onemocnění HIV/AIDS v neformálním vzdělávání v Jihoafrické republice. První podkapitola se věnuje velmi rozšířenému vrstevnickému vzdělávání a druhá je zaměřena na prevenci onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu.

Na začátku podkapitoly o vrstevnickém vzdělávání jsou popsány základní informace o tomto typu vzdělávání, následuje podkapitola s příklady vrstevnických vzdělávacích programů implementovaných v Jihoafrické republice a nakonec jsou uvedeny názory odborníků na význam vrstevnického vzdělávání v prevenci onemocnění HIV/AIDS. Podkapitola o prevenci onemocnění

HIV/AIDS prostřednictvím sportu začíná popisem konceptu „Sport pro rozvoj“. Poté je vymezen vztah mezi sportem a vzděláváním a následně mezi sportem a zdravím. Dále jsou ve zkratce uvedeny některé projekty zabývající se prevencí onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu v Jihoafrické republice. Stejně jako u vrstevnického vzdělávání je i u tohoto typu vzdělávání rozebrán jeho význam v prevenci onemocnění HIV/AIDS. Celou kapitolu uzavírá zhodnocení efektivity neformálního vzdělávání, resp. dvou zmíněných typů neformálního vzdělávání, v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice, a to z hlediska stejných principů efektivní primární prevence, podle kterých je ve třetí kapitole zhodnocena prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrickém formálním vzdělávání.

## 4.1 Vrstevnické vzdělávání

Vrstevnické vzdělávání je českým překladem anglického slovního spojení „*peer education*“. Toto slovní spojení bývá také někdy překládáno jako vrstevnická výchova nebo *peer výchova*. Tato práce se však drží jednotného označení vrstevnické vzdělávání. Samotné slovo *peer* nemá český ekvivalent. Na základě zahraničních definic jej můžeme přeložit jako „*jedinice, jehož postavení je rovnocenné s ostatními*“ (Svenson et al., 2003: 7). V praxi se jedná o člověka blízkého věkem, společenským postavením, zaměstnáním, zájmy apod.

Vrstevnické vzdělávání spočívá v aktivním zapojení předem vyškolených vrstevníků do vzdělávacího procesu. Ve školních zařízeních probíhá vrstevnické vzdělávání navzájem mezi vrstevníky, vyučujícím tedy není dospělý člověk, nýbrž osoba v přibližně stejném věku jako samotní žáci. Jak je uvedeno na českém Metodickém portálu rámcových vzdělávacích programů, „*vrstevnické vzdělávání je založeno na tom, že žák či skupina žáků dočasně přejímají v kolektivu vrstevníků pedagogickou roli a provádějí své spolužáky procesem osvojování učiva a klíčových kompetencí*“ (Haková, 2011). Tento vyučující z řad dětí a mládeže je nejčastěji nazýván *peer* poradce a toto označení je používáno i v následujících částech práce.



Vrstevnícké vzdělávací programy se zpravidla orientují na propagaci zdravého životního stylu a prevenci sociálně-patologických jevů, a to prostřednictvím předcházení užívání návykových látek, onemocnění HIV/AIDS, kriminality, záškoláctví, poruch příjmu potravy, gamblerství či naopak podporou zdravé výživy, plánovaného rodičovství apod. Vrstevnícké vzdělávací projekty v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS představují velmi oblíbenou prevenční metodu. Jak uvádějí Svenson et al. (2003: 9), „*jedná se o nový přístup, který kontrastuje s tradičním přístupem ‚experta‘ k laikům a prosazuje právo mladých lidí na přístup k informacím o sexualitě, HIV infekci, sexuálně přenosných infekcích, kondomech, antikoncepci a drogách*“.

Při implementaci vrstevníckých vzdělávacích programů se využívá specifických vztahů mezi vrstevníky a toho, že se cílová skupina dětí a dospívajících spíše nechá ovlivnit svým vrstevníkem než názory dospělých osob (ať už rodičů či učitelů). Cílem vrstevníckých programů je tedy změna či usměrnění chování a postojů cílové skupiny pomocí osoby blízké dané skupině (UNAIDS, 1999). Od začátku 90. let 20. století se vrstevnícké vzdělávání rozšířilo po celém světě a dnes je považováno za účinnou metodu prevence onemocnění HIV/AIDS (Svenson et al., 2003). UNAIDS (1999) uznává vrstevnícké vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS jako možnou alternativu či doplněk ke snahám o prevenci tohoto onemocnění ze strany dospělých osob.

*Peer* poradce je při vykonávání své činnosti postaven do několika rolí současně – vrstevník, odborník, zprostředkovatel změny apod. Zároveň se v ideálním případě stává vzorem pro své vrstevníky. Schopnost být vzorem se odráží již při výběru *peer* poradce z řad zájemců o tuto činnost. Svenson et al. (2003) vymezují následující podmínky, jež by měl splňovat každý *peer* poradce:

**a) být přijatelný pro cílovou skupinu**

Podle této podmínky by se mělo jednat o osobu s přirozenou vůdčí autoritou, člověka, kterému vrstevníci důvěřují. Zároveň by neměl být ve svých názorech příliš vyhraněný a není také žádoucí výrazně se odlišovat od cílové skupiny vrstevníků.

### **b) mít potřebné schopnosti a vhodné osobnostní charakteristiky**

Zde se jedná především o komunikační schopnosti, asertivitu, ochotu přijímat změny, schopnost týmové spolupráce, respekt vůči ostatním atd. Cení se také dlouhodobější zájem *peer* poradce o danou problematiku.

### **c) mít správnou motivaci**

*Peer* poradci vykonávají svou činnost zpravidla bez finanční odměny, mohou však být motivováni jinými způsoby. Někteří *peer* poradci mohou vnímat přínosy svých aktivit v navazování nových společenských kontaktů, získávání cenných zkušeností, smysluplném trávení volného času apod. Nezřídka jsou *peer* poradcům za jejich práci poskytovány různé benefity (např. ve školách to mohou být body zlepšující jejich výslednou známku, v zájmových zařízeních se může jednat o volné vstupenky apod.). Svenson et al. (2003: 27) k problematice výběru *peer* poradců uvádějí:

*„Zkušenost ukazuje, že někteří peer poradci odešli z projektu proto, že původně očekávali pouze pasivní roli, zábavu nebo se chtěli vyhnout jiným činnostem (například vyučování). Proto při výběru peer poradců zdůrazňujte, že projektu se budou muset skutečně věnovat. Být peer poradcem znamená skutečně se zapojit a projektu se věnovat, protože je třeba trávit čas školením, setkáváním s vrstevníky a s dospělými, kteří na projekt dohlíží.“*

Vzhledem k nutnosti vyškolit budoucí *peer* poradce, kteří se v případě prevence onemocnění HIV/AIDS později stanou těmi, jež se budou snažit vybavit své vrstevníky schopnostmi a vědomostmi nezbytnými pro zdravý sexuální život, můžeme vrstevnické vzdělávací programy rozdělit na dvě fáze – výcvikovou a implementační. V těchto dvou fázích probíhá také výcvik *peer* poradců dvou jihoafrických vrstevnických programů uvedených v následující podkapitole (Erulkar et al., 2001; Vergnani et al., 2005). V první fázi se zájemci o vykonávání činnosti *peer* poradce učí o problematice onemocnění HIV/AIDS jako takové, dále se musí naučit správné komunikaci, schopnosti vyrovnat se s nepříjemnými a stresovými situacemi, osvojit si základní edukační techniky a postupy apod. *Peer* poradci musí být dále schopni připravit své vlastní projekty týkající se vzdělávací oblasti, na niž se chtějí

v rámci vrstevnického vzdělávání zaměřit, a teprve až po té mohou své vrstevnické osvětové projekty realizovat v praxi. Ani po vyškolení však vrstevnické vzdělávání zpravidla nerealizují sami, nýbrž na ně dohlíží odpovědná osoba, která ale v případě bezproblémového průběhu do vrstevnické výuky nezasahuje. *Peer* poradci jsou zpravidla průběžně doškolení a neustále podporováni organizací, pod jejíž záštitou svoji činnost vykonávají.

Vrstevnické projekty v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS mohou probíhat různými způsoby a konkrétní podoba jednotlivých projektů je odvislá od jejich tvůrců. V teoretické rovině však můžeme vymezit následující přístupy k vrstevnickému vzdělávání (Svenson et al., 2003):

#### **a) pedagogický přístup**

Pro pedagogický přístup k vrstevnickému vzdělávání je charakteristické předávání informací ve formálním prostředí (např. ve škole). *Peer* poradci při vrstevnické výuce využívají didaktické (např. přednáška) a interaktivní techniky (např. improvizované scénky, hry). Tento přístup může být používán samostatně nebo jako doplněk oficiální sexuální výchovy ve školách. Věk *peer* poradců je stejný nebo nepatrně vyšší než věk cílové skupiny. Není přitom podstatné, zda jsou *peer* poradci příslušníky stejné společenské vrstvy či nikoliv. Proces učení a vytváření nových postojů vychází z uvolněné atmosféry a z interakce mezi účastníky vrstevnického vzdělávacího programu.

#### **b) outreach přístup**

*Peer* poradci praktikující vrstevnické vzdělávací programy v souladu s tzv. *outreach* přístupem obvykle nepatří do stejné sociální skupiny jako účastníci vrstevnických programů, ale shodují se s nimi v některých charakteristikách jako je např. věk, jazyk, příslušnost k etnické skupině, stejná sexuální orientace, zkušenost s obdobným problémem či životním stylem apod. Díky tomu se cílová skupina dokáže s těmito *peer* poradci snadněji ztotožnit, což *peer* poradce zvýhodňuje v porovnání s dospělými osobami. Vzhledem k tomu, že jsou uvnitř cílové skupiny často marginalizované osoby žijící mimo hlavní společenský proud (např. na ulici, v uprchlických táborech apod.), prevenční aktivity cílící na běžnou populaci tyto lidi zpravidla nezasahují. *Peer* aktivisté je proto musí aktivně vyhledávat a vrstevnické programy pořádat v jejich prostředí.

Jak uvádějí Svenson et al. (2003: 35), „je důležité, aby se cílová skupina mládeže dokázala s peer poradci identifikovat a aby každý peer poradce byl považován za jednoho z nich“.

### **c) difúzionální přístup**

Tento přístup je založen na neformální komunikaci mezi peer poradcem a vrstevníky. Na rozdíl od předchozích dvou přístupů je zde důležité, aby peer poradce patřil ke stejné společenské skupině jako cílová skupina. Svenson et al. (2003: 24–25) se k tomuto přístupu vyjadřují následovně:

*„Difúzionální přístup se snaží použít zavedené společenské vazby a komunikační kanály k tomu, aby docházelo k žádoucímu ovlivnění v rámci celé skupiny. Jedná se o spontánní diskuse mezi mládeží a aktivity, které provádějí peer poradci v místě, kde se mládež shromažďuje. Mezi možné aktivity patří například hry, scénky, distribuce kondomů, programy v rádiu, aktivity ke Světovému dni boje proti AIDS, filmová a hudební představení, informační stánky nebo aktivity v rámci festivalů či podobných příležitostí.“*

Peer poradci se přitom zaměřují na přímé ovlivňování názorů, veřejného mínění a společenských norem spojených s rizikovým chováním a životním stylem a tím se tento přístup odlišuje od pedagogického a *outreach* přístupu.

#### **4.1.1 Vrstevnické vzdělávání v oblasti prevence HIV/AIDS v Jihoafrické republice**

Vrstevnické vzdělávací programy v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS jsou v Jihoafrické republice implementovány jak v mimoškolním prostředí, tak také v některých školách coby doplněk formální výuky, která probíhá v rámci předmětu *Life Orientation*. Z hlediska výše vysvětlených přístupů k vrstevnickému vzdělávání spadají tamní vrstevnické vzdělávací programy nejčastěji do kategorií pedagogického a *outreach* přístupu. Jak ale uvádějí Selesho a Modise (2012), v Jihoafrické republice můžeme narazit také na vrstevnické vzdělávání vykazující znaky difúzionálního přístupu. Campbell

a MacPhail (2002) přitom tvrdí, více vrstevnických programů probíhá ve školách kvůli závislosti těchto programů na zdrojích a organizační struktuře škol.

V této podkapitole jsou pro názornost uvedeny dva projekty. První projekt (*LoveLife*) je implementován nevládní neziskovou organizací převážně v mimoškolním prostředí a podle výše uvedené klasifikace přístupů jej můžeme zařadit mezi projekty založené na *outreach* přístupu. Druhý projekt (*ZAWECA*), založený převážně na pedagogickém přístupu, realizovali studenti dvou afrických univerzit.

Nutno podotknout, že v Jihoafrické republice jsou hojně rozšířeny také vrstevnické vzdělávací programy na pracovištích, kde je vrstevnické (*peer*) postavení spíše než od věku odvozeno ze stejného zaměstnání, potažmo z obdobného společenského postavení. Vrstevnické vzdělávací programy probíhající na jihoafrických pracovištích však nejsou zařazeny do této práce, neboť jejich cílovou skupinou nejsou výhradně mladí lidé, tak jak byli definováni v podkapitole 1.8, nýbrž všichni zaměstnanci dané společnosti bez ohledu na věk.

Jedny z nejvýznamnějších převážně mimoškolních vrstevnických programů v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS pořádá organizace *LoveLife*. Jedná se o největší jihoafrickou celostátní iniciativu zabývající se prevencí onemocnění HIV/AIDS. Organizace *LoveLife* vznikla v roce 1999 jako společná iniciativa jihoafrických nevládních neziskových organizací a vlády Jihoafrické republiky ve spolupráci se soukromými nadacemi a firmami. Hlavním cílem organizace je již od jejího vzniku prevence onemocnění HIV/AIDS mezi mladou jihoafrickou populací (*LoveLife*, 2012a). Snaží se o to různými způsoby – rozmisťováním velkoplošných reklamních poutačů, vysíláním televizních a radiových pořadů, vydáváním novinových příloh, publikováním knih či pořádáním sportovních akcí a společenských událostí, na nichž podporuje prevenci onemocnění HIV/AIDS. Tato rozsáhlá kampaň jihoafrické organizace *LoveLife* přitom byla označena za nejdražší svého druhu na světě (Lesko, 2007). Kromě toho se organizace zaměřuje také na témata plánovaného rodičovství, rovnosti pohlaví apod.

Významné místo v organizační struktuře organizace *LoveLife* zauímají *peer* poradci. *LoveLife* v posledních letech každoročně využívá dobrovolnických služeb více než 1 200 speciálně vyškolených mladých lidí ve věku 18 až 25 let, nazývaných *groundBreakers*, kteří vedou vrstevnické programy v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS ve svých komunitách (*LoveLife*, 2012b). Spolu s *groundBreakers* se vrstevnických programů účastní také mladší osoby ve věku 12 až 17 let, zvaní *Mpintshis*, kteří pomáhají svým starším kolegům s implementací vrstevnických vzdělávacích programů (*LoveLife*, 2012b). Nejvýznamnější cílovou skupinou jsou mladí lidé ve věku 12 až 17 let, kteří z nejrůznějších důvodů nenavštěvují školu (*LoveLife*, 2012b).

Druhým příkladem vrstevnických vzdělávacích programů v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice je *The ZAWECA HIV/AIDS Peer Education Project* (dále jen ZAWECA). Jedná se o dvouletý společný projekt jihoafrické univerzity *Western Cape (University of Western Cape)* a zambijské univerzity v Lusace (*University of Zambia*) financovaný donorem z Norska. V rámci tohoto projektu došlo k ustanovení a rozvinutí spolupráce mezi zmíněnými univerzitami v oblasti vrstevnického vzdělávání zabývajícího se prevencí onemocnění HIV/AIDS. Cílem projektu bylo „*usnadnit a propagovat institucionální spolupráci mezi dvěma univerzitami prostřednictvím rozvoje programů vrstevnického vzdělávání, které vybaví studenty životními schopnostmi, jež jim usnadní dohodnout se na bezpečných sexuálních praktikách za účelem prevence přenosu onemocnění HIV/AIDS*“ (Vergnani et al., 2005: 3).

Každá z univerzit vytvořila vlastní model vrstevnického vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS podle svých vlastních potřeb a podmínek. Tyto modely byly následně zdokonalovány vzájemnými návštěvami a konzultacemi. Mezi konkrétní způsoby prevence onemocnění HIV/AIDS v rámci tohoto projektu patří: informační setkání *peer* poradců se studenty prvních ročníků, individuální poradenství, interaktivní divadelní představení atd. Během dvouleté implementace projektu (akademické roky 2003/2004 a 2004/2005) bylo vyškolen 115 *peer* poradců, kteří předávali své znalosti v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím výše uvedených aktivit studentům zmíněných univerzit. Vzhledem k velkému zájmu

o tento projekt ze strany ostatních škol, dětských domovů, nevládních neziskových organizací a dalších byl projekt následně rozšířen o prevenční aktivity pořádané mimo areály dvou domovských univerzit. (Vergnani et al., 2005)

#### **4.1.2 Význam vrstevnického vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS**

Navzdory rostoucí popularitě vrstevnických vzdělávacích programů v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS neexistuje dostatek evaluací, které by vrstevnické vzdělávání hodnotily na základě relevantních statistických údajů. Jak uvádějí Maticka-Tyndale a Barnett (2010), kvalitní evaluace vrstevnických vzdělávacích programů jsou velmi vzácné. Většina dostupných evaluací se zaměřuje na hodnocení přínosů a dopadů vrstevnického vzdělávání na samotné *peer* poradce na základě jejich vlastních výpovědí. Evaluace efektu vrstevnických vzdělávacích programů na cílovou skupinu, resp. na prevenci onemocnění HIV/AIDS, v podobě statistických údajů (jako je např. prevalence viru HIV v cílové skupině před a po implementaci vrstevnického vzdělávacího programu) neexistují. Také kvůli tomu v odborné literatuře nepanuje shoda nad jejich efektivností, která se navíc může projekt od projektu lišit. Následující text proto shrnuje hlavní výhody a nevýhody vrstevnického vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS jako takového, nezaměřuje se tedy na žádný konkrétní projekt.

Fakt, že se mládež v citlivých tématech jako je sex či onemocnění HIV/AIDS pravděpodobněji ztotožní s někým, kdo je alespoň přibližně ve stejném věku a obdobném společenském postavení, vychází ze samotné filozofie vrstevnického vzdělávání. Přátelé jsou pro mnoho mladých Jihoafričanů hlavním zdrojem informací o tématech souvisejících se sexem, onemocněním HIV/AIDS apod. a jejich jednání je těmito informacemi do značné míry ovlivněno. Z toho vyplývá, že mladí lidé budou pravděpodobně ochotněji hovořit o takto citlivých tématech se svými vrstevníky než s dospělými osobami, které pro ně představují autoritu (Visser, 2007). To je základní výhoda, jíž vrstevnické programy využívají.

Svenson et al. (2003) považují za největší potenciál vrstevnického vzdělávání možnost přizpůsobovat metody prevence onemocnění HIV/AIDS místním zvyklostem a společenským hodnotám. Výhodou neformálního vrstevnického vzdělávání podle nich je, že se může na rozdíl od formálního vzdělávání, které se zpravidla řídí osnovami určenými pro celou zemi, uzpůsobit potřebám konkrétních cílových skupin. Jak uvádějí Svenson et al. (2003: 22), *„pandemie HIV/AIDS představuje vlastně soubor mnoha malých epidemií, které mají své kořeny v místních zvyklostech, společenských a ekonomických podmínkách a životním prostředí; peer výchova má tu výhodu, že je schopna se soustředit na menší a kulturně vyhraněné skupinky mladých lidí“*. Jak je uvedeno ve druhé kapitole, schopnost přizpůsobit se místním podmínkám je dle Nešpora et al. (1999) považována za jednu ze známek efektivní primární prevence.

Přínos vrstevnického vzdělávání spatřují Svenson et al. (2003) také ve schopnosti *peer* poradců komunikovat se svými vrstevníky neformálním jazykem, kterým mezi sebou vrstevníci běžně mluví a který bývá mnohdy odlišný od jazyka formálního, používaného při běžném školním výkladu. Zároveň uvádějí, že řešení některých sociálně-patologických jevů může být bez přispění žáků značně komplikované a potřeba zapojit vrstevníky do řešení specifických problémů žáků je dalším z důvodů, proč podporovat výchovu vrstevnických poradců.

Maticka-Tyndale a Barnett (2010) uvádějí, že se vrstevnické vzdělávací programy navzdory některým svým výhodám potýkají s několika problémy. Dle jejich názoru jsou dospělí vyučující vhodnější pro poskytování biomedicínckých informací týkajících se sexu a pohlavně přenosných chorob, neboť mají víc znalostí a zkušeností, naproti tomu *peer* poradci mohou být úspěšnější při vzbuzení zájmu o tuto problematiku mezi vrstevníky. Podle jejich výzkumu vrstevníci spíše uvěří faktickým informacím sdělovaným dospělou osobou, případně osobou starší než jsou oni sami (např. středoškolští studenti budou pravděpodobněji více věřit studentovi vysoké školy než středoškolákovi), neboť považují své vrstevníky za nedostatečně vzdělané v dané tématické oblasti. Tyto autorky dále poukazují na nevhodný výběr některých *peer* poradců, a to konkrétně v případech, kdy je *peer* poradce vybrán z řad konkrétní cílové



skupiny (např. ze stejné třídy, školy apod.). Důvodem je ostych, který cítí žáci v případě, že mají mluvit o tak citlivých tématech s člověkem, jehož osobně znají.

Vrstevníkové vzdělávání, obzvláště v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS, může být komplikováno nevhodným chováním ze strany vrstevníků vůči *peer* poradcům. Jedná se především o zesměšňování *peer* poradců, které není při klasické výuce založené na tradičním didaktickém schématu učitel–žák tak běžné (Campbell a MacPhail, 2002). Implementace vrstevníkových vzdělávacích programů je v Jihoafrické republice ztěžována také negativním postojem rodičů k aktivnímu zapojení jejich dětí do diskuse o tématech sexu, sexuálně přenosných chorob apod. (Campbell a MacPhail, 2002; Francis, 2010). Svenson et al. (2003: 14) k tomu zaujímají následující názor:

*„Neochota umožnit mládeži zúčastnit se diskuse o důležitých otázkách částečně pramení z postojů devatenáctého století vůči mladým. V tehdejší době se prosazoval názor, že mladí lidé a děti jsou příliš nezralí, neracionální a neschopní činit vážná rozhodnutí. Tyto názory neberou v úvahu skutečnost, že současná situace mladých lidí je odlišná od doby jejich rodičů a také to, že dnešní mládež má jiné vyhlídky do budoucna než měli jejich rodiče. Epidemie HIV/AIDS je součástí této nové situace.“*

Medley et al. (2009) uznávají velký význam vrstevníkového vzdělávání spočívající ve zlepšení vědomostí cílové skupiny a také v možnosti zasáhnout prevenčními aktivitami mladé lidi nenavštěvující školu, na druhou stranu se domnívají, že efekt prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím vrstevníkového vzdělávání na šíření tohoto onemocnění není příliš velký. Podobně také Borgia (2005) neshledávají na vrstevníkovém vzdělávání žádnou výraznou výhodu oproti klasické výuce vedené dospělým vyučujícími. Ve prospěch vrstevníkových vzdělávacích programů podle nich hovoří především větší efektivnost ve zlepšování vědomostí cílové skupiny, na druhou stranu negativem je výrazně vyšší cena těchto programů.

Finanční náročnost vrstevnických vzdělávacích programů je ostatně téma, nad kterým se názory odborníků rozcházejí. Někteří autoři (např. Parkin a McKeganey, 2000) uvádějí, že je vrstevnické vzdělávání relativně levným prostředkem prevence onemocnění HIV/AIDS, neboť *peer* poradci vykonávají svou činnost dobrovolně, tedy bez nároku na plat. Stejně tak Medley et al. (2009) zastávají názor, že jsou vrstevnické vzdělávací programy méně nákladné než projekty vedené profesionálním personálem, a to i přesto, že jsou vrstevnické vzdělávací programy často podhodnoceny. Organizace *Population Council* (1999) naproti tomu uvádí, že při hodnocení finanční náročnosti vrstevnických vzdělávacích programů nesmíme brát v potaz pouze náklady za práci *peer* poradců, kterou vykonávají většinou bez nároku na peněžitou odměnu, ale musíme započítat také platy školitelů, cenu vzdělávacích materiálů a jiného vybavení, výdaje na školení, provozní náklady kanceláře apod.

Campbell a MacPhail (2002) při svém výzkumu v jihoafrické škole narazily na situaci, kdy měli *peer* poradci využívat svého privilegovaného postavení a povyšovat se nad své vrstevníky a mimo to vykonávání funkce *peer* poradce vedlo k úpadku jejich studijní morálky. Zhoršování prospěchu některých *peer* poradců, kteří se kvůli vedení vrstevnických vzdělávacích programů nesoustředí na své vlastní studium, stejně jako změny v jejich chování vyplývající z pocitu nadřazenosti nad vrstevníky, můžeme považovat za nevýhody vrstevnického vzdělávání.

## **4.2 Prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu**

V poslední letech se na poli prevence onemocnění HIV/AIDS začala prosazovat také prevence tohoto onemocnění prostřednictvím sportu. Děje se tomu tak i v Jihoafrické republice, kde různé nevládní neziskové organizace využívají sportu coby prostředku prevence onemocnění HIV/AIDS. Tato podkapitola ve stručnosti popisuje koncept „Sport pro rozvoj“, dále se zaměřuje na vztah sportu a zdraví, stejně tak jako sportu a vzdělávání. Další část je věnována prevenci onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu v Jihoafrické republice. Poslední část této podkapitoly pojednává o významu sportu

v prevenci onemocnění HIV/AIDS. Na konci celé této kapitoly se nachází zhodnocení efektivity neformálního vzdělávání, tedy vrstevnického vzdělávání a vzdělávání prostřednictvím sportu, v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice z hlediska sedmi principů efektivní primární prevence.

#### **4.2.1 Koncept „Sport pro rozvoj“**

Koncept „Sport pro rozvoj“ můžeme definovat jako úmyslné a systematické využívání sportu, fyzických aktivit a hry při dosahování specifických rozvojových cílů (Right to Play, 2008). Myšlenka spojení sportu a rozvoje není otázkou pouze posledních let. Již ve 20. letech 20. století se objevovaly snahy využít potenciálu sportu ke zlepšení situace obětí násilných konfliktů či přírodních katastrof (The International Platform on Sport and Development, 2008a). Přesto byl sport coby prostředek k dosahování humanitárních a rozvojových cílů dlouhou dobu nevyužíván. V posledních letech však čím dál více organizací začleňuje sportovní aktivity do svých rozvojových programů jako jeden z prostředků rozvoje. Potenciál sportu v rozvoji uznaly také OSN a Evropská komise (Right To Play, 2008). Mluví se dokonce o tom, že sport může výrazně napomoci splnění Miléniových cílů tisíciletí (Koss a Alexandrova, 2005).

V čem tedy tkví potenciál sportu vzhledem k rozvoji? Vyjádřeno slovy Jacquese Rogge, prezidenta Mezinárodního olympijského výboru, *„svět sportu není oddělen od zbytku světa, sport láme bariéry, podporuje sebeúctu, zprostředkovává životní zkušenosti a vychovává k zdravému chování“* (IOC a UNAIDS, 2005: 11). Sport učí lidi dobrým vlastnostem, jako jsou čest, *fair-play*, respektování jak spoluhráčů a protihráčů, tak i pravidel, dále tolerance, týmová spolupráce atd. Zde by mohl někdo namítnout, že sport nevyvolává pouze výše zmíněné „dobré“ vlastnosti, ale také ty „špatné“ typu chuligánství, korupce, dopingu či přehnaného nacionalismu. Dle OSN však *„tyto negativní aspekty nemohou převážit potenciál pozitivního užitku sportu“* (United Nations, 2003: 2).

Sport se dnes již běžně využívá k řešení problémů v konfliktních oblastech. Sportovní aktivity mohou dále přispět ke zlepšení celkového zdravotního stavu populace, ať už cestou přímé participace na sportovních aktivitách či prostřednictvím osvěty prováděné na sportovních akcích. Sport je

využitelný taktéž v řadě jiných oblastí týkajících se rozvoje – např. genderu, vzdělávání, ekonomiky atd. Pro tuto práci je však podstatný potenciál sportu jen v oblastech vzdělávání a zdraví, proto je v dalších částech práce věnována pozornost pouze těmto dvěma aspektům.

#### 4.2.2 Sport a vzdělávání

Sport má ve vzdělávání významné místo. Dokazují to mimo jiné mezinárodní úmluvy, které se souvislostí sportu a vzdělávání dětí a mládeže zabývají. Vůbec první zmínka tohoto druhu se objevila v Deklaraci práv dítěte v roce 1959. Dle této deklarace má dítě právo na *„plnou možnost ke hrám a zotavení, jež by měly mít stejné poslání jako vzdělání“* (Deklarace práv dítěte, 1959). Tuto zásadu později rozšířila nástupkyně výše zmíněné deklarace, Úmluva o právech dítěte z roku 1989, v níž je ukotveno *„právo dítěte na odpočinek a volný čas, na účast ve hře a oddechové činnosti odpovídající jeho věku, jakož i na svobodnou účast v kulturním životě a umělecké činnosti“* (Úmluva o právech dítěte, 1989). Mezi tím, roce 1978, byla vydána Mezinárodní charta tělesné výchovy a sportu. První článek této charty hovoří o tělesné výchově a sportu jako o základním právu pro všechny lidi a podle druhého článku by měla být tělesná výchova základním elementem celého vzdělávacího systému (International Charter of Physical Education and Sport, 1978).

Výše zmíněné dokumenty podpořily zavádění tělesné výchovy do školních systémů na celém světě. Vzhledem k rozvoji však nyní tato myšlenka představuje největší potenciál především v rozvojových zemích, kde má zavádění tělesné výchovy do školní výuky pozitivní vliv na rostoucí počet žáků navštěvujících školu. Sport zlepšuje nejen fyzickou kondici dětí a mládeže, ale pomáhá také zlepšovat jejich studijní výsledky. Dítě totiž není schopno soustředit se dlouhé hodiny na výuku. Lepší soustředěnosti však můžeme docílit začleněním sportovních aktivit do každodenní výuky dětí ve škole. (UNICEF, 2004)

Výzkumy potvrzují také pozitivní účinky sportu na utváření charakteru mladého člověka. Sport vštěpuje dětem správné vzorce chování a působí také jako prevence sociálně-patologického chování, do kterého spadá rizikové

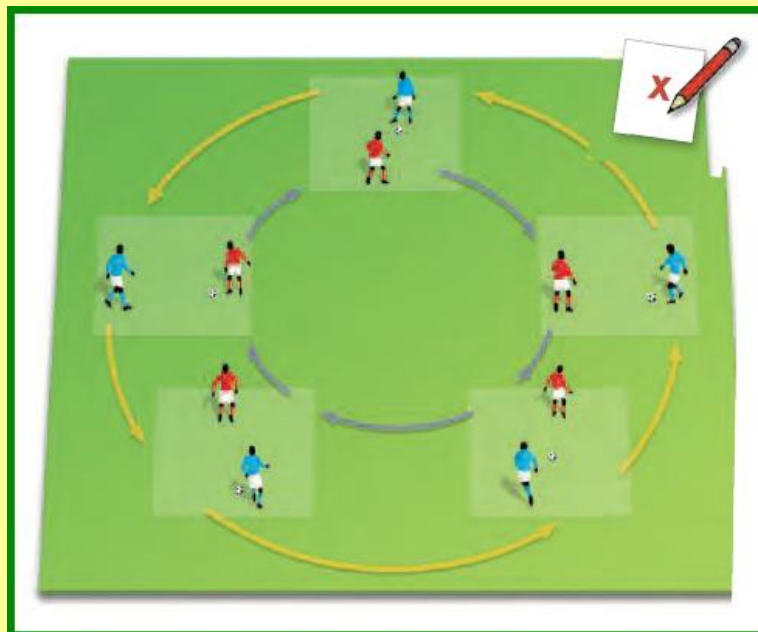
sexuální chování, užívání drog, kriminalita či předčasné ukončení školní docházky. Příkladem jsou tzv. „gateway“ programy, které se zaměřují na eliminaci rizikových faktorů, jež mohou vést k sociálně-patologickému chování. Sport je využíván jako nástroj, který poskytuje rovné příležitosti všem dětem a mládeži bez ohledu na jejich pohlaví, národnost, schopnosti či zdravotní postižení. (The International Platform on Sport and Development, 2009b)

#### **4.2.3 Prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu v Jihoafrické republice**

Řada nevládních neziskových organizací se nejen v Jihoafrické republice snaží prostřednictvím sportu zvýšit informovanost o zákeřných nemocech včetně onemocnění HIV/AIDS. Kromě toho si účastníci těchto programů při speciálních hrách navykají na disciplínu, která je při léčbě onemocnění HIV/AIDS velmi důležitá. Mezi tyto organizace patří například *Tackle Africa* či *Grassroot Soccer*. Činnost těchto organizací je povětšinou postavena na výukových metodách používajících jako hlavní prostředek výuky různé druhy her (The International Platform on Sport and Development, 2009a). Jednu z takových her popisuje a graficky znázorňuje obr. 8 na straně 78. Nutno dodat, že pro zvýšení efektivity těchto výukových metod je důležité, aby si trenér s hráči vždy o dané problematice promluvil a vysvětlil jim, co se za danou hrou skrývá.

Obr. 8: Prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportovní hry

## PREVENCE ONEMOCNĚNÍ HIV/AIDS PROSTŘEDNICTVÍM SPORTOVNÍ HRY



Pro tuto sportovní hru je potřeba sudý počet hráčů, jeden míč pro každou dvojici a malá hřiště vzájemně tvořící kruh. Před zahájením hry trenér rozdá všem hráčům papír a ti si jej uloží do kapsy. Všichni hráči přitom dostanou prázdný papír až na jednoho, který na něm bude mít nakreslený křížek. Hráči následně vytvoří dva kruhy a ve dvojici si kopou s míčem na vymezeném hřišti. V okamžiku, kdy trenér zakřičí „výměna“, se hráči ve vnitřním kruhu posunou o jedno hřiště ve směru hodinových ručiček a naopak hráči tvořící vnější kruh se posunou o jedno místo proti směru hodinových ručiček. Tato situace se pětkrát opakuje. Po té trenér zavolá hráče k sobě a vyzve je, aby ze svých kapes vyndali papíry a aby se přihlásil ten, který má na papíru nakreslený křížek. Trenér tomuto hráči oznámí, že v této hře představoval pacienta nakaženého virem HIV. Následně vyzve všechny hráče, kteří si s tímto hráčem kopali, aby se také přihlásili, a řekne jim, že se nakazili virem HIV. Nakonec se mají přihlásit ti, kteří si kopali s těmito nakaženými hráči. Těmto hráčům je taktéž oznámeno, že se nakazili virem HIV. Tato jednoduchá sportovní hra ukazuje hráčům, jak je snadné nakazit se virem HIV, pokud střídají své partnery. Následně hráči hrají tu stejnou hru znovu, avšak s jedním rozdílem – když trenér zakřičí „výměna“, všichni hráči se posunou o jedno hřiště ve směru hodinových ručiček. Tímto způsobem hry nedochází ke „střídání partnerů“. Hráči se při této hře učí, jak rychle se virus HIV dokáže šířit a jakou roli v jeho šíření hraje věrnost svému partnerovi.

**Vytvořeno dle: Tackle Africa, 2010.**

Kromě těchto relativně složitých tréninkových cvičení, která vyžadují hřiště, dostatek fotbalových míčů atd., existují i jednodušší metody prevence onemocnění HIV/AIDS. Příkladem je například hra „Najdi míč“, kterou v Jihoafrické republice používá organizace *Grassroot Soccer*. Tuto hru lze hrát kdekoliv (venku, ve školní třídě apod.) a mohou se jí účastnit děti téměř jakéhokoliv věku. Trenér nebo učitel rozdělí děti do dvou týmů. Děti tvořící jeden tým si stoupnou boky k sobě co nejtěsněji a ruce dají za záda. Druhý tým se postaví stejným způsobem naproti nim. Trenér následně dá oběma týmům za zády míč<sup>13</sup>. Děti si poté za svými zády předávají míč jeden druhému, dokud trenér neřekne „stop“. Následně vyzve některé z dětí, aby se pokusilo uhodnout, kdo z druhého týmu za zády drží míč. Jednotlivé týmy se v tipování střídají až do té doby, než jsou odhaleny oba míče. Cílem této hry je ukázat dětem, jak těžké je odhadnout, kdo je infikován virem HIV a kdo nikoliv, a jak nebezpečné je mít pohlavní styk s někým, o kom tuto informaci nemají. (*Grassroot Soccer*, 2008)

Existují také projekty, jejichž cílem je zvýšit počet lidí, jež se nechají dobrovolně testovat na HIV/AIDS. Například organizace *Kick for Life* pořádá v Jihoafrické republice pravidelné jednodenní fotbalové turnaje spojené se vzděláváním o onemocnění HIV/AIDS a testováním. Hlavním cílem těchto turnajů je minimalizovat stigma obklopující osoby nakažené touto nemocí a podpořit dobrovolné HIV testování. Lidé většinou nejsou ochotni nechat se testovat na klinice nebo tuto možnost vůbec nemají, avšak fotbalový turnaj spojený s interaktivním vzděláváním o onemocnění HIV/AIDS a uvolněná atmosféra během turnaje podle organizace *Kick for Life* přesvědčí stovky jeho účastníků k testování přímo v místě konání akce (*Kick for Life*, 2006).

#### **4.2.4 Význam sportu v prevenci onemocnění HIV/AIDS**

Je známo, že sport a fyzická aktivita mají zásadní vliv na zdraví a pocit pohody člověka. Dle OSN existují důkazy, jež nasvědčují tomu, že pravidelná fyzická aktivita přináší lidem fyzické, sociální, duševní a zdravotní výhody (*United Nations*, 2003). Fakt, že sportování napomáhá zlepšit fyzickou i duševní

---

<sup>13</sup> V případě, že nemá k dispozici míč, lze použít cokoliv jiného (například i obyčejný kámen atd).

kondici člověka, může být z hlediska rozvoje obzvláště důležitý. Více zdravých lidí totiž znamená nižší výdaje na zdravotní péči, více praceschopných osob může zvýšit produktivitu (United Nations, 2003). Obojí můžeme považovat za přidanou hodnotu prevenčních vzdělávacích programů využívajících sport. Fyzická aktivita přispívá k redukci předčasných úmrtí na onemocnění typu rakoviny či cukrovky. Tato onemocnění se vyskytují především ve vyspělém světě. Sport však může být prospěšný také v rozvojových zemích, kde lidé umírají na choroby, jako je onemocnění malárie či HIV/AIDS, o kterém pojednává tato práce. Jak uvádí IOC a UNAIDS (2005: 47), *„psychologické testy ukazují, že sportovní aktivita snižuje deprese, únavu, stres a strach, zvyšuje energii a má očividný vliv na zlepšení kvality života HIV-pozitivních lidí“*.

Díky přátelštější a zábavnější atmosféře jsou mladí lidé při používání výukových metod založených na hře a sportu uvolněnější než při klasické výuce ve škole. Mládež má zpravidla se svým trenérem bližší vztah než s učitelem ve škole. Tato pozitiva výukových metod založených na hře jsou velmi důležitá při probírání choulostivých témat, jakým je problematika onemocnění HIV/AIDS. Sportovní prostředí zpravidla poskytuje bezpečné místo, kde mohou mladí lidé se svým trenérem otevřeně diskutovat o tématech, která jsou ve společnosti stigmatizována. To má velký význam vzhledem k faktu, že *„stigma a diskriminace obklopující HIV pozitivní lidi může být mnohem víc destruktivní než nemoc sama“* (IOC a UNAIDS, 2005: 45). Tyto mimoškolní prevenční aktivity navíc umožňují zasáhnout také mladé osoby, které předčasně opustily školu a výuka o onemocnění HIV/AIDS je proto minula.

Ačkoliv sportovní vzdělávací programy nejsou prostředkem, který přímo léčí zmíněná onemocnění, z výše uvedeného vyplývá, že mohou být způsobem, jak zvýšit povědomí lidí o těchto nebezpečných nemocech, zprostředkovat znalosti a zkušenosti ostatních lidí, podpořit vakcinaci a testování či zapojit stigmatizované osoby zpět do společnosti.

Možná nevýhoda prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu může nastat v případě, kdy jsou účastníci prevenčních sportovních aktivit motivováni pouze vítězstvím či radostí ze hry a samotná prevence onemocnění HIV/AIDS je přitom nezajímá. Stejně tak negativní ohlasy mohou zaznamenat projekty spojené nějakým způsobem s podváděním, dopingem, násilím apod.



## 4.3 Efektivita prevence onemocnění HIV/AIDS v neformálním vzdělávání

Následující text hodnotí prevenci onemocnění HIV/AIDS v neformálním vzdělávání v Jihoafrické republice podle kritérií efektivní primární prevence, které jsou teoreticky vymezeny v druhé kapitole. Hodnocení prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrickém formálním vzdělávacím systému (viz kapitoly 3.5 a 3.6), je velmi konkrétní, neboť se v Jihoafrické republice formální prevence tohoto onemocnění soustředí do jediného školního předmětu. Neformálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS naproti tomu představuje širokou škálu prevenčních aktivit. Následující hodnocení je proto spíše obecnějšího rázu, nevztahuje se tedy k žádnému konkrétnímu projektu.

### 4.3.1 Adekvátnost

Oba zkoumané typy neformálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice, tedy vrstevnické vzdělávání a prevence tohoto onemocnění prostřednictvím sportu, mají velký potenciál splňovat první z principů efektivní primární prevence, kterým je adekvátnost. Projekty neformálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS totiž nejsou na rozdíl od formálního vzdělávání nijak vázány celostátními školními osnovami a mohou proto být přizpůsobovány specifikům místa, v němž probíhají, stejně tak jako charakteristikám a požadavkům cílové skupiny.

Možnost přizpůsobovat prevenci onemocnění HIV/AIDS cílové skupině však může být omezena při realizaci vrstevnického vzdělávání v jihoafrických školách. Teoretická literatura zabývající se vrstevnickým vzděláváním hovoří o tom, že na *peer* poradce vedoucího vrstevnický vzdělávací program dohlíží odpovědná osoba, která v případě bezproblémového průběhu vrstevnické výuky do práce *peer* poradce nezasahuje. Jak ale uvádějí Campbell a MacPhail (2002), jedná se o teoretické pravidlo, které v praxi není vždy dodrženo. Tyto autorky se ve svém výzkumu zaměřily na vrstevnické vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v jedné z jihoafrických škol, kde narazily na problém přílišného zasahování vyučujících do výuky vedené *peer* poradcem (Campbell a MacPhail, 2002: 336): „*Vyučující si udržoval absolutní kontrolu nad aktivitami peer poradce a určoval jak čas, po který bude vrstevnický výuka*

*probíhat, tak i obsah informací, jež budou vrstevníkům sdělovány.*“ V tomto ohledu jsou proto efektivnější neformální vzdělávací projekty implementované v mimoškolním prostředí, kde nepůsobí žádná formální autorita.

Neformální vzdělávání může být oproti formálnímu vzdělávání efektivnější také v překonávání etnické a kulturní rozmanitosti, která negativně ovlivňuje jihoafrické formální školství. Neformální vzdělávací programy zaměřené na prevenci onemocnění HIV/AIDS mohou pružněji reagovat na etnickou a kulturní skladbu cílové skupiny například tím, že rozdělí děti a mládež do menších kulturně jednotných skupinek. Nebo může sport naopak sloužit jako prostředek ke sblížení různých kulturních skupin žáků.

### **4.3.2 Interaktivita**

Interaktivita coby další z principů efektivní primární prevence hraje významnou roli především při prevenci onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu, kdy jsou mladí lidé seznamováni s informacemi o tomto onemocnění při hraní nejrůznějších her (viz podkapitola 4.2.3). Dá se říct, že programy prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu jsou ze své podstaty vždy interaktivní.

Při vrstevnickém vzdělávání jsou také často využívány interaktivní metody vyžadující aktivní zapojení posluchačů do výuky. Například výše uvedený projekt ZAWECA používá ke zvýšení názornosti prevence onemocnění HIV/AIDS divadelní scénky, do nichž *peer* poradci zapojují jednotlivce z cílové skupiny (Vergnani et al., 2005). Stejně tak působení organizace *LoveLife* v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS zahrnuje interaktivní činnosti pro děti a mládež (LoveLife, 2010). V Jihoafrické republice ale existují také vrstevnické vzdělávací projekty, které aktivní zapojení žáků do výuky využívají jen minimálně, případně vůbec (viz podkapitola 4.3.6).

### **4.3.3 Komplexnost**

Neformální vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS představuje široké spektrum jednotlivých prevenčních aktivit. Různé organizace navíc využívají rozdílné druhy prevence. Hodnocení efektivity neformálního vzdělávání v oblasti prevence HIV/AIDS v Jihoafrické republice z hlediska komplexnosti proto nelze v rozsahu této práce provést.

#### 4.3.4 Kontinuita

Kontinuita primární prevence znamená uspořádání aktivit v rámci konkrétního prevenčního programu do funkčního komplexního systému. Jak je uvedeno výše při hodnocení efektivity formálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice, formální školství této země zásadu kontinuity splňuje. Neformální vzdělávání je naopak ze své podstaty jen zřídka kontinuální, čemuž nasvědčuje také samotná definice neformálního vzdělávání: „...*aktivita a kurzy jsou naplánované, ale zřídka strukturované jako tradiční vyučovací hodiny nebo předměty...*“ (České národní agentury Mládež, 2012).

#### 4.3.5 Využívání KAB modelu

Informace o přesném obsahu jednotlivých neformálních vzdělávacích programů zaměřených na prevenci onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice nejsou k dispozici, proto nelze zhodnotit, nakolik se při prevenčně-vzdělávacích aktivitách klade důraz na poznatky, postoje a chování, tedy na tři komponenty tzv. KAB modelu.

#### 4.3.6 Vhodné výukové metody

Stejně jako v případě formálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v jihoafrických školách, také v rámci vrstevnického vzdělávání převažují biomedicíncké informace faktického rázu a naopak zcela chybí debaty o sociálním kontextu, roli genderu apod. (Campbell a MacPhail, 2002). V teoretické literatuře pojednávající o vrstevnickém vzdělávání (např. Svenson et al., 2003) se klade důraz na využívání interaktivních technik, jako jsou např. diskuse, hry, scénky apod. Avšak podle výzkumů z Jihoafrické republiky (Campbell a MacPhail, 2002) mají *peer* poradci často tendenci držet se spíše didaktického schématu běžného při klasické výuce, kdy *peer* poradce stojí před žáky, kteří sedí tiše v lavicích a do výuky se zapojují jen v případě, že mají nějaký dotaz. Campbell a MacPhail (2002) považují toto pasivní přebírání informací za neefektivní, neboť nerozvíjí kritické myšlení a diskusi.

Tyto problémy se snaží překonat neformální vzdělávací projekty využívající jako prostředek prevence onemocnění HIV/AIDS sportovní aktivity (viz podkapitola 4.2.3). Jiné než tradiční didaktické výukové metody využívají také někteří *peer* poradci – například v rámci vrstevnického vzdělávacího

projektu ZAWECA, zmíněného v podkapitole 4.1.1, *peer* poradci využívají kromě klasických přednášek individuální poradenství, divadelní scénky a jiné interaktivní metody prevence onemocnění HIV/AIDS (Vergnani et al., 2005).

#### **4.3.7 Využívání pozitivních modelů**

V případě vrstevnického vzdělávání zpravidla plní roli pozitivního modelu samotný *peer* poradce. Jak je uvedeno v předchozí kapitole o formálním vzdělávání, v Jihoafrické republice nezvládají roli pozitivních modelů ani dospělí vyučující, kteří mají více zkušeností než mladší osoby vykonávající práci *peer* poradců (Campbell a MacPhail, 2002). Proto je velmi diskutabilní, nakolik jsou jihoafričtí *peer* poradci schopni dostat role člověka, s nímž se může cílová populace ztotožnit a jehož postoje může převzít a uplatňovat je v každodenním životě. K objektivnímu zhodnocení úspěšnosti jihoafrických *peer* poradců coby vzorů pro své vrstevníky neexistuje dostatek literatury.

Sportovní vzdělávací projekty v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS nabízejí ideální možnost zapojit do prevence tohoto onemocnění známé sportovce, kteří jsou díky své popularitě schopni pozitivně ovlivňovat cílovou skupinu, což je považováno za velkou výhodu tohoto typu vzdělávání (Hedworth, 2011).

## Závěr

Práce poskytuje komplexní přehled o prevenci onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice ve formálním a neformálním vzdělávání. Kromě formálního vzdělávání ve školách, které je založeno na tradičním didaktickém schématu učitel – žák, je věnována pozornost také dvěma neformálním typům vzdělávání, a to vrstevnickému vzdělávání a prevenci onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu.

Prevence onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání je v Jihoafrické republice soustředěna do školního předmětu *Life Orientation*. Na základě analýzy dostupných zdrojů zabývajících se hodnocením efektivity prevence onemocnění HIV/AIDS v rámci tohoto předmětu autorka této práce dospěla k názoru, že vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS v jihoafrických školách představuje velký potenciál pro prevenci tohoto onemocnění. Tento potenciál však není v Jihoafrické republice plně využíván, neboť se jihoafrické formální školství potýká s řadou problémů. Jedná se především o neadekvátně vyškolené učitele, kteří navíc podle některých autorů postrádají morální kvality a charakterové vlastnosti potřebné k prevenci onemocnění HIV/AIDS. Výuku ve školách komplikuje také etnická a kulturní diverzita žactva stejně jako vysoký počet žáků v jedné třídě, kde je velmi obtížné vytvořit důvěrnou atmosféru, jež je pro probírání témat, jako je sex a onemocnění HIV/AIDS, nezbytná. Svou roli dodnes hraje také stigma obklopující onemocnění HIV/AIDS, které způsobuje, že je výuka o této nemoci svázána rozpačitostí a studem, jež brání otevřené diskusi. Nutno však podotknout, že všechny zmíněné nedostatky nejsou ničím nepřekonatelným a dají se napravit. Školy nadále představují jedinečné místo pro prevenci onemocnění HIV/AIDS díky tomu, že dokáží zasáhnout velké množství mladých lidí ještě před zahájením jejich sexuálního života.

Na rozdíl od prevence onemocnění HIV/AIDS ve formálním vzdělávání, která je v Jihoafrické republice soustředěna do jediného školního předmětu, představuje neformální vzdělávání o tomto onemocnění širokou škálu aktivit. V rámci této práce je věnována pozornost dvěma typům vzdělávání, které jsou v Jihoafrické republice využívány nejčastěji. Prvním z nich je vrstevnické vzdělávání, jež se od formální výuky, založené na vztahu učitele s žákem, liší

osobou vyučujícího, kterým není dospělá osoba, nýbrž člověk v přibližně stejném věku jako samotní žáci. Vrstevnické vzdělávání vychází z přesvědčení, že se mladí lidé pravděpodobněji ztotožní se svým vrstevníkem než s dospělou osobou, která pro ně představuje autoritu (např. učitel, rodič). Na rozdíl od formálního vzdělávání, které se řídí psanými osnovami, může být vrstevnické vzdělávání volně přizpůsobováno místním podmínkám. Jako výhoda tohoto typu vzdělávání je považována také schopnost *peer* poradců hovořit se svými vrstevníky neformálním jazykem, který se mnohdy liší od formálního jazyka používaného při klasické výuce ve školách. Přínosem mimoškolního vrstevnického vzdělávání je také to, že je schopno zasáhnout mladé lidi, kteří z nejrůznějších důvodů předčasně opustily školu.

Nevýhodou je, že *peer* poradci mohou, obzvláště u tak citlivého tématu, jako je onemocnění HIV/AIDS, narážet na zesměšňování ze strany svých vrstevníků, což samo o sobě činí takové vzdělávání neefektivním. V Jihoafrické republice je taktéž problém s odporem rodičů k aktivnímu zapojení jejich dětí do programů prevence onemocnění HIV/AIDS. Potíž může také spočívat v samotné osobě *peer* poradce, a to v případě, že začne zneužívat svého postavení nebo se kvůli vykonávání role *peer* poradce nedostatečně věnuje vlastnímu studiu.

V odborné literatuře nepanuje shoda nad finanční náročností vrstevnických vzdělávacích programů. Někteří autoři zastávají názor, že je vrstevnické vzdělávání levnější oproti výuce vedené profesionálem, neboť *peer* poradce vykonává svou činnost zpravidla bezplatně. Jiní autoři však podotýkají, že je třeba do ceny vrstevnických vzdělávacích programů započítat také náklady na školení *peer* poradců a následný dohled na ně, vybavení, náklady spojené s provozem kanceláře apod., což způsobuje, že jsou tyto aktivity nákladnější než formální vzdělávání.

Druhým typem neformálního vzdělávání, o němž tato práce pojednává, je prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu. Realizátoři sportovně-prevenčních aktivit využívají přátelštější a zábavnější atmosféry, která při formální výuce zpravidla nepanuje, a toho, že mládež mívá se svým trenérem obvykle bližší vztah než s učitelem ve škole. Oba tyto faktory přispívají k vytvoření vhodnějšího prostředí pro probíhání choulostivých témat, jakým je

onemocnění HIV/AIDS. Stejně jako v případě předchozího typu neformálního vzdělávání jsou také sportovní akce zaměřené na prevenci onemocnění HIV/AIDS schopny zasáhnout osoby, které nechodí do školy. Sportovně-vzdělávací programy mimo to nabízejí ideální možnost zapojit do prevence onemocnění HIV/AIDS populární sportovce coby pozitivní modely, tedy osoby schopné pozitivně ovlivňovat cílovou skupinu, což je považováno za velkou výhodu tohoto typu vzdělávání. Na druhou stranu prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu se může stát neefektivní v případě, že jsou její účastníci motivováni pouze vítězstvím či radostí ze hry a samotná prevence je přitom nezajímá.

Efektivita formálního a neformálního vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV v Jihoafrické republice je na konci třetí a čtvrté kapitoly hodnocena na základě sedmi principů efektivní primární prevence. Z hlediska **principu adekvátnosti** se jako efektivnější jeví neformální vzdělávání, které je schopno pružněji reagovat na specifické podmínky v místě implementace vzdělávacího programu. Jihoafrické formální vzdělávání je naproti tomu vázáno školními osnovami, které nereflektují značnou etnickou a kulturní diverzitu žáků.

**Interaktivita** coby další z principů efektivní primární prevence onemocnění HIV/AIDS je nejvíce využívána při prevenci tohoto onemocnění prostřednictvím sportu. Z výzkumů, z nichž autorka této práce čerpala, vyplývá, že využívání interaktivních metod výuky zaostává jak ve vrstevnickém vzdělávání, tak v jihoafrickém formálním školství. Přestože by mělo být vrstevnické vzdělávání založeno na interaktivních formách výuky (např. hry, scénky), výzkumníci v Jihoafrické republice zjistili, že *peer* poradci mají mnohdy tendenci využívat spíše klasické didaktické metody (např. přednášení), při nichž nedochází k dostatečnému zapojení cílové skupiny do výuky.

**Princip komplexnosti** prevence onemocnění HIV/AIDS je v jihoafrickém formálním školství splněn. Hodnocení komplexnosti neformálního vzdělávání není možné v rozsahu této práce provést z důvodu značného množství aktérů, jež neformální vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice realizují.

Dalším principem efektivity primární prevence je **kontinuita**, kterou jihoafrické formální školství splňuje díky tomu, že je návaznost výuky o HIV/AIDS zakotvena ve školních osnovách. Problém však představuje předčasné ukončení studia, neboť žáci, kteří nedokončí školu, neprocházejí celým vzdělávacím procesem zaměřeným na prevenci onemocnění HIV/AIDS. Neformální vzdělávání je naproti tomu ze své podstaty jen zřídka kontinuální.

**Princip využívání KAB modelu** předpokládá, že součástí prevence onemocnění HIV/AIDS je kromě předávání teoretických poznatků o tomto onemocnění také snaha o změnu postojů a usměrňování chování. Formální vzdělávání v Jihoafrické republice tento princip efektivní primární prevence nesplňuje, neboť je školní výuka zabývající se prevencí onemocnění HIV/AIDS zaměřena převážně na předávání biomedicínckých informací o tomto onemocnění a naopak chybí debaty o sociálních determinantách šíření onemocnění HIV/AIDS či pocitech lidí nakažených virem HIV. Pouhé předávání těchto informací zpravidla nevede k prevenci rizikového chování ani k ovlivnění postojů vůči HIV pozitivním osobám. Využívání KAB modelu v neformálním vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS v Jihoafrické republice nelze objektivně zhodnotit z důvodu nedostatečného množství informačních zdrojů.

Předposledním principem efektivní primární prevence, obsaženým v této práci, je **používání vhodných výukových metod**. V tomto ohledu je jihoafrické formální školství neefektivní, neboť do vyučování zpravidla nejsou začleněny interaktivní způsoby výuky. Mimo to se jihoafrické formální školství potýká s řadou výše popsaných problémů, které výuku komplikují. Neformální vzdělávání je v tomto ohledu konstruktivnější než formální vzdělávání (využívání sportovních aktivit při prevenci onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu, individuální poradenství a hraní divadelních scének v rámci vrstevnického vzdělávacího projektu ZAWECA atd.). Také zde se však můžeme setkat s kritikou některých vzdělávacích programů kvůli tomu, že využívají pouze předávání teoretických informací formou přednášení.

Posledním principem efektivní primární prevence onemocnění HIV/AIDS je **zapojení pozitivních modelů** do prevence tohoto onemocnění. V případě formálního vzdělávání bývá pozitivním modelem samotný vyučující. Podle výše citovaných autorů jihoafričtí vyučující nejsou schopni být vzorem pro své žáky.



Podobná situace nastává také u vrstevnického vzdělávání, kde by měl být pozitivním modelem *peer* poradce. Naopak prevence onemocnění HIV/AIDS prostřednictvím sportu nabízí vhodnou příležitost pro zapojení známých a oblíbených sportovců do prevence tohoto onemocnění.

Z výše uvedeného vyplývá, že všechny zkoumané typy vzdělávání o onemocnění HIV/AIDS mají své výhody i nevýhody. Autorka této práce zastává názor, že žádný ze způsobů vzdělávání v oblasti prevence onemocnění HIV/AIDS není lepší než ty ostatní. Naopak k účinné prevenci je třeba tyto prevenční aktivity kombinovat, jako se tomu děje v Jihoafrické republice.

## Seznam použitých zdrojů

### a) publikace

BÉM, P. a KALINA, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 274–284. ISBN: 80-86734-05-6.

HOLUB, J. *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. 141 s. ISBN 80-7169-068-6.

MAYER, V. *AIDS: Dráma, otázníky, východiska*. 1. vyd. Bratislava: Veda, 1990. 217 s. ISBN 80-224-0254-0.

MIOVSKÝ, M. et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2010, 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla a Kateřina KAŠOVÁ. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, 89 s. ISBN 80-725-4566-3.

SKÁCELOVÁ, L. *Prevence ve výuce – základní pedagogické principy*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 291–299. ISBN: 80-86734-05-6.

SKALNÍK, I. *Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické přístupy*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 285–290. ISBN: 80-86734-05-6.

SVENSON, G. R. *Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 2003. 48 s. ISBN 80-7071-220-1.

ŠIRŮČKOVÁ, M. *Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti*. In MIOVSKÝ, M. et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2010, 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

### b) články z odborných časopisů

ALONZO, A. A. a REYNOLDS, N. R. Stigma, HIV and AIDS: an exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine*. Vol. 41, 1995, pages 303–315. ISSN 02779536.

BORGIA P., MARINACCI, Ch., SCHIFANO, P. a PERUCCI, C. Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 36, 2005, pages 508–516. ISSN 1054-139X.

BROWN, L., MACINTYRE, K. a TRUJILLO, L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? *AIDS Education and Prevention*. Vol. 15, 2003, 49–69. ISSN 08999546.

BUVÉ, A., BISHIKWABO-NSARHAZA, K. a MUTANGADURA, G. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *The Lancet*. Vol. 359, 2002, pages 2011–2017. ISSN 00995355.

BUSCH, M. P., KLEINMAN, S. H. a NEMO, G. Current and Emerging Infectious Risks of Blood Transfusions. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 289, 2003, pages 959–962. ISSN 00987484.

CAMPBELL, C. a MacPHAIL, C. Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*. Vol. 55, 2002, pages 331–345. ISSN 02779536.

DE COCK, K. M., FOWLER, M. G., MERCIER, E., DE VINCENZI, I., SABA, J., HOFF, E., ALNWICK, D. J., ROGERS, M. a SHAFFER, N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 283, 2000, pages 1175–1182. ISSN 00987484.

DUFFY, L. Suffering, shame, and silence: the stigma of HIV/AIDS. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. Vol. 16, 2005, pages 13–20. ISSN 1055-3290.

FRANCIS, D. A. Sexuality education in South Africa: Three essential questions. *International Journal of Educational Development*. Vol. 30, 2010, pages 314–319. ISSN 07380593.

GRIESSEL-ROUX, E., EBERSÖHN, L., SMIT, B. a ELOFF, I. HIV/AIDS programmes: what do learners want? *South African Journal of Education*. Vol. 25, 2005, pages 253–257. ISSN 02560100.

HARGREAVES, J. a GLYNN, J. R. Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*. Vol. 7, 2002, pages 489–498. ISSN 13602276.

JACOBS, A. Life Orientation as experienced by learners: a qualitative study in North-West Province. *South African Journal of Education*. Vol. 31, 2011, pages 212–223. ISSN neuvedeno.

KALICHMAN, S. C. a SIMBAYI, L. Traditional beliefs about the cause of AIDS and AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS Care*. Vol. 16, 2004, pages 572–580. ISSN 09540121.

KEIKELAME, M. J., MURPHY, C. K., RINGHEIM, K. a WOLDEHANNA, S. Perceptions of HIV/AIDS leaders about faith-based organisations' influence on HIV/AIDS stigma in South Africa. *African Journal of AIDS Research*. Vol. 9, 2010, pages 63–70. ISSN 16085906.

KOSS, J. a ALEXANDROVA, A. HIV/AIDS Prevention and Peace through Sport. *The Lancet*. Vol. 366, 2006, pages 53–54. ISSN 00995355.

LESKO, N. Talking about sex: the discourses of loveLife peer educators in South Africa. *International Journal of Inclusive Education*. Vol. 11, 2007, pages 519–533. ISSN 13603116.

MAGNANI, R., MacINTYRE, K., KARIM, A. M., BROWN, L. a HUTCHINSON, P. The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviors in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 36, 2005, pages 289–304. ISSN 1054-139X.

MATICKA-TYNDALE E. a BARNETT J. P. Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: A review. *Evaluation and Program Planning*. Vol. 33, 2010, pages 98–112. ISSN 01497189.

MAUGHAN-BROWN, B. G. Attitudes towards people with HIV/AIDS: Stigma and its determinants amongst young adults in Cape Town, South Africa. *South African Review of Sociology*. Vol. 37, 2006, pages 165–188. ISSN 21528586.

MAUGHAN-BROWN, B. Stigma rises despite antiretroviral roll-out: A longitudinal analysis in South Africa. *Social Science & Medicine*. Vol. 70, 2010, pages 368–374. ISSN 02779536.

MEDLEY, A., KENNEDY, C., O'REILLY, K. a SWEAT, M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*. Vol. 21, 2009, pages 181–206. ISSN 08999546.

PARKIN, S. a McKEGANEY, N. The Rise and Rise of Peer Education Approaches. *Drugs: education, prevention and policy*. Vol. 7, 2000, pages 293–310. ISSN 09687637.

PRINSLOO, E. Implementation of life orientation programmes in the new curriculum in South African schools: perceptions of principals and life orientation teachers. *South African Journal of Education*. Vol. 27, 2007, pages 155–170. ISSN 02560100.

SELESHO, J. M a MODISE, A. M. Strategy (ies) in Dealing with HIV/AIDS in Our Schools: Changing the Lenses. *Journal of Human Ecology*. Vol. 38, 2012, pages 181–189. ISSN 09709274.

SIMBAYI, L. C., KALICHMAN, S., STREBEL, A., CLOETE, A., HENDA, N. a MQEKETO, A. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*. Vol. 64, 2007, pages 1823–1831. ISSN 02779536.

THERON, L. a DALZELL, Ch. The specific Life Orientation needs of Grade 9 learners in the Vaal Triangle region. *South African Journal of Education*. Vol. 26, 2006, pages 397–412. ISSN 02560100.

VISSER, M. J., MAKIN, J. D., VARDORMAEL, A., SIKKEMA, K. J. a FORSYTH, B. W. C. HIV/AIDS stigma in a South African community. *AIDS Care*. Vol. 21, 2009, pages 197–206. ISSN 09540121.

VISSER, M. J. HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. Vol. 4, 2007, pages 678–694. ISSN neuvedeno.

VISSER, M. J. Life skills training as HIV/AIDS preventive strategy in secondary schools: evaluation of a large-scale implementation process. *Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA*. Vol. 2, 2005, pages 203–216. ISSN neuvedeno.

### **c) online dokumenty**

BAER, J. et al. *The Reading Literacy of U.S. Fourth-Grade Students in an International Context: Results From the 2001 and 2006 Progress in International Reading Literacy Study (PIRLS)* [online]. National Center for Education Statistics, 2007 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://nces.ed.gov/pubs2008/2008017.pdf>

BOLER, T. a JELLEMA, A. *Deadly inertia: A cross-country study of educational responses to HIV/AIDS* [online]. 2005 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://www.ibe.unesco.org/uploads/media/Deadlyinertia\\_353\\_EN\\_02.pdf](http://www.ibe.unesco.org/uploads/media/Deadlyinertia_353_EN_02.pdf)

CREATE. *Educational Access in South Africa* [online]. 2008 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.create-rpc.org/pdf\\_documents/southafricaCARpolicybrief.pdf](http://www.create-rpc.org/pdf_documents/southafricaCARpolicybrief.pdf)

Department of Basic Education. *Draft Integrated Strategy on HIV and AIDS 2012–2016* [online]. 2010c [cit. 2012-10-29]. Dostupné z <http://www.education.gov.za/LinkClick.aspx?fileticket=u6KgP4PKpOw%3D&tabid=614&mid=1713>

Department of Basic Education. *Education for All* [online]. 2010a [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/South%20Africa/SouthAfricaEFA2010.pdf>

Department of Basic Education. *The SACMEQ III project in South Africa: A study of the conditions of schooling and the quality of education* [online]. 2010b [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://www.sacmeq.org/downloads/National%20Reports%20SIII/S3\\_South\\_Africa\\_Final.pdf](http://www.sacmeq.org/downloads/National%20Reports%20SIII/S3_South_Africa_Final.pdf)

Department of Education. *National Curriculum Statement Grades 10-12 (General): LIFE ORIENTATION* [online]. 2003 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.education.gov.za/LinkClick.aspx?fileticket=xY8RaCOWqTY%3D&tabid=246&mid=594>

Department of Education. *National Curriculum Statement, Grades 10-12 (General), Learning Programme Guidelines: Life Orientation* [online]. 2008 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.education.gov.za/LinkClick.aspx?fileticket=7ZJOTKaYmTk%3D&tabid=247&mid=595>

Department of Education. *Report to the Minister: A review of the financing, resourcing and costs of education in public schools* [online]. 2003 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.info.gov.za/view/DownloadFileAction?id=70188>

Department of Education. *Revised National Curriculum Statement Grades R-9 (Schools): Life Orientation* [online]. 2002 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.education.gov.za/LinkClick.aspx?fileticket=TmPNDABBySKE%3D&tabid=266&mid=720>

Department of Education. *Trends in Education Macro-Indicators: South Africa* [online]. 2009 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.education.gov.za/LinkClick.aspx?fileticket=kKd2AHtjxYo%3D&tabid=358&mid=1261>

DICK, B. et al. Introduction and rationale. In Ross, D. A. et al. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries* [online]. World Health Organization, 2006 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING\\_HIV\\_AIDS\\_IN\\_YOUNG\\_PEOPLE\\_A\\_SYSTEMATIC\\_REVIEW\\_OF\\_THE\\_EVIDENCE\\_FROM\\_DEVELOPING\\_COUNTRIES\\_WHO\\_2006.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING_HIV_AIDS_IN_YOUNG_PEOPLE_A_SYSTEMATIC_REVIEW_OF_THE_EVIDENCE_FROM_DEVELOPING_COUNTRIES_WHO_2006.pdf)

ERULKAR, A. S. *An Assessment of Youth Centres in South Africa* [online]. 2001 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/SouthAfrica\\_Youth\\_Centers.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/SouthAfrica_Youth_Centers.pdf)

FASSET. *A Guide to HIV/AIDS in the Workplace* [online]. 2005 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.fasset.org.za/downloads/hiv\\_booklet.pdf](http://www.fasset.org.za/downloads/hiv_booklet.pdf)

Global Campaign for Education. *Learning to survive: How education for all would save millions of young people from HIV/AIDS* [online]. 2004 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://siteresources.worldbank.org/CSO/Resources/Learning\\_to\\_Survive\\_by\\_Oxfam.pdf](http://siteresources.worldbank.org/CSO/Resources/Learning_to_Survive_by_Oxfam.pdf)

Grassroot Soccer. *Resiliency Coach's Guide: For a Sport-Based HIV/AIDS Prevention and Youth Life Skills Intervention* [online]. 2008 [cit. 2012-10-03]. Dostupné z: <http://www.sportanddev.org/toolkit/?uNewsID=6>

HARGREAVES, J. a BOLER, T. *Girl power: The impact girls' education on HIV and sexual behaviour* [online]. ActionAid International, 2006 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.actionaid.org.uk/doc\\_lib/girl\\_power\\_2006.pdf](http://www.actionaid.org.uk/doc_lib/girl_power_2006.pdf)

Human Rights Watch. *Scared at School: Sexual Violence Against Girls in South African Schools* [online]. 2001 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3bdfdade4.html>

Human Sciences Research Council. *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2008: A Turning Tide Among Teenagers?* [online]. 2009 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.mrc.ac.za/pressreleases/2009/sanat.pdf>

IOC a UNAIDS. *Together for HIV and AIDS prevention: A toolkit for the sports community* [online]. 2005 [cit. 2012-10-03]. Dostupné z: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/ioc\\_toolkit\\_20dec05\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/ioc_toolkit_20dec05_en.pdf)

JOHNSON, L. a BUDLENDER, D. *HIV Risk Factors: A Review of the Demographic, Socio-economic, Biomedical and Behavioural Determinants of HIV Prevalence in South Africa* [online]. Centre for Actuarial Research, 2002 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.commerce.uct.ac.za/Research\\_Units/CARE/Monographs/Monographs/mono08.pdf](http://www.commerce.uct.ac.za/Research_Units/CARE/Monographs/Monographs/mono08.pdf)

JOHNSON, S. et al. *The Second National HIV Communication Survey* [online]. 2010 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.uj.ac.za/EN/CorporateServices/ioha/surveys/Documents/ncs\\_report.pdf](http://www.uj.ac.za/EN/CorporateServices/ioha/surveys/Documents/ncs_report.pdf)

JUKES, M. et al. *Educational access and HIV prevention: Making the case for education as a health priority in sub-Saharan Africa* [online]. Joint Learnig Initiative on Children and HIV/AIDS, 2008 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.schoolsandhealth.org/Documents/Educational%20access%20and%20HIV%20prevention.pdf>

KIRBY et al. *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics* [online]. Family Health International, 2006 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://healthyteenetwork.org/vertical/Sites/%7BB4D0CC76-CF78-4784-BA7C-5D0436F604>

LoveLife. *Annual Report 2010* [online]. 2010 [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: [http://www.lovelife.org.za/corporate/files/2913/3848/3250/annual\\_report\\_2010.pdf](http://www.lovelife.org.za/corporate/files/2913/3848/3250/annual_report_2010.pdf)

MAVEDZENGE, S. N. et al. *HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: A systematic review* [online]. London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2010 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://zunia.org/uploads/media/knowledge/SRGreview1268137879.pdf>

Ministry of Health. *Country Progress Report on the Declaration of Commitment on HIV/AIDS* [online]. 2010 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://data.unaids.org/pub/report/2010/southafrica\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/report/2010/southafrica_2010_country_progress_report_en.pdf)

MONASCH, R. a MAHY, M. *Young people: the centre of the HIV epidemic*. In Ross, D. A. et al. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries* [online]. World Health Organization, 2006 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING\\_HIV\\_AIDS\\_IN\\_YOUNG\\_PEOPLE\\_A\\_SYSTEMATIC\\_REVIEW\\_OF\\_THE\\_EVIDENCE\\_FROM\\_DEVELOPING\\_COUNTRIES\\_WHO\\_2006.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING_HIV_AIDS_IN_YOUNG_PEOPLE_A_SYSTEMATIC_REVIEW_OF_THE_EVIDENCE_FROM_DEVELOPING_COUNTRIES_WHO_2006.pdf)

MOTALA, S. et al. *Educational Access in South Africa: Country Analytic Report* [online]. 2007 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://www.create-rpc.org/pdf\\_documents/South\\_Africa\\_CAR.pdf](http://www.create-rpc.org/pdf_documents/South_Africa_CAR.pdf)

MUTINTA, G. et al. *The Influence of Socio-Economic Determinants on HIV Prevalence in South Africa* [online]. Review of Economics & Finance, 2011 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.bapress.ca/Journal-5/The%20Influence%20of%20Socio-Economic%20Determinants%20on%20HIV%20Prevalence%20in%20South%20Africa%20By%20Given%20Mutinta,%20et%20al.pdf>

NEŠPOR, K. et al. *Zásadní efektivní primární prevence* [online]. 1999 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/11884>

ODGEN a L. NYBLADE. *Common at its Core: HIV-Related Stigma Across Contexts* [online]. International Center for Research on Women, 2005 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.kit.nl/-/KIT/9375/%2857698%29-ILS/ILS-Dossiers.pdf>

PETTIFOR et al. *HIV and Sexual Behaviour Among Young South Africans: A National Survey of 15-24 Years Old* [online]. 2004 [cit. 2012-10-18]. Dostupné z: [http://www.lovelife.org.za/corporate/files/7413/3848/3455/national\\_survey\\_RHRU.pdf](http://www.lovelife.org.za/corporate/files/7413/3848/3455/national_survey_RHRU.pdf)

Population Council. *Peer Education and HIV/AIDS: Past Experience, Future Directions* [online]. 1999 [cit. 2012-10-03]. Dostupné z: [http://www.popcouncil.org/pdfs/peer\\_ed.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/peer_ed.pdf)

ROSS, D. A. et al. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries* [online]. World Health Organization, 2006 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING\\_HIV\\_AIDS\\_IN\\_YOUNG\\_PEOPLE\\_A\\_SYSTEMATIC\\_REVIEW\\_OF\\_THE\\_EVIDENCE\\_FROM\\_DEVELOPING\\_COUNTRIES\\_WHO\\_2006.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING_HIV_AIDS_IN_YOUNG_PEOPLE_A_SYSTEMATIC_REVIEW_OF_THE_EVIDENCE_FROM_DEVELOPING_COUNTRIES_WHO_2006.pdf)

South African National AIDS Council. *HIV & AIDS and STI Strategic Plan for South Africa 2007-2011* [online]. 2007 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/externaldocument/2007/20070604\\_sa\\_nsp\\_final\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/externaldocument/2007/20070604_sa_nsp_final_en.pdf)

Tackle Africa. *Football Coaching Manual 2010* [online]. 2010 [cit. 2012-10-03]. Dostupné z:



[http://www.aidsportal.org/linklogger.aspx?LINK=http://www.aidsportal.org/repos/TackleAfrica Football Coaching Manual.pdf](http://www.aidsportal.org/linklogger.aspx?LINK=http://www.aidsportal.org/repos/TackleAfrica%20Football%20Coaching%20Manual.pdf)

The World Bank. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope* [online]. 2002 [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: [http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099080042112/Edu\\_HIVAIDS\\_window\\_hope.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099080042112/Edu_HIVAIDS_window_hope.pdf)

UNAIDS. *A Strategic Approach: HIV & AIDS and Education* [online]. 2009 [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001627/162723e.pdf>

UNAIDS. *Global Report: UNADIS Report on the Global AIDS Epidemic* [online]. 2010 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.unaids.org/documents/20101123\\_globalreport\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf)

UNAIDS. *Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges* [online]. 1999 [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: [https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc291-peereduc\\_en.pdf](https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc291-peereduc_en.pdf)

UNESCO. *Manual for integrating HIV and AIDS education in school curricula* [online]. 2006 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001463/146355e.pdf>

UNESCO. *World Data on Education* [online]. 2010 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Botswana.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Botswana.pdf)

UNICEF, UNAIDS a WHO. *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis* [online]. 2002 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://data.unaids.org/topics/young-people/youngpeoplehivaids\\_en.pdf](http://data.unaids.org/topics/young-people/youngpeoplehivaids_en.pdf)

UNICEF. *Sport recreation and play* [online]. 2004 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: [http://assets.sportanddev.org/downloads/55\\_\\_sport\\_\\_recreation\\_and\\_play.pdf](http://assets.sportanddev.org/downloads/55__sport__recreation_and_play.pdf)

United Nations. *Sport for Development and Peace: Towards Achieving the Millennium Development Goals* [online]. 2003 [cit. 2012-10-03]. Dostupné: <http://www.un.org/themes/sport/reportE.pdf>

VANDEMOORTELE, J. a DELAMONICA, E. *The "Education Vaccine" Against HIV* [online]. 2002 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.tc.edu/cice/Issues/03.01/31vandemoortele\\_delamonica.pdf](http://www.tc.edu/cice/Issues/03.01/31vandemoortele_delamonica.pdf)

VERGNANI, T. *The ZAWECA HIV/AIDS Peer Education Project* [online]. 2005 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://www.hivaids-uwec.org.za/docs/the\\_zaweca.pdf](http://www.hivaids-uwec.org.za/docs/the_zaweca.pdf)

WHO. *Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards universal access. Progress report 2011* [online]. 2011 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z:

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130\\_UA\\_Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf)

#### **d) webové stránky**

AVERT. *Can You Get HIV From...?* [online]. 2012a [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.avert.org/can-you-get-hiv-aids.htm>

AVERT. *Circumcision & HIV* [online]. 2012f [cit. 2012-10-29]. Dostupné z: <http://www.avert.org/circumcision-hiv.htm>

AVERT. *History of HIV & AIDS in South Africa* [online]. 2012d [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.avert.org/history-aids-south-africa.htm>

AVERT. *HIV & AIDS Stigma and Discrimination* [online]. 2012e [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.avert.org/hiv-aids-stigma.htm>

AVERT. *New Antiretroviral AIDS Drugs* [online]. 2012b [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.avert.org/new-aids-drugs.htm>

AVERT. *The Different Stages of HIV Infection* [online]. 2012c [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.avert.org/stages-hiv-aids.htm>

Česká národní agentura Mládež. *Neformální vzdělávání* [online]. 2012 [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.mladezvakci.cz/informace-o-programu/neformalni-vzdelavani/>

Grassroot Soccer. *Mission and Vision* [online]. 2012 [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: <http://www.grassrootsoccer.org/what-we-do/mission-and-vision/>

HAKOVÁ, J. *Vrstevníkové vyučování* [online]. 2011 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD\\_lexikon/V/Vrstevníck%C3%A9\\_vyu%C4%8Dov%C3%A1n%C3%AD](http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/V/Vrstevníck%C3%A9_vyu%C4%8Dov%C3%A1n%C3%AD)

HEDWORTH, A. *Tackling HIV with Sports Stars: A Step Forward with the Power of Sport* [online]. 2011 [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: <http://www.capechameleon.co.za/printed-version/issue-6/sport/#>

Kick for Life. *Test Your Team* [online]. 2006 [cit. 2010-10-21]. Dostupné z: [http://kick4life.org/Test\\_Your\\_Team.htm](http://kick4life.org/Test_Your_Team.htm)

Klinika adiktologie. *Rizikové chování* [online]. 2006 [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/154/Rizikove-chovani>

LoveLife. *About Us* [online]. 2012a [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.lovelife.org.za/corporate/about-lovelife/>

LoveLife. *Groundbreakers and Mpintshis* [online]. 2012b [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.lovelife.org.za/corporate/lovelife-programmes/youth-leadership-development/groundbreakers/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Prevence rizikového chování* [online]. 2009 [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/prevence-ptj>

Right To Play. *Harnessing the Power of Sport for Development and Peace: Recommendations to Governments* [online]. 2008 [cit. 2012-10-21]. 324 s. Dostupné z: <http://www.sportanddev.org/newsviews/search.cfm?uNewsID=234>

Státní zdravotní ústav. *Detailně o AIDS* [online]. 2011 [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aids/oaid.html>

The International Platform on Sport and Development. *History of Sport and Development* [online]. 2008a [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: [http://www.sportanddev.org/learnmore/history\\_of\\_sport\\_and\\_development/](http://www.sportanddev.org/learnmore/history_of_sport_and_development/)

The International Platform on Sport and Development. *Practical Implications of Sport-for-Health Programming* [online]. 2009a [cit. 2012-10-03]. Dostupné z: [http://www.sportanddev.org/learnmore/sport\\_and\\_health/practical\\_implications\\_of\\_sport\\_for\\_health\\_programming](http://www.sportanddev.org/learnmore/sport_and_health/practical_implications_of_sport_for_health_programming)

The International Platform on Sport and Development. *Social and Emotional Development* [online]. 2009b [cit. 2012-10-03]. Dostupné z: [http://www.sportanddev.org/learnmore/sport\\_education\\_and\\_child\\_youth\\_development2/social\\_and\\_emotional\\_development](http://www.sportanddev.org/learnmore/sport_education_and_child_youth_development2/social_and_emotional_development)

UNICEF. *Overview: Education and Adolescent Development* [online]. 2012 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: [http://www.unicef.org/southafrica/education\\_344.html](http://www.unicef.org/southafrica/education_344.html)

*Washington Times*. *BAN KI-MOON: The stigma factor* [online]. 2008 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.washingtontimes.com/news/2008/aug/06/the-stigma-factor/>

WHO. *Antiretroviral therapy* [online]. 2012b [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

WHO. *HIV/AIDS* [online]. 2012a [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>

## **e) úmluvy**

Constitution of the World Health Organization, 1948

Deklarace práv dítěte, 1959

International Charter of Physical Education and Sport, 1978

South African Schools Act, 1996

Úmluva o právech dítěte, 1989

# Příloha

## Kompletní seznamy principů efektivní primární prevence dle jednotlivých zdrojů

- Nešpor et al, 1999:
  - a) program prevence odpovídá věku cílové skupiny
  - b) program je malý a interaktivní
  - c) program zahrnuje podstatnou část žáků
  - d) program zahrnuje získávání dovedností potřebných pro život
  - e) program bere v úvahu místní specifika
  - f) program využívá pozitivní modely
  - g) program je soustavný a dlouhodobý
  - h) program je prezentován kvalitně a důvěryhodně
  - i) program je komplexní a využívá více strategií
  - j) program počítá s komplikacemi a nabízí možnosti, jak je zvládat
  
- Skácelová, 2003:
  - a) stanovení cílů primární prevence
  - b) soustavnost a dlouhodobost
  - c) požadavek přiměřenosti
  - d) využívání pozitivních modelů
  - e) princip aktivity
  - f) princip uvědomělosti
  
- Miovský et al., 2010:
  - a) komplexnost a kombinace mnohočetných strategií
  - b) kontinuita působení a systematická plánování
  - c) cílenost a adekvátnost informací i forem působení
  - d) včasný začátek preventivních aktivit
  - e) pozitivní orientace primární prevence a konkrétní alternativy
  - f) využití KAB modelu
  - g) zapojení vrstevníků, důraz na interakci a aktivní zapojení
  - h) denormalizace
  - i) podpora projektivních faktorů ve společnosti
  - j) nepoužívání neúčinných prostředků