

Vstupní evaluační zpráva projektu PARAFILIK

Název projektu	PARAFILIK
Registrační číslo projektu	CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_018/0011540
Příjemce	Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)
Doba realizace projektu	1.9.2019 – 31.12.2022
Výstup klíčové aktivity	KA 05 Evaluace
Zpracoval(a)	Mgr. Lenka Martinec Nováková, Ph.D. (interní evaluátorka)
Kontakt	lenka.novakova@nudz.cz
Období zpracování	1.9.2019 – 15.11.2019
Externí oponent	
Kontakt	
Tato verze je platná ke dni	15.12.2019

Obsah

1.	Popis projektu.....	3
1.1.	Řešený problém.....	3
1.2.	Příčiny problému.....	3
1.3.	Cíle projektu.....	5
1.4.	Očekávané změny	6
1.5.	Předpoklady úspěšné implementace	10
1.6.	Popis klíčových aktivit.....	10
1.6.1.	KA 01 – Rešerše českých a zahraničních programů primární prevence.....	10
1.6.2.	KA 02 – Vytvoření platformy zahraničních a českých odborníků a stakeholderů.....	11
1.6.3.	KA 03 – Výcvik odborného týmu.....	11
1.6.4.	KA 04 – Vytvoření a pilotní otestování programu primární intervence.....	12
1.6.5.	KA 05 – Evaluace	13
1.6.6.	KA 06 – Aktivní podpora změny přístupu k cílové skupině nedelikventní parafilici.....	13
2.	Evaluace projektu.....	14
2.1.	Procesní evaluace	14
2.2.	Dopadová evaluace	14
2.3.	Evaluační matice	16
2.3.1.	Evaluační matice k procesní evaluaci.....	16
2.3.2.	Evaluační matice k dopadové evaluaci	17
2.4.	Harmonogram evaluace	20
3.	Seznam obrázků.....	21
4.	Seznam tabulek.....	21
5.	Reference	21

1. Popis projektu

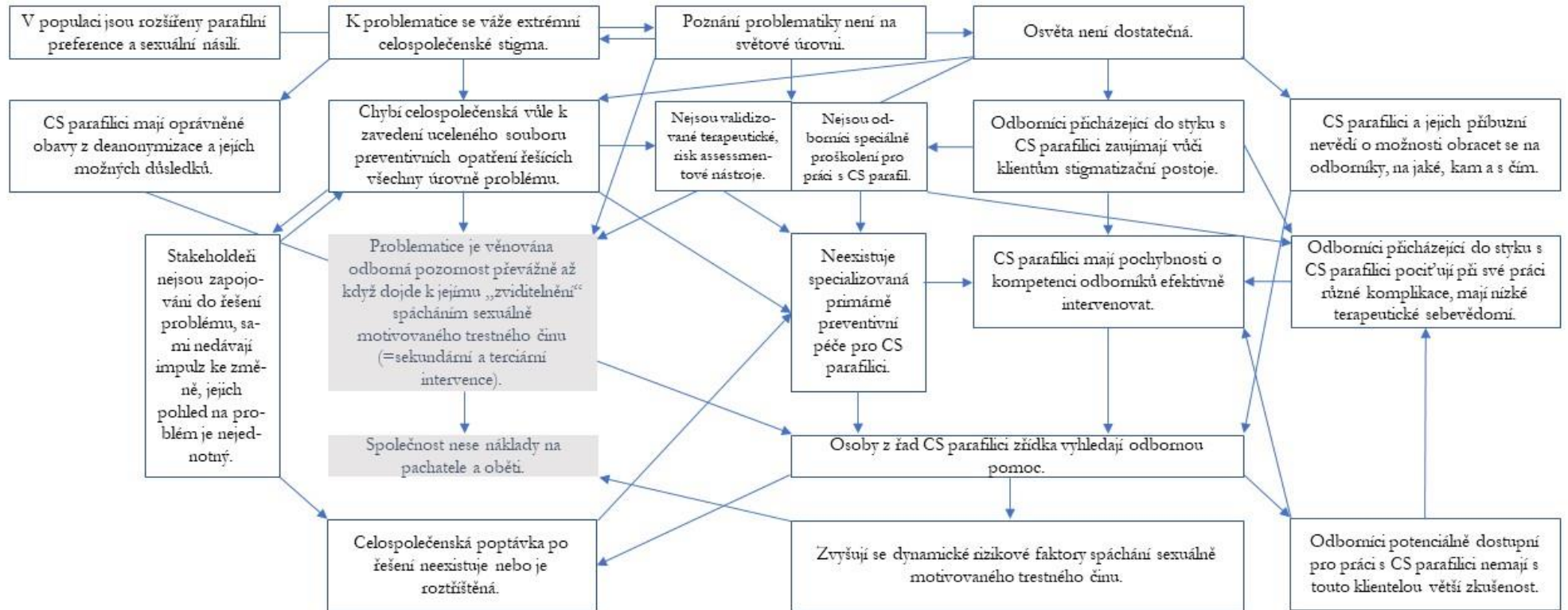
1.1. Řešený problém

Znásilnění, donucení k sexuálním aktivitám a sexuální zneužití dítěte patří k nejzásadnějším problémům společnosti. Tyto sexuální delikty jsou společností odsuzovány a jsou státním aparátem stíhány jako protizákonné a trestné. Hlavní objektem právní restrikce je sexuální chování bez souhlasu objektu, tedy široká oblast sexuální agresivity. Extrémní společenské odsouzení se týká deliktů na dětech a mladistvých. V celosvětovém měřítku proto funguje řada programů prevence sexuální delikvence, které pracují se zaměřením společnosti na osoby, které již spáchaly tuto trestnou činnost. Jedná se o programy tzv. sekundární (=zaměřené na okamžitou redukci krátkodobých efektů sexuálních deliktů). V ČR je zatím taktéž preferována sekundární a terciární intervence po spáchání trestného činu zaměřená na pachatele a oběti, zaměřená proti recidivě spáchání trestného činu. V současné době se však ve světě přesouvá pozornost společnosti na tzv. programy primární prevence (=programy, které se snaží zabránit sexuální delikvenci ještě předtím, než k ní dojde). Mezi ně se řadí proaktivní strategie primární (včasné) intervence, které jsou zaměřeny na osoby, které doposud nespáchaly sexuálně podmíněný trestný čin (nebo za něj nebyly odsouzeny), ale sebeidentifikují se jako osoby s problematickou sexuální preferencí a je u nich tudíž zvýšené riziko spáchání sexuálně podmíněného trestného činu. V ČR dosud neexistuje program primární intervence zaměřený na cílovou skupinu nedelikventních sebeidentifikujících se osob s parafilními sexuálními preferencemi (dále jen CS parafilici). Projekt Parafilik reaguje na rozšíření parafilních sexuálních preferencí a sexuálního násilí v české populaci a na neexistenci komplexního souboru preventivních opatření řešících včas situaci lidí s parafilní preferencí, kteří se doposud nedopustili trestného činu nebo za něj nebyli odsouzeni.

1.2. Příčiny problému

Společenské a zákonné restrikce odrážejí v lidské psychice hluboce zakořeněné postoje k sexuálním deliktům. Ochrana mláďat/děti před sexuálním zneužitím stejně jako před nechtěnou sexuální aktivitou dospělých je reakcí adaptivní v evolučním slova smyslu. Přirozený odpor k takovýmto aktivitám u většiny populace stejně jako negativní náhled na pachatele takovéto činnosti byl formován v rámci celého evolučního vývoje lidského druhu a je zvýrazněn v našem sociokulturním prostředí ovlivněným dlouhodobým působením křesťanské morálky, která vnímá preference a aktivity takového typu za hříšné a odsouzeníhodné a trestá je velmi přísně. V ČR je v současnosti podchycena pouze práce se sexuálními delikventy, ať s diagnózou poruch sexuální preference či bez ní. Jejím výsledkem je snižování recidivy těchto pacientů. Čeští odborníci zřídka pracují s nedelikventními parafilními jedinci, a proto ani programy nejsou proto primárně zaměřeny. Profesní příprava k odborné intervenci u této skupiny klientů není ve shodě se současnou úrovní poznání a je nedostatečná. V ČR od 90. let neexistuje výcvik sexuální terapie a v rámci předatestační průpravy lékařů-sexuologů není práce s touto skupinou teoreticky ani prakticky obsažena. Většina parafilních jedinců nevyhledala sexuologickou pomoc a ani nebyla úřady zaznamenána jejich delikvence. Pouze 3,3 – 12,5% jedinců s parafilii vyhledalo v ČR odborníka. U velkého procenta z nich se objevují z důvodu sexuální preference suicidální tendence, celá problematika je výrazně společensky stigmatizována. Tato problematika není přímo v gesci jediného orgánu státní správy (stakeholdera). Její určitá „mezioborovost“ způsobila, že poptávka po řešení tohoto typu v ČR prakticky neexistuje a stakeholdeři nedávají impulz ke změně. Popsanou situaci shrnuje Obrázek 1.

Obrázek 1 - Rozpad stávající situace v ČR.



1.3. Cíle projektu

Projekt je zaměřen na systémové řešení tíživé situace sebeidentifikujících se osob s parafileními preferencemi za aktivní spolupráce platformy vědců a klíčových stakeholderů v oblasti sexuologie a prevence kriminality. Skrze iniciaci vzniku platformy pro dostupnou včasnou terapeutickou a podpůrnou intervenci, edukaci odborníků a zpřístupnění nástrojů bude pilotně zaveden a posléze regionálně rozšířen kontaktní program primární intervence u CS parafilecí. Zároveň bude prostřednictvím webu, online poradny, workshopů a publikačních aktivit vč. výstupů na konferencích provedena osvěta a diseminace poznatků na současné úrovni poznání směrem k CS parafilecí a jejich blízkým osobám, odborné i všeobecné veřejnosti. Jedná se o v ČR zcela inovativní koncept, který posune zaměření preventivních opatření proti sexuálnímu násilí směrem na včasnou intervenci zaměřenou přímo na rizikové skupiny ve snaze zabránit budoucí trestné činnosti.

Odborný tým (OT) projektu ve spolupráci s klíčovými českými stakeholdery a zahraničními experty si klade za cíl v průběhu 40 měsíců vyvinout, pilotně otestovat, evaluovat a diseminovat nové systémové řešení přetrvávajících problémů v oblasti neexistujícího souboru preventivních opatření pro práci s CS parafilecí. Stane se tak skrze vytvoření platformy pro dostupnou anonymní terapeutickou a podpůrnou intervenci cílové skupiny osob sociálně vyloučených či sociálním vyloučením ohrožených. Pilotně bude toto řešení ověřeno pro 80 parafileků a 20 jejich rodinných příslušníků či blízkých osob. Tento vzorek pokládáme za dosažitelný, neboť v ČR podle odhadů publikovaných v reprezentativní studii (Bártová, Androvičová, Krejčová, Weiss, & Klapilová, in press) žije 26.136 obyvatel (6‰) s pedofilií, 143.749 (3,1%) s hebefilií, 222.158 osob (5,1%) s preferencí imobilizace partnera, 74.053 (1,7%) s patologickou sexuální agresí a 91.477 osob (2,1%) s preferencí sexuálního sadismu. Toto řešení bude diseminováno do regionů ČR prostřednictvím vzdělávání 10 zdravotnických pracovníků/terapeutů a informováním 150 odborníků na 6 workshopech.

Dlouhodobým výsledkem¹ projektu je stav, kdy je CS parafilecí nabízena účast v kontaktním programu primární intervence alespoň na jádrovém pracovišti (NUDZ), existují vycvičení a proškolení profesionálové, kteří jsou u CS parafilecí připraveni poskytovat primární intervenci v souladu se současnou úrovní poznání problematiky ve světě, a k tomu mají k dispozici příslušné terapeutické nástroje. Klienti z řad CS parafilecí a jejich blízcí jsou široce informováni o možnosti anonymně vyhledat odbornou primárně-preventivní pomoc realizovanou kontaktní formou a o existenci informačního webu a internetové poradny a pomoc vyhledávají alespoň prostřednictvím online poradny.

Stěžejním dílčím výsledkem je ověření vlivu kontaktního programu primární intervence. V souladu s výsledky podobných zahraničních programů (Beier et al., 2015) by u klientů z řad CS parafilecí v přímém důsledku jejich zapojení do kontaktního programu primární intervence mělo dojít ke zlepšení sebehodnocené kvality života a well-beingu, zvýšení empatie vůči obětem a zvýšení sexuální a obecné seberegulace, snížení subjektivně pocívaného sociálního vyčlenění, pocitu osamělosti, redukci úzkostně-depresivních symptomů, hypersexuálního chování, hostility a kognitivních distorzí přispívajících k riziku spáchání sexuálně motivovaného trestného činu, tj. takzvaných **dynamických rizikových faktorů** (viz Tabulka 2). K participujícím klientům bude

¹ Přebíráme zde terminologii podle metodologie teorie změny, jež je mezinárodně používána pro implementaci a evaluaci komplexních zdravotních intervencí, viz např. <http://www.mhinnovation.net/resources/mhin-presentation-developing-theory-change-framework>. V tomto pojetí je za **dlouhodobý výsledek (long-term outcome)** považován hlavní cíl, kterého se projekt snaží dosáhnout a za jehož dosažení přebírá odpovědnost. **Dopad (impact)** je stavem, ke kterému hodnocený projekt pouze přispívá, ale za jeho dosažení nepřebírá plnou odpovědnost, neboť k němu vedou i další vlivy.

vzhledem k demografickým charakteristikám pomocí propensity skóre napárována skupina motivovaných zájemců, kteří do programu nevstoupí především z důvodu velké vzdálenosti či dopravní nedostupnosti.

Dopadem (impact) projektu je na jedné straně pozitivní postoj CS parafilici k řešení své situace. Ti by měli vykazovat ochotu dobrovolně vyhledávat odbornou pomoc zaměřenou na primární intervenci a nahlížet odborníky jako kompetentní k poskytování takové intervence. CS parafilici by možnost podstoupení terapie měli přijímat kladně a tuto službu hodnotit jako jim prospěšnou. Na druhou stranu by profesionálové, kteří přicházejí do styku s CS parafilici, měli subjektivně uvádět zmírnění stigmatizujících postojů a pocíťovaných komplikací při intervenci u této klientely. Měli by být také ochotni zvyšovat své kompetence k intervenci u CS parafilici. Profesionálové, kteří navíc projdou cíleným odborným výcvikem, by měli po jeho absolvování uvádět vyšší terapeutické sebevědomí, tj. pocit vlastní kompetence diskutovat problémy CS parafilici a schopnost u této klientely účinně intervenovat. Zároveň dojde ke změně pohledu stakeholderů i dalších, nepřímo zainteresovaných skupin, na situaci CS parafilici a budou se aktivně spolupodílet na utváření podoby anonymního kontaktního programu primární intervence a projeví zájem o poskytnutí součinnosti při snahách o jeho rozšíření mimo jádrové pracoviště.

Specifické cíle projektu v období 1.9.2019 – 31.12.2022 (40 měsíců) jsou:

- (1) pomocí rešerše a analýzy objektivně zjistit a popsat úroveň poznání a způsob, jakým je tato problematika v současnosti řešena v ČR a v zahraničí (KA 01);
- (2) zajistit objektivitu a přenos znalostí a spolupráci na vytvoření řešení v ČR za pomoci českých a zahraničních expertů, stakeholderů a projektem dotčených stran (KA 02);
- (3) vytvořit a pilotně otestovat program praktického i teoretického vzdělávání a přenosu dobré zkušenosti pro odborníky kompetentní k intervenci u CS parafilici a vyškolení a vycvičit jeho prostřednictvím novou generaci 10 terapeutů, aby byli připraveni poskytovat komplexní primární intervenci CS parafilici (KA 03);
- (4) vytvořit a pilotně otestovat anonymní kontaktní program primární prevence o minimálním rozsahu 1 rok terapeutických sezení/os. (cca 50 hod. intervence/os.) u 80 klientů z řad CS parafilici a 20 jejich blízkých osob a vycvičit 10 terapeutů v regionech (KA 04);
- (5) průběžně zjištění, průběh, výstupy a výsledky projektu evaluovat (KA 05);
- (6) aktivně zvyšovat povědomí odborné i široké veřejnosti o problematice a situaci CS parafilici na 6 workshopech, v 5 institucích a na 3 konferencích a online na webu (KA 06).

1.4. Očekávané změny

Rešerše programů primární intervence v KA 01 se stane zdrojem informací pro aktivity v KA 03, jejichž cílem je vycvičit odborný tým. V současnosti neexistuje žádný program praktického či teoretického vzdělávání pro odborníky pro práci s klientelou z řad CS parafilici, kteří by byli důkladně obeznámeni se současným stavem poznání problematiky a tuto primární intervenci zajišťovali. Na základě zkušeností z ČR i zahraničí, získaných v rámci KA 01, dojde v KA 03 také k sestavení programu vzdělávání, které je potřebné pro práci s CS parafilici, a vyškolení profesionálů, aby byli schopni terapii CS parafilici poskytovat na světové úrovni, viz např. Beier (2013). Stane se tak za přispění stakeholderů, s nimiž bude v rámci KA 02 navázána spolupráce a kteří se na specifikaci konkrétní podoby vzdělávání budou aktivně podílet. Na základě činností prováděných v KA 01 a KA 02 a díky nabytí odborných zkušeností pro práci s CS parafilici v KA 03 bude možno následně v KA 04 přikročit k sesazení kontaktního programu primární intervence a jeho pilotnímu otestování na jádrovém pracovišti a k poskytování nekontaktní odborné pomoci

prostřednictvím online poradny. Po pilotáži bude ve svých klíčových rysech nabídnut k přenesení na regionální pracoviště a takto získané zkušenosti budou moci být volně diseminovány mezi odbornou i širokou veřejnost (KA 06). Mechanismus změn shrnuje Obrázek 2.

Na základě předchozích výzkumů (Beier, 2013; Beier et al., 2015) očekáváme, že absolvování kontaktního terapeutického programu v KA 04 bude mít pozitivní vliv na tzv. dynamické rizikové faktory spáchání sexuálně motivovaného trestného činu (tj. že dojde k jejich redukci). Vliv terapie na tento soubor proměnných budeme považovat za prokázaný tehdy, pokud se podaří docílit alespoň efektu na úrovni „praktické signifikance“. Ve společenskovedním výzkumu se konvenčně za dosažení „praktické signifikance“ efektu považuje stav, kdy intervence (experimentální manipulace atp.) vysvětluje alespoň 4% variability v závislé proměnné (souboru závislých proměnných) (Ferguson, 2009). Tato očekávání jsou plně v souladu s výsledky pilotní studie provedené v rámci zavádění obdobného programu v zahraničí (Beier et al., 2015). Konkrétní závislé proměnné (dynamické rizikové faktory) a způsoby jejich operacionalizace jsou specifikovány v Tabulce 2 a vycházejí z výše uvedené zahraniční pilotní studie (Beier et al., 2015). Kvantitativní hodnocení bude doplněno kvalitativním expertním zhodnocením pomocí risk-assessmentových nástrojů (viz Tabulka 2). V obou případech bude stav na konci terapie srovnáván s baseline měřením; u skupiny srovnávací pak v odpovídajících časových bodech.

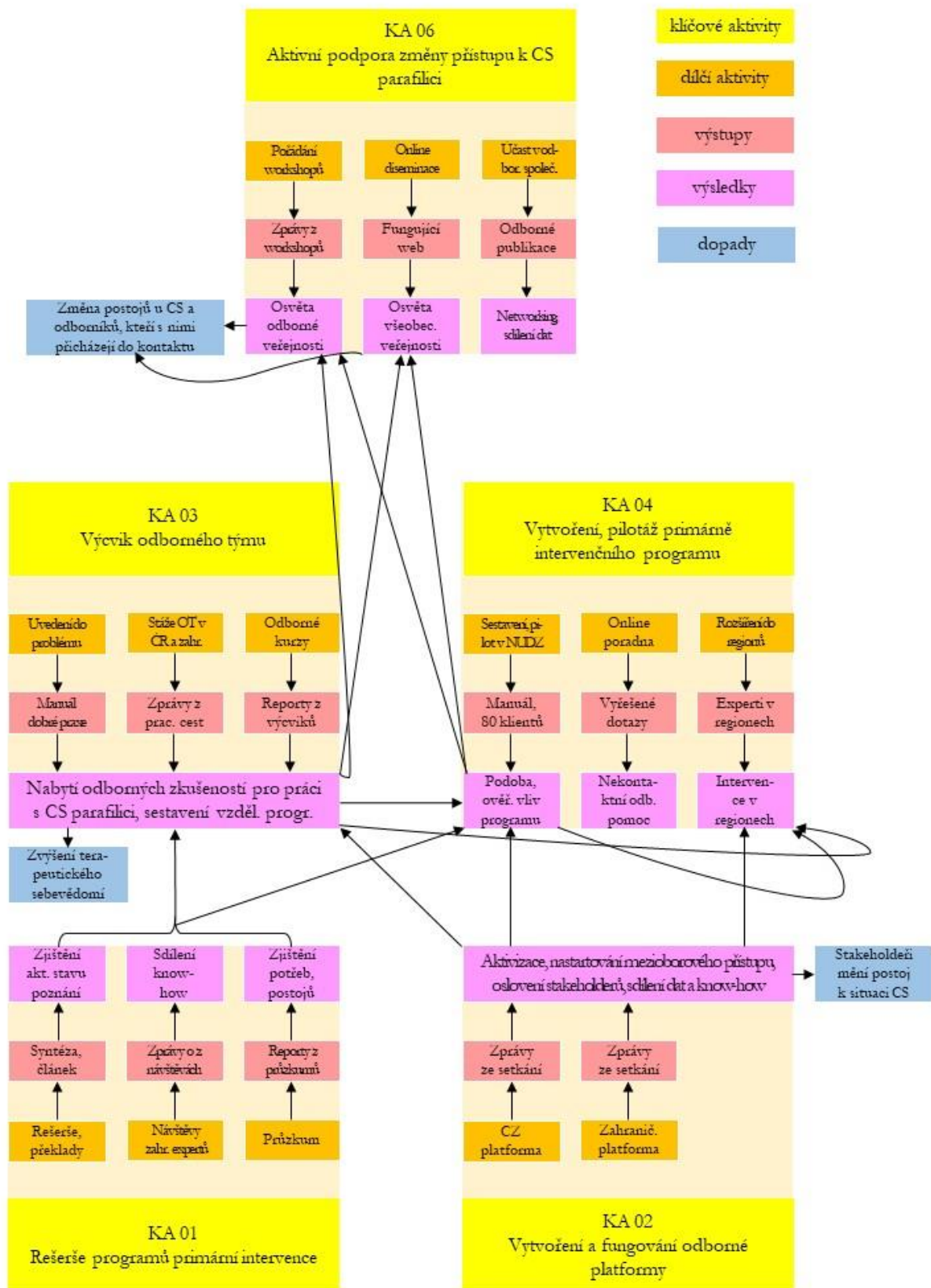
Aby bylo možno kontaktní program zrealizovat, bude nejprve nutné v KA 03 proškolit a vycvičit terapeuty pro práci s touto klientelou. Výcvikové programy určené odborníkům jsou efektivní pouze do té míry, do níž zvyšují jejich terapeutické sebevědomí (Gair, 1980), a toto sebevědomí odvisí od vnímané kvality poskytnutého výcviku (McMahon & Hevey, 2017). Lze tedy říci, že uváděné terapeutické sebevědomí pro práci s CS parafilici představuje jistý index kvality tréninku. Jeho zvýšení však nelze přičítat výhradně efektu tréninku, neboť závisí na komplexní interakci osobnostních charakteristik terapeutů a situačních faktorů, a tedy bude pojímáno jakožto dopad výcviku, nikoli jako jeho výsledek. Terapeutické sebevědomí odborníka je pak stěžejním předpokladem kompetentně poskytované péče. Osobní příspěvek terapeuta, kam spadá i to, zda sám věří, že dokáže klientovi pomoci, má až pětkrát větší vliv na výsledek terapie než to, jaká konkrétní terapeutická metoda byla využita (Baldwin & Imel, 2013). Kvalita výcviku, hodnocená na základě sebeposouzení terapeutického sebevědomí, tedy může zásadním způsobem ovlivnit míru, do jaké bude mít kontaktní intervence vliv na redukci dynamických faktorů spáchání sexuálně motivovaného trestného činu.

O možnostech participace na kontaktním programu primární intervenci a jeho účincích budou potenciální zájemci z řad CS parafilici, ale i veřejnost odborná i všeobecná, informováni v rámci KA 06. Bude tak učiněno mj. prostřednictvím webu, který by poskytoval informace poplatné aktuálnímu stavu poznání problematiky ve světě. Očekáváme tedy, že přímo v důsledku realizace projektu na jeho konci docílíme stavu, kdy členové CS parafilici budou široce informováni o možnosti anonymně vyhledat odbornou primárně-preventivní pomoc realizovanou kontaktní formou a o existenci informačního webu a online poradny. Zároveň by tato osvěta měla přispět ke změně jejich postojů ke své situaci i k profesionálům, kteří by takovou intervenci mohli potenciálně poskytovat. Z předchozích studií vyplývá, že samotná informační kampaň s nabídkou pomoci vede k nárůstu ochoty klientů s parafilními preferencemi vyhledat z vlastní vůle odbornou péči (Beier et al., 2009). K jejímu zvýšení u CS parafilici může projekt přispět, ale nikoli za ně přebrat plnou odpovědnost, neboť může být ovlivněna řadou dalších faktorů. Jedním z nich je aktuální postoj majoritní i odborné společnosti k parafilní komunitě, který je členy CS parafilici reflektován s obavami z toho, aby se participace na terapii nestala zdrojem další stigmatizace, pro přehled viz např. Jahnke, Schmidt, Geradt, and Hoyer (2015). Informování široké veřejnosti o možnosti

obracet se s problémy týkajícími se sexuálních preferencí na specializovanou odbornou instituci se obecně setkává s kladným přijetím (Levine, 1989) a srozumitelně komunikovaná osvěta o terapeutické a výzkumné činnosti vede ke zvýšení důvěryhodnosti odborníků v očích veřejnosti (Levine, 1995). Naprosto klíčovým faktorem je však kromě ujištění o odborné způsobilosti také explicitně deklarovaný (a dodržený) závazek, že ke klientům bude přistupováno eticky a s respektem, a jasné vydefinování podmínek, za nichž platí ohlašovací povinnost (Kramer, 2011). V souvislosti s informační kampaní, která k těmto okolnostem bude přihlížet, a volnou diseminací poznatků tedy z hlediska změny postojů CS parafilici očekáváme nejen posílení ochoty k dobrovolnému svěření se do odborné péče, ale i důvěry v kompetentnost odborníků takovou intervencí poskytovat a v to, že profesionálové jsou schopni a ochotni porozumět jejich problémům. Jak míra informovanosti o nabízené péči, tak postoje k ní budou zjišťovány pomocí online průzkumu.

Obdobně jako doufáme ve změnu postojů samotných členů CS parafilici ke své situaci, za niž ovšem projekt nemůže převzít plnou odpovědnost, mělo by dojít ke změně pohledu odborné veřejnosti na ně. Stigmatizující postoje vůči CS parafilici se mohou týkat i odborné veřejnosti a výrazně přispívají k pravděpodobnosti, že klient odbornou pomoc nevyhledá a dojde u něj k nárůstu dynamických rizikových faktorů spáchání sexuálně motivovaného trestného činu (Jahnke, 2018). Obava CS parafilici ze stigmatizace ze strany profesionálů tedy může být do jisté míry opodstatněná. Studie však ukazují, že tendence profesionálů ke stigmatizaci lze podstatně zmírnit osvětovou činností (Jahnke, Philipp, & Hoyer, 2015). Zda lze tímto způsobem pozitivně ovlivnit i motivaci profesionálů k práci s touto klientelou, však zůstává sporné. U odborníků, kteří přicházejí či potenciálně mohou přicházet do styku s touto klientelou, ale profesního výcviku se nezúčastní, tedy čekáme, že v širší souvislosti s diseminací poznatků projektu v KA 06 dojde (dle jejich subjektivních výpovědí) ke změně pohledu na příslušníky CS parafilici a jejich situaci. Konkrétně to znamená zmírnění stigmatizujících postojů a faktorů, které jim dle jejich názoru komplikují intervenci u této klientely, a prohloubení ochoty se v této oblasti vzdělávat. Tyto změny budou hodnoceny prostřednictvím online průzkumu rozeslaného na adresy členů České společnosti pro sexuální medicínu.

Obrázek 2 - Teorie změny.



1.5. Předpoklady úspěšné implementace

Mezi klíčové předpoklady úspěšné implementace, které jsou zachyceny v rozpracované teorii změny a jsou taktéž reflektovány ve způsobu formulace evaluačních otázek, patří:

- Podařilo se nalézt zahraniční kontaktní program primární intervence u CS parafilici s již empiricky doloženým efektem na sledované rizikové faktory spáchání sexuálně motivovaného trestného činu a jeho prvky a poznatky byly alespoň částečně přenositelné do českého prostředí
- Podařilo se udržet zájem stakeholderů, vyjádřený min. jejich aktivní účastí na setkáních odborné platformy, po celou dobu realizace projektu
- Podařilo se dostatečně proškolit a vycvičit odborný tým tak, aby byl sám schopen práce s CS parafilici a byl schopen sestavit vzdělávací program pro odborníky, kteří s touto klientelou mohou potenciálně přicházet do styku, a to vše na současné úrovni poznání problematiky ve světě
- Podařilo se sestavit vzdělávací program pro odborníky přicházející do styku s CS parafilici na současné úrovni poznání problematiky ve světě
- Terapeuti, kteří prošli tímto výcvikem, vykazovali zvýšené terapeutické sebevědomí pro práci s CS parafilici
- Podařilo se sestavit kontaktní program primární intervence pro CS parafilici na současné úrovni poznání problematiky ve světě
- Podařilo se oslovit členy CS parafilici v dostatečném počtu, aby mohl být empiricky otestován vliv terapie poskytované v rámci kontaktního programu na dynamické rizikové faktory spáchání sexuálně motivovaného trestného činu
- Intervenční a srovnávací skupina byly porovnatelné co do výchozích charakteristik, aby bylo možno změny „před“ vs. „po“ posuzovat jako přímý vliv terapie, nikoli jako dopad
- Kontaktní program primární intervence měl empiricky doložený „prakticky signifikantní“ efekt (definice viz výše) na sledované dynamické rizikové faktory spáchání sexuálně motivovaného trestného činu
- Podařilo se oslovit odborníky v regionech, kteří mohou potenciálně přicházet do styku s CS parafilici, pro účast ve vzdělávacím programu
- CS parafilici a jejich blízké osoby byly široce informovány o možnosti zapojení se do kontaktního programu primární intervence a o existenci informačního webu a online poradny a byla jim vhodnou formou poskytnuta osvěta
- Odborníci potenciálně přicházející do styku s CS parafilici byli široce informováni o možnostech a způsobech terapie v rámci kontaktního programu primární intervence a byla jim vhodnou formou poskytnuta osvěta

1.6. Popis klíčových aktivit

1.6.1. KA 01 – Rešerše českých a zahraničních programů primární prevence

KA 01 bude uskutečňována v **1. – 4. měsíci** realizace projektu. Cílem KA 01 bude komplexní rešerše zahraničních programů (zejména) primární prevence, zaměřených na intervenci u osob s parafilními preferencemi a na jejich roli při snižování sexuální delikvence včetně online abuse. Náplní aktivity je tedy přenos fungujících zahraničních inovací, metod, postupů. Jelikož tímto způsobem lze získat pouze reportní údaje, případně publikované články, přičemž důležité

detaily publikovány nebývají, je nezbytné studium literatury zkombinovat s osobním kontaktem se zahraničními odborníky již v prvních měsících realizace. Tato činnost spadá do KA 03 – zahraniční stáže OT. V případě, že potřebné údaje nebudou dostupné (např. postoje a přístup odborníků, kteří s CS parafilici přicházejí do styku, k této klientele a postoje CS parafilici ke své vlastní situaci), budou zjišťovány formou anonymních online průzkumů. Tato baseline data zároveň poslouží společně s průzkumy prováděnými na konci projektu pro vyhodnocení, zda nastaly očekávané změny. Součástí této klíčové aktivity je dále rešerše způsobů nábory klientů a online komunikace s klienty. V rámci této aktivity proběhnou rovněž překlady odborných textů z neběžných jazyků. Výstupem KA 01 bude zpráva o české a zahraniční zkušenosti a odborný článek. Jejím výsledkem bude zjištění současného stavu poznání u nás a ve světě a zmapování postojů a potřeb CS parafilici a odborníků, kteří s touto klientelou přicházejí do styku.

1.6.2. KA 02 – Vytvoření platformy zahraničních a českých odborníků a stakeholderů

Tato klíčová aktivita bude realizována po celou dobu realizace projektu. Na konci **3. měsíce realizace projektu** proběhne první setkání zahraničních expertů a české platformy. **Tříkrát za rok** se sejde platforma česká. **Čtyřikrát za projekt** se sejde platforma zahraničních expertů. Cílem aktivity bude ustavit a zajistit fungování platformy 4 zahraničních programů, konkrétně Dunkelfeld (Německo), StopSO (UK), StopItNow (UK, Nizozemí), Sexpo (Finsko), Preventell (Švédsko), Sexual Behavior Clinique (Kanada), a 7 českých odborníků a stakeholderů (MV ČR, MZ ČR, PS ČLS JEP, SS ČLS JEP, Kriminologický ústav MSp ČR, zástupce komunity ČEPEK). Tato platforma umožní přizpůsobení zkušeností ze zahraničních programů primární prevence českému prostředí a zároveň nastaví adekvátní kritéria evaluace pro tento program. Stakeholderi budou aktivně zapojeni do všech fází řešení a testování programu. Informovány a přizvány k adekvátním částem jednání budou i další dotčené strany, např. MPSV (sociálně-právní ochrana dětí), VZP, Bílý kruh bezpečí, Dětské krizové centrum, Liga otevřených mužů, Orgán sociálně-právní ochrany dětí, MŠMT. Ty umožní hledání synergií a sdílení postupů a zkušeností ze synergických projektů a umožní šíření povědomí o projektu mezi možné další zainteresované strany, jako jsou oběti a jejich blízcí. Výstupem KA 02 bude 10 setkání, zakládací listina platformy, zprávy z průběžných setkání a závěrečného vyhodnocovacího setkání. Jejím výsledkem bude aktivizace a podpora mezioborového a meziorganizačního přístupu, aktivní šíření znalostí, objektivita, dále existence odborné platformy a udržování kontaktu s hlavními stakeholdery a dalšími institucemi, jež je zapotřebí o záměru informovat tak, aby problematika mohla být v ČR účinně řešena.

1.6.3. KA 03 – Výcvik odborného týmu

Tato klíčová aktivita je zaměřena na výcvik OT. Sestává z absolvování zahraničních odborných kurzů, individuální a týmové přípravy a ze zahraničních a českých stáží. OT je třeba odborně vycvičit a vzdělat, protože v současnosti v ČR nemá nikdo dostatečnou zkušenost. Během **1. – 4. měsíce** realizace projektu dojde k nábory specialistů a jejich základnímu uvedení do problematiky. Bude se jednat o 3 juniorspecialisty a 1 terénního pracovníka (1. měsíc) a 2 lékaře a 2 klinické psychology (4. měsíc). Během **2. – 6. měsíce** OT absolvuje stáže na českých pracovištích v rozsahu 80 hod. u kliniků a 120 hod. u juniorspecialistů a terénního pracovníka. Získají tak zkušenosti např. s tím, jak probíhá ochranná sexuologická léčba a léčba v sexuologických ambulancích, navštíví vězení, Kriminologický ústav, Sexuologický institut, ale i organizace a společnosti, které pracují s oběťmi, jako např. Bílý kruh bezpečí. Terénní pracovník získá terénní

zkušenost s CS parafilici např. návštěvou jimi pořádaných akcí. Je nezbytné, aby se OT seznámil rovněž s celým spektrem terapeutických postupů i restriktivních opatření směřujících k delikventním osobám s parafilními preferencemi a jejich obětí. Dále se obeznámí s praktickou stránkou nastavení terapie v jednotlivých zařízeních, jež se vyznačuje vysokou variabilitou. Terénní praxe zajistí primární kontakt a pochopení prostředí, v němž se CS parafilici pohybuje, což je potřebné zejména pro terénního pracovníka, který je zodpovědný za zajištění těchto praxí. Během **5. – 10. měsíce** realizace projektu proběhne individuální a týmová příprava v rozsahu 50 hod. Budou probírány kazuistiky CS parafiliků a delikventních osob s parafilními preferencemi v rozsahu 20 hod. na terapeuta, které připraví supervizor, metodik, lektor, garant a zahraniční experti. Během **1. – 12. měsíce** realizace projektu OT absolvuje zahraniční odborné kurzy v rozsahu 140 hod. Bude se jednat o 80 hod. individuální a týmové přípravy pro práci s parafilní klientelou, 40 hod. párové sexuální terapie a 20 hod. sexuální edukace. Během tohoto období OT absolvuje také zahraniční stáže v rozsahu 80 hod. Členové OT absolvují celkem 10 stáží, a to ideálně na různých pracovištích s rozdílným přístupem. Během **10. – 12. měsíce** dojde k vyhodnocení výsledků výcviků a terapeutických výsledků ze stáží. OT se sejde min. čtyřikrát na jednodenním setkání a bude vyhodnocena odborná zkušenost. Výstupem KA 03 budou 4 vycvičení terapeuti a 3 juniorspecialisté, vycvičení terénní pracovník, garant a evaluátor. Bude vytvořen pracovní materiál dobré praxe, který bude pravidelně aktualizován. Zpráva každého z účastníků výcviku bude jeho absolventskou prací, která bude hodnocena. Zvládnutí praktických dovedností bude hodnoceno v průběhu jednotlivých částí výcviku. Osm absolventů obdrží osvědčení o absolvování výcviku. Výsledkem bude nabytí odborných zkušeností, které jsou zapotřebí pro práci s CS parafilici, v rámci odpilotovaného výcviku terapeutů, juniorspecialistů a terénního pracovníka.

1.6.4. KA 04 – Vytvoření a pilotní otestování programu primární intervence

Tato klíčová aktivita je zaměřena na vytvoření programu primární intervence, pilotní otestování programu primární intervence, jeho realizaci a ověření jeho funkčnosti a uskutečnitelnosti v regionech ČR a na spuštění a otestování internetové poradny. Během **7. – 13. měsíce** realizace projektu bude vytvořen program primární intervence pro CS parafilici v NUDZ. OT sestaví celý program na základě zkušeností z KA 03. Budou vytvořeny odborné podklady popisující práci s CS parafilici. Během celé doby realizace projektu (**1. – 40. měsíc**) bude probíhat sběr kontaktů a dat v terénu. Terénní pracovník kontaktuje potenciální klienty a bude komunikovat s komunitními skupinami sexuálních minorit a obsluhovat online poradnu, kde bude řešit dotazy klientů v reálném čase. Během **14. – 38. měsíce** realizace projektu dojde k pilotnímu otestování anonymního kontaktního programu primární intervence na jádrovém pracovišti (NUDZ). Kontaktní intervence bude spočívat v supervidované ambulanci, skupinových sezeních či párové terapii minimálně u 80 klientů z řad CS parafilici a 20 jejich blízkých osob. Poskytována bude poradenská, psychoterapeutická a farmakologická intervence na speciálně zřízeném ambulantním pracovišti v rámci NUDZ s eventuální možností hospitalizace v odůvodněných případech spojených s depresí a rizikem např. sebevraždy. Dle předprojektové analýzy je pro prokázání změny u klienta zapotřebí intervence o délce 1 – 1,5 roku v závislosti na zvolené frekvenci intervence. Práce terapeuta bude sestávat z primárního expertního posouzení sexuologických a psychologických charakteristik anonymizovaného klienta a posouzení jeho vhodnosti pro účast v programu. Hodinový úhrn na klienta bude zhruba 4 – 5 hod./vyšetření a 5 hod./zpracování výsledků. Dále bude vést skupinová, individuální či párová sezení. Minimální frekvence bude 50 hod./klienta min. v týdenních odstupech. Během **28. – 40. měsíce** realizace projektu dojde k pilotnímu rozšíření vzdělávacího programu pro therapy v regionech ČR s cílem vyškolení min. 10 terapeutů či sexuologů pro práci s parafilní klientelou. Výstupem KA 04 bude praktická příručka

pro práci s parafilní klientelou, kontaktní program primární intervence pilotně ověřený na 80 klientech z řad CS parafilici a jejich 20 blízkých osobách, fungující online poradna a min. 10 osvědčení o absolvování vzdělávacího programu. Výsledkem bude zjištění vlivu kontaktního programu primární intervence zejm. na well-being a na rizikové dynamické faktory, které jsou terapií ovlivnitelné; zkontaktování členů CS parafilici a jejich uvědomění o existenci internetové poradny; zjištění potřeb klientů navštěvujících online poradnu, u nichž se předpokládá, že do kontaktního programu vstoupit nemohou anebo nechtějí; a odborná připravenost profesionálů v regionech ČR, aby mohli kontaktní intervenci poskytovat.

1.6.5. KA 05 – Evaluace

Účel, design, evaluační otázky, metody a harmonogram evaluace jsou popsány v oddíle 2 – Evaluace projektu.

1.6.6. KA 06 – Aktivní podpora změny přístupu k cílové skupině nedelikventní parafilici

V rámci této klíčové aktivity dojde k vytvoření platformy pro včasný záchyt a primární intervenci u CS parafilici napříč ČR. Realizována bude osvěta širkové i odborné veřejnosti a budou publikována opatření k destigmatizaci profesionálů, kteří přicházejí či mohou přijít do styku s CS parafilici. Všechny výstupy budou volně k dispozici na dedikovaném webu. Za tímto účelem budou vytvořeny a po celou dobu realizace projektu (**1. – 40. měsíc**) provozovány webové stránky a online poradna pro CS parafilici, pro jejich blízké i pro oběti a jejich blízké. Inspirovány budou projektem thinkUKnow (<https://troubled-desire.com>). Mezi **36. – 40. měsícem** proběhne 6 odborných informačních workshopů o trvání 8 hodin určených pro 150 odborníků v ČR. Takto budou odborníkům, kteří s CS parafilici přicházejí do styku mimo jádrové pracoviště NUDZ, předány dosavadní zkušenosti s prací s touto klientelou. O výsledcích projektu budou taktéž zpraveny 3 orgány veřejné správy a akademičtí pracovníci na 2 vysokých školách s odpovídajícím zaměřením. Po celou dobu řešení projektu (**1. – 40. měsíc**) se členové OT budou účastnit konferencí 3 odborných zahraničních společností/profesionálních sdružení, jejichž se 3 osoby z OT stanou členy. Takto budou navázány nové profesní kontakty a získány klíčové vazby v oblasti prevence, terapie a výzkumu sexuálně motivovaného násilí. Výstupem KA 06 bude fungující web, 6 informačních workshopů pro 150 účastníků, informované 3 orgány veřejné správy a 2 vysoké školy; 5 odborných článků, 3 prezentace na konferencích. Výsledkem bude sdílení poznatků nabytých v rámci projektu, navázání kontaktů mezi osobami sdílejícími profesní zájem na primární intervenci u CS parafilici napříč ČR i v zahraničí a online podpora a osvěta.

2. Evaluace projektu

2.1. Procesní evaluace

Cílem **procesní** evaluace bude průběžné hodnocení toho, zda a případně nakolik se daří dosahovat dílčích cílů v rámci jednotlivých klíčových aktivit. V případě, že dojde k opoždění oproti původnímu plánu či výskytu překážek při realizaci, budou navržena taková opatření, abychom maximalizovali pravděpodobnost, že cílů projektu bude dosaženo v původně plánovaném rozsahu a při dodržení harmonogramu uvedeného v popisu klíčových aktivit. Procesní evaluace bude realizována přístupem evaluace vedené teorií (Theory-Based Evaluation, TBE), přičemž bude vycházet především z výše specifikované teorie změny, vypracované na setkání realizačního týmu 17/9/2019. Tato teorie změny bude průběžně aktualizována v závislosti na nových poznatcích, získaných zmapováním současné situace řešení problematiky v ČR (KA 01 a 02) a sdílením zahraniční zkušenosti s primární intervencí u CS parafilici (KA 01, 02 a 03), ale i vnějších vlivech vstupujících do realizace projektu, jež při jeho plánování nebyly očekávány, a proto ani zohledněny. Zároveň poslouží jako nástroj k plánování dílčích cílů a ke specifikaci předpokladů, jež musí být splněny, aby daných cílů mohlo být dosaženo. Vyhodnocení teorie změny v závěru projektu pomůže určit, které teoretické předpoklady jsou platné v českém prostředí a které prvky zahraniční praxe jsou přenositelné a uskutečnitelné v ČR a proč. Přispěje tedy zároveň k identifikaci interferujících vlivů, jež způsobily případnou diskrepanci mezi původně plánovanými a v konci skutečně dosaženými výstupy a výsledky. Bude využívat převážně kvalitativních výzkumných metod. Evaluační matici k procesní evaluaci uvádí Tabulka 1.

2.2. Dopadová evaluace

Cílem **dopadové** evaluace, jak také vyplývá z evaluační matice uvedené v Tabulce 2, bude zhodnotit:

1. přímý vliv pilotního kontaktního programu primární intervence, uskutečňovaného v NUDZ, na proměnné, které jsou dle dostupné literatury u CS parafilici terapií ovlivnitelné (KA 04);
2. dopad absolvování specializovaného výcviku pro práci s CS parafilici na terapeutické sebevědomí takto proškolených odborníků (KA 03, 04);
3. dopad volné diseminace poznatků (osvěty) mezi odbornou veřejností, přicházející do styku s CS parafilici, na jejich postoje vůči situaci těchto osob a na postoje k této klientele jako takové (KA 06);
4. dopad osvěty, existence informačního webu a poradny a povědomí o možnosti absolvování terapie na postoje CS parafilici vůči své situaci a odborníkům poskytujícím pomoc (KA 06).

U bodu 1 (evaluační otázka č. 5) bude evaluace vedena jako kontrafaktuální, viz evaluační matice níže. Aby však tohoto ideálního stavu mohlo být dosaženo, bude zapotřebí především vhodně definovat srovnávací skupinu. Jako pravděpodobná varianta se momentálně jeví zařazení motivovaných a potenciálně vhodných zájemců o kontaktní program, pro něž ovšem bude z důvodu geografické vzdálenosti obtížně dostupný. U obou skupin bude dbáno na vzájemnou podobnost demografických charakteristik. Účastníci v jednotlivých skupinách k sobě budou napárováni pro sociodemografické charakteristiky pomocí tzv. propensity skóre. Srovnání u těchto skupin bude provedeno metodou difference-in-difference, kdy rozdíl v rozdílu počátečních a konečných hodnot mezi skupinami bude ukazatelem čistého efektu intervence. Jelikož však osoby, které se přes možné přetrvávající obavy z deanonymizace či nepohodlí spojené s dojížděním nakonec rozhodnou zúčastnit kontaktní terapie, mohou představovat velice specifickou skupinu (např. mohou vykazovat větší motivaci k terapii, větší tíži problémů a nižší kvalitu života), bude také nutné identifikovat a kontrolovat skryté proměnné, v nichž se klienti kontaktního programu a srovnávací skupina mohou lišit. Protože v současné době neexistuje na tyto otázky jednotné odborné stanovisko a momentálně neexistují obdobné výzkumné studie, bude je OT řešit v průběhu projektu, přičemž bude vycházet z rešerší odborné literatury, výsledků aktuálně probíhajících průzkumů a konzultací se zahraničními i českými experty. Kvantitativní zhodnocení bude v každém případě doplněno kvalitativním expertním posouzením pomocí tzv. risk assessmentových nástrojů (více viz Tabulka 2), které pomůže lépe identifikovat a popsat aspekty klientovy kognice, motivace a chování, v nichž došlo ke změně.

Další sporný bod momentálně představuje operacionalizace proměnných, pomocí nichž budou vyhodnocovány efekty kontaktní intervence. Předchozí výzkumy, např. Beier et al. (2015), sice ukazují, že terapie má pozitivní vliv na well-being a tzv. dynamické faktory spáchání sexuálně motivovaného trestného činu. Nutno však podotknout, že při využití škál a dotazníků uvedených v Tabulce 2, bylo většího efektu dosaženo u pachatelů než u osob, které vykazovaly zvýšené riziko, avšak takového trestného činu se nedopustily. Je tedy možné, že navrhované nástroje nemusí být dostatečně citlivé pro zachycení změn v důsledku terapie u nedelikventních osob. Na stranu druhou, i pomocí těchto nástrojů se u nedelikventních participantů s parafilními preferencemi podařilo demonstrovat „prakticky signifikantní“ (Ferguson, 2009) efekt terapie. Jelikož zhodnocení rizika, že nedelikventní klient spáchá sexuálně motivovaný trestný čin představuje složitý problém (Duff & Willis, 2006) a názory na jeho řešení bývají formulovány velmi vágně („My approach would be to consider the same factors that would be used for known sexual offenders, but add a dollop of caution“), bude nutno jej konzultovat se zahraničními experty.

U bodů 2, 3 a 4 bude provedena kvalitativní analýza. Konkrétně u bodu 2 (evaluační otázka č. 4) bude jejím předmětem sebeuposouzení terapeutického sebevědomí absolventů specializovaného výcviku. U bodu 3 (eval. otázka č. 7) půjde o postoje odborné veřejnosti k CS parafilici, konkrétně o subjektivně pocíťované komplikace při intervenci a stigmatizační postoje. Bod 4 (eval. otázka č. 6) se týká motivace CS parafilici k vyhledání odborné pomoci a názorů na odborníky, kteří ji poskytují.

2.3. Evaluační matice

2.3.1. Evaluační matice k procesní evaluaci

Evaluační otázky, jejich typ (deskriptivní/normativní/kausální), indikátory (případně jejich cílovou hodnotu u normativních otázek), vstupní hodnoty, baseline, design (experimentální/kvazi-experimentální/neexperimentální), zdroje dat, vzorek/census, metody směru dat a předpokládané způsoby jejich analýzy k procesní části evaluace shrnuje Tabulka 1.

Tabulka 1 - Evaluační matice procesní evaluace.

Otázka	Typ otázky	Indikátor	Cílová hodnota (u normativních)	Design	Zdroje dat	Vzorek/census	Metody sběru dat	Analýza dat
1. Je projekt realizován v souladu s plánem a předpoklady?	normativní	Měsíc realizace projektu, v němž má být dílčí/klíčová aktivita ukončena Status dílčí/klíčové aktivity (úspěšně dokončena/nedokončena)	Plánovaný měsíc ukončení pro danou dílčí/klíčovou aktivitu Status „dokončeno“	Ne-experimentální	Týmové schůzky Zápisy z týmových schůzek	Odborný (realizační) tým	Zúčastněné pozorování na každé schůzce Polostrukturovaný dotazník distribuovaný 1x za půl roku manažerce a garantce projektu Studium dokumentů	Srovnání aktuálního stavu vůči harmonogramu (odpovídá – neodpovídá)
2. Jak jsou stakeholderi spokojeni se svým zapojením do projektu?	deskriptivní	1. sebevýpověď a 2. sebehodnocení (zástupce) stakeholdera	N/A	Ne-experimentální	Setkání odborné platformy Zápisy ze setkání odborné platformy	Členové odborné platformy (zástupci stakeholderů)	Zúčastněné pozorování na setkáních odborné platformy Polostrukturovaný dotazník distribuovaný členům odborné platformy 1x ročně Studium dokumentů	Deskriptivní statistická analýza (kvantifikovatelná sebehodnocení) Kvalitativní (sebevýpovědi)
3. Jak jsou zohledňovány poznatky z podobných programů?	deskriptivní	Prvky jiných programů, které byly přejaty	N/A	Ne-experimentální	Setkání zahraniční platformy Zápisy ze setkání zahr. platformy Týmové schůzky Zápisy z týmových schůzek Reporty ze zahr. stáží členů OT	Odborný (realizační) tým	Zúčastněné pozorování na setkáních zahr. platformy, týmových schůzkách Studium dokumentů	Kvalitativní

2.3.2. Evaluační matice k dopadové evaluaci

Evaluační otázky, jejich typ (deskriptivní/normativní/kausální), indikátory (případně jejich cílovou hodnotu u normativních otázek), vstupní hodnoty, baseline, design (experimentální/kvazi-experimentální/neexperimentální), zdroje dat, vzorek/census, metody směru dat a předpokládané způsoby jejich analýzy k dopadové části evaluace jsou specifikovány v Tabulce 2.

Tabulka 2 - Evaluační matice dopadové evaluace.

Otázka	Typ otázky	Indikátor	Baseline	Retest	Design	Zdroje dat	Vzorek/census	Nástroje/metody sběru dat	Analýza dat
4. Jaký byl dopad výcviku terapeutů na jejich terapeutické sebevědomí?	Deskriptivní	sebehodnocení terapeutického sebevědomí			neexperimentální	Administrace dotazníků	Všichni terapeuti, kteří projdou výcvikem	Polostrukturovaný dotazník profesní připravenosti a terapeutického sebevědomí	kvalitativní
5. Snížilo absolvování kontaktního programu u CS parafilici rizikové faktory spáchání sexuálního motivovaného trestného činu?	Kausální	Skóre u jednotlivých rizikových faktorů: 1. sebehodnocená kvalita života 2. pocit sociálního vyloučení 3. ochota vyhledat odbornou pomoc 4. úzkostně-depresivní symptomy 5. pocit osamělosti 6. seberegulace, coping 7. kognitivní distorze 8. pocíťované komplikace při vyhledání	Měření při vstupu do programu	Měření při výstupu z programu (u intervenční skupiny), ve stejném časovém období (u srovnávací skupiny)	Kvazi-experimentální + neexperimentální	Administrace dotazníků Sezení s klienty	Intervenční skupina: 80 klientů kontaktního programu Srovnávací skupina: 80 motivovaných zájemců, pro něž bude program z důvodu velké vzdálenosti nedostupný; napárování s ohledem na sociodemografické charakteristiky pomocí propensity skóre	1. SF-12 Health Survey (Turner-Bowker & Hogue, 2014) EUROHIS-QOL (Schmidt, Muhlan, & Power, 2006) 2. Perceived Social Distance Scale (Jahnke, Schmidt, et al., 2015) 3. Therapy Motivation Scale (Jahnke, Schmidt, et al., 2015) 4. Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) 5. UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996) 6. Hypersexual Behavior Inventory (Reid, Li, Gilliland, Stein, & Fong, 2011) 7. Bumby Molest/Rape Scale (Bumby, 1996)	Dotazníky – kvantitativní (difference-in-difference); expertní posouzení pomocí risk-assessmentových nástrojů – kvalitativní analýza

		odborné pomoci Expertní posouzení dynamických rizikových faktorů						8. Help Seeking (Levenson & Grady, 2019) Nekvantifikovatelné expertní posouzení rizikových faktorů pomocí risk-assessmentových nástrojů: - Structured Assessment of Protective Factors (Vogel, de Ruiter, de Bouman, & de Vries Robbé, 2009) - Sexual Violence Risk-20 (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997) - Historical Clinical Risk Management-20, Version 3 (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013)	
6. Jaký byl dopad volné diseminace poznatků na postoje členů CS parafilici k odborné pomoci a na jejich ochotu ji dobrovolně vyhledávat?	Deskriptivní	sebehodnocení, sebevypovědi			neexperimentální	Administrace průzkumů, sezení s peers dobrovolníky	Vzorek respondentů celonárodního průzkumu, kteří uvedli parafilní preference Dobrovolníci z komunity ČEPEK	Online průzkum (Therapy Motivation Scale, Help Seeking) Polostrukturovaný rozhovor s peers dobrovolníky	kvalitativní
7. Jaký byl dopad volné diseminace poznatků mezi odbornou veřejností na jejich postoje vůči situaci CS parafilici a této klientele jako takové?	Deskriptivní	sebehodnocení, sebevypovědi			neexperimentální	Administrace průzkumů	Vzorek členů České společnosti pro sexuální medicínu	Online průzkum (subjektivně pocíťované komplikace při intervenci (Alarcao et al., 2012), stigmatizační postoje vůči CS (Jahnke, Imhoff, & Hoyer, 2015))	kvalitativní

2.4. Harmonogram evaluace

- Vstupní evaluační zpráva – 12/2019
- 1. průběžná evaluační zpráva – 12/2020
 - Procesní evaluace – evaluační otázky 1 – 3
- 2. průběžná evaluační zpráva – 12/2021
 - Procesní evaluace – evaluační otázky 1 – 3
- Závěrečná evaluační zpráva – 12/2022
 - Dopadová evaluace – evaluační otázky 4 – 7

3. Seznam obrázků

Obrázek 1 - Rozpad stávající situace v ČR.....	4
Obrázek 2 - Teorie změny.....	9

4. Seznam tabulek

Tabulka 1 - Evaluační matice procesní evaluace.....	16
Tabulka 2 - Evaluační matice dopadové evaluace.	17

5. Reference

- Alarcao, V., Ribeiro, S., Miranda, F. L., Carreira, M., Dias, T., Costa, J. G. E., & Galvao-Teles, A. (2012). General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction - results of the Portuguese SEXOS study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2508-2515. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02870.x
- Baldwin, S., & Imel, Z. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed. ed., pp. 258–297). New York: Wiley.
- Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (in press). The prevalence of paraphilic interests in the Czech population: preference, arousal, the use of pornography, fantasy, and behavior. *Journal of Sex Research*.
- Beier, K. M. (2013). *BEDIT - The Berlin Dissexuality Therapy Program*. Berlin: Institute for Sexology and Sexual Medicine, Charité Berlin.
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529-542. doi: 10.1111/jsm.12785
- Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A., & Schaefer, G. A. (2009). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*, 33(8), 545-549. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.04.002
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. Vancouver: Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 37-54.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Duff, S., & Willis, A. (2006). At the precipice: Assessing a non-offending client's potential to sexually offend. *Journal of sexual aggression*, 12(1), 43-51.
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A Guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology-Research and Practice*, 40(5), 532-538. doi: 10.1037/a0015808
- Gair, D. S. (1980). Limit-setting and seclusion in the psychiatric hospital. *Psychiatric Opinion*, 17(2), 16.
- Jahnke, S. (2018). The stigma of pedophilia. *European Psychologist*, 23(2), 144-153. doi: 10.1027/1016-9040/a000325
- Jahnke, S., Imhoff, R., & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 21-34. doi: 10.1007/s10508-014-0312-4
- Jahnke, S., Philipp, K., & Hoyer, J. (2015). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect*, 40, 93-102. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.07.008
- Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., & Hoyer, J. (2015). Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2173-2187. doi: 10.1007/s10508-015-0503-7
- Kramer, R. (2011). *The DSM and the stigmatization of people who are attracted to minors*. Paper presented at the Pedophilia, minor-attracted persons, and the DSM: Issues and controversies. Symposium conducted at the meeting of the B4U-ACT, Inc., Westminster, MD.
- Levenson, J. S., & Grady, M. D. (2019). Preventing sexual abuse: perspectives of minor-attracted persons about seeking help. *Sexual Abuse-a Journal of Research and Treatment*, 31(8), 991-1013. doi: 10.1177/1079063218797713
- Levine, S. B. (1989). Comprehensive sexual health centers: Is it time? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 15(3), 215-224.
- Levine, S. B. (1995). What is clinical sexuality? *Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 1-6.
- McMahon, A., & Hevey, D. (2017). "It has taken me a long time to get to this point of quiet confidence": What contributes to therapeutic confidence for clinical psychologists? *Clinical Psychologist*, 21(3), 195-205. doi: 10.1111/cp.12077

- Reid, R. C., Li, D. S., Gilliland, R., Stein, J. A., & Fong, T. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Pornography Consumption Inventory in a sample of hypersexual men. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*(5), 359-385. doi: 10.1080/0092623x.2011.607047
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20-40. doi: 10.1207/s15327752jpa6601_2
- Schmidt, S., Muhlan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health, 16*(4), 420-428. doi: 10.1093/eurpub/cki155
- Turner-Bowker, D., & Hogue, S. J. (2014). Short Form 12 Health Survey (SF-12). In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 5954-5957). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Vogel, V., de Ruiter, C., de Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). *Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. English version*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x