

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Predikce záměru použít kondom u mladých  
dospělých v ČR**

Lea Sýkorová

**Diplomová práce**

Studijní program: Psychologie

vedoucí práce: doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

**Praha 2020**

**Prague College of Psychosocial Studies**



**The Prediction of Condom Use Among Young  
Adults**

Lea Sýkorová

**The Diploma Thesis**

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

**Prague 2020**

## **Anotace**

Cílem této práce je ověření teorie plánovaného chování při predikci záměru použít kondom u mladých českých jedinců, srovnání této teorie s teorií odůvodněného jednání a ověření minulého chování jako prediktoru. Výsledky kvantitativního výzkumu byly v souladu s našimi hypotézami a poukázaly na to, že teorie plánovaného chování dokáže lépe předpovědět záměr použít kondom než teorie odůvodněného jednání, a to díky proměnné vnímaná behaviorální kontrola. Proměnná minulé chování se pak ukázala být vůbec nejlepším prediktorem. Tato zjištění by mohla pomoci intervenčním programům, která by se měla zaměřit především na skupinu jedinců, která v minulosti kondom nepoužívala a pocít jejich kontroly v souvislosti s použitím kondomu.

## **Klíčová slova**

Rizikové sexuální chování, používání kondomu, záměr použít kondom, predikce záměru, teorie plánovaného chování, teorie odůvodněného chování, minulé chování, kvalitativní výzkum

## **Abstract**

This paper aims to predict the intention to use condoms during sexual intercourse among young adults in the Czech Republic. This study will use the Theory of Planned Behavior (TPB); it will compare TPB to the Theory of Reasoned Action (TRA) and verify the results using the variable of past behavior as a predictor. The results of this quantitative study confirmed its hypotheses and showed that TPB rather than TRA can better predict the intention to use a condom, during sexual intercourse, thanks to perceived behavioral control. The variable of past behaviour showed to be the best predictor overall. These findings might help intervention programs by allowing them to focus on the group of people who did not use condoms and partook in unprotected sex in the past. The results of this study also show that it could be useful to pay attention to the feelings of control over the situation concerning protected sex and condom use.

## **Key words**

Risky Sexual Behavior, Condom Use, Intention to Use Condom, Prediction of Intention, Theory of Planned Behavior, Theory of Reasoned Action, Past Behavior, Quantitative Research

### **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze

dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala svému vedoucímu diplomové práce doc. PhDr. Karlovi Hnilicovi, CSc. za jeho odborné a vstřícné vedení, jež mi při tvorbě této práce poskytl. Děkuji také své rodině a přátelům, a to především blízké kamarádce Marii, za projevenou podporu a všem účastníkům mého výzkumu za jejich dobrovolnou participaci.

# Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část .....	12
1 Rizikové chování .....	13
1.1 Jessorova teorie syndromu rizikového chování .....	13
1.2 Rizikové sexuální chování .....	14
2 Vynořující se dospělost a současné vztahové fenomény.....	15
2.1 Vynořující se dospělost .....	15
2.2 Nezávazné vztahy a příležitostný sex .....	17
2.3 Hookups .....	19
2.4 Přátelé s výhodami .....	21
3 Negativní důsledky rizikového sexuálního chování.....	23
3.1 Pohlavně přenosná onemocnění (STI) .....	24
3.1.1 Kapavka (gonorrhoea).....	26
3.1.2 Syfilis (příjice, lues).....	27
3.1.3 Měkký vřed (ulcus molle) .....	28
3.1.4 Granuloma inguinale.....	28
3.1.5 Venerický lymfogranulom (lymphogranuloma venereum).....	29
3.1.6 Chlamydie.....	29
3.1.7 Trichomoniáza.....	30
3.1.8 Genitální herpes.....	30
3.1.9 Virové hepatitidy .....	31
3.1.10 HIV a AIDS.....	31
3.2 Nechtěná těhotenství a případné následky .....	33
3.2.1 Umělá přerušování těhotenství .....	36
4 Kondom jako prevence negativních důsledků.....	39
4.1 Typy kondomů a materiály .....	39
4.2 Další možnosti ochrany.....	40
5 Teorie odůvodněného jednání a teorie plánovaného chování .....	40

5.1	Teorie odůvodněného jednání (TRA) .....	41
5.1.1	Záměr .....	41
5.1.2	Postoje.....	42
5.1.3	Subjektivní norma .....	42
5.2	Teorie plánovaného chování .....	43
5.2.1	Vnímaná behaviorální kontrola.....	43
5.2.2	TPB a používání kondomů .....	45
6	Minulé chování a jeho role .....	48
6.1	Minulé chování z pohledu Iceka Ajzena.....	48
6.2	Minulé chování jako zvyk.....	49
6.3	Minulé chování a kognitivní procesy .....	51
6.4	Minulé chování a záměr .....	52
7	Výzkumný problém .....	56
7.1	Výzkumné cíle .....	56
7.2	Výzkumné hypotézy.....	57
7.3	Volba výzkumné strategie a techniky sběru dat.....	58
7.4	Předvýzkum.....	58
7.5	Tvorba dotazníku a pilotní studie.....	61
8	Výzkumný soubor .....	65
8.1	Popis výběrového souboru .....	66
9	Etika výzkumu .....	67
10	Analýza a interpretace výsledků.....	68
10.1	Výsledky kvantitativní analýzy .....	68
10.2	Zhodnocení platnosti hypotéz.....	69
11	Diskuze .....	70
12	Závěry.....	75
	Seznam použitých zdrojů literatury: .....	76
	Příloha 1: Dotazník používání kondomu s příležitostným sexuálním partnerem/kou.....	84



Příloha 2: Ukázka datové tabulky .....	89
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE .....	94

## Úvod

Slova jako HIV nebo AIDS ve mně vždy vzbuzovala strach a působila jako varovný signál. Představovala pro mě v podstatě utrpení, nejen to fyzické, ale i sociální, protože tyto diagnózy s sebou nesou silné společenské stigma. Životní příběhy s tragickým koncem legendárního zpěváka Freddieho Mercuryho, překrásné modelky Giy Carangi a dalších známých osobností pro mě vždy byly příkladem něčeho, čemu jsem se za každou cenu chtěla vyhnout. Měla jsem za to, že snad (skoro) každý musí tyto hrozby brát vážně a nemůže zbytečně se svým zdravím hazardovat.

Zažívala jsem proto pocity překvapení, když jsem se prostřednictvím médií setkávala se zprávami hlásajícími nárůst nových případů HIV nebo dalších pohlavních nemocí v důsledku uvolněnějšího a nedostatečně bezpečného sexuálního chování. Snažila jsem se proto zamyslet se nad potenciálními důvody, proč se jedinci při sexuálním kontaktu začali méně chránit.

Částečným vysvětlením by snad mohl být fakt, že ačkoli diagnóza HIV znamenala ještě před zhruba 30 lety v podstatě rozsudek smrti, k dnešnímu datu výzkum v léčbě HIV přinesl neuvěřitelné pokroky, takže HIV infekce pravděpodobně není pro veřejnost již takovou hrozbou. Především díky vynálezu antiretrovirové léčby mají HIV pozitivní jedinci při jejím včasné zahájení vysoké šance na kvalitní život v délce odpovídající životu bez tohoto onemocnění. Dalším faktorem by také mohlo být to, že HIV během posledních let není tak masivně „propírán“ v masmédiích, jako tomu bylo v minulosti. Jako by známé rčení „sejde z očí, sejde z mysli“ platilo i pro HIV.

Dosavadní významné pokroky v současné vědě a medicíně však neznamenají, že by onemocnění HIV bylo zcela vyléčitelné. Stále s sebou nese mnoho zdravotních problémů a komplikací, společenské stigma nevyjímaje. Navíc, rizikové sexuální chování samozřejmě není spojeno pouze s nebezpečím přenosu HIV, ale i mnoha dalšími onemocněními nebo třeba nechtěným těhotenstvím. Ani tyto hrozby však nejsou pro mnoho jedinců dostatečně odstrašující, aby jim zabránily v praktikování nechráněného sexu a benevolentnějším střídání příležitostných sexuálních partnerů.

Jako studentku psychologie mě tedy zajímalo, jak by bylo možné vědecky vysvětlit rozhodnutí, zda se jedinec zachová či nezachová sexuálně rizikově. Pokládala jsem si otázku jako: Jaké psychologické faktory stojí za tím, zda se jedinec rozhodne chránit své

zdraví? Jaké psychologické proměnné by mohly nejlépe předpovědět to, že se nějaká žena rozhodne nechránit se před nechtěným těhotenstvím s leckdy i neznámým sexuálním partnerem? A jak by mohla psychologická intervence efektivně a pozitivně ovlivnit nejrizikovější skupiny mladých lidí?

Po prostudování literatury z oborů sociální psychologie a psychologie zdraví zabývajících se těmito a podobnými otázkami jsem si prohloubila znalosti o modelech a teoriích, které se snaží předpovědět nebo dokonce vysvětlit různé druhy chování. Jednou z těchto teorií je i teorie plánovaného chování Martina Fishbeina a Iceka Ajzena, která v zahraničních výzkumech zabývajících se rizikovým sexuálním chováním zaznamenala poměrně velký úspěch. Zajímalo mě tedy, zda by tato teorie mohla stejně dobře předpovědět záměr chránit se při pohlavním styku s příležitostným partnerem i u českého mladého jedince a jaké determinanty takové rozhodnutí nejvíce ovlivňují. Tato zjištění by mohla poskytnout významnou oporu pro psychologické intervenční programy a prevenci v oblasti bezpečného sexuálního chování.

## **Teoretická část**

# 1 Rizikové chování

Pro účely této práce považujeme za důležité rizikové sexuální chování nejprve definovat a zařadit do širšího kontextu. V této kapitole proto krátce a stručně představíme rizikové chování, Jessorovu teorii syndromu rizikového chování a pak konkrétněji samotné rizikové sexuální chování.

Rizikové sexuální chování patří společně s užíváním návykových látek, nelátkovými závislostmi (například gambling), šikanou, obecně kriminálním jednáním apod. mezi druhy rizikového chování (Miovský & Zapletalová, 2006).

Rizikové chování je možné definovat jako „*chování, které je nebezpečné nejen pro svého původce, ale i pro jeho okolí a společnost*“ (Dolejš, 2010, s. 22).

Jak již definice napovídá, důsledky takového chování mohou být závažné. Patří mezi ně nárůst zdravotních, sociálních a výchovných rizik pro jedince nebo společnost. Celkově rizikové chování představuje střední míru rizika – na rozdíl od chování společností definovaného jako sociální norma a normalita, které vykazuje nízkou míru rizika, anebo společností definované patologie, která se vyznačuje vysokou mírou rizika. Rizikové chování se v závislosti na míře závažnosti a nebezpečí tak pomyslně pohybuje mezi problémovým (v rámci normy) a delikventním chováním (Dolejš, 2010).

Tendence experimentovat s rizikem byla vždy typická pro adolescenty a jedná se o poměrně normální součást vývoje za předpokladu, že se jedná pouze o přechodné období. V posledních desetiletích ale vzrostl počet mladých lidí, kteří přijali rizikové chování jako svůj styl života (Hamanová & Csémy, 2014).

## 1.1 Jessorova teorie syndromu rizikového chování

Existuje teorie syndromu rizikového chování v dospívání – SRCH-D (risk behavior syndrome), která vznikla na základě dlouhodobého longitudinálního výzkumu profesora Richarda Jessora u mladých lidí ve věku 14 až 22 let v USA. Ukázalo se, že mezi problémové chování patří několik okruhů rizikového chování současně, a to zneužívání návykových látek, poruchy chování a delikvence a rizikové sexuální chování (především předčasný sex). Tyto různé projevy se často vyskytují společně a mají víceméně stejné příčiny (Hamanová & Csémy, 2014).

Sobotková (2014) zmiňuje, že se v rámci této teorie objevují tři skupiny faktorů – biologické (pohlaví, tělesná konstituce, fyzická odolnost, vrozené handicap apod.),

psychologické (rysy osobnosti, sebedůvěry, hodnotová orientace, postoje) a sociální kontext (prostředí, rodinná konstelace, vrstevníci, sociální kognice atd.). Tyto faktory se pak dají dělit na faktory rizikové a na faktory protektivní. Například, na úrovni osobnosti je neuroticismus považován za rizikový faktor, zatímco inteligence nebo sebeúcta jako protektivní faktor. Na úrovni sociálního prostředí lze pak považovat například autoritativní výchovu jako rizikovou a sociální podporu vrstevníků jako protektivní.

Hamanová a Csémy (2014) rizikové faktory dělí takto:

- 1) faktory individuální (syndrom CAN, malá sebedůvěra a sebeúcta, chronická nemoc či handicap, špatný školní prospěch, příslušnost k menšině, v brzké adolescenci užší vazba na vrstevníky než na rodiče);
- 2) faktory rodinné (ztráta v rodině, dlouhodobý konflikt, rodiče chronicky nemocní, nedostatečná komunikace v rodině, dysfunkční rodina, nízký, ale i značně vysoký socioekonomický status rodiny, autoritativní či nadměrně benevolentní rodiče);
- 3) faktory společenské (chudoba společnosti, negativní vzory, dostupnost drog, glorifikace rizikového chování v médiích).

Teorie Richarda Jessora byla prokázána i dalšími autory a je široce uznávaná, ačkoli byla též některými kritizována (například pro přílišné zjednodušení problematiky).

## **1.2 Rizikové sexuální chování**

Samotné rizikové sexuální chování pak lze definovat jako *jakékoli chování, které zvyšuje pravděpodobnost negativních důsledků spojených se sexuálním kontaktem, jako například onemocnění AIDS, další pohlavní nemoci nebo neplánované těhotenství* (Cooper, 2002, s. 101). Taková chování se dají rozdělit do dvou kategorií: a) neuvážené jednání zahrnující vícero partnerů; rizikový, náhodný nebo neznámý partner či partnerka; nezvládnutí diskuze ohledně rizik před stykem a b) selhání v obstarání ochrany, jako je použití kondomů nebo (hormonální) antikoncepce (Cooper, 2002).

Dolejš (2010) zmiňuje, že sexuální aktivity mohou být v určité době a za určitých kulturních podmínek rizikové a za jiných ne, ale obecně mezi rizikové sexuální chování řadí sexuální styk před dovršením věkové hranice 15 let, sexuální styk mladistvých spojený s nechtěným těhotenstvím nebo potratem, sexuálně orientované agresivní činy vůči vrstevníkům, prostituci, komerční sexuální aktivity (pornografie) nebo promiskuitní chování.

Rizikové sexuální chování častěji souvisí s mladou věkovou skupinou, kterou si proto představíme v následující kapitole.

## **2 Vynořující se dospělost a současné vztahové fenomény**

V této práci se zaměřuji na jedince mezi 18 – 29 lety, což je věková skupina odpovídající vývojovému stádiu vynořující se dospělosti. Tito mladí dospělí zároveň představují výrazně rizikovější skupinu z hlediska nákazy pohlavně přenosnými nemocemi a dalších negativních dopadů nechráněného sexu než jiné věkové podskupiny dospělých (více v kapitole 3. *Negativní důsledky rizikového sexuálního chování*). Mezi důvody patří častější výskyt nekonzistentního používání kondomů a prevalence většího počtu sexuálních partnerů (Ashenhurst, Wilhite, Harden, & Fromme, 2016).

### **2.1 Vynořující se dospělost**

Arnett (2006) charakterizuje vynořující se dospělost 5 hlavními principy – 1) věk objevování identity (z hlediska práce a vztahů); 2) věk nestability (časté změny zaměstnání a směrů vzdělání, partnerů, životních situací); 3) věk pocitů „mezi“ (jedinec se necítí už jako adolescent, ale zároveň se necítí jako plně dospělý); 4) věk zaměření na sebe sama (jedinec se zaměřuje na svou svobodu) a 5) věk možností (většina jedinců ve vynořující se dospělosti je optimistických ohledně své budoucnosti).

Vynořující se dospělost je poměrně nově pojmenovaný fenomén vymezující dlouhý časový úsek ve vývoji mezi dosažením biologické zralosti (včetně sexuální zralosti) a vstupem do stabilních rolí dospělosti. Arnett svůj výzkum vedl v USA, ale jeho koncept se zdá být v souladu s výsledky Douglassové (2005), která se zabývala vynořující se dospělostí v Evropě. Ačkoli existovala určitá diverzita napříč státy v Evropě, celkově si jedinci v období vynořující dospělosti chtěli užít volnosti, svobody a nezávislosti po období puberty a zároveň před tím, než na sebe vezmou závazky dospělosti.

Celkově je období vynořující se dospělosti považováno za důležité období, ne pouhý přechod do dospělého života. Pro většinu mladých lidí v průmyslově rozvinutých zemích je vskutku typická častá změna, ať už co se týká práce, pohledu na svět nebo lásky. Mnoho z nich se v tomto období snaží objevovat svůj životní směr a získat určitý stupeň vzdělání, které by jim mohlo poskytnout dobrý základ pro finanční příjem a jejich profesní úspěchy i po další životní období. Na přelomu třicet let už pak většina dělá životní rozhodnutí

s dlouhodobějšími důsledky, jako je například i manželství nebo rodičovství (Arnett, 2000).

Než však k takovému rozhodnutí dospějí, absolvují jedinci během vynořující se dospělosti velmi často sérii několika vztahů s různými partnery. Toto období totiž jedinci poskytuje v rámci objevování možnost „ověřit si“, zda má současný partner dostatečně vyhovující rysy. Umožňuje to vyzkoušet si partnerství, nebo dokonce soužití s partnerem „na zkoušku“ (Lacinová, Umemura, Bouša, Širůček, & Neužilová Michalčáková, 2016).

Někteří jedinci v tomto období dávají přednost životu bez partnera. Na takový fenomén upozorňuje Naschová (2005) a hovoří o těchto jedincích jako o „singles“. Singles jsou lidé, kteří se nev dávají či nežení. Soustředí se více na práci, „užívají si“, málo se zdržují doma a nenavazují pevné partnerské vztahy, ačkoli přechodné známosti navazují. Podle Naschové se tento fenomén vyskytuje i v českém prostředí, jelikož i pro mladé a dospělé Čechy mají hodnoty jako svoboda studovat, pracovat, a cestovat v tomto věkovém období velkou váhu.

Ať už mladí lidé žijí svůj „single“ život, nebo navazují pevnější partnerské vztahy, celkově lze konstatovat, že manželství bývá odsouváno na pozdější dobu a počty jeho uzavírání se snižují. DePaulová a Morrisová (2005) tento trend, konkrétně ve Spojených státech amerických, potvrzují. Američané v průměru stráví více let ze své dospělosti jako nesezdaní nebo svobodní a medián věku, kdy se Američané poprvé žení či vdávají, se postupně zvyšuje od roku 1956.

I v České republice v porovnání s předchozími lety došlo k odsouvání manželství. Dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) v roce 2017 byla v podstatě více než polovina všech ženichů a nevěst ve věku mezi 25 až 34 lety. Počet ženichů, kterým bylo méně než 25 let, se snížil na 6 %, u nevěst se jedná o pokles na 13 %. Naopak, procento 35letých a starších nevěst a ženichů stoupl na 30 % a 43 % („Svateb přibývá“, 2018).

V horizontu desetiletí se celkově počet manželství v České republice snížil. Pokud porovnáme data z roku 1975 a roku 2014, pak jejich počet klesl v podstatě o polovinu („Sňatky a rozvody“).

Celkově lze konstatovat, *„že současná generace vstupuje do manželství méně často a později než její rodiče. Muži se poprvé žení nejčastěji v 29 letech, ženy pak v 27. Průměrný věk novomanželů při prvním sňatku se v posledních letech příliš nemění. V předchozím roce dosáhl u mužů 32,2 let, u žen 29,8 let“* („Svateb přibývá“, 2018).



K těmto jevům může přispívat fakt, že mnoho mladých lidí má z dlouhodobého partnerského vztahu obavy. 642 respondentů ve věku 20 až 29 let bylo dotazováno metodou volného dotazování na obsahy strachů. Strachy spojené s partnerstvím patřily k vysoce frekventovaným. Až 51 % respondentů uvedlo strach, že zůstanou sami/y, 43 % respondentů pak strach, že nenaleznou vhodného partnera či partnerku (Volková, Lacinová, Neužilová Michalčáková, & Dušková in Lacinová, Ježek, & Macek, 2016).

Z hlediska manželství a rodičovství je vlastně nakonec otázkou, zda je tento delší časový úsek vynořující se dospělosti, který přináší možnost větší explorační partnerů a možnost mít vícero romantických vztahů v životě, z dlouhodobého hlediska spíše rizikem nebo výhodou (Lacinová et al., 2016).

## **2.2 Nezávazné vztahy a příležitostný sex**

Arnett (2000) považuje vynořující se dospělost za období, kdy dochází k formování intimních romantických vztahů. Na rozdíl od adolescence má na vztahové rovině docházet k vážnějšímu a intimnějšímu objevování a sblížování. K navazování známostí má docházet především mezi dvojicemi, které se mají pokoušet nalézt potenciál pro emocionální a fyzickou intimitu. Také na rozdíl od adolescence jejich vztahy trvají delší dobu, zahrnují pohlavní styk a mohou být spojeny s partnerským soužitím.

Jak již bylo řečeno v souvislosti s fenoménem „singles“, pevné romantické vztahy s blízkou emocionální vazbou nejsou jedinou existující variantou vztahů tohoto období. Jednou z nejvýznamnějších změn kultury dnešní doby je totiž i to, že během období pozdní adolescence, mladé či vynořující dospělosti se již nevyskytují jasné kroky, fáze nebo druhy partnerských vztahů. Jasnější pojetí partnerských vztahů a svazků typu „snoubenci“ či „manželé“ byly ve velké míře zaměněny za nejasné vztahy s neostrými hranicemi nebo neurčitými závazky (Paul, McManus, & Hayes, 2000).

Kromě například „on-again/off-again vztahů“, které se vyznačují minimálně jedním, ale i vyšším počtem rozchodů a „dáváním se opětovně dohromady“, a které jsou poměrně častým partnerským fenoménem mladých lidí dnešní doby, mezi tyto „vztahy“ s nejasnými hranicemi patří i příležitostné sexuální vztahy. Jejich součástí je příležitostný sex (angl. casual sex), který lze definovat jako sexuální styk bez závazku nebo emocionální účasti. Je často spojen s vyšším počtem sexuálních partnerů, tudíž s sebou přináší potenciálně vyšší riziko přenosu pohlavních nemocí a jiných nežádoucích jevů plynoucích z rizikového sexuálního chování (Paul et al., 2000).

Dle Monta a Careyho (2014) se nezvyšuje ani tak počet sexuálních partnerů v kohortě mladých „vynořujících se“ dospělých (v porovnání s mladými dospělými z 90. let), jako jejich výběr, kdy se jimi častěji stávají přátelé nebo letní známí. Jinými slovy se zdá, že v současné době mladí mají častěji sex s někým, s kým si nejsou emocionálně blízcí.

S výše popsanou benevolentnější sexuální morálkou se pojí samozřejmě i otázka sexuální ochrany. Bohužel se zdá, že ti, kteří by se v podstatě měli chránit nejvíce, této zodpovědnosti poněkud nedostávají. Podle výsledků longitudinální studie Ashenhursta et al. (2016) zabývajících se jedinci v období vynořující se dospělosti, konkrétně vysokoškolskými studenty, lze hledat spojitost mezi vztahovým statutem a pravděpodobností používání kondomu. Z výsledků vyplývalo, že ti jedinci, kteří mají tendenci mít vícero sexuálních partnerů napříč časem, jsou vystaveni vyššímu riziku nepoužití ochrany – kondomu. Tudíž tito jedinci, kteří mají mnoho sexuálních partnerů a zároveň nepoužívají kondom, představují obzvláště rizikovou skupinu z hlediska negativních dopadů sexuálního styku.

Toto zjištění potvrzují i další studie. Například Princeová a Bernardová (1998) uvádějí, že v jejich studii přibližně třetina jedinců (vysokoškolských studentů), kteří měli za poslední rok 3 sexuální partnery nebo více, uváděli, že nikdy nepoužívají kondom. Pouze 10 % z jedinců, kteří měli 3 nebo 4 partnery v minulém roce, a 6,5 % ze skupiny s 5 a více partnery, uvedlo, že používají kondom v 100 % případů. Tyto skupiny jsou tedy více ohroženy neblahými důsledky rizikového sexuálního chování, proto by komunikace se sexuálním partnerem ohledně prevence byla žádoucí. Ukazuje se však, že tato komunikace je velmi nedostatečná.

Fielderová a Carey (2010) provedli výzkum se 118 vysokoškolskými studentkami prvního ročníku. Studentky vyplnily dotazníky týkající se příležitostného sexu a charakteristik jejich nedávné sexuální zkušenosti s příležitostným partnerem. Zkušenosti s příležitostným sexem (orálním, vaginálním nebo análním) mělo na konci prvního semestru 60 % dívek z tohoto výzkumného souboru. Dívky se chránily pomocí kondomu v 69 % těchto situací zahrnujících vaginální sex, ovšem v případě orálního sexu v 0 % případů. Výsledky ukázaly, že dívky se intimně sbližovaly spíše se svými kamarády (47 %) nebo letními známými (23 %), než s neznámými muži (14 %). Konzumace alkoholu předcházela těmto aktům až v 64 % případů.

Celkově lze říci, že především vysokoškolští studenti bývají sexuálně lehkomyšní, s větším počtem sexuálních partnerů a nedůslední či nekonzistentní v používání sexuální ochrany, tedy kondomu. Navíc často selhávají i v komunikaci ohledně sexuálních témat, ta jsou stále určitým tabu. Mnoho z nich také přiznává, že svým sexuálním partnerům lze ohledně své sexuální historie (5-7 x častěji se jedná o muže). Všechny tyto faktory dělají z vysokoškolských studentů adepty pro intervence v rámci sexuálního zdraví (Prince & Bernard, 1998).

V následujících podkapitolách se zaměřím na dva druhy příležitostného sexuálního vztahu – takzvané „hookups“ a „přátelé s výhodami“ (Paul et al., 2000).

### **2.3 Hookups**

V tomto kontextu se v anglické literatuře vžil termín „hookup“, který označuje škálu chování od vášnivého líbání, přes petting až po pohlavní styk, které se vyskytuje mimo partnerské vztahy s jasně definovanými závazky nebo společně plánovanou budoucností, jako například manželství (Sandberg-Thoma & Kamp Dush, 2014).

V anglické populární literatuře se tento termín poměrně vžil (Bogle, 2007; Owen, Rhoades, Stanley, & Fincham, 2010). Vznikly tituly jako například „Unhooked“ nebo „Hooking Up“. To poukazuje na to, že se tento fenomén stal součástí dnešní kultury mezi adolescenty a vysokoškolskými studenty a mnohdy pravděpodobně nahradil navazování pevnějších vztahů v tradičním slova smyslu.

Příležitostný pohlavní styk totiž není žádnou ojedinělou záležitostí pro jedince v tomto vývojovém stádiu. Například, roku 2010 v USA se 50 % vysokoškolských studentů přiznalo k praktikování příležitostného pohlavního styku (Owen et al., 2010).

Motivem k takovému jednání může být například sexuální touha, spontánní nutkání, atraktivita protějšku, ochota protějšku, intoxikace nebo touha cítit se atraktivně a žádoucně (Fielder & Carey, 2010).

Paul et al. (2000) považují „hookups“ za specificky riskantní a běžnou praxi mezi současnou vysokoškolskou mládeží. Popisují ho jako sexuální zkušenost, která trvá většinou pouze jednu noc, mezi dvěma jedinci, kteří se neznají nebo pouze letmo. Často jsou spontánní (něco, co se „prostě tak stane“) nebo jedinec může mít tento sexuální zážitek „na jednu noc“ v plánu, ale cílový sexuální partner je v podstatě během plánování neurčený. A co víc, „hookups“ obvykle bývají anonymní v tom smyslu, že se partneri

vzájemně neznají nebo se znají jen zběžně a nikterak neplánují budovat vztah nebo se vůbec ještě setkat.

Například, kromě setkání 2 jedinců za cílem se seznámit nebo trávit společně čas ve smyslu „randění“, existují i různá studentská setkání vysokoškoláků ve skupinách, kde následně dochází k jednorázovému sexuálnímu kontaktu v podstatě s neznámým jedincem nebo letným známým či známou, se kterým se seznámí na takové události. Samozřejmě, sexuální kontakt nemusí být vždy přímo pohlavní styk, jedná se o chování variující od líbání, orálního sexu po zmínění pohlavní styk (Bogle, 2008).

Tento typ intimního kontaktu lépe umožňují nové, sexuálně liberálnější možnosti námluv. Na rozdíl od dřívějších dob, například 19. století, kdy dvoření probíhalo v soukromí domova a za dozoru rodiny, se dnes jedná o jakousi neformální praktiku charakterizovanou vysoce sexuálními projevy a interakcemi. Tento proces evoluce v namlouvání probíhá souběžně s vývojem technologií a posouvá seznamování do jiných dimenzí. Ve 20. století navazování známostí napomohl například automobil nebo zábavní průmysl (divadla, diskotéky apod.), nyní jsou to především online formy seznamování. Například, online seznamky umožnily, že se lidé nemuseli seznamovat a chodit jen s tím, kdo se nacházel v jejich tělesné a sociální blízkosti. K seznamkám se později přidaly různé aplikace, které poskytují téměř neomezené možnosti ve sféře seznamování (Timmermans & Courtois, 2018).

Takové podmínky dávají velký prostor i praktikování příležitostného sexu (a spolu s tím i vyšším potenciálním zdravotním rizikům), jelikož příležitostného sexuálního partnera je možné potkat díky pár kliknutím na mobilu nebo počítači (David & Cambre, 2016).

Momentálně jsou světovým trendem mobilní seznamkové aplikace v oblasti randění. V západní společnosti mezi takové aplikace patří například Tinder, který v podstatě vede v oblíbenosti a popularitě u heterosexuálních uživatelů online seznamovacích aplikací. Těší se velké oblibě především u „vynořujících se“ dospělých. Tato aplikace je založená na fyzické lokaci a na společném výskytu na stejném místě a ve stejnou dobu. Je považována za velmi rychlou a nenáročnou, pravděpodobně i proto je tak oblíbená. Jedinci si mohou vytvořit svůj profil a propojit se s dalšími uživateli, přičemž tato propojení nejsou veřejná na rozdíl od jiných sociálních sítí (Timmermans & Caluwé, 2017).

Na Tinder profilu jsou uvedeny většinou informace jako jméno, věk, zájmy a krátká biografie s maximálním počtem 500 znaků. Jedinec si nastaví věkové rozmezí žádaného

potenciálního „partnera“, pohlaví a rádius, ve kterém má být protějšek nalezen. Poté je možné spustit hledání požadovaných kontaktů. Když si uživatel zapne tuto aplikaci, pak se mu v závislosti na jeho poloze zobrazí osoby, které odpovídají požadovaným parametrům. U každého profilu se vyskytuje fotografie, u které uživatel projeví zájem (fotografii na obrazovce posune směrem doprava), nebo nezájem (fotku posune doleva). Pokud o sebe dva jedinci mají vzájemný zájem, pak vzniká takzvaný „match“. Dochází k propojení tohoto potenciálního páru a otevírá se chat, který je prostorem pro společnou komunikaci. Uživatelé si tak mohou domluvit například schůzku, nebo si jen tak psát (Silva, Koch, Rickers, Kreuzer, & Topolinski, 2019).

Již z popisu této aplikace vyplývá, že seznámení jejích uživatelů probíhá na bázi velmi povrchních znalostí jednoho o druhém, především na fyzickém vzhledu. Ačkoli zakladatelé Tinderu tvrdí, že se jedná o aplikaci, která má sloužit pro nalezení dlouhodobého partnera, mnohými je považována za médium snadno umožňující „hook up“ krátkodobé známosti a příležitostný sex (Silva et al., 2019).

Studie zabývající se používáním seznamovacích mobilních aplikací a jeho vlivem na rizikové sexuální chování mají odporující si výsledky. Navíc většina studií se zabývala především muži, kteří mají sex s muži. V této komunitě jsou mobilní aplikace k seznamování velmi populární a jejich vznik zde byl také iniciován (Choi et al., 2016).

Každopádně, výsledky těchto studií nejsou kompletně přenositelné na populaci heterosexuálních jedinců, protože v sexuálním chování a sexuálních rizicích se tyto dvě skupiny liší. Proto Choi et al. (2016) provedli výzkum s celkem 666 vysokoškolskými studenty heterosexuální i homosexuální orientace v Hong Kongu, kteří vyplňovali strukturovaný dotazník ohledně seznamovacích aplikací, sexuální historie a samozřejmě demografických údajů. Výsledky ukázaly, že uživatelé těchto aplikací měli během poslední soulože častěji nechráněný pohlavní styk s příležitostným sexuálním partnerem, což se ukázalo být poněkud alarmující běžnou praxí (až v 74,5 % případů). Navíc, byl nalezen vztah mezi používáním těchto aplikací po delší dobu než 12 měsíců a faktem, že poslední sexuální partner byl příležitostný a společný sexuální styk byl nechráněný. Autoři proto usuzují, že seznamovací mobilní aplikace jsou rizikovým faktorem pro mladé dospělé.

## **2.4 Přátelé s výhodami**

Dalším typem sexuálně-intimního vztahu je fenomén „friends with benefits“ (český výraz „přátelé s výhodami“). Od již zmíněného „hookup“ se liší tím, že mezi jedinci existuje

vztah trvalejšího charakteru. Tento vztah však nespadá ani pod tradiční definici přátelství, ani pod definici romantického vztahu, jelikož má charakteristiky obou. „Přátelé s benefity“ totiž kombinují psychologickou intimitu přátelství se sexuální intimitou romantického vztahu, aniž by vztahu dávali nálepku „romantický“. Tito jedinci nemají vůči sobě žádný partnerský závazek a nesdílí společnou romantickou lásku. Co je však spojuje s romantickým vztahem je výskyt opakované sexuální aktivity (Bisson & Levine, 2009).

Weaverová, MacKeiganová a MacDonald (2011) se snažili zjistit více o zkušenostech mladých dospělých s „friends with benefits“, a to především více informací o jeho pozitivních a negativních aspektech. V této konkrétní studii 85 % participantů uvedlo, že jejich zkušenost s tímto typem vztahu byla pozitivní. Autoři navrhuji, že „přátelé s výhodami“ by mohli být součástí sexuálního a partnerského vývoje těchto mladých jedinců během období vynořující se dospělosti. Mnoho z nich totiž uvedlo, že „přátelé s výhodami“ pro ně byli vyhovující v danou dobu, v danou situaci a v daném věku, vhodné pro život závazky-nespoutaného vysokoškoláka. Mezi negativy byla často zmiňována emocionální nerovnost mezi partnery, kdy jeden partner je více emocionálně zainteresovaný a více zavázaný tomu druhému a často si v tomto druhu vztahu ublíží. Mezi pozitivy participanté zmiňovali důvěru a pohodlí, které pocítují či pocítovali se svým „přítelem s výhodami“.

Vzhledem k nerovnováze emocionální zainteresovanosti je pro prevenci negativních důsledků a emocionální bolesti zásadní otevřená komunikace. Často se však podle všeho mezi „přáteli s výhodami“ nevyskytuje. Většina z nich se spoléhá na nepřímé signály a téměř žádnou přímou komunikaci (Bisson & Levine, 2009).

Výsledky Knightové (2014) totiž poukazují na to, že komunikace určovala, jak byli „přátelé“ ve vztahu vnímáni, a to buď jako ti, co to „moc řeší“, nebo jako „pohodáři“, kteří nemají takovou potřebu se vztahem zabývat. Další příčinou by mohly být potlačované emoce, jako je žárlivost.

Ani jeden totiž v tomto vztahu nemá povinnost být věrný vůči druhému. Očekávání je pak takové, že ani jeden z nich by neměl žárlit nebo zlobit se kvůli jinému partnerovi nebo jinému vztahu. Jinými slovy, partnerskou exkluzivitu by bylo nutné explicitně stanovit. V takovém případě by však jedinec dal najevo, že mu na vztahu zřejmě více záleží, než by „mělo“. Toto nevyřčené pravidlo vztahu „přátel s benefity“ může způsobovat pocity ambivalence a nejistoty (Weaver et al., 2011).

Vzhledem k možné neexistenci monogamie v rámci tohoto vztahu, nedostatečná komunikace je poměrně nebezpečná z hlediska zdravotních rizik, jelikož se tím zvyšuje pravděpodobnost nákazy některou z pohlavních nemocí. Ve studii Weaverové et al. (2011) až 44 % respondentů odpovědělo, že během svého vztahu s „kamarádem s výhodami“ mělo sexuální kontakty také s jinými partnery a zároveň méně než polovina těchto respondentů svého „přítele s výhodami“ o této skutečnosti informovala. Asi třetina respondentů vypověděla o nekonzistentním nebo žádném používání kondomu. Ačkoli tato fakta zvyšují zdravotní rizika pro tyto jedince, většina respondentů uváděla, že se necítili být nijak ohroženi sexuálně přenosnými nemocemi.

Výskyt vztahu typu „přátelé s výhodami“ je poměrně častý. Mezi americkou vysokoškolskou mládeží je tento fenomén téměř populární. Literatura uvádí, že asi 50 - 60 % vysokoškoláků má nějakou zkušenost se vztahem typu „přátelé s výhodami“ (Bisson & Levine, 2009).

Informace o tomto jevu v českých podmínkách poskytuje česká longitudinální studie Cesty do dospělosti. Autoři se mladých respondentů dotazovali mimo jiné i na vztahy s nízkou mírou či absentujícím závazkem v celkově 3 časových obdobích (2013, 2014 a 2015). V roce 2013 asi 13 % souboru mladých dospělých uvedlo, že alespoň jednou za měsíc zažije „vztah na jednu noc“ nebo několikrát do roka zažije několikátýdenní či měsíční nezávazný román. V letech 2014 toto číslo stoupl na 14 % a v roce 2015 pak na 17 %. Odpověď „přátelé s výhodami“ uvedlo 11 % respondentů v roce 2013 (12 % v roce 2014 a 14 % v roce 2015). Zkušenost s typem vztahu „přátelé s výhodami“ mělo mít okolo 39 % jedinců (Lacinová et al., 2016).

### **3 Negativní důsledky rizikového sexuálního chování**

Důsledky rizikového sexuálního chování mohou negativně a trvale ovlivnit jedince sociální a psychický vývoj. Příkladem může být neplánované a nechtěné těhotenství dospívající dívky nebo onemocnění virem HIV, které je dosud nevyléčitelné (Dolejš, 2010).

Vzhledem k tématu této práce se nadále budu zabývat negativními důsledky rizikového sexuálního chování, které jsou současně spojeny s nepoužitím kondomu – tedy pohlavními nemocemi a neplánovanými těhotenstvími.

### 3.1 Pohlavně přenosná onemocnění (STI)

Dle Páralové (2011) byly pohlavně přenosné nemoci dříve označovány jako pohlavní choroby. Dnes se mezinárodně nazývají Sexually Transmitted Diseases (STD), nebo také Sexually Transmitted Infection (STI). Pro manifestní projevy infekcí se spíše užívá označení STD, naopak STI je obecnější pojem pro všechny patogeny způsobující tato onemocnění. Pro větší přehlednost práce budou tyto zkratky v následujícím textu někdy použity pro označení těchto onemocnění.

Je známo více než 30 různých bakterií, virů a parazitů, které jsou přenosné skrze pohlavní kontakt. Existuje ale 8 patogenů, které jsou zodpovědné za STI s největší incidencí. Z těchto 8 infekcí jsou 4 léčitelné – syphilis, kapavka, chlamydie a trichomoniáza. Zbylé 4 nemoci jsou bohužel stále nevléčitelné, ačkoli jejich symptomy mohou být díky současné medicíně zmírněny. Jsou jimi hepatitida B, virus herpes simplex (HPV), HIV (ang. human immunodeficiency virus) a lidský papilomavirus (HPV). Sexuálně přenosné infekce jsou převážně přenosné skrze sexuální styk, včetně vaginálního, análního i orálního sexu. Některé z nich však mohou být přeneseny nesexuálně, například skrze krev nebo během porodu z matky na dítě. Mezi méně obecně známá fakta patří to, že jedinec může mít pohlavně přenosnou chorobu i bez zjevných příznaků („Sexually transmitted infections“, 2019).

V současné době lze pozorovat prudký nárůst výskytu STI, především od začátku 90. let 20. století. Odborníci důvod vidí v sexuálně-uvolněnější společenské atmosféře v kombinaci s častějším cestováním do exotických zemí, kde obyvatelé České republiky přichází do styku s cizinci a s oblastmi, kde jsou STI vysoce rozšířené. Směr cestování je i opačný – někteří cizinci přijíždí do České republiky především kvůli sexuálním příležitostem (tzv. sexuální turistika) (Poláčková, 2008).

WHO pak uvádí několik základních aktuálních faktů o přenosu těchto onemocnění s poměrně alarmujícími čísly. Například, že po celém světě je předáno více než milion STI denně, každý rok se odhaduje asi 357 nových případů 1 ze 4 sexuálně přenosných nemocí – chlamýdií, syfilis, trichomoniázy a kapavky nebo že více než 500 milionů lidí trpí genitální infekcí herpes simplex virem (HSV) („Sexually transmitted infections“, 2019).

Nejaktuálnější statistické údaje, které uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS, 2013) ohledně výskytu pohlavních nemocí v ČR, jsou údaje z roku 2012. V tom roce registr pohlavních nemocí dostal celkem 1856 hlášení. Nejčastější byl výskyt kapavky



(62 %) a poté syfilis (37,5 %). Zajímavé, ale též alarmující je, že v roce 2002 bylo nahlášeno 9 případů u nás vzácné nemoci lymphogranuloma venereum, která se ještě v roce 2007 na našem území nevyskytovalo vůbec. Nejzávažnějším zjištěním však byl nárůst gonokokové infekce (kapavky) – počet hlášených případů vzrostl z 6,8 na 11 případů na 100 tisíc obyvatel. Většina pohlavních nemocí (68,8 %) se vyskytovala u svobodných osob, konkrétně nejvyšší hodnoty byly u svobodných mužů (41,5 případů na 100 tisíc svobodných mužů ku 41,5 na 100 tisíc svobodných žen).

Dalším faktorem, podle kterého se údaje o výskytu pohlavních nemocí liší, je dosažené vzdělání. Celkem 20 % připadalo jedincům základního vzdělání, 13,6 % středoškolského vzdělání a vysokoškolsky vzdělaným jedincům pak patřilo největší procento, a to 65,2 % (ÚZIS, 2013).

Aktuálnější informace poskytuje ČSÚ (2019), který však uvádí pouze počet nově nahlášených případů syphilis, kapavky a HIV. Například, od roku 2015 se nově nahlášené případy kapavky pohybují okolo 1400, ještě však v roce 2010 byl však počet nově hlášených případů poloviční.

Pokud vůbec porovnáme data mezi roky 2002 až 2018, můžeme obecně pozorovat nárůst pohlavních onemocnění v ČR. Tento fakt potvrzují i odborníci dermatovenerologické kliniky nemocnice Na Bulovce, kteří se setkali na semináři v Poslanecké sněmovně v roce 2016, aby se zabývali právě nárůstem pohlavních nemocí a nedostatečné prevence. Nárůst pozorují prakticky u všech pohlavních nemocí a upozorňují na nové výzvy, kterými je právě u nás nově rozšířené lymphogranuloma venerum nebo multirezistentní formy kapavky. Shodují se také v tom, že povědomí o těchto onemocněních není u veřejnosti prakticky žádné a pohlavních nemocí se lidé nebojí. Upozorňují na současnou nedostatečnou prevenci („Počet pohlavních nemocí“, 2016).

### **Rozdělení pohlavně přenosných onemocnění:**

Dle Páralové (2011) můžeme pohlavně přenosná onemocnění kategorizovat na klasické pohlavní nemoci a další pohlavně přenosné nemoci.

Mezi klasické pohlavní nemoci (často nazývanými STD) řadíme:

- a) kapavku (gonorrhoea)
- b) syfilis (příjice, lues)
- c) měkký vřed (ulcus molle)

- d) venerický lymfogranulom (lymphogranuloma venereum)
- e) inguinální granulom (granuloma inguinale)

Do dalších pohlavních onemocnění pak patří:

- a) chlamydiové
- b) mykoplazmatické
- c) virové (vyvolané např. herpetickými viry, viry hepatitidy, HIV atd.)
- d) protozoární infekce (vyvolané prvoky – např. trichomoniáza)
- e) mykotické infekce (způsobené parazitárními houbami, např. kandidóza)
- f) parazitární choroby (např. svrab)
- g) ostatní bakteriální onemocnění (např. Gardnerella vaginalis, Escherichia coli)

### **3.1.1 Kapavka (gonorrhoea)**

Kapavka je infekční onemocnění urogenitálního traktu, rekta a případně spojivek. Krevní cestou může postihnout i klouby. Původcem tohoto onemocnění je bakterie *Neisseria gonorrhoeae* a přenos lze uskutečnit prakticky jen pohlavním stykem. Kapavčitý zánět spojivek u novorozence je způsoben infekcí od matky během porodu, u dospělého jedince pak skrze infikované prsty. Inkubační doba tohoto onemocnění je obvykle 2–7 dní (Poláčková, 2008).

Kapavku můžeme rozdělit na kapavku mužskou, ženskou a extragenitální. U kapavky mužské se nejčastěji objevuje hnisavý zánět močových cest, který se u pacienta může projevat pálením či bolestí při močení a nucením na močení. V moči může též být přítomná krev. U chronické formy lze však pozorovat pouze slabý výtok, takzvanou „ranní kapku“ (Nožičková, Salavec, & Ettler, 1997).

Ženská kapavka má odlišný průběh a klinický obraz, než je tomu u kapavky mužské. U ženy může toto onemocnění častěji probíhat asymptomaticky (bezpříznakově) nebo méně nápadně. Pokud se příznaky projeví, pak žena trpí hnisavým nebo hlenohnisavým výtokem, který však může být zaměněn za jiný typ výtoku. Postižena může být i močová trubice se subjektivními příznaky podobně jako u mužů – pálení, řezání při močení a častější nucení na močení. Třetina až polovina nemocných žen si této infekce není vědoma (Zimová & Zíma, 2013).

Poláčková (2008) zmiňuje, že osoby s touto diagnózou jsou povinny podstoupit vyšetření, léčbu a kontroly na venerologii, protože nesmí nakazit další jedince. Jsou vedeni v evidenci

asi 6 měsíců. Před začátkem léčby a 3 a 6 měsíců po terapii též dochází k otestování na HIV infekci a syfilis. Při negativních výsledcích testů lze pacienta vyřadit z evidence. Existuje povinnost onemocnění hlásit.

### 3.1.2 Syfilis (příjice, lues)

Původcem tohoto infekčního chronického onemocnění je spirocheta *Treponema pallidum*. Je přenášeno téměř výlučně pohlavní cestou, případně je možný přenos přes placentu v těhotenství nebo skrze krevní transfuzi. Jakákoli oblast kůže a sliznic poskytuje vstupní bránu pro tento patogen, nejobvyklejší je však oblast genitální, rektální a ústní sliznice. Inkubační doba syfilis má poněkud velké rozpětí, pohybuje se mezi 9 až 90 dny, nejčastěji je to však asi 21 dní (Poláčková, 2008).

Syfilis probíhá v několika fázích, kdy se střídá období latence a období klinické manifestace s širokou škálou symptomů). Novější dělení rozlišuje z pohledu infekčnosti stadia dvě – časné (infekční) a pozdní (neinfekční) stadium. Starší dělení rozděluje syfilis na tři stadia:

#### 1. stadium – primární syfilis

Charakterizujícím znakem tohoto stadia je tvrdý nebolestivý vřed (*ulcus durum*), který vzniká v okolí genitálu (vzácněji v dutině ústní) asi 2-4 týdny po infekci. Následně dochází k zvětšení tříselných uzlin. Za 4-6 týdnů symptomy odcházejí.

#### 2. stadium – sekundární syfilis

Zhruba desátý den od infekce jedinec v tomto stadiu pociťuje únavu, zvýšenou tělesnou teplotu, bolesti kloubů, objevují se kožní projevy a také mohou být postiženy jiné orgány. Pohlavní orgán může být pokryt oděrkami (erozemi), červenými pupínky (papulami) až takzvanou kvěťákovou vegetací (*condylomata lata*). Ačkoli tyto projevy se mohou zdát jako evidentní či zřetelné, v některých případech mohou probíhat nenápadně a lze tudíž syfilis zaměnit za jinou nemoc. Symptomy postupně odeznívají a onemocnění pokračuje do latentního stadia. Latentní a manifestní stadium se však mohou střídat. Časná latence probíhá do dvou let od nákazy, poté se jedná o latenci pozdní, jež trvá 5, 10 a 20 i více let (Páralová, 2011).

#### 3. stadium – terciární syfilis

Pro terciární syfilis (poslední stadium) je typické orgánové postižení, většinou jednoho orgánu. Často se projevuje růžovými až purpurovými hrboly (*gumma*) postihujícími kůži,

dlouhé kosti a lebku. Mohou být různých tvarů a velikostí a také se rozpadat. Pokud je syfilis neléčená, může docházet asi u 10 % případů do 5 – 15 let po nákaze ke kardiovaskulárním obtížím, jako je zánět aorty, který může postoupit až k výduti srdeční tepny s hrozící rupturou. Nejzávažnějším symptomem je postižení centrální nervové soustavy (neurosyfilis), které nastává asi u 6-7 % postižených, u kterých nedošlo k léčení (Poláčková, 2008).

Pozdní neurosyfilis se může projevovat i desítky let po infikování. Postižen je mozek, mícha, míšní nervy a klinicky se projevuje takzvanou chůzí „parádního marše“, zřetelnými bolestmi orgánů, ztrátou reflexů a charakteristickými malými zornicemi. Tento stav vždy končil invaliditou. Další variantou je forma paralysis progressiva, kde dochází i ke změně osobnosti, demenci a úplnému rozpadu osobnosti. Nutno říci, že díky nabídce dnešní léků, konkrétně antibiotik, je třetí stadium syfilis spíše ojedinělé (Záhumenský, Jilich, & Vaňousová, 2015).

### **3.1.3 Měkký vřed (ulcus molle)**

Pro tuto nemoc jsou příznačné mnohočetné, křehké bolestivé vředy na genitálu. Nakažlivost je vysoká a je možná pouze skrze pohlavní styk. Měkký vřed se vyskytuje u mužů, u žen toto onemocnění probíhá asymptomaticky – ženy jsou přenašečkami. Inkubace je nejčastěji 2-3 dny (Nožičková et al., 1997).

Pokud se však u žen onemocnění manifestuje, objevují se bolestivé vředy na ženském genitálu nebo okolo řitního otvoru. Vředy snadno krvácejí, hojí se vtaženými jizvami. Také dochází ke zduření tříselných uzlin s abscesy. Ulcus molle je onemocnění časté v Asii a Africe, v České republice se neobjevilo od roku 1991 (Páralová, 2011).

### **3.1.4 Granuloma inguinale**

Jedná se o onemocnění, které se vyskytuje především v oblastech tropů a subtropů, jako je jižní Indie, Čína, Nová Guinea, Severní Austrálie, střední a jižní Afrika. Díky migraci však došlo i k nahlášení případů v Evropě nebo USA. Původcem je bakterie zvaná *Donovania granulomatis*. Infekce je usnadněna nízkým stupněm hygieny a též vysokou promiskuitou. Nakažlivost je ale poměrně malá (Nožičková et al., 1997).

Pro granuloma inguinale je charakteristický nehojící se vřed na pohlavním ústrojí, naopak se zvětšuje a je vyplněn „granulacemi červeného sametovitého vzhledu“ (Poláčková, 2008, s. 76). Nedochozí ke zduření uzlin, pouze sekundárně. Vřed se pak nadále šíří až směrem k řitnímu otvoru. Inkubace se pohybuje mezi 7 a 50 dny (Poláčková, 2008).

### **3.1.5 Venerický lymfogranulom (lymphogranuloma venereum)**

Původcem je *Chlamydia trachomatis* (sérotyp L1–L3) a můžeme ji přenést pouze pohlavním stykem. Toto onemocnění je v oblastech střední Evropy též vzácné. Klinicky se projevuje symptomy, jako jsou horečka, zimnice, bolesti kloubů, hlavy a můžeme také pozorovat nechutenství k jídlu. Do 4 týdnů po infekci se vytvoří papule s erozí (červený pupínek bez hnisu). Hnisají však uzliny (u mužů tříselných, u žen spíše pánevních), které vytváří výdutě. Zánět může pokračovat i do okolních tkání (například do oblasti řitního otvoru) a může nastat velké zvětšení genitálií (elefantiáza) (Páralová, 2011).

Ačkoli se toto onemocnění na našem území nevyskytovalo, dle Státního zdravotnického ústavu (SZÚ, 2019) nahlášených případů onemocnění venerickým lymfogranulomem začalo v posledních několika letech přibývat.

### **3.1.6 Chlamydie**

Chlamydiové infekce patří mezi nejčastější pohlavně přenosné nemoci a jsou způsobené chlamydií *trachomatis* (sérovary D – K). Největší výskyt tohoto onemocnění je u žen mezi 16–19 lety a u mužů mezi 20–24 lety. Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 7 až 21 dnů. U mužů se projevuje jako zánět močové trubice (dokonce stojí za 35 – 50% všech nespecifických uretritid), může dojít však i k zánětu prostaty a bez léčby nakonec i k neplodnosti. Jedinec pociťuje pálení a řezání močové trubice, může se objevit i otok a výtok. Asi u 40 % postižených se neobjevují žádné příznaky (Dvořáková, 2009).

U žen se chlamydiová infekce tohoto typu projevuje jako zánět děložního hrdla nebo močové trubice. Žena může zpozorovat výtok, potíže s močením, krvácení mimo menstruační období nebo po pohlavním styku. Onemocnění může progredovat na endometritidě a být příčinou mimoděložního těhotenství nebo neplodnosti. Je důležité zmínit, že ve vysokém procentu případů (70 %) žena nepozoruje žádné symptomy (Záhumenský et al., 2015).

Dle Záhumenského et al. (2015) chlamydiová infekce též spadá mezi onemocnění, která podléhají povinnému hlášení. Mezi rizikové faktory patří adolescentní věk, více sexuálních partnerů nebo nový partner v poslední době a opakované nechráněné pohlavní styky. Přenos je možný pohlavním stykem (jak vaginálním, orálním nebo análním) a riziko přenosu mezi partnery je až 75 %.

### **3.1.7 Trichomoniáza**

Dle Záhumenského et al. (2015) je trichomoniáza nejběžnější vyléčitelná nákaza na světě a způsobuje ji parazit *Trichomonas vaginalis* (bičenka poševní). Přestože k přenosu dochází též pohlavním stykem, je toto onemocnění zajímavé díky několika faktům – výskyt trichomoniázy narůstá s věkem pacientek, existuje rasová závislost (větší výskyt u černošské rasy) a až 85 % nákaz probíhá bez zjevných příznaků.

Pokud onemocnění probíhá symptomaticky, pak se až u třetiny pacientek příznaky objeví až po půl roce. Ženy vypovídají o pálení, zápachu pochvy nebo výtoku, který může být nespecifický. Přítomné mohou být také bolesti břicha nebo obtíže s močením (Záhumenský et al., 2015).

U 90 % mužů toto onemocnění probíhá bezpříznakově, infekce ale může spontánně zmizet. Mezi příznaky pak patří chronický zánět močových cest provázený výtokem a řezavou bolestí a pálením při močení. Jako komplikace se může objevit například zánět žaludu a předkožky, zánět prostaty nebo zánět varlete a nadvarlete. Přenos infekce je nejčastěji možný pohlavním stykem, ale též kontaminovanou vodou nebo prádlem a u novorozence průchodem porodními cestami (Páralová, 2011).

### **3.1.8 Genitální herpes**

Jedná se o genitální opar způsobený virem herpes simplex, který může být 1., nebo 2. typu. Dříve se HSV1 (1. typ) vzhledem k umístění na těle nazýval jako labiální a HSV2 (2. typ) jako genitální. Dnes však toto rozdělení neplatí vzhledem k orogenitálním sexuálním praktikám, při kterých mohou rty i genitál být infikovány oběma typy viru. Vir herpes simplex po prvotní infekci přetrvává v nervových gangliích v latentním stavu, díky čemuž se může opar opětovně objevit, když k tomu má v těle vhodné podmínky – například, když je tělo oslabeno stresem, menstruací, imunosupresí nebo dokonce i osluněním (Páralová, 2011).

Infekce díky tomuto fenoménu reaktivace v podstatě u jedince přetrvává celý život. Přenáší se z člověka na člověka – buď přímým kontaktem nebo takzvanou autoinokulací (infekce další oblasti na těle, která se šíří z oblastí jiných, již infikovaných). Doba inkubace je asi 3–5 dnů a začíná primoinfekcí, která probíhá s příznaky, jako jsou zvýšené teploty až horečka, bolesti hlavy, svalová slabost. Infekce může proběhnout i asymptomaticky, ale pokud je manifestována, pak se v oblasti genitálu objevují puchýřky nebo vřídky o

velikosti 1–3 mm, které praskají a tvoří se eroze. Při opětovné infekci jsou příznaky většinou mírnější (Dvořáková, 2009).

### **3.1.9 Virové hepatitidy**

Existuje virová hepatitida typu C a B. VHB může zároveň probíhat s hepatitidou D, která však nemůže probíhat samostatně. VHB je nakaženo okolo 350 milionů osob, u VHC je číslo menší, odhad se pohybuje okolo 170 milionů jedinců. Obě onemocnění mají nízkou prevalenci v ČR a jsou způsobeny virem – u VHB jde o DNA virus a u VHC se jedná o virus RNA (Záhumenský et al., 2015).

Přenos obou infekcí je možný různými způsoby, u VHB se sexuální přenos podílí přibližně na 50 % případů, u VHC není sexuální přenos příliš snadný. Navíc infekce VHC probíhá velmi často bezpříznakově, žloutenka se projevuje většinou kvůli jinému hepatálnímu onemocnění nebo většímu abúzu alkoholu. Infekci VHB pak může předcházet řada prodromálních příznaků, jako jsou gastrointestinální potíže, nevolnost, nechutenství, zvracení nebo bolesti kloubů. Následně, asi za 1 až 2 týdny, dochází k rozvoji žloutenky a poté se může objevit vylučování tmavé moči nebo světlé stolice (Záhumenský et al., 2015).

### **3.1.10 HIV a AIDS**

HIV-1 a HIV-2 jsou viry čeledi Retroviridae a jedná se o viry lidské imunodeficiencie (angl. human immunodeficiency virus), které jsou původcem onemocnění AIDS (syndrom získané imunodeficiencie). Toto onemocnění bylo poprvé popsáno v USA v roce 1981 a od té doby je léčba HIV jedním z nejvýraznějších úkolů současné medicíny (Machala, 2014).

Infekce HIV není jen otázkou jednotlivých pacientů a samotných zdravotníků, nýbrž i výzvou pro nadnárodní organizace. HIV pandemie totiž za více než 30 let postihla asi 60 milionů osob, přičemž pro téměř polovinu z nich byla smrtelná. Konkrétně v České republice bylo v únoru roku 2014 diagnostikováno 2172 infikovaných jedinců a více než 200 z nich onemocnění podlehl (Kulířová, 2014).

Bohužel počet infikovaných neklesá. Dle SZÚ (2019) bylo ke konci roku 2019 zjištěno přes 4000 HIV pozitivních osob, a to převážně mužů (3408 mužů ku 643 ženám). Je však pravděpodobné, že existuje ještě mnohem více neodhalených případů.

Infekce HIV je přenosná krví a sekrety pohlavního ústrojí (sperma a vaginální sekret). V dalších tělesných tekutinách, jako je pot, slzy, sliny nebo moč se virus HIV vyskytuje v minimálním množství. Přenos HIV je tedy možný krevní transfuzí HIV pozitivní krve,

intravenózní aplikací – například injekční aplikací drog, poraněním sliznice a pohlavním stykem, vaginálním i análním. Právě sexuální přenos je nyní hlavní cestou přenosu, protože sliznice pohlavního ústrojí na rozdíl od kůže neposkytují bariérovou ochranu. Přenos usnadňují další pohlavní nemoci (například herpes simplex či kapavka). Vůbec nejrizikovější sexuální praktikou je pak anální sex. Přenos HIV infekce je možný i z matky na dítě, a to během těhotenství nebo porodu (Machala, 2014).

V České republice bylo v roce 2019 evidováno celkem 2367 případů homosexuálního nebo bisexuálního přenosu, 870 případů heterosexuálního přenosu a 129 případů přenosu u injekčních uživatelů drog. Zaznamenaných případů přenosu HIV z matky na dítě bylo celkem 9 (SZÚ, 2019).

Klinický obraz HIV infekce je rozmanitý a liší se v jednotlivých fázích onemocnění. Je však možné mnohaletý (léčbou neovlivněný) průběh této infekce rozdělit do 3 stadií klasifikovaných kategoriemi A až C.

- Kategorie A (asymptomatické stadium) - jako první nastupuje takzvaná primoinfekce neboli akutní HIV infekce, která trvá relativně krátkou dobu, začíná 2 až 6 týdnů po nakažení a její příznaky se rozvíjejí u zhruba 70 % nakažených. Zbýlých 30 % nemusí pociťovat příznaky žádné. Mezi příznaky patří horečka, zvětšení lymfatických uzlin, bolesti v krku a nesvědívá vyrážka. Poté tyto příznaky kompletně ustupují a přichází asymptomatické stadium. Jak již název napovídá, jedinec je bez jakýchkoli klinických příznaků. Velkým problémem této fáze je vysoká nakažlivost a zároveň poměrně málo charakteristické symptomy.
- Kategorie B (symptomatické stadium) – v tomto stadiu dochází k mírně nebo středně významnému deficitu buněčné imunity. Ten podmiňuje různá onemocnění, jako je například trombocytopenie, periferní neuropatie, meningitida, horečka, soor, recidivující pásový opar atd. Tato onemocnění se však mohou vyskytovat i sama o sobě bez HIV infekce, což diagnostiku HIV neulehčuje. Část nemocných však i tuto fázi může překonat bezpříznakově.
- Kategorie C (stadium AIDS) – po 8 až 10 letech od vstupu HIV do lidského organismu se u velkého procenta infikovaných rozvinou první příznaky AIDS. I v této fázi se vyskytují různá onemocnění, především oportunní infekce a některé typy nádorových onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje pneumonie způsobená *Pneumocystis jirovecii*, která nastupuje pozvolna, postihuje plíce oboustranně a



nereaguje na obvyklou antibiotickou léčbu. V případě neléčené infekce dochází k nutnosti použití plicní ventilace a leckdy je pro pacienta tento průběh fatální. Dále je typická encefalitida způsobená *Toxoplasmou gondii*, která se může projevovat náhle vzniklým bezvědomím, epileptickými záchvaty nebo poruchou některého ze smyslů. Z nádorových onemocnění je charakteristický především Kaposiho sarkom nebo primární mozkový lymfom. Typický bývá i významný váhový úbytek nebo AIDS demence (Jilich, 2014).

I přes velké snahy dosud nebyla vynalezena vakcína, která by zajistila prevenci proti infikování virem HIV. Díky nezměrnému úsilí vědců a vysokým finančním částkám věnovaným do vývoje účinné vakcíny a léčby však i tak došlo k velkým pokrokům. Významným mezníkem v léčbě HIV infekce byl rok 2001 díky vyvinutí účinné antiretrovirové terapie a schválení klinického aplikování nyní celosvětově používaného tenofoviru, jehož objevitelem byl vědec české národnosti profesor Antonín Holý. Tato léčba je bohužel stále finančně nákladná, a proto je pro mnoho infikovaných jedinců především v rozvojových zemích nedostupná. I přesto je od roku 2013 HIV onemocnění díky úspěšnému vývoji léčby považováno za chronické onemocnění, jelikož došlo k výraznému zvýšení kvality života i zdraví HIV pozitivních pacientů (Kulířová, 2014).

Mezi HIV pozitivní pacienty často patří jedinci mladšího a středního věku. Samo sdělení diagnózy s sebou přináší mnoho zásadních změn – v psychice, životním stylu, rodině apod. Někteří jedinci se s diagnózou vyrovnají celkem brzy, jiní s jejím přijetím bojují poměrně dlouhou dobu. Každopádně HIV pozitivita, alespoň zpočátku, je výrazným psychickým zatížením pro člověka a je spojena se značným společenským stigmatem. Přesto si většina pacientů i nadále přeje vést sexuální život. Je nutné, aby pacienti infikovaní HIV o své diagnóze informovali své sexuální partnery a dodržovali pravidla bezpečného sexu – tedy používali kondom. HIV negativnímu partnerovi je ale i tak doporučováno chodit na pravidelné testy. Kondom musí používat také oba HIV pozitivní partneři, protože mohou mít odlišný typ HIV. Virus dokáže rychle mutovat a infekce odlišným kmenem viru by byla dalším zatížením imunitního systému (Kulířová, 2014).

### **3.2 Nechtěná těhotenství a případné následky**

Přechod ze svobodného života k mateřství či rodičovství je důležitým, i když stresujícím milníkem nejen v životě ženy, ale i muže. Přináší s sebou mnoho rizikových faktorů, ať už

psychologických, manželských nebo ekonomických (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, & Meyers, 1992).

To platí o to víc v případech, kdy je těhotenství ženy neplánované. Takové těhotenství je buď nechtěné, špatně načasované nebo případně ambivalentně pociťované. Je často spojeno se sociálními a ekonomickými znevýhodněními (Mohllajee, Curtis, Morrow & Marchbanks, 2007).

Konvenčně se tedy těhotenství dělí do dvou základních kategorií – plánovaných a neplánovaných těhotenství. Do kategorie neplánovaných těhotenství spadá těhotenství nechtěné a těhotenství časově nevhodně naplánované. Časově nevhodně naplánované těhotenství se od nechtěného ale liší minimálně v kontextu a není vhodné tato těhotenství zaměřovat (Maxson & Miranda, 2011).

Neplánovaná těhotenství nejsou vzácným jevem. Například ve Spojených státech amerických v roce 2001 byla odhadována téměř polovina všech těhotenství jako neplánovaných a přibližně polovina všech neplánovaných těhotenství skončila umělým potratem. Také existuje předpoklad, že počet neplánovaných těhotenství v americké populaci spíše stále roste, protože počet žen, které jsou v rizikové skupině vzhledem k neplánovanému těhotenství a používají kontracepční prostředky, klesl, a zároveň počet dětí z neplánovaných těhotenství vzrostl (Finer & Henshaw, 2006).

Dle Singhové, Sedghové a Hussainové (2010) z odhadovaných celkových 208 milionů těhotenství v roce 2008 vyskytujících se globálně pak připadá 86 milionů neplánovaným těhotenstvím, z toho 33 milionů skončilo živým porodem, 41 milionů umělým potratem a zbylých 11 milionů spontánním potratem. Celkově však autorky konstatují, že celosvětově počet neplánovaných těhotenství klesl o 20 %, konkrétně z 69 na 55 na 1000 žen během let 1995 až 2008. Větší pokles byl znatelný ve vyspělejších zemích, kde pokles připadal na 29 % (z 59 % na 42 %). Nejnižší hodnoty se týkaly Evropy (49 % na 38 %). I přes celkový pokles neplánovaných těhotenství je však nutno konstatovat, že se stále jedná o poměrně vysoká čísla.

Neplánovaným těhotenstvím je věnována velká pozornost, protože s sebou přináší řadu rizik. Mezi ně patří například nevhodné až rizikové chování matky (kouření, konzumace alkoholu, zanedbání včasné prenatální péče apod.), nižší porodní hmotnost dítěte, předčasné porody, novorozenecká úmrť a úmrť matky (Maxson & Miranda, 2011).

Studie Mohllajee et al. (2007) se zabývala případnými neblahými následky takových těhotenství. Data získali z PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) o 87 087 ženách, které porodily mezi lety 1996 až 1999. I v tomto vzorku se celkově až 50 % žen přiznalo k neplánovanému těhotenství. Z toho u žen, které popsaly své těhotenství navíc jako nechtěné, se vyskytovala větší pravděpodobnost předčasného porodu. Dále ženy pociťující ambivalenci vůči svému těhotenství pak pravděpodobněji rodily děti s nižší porodní vahou. Sami výzkumníci však upozorňují, že nemohou určit tyto vztahy jako kauzální.

Dle Maxsonové a Mirandové (2011) se též psychologické zdraví liší mezi matkami, které považují své těhotenství za a) chtěné, b) časově nevhodně naplánované nebo c) nechtěné. Ženy s nechtěným těhotenstvím vykazovaly z těchto 3 kategorií nejvyšší stupně deprese, výskyt stresu a nejmenší známky podpory. Ženy s časově nevhodně naplánovaným těhotenstvím se pak v dimenzi psychické pohody pohybovaly mezi chtěným a nechtěným těhotenstvím.

Nešťastným stavem po porodu ženy může být například klinická deprese. Podle Campbellové et al. (1992) se rozvíjí u okolo 10 % žen. Výsledky jejich výzkumu naznačují, že depresemi po porodu trpí častěji ženy, které již epizodu deprese před narozením potomka absolvovaly a že tyto ženy méně často těhotenství plánovaly. Ačkoli neplánovanost těhotenství mohla být samotným symptomem, vypořádávání se s následky neplánovaného těhotenství mohlo přispět k pocitům ztráty kontroly, obavám nebo partnerským konfliktům.

Matky potýkající se s poporodní depresí si mohou připadat jako špatné matky, které ve své roli rodiče selhaly. Jejich adaptace na nový životní styl, péči o dítě a nové aspekty jejich partnerského vztahu jsou pro ně obzvláště náročné. Popisují pocity smutku, beznaděje, odcizení a také někdy pocity viny kvůli všem těmto emocím nebo emocionální ambivalenci, kterou pociťují ke svému dítěti. Také se zdá, že tyto matky vykazují odlišné chování vůči svému narozenému dítěti. Dle hodnocení interakce matka – dítě v domácím prostředí na základě 2 až 3 hodinového pozorování byla shledána nižší kompetence těchto žen jako matek na rozdíl od ostatních žen z kontrolní skupiny. Tyto ženy byly dítětem méně zaujaté, méně se jako matky angažovaly, vůči dítěti byly méně citlivé, přívětivé a z péče o svého potomka měly menší radost. V některých případech bylo možné pozorovat až neskrývanou zlost nebo hostilní komentáře na adresu dítěte během rozhovoru

s výzkumníkem. Lze tedy konstatovat, že dvouměsíční děti depresivních matek dostávaly méně náležitou a citlivou péči, a naopak více negativní a odmítající péči. Pokud by tento vzorec chování matky měl pokračovat i do budoucna, pak by dlouhodobě taková péče a výchova mohla mít negativní vliv na sociální a emocionální vývoj dítěte a způsobit nejistotu ve vazbě s matkou (Campbell et al., 1992).

Ojedinelý a zároveň velmi významný výzkum ohledně nechtěných těhotenství a jeho vlivu na samotné děti stále připadá českému profesorovi Zdeňku Matějčkovi. Počátkem 70. let sledoval vývoj více než 200 nechtěných dětí (jejich matkám byl zakázán umělý potrat) do dospělosti. Zjistil, že negativní postoj matky k těhotenství a dítěti vede k neblahým důsledkům pro dítě a je možné ho považovat za rizikový faktor pro jeho psychický vývoj. V dospělosti tito jedinci v porovnání s kontrolní skupinou vykazovali mnohem více problematických vztahů k sobě i sociálnímu okolí. Například, u žen se častěji vyskytovala rozvodovost nebo umělá přerušení těhotenství (Vymětal, 2008).

Celkově lze konstatovat, že žena může mít plánované a zároveň chtěné těhotenství, dále časově nevhodné, přesto chtěné těhotenství a nakonec neplánované a zároveň nechtěné, které má nejzávažnější důsledky pro matku i dítě. Velmi často taková těhotenství končí umělým přerušením.

### **3.2.1 Umělá přerušení těhotenství**

Umělý potrat není žádným vzácným jevem. V 2008 bylo v celosvětovém měřítku 20 % všech těhotenství zakončeno umělým potratem, v Evropě pak 28 %. Zhruba polovina všech neplánovaných těhotenství skončila umělým potratem.

Konkrétně v ČR jsou hodnoty umělého přerušení těhotenství nižší. Dle statistik z roku 2016 bylo u nás provedeno 13,69 % umělých potratů. Toto procento je ze všech ukončených těhotenství (kam spadají též spontánní potraty 24,11 % a narozené děti 75,89 %). Tedy, téměř 14 žen ze 100 těhotných přerušilo těhotenství (ÚZIS, 2018).

Je otázkou, jak uměle přerušené těhotenství může působit na psychiku ženy. Mezi potenciálními neblahými následky potratu bývají citovány psychologické problémy či poruchy, jako jsou deprese, úzkosti, zneužívání návykových látek, sebevražedné chování nebo sebepoškozování. Dosavadní výzkumy však poskytují kontroverzní a nekonzistentní výsledky. Zda tento zákrok představuje zvýšené (případně snížené) riziko psychických poruch u žen s nechtěným těhotenstvím je stále nejasným tématem, a to z několika důvodů. Výzkumy s touto problematikou jsou často zatíženy nepříliš vysokou validitou kvůli

neadekvátnímu zjištění vystavení se interrupci, limitovanému zhodnocení dopadů na mentální zdraví a selhání v kontrole nežádoucích proměnných. Mezi další zátěže těchto výzkumů pak patří samotná etická ideologie výzkumníků, tlaku pro-life („pro-život“) a pro-choice („pro-volbu“) hnutí, která svá silná tvrzení staví na slabém výzkumném základě (Fergusson, Horwood, & Boden, 2008).

Rozporuplné výsledky mohou reprezentovat následující příklady studií. Například, Reardon a Cogle (2002) v národní longitudinální studii v USA uvádí, že ženy, které v důsledku neplánovaného prvního těhotenství podstoupily umělé přerušování tohoto těhotenství, byly ohroženy větším rizikem propuknutí klinické deprese v porovnání s ženami, které své první dítě donosily.

Naopak výsledky studie Schmiegové a Russoové (2005) tato zjištění nepotvrzují. Na místo toho jejich výsledky poukázaly na to, že skupina žen, která porodila, měla signifikantně vyšší riziko klinické deprese oproti ženám, které těhotenství přerušily.

Fergusson et al. (2008) analyzovali data longitudinální studie z Nového Zélandu trvající 30 let. Zaměřili se na data nasbíraná od více než 500 žen do věku 30 let, jež se týkala především nechtěných těhotenství a jejich dopadu na psychologické zdraví. Participantky byly dotazovány na historii jejich těhotenství, chtěnost či nechtěnost těhotenství, jejich reakci (do jaké míry pro ně bylo těhotenství stresující), zasazení v čase a vyústění těhotenství (umělý potrat, přirozený potrat, porod živého dítěte při nechtěném těhotenství, porod živého dítěte při chtěném těhotenství). Dále byly ženy dotazovány na jejich mentální zdraví (příznaky jako deprese, úzkostná porucha, sebevražedné chování, alkoholová závislost, závislost na jiných návykových látkách a další).

Nejdůležitějším zjištěním této studie bylo, že i přes rozsáhlé kontroly možných a současně se vyskytujících nežádoucích proměnných, ženy, které prodělaly umělý potrat, měly hodnoty týkající se psychických poruch o 30 % vyšší než ostatní ženy. Nejčastěji spojené problémy byly úzkostné poruchy a zneužívání návykových látek. Je ovšem nutné zmínit, že ačkoli naměřené hodnoty byly vyšší, celkový efekt umělého potratu na tyto hodnoty se ukázal být malým (odhad tohoto efektu se pohyboval mezi 1,5 – 5,5 %). Zdá se tedy, že kauzální vliv umělého přerušování těhotenství na psychické zdraví žen je velmi malý (Fergusson et al., 2008).

V navazující studii Fergusson, Horwood a Boden (2009) vyslovují myšlenku, že pro případný vznik psychických poruch je důležité, jak moc žena vnímá samotné uměle

přerušené těhotenství jako stresový faktor, ohrožení nebo provinění. Jinými slovy, stanovují hypotézu, že jakékoli neblahé vlivy umělého potratu při nechtěném těhotenství na mentální zdraví budou omezeny pouze na ženy, které popisují významný distres ohledně umělého potratu.

Reakce žen na umělé přerušování těhotenství jsou totiž různorodé. Podle literatury ženy vykazují vysoké hodnoty jak pozitivních, tak negativních reakcí na umělý potrat. Ženy v tomto výzkumu vypovídaly o negativních reakcích, jako jsou truchlení, vina, ztráta a podobné pocity. Přes 85 % žen jmenovalo alespoň jednu z těchto reakcí, třetina pak vypovídala o 5 a více reakcích. Ovšem tyto negativní pocity byly vyváženy pozitivními odezvami, jako bylo štěstí, úleva a spokojenost. Přes 85 % respondentek tohoto výzkumu jmenovalo tyto reakce a co více, 90 % respondentek ve věku 30 let prohlásilo, že rozhodnutí podstoupit umělé přerušování těhotenství bylo správné (pouze 2 % žen prohlásilo, že dané rozhodnutí bylo nesprávné), což je v souladu předchozími výzkumnými zjištěními, kdy ženy zřídka kdy litují svého rozhodnutí v souvislosti s umělým potratem (Fergusson et al., 2009).

Další fází analýzy tohoto výzkumu byl vztah mezi mírou negativní reakce ženy na umělý potrat a rizikem následných psychických poruch. Výsledky ukázaly, že riziko následných psychických problémů je tím vyšší, čím vyšší je distres, rozrušenost nebo vina ženy spojená s umělým potratem. Ženy, které uvedly alespoň jednu negativní reakci, měly hodnoty psychických poruch přibližně 1,4 – 1,8 krát vyšší než ostatní ženy, které potrat nepodstoupily. Obecně lze shrnout, že nechtěné těhotenství končící umělým přerušením je pro ženu negativním životním zážitkem, který zvyšuje riziko mentálních poruch s tím, že riziko je úměrné stupni distresu spojeného s tímto zákrokem (Fergusson et al., 2009).

Doposud jsem v souvislosti s umělými potraty zmiňovala pouze ženy. Jen velmi málo pozornosti se v této oblasti věnuje mužům. V poslední době však vyvstala poměrně závažná otázka mužských práv v rozhodování o umělém potratu, která je sice velmi zajímavá, ale přesahuje rozsah této práce.

Co se však týče psychologických aspektů, dle Coyleové (2007) muži sami o sobě nepohlíží na potrat jako na příznivou zkušenost. Tito muži mohou bojovat s ambivalencí před i po umělém přerušování. Stejně jako u žen však přerušování těhotenství může přinést určitou úlevu. Mezi další emoce následující potrat a vyskytující se u mužů jsou úzkost, truchlení, vina nebo bezmocnost. Někteří muži mají tendenci se podřídit rozhodnutí ženy a snaží se

potlačit své vlastní pocity, aby mohly svou partnerku podpořit. Vlivy umělých přerušení na muže a jejich vztahy v delším časovém horizontu jsou však stále nejasné.

## **4 Kondom jako prevence negativních důsledků**

V předchozí kapitole jsme představili závažné důsledky nechráněného pohlavního styku, kterým však lze v naprosté většině případů předejít. Mezi nejefektivnější metody ochrany proti pohlavním onemocněním a nechtěnému těhotenství patří mužský kondom (prezervativ). Jedná se o latexovou či polyuretanovou zdravotní pomůcku, která se používá při pohlavním styku tak, že se navléká na penis. Díky latexovému materiálu je kondom nepropustný pro tekutiny a patogeny. Z toho důvodu bývá nazýván jako bariérová ochranná metoda (Jedlička, Stupka, & Kubátová, 2007).

Kondom je proto doporučován pro prevenci pohlavně přenosných infekcí především pro jedince s větším počtem sexuálních partnerů nebo při sexuálním styku s jedincem, jehož zdravotně-infekční stav není znám. Tato metoda, stejně jako ostatní metody, vyjma absolutní abstinence, může selhat (sklouznutí, prasknutí kondomu). Pokud k tomu dojde, je to způsobené nesprávným použitím nebo vlastním selháním prezervativu. Riziko selhání se pohybuje mezi 0,5-6 % případů (Záhumenský et al., 2015).

Například, efektivita kondomu se konkrétně v případě přenosu HIV infekce stanovuje na 84 %. Jinými slovy, jedinec, který má pohlavní styk s HIV pozitivní osobou, snižuje riziko nákazy o 84 %. U ostatních pohlavních chorob se je hodnota efektivity podobná vyjma genitálních bradavic, protože jejich přenos je umožněn i manuální manipulací s postiženým místem (Záhumenský et al., 2015).

### **4.1 Typy kondomů a materiály**

Na trhu je dnes mnoho typů kondomů a pro jeho správné použití je nutné vybrat vhodný tvar, velikost a šířku. Dva nejobvyklejší jsou takzvané „klasické“ a „anatomické“ kondomy. Klasický kondom je po celé své délce stejně široký, na rozdíl od něj je anatomický v horní části širší než v oblasti kořene penisu. Kondomy mají tedy také různou velikost (většinou od S po XL), která se určí podle délky penisu. Kondom by měl ideálně sahat až ke kořeni penisu, pak je penis nejvíce chráněn před pohlavními nemocemi. Pokud je kondom kratší než penis, je odhalená část pokožky více ohrožena. Snad nejdůležitější je však šířka kondomu, protože je-li větší, hrozí sklouznutí, naopak příliš těsný kondom může vyvolat u muže nepříjemné pocity. Pojmeme šířka kondomu je myšlena šířka kondomu na

plochém povrchu, neboli polovina obvodu mužova penisu. Aby kondom muži dobře seděl, měl by si muž kondom vybírat tak, aby obvod jeho penisu byl o něco větší než dvojnásobek uvedené hodnoty na balení kondomů (Jedlička et al., 2007).

## **4.2 Další možnosti ochrany**

Existuje i ženská varianta kondomu – takzvaný femidom. Je užíván intra-vaginálně a je též efektivní a bezpečný i z hlediska pohlavních nemocí, ale není užíván tak široce jako mužský kondom („Sexually transmitted infections“, 2019).

Femidony jsou vyrobené z polyuretanu. Jejich výhoda je ta, že je žena může použít i bez souhlasu muže. Vzhledem k tomu, že u nás nejsou moc užívány, je lze sehnat pouze v sexshopech (Jedlička et al., 2007).

Kromě úplné sexuální abstinence je další z možností, která by měla přispět k ochraně zdraví a zodpovědnému sexuálnímu jednání, sexuální výchova a poradenství. Výsledkem takové výchovy by měl být pozdější nástup sexuálního styku v životě jedince, nižší počet sexuálních partnerů, snížení počtu nechráněných pohlavních kontaktů – častější používání kondomů a antikoncepce (Záhumenský et al., 2015).

Existují i jiné kontracepční metody, jako například hormonální antikoncepce či nitroděložní tělísko (Teslík, 2014). Vzhledem k tomu, že tyto metody jedince neochrání před pohlavními nemocemi, se jimi v této práci nebudu dále zabývat.

## **5 Teorie odůvodněného jednání a teorie plánovaného chování**

V následujících kapitolách představíme dvě teorie, které se zabývají vysvětlením a predikcí nejrůznějších druhů chování v oblasti sociální psychologie a psychologie zdraví. Oba modely chování spolu úzce souvisí a s jejich pomocí se pokusíme potvrdit výzkumné hypotézy této práce.

Jedná se tedy o teorii odůvodněného jednání (Theory of Reasoned Action, TRA) a teorii plánovaného jednání (Theory of Planned Behavior, TPB). Obě dvě „vymezují omezený počet psychologických proměnných, které mohou ovlivnit chování, konkrétně se jedná o a) záměr; b) postoj k chování; c) subjektivní norma; d) vnímaná kontrola chování a e) behaviorální, normativní a kontrolní přesvědčení“ (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001, s. 142).



Oba tyto sociálně psychologické modely predikce chování na poli psychologie dodnes vzbuzují pozornost a jsou považovány za rozhodující procesní modely. Teorie plánovaného jednání (TPB) historicky vznikla na základě teorie odůvodněného jednání (TRA). Autory TRA jsou Fishbein a Ajzen, TRA v TPB rozšířil Ajzen (Sparks & Conner, 1996).

TRA i TPB byly aplikovány na celou škálu chování v oblasti psychologie zdraví, jako je například cvičení, kouření, užívání drog, vyšetření mamografem, onemocnění HIV nebo obecně pro oblast prevence před pohlavně přenosnými chorobami apod. Obě teorie mohou poskytnout rámec pro výzkum, a tak empiricky identifikovat faktory, na které by se z hlediska prevence chování měla intervence zaměřit (Montaña & Kasprzyk, 2008).

## **5.1 Teorie odůvodněného jednání (TRA)**

Existuje silná podpora pro využití sociálních vědeckých teorií v oblasti zdravotnických intervencí. Jednou z nich je právě TRA, jejíž aplikace poskytla silnou a platnou předpověď u řady různých druhů rozhodnutí (chování), jako jsou například rozhodnutí podstoupit potrat, redukovat váhu, kojit nebo užívat drogy (Baker, Morrison, Carter, & Verdon, 1996).

Teorie odůvodněného jednání (TRA) měla lépe objasnit vztahy mezi postoji (angl. attitudes), záměry (angl. intentions) a chováním (angl. behavior). Předchozí snahy predikovat chování na základě měření postojů totiž selhávaly a někteří teoretici začali pochybovat o postoji jako základním faktoru pro predikci chování. Revoluční myšlenkou Fishbeina, která vedla k vývoji TRA, bylo rozlišení mezi postojem k objektu (například postoj k HIV) a postojem k chování týkajícího se daného objektu (například postoj k použití kondomu). Jinými slovy, předchozí autoři teorií postojů by se zabývali postojem k HIV jako prediktoru chování (HIV prevence). Fishbein ale tvrdil, že lepším prediktorem chování je postoj k samotnému chování, v našem případě tedy postoj k použití kondomu (Montaña & Kasprzyk, 2008).

### **5.1.1 Záměr**

Fishbein a Ajzen v rámci TRA tvrdí, že nejdůležitějším prediktorem zjevného chování je záměr tak konat. Chování je tedy funkcí záměru. Například, jedinec pravděpodobně použije kondom, když je jeho záměrem kondom použít. Záměr je pak ovlivněn postojem k danému chování a subjektivní normou. Postoj vyjadřuje stupeň pozitivního, nebo negativního hodnocení daného chování. Subjektivní norma je osobní přesvědčení o tom,

zda ti nejbližší a nejdůležitější jedinci (například partner) daného aktéra si myslí, že by se měl, nebo neměl zachovat daným způsobem (Albarracín et al., 2001).

Conner, Graham a Mooreová (1999) popisují záměr jako motivaci, vědomý plán nebo rozhodnutí vyvinout snahu provést danou akci.

To ostatně vyjádřil již sám Ajzen. Záměr je podle něj souhrn motivací jedince provést dané chování, *záměry mají zachytit motivační faktory, které ovlivňují chování; jsou prediktory toho, jak moc jsou lidé ochotni dané chování provést, kolik snahy do toho chtějí vložit. Záměr zároveň mediuje vliv ostatních proměnných* (Ajzen in Sheeran and Taylor, 1999, s. 1625).

Všem prediktorům z modelu TRA se budeme věnovat blíže v následujících kapitolách.

### **5.1.2 Postoje**

Bakerová et al. (1996) zmiňují, že postoje jsou především afektivní neboli citové reakce na vykonání daného jednání. *Postoje* mají být predikovány (ovlivňovány) a) přesvědčením/i jedince, jak pravděpodobný je nějaký důsledek daného chování (angl. behavioral beliefs); a b) hodnocením tohoto důsledku (ang. outcome evaluations). Například, jedním z důsledků použití kondomu při pohlavním styku může být snížený pocit prožitku ze sexuálního aktu, a jedinec ho může vnímat jako velmi pravděpodobný či často se vyskytující (behavioral belief). Jako evaluace tohoto důsledku (evaluation outcome) je hodnota, kterou jedinec důsledku přisuzuje, často měřena na bipolární škále dobrý – špatný. V našem příkladě tak může být snížený prožitek hodnocen jako špatný.

V praxi by to znamenalo, že jedinec, který věří, že používání kondomu povede k pozitivním důsledkům a ochrání ho před negativními důsledky, pravděpodobněji bude mít pozitivní postoj vůči používání kondomů (Albarracín et al., 2001).

Postoje se zdají být úspěšnými prediktory záměru a chování. Na základě analýzy 16 studií Ajzen zkonstatoval, že bez jedné výjimky postoje vůči nejrůznějším druhům chování významně přispěly k predikci záměru (Ajzen, 1991).

### **5.1.3 Subjektivní norma**

Subjektivní norma v podstatě referuje, jak jedinec odolává sociálnímu tlaku, aby se určitým způsobem (ne)zachoval. Respektive, jak on sám toto odolávání vnímá. Subjektivní norma, jako jedincem vnímaná sociální norma, je tvořena normativními přesvědčeními (ang. normative beliefs) a motivací vyhovět (ang. motivation to comply). Normativní

přesvědčení se vždy týká různých referentů – v podstatě blízkých osob, ke kterým se jedinec nějak vztahuje. Mohou jimi být například rodiče, kamarádi, partner apod. Jde o nejbližší okolí jedince. Jedná se o přesvědčení, zda daný referent s chováním souhlasí, nebo nesouhlasí. Položka zjišťující subjektivní normu by mohla vypadat například takto: „Moje rodiče si přejí, abych se při sexuálním styku chránil pomocí kondomu“. Motivací vyhovět je motivace udělat to, co si referent přeje (Baker et al., 1996).

## **5.2 Teorie plánovaného chování**

Teorie plánovaného chování (TPB) operuje se stejnými proměnnými jako TRA, ale Ajzen přidal navíc proměnnou vnímané behaviorální kontroly (angl. perceived behavioral control) nad daným chováním. Bere v potaz situace, kdy jedinec nemusí mít kompletní volní kontrolu nad chováním (Ajzen, 1991).

Jak úspěšně TRA vysvětlí určité chování, záleží i na tom, do jaké míry je toto chování pod volní kontrolou jedince. Například, predikce toho, zda jedinec bude v příštích 12 měsících cvičit, může být pomocí TRA velmi úspěšná, jelikož jedinec má velkou volní kontrolu nad takovou situací. Pokud však budeme hovořit o používání kondomu při sexuálním styku, pak volní kontrola jedince klesá, jelikož se tato situace týká standardně 2 jedinců. Volní kontrolu může snižovat řada faktorů, například partner nemusí s použitím kondomu souhlasit. Právě pro takové situace či případy, kdy by složky TRA nemusely postačit k predikci daného chování, přidal Ajzen a kolegové vnímanou kontrolu chování (Montaña & Kasprzyk, 2008).

TPB postuluje, že postoje, subjektivní norma a vnímaná behaviorální kontrola jako prediktory ovlivňují následné chování nepřímo skrze behaviorální záměr, a také to, že vnímaná kontrola ovlivňuje chování přímo do té míry, do jaké reflektuje reálnou kontrolu (Lugoe & Rise, 1999).

### **5.2.1 Vnímaná behaviorální kontrola**

Vnímaná (behaviorální) kontrola je stupeň kontroly (moci) nad daným chováním, jaký jedinec vnímá, že má. Jinými slovy, jak silný má jedinec pocit, že má jednání ve svých rukou a může ho ovlivnit. Tato kontrola je považována za kontinuum od jednoduše proveditelných výkonů po komplexní chování vyžadující speciální schopnosti apod. (Conner et al., 1999).

Vnímaná kontrola je v podstatě významově shodná s konstruktem vnímání vlastní zdatnosti (angl. self-efficacy) Alberta Bandury. Tyto dva koncepty mohou být dokonce zaměnitelné, ačkoli existují někteří autoři, kteří mezi oběma pojmy vidí rozdíly a tvrdí, že by měly být odlišovány (Lugoe & Rise, 1999).

Vnímaná kontrola závisí na přesvědčení o kontrole (angl. control beliefs), což jsou přesvědčení jedince o překážkách nebo ulehčujících faktorech ovlivňujících dané chování. Tyto faktory dané chování tedy mohou usnadnit, nebo ztížit. Faktorem, který může ulehčit použití kondomu, může být například to, že jedinec má kondom u sebe, nebo že kondom má správnou velikost apod. Naproti tomu faktor, který může situaci udělat obtížnější, je třeba nesouhlas partnera s použitím kondomu. Přesvědčení o kontrole konkrétně vyjadřuje, jak moc pravděpodobně se tyto faktory podle jedince během chování vyskytnou (Montaña & Kasprzyk, 2008).

Vnímaná kontrola je ovlivněna ještě vnímanou silou (ang. perceived power), což je v podstatě míra dopadu každého faktoru na dané chování tak, jak to vnímá jedinec. Jinými slovy, jak moc podle něj daný faktor chování ulehčí nebo ztíží (Montaña & Kasprzyk, 2008).

Součástí Ajzenovy myšlenky, proč přidat vnímanou kontrolu jako další proměnnou, bylo to, že chování závisí společně na motivaci (záměru) a schopnostech (behaviorální kontrole). Obojí má mít přímý vliv na chování. Vnímaná kontrola má vliv především, když se jedná o její přesný odhad a když reálná volní kontrola není vysoká. Naopak, když je volní kontrola vysoká (například fyzické cvičení), pak je větším prediktorem záměr a efekt vnímané kontroly je menší (Madden, Ellen, & Ajzen, 1992).

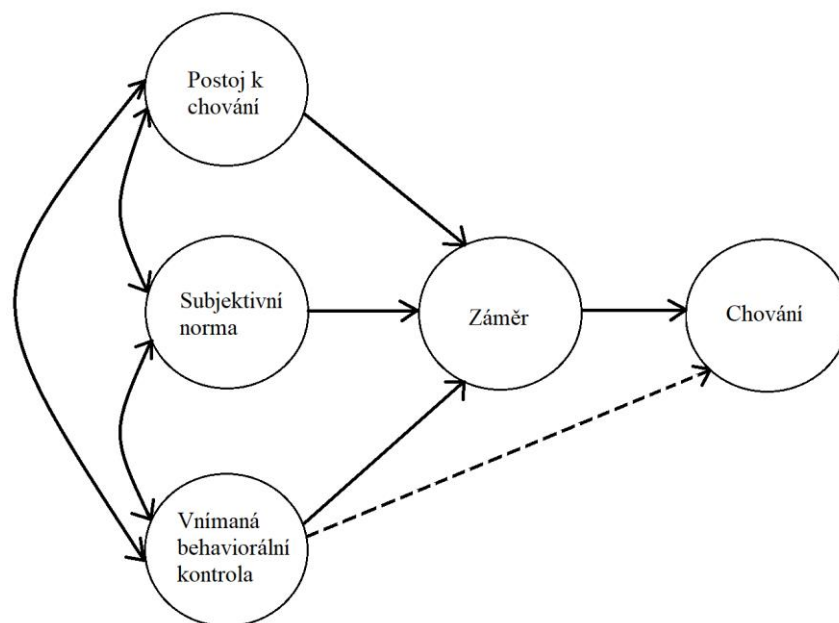
Vnímaná kontrola by teoreticky měla moderovat efekt záměru na chování. Tato hypotéza však nezaznamenala příliš velkou empirickou podporu. Korelace mezi proměnnou vnímané kontroly a vlastního chování byla v některých případech velmi nízká. Když došlo ke kontrole záměru, pak vztah mezi vnímanou kontrolou a použitím kondomu byl 0,06. Je možné, v této doméně vnímaná kontrola nezachytí opravdovou kontrolu (Ajzen, 1991).

Vnímaná behaviorální kontrola má tedy moderovat vliv záměru na chování, zároveň má být nezávislou proměnnou ovlivňující záměr společně s postoji a subjektivní normou. Relativní váhy těchto 3 faktorů determinujících záměr by se měly měnit na základě druhu chování a populací. Vnímanou kontrolu lze měřit přímo, nebo pomocí přesvědčení o

chování (control beliefs) a váhy – vnímané síly (perceived power) (Montaña & Kasprzyk, 2008).

Někteří badatelé se během svého zkoumání na TPB začali v podstatě spoléhat a věnovat se i predikci a pochopení záměru zrealizovat různé druhy chování. Ajzen (1991) podrobil analýze 16 studií, které se věnovaly měření postojů, subjektivní normy, vnímané kontroly a záměru, nikoli však samotnému chování. Dle jeho výsledků lze vysvětlit velký podíl variance záměru těmito třemi prediktory. Mnohočetné korelace se pohybovaly od 0,43 po velmi vysoké hodnoty jako 0,94, s průměrnou hodnotou 0,71. Podstatná informace také byla, že přidáním vnímané kontroly do modelu došlo k znatelnému zlepšení v rámci predikce záměru – její regresní koeficienty byly signifikantní ve všech těchto studiích.

Obrázek 1: Teorie plánovaného chování



### 5.2.2 TPB a používání kondomů

TRA a TPB tedy předpokládají kauzální vztahy mezi přesvědčeními o chování (behavioral beliefs), normativními přesvědčeními (normative beliefs) a přesvědčeními o kontrole (control beliefs), které spojují se záměrem (behavioral intentions) a chováním (behavior) skrze postoje (attitudes), subjektivní normu (subjective norm) a vnímanou kontrolu (perceived control). Tyto kauzální vztahy mezi proměnnými v modelu jsou určeny. Jejich měření a výpočet je jasně stanovený Ajzenem a Fishbeinem, což je poměrně silná stránka těchto teorií (Montaña & Kasprzyk, 2008).

Dle TPB jedinci s větší pravděpodobností použijí kondom:

- a) pokud věří, že toto jednání bude mít pozitivní důsledky (postoj);
- b) pokud věří, že jejich blízcí lidé (referenti) si myslí, že by se tak měli zachovat (subjektivní norma);
- c) pokud cítí, že mají potřebné zdroje nebo možnosti se tak zachovat (vnímaná kontrola), (Conner et al., 1999).

Obě teorie, TRA i TPB, byly použity pro studie zabývající se prevencí HIV. Poměrně působivé množství studií prokázalo, že obě teorie jsou v této oblasti úspěšné. Ať už mezi různými populacemi nebo kulturami (Lugoe & Rise, 1999).

Albarracínová et al. (2001) provedli meta-analýzu s celkově 96 data sety, které testovaly TRA, TPB nebo obojí. Populace figurující ve všech studiích se týkala poměrně mladých jedinců, muži i ženy byly zhruba stejně zastoupeni a častěji se jednalo o skupiny, které byly více ohroženy HIV infekcí. Dle autorů a jejich výsledků se zdá, že TRA a TPB jsou vysoce úspěšnými prediktory používání kondomů. Jedinci tedy použijí kondom s větší pravděpodobností, pokud si k tomu vytvořili odpovídající záměr. Z toho vyplývá, že z hlediska prevence by se metodici prevence měli soustředit především na prediktory TRA nebo TPB. Pokud jsou z hlediska prevence HIV a jiných pohlavních nemocí vyzdvihovány jiné faktory, než které jsou součástí těchto teorií predikujících používání kondomů, pak na nich založená prevence nemusí být dostatečně efektivní.

Metaanalýza ukázala hned několik zjištění:

- To, zda chování bylo měřeno retrospektivně (past behavior) nebo výhledově (future behavior) do budoucnosti, moderovalo velikost vzájemných vztahů mezi jednotlivými proměnnými.
- V rámci používání kondomů, dle analýzy byla průměrná korelace mezi záměrem a budoucím chováním 0,45, což je menší hodnota, než byla zjištěna v rámci jiných typů chování ( $r = 0,53 - 0,62$ ). Jedním z možných vysvětlení je to, že část respondentů (respektive žen) má menší kontrolu nad použitím kondomu než u jiných druhů chování (například chození k volbám).
- Studie, které měřily chování retrospektivně, měly větší hodnotu korelací mezi záměrem a chováním (0,57) než studie, které měřily chování do budoucnosti (0,45).
- Ačkoli samotná korelace mezi vnímanou kontrolou a použitím kondomu (chováním) byla slabá (0,24), dopad této proměnné na chování byl ve skutečnosti

ještě mnohem menší po tom, co se vyloučil vliv záměru (0,05). Vztah mezi těmito proměnnými je také silnější, když je chování měřeno retrospektivně a vnímaná behaviorální kontrola je měřena současně/souběžně (0,34) (Albarracín et al., 2001).

Výsledky metaanalýzy Sheerana a Taylora (1999) potvrzují prediktivní validitu záměru mít bezpečnější sex. Proměnné TRA a TPB měly v průměru střední až silné korelace se záměrem použít kondom, což prokazuje, že tyto modely poskytují empiricky validní rámec pro porozumění a předpovídání motivace (záměru) kondom použít. Mezi záměrem a samotným používáním kondomu byl nalezen (zprůměrovaný) vztah  $r = 0,44$  napříč 28 nezávislými vzorky.

Dle výsledků metaanalýzy byla subjektivní norma v rámci TRA a TPB signifikantním a vysoce spolehlivým prediktorem záměru ( $r = 0,42$ ). Vysokou velikost účinku měla například i norma sexuálního partnera ( $r = 0,50$ ). Takový výsledek by podporoval poměrně logickou úvahu o tom, že pro použití kondomu je nutná spolupráce sexuálního partnera. Vzhledem ke společnému rozhodnutí má postoj sexuálního partnera vliv v rámci daného kontextu (Sheeran & Taylor, 1999).

Průměrná velikost korelace mezi vnímanou behaviorální kontrolou a záměrem použít kondom je pozitivní a střední síly ( $r = 0,35$ ) napříč 24 hypotézami. Tyto výsledky jsou v souladu s výsledky Godina a Koka (1996) ohledně HIV preventivního chování ( $r = 0,22$ ) a naznačují, že vnímaná kontrola je užitečným prediktorem záměru chování. Právě tato proměnná rozlišuje TRA a TPB, takže bylo důležité zjistit, jak vnímaná kontrola přispívá k predikci záměru po regulaci postojů a subjektivní normy jako konstant. Mezi studiemi bylo 15 případů, kde byla provedena regresní analýza pro proměnné TRA a 10 případů pro vnímanou behaviorální kontrolu. Studie v podstatě poskytly důkazy o tom, že vnímaná kontrola je superiorním prediktorem záměru použít kondom. Přírůstek vnímané behaviorální kontroly do regresní přímky byl statisticky významný v 70 % procentech případů a nebyl zanedbatelný, s průměrnou hodnotou 5 %.

Dle Lugo a Rise (1999) je možné usuzovat na to, že behaviorální záměr lze spíše předpovědět z postojů, než ze subjektivní normy. Celkově se tedy zdá, že přidání proměnné vnímané kontroly zlepšilo predikci v oblasti používání kondomu (ačkoli existují studie, které tuto skutečnost nepotvrdily). Rozdíly většinou spočívaly v měření této proměnné (přímou či nepřímou cestou za použití vah), nejasné roli přesvědčení partnera, rozdíly mezi populacemi apod.

## 6 Minulé chování a jeho role

Ačkoli má TPB z hlediska předpovědi chování v mnoha oblastech sociálních jevů všeobecně úspěch a v oblasti zdraví pak obzvláště, bývá i z několika důvodů kritizována. Jedním z problematických aspektů je minulé chování (angl. *past behavior*), což je chování, které se vyskytlo v minulosti jedince. TPB minulé chování jako proměnnou nezahrnuje a zdá se, že v predikci samotného chování či záměru se zachovat určitým způsobem pomocí této teorie pak vzniká určité reziduum, neboli „zbytkový prostor“. Proměnné TPB ho nejsou schopny predikovat, nebo dokonce vysvětlit. Literatura poukazuje na to, že minulé chování by mohlo tento zbytkový prostor vysvětlit (Lugoe & Rise, 1999).

Pohledy na minulé chování a jeho potenciální vliv se mezi autory velmi různí a mnohdy jsou ve vzájemném rozporu. V následujících kapitolách jsou popsány jedny z nejčastějších koncepcí tohoto pojetí.

### 6.1 Minulé chování z pohledu Iceka Ajzena

Minulé chování se zdá být obecně úspěšným prediktorem budoucího chování (angl. *subsequent behavior*) a někteří teoretici ho dávají do souvislosti (či dokonce ztotožňují) se zvykem. V psychologické obci bylo v podstatě vyřčeno, že četnost výskytu minulého chování, což je standartní indikátor síly zvyku, je nejlepším prediktorem pozdějšího chování. Tato souvislost se traduje, ovšem s námitkou, že tento vztah mezi minulým a budoucím chováním není nijak významný. Jednou a zřejmě nejvýznamnější verzí argumentů je to, že minulé chování je v podstatě proměnná „v zastoupení“ (angl. *by proxy*) mnoha dalších psychologických faktorů, které vytvářejí konzistenci reakcí jedince (Ouellette & Wood, 1998).

Podobným způsobem pohlíží na minulé chování Icek Ajzen (1991). Dle něj nelze jednoduše uvažovat tak, že by minulé chování bylo validním měřítkem zvyku, protože může reflektovat vliv mnoha dalších vnitřních i vnějších faktorů. Avšak připouští, že za předpokladu, že by byl zvyk definován komplexněji, a ne pouze jako „chování z minulosti“, mohl by pak legitimně „zahrnout“ i minulé chování, na kterém je tento zvyk založen.

Dle Ajzena by tedy s minulým chováním nemělo být zacházeno jako se zvykem, ale jako s proměnnou odrážející jiné faktory, které předurčují chování našeho zájmu. Minulé chování by mělo být spíše měřítkem (ne)dostačivosti teorií, které se snaží predikovat budoucí chování. Model, který je dostačující v predikci chování, by měl zahrnovat všechny



významné proměnné, které budou vysvětlovat všechny bezchybový rozptyl. Tím pádem by přidání minulého chování jako proměnné nijak nemělo významně vylepšit predikci budoucího chování. Pokud by to tak ale bylo, pak je možné uvažovat o dalších faktorech chování, které nebyly brány v potaz. V každém případě, není možné dle Ajzena uvažovat o minulém chování jako kauzálním faktoru samo o sobě, ačkoli minulé chování může dobře zastupovat jiné faktory, které mají vliv na budoucí chování. Jinými slovy, korelace mezi minulým chováním a budoucím chováním pouze reprezentuje prediktivní validity dané teorie. A pokud se zdá, minulé chování má přece jen významný reziduální vliv na budoucí chování, pak v použité teorii chybí minimálně jeden významný faktor, protože tento reziduální vliv by byl odrazem většího počtu faktorů a zvyk by byl pouze jedním z nich (Ajzen, 1991).

## **6.2 Minulé chování jako zvyk**

V podstatě v opozici vůči Ajzenovu vymezení minulého chování existuje i jeho alternativní představa. Někteří teoretici o něm uvažují jako o zvyku či návyku a považují ho nejen za podstatný prediktor budoucího chování, ale i jako jeho samostatnou determinantu ekvivalentní dalším proměnným v teoretickém modelu chování. V TPB by tedy minulé chování mělo vliv nezávislý od přesvědčení, postojů, subjektivní normy nebo záměru, a to na základě opakovaného výskytu chování, které vyústí ve zvyk (Conner & Armitage, 1998).

Dle Aartse, Verplanken a Knippenberga (1998) většina našeho repertoáru chování se často odehrává ve stejných fyzických a sociálních podmínkách. V takových případech může mít chování charakter zvyku. Zvyky nám umožňují „bezmyšlenkovitě“, neboli automatické chování, které vznikne a probíhá účinně, bez námahy a nevědomě. V každodenním jazyce se ale slovo zvyk používá i pro chování, které probíhá na denní bázi. V souladu s tím bývá zvyk operacionalizován jako výpovědi respondentů o frekvenci výskytu minulého chování. Je však nutné vzít v potaz 3 následující charakteristiky zvyku:

1. Prvním z nich je cíl. Habituální chování je vyvoláno spouštěcím stimulem a provedeno za určitým cílem. Například, dobře naučené dovednosti jako psaní, chození, řízení apod. jsou často považovány za automatické, ale vždy vyžadují cíl, za kterým jsou provedeny. Jsou realizovány za účelem získání určitého cíle, výsledku. Pokud jedinec pojede na kole, pak nejede absolutně bezcílně – může jet například do práce. I to, že by se chtěl „jen tak projet“, je v podstatě cílem.

2. V tradičním pohledu na utváření zvyku posilují kladné, uspokojující zážitky tendenci zopakovat tento sled jednání, protože se stává silněji asociován s vytouženým cílem. Samozřejmě, k čím silnějšímu posilování dochází, tím se i asociace mezi cílem a instrumentálním jednáním stává silnější. Naopak, neuspokojení oslabuje vztah mezi cílem a daným chování, a tím se snižuje pravděpodobnost toho, že by jedinec dané chování zopakoval. Je nepravděpodobné, že by občasné posílení (například měsíčně nebo ročně) ustálilo chování ve zvyk, ačkoli by takové chování mohlo být považováno za opakující se. Proto zvyk sílí pouze následkem častého opakování s pozitivním posílením, ačkoli je obtížné predikovat, jak často a pravidelně by se chování muselo opakovat.
3. Dlouho se uvažovalo o tom, že kognitivní procesy nehrají žádnou roli v aktivaci habituálních odpovědí na podněty prostředí. Někteří výzkumníci na tomto poli výzkumu však tvrdí, že má kognice přece jen své místo v habituálním chování, a to skrze přímou kontrolu pobídek z prostředí. Jednou z navrhovaných hypotéz je ta, že pokud jsou stejná rozhodnutí často zrealizována v určité situaci, pak vzniká asociace mezi mentální reprezentací této situace a mentální reprezentací volby, která v minulosti vedla k příslušnému cíli. Opakování koaktivace určité situace a volby zesilňuje jejich spojení a ulehčuje dostupnost aktivace těchto mentálních reprezentací na základě podnětů z prostředí. Zdrojem habituálních odpovědí tedy mohou být například stereotypy nebo postoje jako kognitivní struktury, které jsou naučené, „uložené“ a opakovaně „načítané“ z paměti na základě percepce příslušného podnětu.

Na základě těchto charakteristik autoři zvyk popisují jako cílem-řízené automatické chování, které je mentálně reprezentováno. Díky častému výskytu podobných situací v minulosti pak podněty prostředí aktivují tyto mentální reprezentace, z nichž plyne následné chování. Autoři též prohlašují, že budoucí rozhodnutí ohledně jednání a jeho následné provedení jsou primárně založeny na zvyku spíše než na hodnotících interpretacích (jako v případě postojů nebo vnímané kontroly) (Aarts et al., 1998).

Jinými slovy, habituální chování je automaticky vyprovokováno vytouženým cílem a po vytvoření stejného rozhodnutí pořád dokola již nepotřebuje proces odůvodňování nebo plánování, ani formování vědomého záměru.

### 6.3 Minulé chování a kognitivní procesy

Albarracínová a Wyer (2000) předpokládají samostatný, kauzální vliv minulého chování na proces rozhodování, kognitivní procesy mediující tato rozhodnutí a tudíž i na budoucí chování. Nabízejí několik teorií, které by mohly tyto procesy vysvětlit. Zde je jen stručně představíme.

1. *Biased Scanning* – jedná se o teorii Janise a Kinga z roku 1954. Její autoři postulují, že poté, co se jedinci zachovají určitým způsobem, „zaujatě“ hledají ve své paměti v minulosti získané informace, které by opravňovaly jejich chování. Například, vyjmenují důvody, proč žádoucí důsledky daného chování pravděpodobně nastanou a proč jsou zrovna ony žádoucí. Poté mohou kombinovat odhady pravděpodobnosti a žádoucnosti těchto následků, aby si utvořili postoj k chování, který dále ovlivňuje obojí – záměr zopakovat chování a samotné rozhodnutí se tak zachovat.
2. *Disonance Reduction* – teorie kognitivní disonance Leona Festingera předpokládá, že se u jedince objeví nepříjemný pocit (disonance) poté, co si uvědomí, že dobrovolně vykonal určité jednání, které je v rozporu s jeho dříve vytvořeným postojem. Poté se tedy snaží racionalizovat své proti-postojové jednání tím, že sám sebe přesvědčuje o dobrých důvodech, proč se tak zachoval. Tato racionalizace pravděpodobně způsobí změnu v odhadu pravděpodobnosti i žádoucnosti důsledku tohoto chování (a též přehodnocení postoje). Tento nový postoj by mohl tvořit základ pro rozhodování o budoucím chování.
3. *Self-perception* – Bemova teorie sebevnímání předpokládá, že když má jedinec ukázat svůj postoj, pak ho často vyvodí z důsledků svého minulého chování, které se mu v danou chvíli zdá nejvýznamnější. Tento proces je minimálně vědomý a funguje na jednoduchém předpokladu, že pokud jedinec vykonal jednání dobrovolně, pak ho také musí považovat za žádoucí. Tento úsudek je pravděpodobně vytvořen bez vlivu dříve získané znalosti ohledně daného chování a jeho důsledků.
4. *Behavior as heuristic* – tato hypotéza předpokládá, že minulé chování má přímý vliv na chování budoucí. Tento vliv je nezávislý na postojích vůči danému chování. Jedinec se má rozhodovat na základě své minulé zkušenosti, jak se v současnosti zachovat, protože předpovídá, že by jeho jednání mohlo mít stejné výsledky jako chování předchozí. Jedná se samozřejmě o heuristickou strategii rozhodování,

protože podmínky, které vedly v minulosti k určitému chování, se v jiném časovém momentu mohou lišit, a jedinec se tak rozhoduje na základě svých domněnek, které si nijak neověřuje. Ačkoli by se dle teorie měl tento efekt objevovat pouze za stálých podmínek a měl by mít habituální charakter, ve výsledcích této studie se tento vliv projevil i v situaci, jejíž podmínky byly celkem nové.

Oba procesy *Biased scanning* a *Dissonance reduction* požadují vybavení si dřívější znalosti z paměti o důsledcích chování, které jsou upraveny, a následně mají mediovat vliv minulého chování na chování budoucí. Z toho důvodu jsou považovány za kognitivně náročné a k těmto procesům by mělo docházet pouze v případech, kdy jedinec má možnost důkladněji přemýšlet o důsledcích svého minulého chování. Teorie *Biased scanning* i teorie sebevnímání postulují, že vlivy minulého chování na vnímání jejich postojů (a následně na jejich budoucí chování) se mohou za určitých podmínek objevit nezávisle na preexistujících postojích. Na rozdíl od *Biased scanning* a *Dissonance reduction* procesy doprovázející sebevnímání vyžadují velmi málo kognitivní aktivity (Albarracín & Wyer, 2000).

Aby bylo možné empiricky určit, zda má minulé chování vliv na chování budoucí nezávisle na motivačních, osobnostních a situačních faktorech (například postojích, subjektivní normě atd.), které ovlivňují rozhodnutí se daným způsobem zachovat, je nutné manipulovat s minulým chováním jedince nezávisle na jakékoli jiné kognitivní aktivitě, která by potenciálně mohla ovlivnit rozhodnutí se daným způsobem zachovat. Albarracínová a Wyer (2000) své participanty přiměli uvěřit (aniž by si to sami uvědomovali), že buď byli pro zavedení obecných závěrečných zkoušek na jejich univerzitě, či byli proti. Výzkumníci provedli celkem 4 různé experimenty. Jejich výsledky podpořily hypotézu o kauzálním vlivu minulého chování na budoucí rozhodování, a to především na základě procesů *Biased scanning* a teorie sebevnímání. Poukazují na to, že pokud jsou jedinci přinuceni si uvědomit svoje minulé chování, pak toto chování může mít přímý vliv na jejich postoje a záměry. Tento vliv je nezávislý na specifických behaviorálních následcích, které by jinak jedinci zvažovali.

#### **6.4 Minulé chování a záměr**

Na základě dosavadních studií využívajících TRA nebo TPB lze konstatovat, že minulé chování umí vysvětlit residuální prostor variance nejen budoucího chování, ale i záměru. Meta-analýza Connera a Armitage poskytla informaci, že minulé chování v průměru

dokázalo predikovat o 7 % rozptylu navíc nad rámec postoje, subjektivní normy a vnímané behaviorální kontroly (Conner & Armitage in Sutton, McVey, & Glanz, 1999).

Tyto výsledky je možné pozorovat například ve studii provedené Risem (1992), který použil TRA pro predikci záměru použít kondom při dalším pohlavním styku u norských adolescentů. Nejsilnějším prediktorem záměru bylo právě minulé chování, které dokázalo vysvětlit navíc 27% variance. Další relevantní informací bylo, že komponenty TRA dokázaly obsáhnout pouze čtvrtinu toho, co z rozptylu záměru obsáhla proměnná minulé chování. Dalo by se však uvažovat o tom, že kdyby byla přidána behaviorální kontrola jako proměnná, pak by mohla mediovat část z tohoto residuálního efektu.

Vnímanou behaviorální kontrolu však do svého výzkumu zahrnuli Lugoe a Rise (1999), kteří se věnovali predikci záměru použít kondom u studentů z Tanzánie. Jak očekávali, behaviorální kontrola k predikci záměru značně přispěla a byla dokonce ze všech determinant nejsilnější. Minulé chování neobsáhlo tak velký podíl variance záměru jako vnímaná kontrola, i přesto však bylo významným prediktorem záměru. Výsledky této studie korespondují s výsledky interkulturních studií (angl. cross-cultural), kde napříč etnickými skupinami byla vnímaná behaviorální kontrola nejsilnějším prediktorem záměru použít kondom. Toto zjištění se však liší od mnoha studií provedených v západních kulturách, kde se nejsilnějším prediktorem záměru zdá být minulé chování.

Například Sutton et al. (1999) ve svém národním průzkumu s 949 mladými lidmi ve věkovém rozpětí 16 až 24 let v Anglii uvádějí, že minulé chování bylo nejlepším prediktorem záměru a zároveň zeslabilo efekt postoje a subjektivní normy. Z výsledků bylo možné též pozorovat, že TPB sama o sobě nijak lépe nepredikovala záměr než TRA, což autoři sami nepředpokládali.

Stejně jako u vlivu minulé chování na chování budoucí existuje otázka, zda je vliv minulé chování na záměr přímý a nezávislý. Takový předpoklad potvrzuje hned několik studií. Například longitudinální studie Reineckeho, Schmidta a Ajzena (1996) aplikovala TPB, aby přezkoumala používání kondomů mladými jedinci s novými sexuálními partnery. Jedním ze zjištění bylo, že minulé chování mělo přímý vliv na následný záměr použít kondom, nezávisle od proměnných TPB (tento vliv nebyl mediován žádnou z proměnných). Konkrétně se podíl vysvětlené variance záměru zvýšil ze 30 % na 83,8 %. Sami autoři konstatují, že toto zjištění poukazuje na nedostačivost TPB jako teorie predikující použití kondomu. Autoři tyto výsledky připisují několika možným vysvětlením

– nedostatečné reliabilitě a validitě měřených konstruktů postojů, subjektivní normy a behaviorální kontroly. Také ale uvažují o tom, že samotná TPB nezahrnuje všechny jevy, které doprovázejí vytvoření záměru použít kondom s novým sexuálním partnerem.

Co se týče velikosti vztahu mezi minulým chováním a záměrem, Sheeran a Taylor (1999) ve své meta-analýze zjistili, že napříč 16 studiemi byla velikost korelace mezi použitím kondomu v minulosti (past behavior) a záměrem (použít kondom)  $r = 0,37$ .

Na závěr teoretické části považujeme za vhodné shrnout nejrelevantnější skutečnosti pro námi provedený výzkum, který je popsán na následujících stranách. Rizikové sexuální chování není v populaci mladých dospělých žádným vzácným jevem a může mít velmi vážné následky (nechtěné těhotenství, umělé přerušování těhotenství nebo nakažení se pohlavní nemocí). Z těchto důvodů je velmi žádoucí preventivní chování, a to konkrétně použití kondomu při pohlavním styku. Predikci použití kondomu nebo záměru použít kondom dokáže TRA nebo TPB, přičemž v této oblasti chování by vzhledem k vnímané behaviorální kontrole měla být TPB úspěšnějším modelem než TRA. Dalším úspěšným prediktorem záměru a chování je minulé chování jedince.

# Výzkumná část

## 7 Výzkumný problém

V teoretické části jsme zmínili, že teorie plánovaného chování umožňuje úspěšně předpovědět chování v mnoha oblastech psychologie zdraví, a používání kondomu by mělo být jednou z nich. Navíc se ukazuje, že vlivnou proměnnou v souvislosti s používáním kondomů by mělo být minulé chování (zvyk).

Vzhledem k nemalým nebezpečím spjatých s rizikovým sexuálním chováním je žádoucí, aby metody prevence dokázaly zacílit pozornost správným směrem, a jejich intervence tak mohly být ohledně používání kondomu efektivnější. S tím může pomoci analýza jednotlivých složek TPB modelu a také porovnání TPB a TRA v této oblasti výzkumu. Jelikož jsme zmínili, že nejsilnějším prediktorem chování je záměr se daným způsobem zachovat, pak je důležité zjistit, jaká proměnná záměr použít kondom nejvíce ovlivňuje. Jinými slovy, mají se metodici prevence v oblasti bezpečného sexuálního chování zabývat více postoji, behaviorální kontrolou, subjektivní normou nebo minulým chováním tak, aby ovlivnili motivaci jedinců kondom použít?

Na základě literatury lze pozorovat, že výsledky studií nejsou mezikulturně a mezi-populačně plně přenosné. Dle mých dosavadních znalostí v našich podmínkách nebyla provedena obdobná analýza. Náš výzkumný problém se tedy týká vlivu jednotlivých proměnných TPB (konkrétně tedy postoje, subjektivní normy a vnímané behaviorální kontroly) a navíc vlivu minulého chování na záměr použít kondom při následujícím pohlavním styku s příležitostným partnerem u české populace. Cílovou skupinou pro tento výzkum jsou mladí dospělí v období vynořující se dospělosti, jelikož, jak bylo popsáno v teoretické části (v kapitole 2.1. *Vynořující se dospělost a současné vztahové fenomény*), se jedná o skupinu poměrně rizikovou v oblasti sexuality a právě výskyt příležitostného sexu, který může zvyšovat riziko neblahých následků, nebývá v této skupině ojedinělý.

### 7.1 Výzkumné cíle

Obecně hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda teorie plánovaného chování významně přispívá k predikci záměru svou proměnnou vnímané behaviorální kontroly nad rámec TRA proměnných. Jinými slovy, zda vnímaná behaviorální kontrola bude predikovat záměr nezávisle na postoji a subjektivní normě.

Dalším cílem bylo zjistit, zda bude přítomný efekt minulého chování na záměr použít kondom nad rámec komponent TPB.



Mezi cíle naší práce patří samozřejmě i explorační vztahů mezi jednotlivými proměnnými TPB v oblasti používání kondomu.

## 7.2 Výzkumné hypotézy

Na základě teoretického základu lze předpokládat, že TPB a TRA jsou úspěšné modely v předpovídání použití kondomu. Obě teorie také tvrdí, že behaviorální záměr je nejsilnějším prediktorem chování (viz kapitola 5.2. *Teorie plánovaného chování*).

V rámci TPB mají postoje, subjektivní norma a vnímaná behaviorální kontrola jedince předpovídat záměr se určitým způsobem zachovat. Aby tyto proměnné mohly záměr vysvětlovat, musí s ním být v určitém vztahu.

Naše předpoklady jsou, že a) čím kladnější postoj má jedinec vůči použití kondomu, b) čím více ho referenti v jeho okolí podporují v používání kondomu (subjektivní norma) a zároveň c) čím silnější má jedinec pocit, že použití kondomu je v jeho moci nebo schopnostech (vnímaná behaviorální kontrola), pak bude i větší jeho záměr kondom používat. Proto jsme v souladu s TPB předpokládali následující pozitivní vztahy mezi proměnnými:

H1: Proměnná *Postoj* pozitivně koreluje s proměnnou *Záměr použít kondom*;

H2: Proměnná *Subjektivní norma* pozitivně koreluje s proměnnou *Záměr použít kondom*;

H3: Proměnná *Vnímaná behaviorální kontrola* pozitivně koreluje s proměnnou *Záměr použít kondom*.

Dále jsme se domnívali, že by TPB díky proměnné *Vnímaná kontrola* měla předpovědět proměnnou *Záměr použít kondom* lépe než TRA, protože použití kondomu není v moci pouze jednoho člověka, nýbrž dvojice. Na základě tohoto předpokladu by pak *Vnímaná behaviorální kontrola* měla vysvětlit statisticky významný podíl variance proměnné záměru použít kondom nad rámec proměnných TRA.

Navíc jsme předpokládali, že zvyk alias proměnná *Minulé chování* by měl vysvětlit *Záměr použít kondom* ještě o něco více (nad rámec TPB proměnných), jelikož se ukazuje, že zvyk je silným prediktorem chování (viz kapitola 6. *Minulé chování a jeho role*).

Statistické hypotézy těchto předpokladů zněly:

H4: Proměnná *Vnímaná behaviorální kontrola* je signifikantním prediktorem záměru ( $\beta_1 > 0$ );

H5: Proměnná *Minulé chování* je signifikantním prediktorem záměru ( $\beta_2 > 0$ ).

### **7.3 Volba výzkumné strategie a techniky sběru dat**

Pro účel této práce jsme sestrojili dotazník dle teorie TPB. Nejdříve bylo však nutné provést předvýzkum, abychom získali pro tvorbu dotazníku potřebné informace.

Dotazník musí být podle Ajzena (2006) vytvořen pro jasně specifikované chování a jasně určenou populaci, ke které se dané chování má vztahovat. Vymezení populace se budeme konkrétněji věnovat v kapitole *Výzkumný soubor*, a co se týče chování, středem našeho zájmu bylo použití kondomu při příležitostném sexu s příležitostným sexuálním partnerem (viz kapitola 2.2. *Nezávazné vztahy a příležitostný sex*).

Dalším krokem při aplikaci TPB bylo vytvoření interview s otevřenými otázkami k získání relevantních informací ohledně a) následků (ne)použití kondomu (angl. behavioral outcomes), b) referentů a ztěžujících nebo ulehčujících faktorů v rámci dané populace a c) daného chování, které je zkoumáno (Montaño & Kasprzyk, 2008).

Dle Montaño a Kasprzykové (2008) by měly být v interview zahrnuty 4 typy informací:

- 1) Pozitivní nebo negativní pocity ohledně daného chování (empirický postoj – experiential attitude)
- 2) Pozitivní nebo negativní atributy nebo následky daného chování (přesvědčení o chování – behavioral beliefs)
- 3) Jedinci nebo skupiny jedinců, kteří s daným chováním souhlasí, nebo jsou proti němu, a zároveň jim jedinci z cílové skupiny naslouchají (referenti, ke kterým se jedinec vztahuje)
- 4) Situační zjednodušující nebo ztěžující faktory daného chování (control beliefs)

### **7.4 Předvýzkum**

Na základě výše zmíněných informací bylo pro účely této práce vypracováno online strukturované interview, které bylo umístěno v lednu 2019 na sociální síť Facebook. Obsahovalo základní relevantní otázky týkající se demografických údajů (věk, pohlaví, vzdělání, sexuální orientace, studium VŠ) a též následující otázky:

1. Jaké jsou výhody toho, když použiješ kondom s příležitostným sexuálním partnerem/partnerkou? Jaký z toho můžeš mít prospěch?
2. Jaké jsou nevýhody toho, když použiješ kondom s příležitostným sexuálním partnerem/partnerkou? Jaké negativní dopady takové jednání může mít?
3. Kdo by tě podpořil v tom, abys použil/a kondom při sexuálním styku s příležitostným partnerem/partnerkou?
4. Kdo by byl proti tomu, abys použil/a kondom při sexuálním styku s příležitostným partnerem/partnerkou?
5. Kdo tě napadá, že by použil kondom při sexuálním styku s příležitostným partnerem/partnerkou?
6. Kdo tě napadá, že by nepoužil kondom při sexuálním styku s příležitostným partnerem/partnerkou?
8. Co tě napadá, že by mohlo usnadnit použití kondomu při sexuálním styku s příležitostným partnerem/partnerkou? Jaké okolnosti?
9. Co tě napadá, že by ti mohlo ztížit použití kondomu při sexuálním styku s příležitostným partnerem/partnerkou? Jaké okolnosti?
10. Jaké další faktory ovlivňují tvou schopnost použít kondom s příležitostným sexuálním partnerem/partnerkou?

Celkově se předvýzkumu zúčastnilo 70 jedinců. Bylo nutné vyřadit jedince, kteří nespĺňovali kritéria cílové populace (věk a sexuální orientace). Nakonec bylo tedy zpracováno 41 odpovědí.

Odpovědi byly rozříděny do nadřazených kategorií, na jejichž základě byl vytvořen konečný standartní dotazník. Zde jsou uvedeny nejfrekventovanější kategorie (nejčastěji jmenované):

Tabulka 1:

<b>BEHAVIORÁLNÍ PŘESVĚDČENÍ (pro škálu POSTOJ)</b>	
<b>Výhody používání kondomu</b>	<b>Nevýhody používání kondomu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ochrana před těhotenstvím</li> <li>• ochrana před pohlavními chorobami</li> <li>• ochrana před kožními nemocemi (také před mykózami, kandidózami, alergií na sperma)</li> <li>• partner ukáže, že je ochotný se chránit/omezit se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• komplikace při aktu, pokažení atmosféry</li> <li>• nemusí sedět velikost kondomu</li> <li>• omezení mít sex „kdykoli a kdekoli“</li> <li>• nutnost přemlouvání partnera k použití</li> <li>• snížení vzrušení při aplikaci kondomu, menší požitek</li> <li>• nutnost ho u sebe mít</li> <li>• odmítnutí ze strany partnera</li> <li>• nesnášenlivost latexu</li> </ul>

Tabulka 2:

<b>SUBJEKTIVNÍ NORMA</b>	
<b>Referenti pro použití kondomu</b>	<b>Referenti proti použití kondomu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• všichni z mého okolí</li> <li>• rodina</li> <li>• přátelé</li> <li>• spolubydlící</li> <li>• rodiče</li> <li>• babička</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kamarádi</li> </ul>

Tabulka 3:

<b>VNÍMANÁ BEHAVIORÁLNÍ KONTROLA</b>	
<b>Usnadňující faktory použití kondomu</b>	<b>Ztěžující faktory použití kondomu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• když se to vyjasní dopředu, že se použije kondom</li> <li>• mít kondom vždy po ruce, nejlépe oba dva partneři</li> <li>• kdyby příležitostný partner řekl, že má STD</li> <li>• být si jistý či jistá svým rozhodnutím dopředu</li> <li>• umět si stát za svým (necítit se kvůli svému požadavku kondomu trapně)</li> <li>• když partner souhlasí, neprotestuje</li> <li>• ochranu chtějí oba partneři</li> <li>• klidná a přátelská atmosféra</li> <li>• lepší dostupnost kondomů u daného místa</li> <li>• správná velikost kondomu</li> <li>• přiměřená míra chťiče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alergie na latex</li> <li>• odmítnutí kondom použít ze strany partnera/partnerky</li> <li>• psychoaktivní látky (alkohol, marihuana apod.)</li> <li>• neočekávaný sex a náhlý chťič (kondom není k dispozici)</li> <li>• pocit provinilosti, že to toho druhého obtěžuje; podlehnutí nátlaku</li> <li>• příliš velký chťič</li> <li>• nervozita, stud</li> <li>• nedostatek peněz na kondomy</li> </ul>

Do dotazníku byly vybrány kategorie s největší četností odpovědí a zároveň témata, která se vyskytovala v obdobných, zahraničních studiích (Lugoe & Rise, 1999).

### **7.5 Tvorba dotazníku a pilotní studie**

Po obdržení odpovědí z předvýzkumu bylo možné sestavit konečný dotazník. Po jeho vytvoření byla provedena pilotní studie s celkem 30 respondenty, kteří splňovali kritéria pro výzkumný soubor, aby bylo možné stanovit reliabilitu jednotlivých škál.

Dotazník jsme vytvořili na základě návodu, který poskytuje Ajzen (2006), ale také Montaño a Kasprzyková (2008).

Pro tvorbu tohoto dotazníku byl vybrán nepřímý způsob měření. Ten spočívá v měření určitého konstruktů a vynásobení takzvanými váhami. Tento způsob měření je blíže vysvětlen v následujícím textu týkajícího se jednotlivých škál dotazníku.

Celkově dotazník sestával z 5 škál a 3 kontrolních položek. Konkrétně se jednalo o škály *Postoj* (angl. *Instrumental attitude*), *Subjektivní norma* (angl. *Subjective norm*), *Vnímaná kontrola* (angl. *Perceived control*), *Behaviorální záměr* (angl. *Behavioral Intention*) a *Minulé chování* (angl. *Past behavior*). Celý dotazník je možné dohledat na konci této práce jako Příloha 1.

### 1. Škála *Postoj*

Měření postoje (*Instrumental attitude*) sestává z měření subškálami *Behaviorální přesvědčení* (angl. *Behavioral beliefs*) a *Hodnocení následků* (angl. *Outcomes evaluations*), což jsou zmíněné váhy. Behaviorální přesvědčení (přesvědčení o chování) jsou měřeny jako hodnocení pravděpodobnosti výskytu jednotlivých následků daného chování na škále hodnot od -3 do +3 (bez hodnoty 0). V našem dotazníku bylo jedním z přesvědčení například ochrana před otěhotněním při použití kondomu během příležitostného sexu. Pravděpodobnost tohoto přesvědčení byla hodnocena na pěti-bodové škále od „vůbec nepravděpodobný“ (-3) po „velmi pravděpodobný“ (+3).

Evaluační násobek pak vyjadřuje, jak moc respondent tento následek chování považuje za žádoucí, či nikoli, a je měřena na bipolární pěti-bodové škále hodnot -3 až +3 (bez hodnoty 0). Násobení těmito váhami pomáhá zachytit psychologii zdvojených negativ, kdy přesvědčení o nevyústění chování s negativním hodnocením přispívá kladně k jedincovu postoji (Montaño & Kasprzyk, 2008, s. 72). Hodnoty behaviorálních přesvědčení jsou vždy vynásobeny hodnotami evaluací, a následně dochází k sumě všech těchto násobků, které jsme získali pro všechny následky daného chování (Montaño & Kasprzyk, 2008).

Konkrétní příklad by mohl vypadat následovně. Nejprve respondent označí, „použití kondomu ochrání před těhotenstvím“ jako velmi pravděpodobné, tedy přidělí položce skóre +3. Na subškále *Hodnocení následků* se pak vyjádří pozitivně, a tak u položky „přeji si, ochránit sebe nebo mého sexuálního partnera/ku před otěhotněním“ zvolí možnost „velmi souhlasím“ s hodnotou +3, takže výsledný skóre pro daný atribut je +3 krát +3, tedy +9.

Pokud by však respondent vnímal ochránění kondomem před otěhotněním jako velmi nepravděpodobné (-3) a zároveň by takovou ochranu hodnotil velmi negativně, tudíž nepřál se chránit (-3), pak by výsledný skóre pro tentýž atribut byl též +9.

Obě dvě situace tedy přispívají k celkovému skóru stejnou, kladnou hodnotou. Jinými slovy, jak případ, kdy je jedinec silně přesvědčen, že dané chování nevyústí v negativně hodnocené následky („špatné se nestane“), tak i případ silného přesvědčení o tom, že chování vyústí v pozitivně hodnocené následky („to dobré se stane“), mají stejnou hodnotu.

Obráceně pak negativní hodnoty získává respondent, který má silné přesvědčení o tom, že dané chování pravděpodobně nevyústí (-3) v pozitivně hodnocený následek (+3), a také respondent, který má silné přesvědčení o tom, že chování pravděpodobně vyústí (+3) v negativně hodnocený následek (-3). Negativními hodnotami pak do celkového skóru přispívá respondent, který nevěří, že ho použití kondomu ochrání před otěhotněním, ačkoli si to přeje. Ale také jedinec, který věří, že ho použití kondomu ochrání před otěhotněním, ale zároveň si to nepřeje.

Škálu *Postoj* v našem dotazníku tvoří položky 7 až 23. Položky 7 až 15 se týkají subškály *Behaviorální přesvědčení*, přičemž položky 11 až 15 jsou inverzní. Zbylé položky jsou váhy (subškála *Hodnocení následků*) a položky 20 až 23 jsou inverzní.

Položky byly vytvořeny na základě kategorií zmíněných v kapitole 7.4. *Předvýzkum*, tabulce číslo 1. Reliabilita jako vnitřní konzistence této škály je  $\alpha = 0,86$ .

## 2. Škála *Subjektivní norma*

Tato škála vyžaduje měření dvou konstruktů, a to subškálami *Normativní přesvědčení* (angl. *Normative beliefs*) a *Motivace vyhovět* (angl. *Motivation to comply*). Normativní přesvědčení jsou měřena na bipolární pěti-bodové škále od -3 po +3 (bez hodnoty 0), zatímco motivace vyhovět je měřena na unipolární pěti-bodové škále skórované od 1 po 5.

Výpočet skóru můžeme ukázat na následujícím příkladu. U položky, zda by nejbližší přátelé respondentovi použití kondomu během příležitostného sexu doporučili (normativní přesvědčení), je měřeno, do jaké míry respondent věří, že si referent (např. nejbližší přátelé) myslí, že by se tak respondent měl, nebo neměl zachovat. Pokud velmi věří v to, že si to jeho přátelé myslí, pak dostává u této položky skór +3.

Motivaci vyhovět pak v tomto konkrétním případě měříme mírou respondentova souhlasu s tvrzením „Rád/a dělám, co si moji nejbližší přátelé myslí, že bych měl/a udělat“. Pokud by respondent s daným tvrzením velmi souhlasil, pak pro tuto položku dostává skór +5.

Tento výrok se v dotazníku vyskytuje se všemi relevantními referenty z Tabulky číslo 2 předchozí kapitoly 7.4. *Předvýzkum*.

Pro výsledný skór škály *Subjektivní norma* je pak vždy vynásobena hodnota normativních přesvědčení s hodnotou motivace vyhovět, v našem příkladě tedy +3 krát +5, tedy 15. Součet těchto násobků pro všechny referenty pak udává celkový hrubý skór.

Škála *Subjektivní norma* je tvořena položkami číslo 25 až 32, z toho subškála *Normativní přesvědčení* položkami 25 až 28 a subškála *Motivace vyhovět* 29 až 32. Položky byly opět vytvořeny na základě kategorií z předvýzkumu uvedených v kapitole *Předvýzkum* v tabulce číslo 2.

Reliabilita této škály *Subjektivní norma*, která byla počítána jako vnitřní konzistence, je  $\alpha = 0,67$ .

### 3. Škála *Vnímaná behaviorální kontrola*

Škála *Vnímaná behaviorální kontrola* je tvořena dvěma subškálami – *Přesvědčení o kontrole* (angl. *Control beliefs*), která je měřena na bipolární pěti-bodové škále pravděpodobnosti výskytu od -3 po +3 (bez hodnoty 0), a subškálou *Vnímaná síla* (angl. *Perceived power*), též měřenou na bipolární pěti-bodové škále vyjadřující, zda faktor situaci ulehčuje či ztěžuje.

Jako ulehčující faktor může být fakt, že by daný jedinec během příležitostného styku měl u sebe k dispozici kondom. Subškála *Přesvědčení o kontrole* pak měří, jak jedinec vnímá pravděpodobnost, že by taková situace mohla nastat. Pokud respondent takovou situaci označí jako velmi pravděpodobnou, pak tato položka dostává skór +3. Respondent nadále hodnotí, do jaké míry by fakt, že má u sebe kondom k dispozici, použití kondomu v takové situaci zjednodušil (subškála *Vnímaná síla*). Pokud by respondent odpověděl, že velmi, pak by získal pro tuto položku skór +3, pokud vůbec neulehčil, pak -3.

Celkový hrubý skór pro škálu *Vnímaná behaviorální kontrola* je opět výsledkem sumy násobků, a to vždy skóru *Přesvědčení o kontrole* se skórem *Vnímaná síla*.

Součástí této škály pak byly i položky inverzní, které v podstatě představovaly překážky v použití kondomu. Příkladem může být opilost. Respondentem určená vysoká pravděpodobnost výskytu opilosti by pak byla skórována hodnotou -3 a vysoká míra ztížení situace pak +3. Jejich násobkem je pak hodnota -9, která tedy k celkovému skóru přispívá negativní hodnotou.



V dotazníku se pak jedná o položky 33A až 55B. Položky označené písmenem „A“ se týkají subškály *Přesvědčení o kontrole* a položky označené písmenem „B“ subškály *Vnímaná síla*. Položky 33A – 40B, 43A – 44B, 47A, 47B, 53A, 53B, 55A a 55B jsou inverzní.

Po provedení analýzy položek bylo zjištěno, že položky 51A, 51B, 52A a 52B jsou problematické a snižují reliabilitu škály, proto byly z dotazníku vyřazeny. Realiabilita jako vnitřní konzistence této škály je  $\alpha = 0,72$ .

#### 4. Škála *Behaviorální záměr*

Tato škála, měřící záměr použít kondom, je tvořena jednou položkou, a to položkou číslo 56. Ta se přímo dotazuje, zda jedinec hodlá použít kondom při dalším příležitostném styku. Odpovědi se pohybují na pěti-bodové škále od „velmi nesouhlasím“ (skór +1) po „velmi souhlasím“ (skór +5).

#### 5. Škála *Minulé chování*

Škálu *Minulé chování* též tvoří 1 položka, konkrétně položka číslo 57. Dotazuje se, jak často respondent používá kondom při sexuálním styku s příležitostným partnerem/kou. Minulé chování je měřeno na 5 bodové škále od „nikdy“ (skór +1) po „vždy“ (skór +5).

#### 6. Kontrolní položky

Dotazník dále obsahuje celkem 3 kontrolní otázky, které mají umožnit vyřadit z analýzy jedince, kteří dotazník vyplnili zcela náhodně, bez řádného čtení a snahy odpovědět pravdivě. Položka respondenta v zadání vyzývá k vybrání určité odpovědi ze škály imitující ostatní pěti-bodové škály (U této otázky vyberte odpověď „*spíš souhlasím*“). Jedná se o položky číslo 12, 24 a 36.

## 8 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili svobodní heterosexuální jedinci ve věkovém rozmezí 18 až 30 let. Výzkum byl proveden se svobodnými jedinci z důvodu následujících rizik: a) pohlavní styk s potenciálním příležitostným sexuálním partnerem a b) potenciálně vyšší počet sexuálních partnerů. Do analýzy byli zahrnuti jedinci bez romantického vztahu a jedinci praktikující „přátelství s benefity“, které je považováno za vztahový fenomén bez romantického závazku (viz kapitola 2.4. *Přátelé s výhodami*).

Data byla sbírána online dotazníkem, který byl šířen přes sociální síť Facebook v období od května 2019 až ledna 2020. Online dotazník byl zvolen proto, že zajišťuje naprostou anonymitu, která umožnila respondentům upřímně odpovídat na otázky související s tímto intimním tématem.

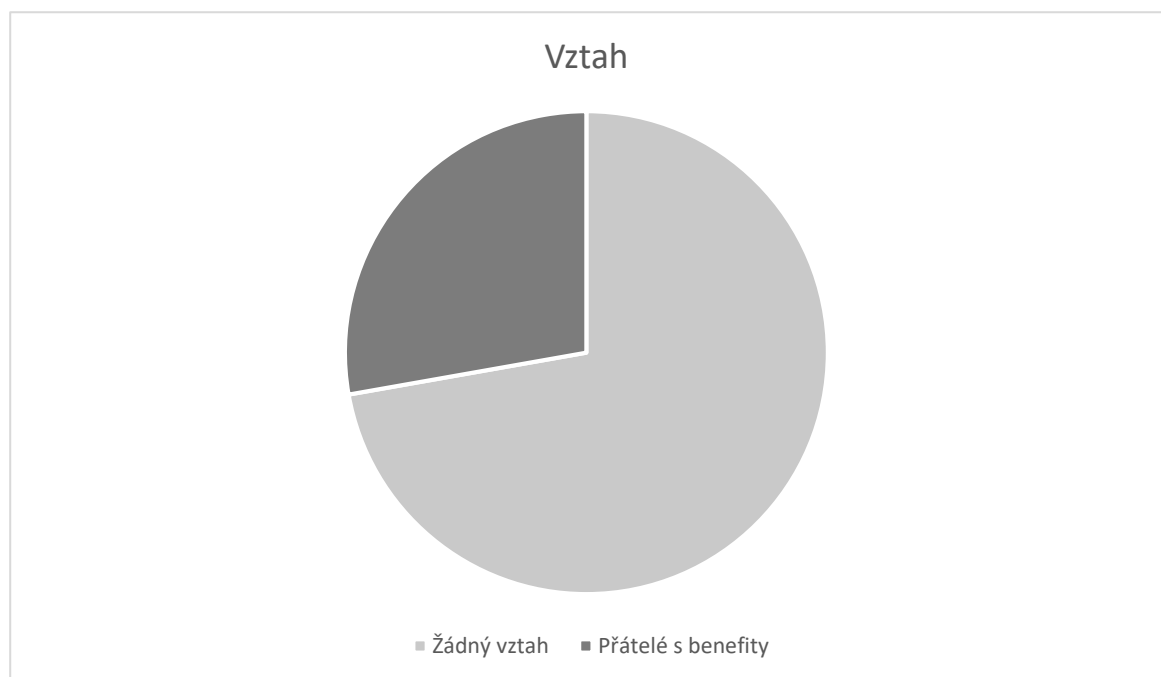
### 8.1 Popis výběrového souboru

Původní počet všech respondentů byl 265. Ovšem na základě kritérií věku, typu vztahu, sexuální orientace a kontrolních položek (viz kapitola 7.5. Tvorba dotazníku a pilotní studie) muselo být vyřazeno celkem 103 jedinců. Kvůli nevyhovujícímu věku bylo vyřazeno 14 respondentů, romantickému vztahu 35 jedinců, sexuální orientaci 20 jedinců, na základě kontrolních položek 28 jedinců a logicky rozporuplných odpovědí pak 6 jedinců. Konečný celkový počet respondentů byl 162. Mezi respondenty byli muži (N = 37) i ženy (N = 125). Je nutné poznamenat, že výzkumný soubor byl z hlediska pohlaví nevyvážený.

Průměrný věk byl 24,32 let se směrodatnou odchylkou  $SD = 2,78$ . Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byly též 24leté ženy (N = 28).

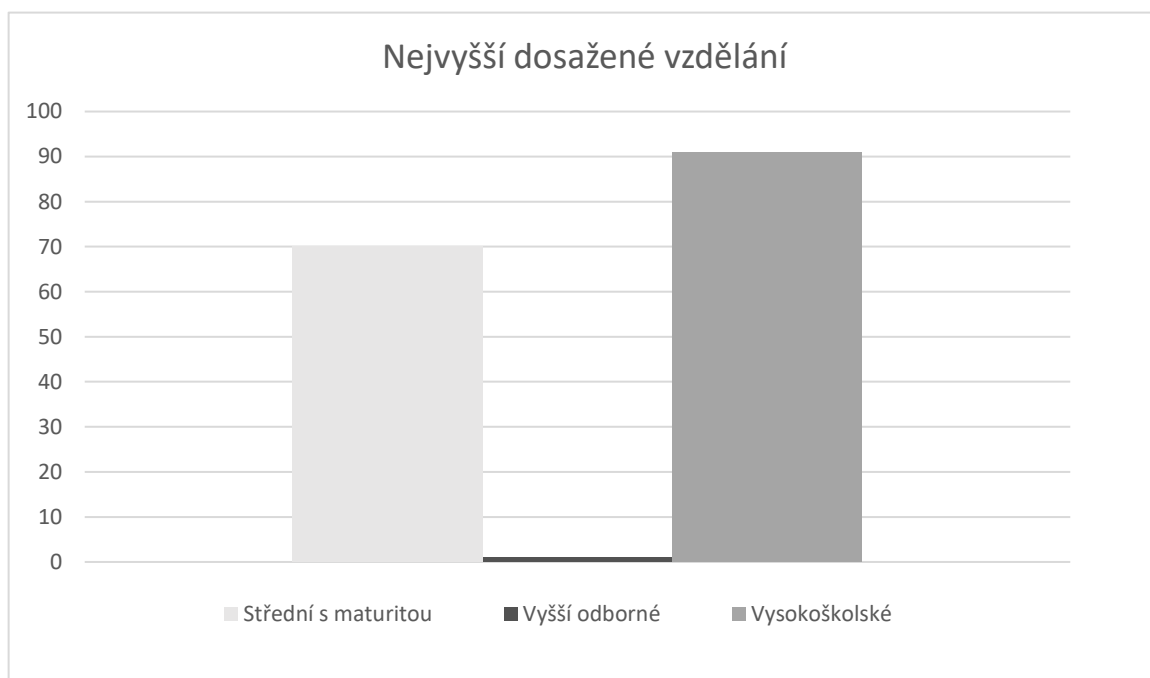
Ve vztahu typu „přátelé s benefity“ bylo 45 jedinců, bez jakéhokoli vztahu pak 117 jedinců (viz Graf 1).

Graf 1: Vztah (N = 162)



Také nás zajímalo, kolik jedinců v tom čase studovalo vysokou školu. Z celkového počtu 162 jich byla většina, a to 102 respondentů. Co se týkalo vzdělání, mezi respondenty se nevyskytovali žádní jedinci bez základního vzdělání, se základním vzděláním nebo středním odborným jako nejvyšším dosaženým vzděláním. Z toho důvodu se ani tyto 3 kategorie nevyskytují v Grafu 2. Respondentů se středním vzděláním s maturitou bylo 70, dále 1 respondent s vyšším odborným vzděláním a následně 91 jedinců s ukončeným vysokoškolským vzděláním.

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání (N = 162)



## 9 Etika výzkumu

Při zveřejnění online dotazník v úvodní části obsahoval informaci o tom, že účast na výzkumu je plně anonymní a že respondenti mohou vyplňování dotazníku kdykoli opustit. Dále dotazník obsahoval přesné pokyny pro jeho vyplnění, účel výzkumu, e-mailovou adresu pro případné dotazy a jméno výzkumnice a školy.

Téma výzkumu bylo zřetelné již ze samotného názvu dotazníku. Tím jsme se snažili předejít případným nepříjemnostem po vstupu do dotazníku vzhledem k citlivosti tématu. Dotazník byl určen pro plnoleté jedince a při šíření dotazníku po sociální síti byla informace o minimálním věku jedince vždy poskytnuta již v samotném úvodu ještě před vstupem na internetovou stránku skrze odkaz.

## 10 Analýza a interpretace výsledků

Data byla nasbírána a posléze převedena do programu MS Excell Office 2016. Slovní hodnoty odpovědí byly převedeny na hodnoty číselné, aby s nimi bylo možné pracovat ve statistickém programu. Pozornost byla též věnována inverzním položkám, jejichž hodnoty bylo nutné převrátit.

Další fází bylo čištění dat, které proběhlo na základě následujících kritérií: a) věk (od 18 do 30 let), b) sexuální orientace (heterosexuální), c) vztah (žádný nebo přátelé s benefity) a d) kontrolní položky. Takto očištěná data byla nadále zpracována v programu STATISTICA 12. V rámci statistické analýzy byly provedeny Pearsonovy korelace mezi jednotlivými subškálami (*Postoj, Subjektivní norma, Vnímaná kontrola, Záměr a Minulé chování*), které měly metrickou povahu. Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 4 následující kapitoly *Výsledky kvantitativní analýzy*. Dále byla provedena hierarchická multivariační regresní analýza. U všech statistických operací byla stanovena hodnota významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Jako příloha (Příloha 2) této práce je uvedena datová tabulka s již převedenými hodnotami, včetně převedených hodnot inverzních položek.

### 10.1 Výsledky kvantitativní analýzy

V následující Tabulce 4 jsou uvedeny průměry a standartní odchylky jednotlivých subškál a výsledky Pearsonovy korelační analýzy:

Tabulka 4: Výsledky testu Pearsonova korelačního koeficientu mezi proměnnými *Postoj, Subjektivní norma, Vnímaná kontrola, Záměr a Minulé chování*

	1.	2.	3.	4.	M	SD	$\alpha$
1. Postoj	–				43,1	12,3	0,85
2. Subjektivní norma	0,13	–			24,6	11,1	0,67
3. Vnímaná kontrola	0,18*	-0,05	–		27,2	34,8	0,72
4. Záměr	0,21**	0,24**	0,43***	–	4,1	1,2	
5. Minulé chování	0,24**	0,14	0,48***	0,8***	3,8	1,3	

Poznámka: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

Na základě uvedených hodnot lze pozorovat, že proměnná *Záměr* statisticky významně koreluje v kladném směru se všemi ostatními proměnnými. S *Postojem* ( $r = 0,21$ ) a se

*Subjektivní normou* ( $r = 0,24$ ) koreluje slabě, s *Vnímanou kontrolou* středně ( $r = 0,43$ ) a s *Minulým chováním* pak silně ( $r = 0,8$ ).

Dále se vyskytuje signifikantní slabá kladná korelace mezi *Vnímanou kontrolou* a *Postojí* ( $r = 0,18$ ) a středně silná mezi *Vnímanou kontrolou* a *Minulým chováním* ( $r = 0,48$ ).

Aby bylo možné určit prediktory proměnné *Záměr*, bylo nutné provést hierarchickou multivariační regresní analýzu. Nejprve byly v modelu jako prediktory zahrnuty proměnné TRA, tedy *Postoj* a *Subjektivní norma*. Pomocí těchto prediktorů bylo vysvětleno celkem 9 % rozptylu ( $R^2 = 0,09$ ) proměnné *Záměr*. Beta koeficienty obou proměnných byly signifikantní a příliš se od sebe nelišily ( $\beta_{\text{postoj}} = 0,18$  a  $\beta_{\text{subjektivní norma}} = 0,21$ ).

Ve druhém kroku hierarchické regresní analýzy byla jako další prediktor přidána proměnná *Vnímaná kontrola*, tudíž byly zahrnuty všechny proměnné TPB. Došlo k statisticky velmi významnému nárůstu vysvětleného rozptylu pomocí těchto prediktorů celkově na 26 % ( $R^2 = 0,26$ ;  $F = 37,7$ ;  $p < 0,001$ ). Lze tedy konstatovat, že proměnná *Vnímaná kontrola* vysvětlila 17 % rozptylu. Koeficienty beta pro proměnné *Subjektivní norma* a *Vnímaná kontrola* byly signifikantní ( $\beta_{\text{subjektivní norma}} = 0,25$  a  $\beta_{\text{vnímaná kontrola}} = 0,43$ ), pro proměnnou *Postoj* však nikoli.

Nakonec, ve třetím kroku této analýzy jsme do modelu přidali proměnnou *Minulé chování*. Celkový vysvětlený rozptyl se zvýšil na 66 % ( $R^2 = 0,66$ ) a byl opět statisticky velmi významný ( $F = 183,3$ ;  $p < 0,001$ ). Prediktor *Minulé chování* tedy významně navýšil procento vysvětleného rozptylu a sám vysvětlil 40 % rozptylu proměnné *Záměr*. V tomto modelu beta koeficienty proměnných *Postoj* a *Vnímaná kontrola* nebyly signifikantní. Beta koeficient pro *Subjektivní normu* se rovnal  $\beta = 0,14$  a pro *Minulé chování*  $\beta = 0,74$ . Oba byly vysoce signifikantní.

## 10.2 Zhodnocení platnosti hypotéz

H1: Proměnná *Postoj* pozitivně koreluje s proměnnou *Záměr použít kondom*.

Hypotézu číslo 1 přijímáme. Hodnota  $r = 0,21$  je při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  statisticky významná.

H2: Proměnná *Subjektivní norma* pozitivně koreluje s proměnnou *Záměr použít kondom*.

Hypotézu číslo 2 přijímáme. Hodnota  $r = 0,24$  je při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  statisticky významná.

H3: Proměnná *Vnímaná behaviorální kontrola* pozitivně koreluje s proměnnou *Záměr použít kondom*.

Hypotézu číslo 3 přijímáme. Hodnota  $r = 0,43$  je při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  statisticky významná.

H4: Proměnná *Vnímaná behaviorální kontrola* je signifikantním prediktorem záměru ( $\beta_1 > 0$ ).

Hypotézu číslo 4 přijímáme, protože koeficient  $\beta$  proměnné *Vnímaná behaviorální kontrola* byl roven 0,44 a byl při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  statisticky významný.

H5: Proměnná *Minulé chování* je signifikantním prediktorem záměru ( $\beta_2 > 0$ ).

Hypotézu číslo 5 přijímáme, protože koeficient  $\beta$  proměnné *Minulé chování* byl roven 0,73 a byl při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  statisticky významný.

## 11 Diskuze

V naší výzkumné práci se nám podařilo přijmout všechny stanovené hypotézy. Za prvé, všechny komponenty TRA i TPB modelu jsou v pozitivním vztahu se záměrem použít kondom, což je v souladu s oběma teoriemi.

Za druhé, předpokládali jsme, že použití TPB je vhodnější k predikci záměru použít kondom než použití TRA, protože použití kondomu v kontextu pohlavního styku není v plné moci pouze jednoho člověka. Tím spíše to platí pro sex s příležitostným partnerem či partnerkou, se kterým by logicky pocit vnímané kontroly nad situací mohl mít pro použití kondomu větší význam než v rámci stálého partnerství, kde by standardně měla být mezi partnery větší důvěra a prostor pro komunikaci. Výsledky této práce potvrdily náš předpoklad, protože přidáním vnímané behaviorální kontroly jako proměnné ovlivňující záměr se statisticky významně navýšil podíl vysvětlené variance záměru. Zatímco TRA vysvětlila 9 % rozptylu, TPB vysvětlila 26 %. Takový výsledek je v souladu s výsledky jiných studií, například Lugoe a Rise (1999), Reinecke et al. (1996) a Sheeran a Taylor (1999).

Na druhou stranu, proměnné behaviorální kontrola a postoje spolu slabě korelovaly ( $r = 0,18$ ) a přidáním behaviorální kontroly do modelu TRA se během regresní analýzy stala proměnná postoje statisticky nevýznamnou. Tato zjištění pro nás byla nečekaná, protože nejsou v souladu s TPB. Nabízí se otázka, zda konstrukty TPB byly adekvátně měřeny.

Například, zda by měření přímou cestou (pomocí sémantického diferenciálu) nebylo přesnější. Každopádně připouštíme, že ačkoli škály byly tvořeny dle doporučení Montani a Kasprzykové (2008) a na základě pilotní studie, položky tvořící škálu *Postoje* se příliš nedotazují na žádoucnost nebo příjemnost spojenou s kondomem. Jinými slovy, tato škála pravděpodobně neobsahuje dostatek položek zahrnující afektivní stránku postojů, což by mohlo vysvětlit nedostatečnou prediktivní sílu postojů v tomto výzkumu.

S výše zmíněnými problematickými aspekty by pravděpodobně mohlo souviset i to, že proměnné postoje a subjektivní norma dohromady vysvětlily poměrně malé procento rozptylu záměru, na rozdíl od jiných studií jako například Riseho (1992), kde proměnné TRA vysvětlily dokonce o 25 % rozptylu více.

Naopak skutečnost, že minulé chování navýšilo podíl vysvětlené variance záměru, naplnila naše očekávání a je v souladu s mnoha studii provedenými s mladými jedinci ze západu (Reinecke et al.; Sutton et al., 1999). Minulé chování vysvětlilo dokonce tolik procent variance, co dokázaly vysvětlit proměnné TPB dohromady. Minulé chování zároveň se záměrem silně korelovalo. Tyto výsledky tedy podporují hypotézu o tom, že minulé chování je významným prediktorem záměru a jeho vliv je nezávislý na komponentách TPB modelu. Lze tedy konstatovat, že pokud jedinec v minulosti nepoužil kondom, s velkou pravděpodobností ho nepoužije znovu, a naopak.

V otázce minulého chování je ovšem nutné brát v potaz, že predikovat nějaký jev neznamená ho vysvětlit. Vysvětlení záměru zachovat se určitým způsobem znamená nalezení determinujících faktorů a specifikace jejich vzájemných vztahů. Takto vzniklé modely lze nazvat modely kauzálními. TPB je takovým kauzálním modelem, proto jsou jeho komponenty zároveň i determinanty záměru nebo chování. Pokud však chceme „pouze“ predikovat nějaký jev, není nutné zabývat se kauzálními vztahy (Sutton et al., 1998).

V případě tohoto výzkumu neznáme přesný vztah mezi minulým chováním a záměrem, proto nemůžeme tvrdit, že je minulé chování jeho kauzálním faktorem. Můžeme ale polemizovat o tom, čím je tento silný vztah způsoben a jak minulé chování interpretovat.

První varianta, která se opět nabízí, je potenciální nespolehlivost dat proměnných TPB. Tuto variantu by podpořil fakt, že přidáním vnímané behaviorální kontroly do regresní analýzy se proměnná postoje stala statisticky nevýznamná. Existuje tedy možnost, že kdyby konstrukty TPB byly adekvátněji měřeny, mohly by vysvětlit větší podíl variance

záměru na úkor minulého chování. Tato možnost by byla v souladu s pohledem Iceka Ajzena (1991). Je ale nutné poznamenat, že podíl rozptylu záměru vysvětlený minulým chováním byl tak velký, že je nepravděpodobné, aby toto vysoké procento bylo způsobené pouze špatným měřením konstruktů.

Vzhledem k tomu, že vliv minulého chování byl nezávislý na postoji a dalších proměnných TPB, můžeme vyloučit některé kognitivní procesy, při kterých by mohlo docházet k znovu-utvoření či změně původního postoje na základě minulého chování a zvažování následků (například kognitivní disonance).

Lze však brát v úvahu kognitivní proces, při kterém má minulé chování přímý vliv na rozhodování. Proto se jako poměrně vhodné vysvětlení nabízí i to, že by jedincův záměr použít či nepoužít kondom byl založen na heuristické úvaze zvažující předchozí situace z minulosti související s použitím kondomu (Albarracín & Wyer, 2000; Rise, Åstrøm & Sutton, 1998). Jinými slovy, v těchto případech, kdy jedinec nemá k dispozici všechny relevantní poznatky (například, zda sexuální partner má, nebo nemá pohlavní nemoc), by jedinec mohl své vlastní minulé chování brát jako dominantní zdroj informace k rozhodování. Heuristické rozhodování na základě minulého chování podporuje i ta představa, že situace pohlavního styku s příležitostným partnerem může mít často charakter „bezmyšlenkovitého“ nebo „nepromyšleného“ jednání, pro které nemusí být charakteristické důmyslně odůvodněné rozhodování, ale naopak rychlé rozhodnutí na základě heuristiky (i za cenu chyby).

Je ale potřeba zvážit i další faktory, které TPB nezahrnuje a minulé chování je může reflektovat. Jako poměrně pravděpodobná varianta, kterou by minulé chování plně, nebo alespoň částečně mohlo odrážet, je zvyk. Interpretace často opakovaného minulého chování jako zvyku je mezi výzkumníky poměrně častá (Aarts et al., 1998; Oullette & Wood, 1998). Dle nich tedy existuje předpoklad, že opakovaným použitím (samozřejmě i nepoužitím) kondomu při pohlavním styku za podobných podmínek vznikne zvyk. V obdobných situacích by pak jedinec jednal především na základě podnětů okolí (podněty související s pohlavním stykem), a to automatickým použitím či nepoužitím kondomu.

Zvyk však vyžaduje určitou frekvenci opakování, kterou u našich respondentů neznáme. Proto nemůžeme prohlásit, že jsme měřili proměnnou zvyku. Hypoteticky by toto chování ale mohlo vyústit ve zvyk pouze v případech, kdy by docházelo k jeho realizaci alespoň několikrát týdně. V každém případě se nejedná o rutinní záležitost jako v případě rituálu



ranní hygieny nebo denní cesty do práce. Faktem je, že mezi psychology stále nepanuje shoda, kolik opakování je pro vznik habituálního chování nutný. Podobně jako u heuristického rozhodování může zvyk jako možné vysvětlení vlivu minulého chování podpořit spontánnost situace a nepřilíš velký prostor pro rozhodování.

Mezi další proměnné, které by mohly vysvětlit vliv minulého chování a bývají uváděny autory zabývajícími se predikcí chování, patří například osobní či morální normy, sebeidentita či afekt, protože jejich přidáním v některých studiích došlo k vylepšení predikční schopnosti TPB (Ajzen, 2002).

V každém případě – fakt, že minulé chování silně koreluje se záměrem použít kondom a zároveň vysvětluje velký podíl jeho variance, je i tak velmi přínosný, a to především pro intervenci. Taková skutečnost nás utvrzuje v tom, že nejrizikovější skupinou jsou opravdu jedinci, kteří kondom v minulosti nepoužili.

Jsme si vědomi toho, že naše práce má několik limitů. Za prvé, ačkoli sběr dat přes internet má své výhody, nese s sebou též určitá rizika – například, nelze s jistotou určit, kdo doopravdy dotazník vyplnil. Za druhé, námi vytvořený dotazník sice obsahoval kontrolní otázky umožňující vyřazení jedinců vyplňujících dotazník naprosto bezesmyslně, stále ale neobsahoval lži škálu, a proto nelze identifikovat ty respondenty, kteří odpovídali nepravdivě. Též je podstatné to, že dotazník nebyl standardizovaný. Za třetí, výzkumný vzorek zahrnoval větší počet žen, než mužů, a navíc nebyl získán náhodně, proto nebyl reprezentativní. Zobecnitelnost našich zjištění a případná snaha o jejich přenositelnost je proto diskutabilní.

Kromě toho, že by se případné navazující práce měly zaměřit na zlepšení měření postojů, větší pozornost by také měla být věnována měření minulého chování, aby bylo možné zjistit frekvenci jeho výskytu (například během posledního roku).

A konečně bychom se rádi věnovali praktickým implikacím této práce, a to především implikacím pro intervenci v psychologii zdraví. Protože se zdá, že šíření informací, nebo dokonce poukazování na hrozby ohledně HIV a jiných pohlavních nemocí není pro efektivní prevenci dostačující (Sutton et al., 1999), je nutné zvažovat, jaké další kroky by prevenci mohly podpořit.

Dle výsledků našeho výzkumu se skutečně zdá, že postoje a subjektivní norma nemají tak velký vliv na rozhodování, jako pocit vlastní kontroly nebo zdatnosti ve spojitosti

s použitím kondomu. V praxi by to znamenalo větší zaměření na dovednosti jedince vypořádat se s danou situací a na klíčové faktory různých scénářů, které zabraňují použití kondomu, aby jedinec získal větší pocit kontroly nad situací. Mohla by to být například větší připravenost (například mít u sebe kondomy různých velikostí nebo materiálů) nebo procházení potenciálních kontextů, kdy by se jedinec mohl připravit na jednotlivé překážky a naučit se je překonávat. Například v případě, že příležitostný partner nebude souhlasit s použitím kondomu, bude mít jedinec připravené odpovědi, aby mohl sexuálního partnera efektivně přesvědčit. Je možné, že hodně lidí nemá představu, jak dané překážky řešit. Cílem by tedy bylo podpořit vnitřní pocit kontroly nad tím, že když budu potřebovat použít kondom, mohu tak vždy učinit.

Na základě toho, že nejlepším prediktorem záměru použít kondom bylo minulé chování, lze identifikovat rizikovou skupinu, jak již bylo řečeno výše. Jelikož nevíme, zda minulé chování ovlivňuje záměr jako zvyk či ovlivňuje záměr skrze heuristické uvažování, lze pouze polemizovat o případných možnostech intervence spojených s těmito jevy.

V jednom případě by teoreticky mohlo pomoci upozornit v rámci prevence na úskalí heuristických strategií rozhodování, zejména jejich chybovost v určování pravděpodobnosti. Například by se jednalo o upozornění na informace typu, že když se jedinec nenakazil HIV během posledních pěti sexuálních kontaktů s příležitostným partnerem, tak to neznámá, že se příště nemůže nakazit.

Ve druhém případě, případě zvyku, by intervenci mohlo pomoci větší porozumění tohoto fenoménu. Zde se otevírá prostor pro sociální psychology a nové efektivní strategie, které by umožňovaly měnit zaběhnuté chování a osvojovat si nové, v našem případě bezpečnější chování v oblasti sexu.

## 12 Závěry

Ze zpracování dosavadní literatury vyplývá, že nezávazné a často i rizikové sexuální kontakty mezi mladými jedinci nejsou ojedinělé. Rizikové sexuální chování, konkrétně nepoužívání kondomu při pohlavním styku s příležitostnými partnery, s sebou přináší řadu závažných nebezpečí v podobě onemocnění nebo nechtěného těhotenství. Kondom je účinná protektivní pomůcka proti většině těchto rizik, a proto je žádoucí, aby výzkumníci na poli psychologie zdraví byli schopní předpovídat a vysvětlit záměr jeho používání, a pomoci tak efektivní intervenci.

V této práci jsme se snažili predikovat záměr použít kondom u mladých jedinců pomocí TPB, kterou jsme následně srovnávali s TRA. Dle našich výsledků se TPB zdá být značně úspěšnější než TRA, protože vnímaná behaviorální kontrola byla silným prediktorem a zároveň determinantou záměru použít kondom. Ještě silnějším prediktorem pak bylo minulé chování jedince, které jsme na základě výsledků předchozích studií do výzkumu přidali. Intervence by se proto měla zaměřit na jedince, kteří v minulosti kondom nepoužili a pokusit se zvýšit jejich vnímání behaviorální kontroly nad situací.

## Seznam použitých zdrojů literatury:

- Aarts, H., Verplanken, B., & Van Knippenberg, A. (1998). Predicting behavior from actions in the past: Repeated decision making or a matter of habit?. *Journal of applied social psychology*, 28(15), 1355-1374. doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01681.x
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I. (2006). Constructing a theory of planned behavior questionnaire. Dostupné z [https://www.researchgate.net/publication/235913732\\_Constructing\\_a\\_Theory\\_of\\_Planned\\_Behavior\\_Questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/235913732_Constructing_a_Theory_of_Planned_Behavior_Questionnaire)
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 127(1), 142. doi:10.1037//0033-2909.127.1.142
- Albarracín, D., & Wyer Jr, R. S. (2000). The cognitive impact of past behavior: influences on beliefs, attitudes, and future behavioral decisions. *Journal of personality and social psychology*, 79(1), 5. doi:10.1037/0022-3514.79.1.5
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469. doi:10.1037/0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood in Europe: A response to Bynner. *Journal of youth studies*, 9(1), 111-123. doi:10.1080/13676260500523671
- Ashenhurst, J. R., Wilhite, E. R., Harden, K. P., & Fromme, K. (2016). Number of sexual partners and relationship status are associated with unprotected sex across emerging adulthood. *Archives of sexual behavior*, 46(2), 419-432. doi:10.1007/s10508-016-0692-8
- Baker, S. A., Morrison, D. M., Carter, W. B., & Verdon, M. S. (1996). Using the theory of reasoned action (TRA) to understand the decision to use condoms in an STD clinic population. *Health Education Quarterly*, 23(4), 528-542. doi:10.1177/109019819602300411
- Bisson, M. A., & Levine, T. R. (2009). Negotiating a friends with benefits relationship. *Archives of sexual behavior*, 38(1), 66-73. doi:10.1007/s10508-007-9211-2

- Bogle, K. A. (2007). The shift from dating to hooking up in college: What scholars have missed. *Sociology Compass*, 1(2), 775-788. doi:10.1111/j.1751-9020.2007.00031.x
- Bogle, K. A. (2008). *Hooking up: Sex, dating, and relationships on campus*. New York: NYU Press.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and psychopathology*, 4(1), 29-47. doi:10.1017/S095457940000554X
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of applied social psychology*, 28(15), 1429-1464. doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x
- Conner, M., Graham, S., & Moore, B. (1999). Alcohol and intentions to use condoms: Applying the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 14(5), 795-812. doi:10.1080/08870449908407348
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*, (14), 101-117. doi:10.15288/jsas.2002.s14.101
- Coyle, C. T. (2007). Men and abortion: A review of empirical reports concerning the impact of abortion on men. *Internet Journal of Mental Health*, 3(2), 3-25. Dostupné z <http://ispub.com/IJMH/3/2/3683>
- Český statistický úřad. (2019). 25-8. Vybrané infekční nemoci povinně hlášené. In *Statistická ročenka České republiky*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/25-zdravotnictvi>
- David, G., & Cambre, C. (2016). Screened intimacies: Tinder and the swipe logic. *Social media + society*, 2(2), 1-11. doi:10.1177/2056305116641976
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2005). Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*, 16(2-3), 57-83. doi:10.1080/1047840X.2005.9682918

- Douglass, C. B. (2005). The Economy of Birthrates in the Czech Republic. In C. B. Douglass (Ed.). *Barren states: the population "implosion" in Europe*. New York: Berg.
- Dvořáková, K. (2009). Nejčastější sexuálně přenosné infekce a možnosti jejich léčby. *Klinická farmakologie a farmacie*, 23(1), 24-29. Získáno 5. 2. 2019 z [https://solen.cz/artkey/far-200901-0005\\_Nejcastejsi\\_sexualne\\_prenosne\\_infekce\\_a\\_moznosti\\_jejich\\_lecby.php](https://solen.cz/artkey/far-200901-0005_Nejcastejsi_sexualne_prenosne_infekce_a_moznosti_jejich_lecby.php)
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 444-451. doi:10.1192/bjp.bp.108.056499
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2009). Reactions to abortion and subsequent mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 195(5), 420-426. doi:10.1192/bjp.bp.109.066068
- Fielder, R. L., & Carey, M. P. (2010). Prevalence and characteristics of sexual hookups among first-semester female college students. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(4), 346-359. doi:10.1080/0092623X.2010.488118
- Finer, L. B., & Henshaw, S. K. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 38(2), 90-96. doi:10.1363/3809006
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 11(2), 87-98. doi:10.4278/0890-1171-11.2.87
- Hamanová, J., & Csémy, L. (2014). Syndrom rizikového chování v dospívání – teoretické předpoklad a souvislosti. In Kabíček, P., Csémy, L., Hamanová, J., & kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.
- Choi, E. P., Wong, J. Y., Lo, H. H., Wong, W., Chio, J. H., & Fong, D. Y. (2016). The association between smartphone dating applications and college students' casual sex encounters and condom use. *Sexual & reproductive healthcare*, 9, 38-41. doi:10.1016/j.srhc.2016.07.001

- Jedlička, J., Stupka, J., & Kubátová, A. (2007). *Kondom: Krátký odborný návod dostatečně odpovědným milencům*. Státní zdravotní ústav: Praha. Dostupné z <http://www.prevencehiv.cz/materialy/9-kondom.pdf>
- Jilich, D. (2014). Klinický obraz a průběh onemocnění. In D. Jilich, V. Kulířová, & kol. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Praha: Mladá fronta.
- Knight, K. (2014). Communicative dilemmas in emerging adults' friends with benefits relationships: Challenges to relational talk. *Emerging Adulthood*, 2(4), 270–279. doi:10.1177/2167696814549598
- Kulířová, V. (2014). Historie HIV infekce. In D. Jilich, & V. Kulířová. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Praha: Mladá fronta.
- Lacinová, L., Ježek, S., & Macek, P. (2016). *Cesty do dospělosti: Psychologické a sociální charakteristiky dnešních dvacátníků*. Brno: Masarykova univerzita.
- Lacinová L., Umemura, T., Bouša, O., Širůček, J., & Neužilová Michalčáková, R. (2016). Partnerské vztahy a vynořující se dospělost: Na zkoušku, či naostro?. In L. Lacinová, S. Ježek, & P. Macek. *Cesty do dospělosti: Psychologické a sociální charakteristiky dnešních dvacátníků*. Brno: MUNI Press.
- Lugoe, W., & Rise, J. (1999). Predicting intended condom use among Tanzanian students using the theory of planned behaviour. *Journal of Health Psychology*, 4(4), 497-506. doi:10.1177/135910539900400404
- Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and social psychology Bulletin*, 18(1), 3-9. doi:10.1177/0146167292181001
- Machala, L. (2014). Infekce HIV a onemocnění AIDS. In Kabiček, P., Csémy, L., Hamanová, J., & kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.
- Maxson, P., & Miranda, M. L. (2011). Pregnancy intention, demographic differences, and psychosocial health. *Journal of Women's Health*, 20(8), 1215-1223. doi:10.1089/jwh.2010.2379

- Miovský, M., & Zapletalová, J. (2006, listopad). *Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace*. Příspěvek přednesený na konferenci Primární prevence rizikového chování III, Praha, ČR. Dostupné z [http://www.pprch.cz/d/doc\\_file\\_231\\_6bae31606b330e305fe10cae920e1914\\_\\_pdf/Miovsky-M-Zapletalova-J-System-PPRCH-na-rozcesti-specializace-versus-integrace.pdf](http://www.pprch.cz/d/doc_file_231_6bae31606b330e305fe10cae920e1914__pdf/Miovsky-M-Zapletalova-J-System-PPRCH-na-rozcesti-specializace-versus-integrace.pdf)
- Mohllajee, A. P., Curtis, K. M., Morrow, B., & Marchbanks, P. A. (2007). Pregnancy intention and its relationship to birth and maternal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, *109*(3), 678-686. doi:10.1097/01.AOG.0000255666.78427.c5
- Montaño, D., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons. Dostupné z [https://www.researchgate.net/publication/288927435\\_Health\\_Behavior\\_and\\_Health\\_Education\\_Theory\\_Research\\_and\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/288927435_Health_Behavior_and_Health_Education_Theory_Research_and_Practice)
- Monto, M. A., & Carey, A. G. (2014). A new standard of sexual behavior? Are claims associated with the “hookup culture” supported by general social survey data?. *The Journal of Sex Research*, *51*(6), 605-615. doi:10.1080/00224499.2014.906031
- Nasch, R. (2005). The Economy of Birthrates in the Czech Republic. In C. B. Douglass (Ed.). *Barren states: the population "implosion" in Europe*. New York: Berg.
- Nožičková, M., Salavec, M., & Ettler, K. (1997). *Pohlavní choroby: diagnostika a léčba*. Praha: Karolinum.
- Ouellette, J. A., & Wood, W. (1998). Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological bulletin*, *124*(1), 54. doi:10.1037/0033-2909.124.1.54
- Owen, J. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Fincham, F. D. (2010). “Hooking up” among college students: Demographic and psychosocial correlates. *Archives of sexual behavior*, *39*(3), 653-663. doi:10.1007/s10508-008-9414-1
- Páralová, M. L. (2011). Sexuálně přenosné infekce v urologii. *Urologie pro praxi*, *12*, 220-222. Dostupné z [https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201104-0006\\_Sexualne\\_prenosne\\_infekce\\_v\\_urologii.php](https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201104-0006_Sexualne_prenosne_infekce_v_urologii.php)



- Paul, E. L., McManus, B., & Hayes, A. (2000). "Hookups": Characteristics and correlates of college students' spontaneous and anonymous sexual experiences. *Journal of Sex Research*, 37(1), 76-88. doi:10.1080/00224490009552023
- Počet pohlavních nemocí neustále roste a neznalost lidí je alarmující. (2016, 21. září). *Nemocnice Na Bulovce*. Dostupné z <http://bulovka.cz/pocet-pohlavnich-nemoci-neustale-roste-a-neznalost-lidi-je-alarmujici/>
- Poláčková, M. Z. (2008). Pohlavní choroby – I. díl. *Dermatologie pro praxi*, 74-76. Dostupné z <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/02/06.pdf>
- Prince, A., & Bernard, A. L. (1998). Sexual behaviors and safer sex practices of college students on a commuter campus. *Journal of American College Health*, 47(1), 11-21. doi:10.1080/07448489809595614
- Reardon, D. C., & Cogle, J. R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study. *BMJ*, 324(7330), 151-152. doi:10.1136/bmj.324.7330.151
- Reinecke, J., Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Application of the Theory of Planned Behavior to Adolescents' Condom Use: A Panel Study 1. *Journal of applied social psychology*, 26(9), 749-772. doi: 10.1111/j.1559-1816.1996.tb01128.x
- Rise, J. (1992). An empirical study of the decision to use condoms among Norwegian adolescents using the theory of reasoned action. *Journal of community & applied social psychology*, 2(3), 185-197. doi:10.1002/casp.2450020303
- Rise, J., Åstrøm, A. N., & Sutton, S. (1998). Predicting intentions and use of dental floss among adolescents: An application of the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 13(2), 223-236. doi:10.1080/08870449808406748
- Sandberg-Thoma, S. E., & Kamp Dush, C. M. (2014). Casual sexual relationships and mental health in adolescence and emerging adulthood. *The Journal of Sex Research*, 51(2), 121-130. doi:10.1080/00224499.2013.821440
- Sexually transmitted infections (STIs). (2019, 14. června). In *WHO*. Získáno 20. 10. 2019 z [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting Intentions to Use Condoms: A Meta-Analysis and Comparison of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior 1. *Journal*

*of Applied Social Psychology*, 29(8), 1624-1675. doi:10.1111/j.1559-1816.1999.tb02045.x

Schmiege, S., & Russo, N. F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *Bmj*, 331(7528), 1303. doi:10.1136/bmj.38623.532384.55

Silva, R. R., Koch, M. L., Rickers, K., Kreuzer, G., & Topolinski, S. (2019). The Tinder™ stamp: Perceived trustworthiness of online daters and its persistence in neutral contexts. *Computers in Human Behavior*, 94, 45-55. doi:10.1016/j.chb.2018.12.041

Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in family planning*, 41(4), 241-250. doi:10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x

Sňatky a rozvody. (n. d.). In ČSÚ. Získáno 1. 2. 2020 z <https://www.czso.cz/csu/stoletistatistiky/snatky-a-rozvody>

Sobotková, N. V., & kol. (2014). Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada.

Sparks P., & Conner, M. (1996). Theory of Planned Behaviour and Health Behaviour. In P. Norman & M. Conner, M. (Ed.). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Open University Press. Dostupné z [https://iums.ac.ir/files/hshe-soh/files/predicting\\_Health\\_beh\\_avior\(1\).pdf](https://iums.ac.ir/files/hshe-soh/files/predicting_Health_beh_avior(1).pdf)

Státní zdravotní ústav v Praze. (2019). Celkový stav vyšetřování HIV protilátek v České republice. In *Roční zprávy 2019*. Dostupné z [http://szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV\\_AIDS/rocní\\_zpravy/2019/HIV\\_AIDS\\_11\\_2019.pdf](http://szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2019/HIV_AIDS_11_2019.pdf)

Sutton, S., McVey, D., & Glanz, A. (1999). A comparative test of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior in the prediction of condom use intentions in a national sample of English young people. *Health Psychology*, 18(1), 72. doi:10.1037/0278-6133.18.1.72

Svateb přibývá. (2018, 14. 9.). In ČSÚ. Získáno 3. 2. 2020 z <https://www.czso.cz/csu/czso/svateb-pribyva>

Teslík, L. (2014). Antikoncepční metody v adolescenci. In P. Kabíček, L. Csémy, J. Hamanová, & kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.

- Timmermans, E., & De Caluwé, E. (2017). To Tinder or not to Tinder, that's the question: An individual differences perspective to Tinder use and motives. *Personality and Individual Differences, 110*, 74-79. doi:10.1016/j.paid.2017.01.026
- Timmermans, E., & Courtois, C. (2018). From swiping to casual sex and/or committed relationships: Exploring the experiences of Tinder users. *The Information Society, 34*(2), 59-70. doi:10.1080/01972243.2017.1414093
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2013). Pohlavní nemoci 2012. In *Zdravotnická statistika ČR*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/pohl2012.pdf>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). Potraty 2016. In *Zdravotnická statistika ČR*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/potraty2016.pdf>
- Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Weaver, A. D., MacKeigan, K. L., & MacDonald, H. A. (2011). Experiences and perceptions of young adults in friends with benefits relationships: A qualitative study. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 20*(1/2), 41–53. Dostupné z <http://english2010information.pbworks.com/w/file/attach/84700384/Experiences>
- Záhumenský J., Jilich, D., & Vaňousová (2015). *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf Jessenius.
- Zimová, M. J., & Zíma, M. P. (2013). Kapavka – gonorrhoea, aktuálně a v přehledu (3. část). *Urologie pro praxi, 14*(2), 72-76. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2013/02/07.pdf>

## **Příloha 1: Dotazník používání kondomu s příležitostným sexuálním partnerem/kou**

### *1. Škála Postoj*

Subškála *Behaviorální přesvědčení* (angl. *Behavioral beliefs*):

Pozn.: Možnosti odpovědí: 1) velmi souhlasím; 2) spíš souhlasím; 3) nevím; 4) spíš nesouhlasím; 5) velmi nesouhlasím

7) Použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou mě nebo ji/jeho ochrání před otěhotněním.

8) Použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou mě nebo ji/jeho ochrání před pohlavními nemocemi (HIV, kapavka apod.):

9) Použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou mě nebo ji/jeho ochrání před kožními (případně vaginálními) nemocemi (například mykóza, kandidóza, alergie na sperma).

10) Požadavkem použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou vyjádřím, že mi záleží na mém, ale i jeho/jejím zdraví.

11) Použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou sníží můj sexuální prožitek.

13) Použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou pokazí atmosféru situace.

14) Použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou omezuje (mít sex „kdykoli a kdekoli“ - například při náhlé nedostupnosti kondomu).

15) Když budu vyžadovat použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou, budu se cítit trapně nebo provinile.

Subškála *Hodnocení následků* (angl. *Outcome Evaluations*):

16) Přeji si ochránit sebe nebo mého sexuálního partnera/ku před otěhotněním.

17) Přeji si ochránit se před pohlavně přenosnými chorobami.

18) Přeji si ochránit se před kožními/vaginálními nemocemi (například mykóza, kandidóza, alergie na sperma).

19) Přeji si použitím kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou ukázat, že mi záleží na svém, ale i jeho/jejím zdraví.

20) Obávám se, že použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou sníží můj sexuální prožitek.

21) Obávám se, že použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou pokazí atmosféru situace.

22) Obávám se, že mě použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou omezí (mít sex „kdykoli a kdekoli“ – například při náhlé nedostupnosti kondomu).

23) Obávám se, že se budu cítit trapně nebo provinile, když budu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou použití kondomu vyžadovat.

## 2. Škála *Subjektivní norma*

Subškála *Normativní přesvědčení* (angl. *Normative beliefs*):

Pozn.: Možnosti odpovědí: 1) velmi souhlasím; 2) spíš souhlasím; 3) nevím; 4) spíš nesouhlasím; 5) velmi nesouhlasím

25) Moji rodiče by mi použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou doporučili.

26) Moji sourozenci (případně jiní blízcí příbuzní) by mi použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou doporučili.

27) Moji nejbližší přátelé by mi použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou doporučili.

28) Média (TV, tiskoviny, internet) by mi použití kondomu při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem doporučili.

Subškála *Motivace vyhovět* (angl. *Motivation to comply*):

29) Rád/a dělám, co si moji rodiče myslí, že bych měl/a udělat.

30) Rád/a dělám, co si moji sourozenci (případně jiní blízcí příbuzní) myslí, že bych měl/a udělat.

31) Rád/a dělám, co si moji nejbližší přátelé myslí, že bych měl/a udělat.

32) Rád/a dělám, co média (TV, tiskoviny, internet) říkají, že bych měl/a udělat.

## 3. Škála *Vnímaná behaviorální kontrola*

Subškála *Přesvědčení o kontrole* (angl. *Control beliefs*) (položky s písmenem A)

Pozn.: Možnosti odpovědí pro subškálu *Přesvědčení o kontrole* (položky A): 1) velmi pravděpodobné; 2) spíš pravděpodobné; 3) nevím; 4) spíš nepravděpodobné; 5) velmi nepravděpodobné

Subškála *Vnímaná síla* (angl. *Perceived power*) (položky s písmenem B)

Možnosti odpovědí pro subškálu *Vnímaná síla* (položky B): 1) velmi usnadnila; 2) spíš usnadnila; 3) nevím; 4) spíš neusnadnila; 5) vůbec neusnadnila, nebo: 1) velmi ztížila; 2) spíš ztížila; 3) nevím; 4) spíš neztížila; 5) vůbec neztížila

33.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou budeš opilý/á?

33.B) Jak by ti podle tebe taková situace (tvá opilost) v daný moment použití kondomu ztížila?

34.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou budeš pod vlivem jiných psychoaktivních látek než je alkohol (marihuana, kokain atd.)?

34.B) Jak by ti podle tebe taková situace (vliv psychoaktivních látek na tvé straně) v daný moment použití kondomu ztížila?

- 35.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že se při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou budeš stydět diskutovat nebo požádat o použití kondomu?
- 35.B) Jak by ti podle tebe taková situace (tvá stydlivost) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 37.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že na další pohlavní styk s příležitostným partnerem/kou nebudeš připravený/á? (nebudeš ho dopředu očekávat)
- 37.B) Jak by ti podle tebe taková situace (tvá nepřipravenost) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 38.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou bude tvůj sexuální chtíč opravdu velký?
- 38.B) Jak by ti podle tebe taková situace (tvůj velký sexuální chtíč) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 39.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou nebude možné koupit/sehnat kondom nikde v dostupné vzdálenosti? (když zjistíte, že ani jeden ho u sebe nemáte)
- 39.B) Jak by ti podle tebe taková situace (nedostupnost kondomu) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 40.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku bude tvůj příležitostný partner/ka alergický/á na latex?
- 40.B) Jak by ti podle tebe taková situace (alergie partnera/ky na latex) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 41.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou budeš mít u sebe kondom?
- 41.B) Jak by ti podle tebe taková situace (máš u sebe kondom) v daný moment použití kondomu usnadnila?
- 42.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku bude mít tvůj příležitostný partner/ka u sebe kondom?
- 42.B) Jak by ti podle tebe taková situace (že má partner/ka u sebe kondom) v daný moment použití kondomu usnadnila?
- 43.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou tobě nebo partnerovi nebude sedět velikost kondomu?\*
- 43.B) Jak by ti podle tebe taková situace (velikost kondomu neseď) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 44.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku tvůj příležitostný partner/ka odmítne kondom použít?
- 44.B) Jak by ti podle tebe taková situace (odmítnutí kondomu partnerem/kou) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 45.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku tvůj příležitostný partner/ka bude souhlasit s použitím kondomu?\*

- 45.B) Jak by ti podle tebe taková situace (souhlas partnera/ky) v daný moment použití kondomu usnadnila?
- 46.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že na další pohlavní styk s příležitostným partnerem/kou budeš připravený/á (situaci dopředu očekáváš)?
- 46.B) Jak by ti podle tebe taková situace (budeš připravený) v daný moment použití kondomu usnadnila?
- 47.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou nebudeš mít u sebe kondom?
- 47.B) Jak by ti podle tebe taková situace (nemáš u sebe kondom) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 48.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou bude možné kondom sehnat/koupit v dostupné vzdálenosti?
- 48.B) Jak by ti podle tebe taková situace (dobrá dostupnost kondomu) v daný moment použití kondomu usnadnila? (v případě, že kondom u sebe nemáte ani jeden)
- 49.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že se při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou nebudeš stydět diskutovat nebo požádat o použití kondomu?
- 49.B) Jak by ti podle tebe taková situace (nebudeš se stydět) v daný moment použití kondomu usnadnila?
- 50.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že se před dalším pohlavním stykem s příležitostným partnerem/kou společně na použití kondomu domluvíte dopředu? (než nastane intimní situace)
- 50.B) Jak by ti podle tebe taková situace (domluva dopředu) v daný moment použití kondomu usnadnila?
- 51.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že ti před dalším pohlavním stykem tvůj příležitostný partnerem/ka řekne, že má nějakou pohlavní nemoc? (např. herpes, HIV)
- 51.B) Jak by ti podle tebe taková situace (přiznání pohlavní nemoci partnerem/kou) v daný moment použití kondomu usnadnila?
- 52.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že před dalším pohlavním stykem s příležitostným partnerem/kou bude vysoká cena kondomů?
- 52.B) Jak by ti podle tebe taková situace (vysoká cena kondomů) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 53.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že tě při dalším pohlavním styku bude tvůj příležitostný partnerem/ka přemlouvat, abyste kondom nepoužili?
- 53.B) Jak by ti podle tebe taková situace (přemlouvání partnerem/kou) v daný moment použití kondomu ztížila?
- 54.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že tě při dalším pohlavním styku bude tvůj příležitostný partnerem/ka přemlouvat, abyste kondom použili?
- 54.B) Jak by ti podle tebe taková situace (přemlouvání partnera/ky) v daný moment použití kondomu usnadnila?

55.A) Jak je podle tebe pravděpodobné, že při dalším pohlavním styku tvůj příležitostný partner/ka nebude mít u sebe kondom?

55.B) Jak by ti podle tebe taková situace (partner/ka nemá kondom) v daný moment použití kondomu ztížila?

4. Škála *Behaviorální záměr*

56) Hodlám použít kondom při dalším pohlavním styku s příležitostným partnerem/kou.

Pozn.: Možnosti odpovědí: 1) velmi souhlasím; 2) spíš souhlasím; 3) nevím; 4) spíš nesouhlasím; 5) velmi nesouhlasím

5. Škála *Minulé chování*

Pozn.: Možnosti odpovědí: 1) vždy; 2) spíš ano; 3) nevím; 4) spíš ne; 5) nikdy

57) Jak často používáš kondom při pohlavním styku s příležitostným sexuálním partnerem/kou?

6. Příklad kontrolní položky

Pozn.: Možnosti odpovědí: 1) velmi pravděpodobné; 2) spíš pravděpodobné; 3) nevím, 4) spíš nepravděpodobné; 5) velmi nepravděpodobné

36) U této otázky prosím zaškrtni "velmi nepravděpodobné".



## Příloha 2: Ukázka datové tabulky

ID	pohlaví	věk	vzdělání	studiu m VŠ	sex orientace	vztah	7.	8.	9.	10.	11.INV	13.INV	14.INV
1	1	18	3	1	1	0	3	3	2	3	1	1	-2
2	1	27	5	0	1	2	3	3	3	3	-2	2	2
3	0	28	5	0	1	0	3	3	2	3	-2	2	2
4	0	24	5	0	1	0	2	3	2	2	2	2	2
5	0	23	3	1	1	0	2	3	3	3	1	1	2
6	1	26	5	0	1	0	2	3	3	3	2	-2	-2
7	0	24	3	1	1	2	3	3	3	3	-2	-2	-2
8	0	23	5	1	1	0	3	3	3	3	3	3	3
9	1	23	3	1	1	2	3	2	1	3	-3	3	-3
10	0	22	5	1	1	0	3	3	3	3	2	2	-2
11	0	22	3	1	1	0	3	3	3	3	1	2	2
12	0	29	5	0	1	0	3	3	3	2	-2	1	2
13	0	22	3	1	1	0	2	2	2	3	2	3	2
14	0	29	5	0	1	0	3	3	3	3	-2	3	2
15	0	21	3	1	1	0	2	1	2	2	-3	-2	-2
16	0	27	5	0	1	0	3	3	-2	1	-2	2	-3
17	1	22	3	1	1	2	2	2	1	3	-3	2	-2
18	0	25	3	0	1	0	1	2	2	2	-2	-3	1
19	0	23	4	1	1	2	2	3	-2	-2	-3	-2	-2
20	0	25	5	1	1	2	3	3	3	3	2	2	2
21	1	21	3	1	1	0	3	3	2	2	-2	1	-2
22	0	24	5	1	1	0	3	3	2	3	2	3	2
23	0	25	5	1	1	0	3	3	-2	2	-2	-2	-2
24	1	25	5	0	1	0	2	3	2	2	-2	-2	-2
25	1	27	3	0	1	0	2	3	3	2	-2	-2	-2
26	0	27	5	1	1	0	3	3	3	2	2	2	-2
27	0	25	5	0	1	0	3	3	3	2	2	2	2
28	1	24	5	0	1	0	3	3	3	3	2	2	2
29	1	24	5	1	1	0	3	3	3	-3	-3	1	-3
30	1	22	3	1	1	2	3	3	3	2	-3	2	-2
31	0	21	3	1	1	2	2	2	2	2	-3	-3	-2
32	0	21	3	1	1	2	2	2	2	2	-3	-3	-2
33	0	30	5	0	1	0	2	2	2	3	-3	-2	-2
34	0	29	5	0	1	0	3	2	-2	-2	-2	-2	-3
35	0	20	3	1	1	0	2	3	2	3	2	3	3
36	0	29	5	0	1	1	2	2	2	3	2	2	-2
37	1	30	3	0	1	1	2	3	3	2	2	2	-3
38	0	24	5	1	1	0	3	3	2	3	2	2	2
39	1	27	5	0	1	0	2	3	2	2	-2	1	-2
40	0	25	5	0	1	0	3	2	-2	3	3	2	-2
41	0	28	5	0	1	0	2	3	3	2	-2	-3	2
42	0	23	5	1	1	0	3	3	3	2	2	-2	-2
43	0	24	5	1	1	1	-3	3	3	3	-2	2	1

15.INV	16.	17.	18.	19.	20.INV	21.INV	22.INV	23.INV	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.	33A
2	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3		1	3	2	2	1	3
3	3	3	3	3	-2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	4	1	3
2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	1	2	3	4	1	-2
3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2
2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	4	2	3
3	2	3	3	3	2	-2	2	3	3	3	3	3	2	2	4	1	1
3	3	3	3	3	-2	-2	-2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	4	4	3	1
3	3	3	1	3	1	3	-2	3	1	1	1	3	3	3	3	1	2
2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	3	2	3
3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	4	4	4	2	1
-2	2	3	3	2	1	-2	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	-2
3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3
3	3	3	3	3	-2	2	2	3	3	3	3	2	4	4	4	3	3
1	2	3	3	3	-3	-3	-3	1	3	1	2	3	3	3	3	3	-3
3	3	3	3	-2	-3	2	-3	3	2	2	1	2	1	1	2	1	2
1	1	3	3	3	-3	1	-2	1	2	2	2	2	2	2	4	2	1
2	3	3	3	2	-2	-2	3	2	2	2	2	1	3	3	3	3	-2
2	3	3	2	1	-2	-2	-2	2	1	1	-2	2	1	3	3	1	2
2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1
-2	3	3	3	1	-2	-2	-2	-2	3	3	1	2	2	3	4	2	-2
3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	2	4	3	2
1	3	3	2	2	-2	-2	-2	1	1	3	2	3	3	5	4	2	-3
2	2	2	2	2	-2	-2	-2	2	2	2	2	3	2	4	4	1	-2
1	2	3	3	2	-2	-2	-2	1	2	2	2	3	4	3	3	2	1
2	3	3	3	3	2	2	-2	2	3	-2	3	3	4	1	4	3	2
3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	4	4	4	2	-2
3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	4	1	1
3	-2	-2	1	-3	-3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2	2	3	3	2	-3	2	-2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3
-2	3	3	3	3	-3	-3	-3	-3	3	3	3	3	4	3	2	3	3
-2	3	3	3	3	-3	-3	-3	-3	3	3	3	3	4	3	2	3	3
3	3	3	3	3	-2	-2	-2	-2	1	1	1	2	2	2	2	2	-2
2	2	2	2	-2	-2	-2	-2	-2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3
3	3	3	3	3	2	2	-2	3	3	3	2	2	4	3	2	2	2
2	-2	3	3	2	2	2	-2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	-2
3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3
1	2	2	2	2	-2	1	-2	-2	2	2	2	2	4	4	4	3	-2
-2	3	3	2	3	2	2	-2	-2	3	3	3	3	2	2	4	1	1
2	-2	2	2	1	-3	-3	-2	1	1	1	-2	3	1	1	1	1	1
2	3	3	3	2	2	-2	-2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2

34B	35A	35B	37A	37B	38A	38B	39A	39B	40A	40B	41A	41B	42A	42B	43A	43B	44A
1	2	-2	-2	-2	-2	1	2	3	1	3	3	3	2	3	1	2	1
2	2	1	3	1	-2	-3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	1	3
-3	2	2	2	2	-2	-2	2	3	1	3	3	3	-2	-2	1	2	-3
1	2	-2	2	-2	-2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1
1	2	-2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
2	3	3	-2	3	1	-2	3	3	3	3	-3	3	-2	3	3	2	2
1	3	1	2	-2	-3	-2	2	2	3	3	2	2	-2	1	1	1	-2
1	2	-3	1	3	-3	-3	1	3	1	3	3	3	1	3	1	3	1
-3	2	-3	1	2	-2	1	1	2	3	3	2	3	1	3	2	3	1
2	2	-2	-2	1	-2	-2	1	1	3	3	-2	2	2	3	2	-2	1
1	2	2	-2	2	1	2	-2	2	2	3	3	3	2	3	1	2	1
1	1	1	-3	-2	-3	-3	1	-2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
1	3	-3	-2	-3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2
3	3	-3	1	-2	-2	-3	2	2	1	-2	3	3	-3	3	-3	2	-3
1	1	1	-2	1	-3	2	-2	1	1	1	-2	1	-2	1	1	1	-2
1	3	3	2	-3	-3	1	1	-3	3	3	1	1	1	1	3	3	1
1	1	1	-2	1	-2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	-2	1
-3	3	-3	2	1	-2	-3	3	1	2	-3	2	3	2	3	1	3	2
2	2	2	-2	2	-3	2	-2	3	3	3	1	2	1	3	2	3	1
3	2	-2	-3	-3	-3	-3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	-2	3
2	-3	2	1	-2	-2	2	-2	3	1	3	2	3	1	3	1	3	1
2	2	-3	2	2	-3	-3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3
1	-2	2	2	2	-3	2	2	3	3	3	3	3	1	3	1	2	1
-2	2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	2	-2	-2	2	-2	2	2	-2	2
1	-2	2	-3	3	-2	-2	-2	2	3	2	-3	2	1	3	3	3	1
3	-2	-2	2	2	-2	1	-2	2	2	3	2	3	-3	3	-2	3	-3
1	2	-2	2	-2	-2	-2	1	2	2	2	-3	-2	-2	-2	2	1	2
-3	2	1	2	-2	-3	-3	-2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	2
1	3	-3	1	-3	-3	-2	1	1	1	1	-3	-3	1	-3	1	-3	1
-3	2	-2	2	-2	-3	2	-2	2	3	2	3	2	-2	2	-2	3	-2
1	-2	2	2	1	-3	2	1	2	1	1	-3	1	1	2	-2	3	1
1	-2	2	2	1	-3	2	1	2	1	1	-3	1	1	2	-2	3	1
1	2	-2	-2	2	-3	3	-3	3	3	-2	-2	2	1	3	1	3	2
1	1	1	-2	-2	-2	-2	1	-2	3	3	-3	2	1	2	2	3	1
1	3	-3	2	-2	1	1	3	1	3	3	3	3	1	3	2	3	2
1	2	-3	-3	-3	-2	-3	2	3	3	3	-2	3	1	3	3	2	1
-2	2	2	-2	3	-2	2	2	3	2	2	-2	3	1	1	-2	-2	-2
3	3	2	-2	2	-2	-3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2
1	1	1	-2	2	-2	2	-2	2	1	2	2	3	2	3	1	2	-2
-3	-2	2	-2	2	-3	3	1	1	3	-3	-3	-3	2	3	3	-3	2
-3	2	1	-2	-2	-3	-3	-2	-3	2	1	2	2	1	1	2	-2	2
1	2	1	2	2	-2	2	1	3	2	3	-2	3	1	3	2	3	1

44B	45A	45B	46A	46B	47A	47B	48A	48B	49A	49B	50A	50B	53A	53B	54A	54B	55A	55B
3	3	3	2	3	3	-3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	1	-2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	-3	-3	3	1
-3	-2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	-3	-2	-2	3	1	-2
1	2	2	2	2	1	-2	1	2	2	2	1	2	1	-2	-2	1	1	1
2	2	2	1	2	-2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2	1	2
-2	2	3	-2	1	-2	-2	2	3	2	3	-2	1	2	-2	-2	1	-2	-2
2	-2	1	2	2	-2	2	2	2	2	2	-2	1	-3	2	-3	3	-3	-2
3	1	3	1	3	1	3	1	3	3	3	2	3	-2	3	-2	3	1	3
1	2	3	1	3	2	2	1	3	3	1	1	3	1	-2	1	3	1	1
2	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	-2	2	2	2	1	2	-2	2
3	2	3	-2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	3	2	2
1	1	2	2	2	-3	-2	-2	1	2	2	1	1	-2	-2	1	2	-2	-2
-3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	-2	3	2	-3	1	3	2	2
-3	-2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	-3	3	-2	3	-3	-2
1	-2	1	2	1	-2	1	-2	1	1	1	-2	1	-3	1	-3	1	-2	1
1	1	1	2	2	1	-3	2	3	3	3	-3	3	1	1	-3	1	1	3
-2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	-2	1	2	1	1
-3	2	3	2	3	2	-3	3	3	3	3	1	1	-2	-3	2	3	-2	-3
3	2	2	1	2	1	3	-2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	-2	3	2	3	3	3
3	2	3	2	2	2	3	1	3	-2	2	-2	2	1	2	1	3	1	2
1	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	-2	-3	-2	2	2
3	1	3	-2	2	2	3	1	2	1	1	2	3	1	2	-2	3	1	-2
-2	2	2	-2	2	-2	-2	-2	-2	2	2	2	2	2	-2	2	2	-2	-2
1	2	2	-3	1	-3	3	1	-2	1	2	-2	2	-2	2	2	2	-3	-2
3	-2	3	-2	1	2	3	-2	-2	-2	-2	2	3	-2	2	-2	3	-2	3
-2	2	2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	2	2	2	-2	1	2	1	2	-2	-2
3	3	3	3	3	3	-2	3	3	3	3	3	3	3	-2	3	3	2	1
1	1	1	1	1	-3	1	1	1	3	1	-3	1	3	1	1	1	1	1
2	-2	-2	3	2	2	2	-2	-2	-2	-2	2	2	-2	2	-2	-2	3	-2
2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	-2	1	3	-2	1	1	-2	-2
2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	-2	1	3	-2	1	1	-2	-2
3	2	3	-2	1	-3	1	-2	1	2	1	-2	1	2	1	-2	1	1	3
2	1	2	-2	2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-3	2	3	2	-2	-2	1	-2
2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1
3	1	3	-3	2	-2	3	-3	2	2	3	-3	2	1	2	-3	3	1	3
-2	2	-2	2	1	1	1	2	2	1	-2	2	1	1	2	1	-2	-3	3
3	2	3	-2	3	2	3	2	3	-3	3	2	3	2	2	2	3	1	2
1	1	1	2	2	-2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	-2	2
-2	2	3	1	1	-3	-3	1	1	-2	-2	2	2	1	1	1	1	1	1
-2	2	2	2	2	2	-2	-3	1	3	3	2	2	-2	-2	3	2	-2	-2
2	2	3	1	3	-2	3	1	2	2	3	1	2	2	-2	-2	1	1	2

ATTITUDE (HS)	SUB NORM (HS)	BEHAV CONTROL (HS)	BEHAV INTENTION (HS)	PAST BEHAVIOR (HS)
38	18	69	5	5
54	26	125	5	5
38	28	68	5	5
44	14	9	5	4
43	12	45	5	5
44	27	26	5	4
57	30	11	2	3
72	27	46	5	4
46	12	44	5	5
44	36	34	4	4
52	40	47	5	5
26	27	52	3	4
52	24	69	5	5
59	42	36	5	4
41	27	-29	3	3
38	8	32	1	2
36	20	23	4	2
36	21	60	5	5
27	0	35	4	4
52	24	107	5	5
36	23	28	5	5
59	37	102	5	5
31	32	43	5	4
34	23	0	3	2
39	26	-5	4	3
49	31	-1	5	5
56	40	33	4	2
60	12	76	5	5
13	5	9	1	1
49	48	-18	4	4
54	36	12	4	2
54	36	12	4	2
35	10	-25	4	2
20	5	37	2	1
47	45	72	5	5
48	29	10	5	4
36	17	1	4	5
53	21	86	5	5
25	30	14	4	4
38	27	-2	4	4
23	3	41	2	2
47	30	30	5	5

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Lea Sýkorová

Studijní program: Psychologie (NMgr.) Navazující magisterské studium – prezenční

Název práce: Predikce záměru použít kondom u mladých dospělých v ČR

Vedoucí práce: doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Rok dokončení práce: 2020

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 155 364

Celkový počet znaků: 170 819

Počet stran (bez příloh): 86 normostran

Počet příloh: 2

Celkový počet stran příloh: 9 stran

Počet titulů literatury a pramenů: 78

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text ve formátu PDF: DP\_Sykorova

Text ve formátu DOC nebo DOCX: DP\_Sykorova

Autor práce **Lea Sýkorová**  
 Název práce **Predikce záměru použít kondom u mladých dospělých v ČR**  
 Obor studia psychologie  
 Vedoucí práce doc. Karel Hnilica

stupnice\*\* 1 2 3 4 5 0

### Práce s odbornou literaturou

Využití relevantních odborných časopiseckých zdrojů (množství)  
 Využití relevantních recentních pramenů (z posledních 2-5 let)  
 Využití původních pramenů (nikoli sekundární literatury)

X						
X						
X						

### Teoretická část

Jasně směřování k hypotézám výzkumu  
 Jsou definovány všechny konstrukty vyskytující se v hypotézách?  
 Je vymezení klíčových témat a pojmů založeno na studiu více nezávislých zdrojů?  
 Původnost zpracování odborné literatury, elaborace hypotéz  
 Rozsah textu nesouvisějícího bezprostředně s hypotézami výzkumu („vata“)  
 Odborný styl psaní, absence gramatických chyb, srozumitelnost, ...  
 Mohla by být teoretická část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X						
X						
X						
X	X					
X						
X						
X						

### Problém, cíle, otázky a hypotézy

Jasnost a srozumitelnost cíle výzkumu  
 Výzkumné otázky (originalita, zajímavost, závažnost...)  
 Hypotézy (srozumitelnost, vnitřní konzistence, specifikace vztahů, ...)  
 Teoretická / praktická relevantnost hypotéz  
 Operacionalizace hypotéz (testovatelnost)

X						
X						
X						
X						
X						

### Výzkumná strategie, design, soubor, techniky sběru dat

Předvýzkum: předběžné ověření psychometrických vlastností nástrojů  
 Předvýzkum: předběžné ověření dostupnosti a vhodnosti souboru  
 Výběrový soubor (popis - tabulka, vhodnost, velikost)  
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz:  
 - kontrola alternativních hypotéz (falzifikovatelnost vs „pseudověda“)  
 - kontrola sociální žádoucnosti  
 - kontrola vlivu experimentátora / tazatele / pozorovatele  
 Popis použitých technik sběru dat (operacionalizace proměnných)  
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita  
 Jsou uvedeny potřebné údaje, aby bylo možno výzkum replikovat?

X						
X						
X						
X						
						X
						X
						X
X						
X						
X						

### Prezentace dat a jejich analýzy

Jsou uvedeny základní deskriptivní údaje (M, SD, %, r, ...)?  
 Jsou tabulky a grafy správně vytvořeny a popsány?  
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy (správná volba testů)?  
 Jsou uvedeny velikosti účinku (r, d,  $\eta^2$ , ...) a pravděpodobnosti?  
 Je provedena korekce pro počet testů?  
 Jsou výsledky testů prezentovány správně, přehledně a srozumitelně?  
 Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?  
 Jsou v textu uvedeny pouze relevantní údaje, tabulky a grafy?  
 Byly testovány všechny apriorní hypotézy – a pouze ony?

X						
X	X					
X						
X						
	X					
X						
X						
X						
X						

### Diskuse výsledků šetření a celkové zhodnocení výzkumu

Je provedena diskuse výsledků vzhledem k relevantní literatuře?  
 Jsou vyvozeny – je-li to relevantní – přiměřené závěry týkající se důsledků zjištění?  
 Mohla by být výzkumná část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X						
X						
X						

### Dodržování citačních a etických norem APA

Citace pramenů v textu (odkazy)  
 Citace textu (správnost, počet citací a parafrází, ...)  
 Citace jednotlivých pramenů v seznamu literatury (bibliografické citace)  
 Vytvoření seznamu literatury (formát, abecední řazení, shoda s citacemi v textu, ...)

X						
X						
	X					
X						

\*\* 1 – výborně/ANO; 2 – velmi dobře /SPÍŠE ANO; 3 – dobře/STŘEDNĚ; 4 – velmi špatně/SPÍŠE NE; 5 – nedostatečně/NE; 0 – nehodnoceno, nehodí se atp.

Etické normy 1: informovaný souhlas, anonymizace, debriefing, ...  
Etické normy 2: FFP (plagiátorství, fabrikace dat, falzifikace)  
Etické normy 3: QRP (formulování hypotéz na datech, vylučování případů, ...)

X									
X									
X									

### Spolupráce vedoucího práce se studentem, samostatnost a nezávislost studenta

Samostatnost a inovativnost při formulování hypotéz (vlastní přínos studenta)  
Samostatnost a metodologická kompetence při realizaci výzkumu  
Samostatnost a kompetence při práci s daty, při jejich analýzách a interpretaci

X									
X									
X	X								

### Formální náležitosti (podle norem PVŠPS)

Odpovídá práce rozsahem (60 NS, tj. minimálně 108 000 znaků)?  
Navazuje-li DP na BP, je správně uvedeno, které části jsou nové?  
Obsahuje práce minimálně 40 NS (tj. 72 000 znaků) nového textu?

X									
X									
X									

**Hodnocení jednotlivých částí** (lze uvést hlavní nedostatky):

Jde o odvážnou studii na velmi důležité téma.

**Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:**

Ve třetím modelu HRA (s. 69) se ukázalo, že nejsilnějším prediktorem intence je *minulé chování* (zvyk) – a že tato proměnná dokonce anulovala vliv jak *postoje*, tak *vnímané kontroly*. Je podle vašeho toto zjištění v souladu s hypotézou, podle níž jedinec vysuzuje svůj postoj ze svého chování, nebo není?

Práce splňuje podmínky kladené na diplomovou práci a **doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis: 8. 6. 2020

Karel Hnilica



**Posudek oponentky diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Lea Sýkorová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Predikce záměru použít kondom u mladých dospělých v ČR

Oponent práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph. D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 63

Počet stránek příloh: 6

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	X	X		
--	---	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Je něco, co autorku v rámci tvorby diplomové práce překvapilo?  
Jak by autorka jednoduše vysvětlila výsledky studie i pro laika, který by například posuzoval, zda investovat grantové peníze do prevence STD?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se v diplomové práci zabývá zajímavým, dá se říci až napínavým tématem predikce použití kondomu. V rámci ryze subjektivní perspektivy pohledu čerpané z psychoterapeutické praxe se jedná o vysoce aktuální a důležité téma, považuji je i za oborově přílehlivé. V rámci teoretické části práce zpracovává autorka tzv. rizikové chování či období vynořující se dospělosti. Podrobněji je v práci pojednána oblast negativních důsledků rizikového sexuálního chování - pohlavních nemocí či nechtěného těhotenství. Zde bych možná uvítala i hlubší zamyšlení nad psychologickými a vztahovými důsledky rizikového chování. Autorka nevynechává ani text týkající se kondomů a jejich typů. Popisuje teorii odůvodněného jednání a plánovaného chování, s nimiž dále pracuje, a zabývá se i rolí tzv. minulého chování. V rámci empirické části práce předkládá kvantitativní výzkumnou sondu, v níž zjišťuje, zda teorie plánovaného chování významně přispívá k predikci záměru (použití kondom), a to nezávisle na postojích a subjektivní normě. Volbu tématu považuji za velmi dobrou, autorka o něm zajímavě uvažuje. Práce je psána vysoce kultivovaným odborným jazykem, autorka je schopna problémy pregnatně formulovat. Stylistika je na vysoké úrovni, práce je stručná, výstižná a čtivá. Seznam literatury je skvělý, autorka se zdroji pracuje (pokud mi náhodou neunikla nějaká drobnost) skvěle. Autorka je schopna komparace i poměrně složitých teorií a konceptů. Velmi oceňuji citace zajímavých a aktuálních zahraničních studií a za velký přínos práce považuji "replikaci" zajímavého zahraničního výzkumu na českou populaci. Empirická sonda je na vysoké úrovni, dotazník je velmi pečlivě a promyšleně zkomponován, autorka dobře pracovala se vzorkem populace, oceňuji i tvorbu předvýzkumu, velmi kvalitní je diskuse. Výzkumná zjištění jsou zajímavá a místy i uklidňující:). Domnívám se, že autorka (s vedoucím práce) by výsledky měli publikovat. Práci s potěšením doporučuji k obhajobě a přeji autorce mnoho štěstí.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:  
Magdalena Koťová



24.6. 2020