

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2007**

**Bc. Petra Jiříková**

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Znalosti mladistvých o prevenci rizikového sexuálního chování  
v Klatovech**

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Petra Jiříková

Jméno vedoucího práce: Mgr. Magdalena Čapková, Ph.D.

28.5.2007

## **Teenagers' knowledge about prevention of the risk sexual behaviour in Klatovy**

Nowadays the risk sexual behaviour of teenagers is an important problem which puts at risk physical and psychosocial health of them and their children. Young people are involved in the premature sexual life by the combination of many factors which lead to the risk of the frequent changing of partners. Sexually transmitted diseases, undesirable pregnancy, abortions but also foundings of casual sexual relations and later inability to establish the valuable partnership belong to these risks. The aim of my work was to compare knowledge of teenagers about prevention of the risk sexual behaviour at the Secondary medical school and at the secondary schools without medical orientation. Quantitative research was put into practice for the purpose of the fulfilment of this aim. The method of the technique of interviewing and the standardized questionnaire were adopted and the data collection was realized with respondents from 4th classes of the selected secondary schools in Klatovy in 2007. Various questions refer to given problems: knowledge of terms, mines of information, evaluation of teaching and sexual behaviour. It follows from the general evaluation that the prescribed hypothesis (Teenagers at the Secondary medical school have more knowledge about prevention of the risk sexual behaviour than teenagers at the secondary schools without medical orientation in Klatovy) was confirmed. Concurrently we can claim the shocking fact that it was found out more negative characterizations of the sexual behaviour of respondents. One of the problems is an area of the preventive impact in families and schools. The sex education of respondents from the secondary schools without medical orientation is completely insufficient. They are interested in it more at Secondary medical school but also here prevention is based only on giving information. We should lead teenagers to the restriction of the risk sexual behaviour not only by the influence of the area of knowledge but also of the area of their attitudes and skills. Next important role in prevention is played especially by the family and the school, which must work together, then out-of-school activities and doctors. Young people, who have clear aims in life, fixed values, communicate with their parents and are led in these important questions, have bigger strength to brave the pressure of people of the same age, advertisements and mass medias, which encourage them to the premature sexual life.

### **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 28.5.2007

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Magdaleně Čapkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí cenných rad, laskavou a vstřícnou spoluprací a dále všem ředitelům středních škol, kteří výzkum umožnili.

## Obsah:

Úvod .....	7
1. Současný stav .....	9
1.1. Základní pojmy .....	11
1.1.1. Období adolescence .....	11
1.1.2. Prevence .....	12
1.1.3. Primární prevence .....	13
1.1.4. Sekundární prevence .....	13
1.1.5. Terciární prevence .....	13
1.1.6. Rizikové sexuální chování .....	14
1.2. Sexualita a dospívání .....	14
1.3. Sexuální a reprodukční zdraví .....	16
1.4. Předčasný pohlavní život v dospívání .....	17
1.5. Pohlavně přenosné nemoci .....	18
1.5.1. Gynekologické záněty v malé pánvi .....	21
1.6. Těhotenství dospívajících .....	22
1.7. Umělé přerušování těhotenství .....	22
1.8. Sexuální zneužívání v dětství a dospívání .....	24
1.9. Prostituce .....	25
1.10. Pornografie .....	27
1.11. Masmédia .....	28
1.12. Možnosti prevence rizikového sexuálního chování dospívajících .....	30
1.12.1. Preventivní programy .....	30
1.12.2. Sexuální výchova .....	31
1.12.3. Právní otázky sexuální výchovy .....	37
1.12.4. Citová výchova .....	37
1.12.5. Peer programy .....	38
1.13. Antikoncepce .....	39
1.13.1. Metody přirozené antikoncepce .....	40

1.13.2. Mechanická (bariérová) antikoncepce .....	41
1.13.3. Chemická antikoncepce .....	42
1.13.4. Hormonální antikoncepce .....	42
1.13.5. Chirurgická antikoncepce .....	44
2. Cíl práce a hypotéza .....	45
2.1. Cíl práce .....	45
2.2. Hypotéza .....	45
3. Metodika .....	46
3.1. Použité metody a technika sběru dat .....	46
3.2. Charakteristika výzkumného souboru .....	47
4. Výsledky .....	48
5. Diskuse .....	72
6. Závěr .....	105
7. Seznam použité literatury .....	107
8. Klíčová slova .....	116
9. Přílohy .....	117

## Úvod

Sexualita a sexuální chování je přirozenou a nedílnou součástí našeho života. Naše postoje a hodnoty, které se k nim vztahují, jsou ovlivňovány školou, náboženstvím, vrstevníky, reklamou, sdělovacími prostředky a především rodinou. Nejrozličnější informace nás obklopují každodenně a mnohdy nabízí neadekvátní informace či jsou opředeny mýty. Současné společenské prostředí spíše napomáhá k předčasnému zahájení sexuálního života, degradaci žádoucích hodnot a tím k vývoji rizikového chování. Neznalost, chybné informace a nesprávné chování mohou u mládeže poškodit zdraví na celý další život.

V této práci jsem se zaměřila na znalosti mladistvých o prevenci rizikového sexuálního chování. Zajímalo mne srovnání těchto znalostí dle zaměření středních škol (zdravotnické či nezdravotnické), dále hodnocení efektivity sexuální výchovy u těch, kterých se bezprostředně týká, ale i postoje a sexuální chování těchto studentů.

Základem pro odpovědné chování v oblasti sexuality je zdravé sexuální vzdělání, které by mělo být poskytováno již v dětství. Je třeba zaměřit se na témata sexuální výchovy (plánované rodičovství, partnerství, sexuálně přenosné choroby, prostituce, sexuální zneužívání atd.) ještě dříve, než se s nimi děti či dospívající setkají v praxi a než začnou pohlavně žít. V rodině by dítě mělo dostat první poznatky o sexualitě, ale při odlišném vzdělání a názorové orientaci rodičů, není vždy kvalita dostačující. Mnohdy neumí či nechtějí o těchto tématech s dětmi hovořit. Při své práci pedagoga na střední škole mám možnost pozorovat život a chování mládeže. V současnosti, kdy je míra rozvodovosti vysoká, mnoho dospívajících žije v neúplných rodinách. Prožívají si citlivé a mnohdy nelehké období, někteří s láskou a porozuměním rodičů, někteří však s nejistým vedením, nepochopením či nezájmem. I dospívající potřebují důsledné vedení, avšak zároveň taktní a s dostatkem volnosti pro rozhodování a s trvalým zájmem o informace v atmosféře důvěry.

Významné postavení vedle samotné rodiny zaujímá škola. Problémem je však skutečnost, že sexuální výchova bývá na středních školách často realizována nedostatečně, mnohdy se nevyučuje vůbec. Dospívající pak toto „sexuální nevzdělání“



ze školní a rodinné sexuální výchovy kompenzují získáváním informací od vrstevníků, volně a snadno dostupné informace o sexualitě nabízejí také masmédia. Tady bychom se měli my dospělí (rodiče, pedagogové) zamyslet nad tím, zda chceme a dokážeme dostatečně a účinně působit na naše děti a zda jim poskytujeme dostatek opory, pochopení a lásky.

## 1. Současný stav

Období adolescence je velmi citlivé pro rozvoj tzv. rizikového a problémového chování, které je v zásadě dvojího druhu: jednak se týká poškozování zdraví adolescentů (tělesného či duševního), jednak je spjata s ohrožením společnosti, tj. negativním vlivem a újmou druhých lidí (46).

V souvislosti s celosvětovým vývojem je zdraví dospívajících definováno:

1. nepřítomností nemoci,
2. plněním vývojových úkolů tohoto věku,
3. nepřítomností takového rizikového chování, které ho může poškodit (47).

Sociální, ekonomické a kulturní faktory hrají důležitou úlohu, stejně jako výchovný postoj rodičů, učitelů a dalších osob pro dospívajícího významných (43). Zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím i dalšími sociálními vztahy mimo rodinu – dospělí i vrstevníci. Pro dobrý duševní vývoj jedince je důležitý pozitivní vztah k sobě samému, kde rodina opět hraje nejdůležitější roli. Nesporný vliv mají vstřícní a chápající přátelé a dospělí, se kterými mladí lidé komunikují, a tím rozvíjí své příznivé sociální návyky. Oprávněná sebedůvěra a dobrá schopnost vyrovnávat se s problémy a dalšími konflikty, jsou nezbytným předpokladem pro získání dovedností umožňujících překonávat životní překážky (91).

Riskování a experimentování je věku dospívání vlastní, za normální součást vývoje je považován pouze přechodný výskyt a omezená míra, která ještě neznamena ohrožení jedince (47). Nebezpečná jsou ta rizika, která nemají žádné racionální prvky, jsou samoúčelná a negativní důsledky převažují nad pozitivními. Mládež měla vždy sklon více riskovat, protože má větší tendenci zkoušet hranice svých možností a má méně obav z následků. Je trvalou součástí jejich života a není výjimečnou stránkou chování. Má vztah k osobnímu či kolektivnímu prospěchu a obsahuje emotivní i racionální složky (40). Jde zejména o to získat uznání vrstevníků, dokázat si samostatnost, případně dospělost, nebojácnost a sílu, ukázat protest proti autoritě a omezením, ale také neschopnost problémy verbalizovat při zatím nízkém tolerančním prahu pro frustrace (19). Někteří psychiatři se domnívají, že riskantní chování adolescentů pramení z tzv. pocitu všemohoucnosti adolescence. Dospívající, kteří se domnívají, že mohou všechno,

jsou také přesvědčení o své nezranitelnosti. Svět je láká a oni si myslí, že mohou vše, a tak riskují. Tento pocit částečně pramení z opojného pocitu síly, z toho, že náhle dokáží věci, na něž dříve nemohli ani pomyslet. Na obzoru se vynořuje dospělost **(57)**.

V posledních letech stoupl počet dospívajících, kteří se chovají rizikově, a výskyt problémového chování se posunuje do nižšího věku. Mluvíme o tzv. „nové morbiditě“ neboli „nové nemocnosti mládeže“. Jde o celosvětový trend, ale nejvíce jsou tato fakta sledována a analyzována od konce devadesátých let v USA. Nemocnost spojená s důsledky tohoto chování dlouhodobě poškozuje nemalou část dospívajících a je velkým ekonomickým břemenem pro každou společnost, např. finanční náklady na léčbu pohlavních chorob (včetně HIV/AIDS), alkoholové a drogové závislosti, dopravní úrazy, těhotenství dospívajících atd. Rizikové chování v dospívání je problematika velmi široká (prolíná řadou vědních oborů: medicíny, psychologie, sociologie aj.) **(19)** a závažná, protože její následky jsou hlavními příčinami úmrtí v tomto věku. Patří jsem tři okruhy rizikového chování, které se v dospívání většinou nevyskytují izolovaně, ale nejčastěji se vzájemně kombinují:

1. zneužívání návykových látek, závislost,
2. rizikové chování v oblasti psychosociální,
3. rizikové chování v oblasti sexuální **(20)**.

V širším pojetí sem patří i rychlá a riskantní jízda, nepoužívání bezpečnostních pásů, nikotinismus, ale i sedavý způsob života (spojený často s nadměrnou vazbou na počítače a televizi), nezdravá výživa a nezdravý způsob stravování, hraničící někdy s poruchami příjmu potravy **(19)**, agrese, násilí, šikana a týrání (včetně rasové nesnášenlivosti a diskriminace některých skupin), sebevražedné pokusy, dokonané sebevraždy a trestné činy **(46)**. Všechny tyto fenomény mají společné rizikové a ochranné faktory a vzájemně usnadňují svůj vznik (alkohol a drogy snižují úsudek a sebekontrolu v oblasti sexuální, předčasný sex vede často ke krizovým situacím a tím k dalším psychosociálním jevům) **(47)**. Proto se užívá termínu „syndrom rizikového chování v dospívání“. Jeho specifikem v adolescenci je totiž to, že některé jeho projevy jsou problémové pouze ve vztahu k věku a jsou často vzhledem k osobnostnímu vývoji jedince účelové a vlastně v tomto smyslu funkční – i když tím nebezpečí následků není

nikterak sníženo **(20)**. Rizikové chování dospívajících může přímo nebo nepřímo ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý další život mladých lidí **(19)**.

Některé jevy dnešní doby generují nebezpečné problémy. Snad nejvýraznějším rysem současnosti je nebývalá rychlost společenských změn. Prudký vzestup životní, resp. konzumní úrovně. Samostatným faktorem je marketing, propagace a zábavní průmysl, jejichž protagonisté se stávají pro mládež neodolatelnými vzory lehkosti bytí a úspěšnosti. Postavení hrdinů z billboardů, spotů, klipů a bulvárních tiskovin je všedním životem nedosažitelné, nabízejí se náhrady jako cigarety, alkohol, drogy, sex, násilí, nebezpečné hry a sporty a jiná komerčně propagovaná rizika. Starší generace se vždy dívaly kriticky na chování mládeže, ale ta nevytváří nějaký vlastní vzor chování, jen výrazněji rozvíjí trendy, které vznikají v generaci starší. Novým rysem naší doby je mediálně akcentovaný způsob života slavných idolů, např. jejich volné partnerské vztahy, tisk probírá spíše s pochopením než pohoršením jejich alkoholické a drogové anamnézy. Sex a erotika se staly prostředkem reklamy čehokoli a vstoupily do filmů jako prvek atraktivity. Tuto společenskou atmosféru nevytváří mladá generace, ale svět dospělých **(40)**.

## ***1.1. Základní pojmy***

### ***1.1.1. Období adolescence***

Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa adolescere (dospívat, dorůstat, mohutnět). Jako termín označující určité období života člověka bylo použito poprvé v 15. století. Přitom označení adolescenti (typické pro psychologii) se v českém jazyce volně zaměňuje s označením dospívající či dorost (typické pro lékařské vědy), s širším označením mládež (typické pro sociologii a pedagogiku) **(46)**, běžně bývá věková skupina od 15 do 20 - 22 let také označována jako mladiství, teenagers či Jugendalter **(43)**. Matějček užívá pro toto období pojmu mladistvý věk, který je formálně vymezen na počátku odchodem dítěte ze základní školy a na konci dosažením zletilosti podle zákona. Méně určité jsou však psychologické hranice – od přechodu vrcholné fáze puberty do dosažení plné zralosti tělesné a duševní **(51)**. Období

adolescence dále vymezují dva důležité mezníky sociálního vývoje: konec povinné školní docházky a na druhé straně vyučení, maturita na střední odborné škole či gymnáziu, vstup do zaměstnání nebo na vysokou školu určitého směru (10).

Někteří autoři považují adolescenci za dospívání i mládí současně, která se odlišuje od ostatních životních etap a současně je vnitřně diferencovaná. Toto pojetí respektuje skutečnost, že ve vyspělých zemích probíhají paralelně některé procesy, které období adolescence prodlužují, tím se zkracuje doba dětství a oddaluje nástup plné dospělosti (46). Patří jsem sekulární akcelerace, koncem 70. a počátkem 80. let minulého století došlo k urychlení tělesného a psychického dospívání dětí ve srovnání s poválečným obdobím, v současnosti již nepokračuje (25) a příčiny této sekulární akcelerace jsou spatřovány v lepší výživě, zdravějším způsobu života, odstranění závažných chorob v dětství a v genetických vlivech (47). Dále prodlužování přípravy na dospělost a stoupající intelektuální náročnost vzdělávacích programů (52) (specializace ve vzdělávání, požadavky a normy, neurčité a složité sociální prostředí – dochází k oddalování sociální zralosti mládeže) a v neposlední řadě i zřetelnější existence „adolescentní kultury“ či „stylu života teenagerů“(46).

### ***1.1.2. Prevence***

Pojem prevence vychází z latinského *praeventus* (zákrok předem) a v širším slova smyslu znamená předcházení nežádoucímu jevu a ochranu před ním. Označuje v podstatě všechny aktivity, jejichž cílem je potírání výskytu a zabraňování rozvoje negativního jevu ve společnosti. Právnicky tento pojem znamená legislativní opatření, které má chránit společnost před nežádoucím jednáním jednotlivců a skupin obyvatelstva. V užším slova smyslu je chápána prevence jako prevence jednotlivých negativních jevů (např. prevence před negativními sexuálními praktikami apod.). Obsahem prevence je realizace opatření, kterým chceme nežádoucímu jevu předcházet a pozitivně ovlivňovat ty, na něž je prevence zaměřena. Pokud je tedy cílem prevence negativnímu jevu předcházet, musíme jej dobře poznat, popsat, analyzovat, charakterizovat, znát zákonitosti jeho vzniku, vývoje, fungování, znát tento jev v jeho podstatě a v souvislostech, v jeho vnějších i vnitřních projevech (27).

### ***1.1.3. Primární prevence***

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je primární prevence strategie, která vede k předcházení neblahého společenského jevu takovým způsobem, že tento jev je potlačen přímo v zárodku a nemá žádné podmínky pro svůj vznik (86). Je buď cílena na celou populaci (tzv. nespecifická prevence) nebo na určitou skupinu (specifická prevence) v době, kdy se očekávaný problém této skupiny ještě nemanifestoval. Podle Matouška nemůže být u sociálního selhání specifická prevence (zejména u dětí), protože nejde chránit děti jen před jedním nežádoucím vlivem (52). Tyto jevy neexistují izolovaně, ale ve skutečnosti spolu často souvisejí. Preventivní působení musí být systematické, zaměřené na ovlivňování podmínek vzniku těchto jevů komplexně. Pro účinnost je důležité zaměření na nejnižší věkové skupiny obyvatel, na prostředí, ve kterém se utvářejí postoje a hodnotová orientace, na sociální vztahy. Působení masmédií, výchovně-vzdělávacích zařízení a legislativy by mělo směřovat k vytváření žádoucího celospolečenského klimatu, které nebude příznivé pro vznik negativních jevů a bude podporovat pozitivní chování jednotlivců i skupin (27).

### ***1.1.4. Sekundární prevence***

Sekundární prevence (indikovaná) je zaměřena na skupinu osob se zvýšeným rizikem sociálního selhání, případně osoby, u nichž už k selhávání dochází (52). Dále je zaměřena na další rizikové faktory, např. sociální prostředí, ve kterém jedinec žije, na sociální vztahy. Těžištěm činnosti je včasné vyhledávání problému, podávání informací, poradenství, sociální péče. K tomuto účelu slouží různé poradny, linky důvěry, sociální pracovníci, výchovní poradci ve školách a další (27).

### ***1.1.5. Terciární prevence***

Terciární prevence je zaměřena na osoby, u kterých již k sociálnímu selhání došlo (52). Cílem je zajistit a poskytnout včasnou odbornou pomoc. Dále je zaměřena na eliminaci recidivy, na minimalizaci škod a na resocializaci. Obsahuje aktivity a opatření zaměřené na jedince i skupiny osob, které se dostaly do kategorie sociálně negativního chování (např. prostituce, násilí, sexuální zneužívání). K tomuto účelu

slouží léčebná zařízení, poradenské a ambulantní služby, ale také výchovná zařízení, vězeňství, církevní aktivity, občanská a charitativní sdružení (27).

### ***1.1.6. Rizikové sexuální chování***

Rizikové sexuální chování je obecně chování, které způsobuje škody v celkovém i sexuálním vývoji dospívajících (47). Představuje jakékoli praktiky, které jedince uvádějí v riziko nechtěného otěhotnění nebo nákazy sexuálně přenosným onemocněním (63).

Reprodukční zdraví ohrožuje a poškozuje:

- 1) předčasné zahájení sexuálního života v době nezralosti,
- 2) gynekologické záněty v malé pánvi,
- 3) rizikové formy sexuálního života,
- 4) časté střídání partnerů,
- 5) pohlavně přenosné choroby,
- 6) umělé přerušování těhotenství,
- 7) prostituce,
- 8) sexuální zneužívání v dětství.

Výskyt těchto nežádoucích forem chování, negativních jevů a nemocí souvisí především: s oslabením funkce rodiny, s negativními sociálními jevy ve společnosti (nezaměstnanost, chudoba, zneužívání návykových látek), s poklesem hodnotové orientace a zaměřením na konzumní styl života, s liberalizací sexuality, s intenzivním vystavením dětí a mládeže sexuálním podnětům a s uvolněním tradic (47).

### ***1.2. Sexualita a dospívání***

Sexualita je stará jako lidstvo samo, je opředena mnoha mýty (84), předsudky a falešnými představami. Od počátku lidských dějin je regulována, ať už tabuizací, totemistickými mýty, náboženskými systémy či zákony. Tyto normy jsou pak předávány především rodinnou výchovou, vlivem školy, vrstevnických skupin a celým společenským prostředím (kulturními a náboženskými tradicemi, masmédií, politickými a filozofickými systémy) (89). Sexualita představuje podstatu pohlavní

identity, která je tvořena biologickým pohlavím (tzn. muž nebo žena), psychosexuální rolí (gender identita) určující chování podle odpovídajícího pohlaví a v neposlední řadě sexuální chování **(55)**. Přes četné spory o vzájemný poměr vrozeného a získaného sexuálního chování se ukazuje, že prostřednictvím různých metod (tzv. kognitivně-behaviorální metody) lze korigovat chování vzhledem k předem jasně a konkrétně stanoveným cílům **(29)**.

Abychom porozuměli všem aspektům sexuality v dospívání, musíme ji vidět z hlediska biologického, psychosociálního, morálního i etického **(47)**. Týká se celé široké oblasti osobnosti vztahující se k sexuálnímu chování **(55)**. Panzer rozlišuje 5 stránek lidské sexuality: intelektuální (sdílení za účelem vzájemného poznávání našich plánů a snů, myšlenek, nadějí, smyslu pro humor, způsobu pohledu na svět, životních postojů), emocionální (sdílení pocitů, srdce, skutečná péče o trvalé štěstí partnera), společenskou (poznávání rodiny partnera, sexuálním stykem jsme schopni stvořit novou lidskou bytost a vytvořit rodinu, kde se spojují 2 rodové linie, linie otce a matky), morální/duchovní (láska znamená nesobecké dávání, službu a obětování se pro blaho milovaného člověka, zralá sexualita je založena na zájmu o druhého, na oddanosti, kromě morální dimenze zahrnuje také duchovní chápání smyslu lidské sexuality) a fyzickou (přitažlivost mezi mužem a ženou, kteří mají možnost zplodit dítě) **(58)**.

Freund vysvětloval sexuální chování jako chování směřující k určitému cíli a přitom předpokládal existenci sexuálního motivačního stavu strukturovaného do čtyř relativně samostatných fází: výběr partnera, fáze předdotyková (bližší poznávání, dotyk je nepřipustný), fáze dotyková (objetí, polibek), fáze koitální (soulož) **(43)**. Vývoj sexuality na zralou úroveň je předpokladem pro její normální funkci v dospělosti. Proto její správný vývoj během dospívání je velmi důležitý. Sexuální revoluce položila rovnítko mezi sexem a koitem, a tím potlačila biologicky důležitou počáteční motivační fázi přeskokem předdotykové a dotykové fáze rovnou do poslední fáze koitální **(47)**. Bricicín rozděluje dospívání do tří etap: od 11. - 14. let tělesná puberta (reprodukční zrání), od 15. - 18. roku mladistvý dospívá duševně a od 19. - 25. roku sociálně. Psychosexuální vývoj je determinován biologickým zráním a modifikován výchovnými vlivy i společenskými normami, které jsou zprostředkovány nejen vztážnými osobami



z rodiny, školy, dětských organizací a zájmových skupin, ale i celkovou atmosférou okolního prostředí. Podstatnou roli hrají i vrstevníci, přátelé a partneři **(6)**, ale také náboženství a sdělovací prostředky **(72)**.

Otázku možného zahájení pohlavního života řeší zákony v různých zemích různě. Naše země patří k těm, které již odstranily ze svého trestního kodexu diskriminaci homosexuality. Pro homosexuální i heterosexuální oblast platí stejná omezení, tedy absolutní zákaz sexu s osobami mladšími 15 let a zákonná ochrana mladých lidí do 18 let před pohlavním zneužíváním a ohrožováním jejich mravní výchovy **(93)**.

### ***1.3. Sexuální a reprodukční zdraví***

Podle WHO sexuální zdraví představuje takový souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky **(16)**. Lidská sexualita je úzce spjata s rozmnožováním a ačkoliv dokážeme sexualitu od rozmnožování do značné míry oddělit, zůstává otázka sexuálního zdraví úzce spojena s otázkou zdraví reprodukčního **(78)**. Předpokládá, že lidé jsou schopni vést odpovědný, uspokojivý a bezpečný sexuální život, že se mohou rozmnožovat a svobodně volit v tom, kdy a jak často toto svoje právo využijí. Muži a ženy mají právo na informace a na zpřístupnění bezpečných, efektivních, finančně dostupných a přijatelných metod regulace plodnosti podle svého výběru. Ženy mají právo na přístup k odpovídajícím zdravotním službám, které jim umožní bezpečné těhotenství a porod, a poskytnou rodičovským párům nejlepší možnosti jak mít zdravé dítě **(91)**. Reprodukční zdraví je definováno jako schopnost oplodnit (u muže), otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě (u ženy) a zahrnuje oplození, početí, průběh těhotenství, nitroděložní vývoj a porod **(48)**.

Hlavní zdroje sexuálního a reprodukčního zdraví jsou:

1. přiměřený vývoj a sexualita,
2. ochrana před sexuálně přenosnými chorobami či jejich úplná absence,
3. ochrana před předčasným těhotenstvím a spontánními potraty **(83)**.

#### ***1.4. Předčasný pohlavní život v dospívání***

První sexuální zkušenost, dovršená pohlavním stykem, je velmi důležitým mezníkem v životě dospívajícího. Je významná nejen biologicky, ale i psychosociálně a subjektivně představuje jeden z prožitků symbolizujících jednoznačný přechod do dospělosti **(82)**. Jde o zážitek, který může ovlivnit následné prožívání sexuality. Proto by měl být pozitivně přijímaný, bez pocitů viny a lítosti. Mladí lidé u nás získávají první zkušenost s pohlavním stykem v průměru mezi 17. a 18. rokem, tedy většinou v době studia na střední škole či učilišti **(72)**. Dospívající sice dosahují základní pohlavní zralosti a dospělého tělesného vzhledu v nižším věku než dříve, ale přitom však stoupají nároky v přípravě na povolání i nároky na plný rozvoj všech složek osobnosti, které vyžadují více času pro dosažení zralosti i v oblasti psychické a socioekonomické **(47)**. Čím dříve mladí začnou žít pohlavním životem, tím méně je pravděpodobné, že budou provozovat bezpečný sex či užívat antikoncepci. Ve většině případů ranného pohlavního styku je výskyt antikoncepce stále velice nízký, přičemž následky mohou mít negativní celoživotní dopady **(70)**, a to závažné důsledky pro jejich psychologické, fyzické a sociální zdraví i jejich dětí. **(19)**. Za nejčastější rizika předčasného pohlavního styku a s tím spojených rizik střídání sexuálních partnerů jsou považovány: zvýšení rizika přenosu pohlavních chorob, častější výskyt zánětů rodidel až sterilita, riziko prekancerózy až karcinom čípku, nežádoucí těhotenství **(45)**, dále sklon k vytváření povrchních sexuálních vztahů, návyk střídání sexuálních partnerů a neschopnost navázání hodnotného partnerského vztahu v pozdějším období **(16)**. Proto se stává celosvětovým trendem odsunutí začátku pohlavního života **(48)**.

Předčasnost je dána:

1. psychosociální a socioekonomickou nezralostí obou pohlaví,
2. biologickými důvody u dívky: organismus dospívajících dívek není ještě vybaven takovou ochranou proti infekčním agens při pohlavním životě tak, jako u dospělé ženy - jednak nevyzrálost imunitní (celková i slizniční), jednak zvýšená náchylnost buněk sliznice děložního čípku pro zahájení změn, kudy pak snadněji pronikají infekce, a které mohou vyústit v kancerogenezi,

3. nezralou a nevhodnou motivací pro zahájení intimního života: emocionální strádání, zvědavost, tlak vrstevníků, touha po konformitě s nimi (47) a vlivem médií, zejména některých časopisů pro teenagery vzbuzující dojem, že začít se sexem ve 13 nebo 14 letech je zcela běžné (72) ,

4. ochranou před pohlavními nemocemi a antikoncepcí v dospívání (především bariérová nebo hormonální), která u dospívajících selhává častěji než v dospělosti, a to i přes rozšíření vědomostí o riziku. Její užívání vyžaduje určitou osobnostní zralost a nejméně ji využívají nejrizikovější skupiny, které ji nejvíce potřebují: nejmladší, nejméně zodpovědní, nejpromiskuitnější či s dalším rizikovým chováním (47).

### ***1.5. Pohlavně přenosné choroby***

Jde o infekční nemoci, které byly dříve označovány jako pohlavní neboli venerické nemoci (84). Dnes mezi ně zařazujeme všechny choroby, jejichž šíření je umožněno převážně nebo výhradně pohlavním stykem, proto se používá širšího mezinárodního označení pohlavně přenosné nemoci - STD (sexually transmitted diseases) a nověji STI (sexually transmitted infections) (78). STD postihují na celém světě nejvíce věkovou skupinu 15 - 24 let a postihují jednak organismus jako celek, někdy zasahují jen určité místo, nejčastěji močové ústrojí, ale také kůže a sliznice dutiny ústní a konečníku. Komplikace STD mohou trvale poškodit reprodukční zdraví, vést ke sterilitě, samovolným potratům, předčasnému porodu, mimoděložnímu těhotenství nebo nitroděložně poškodit plod a zanechat na něm trvalé následky (84).

Pohlavně přenosné nemoci se rozdělují na:

1. Infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem (klasické STD): syfilis, kapavka, měkký vřed, venerický lymfogranulom (čtvrtá pohlavní nemoc) (38). Poslední dvě jmenované se od roku 1994 v ČR nevyskytly (61). Podléhají povinnému hlášení, evidenci, dispenzarizaci a povinnosti poučení pacienta lékařem o onemocnění i příslušných opatřeních patřících k základním postupům boje proti STD a omezujících jejich šíření. Pacient je povinen se léčit, absolvovat stanovená vyšetření a dodržovat doporučení, která stvrdil podpisem (39). Na všechny údaje se vztahuje povinná lékařská mlčenlivost (38).

2. Infekce přenosné převážně pohlavním stykem: chlamydiové infekce, mykoplazmatické infekce, virové infekce (vyvolané herpetickými viry, cytomegalovirová infekce, špičaté kondylomy způsobené lidským papilomavirem, hepatitis (zánět jater), onemocnění AIDS, parazitární infekce, kvasinkové infekce, choroby způsobené zevními parazity a další infekce např. tříselný granulom (pátá pohlavní nemoc), bakteriální vaginóza, infekce způsobené streptokoky, stafylokoky, bakteriemi normálně osídlujícími střevní trakt a jinými původci **(38)**.

► Syfilis (příjice, lues)

Syfilis je nejzávažnější bakteriální léčitelnou pohlavní nemocí a neléčená probíhá chronicky s klinickými manifestními projevy střídanými různě dlouhými obdobími klinické bezpříznakovosti. Během svého průběhu může postihnout kterýkoliv tělní orgán nebo tkáň. Původcem je mikrob *Treponema pallidum*. Syfilis rozdělujeme podle způsobu přenosu na získanou (přenos z nemocného člověka **(38)**, nejméně 95 % pohlavním stykem) **(93)** a vrozenou (od 4. měsíce těhotenství placentou z nemocné matky na plod). Nejúčinnějším lékem jsou vysoké dávky penicilinu **(38)**.

► Kapavka (gonorrhoea)

Nejčastěji hlášená pohlavní nemoc ve světě i u nás. Původcem je gonokok *Neisseria gonorrhoeae*, který vyvolává hnisavý zánět sliznic močového a pohlavního ústrojí, konečníku, hrdla a oční spojivky novorozence infikovaného od nemocné matky v průběhu porodu **(38)**. Tento gonokok získal odolnost vůči penicilinu, tak na základě výsledků vyšetření se musí často volit kombinace jiných antibiotik **(78)**.

► Chlamydiové infekce

Nejčastější STD, ve většině zemí však nepodléhají povinnému hlášení. Neléčené způsobují infekci močové trubice, děložního čípku, očních spojivek a plic. Komplikací u novorozenců jsou záněty očních spojivek, nosohltanu a plic. U žen záněty vejcovodů, neplodnost, zánět okolí jater a u mužů záněty nadvarlat a prostaty. U obou pohlaví záněty kloubů. Původcem je *Chlamydia trachomatis*. Léčba je antibiotiky (tetracyklin) a pro úspěšnou léčbu a k vyloučení „pingpong“ infekcí jsou potřebná vyšetření i léčba sexuálního partnera(ů) **(38)**.

### ► Virové infekce

Patří jsem např. opar pohlavního ústrojí (herpes genitalis) projevující se v prvním stadiu nemoci bolestivými puchýřky, podobně jako opar na rtu. Cytomegalové nákazy, které jsou nebezpečné u plodu v průběhu těhotenství nebo během porodu. Dále lidský papilomový virus (HPV), který je odpovědný za růst bradavičnatých výrůstků v oblasti zevních pohlavních orgánů (78). Napadení děložního čípku tímto virem vede u mnoha žen k jeho poškození, které se v pozdějším věku může vyvinout v rakovinu děložního hrdla (47). Sexuálním kontaktem může být přenesena i infekční žloutenka, a to nejčastěji orálním sexem (78).

### ► AIDS

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) - syndrom získaného imunodeficitu - soubor příznaků, které vedou ke ztrátě imunity, tj. obranyschopnosti organismu, který se tak stává náchylným k řadě dalších infekčních a nádorových onemocnění. Původcem onemocnění je virus HIV (Human Immunodeficiency Virus), který napadá v organismu T lymfocyty, v nichž se množí, později je i zabíjí, což vede k selhávání imunity a rozvíjí se v onemocnění AIDS. Člověk nakažený virem (HIV pozitivní) nemusí mít i několik let vůbec žádné zdravotní potíže (bezpříznakové nosičství viru HIV), ale může přenést infekci na další osoby. Rozvoj onemocnění AIDS ovlivňuje celá řada faktorů: původní úroveň obranyschopnosti, životní styl (vyrovnávání se se stresovými situacemi a výživové návyky). Zásadní úlohu hraje včasná a účinná léčba. V ČR je průměrně ročně nově registrováno 50 - 60 osob nakažených virem HIV, skutečný počet nakažených je asi 10 x větší (8).

Virus se přenáší pouze tělesnými tekutinami, v nichž je přítomen ve velkém množství: krev, sperma, poševní sekret a mateřské mléko. Ničí jej běžné fyzikální metody a dezinfekční prostředky: teplota nad 60 °C, mýdlo a chemické látky k dezinfekci (chlorové preparáty), neničí jej ultrafialové záření. Hlavní způsoby přenosu jsou: 1. pohlavním stykem - homosexuálním i heterosexuálním, riziko přenosu z muže na ženu je výrazně vyšší, 2. krví - injekční aplikace drog, transfúze krve, kontaminace poraněné kůže nebo sliznice infikovanou krví; pozor při podávání první pomoci (47), společné užívání hygienických potřeb (kartáček na zuby a žiletky), nedostatečně

sterilizované nástroje při provádění některých kosmetických úkonů (tetování, propichování ušních boltců, piercing), 3. z matky infikované virem HIV na plod (během nitroděložního vývoje, porodu i kojení). Virus HIV se nepřenáší: při běžném společenském styku (podáním ruky, používáním telefonního sluchátka, během společného pobytu v místnosti, společným užíváním nádobí, objímáním, v sauně či bazénu), vodou, potravinami a kapénkovou infekcí. Hmyzem ani polibkem nebyl přenos HIV viru prokázán, ale ne zcela bezpečné je tzv. „hluboké“ neboli „francouzské“ líbání, kdy může dojít k drobným poraněním v ústech **(8)**. HIV protilátky nebo antigen viru HIV lze prokázat přibližně po 2 - 3 měsících od nákazy (neprokazuje onemocnění AIDS, ale pouze přítomnost viru v organismu). V současné době neexistuje žádná účinná látka ani možnost očkování **(47)**. Základem léčby je protivirová terapie (azidothymidin - AZT), cílem je zpomalit množení HIV a předejít zhroucení imunitního systému, u gravidních žen AZT podávaný během těhotenství snižuje možnost přenosu HIV infekce na novorozence. Epidemiologická opatření zahrnují: opatření preventivní (výchova vedoucí ke změnám přístupů a chování v sexuálním životě, zajišťování bezpečnosti krevních konzerv a derivátů testováním všech darovaných krví, program výměny jehel a stříkaček u injekčních uživatelů drog) a represivní (hlášení HIV positivity, onemocnění AIDS a úmrtí Národní referenční laboratoři pro AIDS, žádná karanténní opatření ani omezování společenského styku nejsou uplatňována; výkon povolání je omezován pouze zdravotním stavem, nikoliv nálezem HIV positivity) **(60)**.

### ***1.5.1. Gynekologické záněty v malé pánvi***

Mezi záněty orgánů uložených v malé pánvi patří: zánět děložní sliznice, zánět děložní sliznice a svaloviny, zánět děložních adnex, tj. vejcovodů a vaječnicků. Infekce se šíří většinou vzestupně z pochvy a následkem může být i sterilita. Pánevní záněty se vyskytují nejvíce u mladých žen mezi 15 a 35 lety s velkou sexuální aktivitou. Četnost se zvyšuje se stoupající promiskuitou a časnějším začátkem pohlavního života se v současnosti výskyt zánětů přesouvá do stále nižších věkových kategorií. Jejich frekvence také stoupá po malých operativních zásazích dělohy, jako je zavedení antikoncepčního nitroděložního tělíska, výskrab a umělé ukončení těhotenství **(47)**.

### ***1.6. Těhotenství dospívajících***

Časná těhotenství jsou riziková pro tělesnou nezralost matky, psychickou a sociální nezralost obou **(45)**. WHO ve zdravotním programu pro Evropu „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“ (vychází ze základních zdravotních problémů) stanoví v rámci 4. cíle - zdraví mladých - snížit případy těhotenství u dospívajících dívek alespoň o jednu třetinu do roku 2020 **(91)**. Těhotenství před 19. rokem je nežádoucí, protože přináší řadu rizik pro matku (větší těhotenská a porodní morbidita, anémie, sociální izolace, zpravidla absence otce dítěte, omezení sociálního a profesionálního vývoje), rodinu (nepřipravenost a nezralost pro rodičovství, závislost na vlastních rodičích, častější poruchy funkce rodiny, zvýšená rozvodovost, socioekonomické nevýhody) i dítě (častější - nedonošenost, perinatální patologie, ukončení těhotenství umělým potratem) **(48)**. Během 90. let došlo v ČR k velkému snížení podílu adolescentních matek v populaci z důvodu zlepšení možnosti a dostupnosti antikoncepce, zvýšení informovanosti mladých žen a před většinou mladých lidí se otevřely nové možnosti realizace životních zájmů. Přesto v současnosti nadále existují jiné faktory, které možná i zesilují svůj vliv. Raná těhotenství nejsou jen omylem na počátku sexuálního života, ale jsou významně ovlivněna životním stylem mladých žen a jejich rodin (např. vzdělání rodičů). Prevence se proto nemůže opírat jen o výchovu k bezpečnému sexu a plánovanému rodičovství, protože v takovém případě budou málo efektivní. Vyžadují speciální sociálně-zdravotnické programy pro vybrané skupiny mladých matek **(23)**.

### ***1.7. Umělé přerušování těhotenství***

Umělé přerušování těhotenství (interrupce, UPT) je ukončení těhotenství do 12. týdne těhotenství na žádost ženy (zdravotní pojišťovny výkon nehradí) a do 24. týdne těhotenství ze zdravotních důvodů, např. ohrožení života ženy, těžké poškození plodu (výkon hradí pojišťovna). Zákrok nelze provést častěji než 1x za 6 měsíců, tato lhůta neplatí u žen nad 35 let nebo u žen, které alespoň 2 x rodily **(1)**. V ČR více než 80 % UPT tvoří miniinterrupce prováděná vakuovou aspirací. Je šetrnější, provádí se v raném stádiu těhotenství, tj. do 7. týdne u prvorodičky a do 8. týdne u druhorodičky. Povinnost hlásit všechny druhy potratů vyplývá z legislativních norem **(62)**. Ženám mladším 16 let

lze provést interrupci pouze s jejich souhlasem a souhlasem jejich zákonného zástupce. Mladistvé dívky ve věku od 16 do 18 let může být přerušeno těhotenství na její žádost, ale provádějící lékař musí dle zákona informovat o výkonu zákonného zástupce (37).

Právo na rozhodnutí o reprodukci patří mezi sexuální a reprodukční práva (42). Legální možnost ukončení těhotenství většinou zaručuje bezpečný způsob provedení výkonu, naopak nedostupnost tohoto práva rezultuje v nelegální tzn. nekontrolovaný a proto většinou nebezpečný způsob ukončení těhotenství. V celosvětovém průměru připadají asi 4 případy úmrtí na 1 000 nelegálně provedených potratů. Riziko úmrtí je asi 700 x vyšší než po potratu provedeném legálně. Kovář a Karhan uvádí dvě základní strategie v přístupu k interrupcím: „pro life“ a „pro choice“. Podle strategie pro life (pro život) je život životem od oplodnění a interrupce je tedy vždy nemravným činem a je odsouzenihodná. Připouští interrupce ze zdravotních důvodů, popř. ve výjimečných situacích (znásilnění, incest). Strategie pro choice (pro volbu) dává možnost rozhodování o počtu a době narození svých dětí výhradně rodičům, resp. ženě. Reprezentanti této strategie však souhlasí s názorem, že interrupce jsou řešením v krajní nouzi a akceptují prevenci nechtěných těhotenství (37).

UPT představuje zdravotní, psychický, sociální a etický problém. Znamená pro matku riziko sterility, narušení svalově vazivového uzávěru děložního hrdla, častou možnost předčasného porodu při dalším těhotenství a pánevní záněty. Riziko stoupá 4 x, je-li interrupce provedena až ve druhé třetině těhotenství a z hlediska budoucího rodinného života a dalších těhotenství je nejzávažnější u mladistvých. UPT má i rizika psychická (tzv. postabortivní syndrom), nejzávažnějším příznakem je deprese, která může způsobit i vyloučení z kruhu rodiny a přátel a sebeobviňování (47).

Antikoncepce, UPT a sexuální abstinence patří mezi hlavní metody a prostředky plánovaného rodičovství, které se nacházejí v určitém rovnovážném stavu, nedostatek antikoncepce má za následek zvýšení počtu potratů a naopak. Vysoký počet UPT svědčí o nižší civilizační a kulturní vyspělosti obyvatel. Heslo WHO „Od potratu k antikoncepci“ se tak stalo výrazem blahodárného posunu sexuálního a reprodukčního zdraví ve vyspělých zemích. Cílem populační politiky má být heslo „každé dítě – chtěné dítě“, aby byl příchod dítěte na svět plánován a s láskou očekáván (78).



### ***1.8. Sexuální zneužívání v dětství a dospívání***

Podle definice Zdravotní komise Rady Evropy (1992) je pohlavní zneužívání: nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování, jako je jakékoliv dotýkání, styk nebo vykořisťování, a to kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá (54). Zneuživatelé může být rodič, příbuzný, přítel nebo pro dítě cizí osoba (73). Často je pachatelem vlastní či častěji nevlastní otec, případně druh matky. Zde hovoříme nejen o zneužití, ale i o psychické traumatizaci dítěte (ten, který má být vzorem a rádcem je zneužívá) (68). Dívky jsou obětí častěji než chlapci, zhruba v poměru 3:2 (47). Rizikové faktory přispívající k možnosti sexuálního zneužívání jsou: sociální prostředí, které může sexuálnímu zneužití dítěte bránit nebo je naopak usnadňovat, způsob výchovy v rodině, dysfunkčnost rodiny, nedostatečná informovanost dítěte a sexuální výchova, nemoc v rodině, dítě s nízkým sebehodnocením a závislé na svém okolí, dítě s určitým stupněm postižení (68).

Sexuální zneužití se dělí na:

1. zneužití bez tělesného kontaktu (tzv. bezdotykové): exhibicionismus (dospělý ukazuje své genitálie), harassment (znepokojujování, zneklidňování dítěte slovními výpady, poplácáváním po zadku, tisknutím k sobě, pokud toto chování dospělého má sexuální podtext), obscénní telefonické hovory, přinucení dítěte k obnažení a fotografování, k prohlížení si pornografie v časopisech.

2. zneužití s tělesným kontaktem (tzv. dotykové): jednání, při kterém je dítě dospělým obtěžováno (líbání, osahávání na erotogenních zónách), dále sexuální útok (užití síly při obraně oběti), znásilnění (vynucené vniknutí do vagíny, konečníku či úst dítěte penisem), incest, pohlavní styk mezi stehna, komerční sexuální zneužívání (dětská pornografie, dětské prostitute a obchod s dětmi za účelem sexuálního zneužití).

Americký psycholog C. R. Summit popsal v roce 1983 syndrom dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužití, který má 5 fází: utajování (uměle navozený pocit společného tajemství, dítě je zastrašováno: pokud se to doví rodiče, budou se velmi zlobit, budou dítě nenávidět) (73), bezmocnost (často při zneužívání blízkou osobou), podřízení skutečnosti (dítě reaguje patologickou závislostí na pachateli nebo naopak sebetrestáním, samo sebe obviňuje, snaží se být hodné), opožděné a nepřesvědčivé

odhalení (dítě si tajemství ponechalo pro sebe a ohlásí jej opožděně, a proto působí nevěrohodně), odvolání výpovědi (dítě má strach, že bude zavrženo svými rodiči, bojí se, že se rozpadne rodina, obává se výsledků a reakce zneuživatele) (47).

Závažnost sexuálního traumatu pro další vývoj obětí souvisí s mírou použitého násilí, s délkou doby traumatizace a s věkem, v němž k traumatu dochází. V případě incestního zneužití hraje roli i příbuzenská blízkost zneužívající osoby a především chování okolí po zjištění sexuálního deliktu. U mladistvých, kteří jsou zneužíváni, je zaznamenáno zvýšené sexuální chování, prostituce, pocity strachu, zlosti, agrese, deprese, abusus alkoholu, drog, sebepoškozování a suicidia (86). Obvykle do 6 měsíců po události se může rozvinout déletrvající posttraumatická stresová porucha, kdy dítě opakovaně prožívá nepříjemný zážitek a citově otupí (47). Následky zneužití mají vliv na další partnerský a sexuální život oběti. Velký podíl v dětství sexuálně zneužitých žen najdeme mezi prostitutkami, toxikomankami, alkoholičkami, ale i mezi ženami pokoušejícími se o sebevraždu. Mezi psychiatrickými pacientkami (především s diagnózou deprese, hraniční porucha osobnosti a porucha příjmu potravy) je rovněž počet zneužitých dívek významně vyšší než v obecné populaci.

Sexuální zneužívání podléhá oznamovací povinnosti, podle § 242 tr. zákona je stíhán i ten, který se o skutečnostech sexuálního zneužívání dozví a tento trestný čin nepřekazí fyzicky, psychicky nebo včasným oznámením státnímu zástupci, policii či jiným kompetentním orgánům (86). Mezi závažnou trestnou činností spočívající v pohlavním zneužívání nezletilých se řadí také trestný čin znásilnění podle ustanovení § 241 tr. zákona. Oběťmi znásilnění jsou nejčastěji ženy ve věku do 30 let. Mezi hlavní rizika znásilnění patří: nežádoucí otěhotnění, nákazy pohlavně přenosnou nemocí a fyzické či psychické trauma (93).

### ***1.9. Prostituce***

Prostituce je pohlavní styk s jinými osobami za úplatu, kdy pohlavním stykem se rozumí jak soulož, tak i všechny další formy ukájení pohlavního pudu jiné osoby stejného nebo opačného pohlaví tělesným stykem (17). Tato úplata může mít finanční nebo jinou podobu, např. získání nějaké výhody, protislužby nebo protekce. Prostituce

je nežádoucí sociálně patologický jev, který je spojen s množstvím zdravotních rizik (pohlavní choroby včetně HIV/AIDS), sociálních rizik (nechtěná těhotenství, následné umístění dítěte do ústavu, nelegální pobyty cizinek, neplacení pojištění) a kriminalitou (majetková, mravnostní i násilná kriminalita, zneužívání drog i různé formy organizovaného zločinu). Na rozvoj prostituce v ČR mělo zásadní vliv otevření hranic po roce 1989, celková liberalizace sexu a mezi příčiny patří: nedostatečné uznávání mravních norem, konzumní styl života, podceňování náboženství, nízká mzda a nezaměstnanost žen **(47)**. Denní počet prostituujících osob se odhaduje na 6300, průměrný denní výdělek na 2500 Kč **(27)**. Podle našeho trestního zákona není prostituce trestná jakožto prostituce **(13)**. Trestné jsou některé sexuální činy, které s prostitucí souvisí, např. trestný čin kuplířství **(83)**.

Orientačně lze prostituci rozdělit do pěti základních forem podle místa působení a úrovně poskytovaných služeb: privátní, hotelová, bytová, barová a pouliční a silniční prostituce, což je nejproblémovější forma prostituce (nízký věk, nízká intelektuální úroveň a stupeň vzdělání prostituujících osob, často osoby mentálně zaostalé, sociálně nevyspělé, závislé na drogách **(27)**, nízká úroveň intimní hygieny, znalostí zdravotních rizik a velmi vysoké riziko pohlavních nákaz). Je rozšířena zejména v příhraničních oblastech s Německem a Rakouskem **(17)**. Dále prostituci rozdělujeme na chlapeckou a dívčí, na homosexuální a heterosexuální **(27)**.

Dětská prostituce je jednou z forem sociálně patologického chování dětí a mladistvých, která vzniká působením sociálních toxinů a je často spojená s drogovou scénou. Mezi příčiny patří: chudoba (ekonomická, sociální a kulturní), osobní zkušenost se sexuálním zneužitím v dětství, deficit v naplnění základních potřeb dětí (rozpad rodiny s dlouhodobými rozvodovými tahanicemi mezi rodiči, sociální stigma rodiny, absence otce, chudý model chování, nedostatek komunikativních dovedností), rodinná dysfunkce a domácí násilí, deficit vzdělání, nízká míra senzitivity vůči pornografii, mýty a předsudky, systémové násilí **(83)**. Z celospolečenského hlediska je za dětská prostituce považována za nejnebezpečnější. Je vysoce latentní formou prostituce a množí se případy, kdy děti provozují prostituci i z vlastního rozhodnutí, za účelem získání finančních prostředků. Je velmi úzce provázána i na dětskou pornografii **(27)**.

Dítě, které z přinucení nebo dobrovolně provozovalo prostituci, bylo primárně traumatizováno samotnou prostitucí, kterou skoro vždy doprovází sekundární viktimizace. Obecně jsou vůči sociální traumatizaci více zranitelné děti v pubertě, kde je právě sociální stránka vývoje osobnosti zranitelnou a více citlivou vůči vlivům prostředí. Mezi další následky patří psychické stigma, dlouhodobé působení stresu způsobující řadu nemocí, posttraumatická stresová porucha, depresivní symptomatologie a suicidální chování, drogová závislost, ohrožení sexuálního a reprodukčního zdraví, delikventní chování, poruchy somatického zdraví, vykořenění ze společnosti a devastace psychiky **(83)**.

### ***1.10. Pornografie***

Pokud chceme definovat samotný pojem pornografie, narazíme na velkou nejednotnost názorů. Někdo považuje za pornografii i umělecké zobrazení nahého lidského těla, jiný až zobrazení přímého pohlavního aktu. Ve spojených státech byla zřízena zvláštní komise, podle které je nepřipustný ten druh sexuálního psaného či obrazového materiálu, který:

1. apeluje především na nezdravý či morbidní zájem o nahotu, sex či vylučování,
2. je zjevně nepřijatelný pro průměrného jedince dané společnosti,
3. chybí mu seriózní literární, umělecká, politická či vědecká hodnota **(87)**.

Dětská pornografie je definována jako jakýkoli obrazový, textový nebo zvukový materiál, který používá děti v sexuálním kontextu. Obrazová pornografie je zobrazování dítěte při skutečné či simulované sexuální činnosti nebo oplzlé vystavování pohlavních orgánů pro sexuální uspokojování uživatele, přičemž taková činnost zahrnuje výrobu, rozšiřování nebo používání takového materiálu. Zvuková pornografie je používání jakýchkoli zvukových prostředků, které užívají dětský hlas, ať už skutečný či simulovaný, za účelem sexuálního uspokojení uživatele. Opět zahrnuje výrobu, rozšiřování nebo používání takového materiálu **(13)**.

Dětská pornografie je provozována v ilegalitě a je vysoce latentní trestnou činností s vysokým podílem organizovanosti a utajení. Pro tvůrce i distributory je velmi lukrativním zbožím, které je vyváženo za hranice státu výroby, ovšem ne ve smyslu

komerce, tedy za úplatu. Z velké části je distribuována zdarma, a to zejména mezi pedofily. Dětská pornografie je dávana do souvislosti i s tzv. sexuální turistikou. Její nebezpečnost je umocněna i tím, že je prezentována na internetových stránkách, ke kterým má přístup stále více uživatelů z celého světa. Samostatnou kapitolou jsou komerčně sexuálně zneužívání chlapci provozující homosexuální prostituci, kdy většina chlapců pochází z dysfunkčních rodin, z náhradní rodičovské péče nebo jsou na útěku z dětských výchovných zařízení a prostituce je pro ně zdrojem finančních prostředků. Jejich věkový průměr je 17 let. Děti (oběti) jsou vystavovány patologickému narušení jejich osobnosti, je pro ně typický pocit hlubokého zmatku, dezorientace a odcizení. Nebezpečí spočívá i v tom, že oběť si spojuje se sexualitou násilí a citovou závislost, a proto sexuálně zneužívané děti jsou v dospělosti velmi náchylné k obdobnému deviantnímu jednání a jsou potenciálními pachatelí mravnostních trestných činů (27). Mezi závažné následky v rovině fyzické a emocionální patří zbrždění psychosociálního vývoje dítěte, uzavření se do sebe, protispolečenské chování, náhlé změny nálady, deprese, strach, úzkost, nemoc a poškození (13).

Pojmy dětská prostituce a dětská pornografie jsou provázány, až 38 % dětí živících se prostitucí je svými pasáky pravidelně zneužíváno k výrobě pornografického materiálu a 80 % má zkušenost s tím, že jejich zákazníci si natáčejí sex s nimi nebo je alespoň fotografují. Výrobci dětské pornografie si jsou vědomi přísného a trestného zákazu výroby i distribuce ve většině zemí, proto se někteří snaží ochránit tím, že zneužívají k výrobě mladých dospělých osob starších 18 let, které mají dětský vzhled i postavu. Nicméně i toto je bráno jako sexuální zneužití, protože záměrně uvádí v omyl, a tím snižuje citlivost dětské populace (83).

### ***1.11. Masmédia***

Žijeme v době, kdy všude přítomná technika velice rychle expanduje i do našeho soukromí. Děti a dospívající mají již v útlém věku značné znalosti v oblasti telekomunikačních zařízení a téměř všichni vlastní mobilní telefon, mnohé s digitálním fotoaparátem, počítač i možnost připojení k internetu. Návštěva internetové kavárny není nic neobvyklého (22). Dnešní mládež dostává ve srovnání s předchozí generací

mnohem více sexuálních informací, bohužel však také více desinformací. Je daleko více angažovaná, na druhé straně může být také v daleko větší míře vystavena pocitům viny a výčitek svědomí. Mládež je tak konfrontována s mnohem větší psychickou zátěží v otázkách své sexuality a je vystavena pochybnostem, ambivalencím a stresovým situacím, proti nimž bylo sexuální zrání předků procházkou růžovou zahradou (79).

Dostupné jsou i reklamy na erotické linky v časopisech a v televizi, kde ochranou je pouze formální uvedení věkového omezení, což v praxi není možné kontrolovat. Erotika a sexualita ovlivňuje i módní trendy a projevuje se ve videoklipech se sexuálně provokujícím obsahem (56). Reklama, média a hudba nejsou jen formou zábavy, ale působí i jako nástroje marketingu, kdy jsou lidem nabízeny výrobky, myšlenky a chování schopné jak zlepšit, tak i poškodit jejich zdraví (91). Rodiče dnešních dospívajících vyrůstali v době, kdy jakékoli nápadnější narážky na sexualitu byly tabu. Dnešní mladá generace vyrůstá za poněkud zvláštních okolností, které mají vliv na její přístup k sexualitě. Obklopeni všudypřítomnými sexuálními motivy jsou vychováni rodiči s opačnou zkušeností (71).

Největším konzumentem pornografie je mládež. Odhaduje se, že v jejich rukou skončí 75 % všech vydaných pornočasopisů a videokazet. Rodiče a škola v této roli selhávají a dospívající hledají informace jinde. 93 % 15letých chlapců si prohlíží pornografii opakovaně a nejčastěji na internetu. Otázkou je vliv pornografie na děti a mládež, u kterých se formují základní sexuální postoje. Jestliže je jediným či prvním a dominantním zdrojem poučení o sexu a informací o lidské sexualitě, potom může vést ke zkresleným představám, podílí se významnou měrou na snižování citlivosti dětí ke všem formám komerčního sexuálního zneužívání dětí (83). Sledování sexu v masmédiích, zejména na internetu, může u dospívajících přispět k identifikaci s těmito vzory sexuálního chování, urychlit jejich sexuální aktivitu a tím zasáhnout do psychosexuálního a osobnostního vývoje. Vážným negativním důsledkem bývají různé psychopatologické projevy psychotraumatizace. Masmédia ale mohou ovlivňovat psychosexuální vývoj i pozitivním způsobem, a to zařazováním programů o sexuální výchově, plánování rodičovství atd. Podobně i internet je zdrojem informací pro mladé, jejichž rodiče považují sexuální tematiku za tabu. Poskytuje možnost anonymně

vyhledat pomoc při řešení problémů. Jedinci nejistí, stydliví a s nízkou sebedůvěrou mohou prostřednictvím „chatu“ navazovat sociální kontakty, nedostávají se do sociální izolace a naučí se projevovat své názory. Rodiče by měli redukovat sledování sexuálního materiálu jejich dětí a zároveň vytvářet prostor pro diskusi na toto téma (56).

### ***1.12. Možnosti prevence rizikového sexuálního chování mládeže***

Zdraví ohrožující, riskantní jednání přináší rizikovému adolescentovi určitou důležitou pozitivní satisfakci v jeho současné situaci (např. přijetí vrstevníky nebo sebedůvěru). Proto kromě správného vývoje během dětství je klíčem prevence nalézt pro dospívajícího jinou zdravou a pozitivní alternativu, která by pomáhala plnit stejnou potřebnou funkci ve vývoji (20). To znamená pomoci mu získat sebedůvěru, sebeúctu, pocit sounáležitosti s vrstevníky, s prosociálním společenstvím, spolehlivé lidské vztahy, pocit osobní užitečnosti, konstruktivní využití energie a zvědavosti. Pomoci mu získat orientaci v systému hodnot při jeho nejistotách a tápání, a tím i základ pro vlastní uvážlivé rozhodování (47). A současně ovšem i ovlivňovat celou vrstevnickou skupinu dospívajících (skupina vrstevníků je mocným a často nevlivnějším činitelem pro přijetí rizikového chování adolescentem) více prosociálním a méně konzumním směrem (20).

#### ***1.12.1. Preventivní programy***

Preventivní programy často vycházejí ze zkušeností jednotlivých lékařských oborů s dospělými, ale nezohledňují poznatky o specifikách dorostu. Proto jsou málo účinné. Obracejí se k celé široké, nediferencované dospívající populaci nebo se zabývají jen určitým problémem (nikotinismus, drogy, promiskuita), ale k mládeži je nutno přistupovat z celostního, komplexního hlediska. V centru naší pozornosti a našeho přístupu má být konkrétní dospívající, jeho osobnost, vývoj, potřeby a problémy (47).

Preventivní programy by měly vycházet z několika zásad: zaměřovat se současně na zdravotní i vývojové potřeby adolescentů, brát v úvahu prokázané souvislosti a vzájemnou provázanost jednotlivých oblastí rizikového chování, respektovat rozdíl mezi výukou a výchovou (osvojení si určitých vědomostí a vědomí rizika nevede ještě ke změně chování), výchovným prostředkem není vyučování,

ale osobní sdílení (pozitivní vzory dospělých jsou důležité). Klíčovou dobou pro primární prevenci je časná adolescence. Je možno i třeba počítat s pozitivními vlastnostmi, jimiž je obdařena: velkou energií, kreativitou, idealismem, altruismem, pružností. Velká část dospívajících náročné úkoly vítá, jsou-li pravdivé a smysluplné. Poselství musí být jasná a nedvojznačná, dospívající často tápou v tom, co je pro jejich věk „normální“ (20). Mládež se syndromem rizikového chování je ovlivnitelná prostřednictvím pozitivních aktivit i mimo rodinu a školu – ve společenských institucích sportovních, klubovních, církevních, zdravotnických a dokonce i justičních (18).

Programy sexuální výchovy se zaměřují na předávání informací a praktických zkušeností. Cílem je zvýšit úroveň znalostí, dovedností a postojů - „sdělení zaměřená na změnu chování“ (behaviour change communication). Mezi témata programů patří reprodukční zdraví, lidský rozvoj, vztahy a city, sexualita, komunikace a jednání, bezpečnější sexuální praktiky (pohlavní abstinence, odklad prvního sexuálního styku a omezení počtu partnerů), metody antikoncepce a ochrany před pohlavními chorobami (70). Obsahem preventivních programů by měly být také správné informace o zdravotních potřebách dospívajících, včetně informace, že dospívání je teprve období zrání a zvýšené zranitelnosti v mnoha směrech. Dále vytváření dovedností, jak se vyvarovat rizikovému chování, především jak odolávat tlaku vrstevníků, ale i jak řešit problémy a účinně komunikovat s vrstevníky a dospělými. Zdůrazňovat potřebu bezpečného a podpůrného prostředí i v dospívání. Řada autorů volá i po preventivních programech v souvislosti s mediální sférou – především televizí, které by byly protiváhou „bombardování“ mládeže komerční sférou a falešnými poselstvími (zkreslujícími svět úspěchu, výkonu, sexu, agrese). Je třeba učit mládež tzv. „mediální gramotnosti“ (20).

### ***1.12.2. Sexuální výchova***

Sexuální výchova je záměrná, plánovitá a dlouhodobá činnost vychovatele (učitel, rodič, vychovatel) vůči vychovávanému a v součinnosti s ním, kdy vychovávaný získává subjektivně i společensky žádoucí vědomosti, postoje a chování z nejširší oblasti sexuálního chování (29). Začíná v rodině a následně na ni navazují



institucionální výchova, mediální a kulturněsociální výchova **(84)**. Je součástí přípravy na manželství a rodičovství, cílem je fyzicky a psychosociálně zdravý a zralý jedinec, který je předpokladem harmonického manželství a zodpovědného rodičovství **(64)**.

Důvody sexuální výchovy jsou:

- a) prevence nežádoucího otěhotnění,
- b) snížení nebezpečí sexuálně přenosných nemocí (včetně AIDS),
- c) boj proti zneužívání dětí a sexuální kriminalitě,
- d) kultivace mezilidských a partnerských vztahů,
- e) respekt k sexuálním menšinám,
- f) prevence násilí v intimních vztazích,
- g) vytvoření pozitivního vztahu k vlastní sexualitě (snížení pocitu viny za sexuální tužby detabuizací sexuality – převážně u žen),
- h) vytvoření odpovědného vztahu k vlastní sexualitě a svému sexuálnímu chování,
- i) podpora zdravého životního stylu (prevence anorexie, bulimie, depresí, frustrací a komplexů) **(28)**.

Sexuální výchova pozitivně ovlivňuje vychovávaného jednak z hlediska formování kognitivního a informativního rezervoáru rozvíjející se osobnosti, který přispívá k objektivnímu vnímání sebe i vnějšího sociálního prostředí, jednak z hlediska formování názorů a postojů k nejširší oblasti lidské sexuality, zdraví, životního stylu, mezilidských vztahů, partnerství, manželství a rodičovství, z hlediska tvorby dovedností, návyků a chování v oblastech sexuálního chování, mezilidských vztahů a celé škály osobních dovedností **(30)**. Oblast sexuální výchovy tedy můžeme rozdělit na tři vzájemně se prolínající a současně i relativně samostatné podoblasti: oblast kognitivní (informace, vědomosti), oblast emotivní (vztahy, postoje), oblast konativní (chování a dovednosti) **(67)**.

Postoje musí projít fázemi identifikace, aby byly trvalé, a to aktivním zapojením vychovávaného prostřednictvím aktivizačních metod: metody dialogické (slovní interakce mezi učitelem a studentem, podstatou je otázka a odpověď, závěrem je vědomost či postoj studenta, ke kterému došel vlastním myšlenkovým úsilím v dialogu), metody problémové (rozhodovací proces mezi alternativami, na základě vědomostí

a zkušeností volí student optimální řešení problému), metody inscenační (podstatou je problém nebo konflikt, který studenti sami hrají, studenti, kteří se inscenace aktivně neúčastní, jsou v roli pozorovatelů, na konci však debatují, hledají další alternativy řešení, uvádí vlastní zkušenosti). A dále hry v sexuální výchově, a to sexualita a řeč (učí používat správné termíny a asertivnímu vyjadřování), poučení o těle a sexu (usnadňují pochopení pojmů), pohlavní role (utváření představy mužského a ženského chování), vztahy mezi lidmi (komunikace ve vztazích), druhá tvář sexualitě (prevence zneužívání, promiskuita, prostituce, pornografie), hodnoty, ctnosti a normy (hledání hodnotové orientace, sexuální morálka) **(16)**.

Obsah sexuální výchovy je realizován ve výchovných institucích:

- a) v rámci obecného výchovně vzdělávacího procesu (ve výchovné činnosti každého učitele),
- b) v rámci samostatného výchovně vzdělávacího předmětu nebo v předmětech, které byly sexuální výchovou konkrétně pověřeny ve vyučovacím procesu nebo ve výchově mimo vyučování,
- c) v rámci výchovy v rodině,
- d) v rámci výchovy dětských zájmových organizací **(67)**.

Rozeňalová popisuje dva hlavní přístupy k sexuální výchově a prevenci rizikového sexuálního chování: liberální (zdůrazňuje dodržování zásad bezpečnějšího sexu, v prevenci HIV/AIDS zastává důsledné a správné používání kondomu, sexuální zdrženlivost připouští jako jednu z možností ochrany) a směřovaný model (doporučující zdržet se sexu před manželstvím, jasně obhajující abstinenci jako předpokládanou normu dospívajících a přípravu na manželství a manželskou věrnost **(64)**).

Život a chování lidí jsou ovlivněny individuálními hodnotami, které se utvářejí v rodině a v průběhu dalšího života. Šilerová popisuje několik typů hodnotových orientací, které se projevují při sexuální výchově ve škole, při různých přednáškách, ale i v chování a prožívání rodičů či v tom, co se více či méně vědomě snaží předávat svým dětem: pragmatická (účelová - klade důraz na nejvhodnější chování a nezabývá se do hloubky morálním hodnocením, příliš neřeší, co je „dobré“ a co „špatné“, spíše hledá řešení), humanistická (zdůrazňuje dobré mezilidské vztahy, úctu a zodpovědnost

k sobě, k partnerovi a k lidskému životu, podporuje spojení sexuality s láskou a s partnerským vztahem), tradiční (konzervativní - jasně vymezené hodnoty: panenství, mateřství a absolutní věrnost partnerovi, pohlavní styk až v manželství, odmítavý postoj k antikoncepci a interrupci), extrémně negativní (sexualita je něco špatného, nečistého, co člověka kazí, spojená s pocity viny a nečistoty, pohlavní styk je považován za hříšný a realizuje se většinou jen za účelem početí) (72).

Katolické náboženství se sexuální výchově brání a mezi námitkami najdeme také to, že se sexuální výchova přičí náboženskému přesvědčení rodičů. Dochází ke konfliktům, kdy se rodiče brání povinné školní sexuální výchově. Odpůrci sexuální výchovy operují nejčastěji tvrzením, že sexuální výchova náleží rodičům a nikoliv škole. Přitom v naprosté většině rodin nedochází k ničemu, co by mohlo být považováno za sexuální výchovu (74). Dalším argumentem bývá tvrzení, že sexuální výchova je neúčinná a zodpovědná za větší sexuální angažovanost dospívajících nebo za dřívější zahajování sexuálního života. Podle studií je tomu spíše naopak. Sexuální výchova oddaluje věk prvního styku, vede ke zvýšenému užívání antikoncepce, k dodržování zásad bezpečného sexu, k tolerantnějším sexuálním postojům a ke snížení pocitu viny. Země s otevřenou sexuální výchovou jsou současně zeměmi s nejnižším výskytem těhotenství dospívajících a s nejnižší potratovostí, státy s ambivalentním nebo nepřátelským postojem k sexuální výchově patří v těchto ukazatelích k nejhorším (85).

V každém případě ale rodina sehrává významnou úlohu v instalaci odpovídajících vzorů chování, ale i při prezentaci prvotních informací (31). V oblasti prevence rizikového sexuálního chování je důraz kladen na rodinné zázemí, především porozumění v rodině (18). Rodinu lze charakterizovat na základě čtyř aspektů rodinného života: sebehodnocení jednotlivých členů rodiny, vzájemná komunikace, uzavřenost nebo otevřenost rodinného systému a společenská vazba rodiny. V každé rodině jsou z generace na generaci předávána pravidla, která se uplatňují ve výchově dětí. Pro normální vývoj dítěte je nezbytná potřeba lásky. Jakmile je láska rodičů něčím podmiňována, děti cítí, že není opravdová a dochází k citové deprivaci. Komunikace je pro fungování rodiny a existenci vztahů zásadní. Je dobré si uvědomit, jaká síla, a to pozitivní i negativní, se skrývá v našem způsobu předávání informací (34). Jednou

z cest, jak rodiče mohou zabránit riskantnímu chování svých dětí, je důvěra. Rodiče nemohou zabránit destruktivnímu chování, mohou však pomoci svým dětem v tom, že nebudou cítit potřebu uchýlovat se k takovému chování. Stačí vytvořit prostředí, kde budou děti pociťovat lásku a zájem svých rodičů, prostředí, které vytvoří předpoklady pro cestu k samostatnosti a nezávislosti bez větších excesů (57).

Škola je po rodině druhým nejvýznamnějším socializačním činitelem a institucí, která ovlivňuje osobnost, vztahy a běžnou každodenní zkušenost dospívajících (46). V širším pojetí může škola ovlivnit vnímání, postoje, aktivitu a chování nejen studentů, ale i učitelů, rodičů, zdravotnického personálu a místní komunity. Je zřejmé, že mladí lidé se nejvíc naučí rozhodovat, přijmout a nést odpovědnost za svá rozhodnutí právě tím, když se budou přímo podílet na rozhodování o životě školy. V evropském programu „Škola podporující zdraví“ jsou zmíněné prvky vhodně spojeny (91). Škola má v sexuální výchově nezastupitelnou roli, protože především v předmětu rodinná výchova, biologie či občanská nauka přináší mladé generaci potřebné a fundované poučení o otázkách, které mají veliký význam nejen sociální, ale i zdravotní a právní (53). Velmi záleží i na pedagogovi, jak dokáže včlenit tuto problematiku do jednotlivých předmětů, a na výběru vhodných metod. Sexuální výchova musí být realizována v takovém rozsahu a takovými prostředky, které odpovídají věku a potřebám žáků. Učitel je důležitým článkem na cestě ozdravení školy. Jeho citlivý přístup k dospívajícím, který je základním atributem sexuální výchovy, nezajistí autoři učebních osnov ani autoři učebnic. Při dotváření obsahu učiva je třeba zohlednit nejen věk a zájem studentů, postoje jejich rodičů, ale i regionální odlišnosti (49).

Specifičnost sexuální výchovy vyžaduje i uplatňování principů a jejich aplikaci nejen do výchovně vzdělávacího procesu, ale také v rodinné výchově, v mimoškolních aktivitách, v médiích a v oblasti medicíny. Tyto principy byly zformulovány Täubnerem: princip spolupráce rodičů a školy, princip začlenění sexuální výchovy do obecného projektu výchovy dítěte, princip vědeckosti v sexuální výchově, princip důvěry, princip koedukovanosti, princip etičnosti, princip aktivity žáka a spolupráce se žákem, princip komplexnosti a harmonie, princip osobnosti sexuálního pedagoga a princip přiměřenosti v sexuální výchově (29). Na středních školách má sexuální

výchova navazovat na míru výchovy vzdělání v této oblasti z nižších školních stupňů. Täubner doporučuje, aby obsah byl koncipován do 6 tématických okruhů: člověk (anatomie a fyziologie, puberta, tělesný vzhled, pohlavní příslušnost a zaměření, imunitní systém), vztahy mezi lidmi (rodina, kamarádství a přátelství, láska, chození spolu a známosti, manželství a trvalé soužití, rodičovství), osobní dovednosti (morální zásady a hodnotové systémy, rozhodování, komunikace, asertivita, vyjednávání, hledání pomoci), sexuální chování (sexualita v průběhu života, onanie a masturbace, partnerské sexuální chování, pohlavní zdrženlivost, pohlavní reaktivita, sexuální fantazie, sexuální dysfunkce), sexuální zdraví (antikoncepce, umělý potrat, pohlavně přenosné nemoci, zneužití dítěte, plodnost), sex a kultura (sexualita a společnost, pohlavní role, sexualita a zákon, sexualita a náboženství, předsudky a diskriminace, sexualita a umění, sexualita a sdělovací prostředky) (76).

Nejstarší tradici ve světě má sexuální výchova ve Švédsku, která byla zavedena již v roce 1942. Hlavní ideologická východiska lze shrnout do tří bodů: zásada volných a objektivních informací o antikoncepci, právo na interrupci za určitých podmínek, otevřená sexuální výchova na školách. Při zavádění sexuální výchovy se vycházelo z toho, že tabuizace sexuálních témat vede k nežádoucímu zkreslení, podporuje pruderii a negativní postoje k sexu. Rodina a škola musí spolupracovat a doplňovat se. Je známo, že mnoho rodičů intelektově ani osobnostně není schopno své děti řádně o sexu poučit. Takového poučení nejsou někdy schopni ani mnozí učitelé. Nelze se potom smířit s tím, aby hlavním zdrojem poučení byli vrstevníci a zcela pochybné pokoutní zdroje (93). Vrstevnické vztahy patří spolu s rodinným a školním prostředím ke třem základním faktorům socializace dospívajících, přičemž rizikové chování adolescentů se často projevuje právě v kontextu vrstevnických vztahů. Podstatou vrstevnického tlaku je aktivní povzbuzování nebo vybízení jedince k určité činnosti ostatními příslušníky vrstevnické skupiny, přičemž jde o činnost, o které jedinec ví, že není správná a skupina mu pouze „pomůže“ překonat vnitřní zábrany, případně skutečně danou činnost nechce provádět, ale vyhovění skupině je pro něj v danou chvíli důležitější. Hovoří se o tzv. ceně za členství ve skupině. Pokud je rodina dysfunkční a rodiče neposkytují žádoucí

modely chování, potom při vystavení vrstevnickému tlaku a současně vyšší míře konformity se jedinec častěji podřizuje normám a pravidlům vrstevníků **(33)**.

### ***1.12.3. Právní otázky sexuální výchovy***

Otevřená sexuální výchova a osvěta má být dostupná všem, protože každý člověk má právo na poučení o plánování rodiny, antikoncepci, sexuálních poruchách, problémech, případech sexuální deviace a sexuální delikvenci. V žádném českém právním dokumentu sice neexistuje právo na sexuální výchovu, existuje ale ústavní právo na vzdělání **(53)**. Úmluva o právech dítěte z r. 1989 v čl. 3 stanoví, že nejpřednějším hlediskem je zájem dítěte. Podle čl. 13 má dítě právo na informace všeho druhu a podle čl. 24 právo na vzdělání. Z hlediska zdraví mládeže je tak státům uloženo, aby také zajistily „výchovu k plánovanému rodičovství“. Stát má tedy na ústavněprávní úrovni jasně deklarovanou povinnost provádět ve školách sexuální výchovu **(67)** (jde o obsah a nikoliv označení, např. rodinná výchova splňuje tento požadavek). Podle čl. 33 odst. 1 Listiny základních práv a svobod má každý právo na vzdělání a podle čl. 32 odst. 4 je péče o děti a jejich výchova právem rodičů. Právo na informace vymezuje rovněž Charta sexuálních a reprodukčních práv (příloha 2). Mezinárodní konference OSN v roce 1994 vyzvala vlády, aby vyšly vstříc potřebám dospívajících a vytvářely pro ně vhodné programy, které obsahují výchovu a poradenství v oblasti vzájemných vztahů mezi pohlavími a jejich rovností, které zahrnují prevenci násilí proti adolescentům, podporují zodpovědné sexuální chování, odpovědné plánování rodiny, rodinného života, reprodukčního zdraví, předcházení sexuálně přenosným chorobám včetně AIDS **(53)**.

### ***1.12.4. Citová výchova***

Podle Matějčka sexuální výchova začíná výchovou citovou a do ní také ústí. Nad sexuálním poučením, nad informacemi, byť včasné a vkusně podávanými, je ještě něco, co všemu dává smysl, směr a cíl. Jde o tři roviny: vztah, vzor, poučení. První rovina znamená vytváření citového vztahu dítěte k lidem. Zde dítě vychováváme také sexuálně – málo, hodně – dobře, špatně – vědomě, nevědomě. Druhá je rovina příkladu či modelu, vzor citového mužského a ženského chování - dítě si z rodičů bere modely

sexuálního chování. Třetí je rovina vědomostí, informací, znalosti technik a praktik, jichž se dostává dítěti poučením od rodičů, knížek a školy. První dvě roviny jsou věci rodiny, o třetí se dělí se školou, jejíž doménou je právě systematické vzdělávání, předávání poznatků, vyučování. Je dobře, když se dětem dostane taktního poučení ve škole než netaktního od kamarádů na ulici nebo z erotických časopisů. Pokud se dítěti nedostane základního citového naladění (rovina první) ani pozitivního modelu chování (rovina druhá), pak sebelepší poučení (rovina třetí) k plnohodnotnému prožitku vlastní sexuality stačit nemusí. Jedinec je schopen sexuálně žít, ale zůstává o mnoho ochuzen. Zažívá tzv. chladný sex neboli prosté, chudé, laciné uspokojování pohlavního pudu na tělesné úrovni. Z toho z větší části žije pornografie: co není uspokojováno v citové hloubi, to si žádá nové a nové dráždění. Sex se stává konzumním zbožím. Jestliže se ale dítěti dostane všeho dobrého na úrovni vztahů a na úrovni modelů chování, pak je jen velmi málo pravděpodobné, že by se mohlo „zkazit“ poučením ve škole. Naopak. Takovéto děti a mladiství se mohou stát svým způsobem vzorem svým vrstevníkům, kteří nemají dobré zkušenosti se sexuální výchovou v rodině (50).

#### ***1.12.5. Peer programy***

Slovo peer označuje jedince, jehož postavení je rovnocenné s ostatními, představitele určité společenské skupiny osob, které jsou si podobny věkem, vzděláním nebo společenským postavením. Peer výchova tedy představuje formu působení mezi vrstevníky navzájem (anglicky peer-to-peer), tj. mezi příslušníky stejné společenské skupiny. Děti mohou mít větší strach z komunikace s dospělými než z komunikace s jinými dětmi, proto se zdá, že působení vrstevníků je efektivnější. Mladí lidé vyškolení jako peer poradci se stávají experty v tématech, která jejich vrstevníky zajímají, a sami tak posléze přispívají ke změně chování v kolektivu svých vrstevníků. Peer programy jsou zaměřeny na problematiku násilí, sexuálního zdraví a rizikového chování z hlediska sexuálně přenosných infekcí. Projekty vznikají obvykle z iniciativy nevládních organizací, společenských a církevních organizací, organizací pro mládež i výchovných institucí. Peer výchova se může stát efektivním přístupem k prevenci rizikového chování a metodou, jak přenést větší díl odpovědnosti na mladé lidi (69).

### 1.13. Antikoncepce

Antikoncepce (kontracepce) je ochrana před nežádoucím otěhotněním (92) a patří mezi metody plánovaného rodičovství, které umožňují párům svobodně se rozhodnout o době početí dítěte, jež je pro jeho narození neoptimálnější a počtu dětí, které si přejí mít (84).

V současné době existuje více antikoncepčních metod a prostředků, které se od sebe liší spolehlivostí a vhodností použití v jednotlivých případech. Základním hlediskem pro jejich rozdělení je použití ochranných prostředků k zabránění početí: metody bez použití ochranných prostředků, mechanická antikoncepce, chemické metody a hormonální antikoncepce (47). Z hlediska užívání antikoncepci rozdělujeme na ženskou (přirozenou, bariérovou, chemickou, hormonální, nitroděložní, chirurgickou) a mužskou (mužská kontracepce, mužská sterilizace) (92). Dále dělíme metody na významné, masově užívané (antikoncepční tablety, kondom, nitroděložní tělíska, přerušovaná soulož), metody méně významné (spermicidní čípky a krémy, nitroděložní antikoncepční systémy, minipilulky, antikoncepční náplasti, antikoncepční injekce a podkožní implantáty) a metody víceméně bezvýznamné, okrajové (neplodné dny) (1).

Tabulka 1: Přehled antikoncepčních metod s uvedením spolehlivosti

Antikoncepční metoda	Pearlův index	Poznámka
Žádná	88	
Přerušovaná soulož	20	
Kondom	5	velmi závisí na zkušenosti muže
Neplodné dny	5-10	podle konkrétní metody zjišťování neplodných dnů
Spermicidní poševní čípky	5	
Hormonální antikoncepce - minipilulky	2	výrazná úloha lidského faktoru
Kombinované hormonální tablety	0,5-1	výrazná úloha lidského faktoru
Nitroděložní tělíska běžná	4	
Nitroděložní tělíska hormonální	0,1	
Podkožní implantáty	0,5-1	
Injekční antikoncepce	<0,5	
Antikoncepční náplasti	0,5	

Zdroj: Barták, 2006



Spolehlivost jednotlivých metod je dána: Pearl indexem (počet těhotenství při dané metodě, pokud byla užívána 100 ženami po 1 rok **(14)**), čím je toto tzv. těhotenské číslo nižší, tím je metoda spolehlivější - dobrá antikoncepce má těhotenské číslo nižší než 5) **(1)**; Life-table analýzou (selhání v souvislosti s délkou užívání), mírou selhání (efektivita je vyjádřena v %), teoretickou efektivitou (maximální efektivita metody – účinnost, pokud je antikoncepce používána bezchybně, přesně podle instrukcí), uživatelskou efektivitou (účinnost v reálném životě, zahrnující aspekty lidského faktoru) **(44)**.

### ***1.13.1. Metody přirozené antikoncepce***

Jde o metody bez použití ochranných prostředků: přerušovaná soulož a metody s využitím tzv. neplodných dnů **(47)**. Tyto metody jako jediné toleruje i církev **(92)**. Nevýhody: nízká účinnost a vysoké nároky na techniku provedení i sebekontrolu **(14)**.

#### **► Přerušovaná soulož (coitus interruptus)**

Patří k nejméně spolehlivým metodám zábrany nežádoucího otěhotnění **(87)**, vykazuje až 20 % selhání za rok, proto by měla zůstat metodou nouzovou, vyhrazenou pro případy, kdy opravdu nic jiného není k dispozici **(1)**. Je riziková především u mladých dvojic, které nemají dost zkušeností a nemají vždy svůj sexuální život pod rozumovou kontrolou. Velmi negativní roli může hrát například alkohol **(87)**, ale i stres a nevhodné prostředí **(92)**.

#### **► Metody přirozeného plánování rodičovství**

WHO definovala přirozené plánování rodičovství jako „metody pro plánování nebo předcházení těhotenství podle známek a symptomů plodných a neplodných období menstruačního cyklu“. Výhodou je finanční nenáročnost a žádné vedlejší negativní účinky. Úspěšnost předpokládá solidní poučení, vzájemný respekt a spolupráci partnerů, sebeovládání a sexuální zdrženlivost v době plodných dnů. Nejsou vhodné pro dospívající, ale pro zralý a stabilní vztah **(47)**. Mezi tyto metody patří: metoda kalendářní (dle délky menstruačního cyklu, doby ovulace, a tím i plodného období ženy), měření bazální teploty (menstruační cyklus má první fázi s nižšími hodnotami a druhou fázi s vyššími hodnotami bazální teploty), symptotermální metoda (sledování

změn hlenu v děložním hrdle, změn děložního čípku, změny bazální tělesné teploty a sledování druhotných příznaků v průběhu menstruačního cyklu) (84) a krystalizace slin (v období ovulace je zvýšená v důsledku většího obsahu NaCl (92). Nevýhodou je vysoká nespolehlivost (47).

### **1.13.2. Mechanická (bariérová) antikoncepce**

#### **► Kondom**

Relativně spolehlivá a levná ochrana proti nechtěnému početí (1) a jako jediná antikoncepční metoda ochraňuje se značnou spolehlivostí také před sexuálně přenosnými chorobami (78). Před některými však nechrání ani kondom, především virovými (např. nákaza lidským papilomovým virem) (47).

#### **► Vaginální a cervikální pesar**

Vaginální pesar (diafragma) vytváří bariéru před vniknutím spermií do děložního hrdla (47). Cervikální pesar se přímo nasazuje na děložní čípek, tím brání proniknutí spermatu do dělohy, ale nekryje jako diafragma současně i přední poševní stěnu (84). Pesary jsou poměrně spolehlivé a vhodné i pro mladistvé. Do jisté míry chrání i před zavlečením pohlavní nákazy do horních pohlavních cest ženy (47).

#### **► Nitroděložní tělísko**

Procházel vývojem od spirály z inertního plastu (DANA) k medikovanému ve tvaru T s mědí. K mechanismu účinku, který pravděpodobně vychází z vyvolání chronického aseptického zánětu v dutině děložní cizím tělesem, se tak přidává spermicidní efekt použité mědi, čímž se zvyšuje účinnost metody. Nevýhodou jsou jistá rizika: zvýšení rizika mimoděložního těhotenství, rizika pánevního zánětu a zvýšení krevní ztráty při menstruaci (14). Doba zavedení je 5 – 7 let (84). Je účinnou, dlouhodobou, pohodlnou a levnou metodou ochrany proti nežádoucímu početí (především pro ženy, které již rodily). Není vhodné pro mladé bezdětné ženy, dívky a pro ženy, které často střídají své sexuální partnery (1). Pro dospívající dívky může mít závažné vedlejší účinky: nepravidelné krvácení, pánevní záněty, inkompetence děložního hrdla a proděravění dělohy při jeho zavádění. Všechny tyto komplikace ve svých důsledcích mohou vést až k neplodnosti (47).

### ***1.13.3. Chemická antikoncepce***

#### **► Poševní hubka**

Je napuštěna spermicidní látkou a chrání ženu po 24 hodin.. Hubka na jedno použití „nasaje“ ejakulát, spermicid (nonoxynol) imobilizuje spermiie a mechanicky brání jejich průniku do cervikálního kanálu (92).

#### **► Spermicidy**

Zpomalují pohyblivost spermií a zkracují jejich životnost. Vyrábějí se ve formě želé, čípků, pěny, krémů nebo tablet a zavádí se do pochvy před pohlavním stykem. Jejich užívání nevyžaduje lékařský předpis. Vedlejším nežádoucím účinkem může někdy být dráždění poševní sliznice a alergická reakce (47). Jde sice o metodu zdravotně neškodnou a snadno dostupnou, ale relativně méně spolehlivou. Proto se hodí spíše jako doplněk jiných antikoncepčních metod ke zvýšení jejich spolehlivosti. Výhodou je kromě spermicidního i účinek desinfekční, takže do značné míry brání i přenosu pohlavních chorob (1).

### ***1.13.4. Hormonální antikoncepce***

Nejspolehlivější a velmi rozšířená metoda antikoncepce, jejíž účinek je odvozen z působení gonadotropních a ženských pohlavních hormonů na ovulaci, cervikální hlen a děložní sliznici (47).

#### **► Antikoncepční tablety**

Od doby objevení hormonálního účinku k zablokování ovulace se hormonální antikoncepce značně vylepšila: bezpečnost, snížení účinné dávky, vymizení vedlejších nepříznivých účinků a naopak objevení účinků příznivých (odstraňuje menstruační nepravidelnosti a bolesti, působí preventivně proti rakovině dělohy a vaječníku, příznivě ovlivňuje pleť a výrazně zmenšuje výskyt zánětů vnitřních rodidel) (78). Skládá se ze 2 hormonů estrogeneru a progestinu (kombinovaná hormonální antikoncepce) a podává se ve čtyřtýdenních cyklech (užívání 3 týdny, týden pauza). Na pokles hormonální hladiny v pauze reaguje děloha krvácením. Vedlejší účinky antikoncepčních tablet se rozdělují na závažné a nezávažné, leč nepříjemné (1). Mezi méně závažné patří nevolnost, nauzea, nepravidelné krvácení, pokles libida, napětí v prsou, bolest, sekrece,

manifestace akné a další kožní afekce, depresivní nálady, nesnášenlivost kontaktních čoček, různé změny vaginální sekrece, přírůstek hmotnosti, retence tekutin. Většinou mizí po 3 cyklech užívání antikoncepce. Mezi závažné patří kardiovaskulární komplikace (tromboembolická nemoc, u kuřáček a hypertoniček 5 x roste riziko infarktu a ischemické mozkové příhody) a mírně zvýšené riziko ca prsu – 1.24 **(44)**. Barták **(1)** uvádí, že žena, která kouří více než 15 cigaret denně a užívá antikoncepci, by si měla v 35 letech vybrat: buď přestat kouřit, nebo přestat brát tablety. Dále uvádí, že hormonální antikoncepční tablety riziko rakoviny prsu nezvyšují a naopak snižují riziko nezhoubných onemocnění mléčné žlázy (mastopatie, nezhoubné nádory) **(1)**. Hormonální antikoncepci by neměly užívat ženy starší, obézní, ženy s vysokým krevním tlakem, kuřáčky a velmi mladé dívky, které dosud neměly pravidelný menstruační cyklus **(16)**.

#### ► Minipilulky

Jsou založené na jiném principu než běžné kombinované tablety. Neobsahují estrogény, ale pouze malé dávky progestinu, podstatně nižší než v kombinovaných tabletách. Nejsou s nimi tedy spojena rizika, ale ani příznivé účinky těchto tablet a jejich spolehlivost je také podstatně nižší **(1)**. Tato forma je vhodná pro ženy starší 35 let a pro kuřáčky, hypertoničky, diabetičky a kojící **(92)**.

#### ► Postkoitální antikoncepce

Tato antikoncepce není určena pro pravidelné používání, slouží jako tzv. první pomoc v případě selhání (lehkomyšlnost, nedbalost, prasklý kondom) **(84)** nebo při neplánovaném nechráněném pohlavním styku. Je pouze na lékařský předpis **(87)**. Obsahuje vysokou dávku estrogenů a gestagenů, které se podávají po pohlavním styku, někdy se užívá jen vysoká dávka samotných estrogenů **(47)**. Vysoké dávky hormonů mohou způsobit nevolnost, zvracení a následné narušení menstruačního cyklu **(84)**.

#### ► Antikoncepční náplasti

Princip je stejný jako u tablet (kombinovaná hormonální antikoncepce). Lepí se 3 týdny (vždy na celý týden 1 náplast) a poté týden pauza. Výhodou je zajištění trvale plynulé dodávky hormonů do organismu (hladina je mnohem stálější a nezávisí na každodenním pravidelném užívání tablet). Oproti tabletám nezvyšují riziko cévních

komplikací a jejich účinek nenarušuje užívání antibiotik **(1)**. Další výhodou je, že hormony se uvolňují přímo do krve a nezatěžují zažívací systém včetně jater **(84)**.

► Injekční antikoncepce a podkožní implantáty

Pro ženy zapomětlivé nebo pro ženy, kterým každodenní užívání tablety nevyhovuje jsou k dispozici antikoncepční injekce (jedna vydrží 3 měsíce) nebo antikoncepční podkožní tyčinky (na 3 roky) **(78)**. Antikoncepční injekce jsou levná, spolehlivá a zdraví neškodná antikoncepce; jedinou, ale velmi podstatnou nevýhodou, je obvykle narušení pravidelnosti menstruačního cyklu. Tyčinky se zavádějí pod kůži v místním umrtvení obvykle na vnitřní stranu paže speciální jehlou podobné silné jehle injekční **(1)**.

► Nitroděložní antikoncepční systém

Nitroděložní tělísko s hormonem je velmi dobrá a perspektivní metoda antikoncepce. Zajišťuje mimořádně spolehlivou ochranu proti nežádoucímu těhotenství při minimu vedlejších účinků. Je vhodnější pro ženy, které za sebou mají alespoň 1 porod **(1)**. Doba zavedení je 5 – 7 let **(84)**.

### ***1.13.5. Chirurgická antikoncepce***

Jde o nejbezpečnější antikoncepční metodu, která se provádí operativně tzv. sterilizací. Na rozdíl od ostatních metod je trvalá a její zrušení je jednak velmi nákladné a v mnoha případech neúspěšné. Sterilizace se provádí jen se souhlasem ženy a dle současných předpisů se povoluje jen ženám, které splnily určitá kritéria (věk, počet dětí, nežádoucí těhotenství, závažná onemocnění matky) **(84)**. U ženy se sterilizace provádí přerušením vejcovodů laparoskopicky v celkové anestézii. U muže se provádí přerušení chámovodů i ambulantně v místním znecitlivění **(78)**.

## **2. Cíl práce a hypotéza**

### ***2.1. Cíl práce***

Porovnat znalosti o prevenci rizikového sexuálního chování u mladistvých na Střední zdravotnické škole a středních školách bez zdravotnického zaměření v Klatovech.

### ***2.2. Hypotéza***

**H:** Mladiství na Střední zdravotnické škole v Klatovech mají více znalostí o prevenci rizikového sexuálního chování než mladiství na středních školách bez zdravotnického zaměření v Klatovech.

### 3. Metodika

#### 3.1. Použité metody a technika sběru dat

##### *Předvýzkum*

Předvýzkum byl proveden u 10 náhodně vybraných studentů 4. ročníku Střední zdravotnické školy v Klatovech, který sloužil k ověření výzkumné techniky, vhodnosti použití, formulace a srozumitelnosti otázek pro respondenty. Po zjištění nejasností u některých otázek byly následně upraveny a zpřesněny možné odpovědi.

##### *Vlastní výzkum*

Za účelem splnění cíle práce byl realizován kvantitativní výzkum. Jako metodika výzkumu byla zvolena metoda dotazování, technika standardizovaného dotazníku. Sběr dat byl realizován na vybraných středních školách v Klatovech v roce 2007 (celkem 5 středních škol: Střední zdravotnická škola, Střední škola zemědělská a potravinářská, Obchodní akademie, Střední průmyslová škola a Gymnázium Jaroslava Vrchlického).

Na každé vybrané škole byl nejprve kontaktován ředitel školy a posléze školní metodik prevence či vyučující předmětu, jehož součástí je sexuální výchova. Vyplňování dotazníků proběhlo v rámci vyučování bez časového omezení a byla respektována anonymita respondentů. Z celkového počtu 185 rozeslaných dotazníků pro studenty jich bylo vráceno 185, návratnost byla 100 %. Ze souboru navrácených dotazníků jich bylo vyřazeno 8 z důvodu neúplného vyplnění. Dotazník obsahoval 41 otázek (příloha 1). V dotazníku byly použity uzavřené, polootevřené, otevřené, filtrační a kontrolní otázky. Otázky byly dichotomické i polytomické. Po identifikačních znacích respondenta (škola, pohlaví, věk) se jednotlivé dotazy vztahovaly k problematice rizikového sexuálního chování: znalosti pojmů či obsahu pojmů, případně názorová orientace v dané oblasti, zdroje informací, posouzení výuky, její kvality a zároveň směru požadovaných změn ve výuce a sexuální chování respondentů. U některých otázek měli respondenti možnost vybrat i více odpovědí.

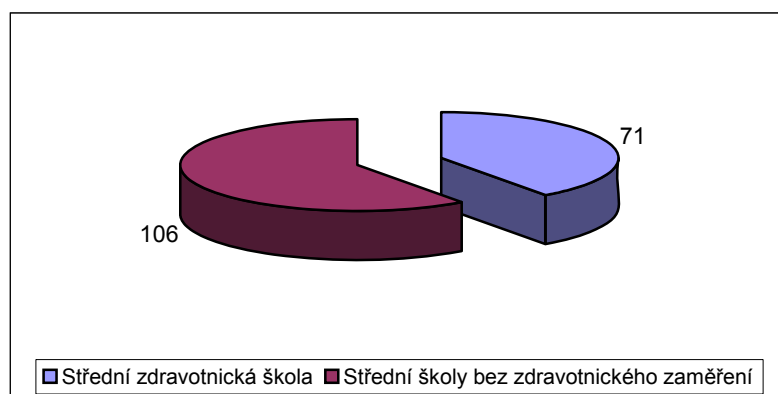
### ***3.2. Charakteristika výzkumného souboru***

Základní soubor byl tvořen studenty 4. ročníků vybraných středních škol v Klatovech. Výzkumný soubor tvořilo 177 studentů (71 studentů Střední zdravotnické školy - SZŠ, 106 studentů středních škol bez zdravotnického zaměření). Respondenti byli vybráni na základě náhodného výběru.



#### 4. Výsledky

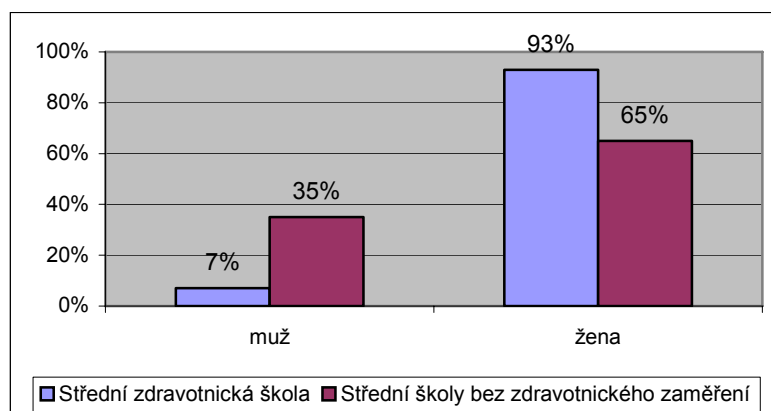
Graf 1: Počet respondentů dle typu střední školy (absolutní čísla) (k otázce 1)



Zdroj: vlastní výzkum

Ve výzkumu bylo hodnoceno celkem 177 dotazníků, z čehož bylo 71 (40 %) respondentů ze SZŠ a 106 (60 %) respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření.

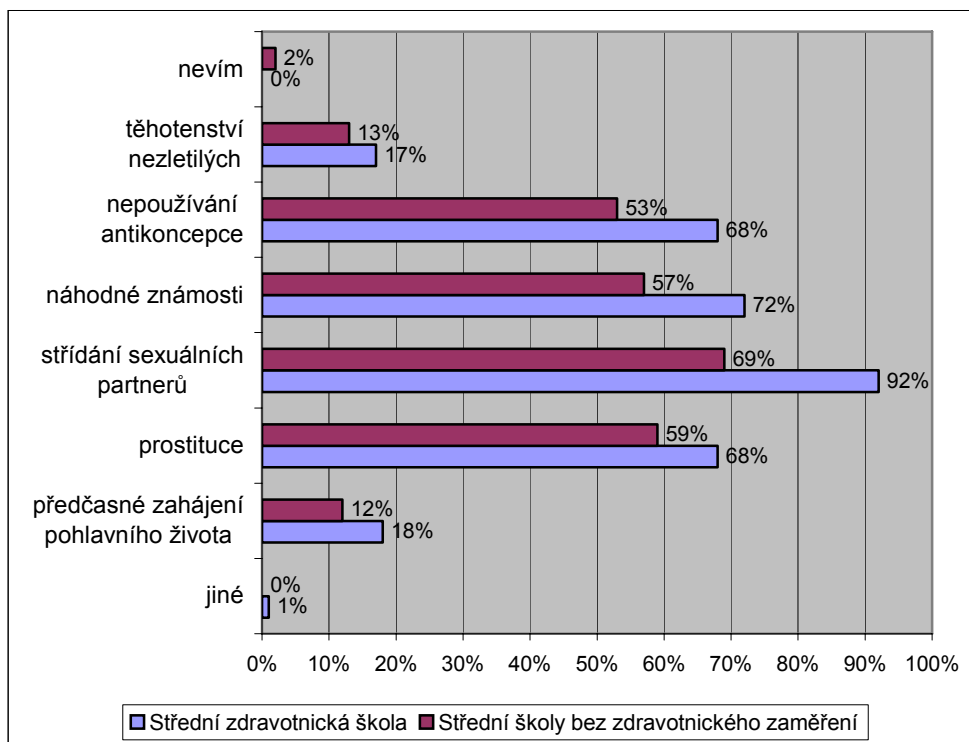
Graf 2: Poměr respondentů dle pohlaví (v %) (k otázce 2)



Zdroj: vlastní výzkum

Na SZŠ bylo hodnoceno 5 mužů (7 %) a 66 žen (93 %) z celkového počtu 71 respondentů. Na ostatních školách bez zdravotnického zaměření bylo hodnoceno z celkového počtu 106 respondentů: 37 mužů (35 %) a 69 žen (65 %). Průměrný věk respondentů SZŠ byl 18,8 let a u respondentů středních škol bez zdravotnického zaměření 18,5 let.

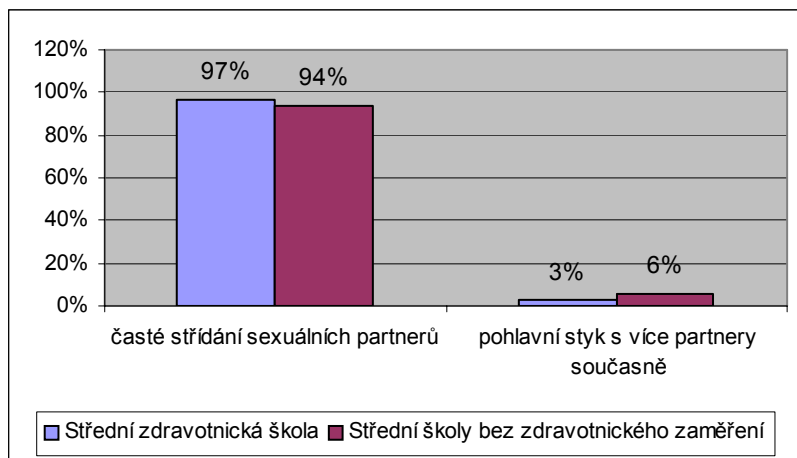
Graf 3: Charakteristika pojmu „rizikové sexuální chování“ (v %) (k otázce 4)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ si pod pojmem „rizikové sexuální chování“ představují: 65 (92 %) střídání sexuálních partnerů, 51 (72 %) náhodné známosti, 48 (68 %) prostituci, 48 (68 %) nepoužívání antikoncepce, 13 (18 %) předčasné zahájení pohlavního života, 12 (17 %) těhotenství nezletilých a 1 (1 %) něco jiného (homosexualitu). Respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedli: 73 (69 %) střídání sexuálních partnerů, 63 (59 %) prostituci, 60 (57 %) náhodné známosti, 56 (53 %) nepoužívání antikoncepce, 14 (13 %) těhotenství nezletilých, 13 (12 %) předčasné zahájení pohlavního života a 2 respondenti (2 %) neví, co si pod tímto pojmem představit.

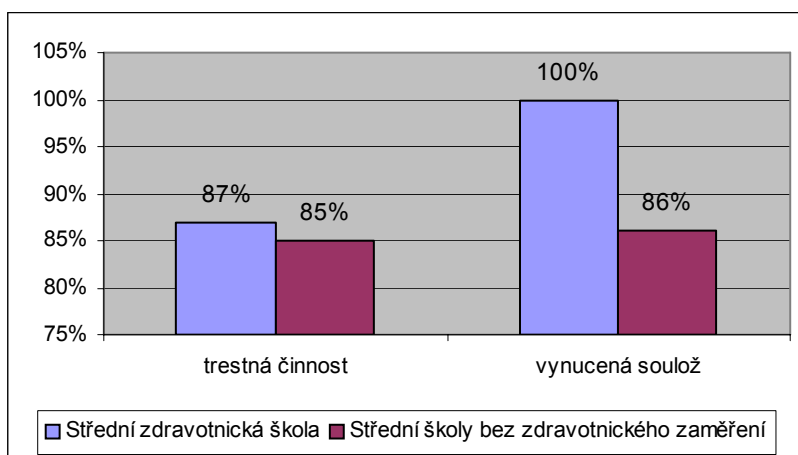
Graf 4: Charakteristika pojmu „promiskuita“ (v %) (k otázce 5)



Zdroj: vlastní výzkum

Za „promiskuitu“ považuje 69 (97 %) respondentů ze SZŠ a 100 (94 %) ze středních škol bez zdravotnického zaměření časté střídání sexuálních partnerů. Ostatní označili pohlavní styk s více partnery současně: 2 (3 %) ze SZŠ a 6 (6 %) z ostatních středních škol.

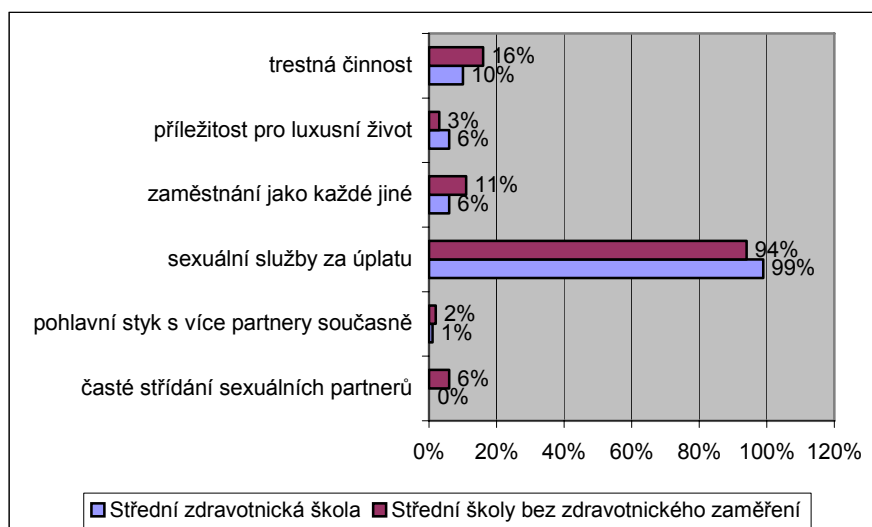
Graf 5: Charakteristika pojmu „znásilnění“ (v %) (k otázce 6)



Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti ze SZŠ, tj. 71 (100 %), uvedli, že „znásilnění“ je vynucená soulož. 62 (87 %) také označilo možnost, že jde o trestnou činnost. Ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedlo 91 respondentů (86 %) vynucenou soulož a 90 (85 %) trestnou činnost.

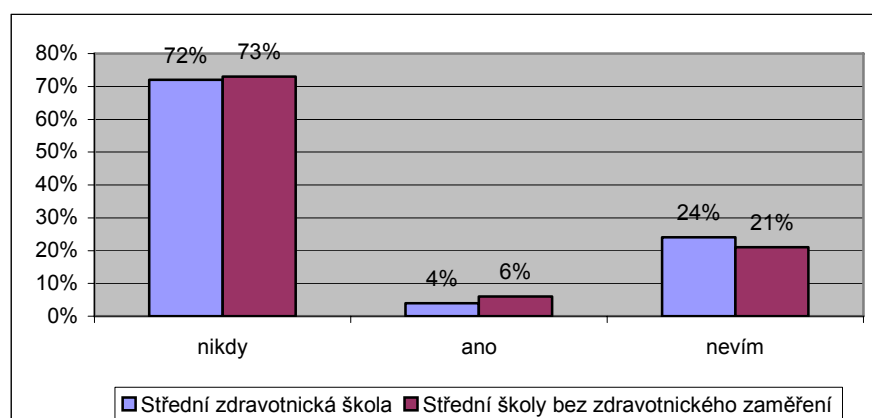
Graf 6: Charakteristika pojmu „prostituce“ (v %) (k otázce 7)



Zdroj: vlastní výzkum

SZŠ: 70 (99 %) sexuální služby za úplatu, 7 (10 %) trestná činnost, 4 (6 %) zaměstnání jako každé jiné a příležitost pro luxusní život, 1 (1 %) pohlavní styk s více partnery. Ostatní střední školy: 100 (94 %) sexuální služby za úplatu, 17 (16 %) trestná činnost, 12 (11 %) zaměstnání jako každé jiné, 6 (6 %) časté střídání sexuálních partnerů, 3 (3 %) příležitost pro luxusní život, 2 (2 %) pohlavní styk s více partnery.

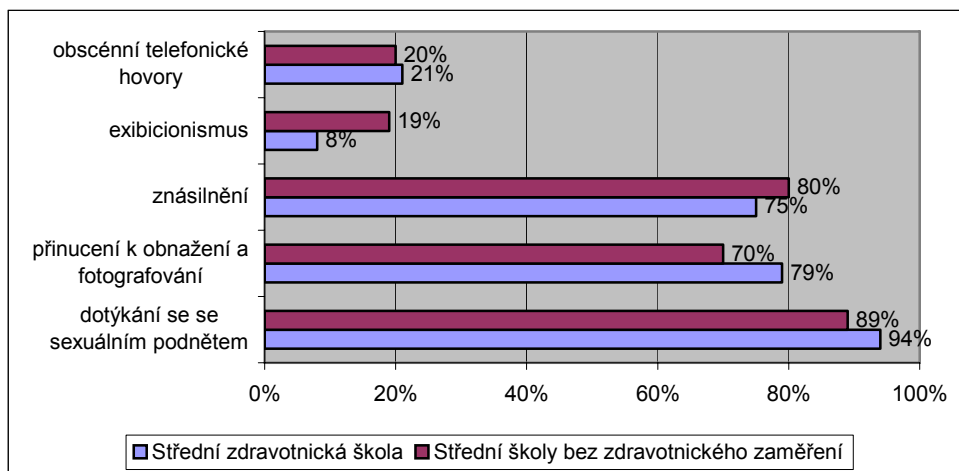
Graf 7: Řešení nějaké situace v životě prostitucí (v %) (k otázce 8)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 51 (72 %) nikdy, 3 (4 %) ano a 17 (24 %) nevím. Z ostatních středních škol: 77 (73 %) nikdy, 6 (6 %) ano a možnost nevím 22 (21 %).

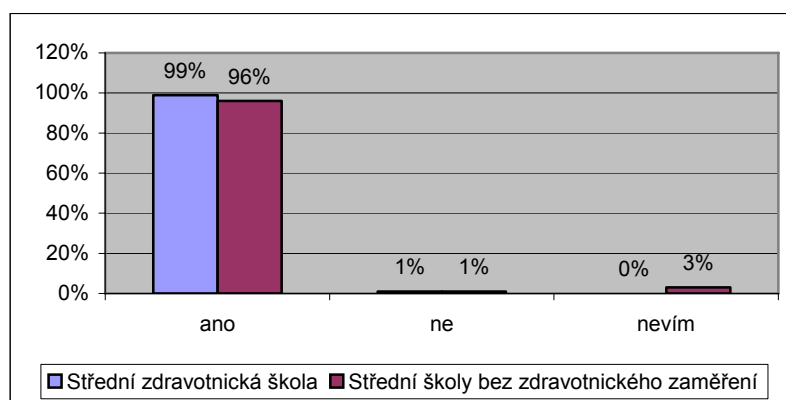
Graf 8: Charakteristika pojmu „sexuální zneužívání dítěte“ (v %) (k otázce 9)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 67 (94 %) jakékoliv dotýkání se dítěte se sexuálním podnětem, 56 (79 %) přinucení dítěte k obnažení a fotografování, 53 (75 %) znásilnění, 15 (21 %) obscénní telefonické hovory a 6 (8 %) exhibicionismus. Respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření označili: 94 (89 %) dotýkání se dítěte se sexuálním podnětem, 85 (80 %) znásilnění dítěte, 74 (70 %) přinucení k obnažení a fotografování, 21 (20 %) obscénní telefonické hovory a 20 (19 %) exhibicionismus.

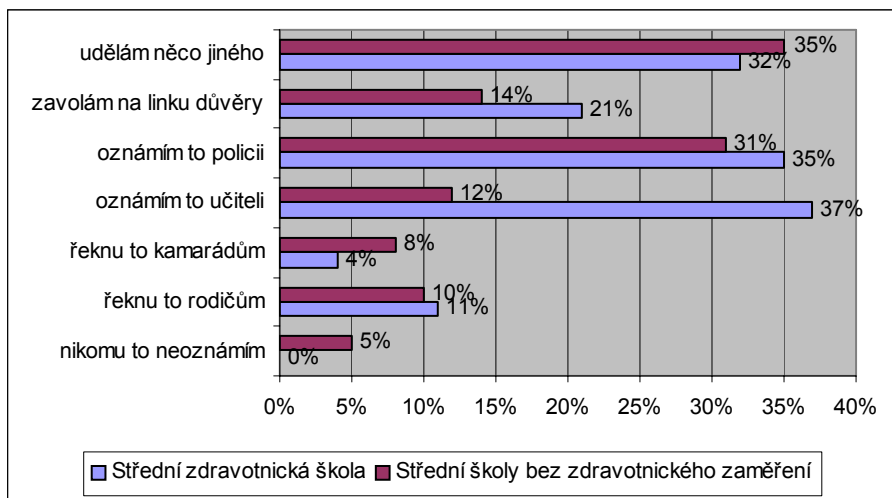
Graf 9: Právo nesouhlasit s nepříjemným dotýkáním (v %) (k otázce 10)



Zdroj: vlastní výzkum

70 (99 %) respondentů ze SZŠ odpovědělo na otázku, zda mají právo říci každému, aby se jich nedotýkal, ano a 1 (1 %) ne. Respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření označili: 102 (96 %) ano, 1 (1 %) ne a 3 (3 %) nevím.

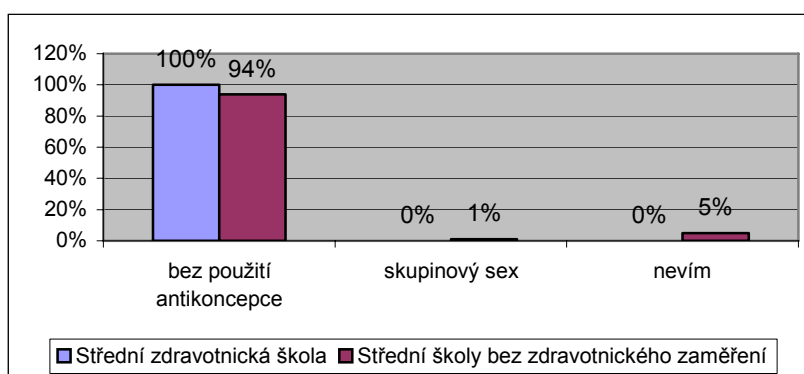
Graf 10: Reakce na sexuální zneužívání kamaráda/kamarádky (v %) (k otázce 11)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 26 (37 %) učitele, 25 (35 %) policii, 15 (21 %) linku důvěry, 8 (11 %) rodiče, 3 (4 %) kamarády a 23 (32 %) něco jiného (první rozhovor a doporučení ohlášení). Respondenti z ostatních středních škol uvedli: 33 (31 %) policii, 15 (14 %) linku důvěry, 13 (12 %) učitele, 11 (10 %) rodiče, 8 (8 %) kamarády, 5 (5 %) nikomu a 37 (35 %) něco jiného (snažili by se sami pomoci).

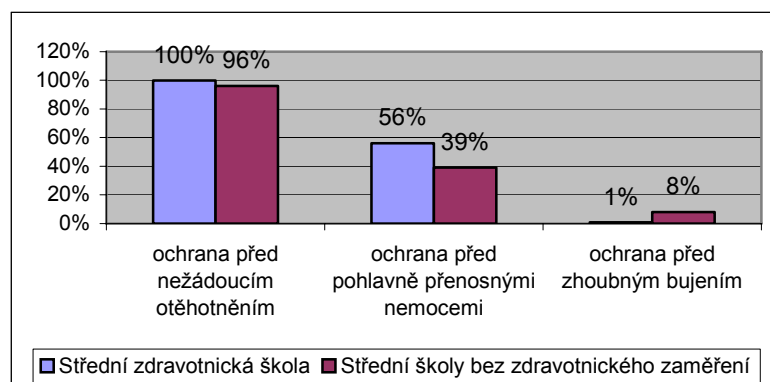
Graf 11: Charakteristika pojmu „nechráněný pohlavní styk“ (v %) (k otázce 12)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 71 (100 %) pohlavní styk bez použití jakékoliv antikoncepce. Totéž uvedlo 100 (94 %) z ostatních středních škol, dále 5 (5 %) neví a 1 (1 %) skupinový sex. Na otázku, zda může dívka při nechráněném prvním pohlavním styku otěhotnět, odpověděli všichni respondenti kladně.

Graf 12: Charakteristika pojmu „antikoncepce“ (v %) (k otázce 13)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 71 (100 %) ochrana před nežádoucím otěhotněním, 40 (56 %) ochrana před STD a 1 (1 %) ochrana před zhoubným bujením. Respondenti z ostatních středních škol označili: 102 (96 %) ochrana před nežádoucím otěhotněním, 41 (39 %) ochrana před STD a 9 (8 %) ochrana před zhoubným bujením.

Tabulka 2: Znalost antikoncepce (v %, v závorce absolutní čísla) (k otázce 14)

	Střední zdravotnická škola	Střední školy bez zdravotnického zaměření
<b>Odpověď ANO</b>	<b>100 % (71)</b>	<b>90 % (95)</b>
Hormonální tablety	90 % (64)	84 % (80)
Kondom	79 % (56)	81 % (77)
Nitroděložní tělísko	52 % (37)	46 % (44)
Pesar	51 % (36)	40 % (38)
Hormonální náplasti	35 % (25)	25 % (24)
Hormonální injekce	32 % (23)	12 % (11)
Podkožní implantáty	23 % (16)	5 % (5)
Hormonální „pilulka po“ pohlavním styku	15 % (11)	0
Spermicidy	10 % (7)	12 % (11)
Sterilizace	7 % (5)	5 % (5)
Přerušovaná soulož	6 % (4)	6 % (6)
Metoda plodných a neplodných dnů	6 % (4)	3 % (3)
Sexuální abstinence	11 % (8)	7 % (7)
<b>Odpověď NE</b>	<b>0</b>	<b>10 % (11)</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti ze SZŠ znají některou antikoncepční metodu či prostředek. Z ostatních středních škol kladně odpovědělo 90 % a záporně 10 %.

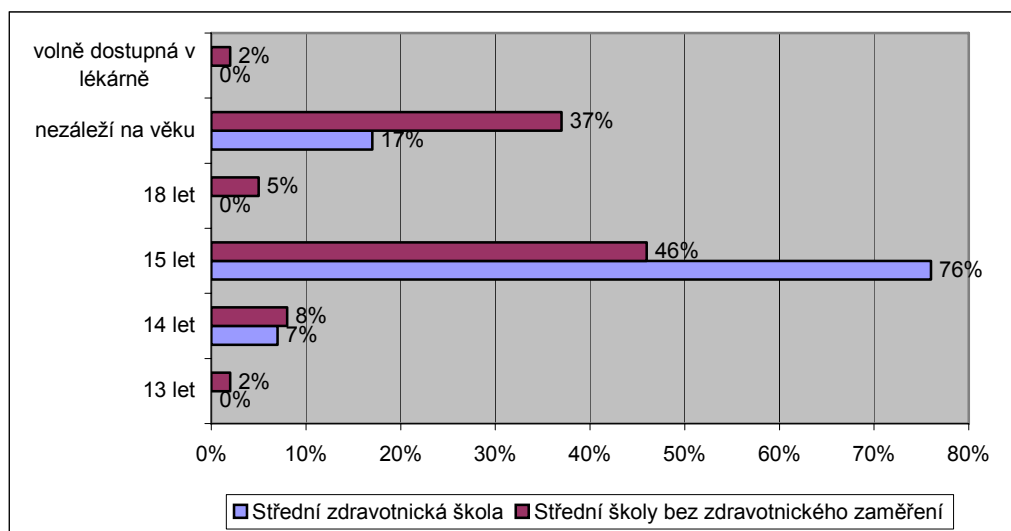
Tabulka 3: Používání antikoncepce (v %, v závorce absolutní čísla) (k otázce 15)

	Střední zdravotnická škola	Střední školy bez zdravotnického zaměření
<b>Odpověď ANO</b>	<b>92 % (65)</b>	<b>65 % (69)</b>
Kombinace kondom + HA	40 % (26)	39 % (27)
Pouze HA	31 % (20)	32 % (22)
Pouze kondom	29 % (19)	29 % (20)
<b>Odpověď NE</b>	<b>8 % (6)</b>	<b>35 % (37)</b>
Nemám dost znalostí	0	8 % (3)
Necítím potřebu se chránit	0	22 % (8)
Rodiče s tím nesouhlasí	0	3 % (1)
Dosud nežiji pohlavním životem	50 % (3)	59 % (22)
Jiný důvod	50 % (3)	8 % (3)

Zdroj: vlastní výzkum

92 % respondentů ze SZŠ a 65 % z ostatních středních škol používá antikoncepci. Mezi jinými důvody nepoužívání antikoncepce byly uvedeny: zdravotní problémy (SZŠ) a „s kondomem to není ono“ (ostatní střední školy).

Graf 13: Věk pro předepsání hormonální antikoncepce (v %) (k otázce 16)

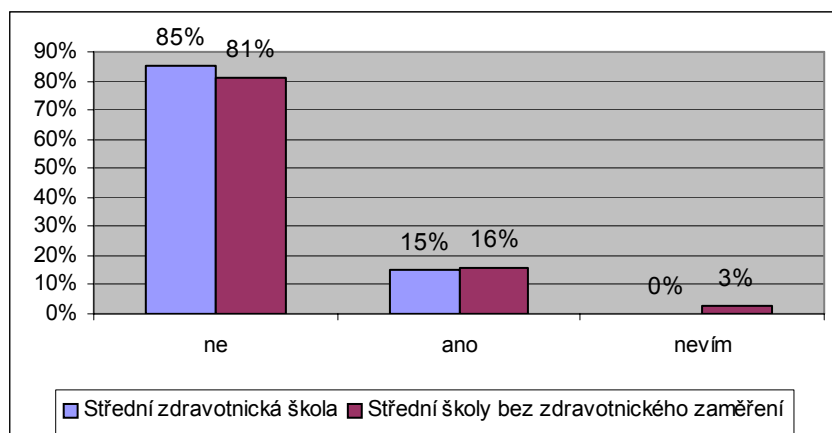


Zdroj: vlastní výzkum

Hormonální antikoncepce může být předepsána podle respondentů ze SZŠ: 54 (76 %) od 15 let, 5 (7 %) od 14 let a 12 (17 %) vždy, protože nezáleží na věku. Z ostatních středních škol: 49 (46 %) od 15 let, 39 (37 %) vždy, nezáleží na věku, 9 (8 %) od 14 let, 5 (5 %) od 18 let, 2 (2 %) od 13 let a 2 (2 %) dostupná volně v lékárně.



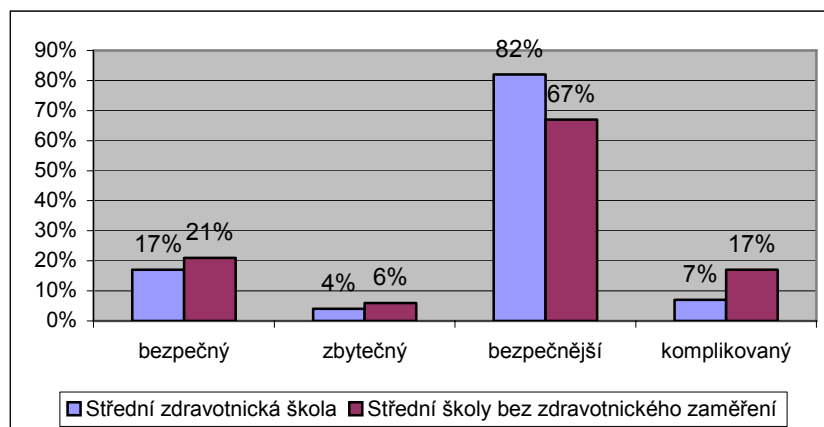
Graf 14: 100 % spolehlivost některé antikoncepční metody (v %) (k otázce 17)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ odpověděli: 60 (85 %) záporně a 11 (15 %) kladně (a to: 9 (82 %) sexuální abstinenci a po 1 (9 %) nitroděložní tělísko a sterilizaci). Z ostatních středních škol: záporně 86 (81 %) a 17 (16 %) kladně (a to: 9 (53 %) sterilizaci, 5 (29 %) sexuální abstinenci, 2 (12 %) kondom, 1 (6 %) hormonální tablety). 3 (3 %) neví.

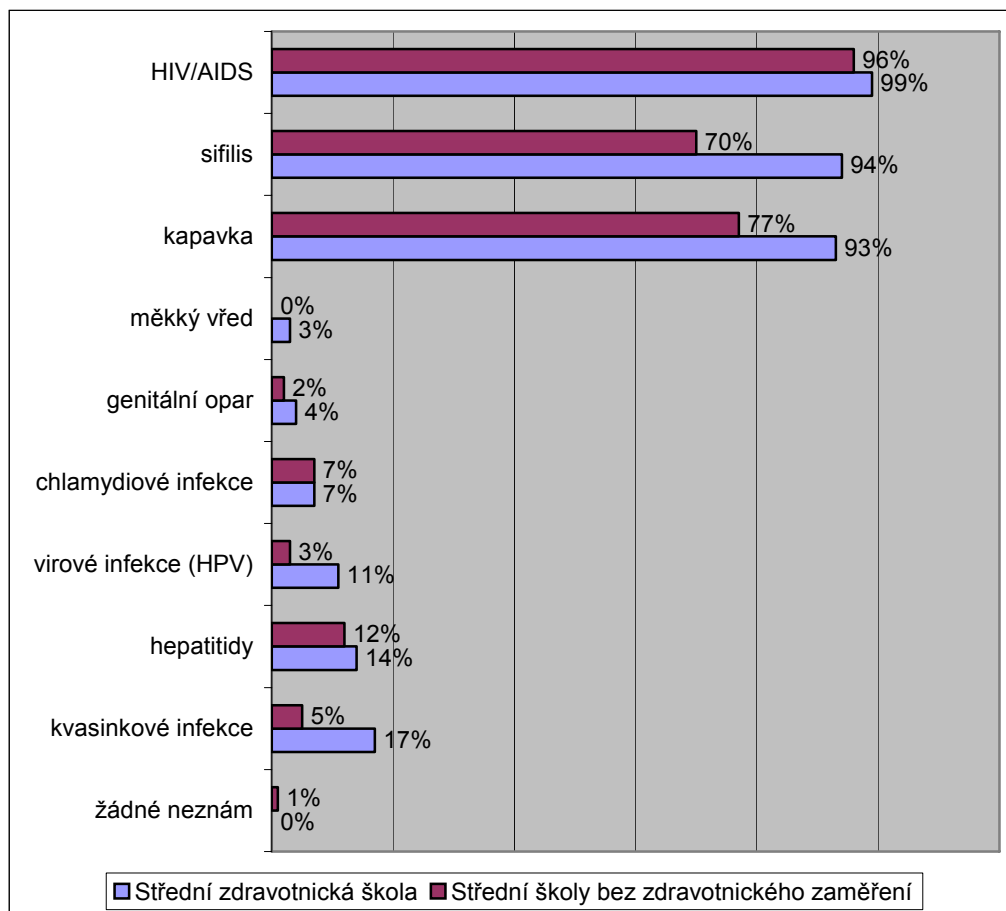
Graf 15: Bezpečnost sexu s kondomem (v %) (k otázce 18)



Zdroj: vlastní výzkum

Sex s kondomem je podle respondentů ze SZŠ: 58 (82 %) bezpečnější, 12 (17 %) bezpečný, 5 (7 %) komplikovaný a 3 (4 %) zbytečný. Respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedli: 71 (67 %) bezpečnější, 22 (21 %) bezpečný, 18 (17 %) komplikovaný a 6 (6 %) zbytečný.

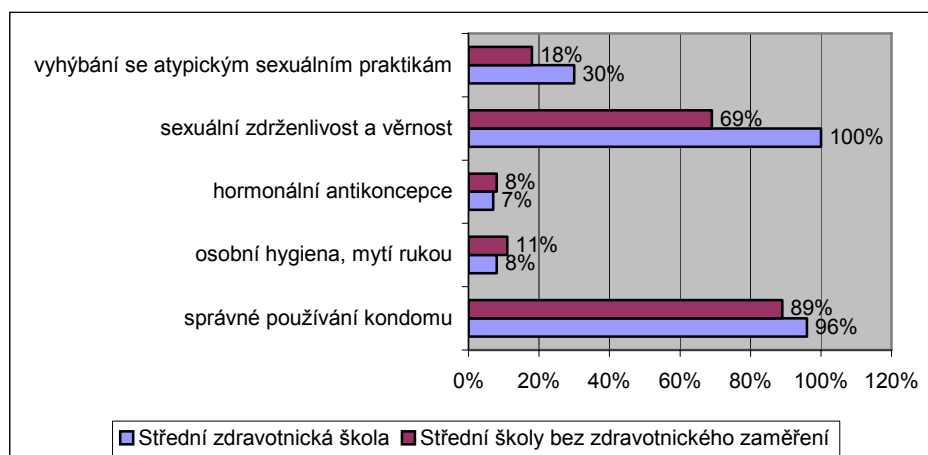
Graf 16: Znalost pohlavně přenosných nemocí (v %) (k otázce 19)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jaké znají pohlavně přenosné nemoci, uvedli respondenti ze SZŠ nejčastěji: 70 respondentů (99 %) HIV/AIDS, 67 (94 %) syfilis a 66 (93 %) kapavku. Dále 12 respondentů (17 %) si vzpomnělo na kvasinkové infekce, 10 (14 %) na hepatitidy, 8 (11 %) na virové infekce vyvolané lidským papilomavirem, 5 (7 %) na chlamydiové infekce, 3 (4 %) na genitální opar a 2 respondenti (3 %) uvedli měkký vřed. Respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření na stejnou otázku uvedli: 102 respondentů (96 %) HIV/AIDS, 82 (77 %) kapavku a 74 (70 %) syfilis. Dále 13 respondentů (12 %) hepatitidy, 7 (7 %) chlamydiové infekce, 5 (5 %) kvasinkové infekce, 3 (3 %) virové infekce vyvolané lidským papilomavirem, 2 (2 %) genitální opar a 1 respondent (1 %) uvedl, že žádné pohlavně přenosné nemoci nezná.

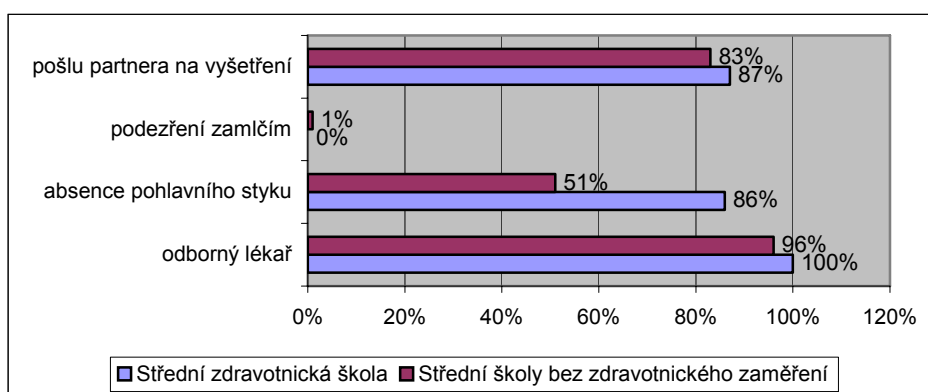
Graf 17: Zásady bezpečnějšího sexu u pohlavně přenosných nemocí (v %) (k otázce 20)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ: 71 (100 %) sexuální zdrženlivost a věrnost, 68 (96 %) správné používání kondomu, 21 (30 %) vyhýbání se atypickým sexuálním praktikám, 6 (8 %) osobní hygienu a 5 (7 %) HA u dívek a žen. Ostatní střední školy: 94 (89 %) správné používání kondomu, 73 (69 %) zdrženlivost a věrnost, 19 (18 %) vyhýbání se atypickým sexuálním praktikám, 12 (11 %) osobní hygienu a 8 (8 %) HA u dívek a žen.

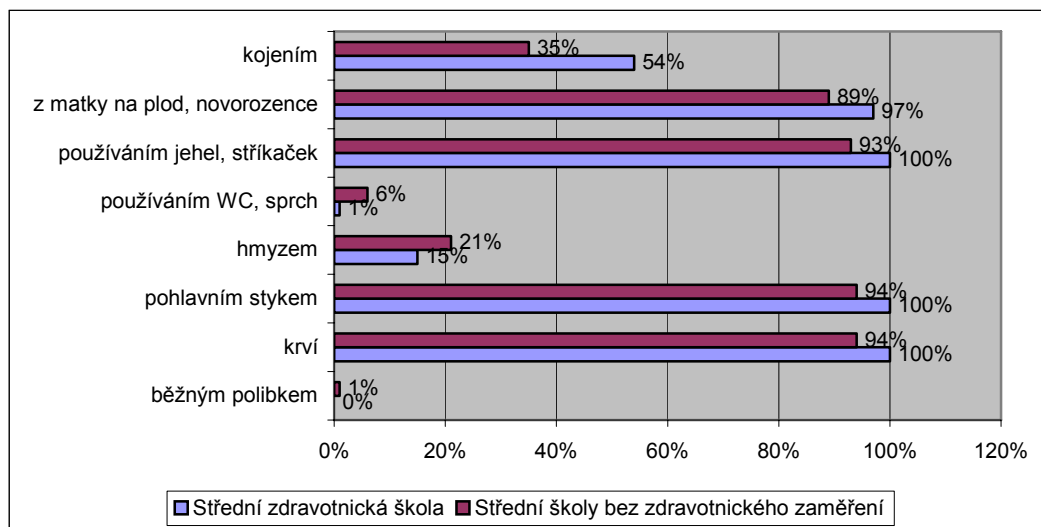
Graf 18: Podezření z nákazy pohlavně přenosnou nemocí (v %) (k otázce 21)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 71 (100 %) navštíví odborného lékaře, 62 (87 %) pošle partnera na vyšetření, 61 (86 %) nebude mít pohlavní styk. Z ostatních středních škol: 102 respondentů (96 %) navštíví lékaře, 88 (83 %) pošle na vyšetření i partnera, 54 (51 %) nebude mít pohlavní styk a 1 (1 %) podezření svému partnerovi zamlčí.

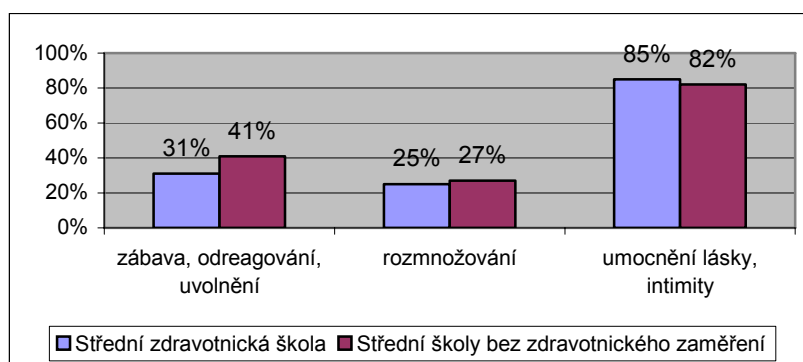
Graf 19: Přenos viru HIV (v %) (k otázce 22)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 71 (100 %) pohlavním stykem, krví, společným užíváním jehel a stříkaček u narkomanů, 69 (97 %) z infikované matky na plod či novorozence, 38 (54 %) kojením, 11 (15 %) hmyzem a 1 (1 %) společným používáním WC, sprch. Z ostatních středních škol: 100 (94 %) krví a pohlavním stykem, 99 (93 %) společným užíváním jehel a stříkaček, 94 (89 %) z matky na plod, 37 (35 %) kojením, 22 (21 %) hmyzem, 6 (6 %) používáním WC, sprch a 1 (1 %) i běžným polibkem.

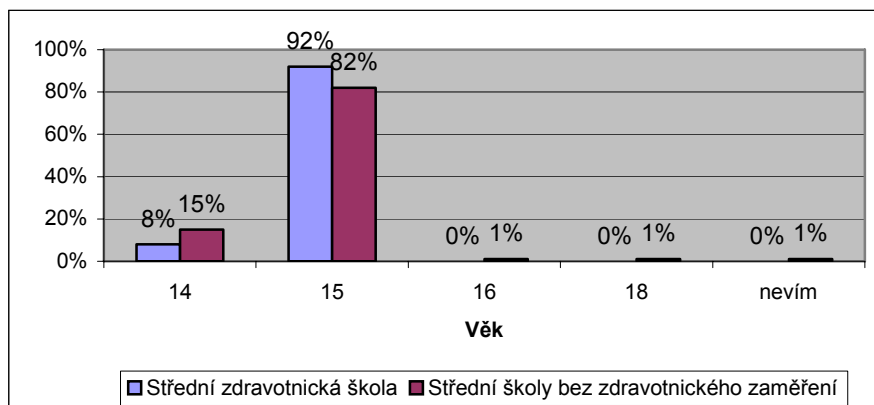
Graf 20: Smysl pohlavního života (v %) (k otázce 23)



Zdroj: vlastní výzkum

SZŠ: 60 (85 %) umocnění lásky, 22 (31 %) zábava, 18 (25 %) rozmnožování. Ostatní školy: 87 (82 %) umocnění lásky, 43 (41 %) zábava, 29 (27 %) rozmnožování.

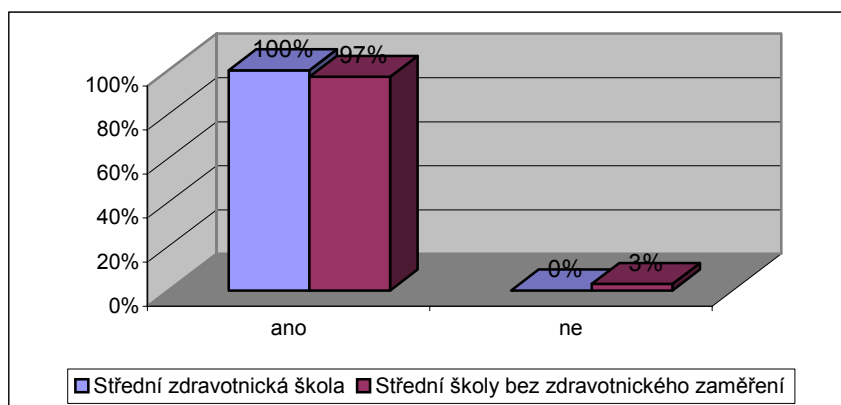
Graf 21: Věková hranice zákonem povoleného pohlavního styku (v %) (k otázce 24)



Zdroj: vlastní výzkum

Podle respondentů ze SZŠ je pohlavní styk povolen od: 65 (92 %) 15 let, 6 (8 %) 14 let. Respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedli: 87 (82 %) 15 let, 16 (15 %) 14 let, 1 (1 %) 16 let, 1 (1 %) 18 let a 1 (1 %) možnost nevím.

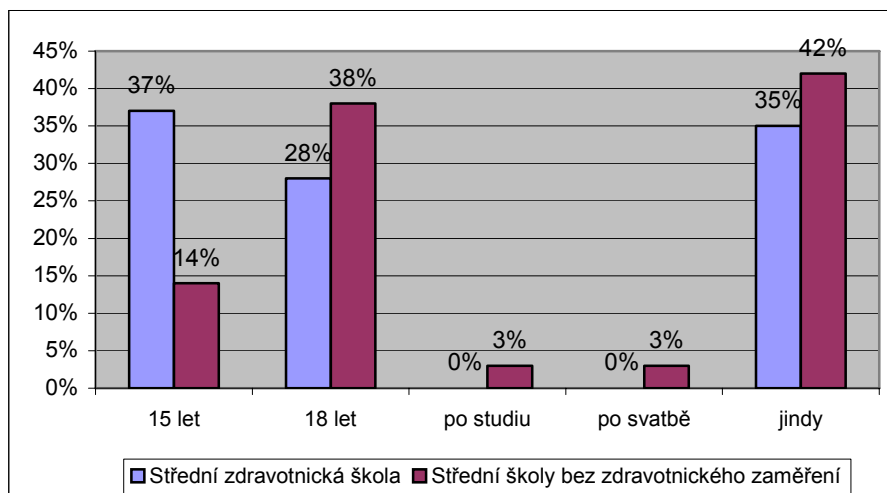
Graf 22: Trestnost sexuálního kontaktu s osobou mladší než zákonem povolená věková hranice (v %) (k otázce 25)



Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti, tj. 71 (100 %), ze SZŠ označili jakýkoliv sexuální kontakt s osobou mladší, než je zákonem povolená hranice, za trestný čin. Ze středních škol bez zdravotnického zaměření 103 respondentů (97 %) označilo tento sexuální kontakt za trestný čin a 3 respondenti (3 %) uvedli, že se o trestný čin nejedná.

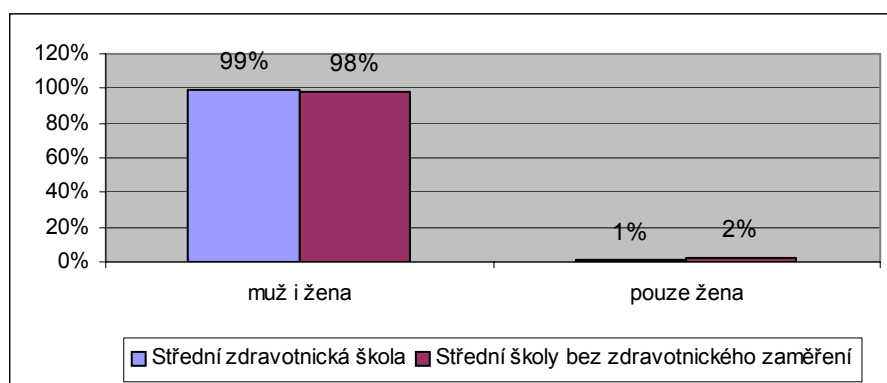
Graf 23: Vhodné období pro zahájení pohlavního života (v %) (k otázce 26)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 26 (37 %) 15 let, 20 (28 %) 18 let a 25 (35 %) jindy (14 (20 %) jde o individuální záležitost, pokud se jedinec cítí připraven, 6 (8 %) 16 let, 3 (4 %) 17 let a 2 (3 %) až se jim bude chtít). Ostatní střední školy: 40 (38 %) 18 let, 15 (14 %) 15 let, 3 (3 %) po studiu a po svatbě, 45 (42 %) jindy (22 (21 %) jde o individuální záležitost, 12 (11 %) 16 let, 9 (8 %) 17 let a 2 (2 %) až se jim bude chtít).

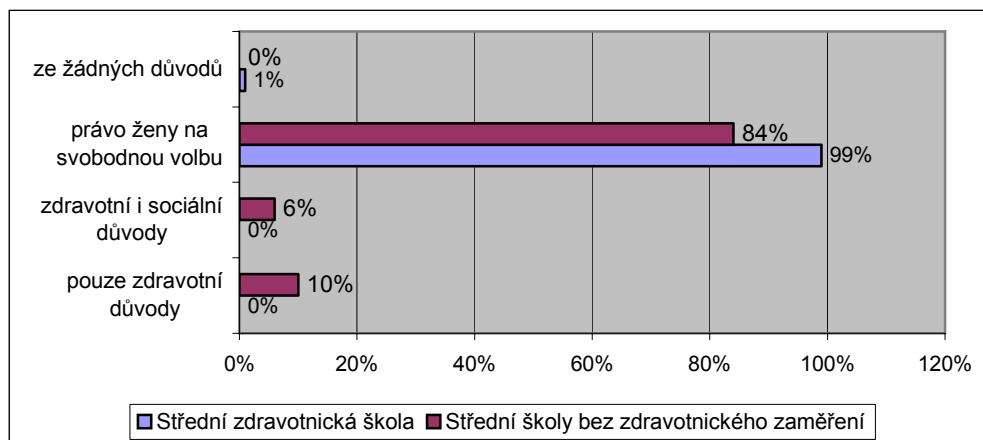
Graf 24: Odpovědnost za plánování těhotenství (v %) (k otázce 27)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 70 (99 %) oba, tedy muž i žena, a 1 muž (1 %) pouze žena. Respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření označili: 104 (98 %) muž i žena, 2 muži (2 %) uvedli možnost pouze žena.

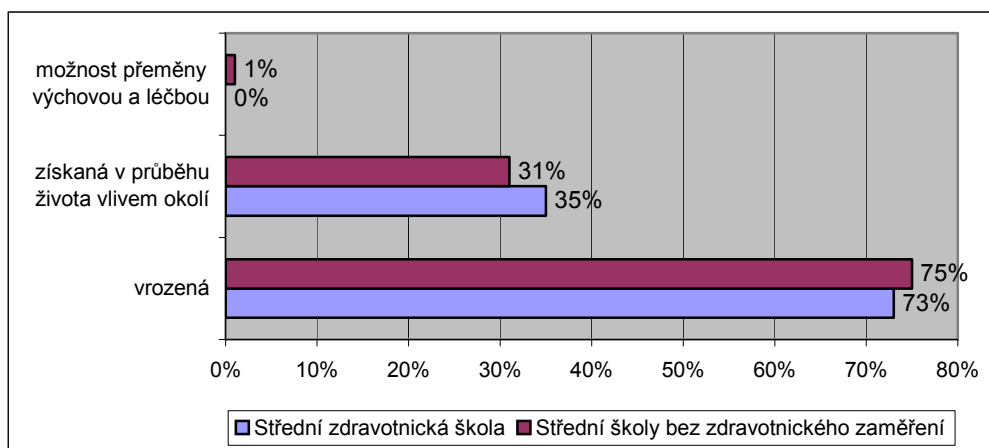
Graf 25: Důvody pro provedení umělého přerušení těhotenství (v %) (k otázce 28)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli: 70 (99 %) každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě, 1 muže (1 %) je naprosto nepřipustné provést potrat. Respondenti z ostatních středních škol: 89 (84 %) žena má právo na svobodnou volbu, 11 (10 %) uznává pouze zdravotní důvody a 6 (6 %) zdravotní i sociální důvody.

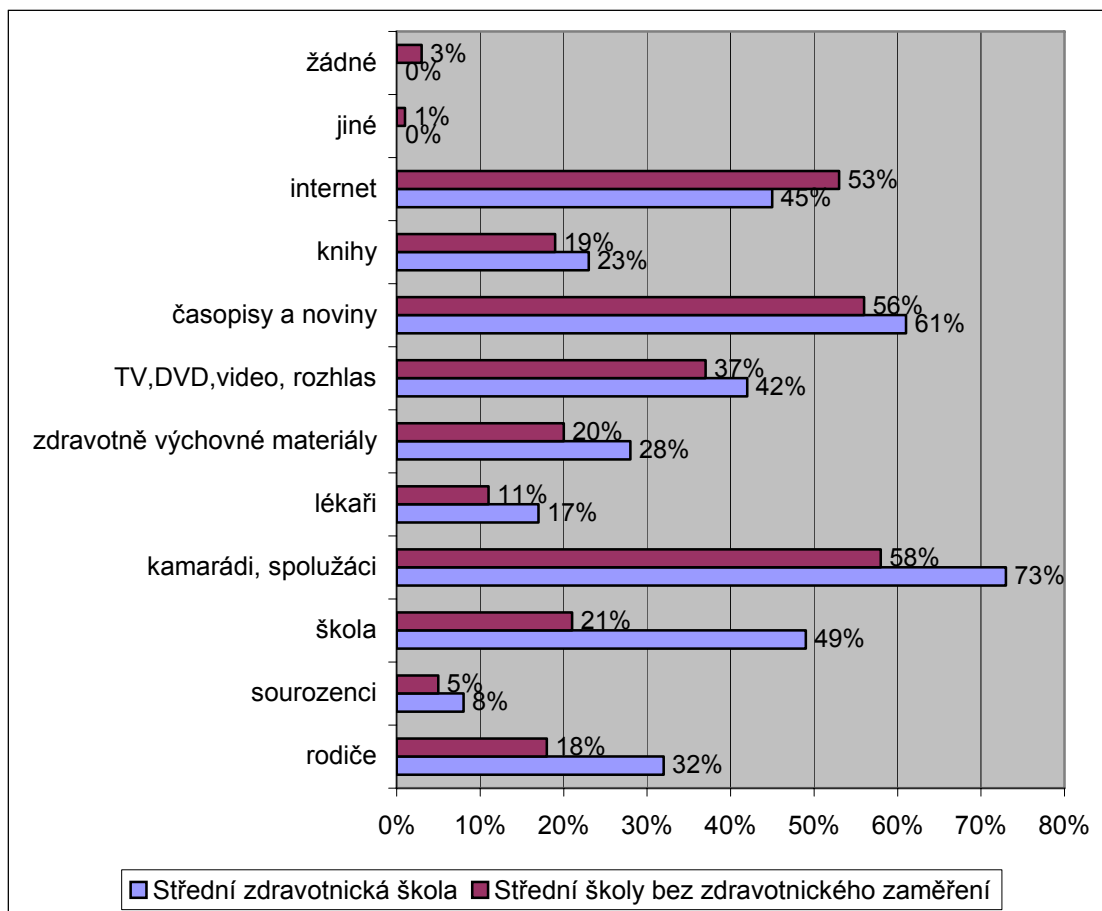
Graf 26: Pohled respondentů na homosexualitu (v %) (k otázce 29)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ považují homosexualitu: 52 (73 %) za vrozenou, 25 (35 %) za získanou v průběhu života vlivem okolí. Respondenti z ostatních středních škol: 80 (75 %) za vrozenou, 33 (31 %) za získanou v průběhu života vlivem okolí, 1 (1 %) si myslí, že je možné ji výchovou a léčbou přeměnit na heterosexuální.

Graf 27: Zdroje informací o sexualitě (v %) (k otázce 30)

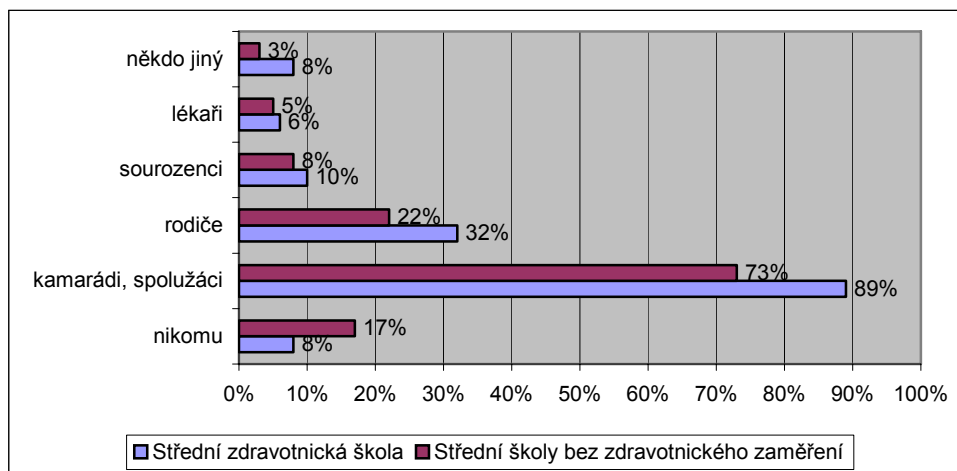


Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ uvedli za nejčastější zdroje informací o sexualitě: 52 (73 %) kamarády a spolužáky, 43 (61 %) časopisy a noviny, 35 (49 %) školu, 32 (45 %) internet, 30 (42 %) TV, DVD, video a rozhlas, 23 (32 %) rodiče, 20 (28 %) zdravotně výchovné materiály, 16 (23 %) knihy, 12 (17 %) lékaře a 6 (8 %) sourozence. Respondenti z ostatních středních škol uvedli: 62 respondentů (58 %) kamarády a spolužáky, 59 (56 %) časopisy a noviny, 56 (53 %) internet, 39 (37 %) TV, DVD, video a rozhlas, 22 (21 %) školu, 21 (20 %) zdravotně výchovné materiály, 20 (19 %) knihy, 19 (18 %) rodiče, 12 (11 %) lékaře, 5 (5 %) sourozence, 1 studentka (1 %) označila jiné zdroje, a to vlastní zkušenosti, 3 respondenti (3 %) uvedli, že nebyli informováni nikde.



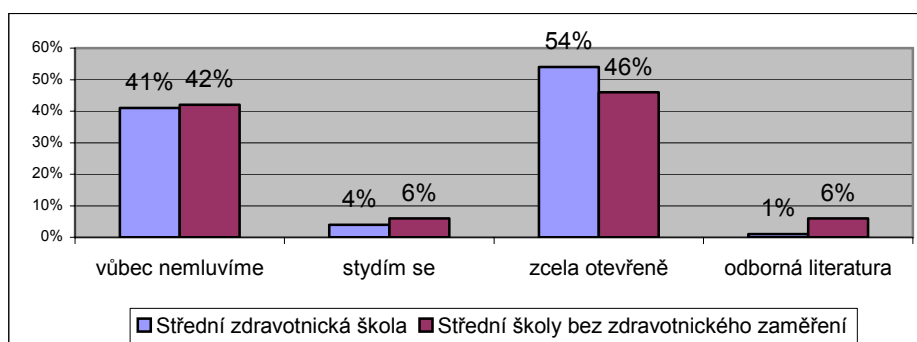
Graf 28: Svěřování se v oblasti lásky, partnerství a sexuality (v %) (k otázce 31)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ se s problémy svěřují: 63 (89 %) kamarádům a spolužákům, 23 (32 %) rodičům, 7 (10 %) sourozencům, 4 (6 %) lékařům, 6 (8 %) někomu jinému (a to: 7 % partnerovi, 1 % deničku) a 6 (8 %) se nesvěřuje nikomu. Respondenti z ostatních středních škol: 77 (73 %) kamarádům a spolužákům, 23 (22 %) rodičům, 9 (8 %) sourozencům, 5 (5 %) lékařům, 3 (3 %) někomu jinému (a to: 2 % partnerovi, 1 % babičce a dědečkovi) a 18 (17 %) uvádí, že se nesvěřuje s problémy nikomu.

Graf 29: Komunikace s rodiči o sexualitě (v %) (k otázce 32)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ s rodiči komunikují: 38 (54 %) zcela otevřeně, 29 (41 %) vůbec, 3 (4 %) se stydí o sexualitě s rodiči hovořit a 1 (1 %) dostalo odbornou literaturu. Respondenti z ostatních středních škol: 49 (46 %) zcela otevřeně, 45 (42 %) vůbec, 6 (6 %) dostalo odbornou literaturu a 6 (6 %) se stydí o sexualitě s rodiči hovořit.

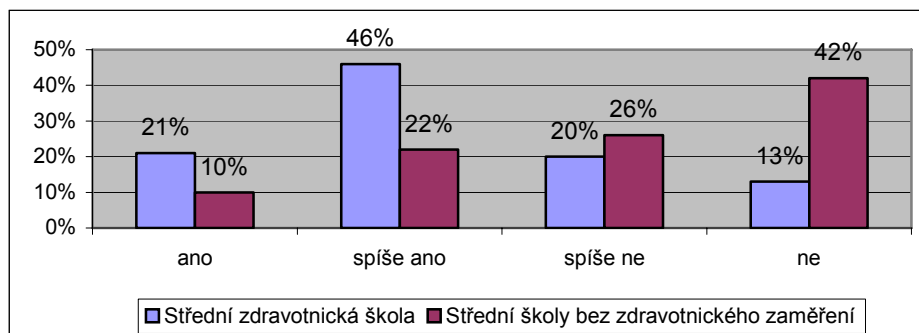
Tabulka 4: Přehled forem realizace sexuální výchovy v jednotlivých školách  
(k otázce 33)

Forma Škola	Samostatný předmět	Součást jiného předmětu	Cyklus přednášek	Pozvání odborníků	Jiná forma
Střední zdravotnická škola Všeobecná sestra	Ne	Ano Občanská nauka Biologie Ošetrovatelství Ošetřování nemocných Psychologie Gynekologie a porodnictví Pediatrie Mikrobiologie a epidemiologie Základy veřejného zdravotnictví	Ano	Ano	Ano
Střední zdravotnická škola Kosmetička	Ne	Ano Občanská nauka Zdravověda	Ano	Ano	Ano
Střední škola zemědělská a potravinářská	Ne	Ano Občanská nauka	Ano	Ano	Ne
Obchodní akademie	Ne	Ano Občanská nauka	Ano	Ano	Ne
Střední průmyslová škola	Ne	Ano Občanská nauka	Ne	Ano	Ne
Gymnázium	Ne	Ano Občanská nauka Biologie	Ano	Ano	Ano

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje formy sexuální výchovy, které uvedli respondenti z jednotlivých škol. U všech oslovených středních škol je sexuální výchova součástí jiného předmětu (nejčastěji občanské výchovy) a v rámci pozvání odborníků. 50 respondentů (47 %) ze středních škol bez zdravotnického zaměření ale uvedla, že sexuální výchova na jejich škole vůbec není. Kromě jedné školy probíhají na školách i přednášky a 3 školy uvedly i jiné formy sexuální výchovy (zdravotně výchovné materiály).

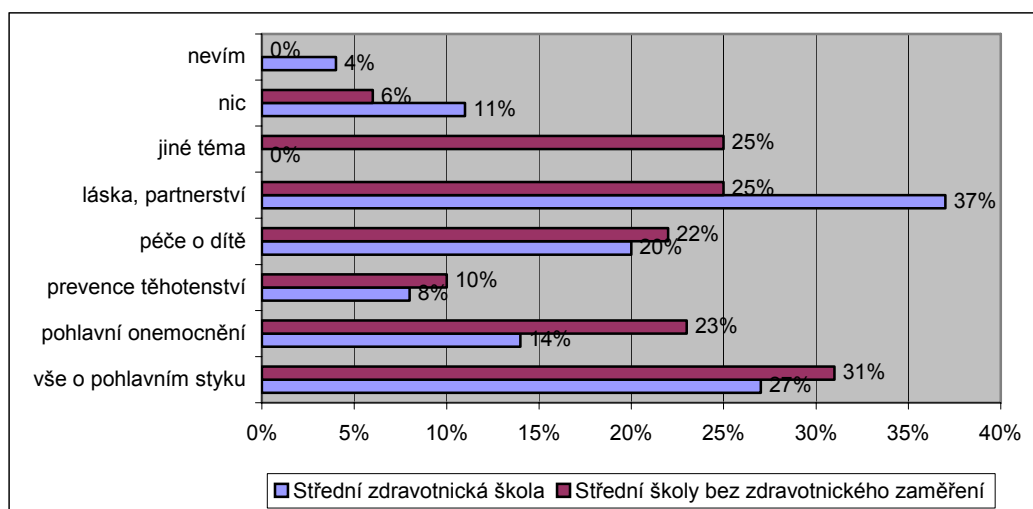
Graf 30: Kvalita informací ze školní sexuální výchovy (v %) (k otázce 34)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ považují informace o sexualitě za dostatečné: 33 (46 %) spíše ano, 15 (21 %) ano, 14 (20 %) spíše ne a 9 (13 %) ne. Respondenti z ostatních středních škol: 44 (42 %) ne, 28 (26 %) spíše ne, 23 (22 %) spíše ano a 11 (10 %) ano.

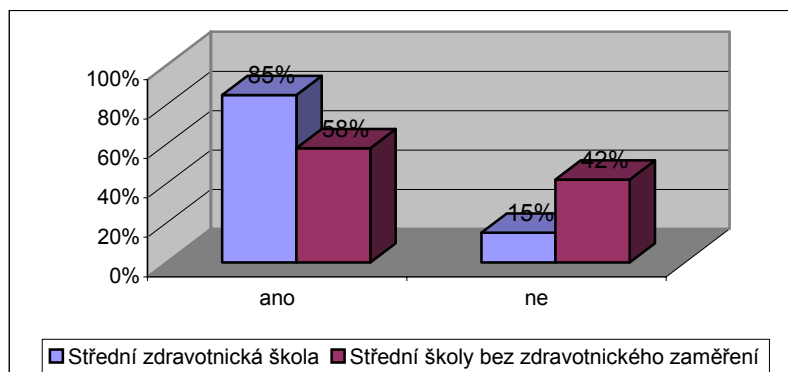
Graf 31: Chybějící témata v hodinách sexuální výchovy (v %) (k otázce 35)



Zdroj: vlastní výzkum

SZŠ: 26 (37 %) láska a partnerství, 19 (27 %) vše o pohlavním styku, 14 (20 %) péče o dítě, 10 (14 %) STD, 6 (8 %) prevence těhotenství, 8 (11 %) nic a 3 (4 %) nevím. Ostatní střední školy: 33 (31 %) vše o pohlavním styku 26 (25 %) láska a partnerství, 24 (23 %) STD, 23 (22 %) péče o dítě, 11 (10 %) prevence těhotenství, 27 (25 %) jiné téma (nejčastěji chtějí studenti více podrobných informací, mýty versus skutečnost a prostor pro řešení konkrétních námětů a problémů) a 6 (6 %) nepostrádá nic.

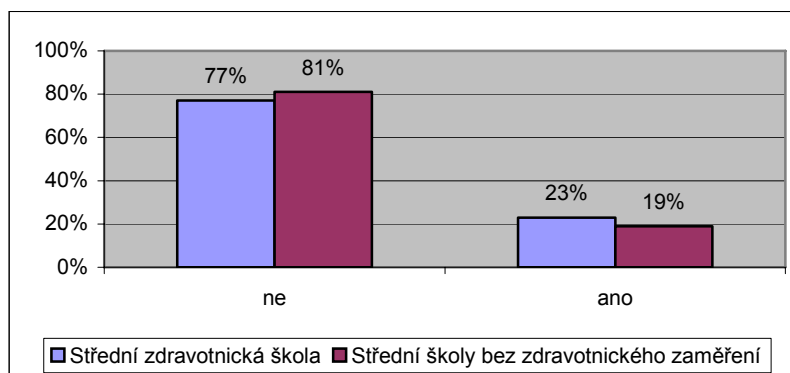
Graf 32: Realizace preventivních programů zaměřujících se na rizikové sexuální chování ve školách (v %) (k otázce 36)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze SZŠ odpověděli: 60 (85 %) kladně (a to: 44 (73 %) na téma HIV/AIDS, 18 (30 %) STD a antikoncepci, 4 (7 %) těhotenství a nitroděložní vývoj, 13 (22 %) si nepamatuje téma), 11 (15 %) záporně. Z ostatních středních škol: 61 (58 %) kladně (a to 39 (64 %) HIV/AIDS, 21 (34 %) STD, 19 (31 %) antikoncepce, 4 (7 %) těhotenství a nitroděložní vývoj, 14 (23 %) si nepamatuje) a 45 (42 %) záporně.

Graf 33: Pohled respondentů na sex v médiích (v %) (k otázce 37)



Zdroj: vlastní výzkum

55 (77 %) respondentů ze SZŠ se domnívá, že média nenabízí neobjektivní pohled na sex, 16 (23 %) ano. 86 (81 %) ze středních škol bez zdravotnického zaměření odpovědělo záporně a 20 (19 %) kladně. Nejčastěji respondenti uváděli, že média poskytují zkreslené informace a bludy, ukazují sex pouze jako tělesnou rozkoš, pudovou záležitost a zábavu bez lásky, sex je všude a nevěra je často pozitivním jevem.

Tabulka 5: Pohlavní život respondentů (v %) (k otázce 38)

	Střední zdravotnická škola Klatovy	Střední školy bez zdravotnického zaměření
<b>Odpověď ANO</b>	<b>96 %</b>	<b>79 %</b>
Průměrný věk zahájení pohlavního života	15,9 let	16,3 let
Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku	21 % NE 79 % ANO (72 % kondom, 6 % HA, 7 % kondom+HA 9 % přerušovaná soulož 6 % „pilulka po“)	13 % NE 87 % ANO (70 % kondom, 15 % HA, 5 % kondom+HA 10 % přerušovaná soulož)
Hlavní důvod k prvnímu pohlavnímu styku	43 % zvědavost 28 % láska 13 % tlak partnera/ky 4 % pocit dospělosti 3 % tlak vrstevníků 9 % jiný důvod (alkohol, hloupost, zábava)	46 % zvědavost 32 % láska 11 % tlak partnera/ky 5 % pocit dospělosti 6 % jiný důvod (alkohol)
Uskutečnění prvního pohlavního styku	31 % s náhodným partnerem 69 % se stálým partnerem po (v průměru) 5 měsících	23 % s náhodným partnerem 77 % se stálým partnerem po (v průměru) 5 měsících
Průměrný počet sexuálních partnerů	3,4	3,1
Používání kondomu při pohlavním styku	24 % ano, vždy 15 % většinou ano 29 % pouze zřídka 32 % ne, nikdy	10 % ano, vždy 18 % většinou ano 32 % pouze zřídka 40 % ne, nikdy
<b>Odpověď NE</b>	<b>4 %</b>	<b>21 %</b>
Důvody, proč počkat se sexem	67 % čekání „na toho pravého“ 33 % náboženské založení	14 % vlastní nezralost 4 % nedostatečná znalost partnera 68 % čekání „na toho pravého“ 14 % náboženské založení
Důležitost sociální zralosti před zahájením pohlavního života	100 % NE	32 % ANO 68 % NE
Zralost zvyšuje hodnotu sexuálního života	33 % ANO 67 % NE	73 % ANO 27 % NE

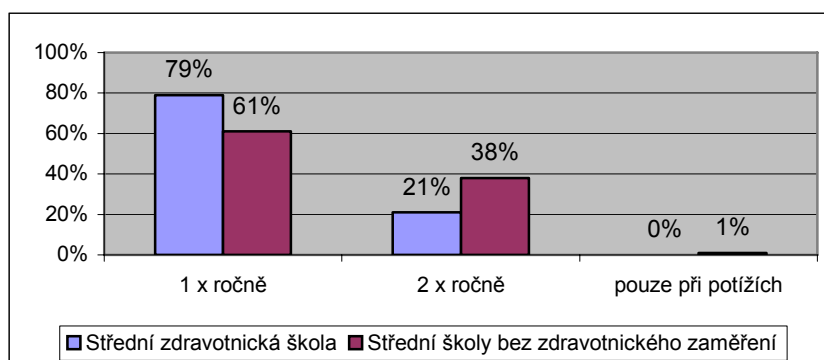
Zdroj: vlastní výzkum

68 (96 %) respondentů ze SZŠ již mělo pohlavní styk, a to poprvé v průměrném věku 15,9 let (2 respondenti v 13 letech - 3 %, 2 ve 14 letech - 3 %, 23 v 15 letech - 34 %, 20 v 16 letech - 29 %, 15 v 17 letech - 22 %, 6 v 18 letech - 9 %). 54 respondentů

(79 %) použilo při prvním pohlavním styku antikoncepci a 14 (21 %) ne. Nejčastějším důvodem k prvnímu pohlavnímu styku byla zvědavost (29 respondentů - 43 %). První pohlavní styk byl uskutečněn u 21 respondentů (31 %) s náhodným partnerem a u 47 (69 %) se stálým partnerem. Při pohlavním styku používá kondom vždy 16 respondentů (24 %), 10 (15 %) většinou ano, 20 (29 %) pouze zřídka a 22 (32 %) nikdy. Pohlavní styk dosud neměli 3 respondenti (4 %).

Ze středních škol bez zdravotnického zaměření již žije pohlavním životem 84 respondentů (79 %). První pohlavní styk uskutečnili poprvé v průměrném věku 16,3 let (3 respondenti ve 14 letech - 4 %, 19 v 15 letech - 23 %, 27 v 16 letech - 32 %, 23 v 17 letech - 27 %, 10 v 18 letech - 12 %, 2 v 19 letech - 2 %). 73 respondentů (87 %) použilo při prvním pohlavním styku antikoncepci a 11 (13 %) ji nepoužilo. Nejčastějším důvodem k prvnímu pohlavnímu styku byla zvědavost (39 respondentů - 46 %). 19 respondentů (23 %) uskutečnilo první pohlavní styk s náhodným partnerem a 65 (77 %) se stálým partnerem. 8 respondentů (10 %) používá kondom vždy, 15 (18 %) většinou ano, 27 (32 %) pouze zřídka a 34 (40 %) nikdy. Pohlavním životem dosud nežije 22 respondentů (21 %).

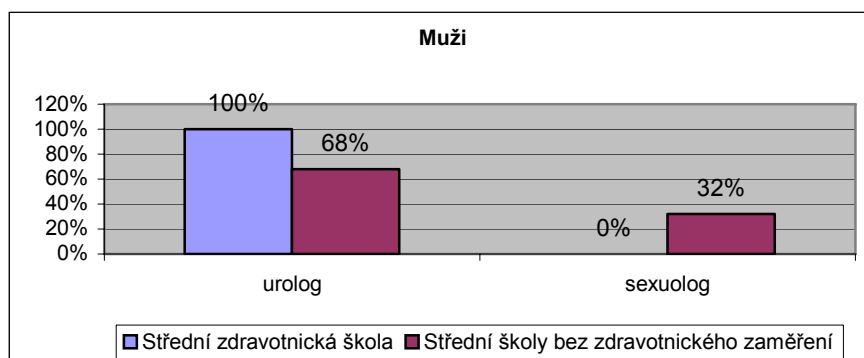
Graf 34: Frekvence kontrol ženy u gynekologa (v %) (k otázce 39)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak často mají ženy chodit ke gynekologovi, odpověděli respondenti ze SZŠ: 56 (79 %) 1 x ročně a 15 (21 %) 2 x ročně. Respondenti z ostatních středních škol uvedli: 65 (61 %) 1 x ročně, 40 (38 %) 2 x ročně a 1 (1 %) pouze při potížích.

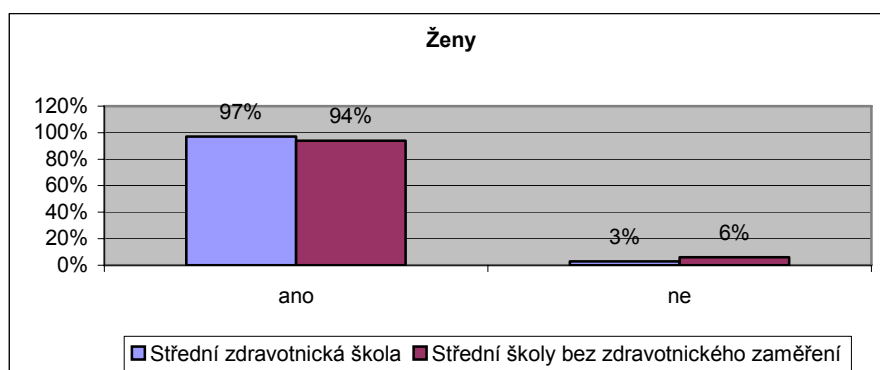
Graf 35: Lékař zabývající se mužskými pohlavními orgány (v %) (k otázce 40)



Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti ze SZŠ (5) uvedli urologa. Respondenti z ostatních středních škol (z celkového počtu 37) uvedli: 25 (68 %) urologa a 12 (32 %) sexuologa.

Graf 36: Gynekologické vyšetření respondentek (v %) (k otázce 41)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 66 respondentek ze SZŠ již bylo na gynekologickém vyšetření 64 (97 %), a to z důvodu: 44 žen (69 %) běžná prohlídka, 40 (63 %) žádost o antikoncepci, 23 (36 %) gynekologické obtíže a 7 (11 %) obavy z těhotenství. 65 (94 %) z ostatních středních škol, z celkového počtu 69 žen, gynekologa navštívilo, a to z důvodu: 47 (72 %) žádost o antikoncepci, 42 (65 %) běžná prohlídka, 13 (20 %) gynekologické obtíže, 11 (17 %) obavy z těhotenství a 3 (5 %) uvedly jiný důvod (součást jiného vyšetření). Pouze 2 ženy (3 %) ze SZŠ a 4 (6 %) ze středních škol bez zdravotnického zaměření dosud nebyly na gynekologickém vyšetření.

Tabulka 6: Myšlenky vystihující postoj dnešní mládeže (v %, v závorce absolutní čísla)  
(k otázce 42)

Myšlenky vystihující postoj dnešní mládeže	Respondenti
„Ale jdi! Každý to dělá!“	57 % (101)
„Kdybys mě miloval(a), nebránil(a) bys mi v pohlavním styku s tebou.“	52 % (92)
„Nikdy bych to neudělal(a) střízlivá/střízlivý.“	39 % (69)
„Nikdy není pozdě pro nový začátek.“	34 % (60)
„Nezávazný sex připomíná ruskou ruletu.“	25 % (45)
„Když mě nerespektuješ, tak neříkej, že mě miluješ.“	24 % (42)
„Jediný okamžik lásky nestojí za to, abych riskoval(a) svůj život.“	13 % (23)
„Nepotřebuji milence/milenku, potřebuji kamaráda/kamarádku.“	11 % (19)
„Dej hodnotu svému životu, žij své hodnoty.“	7 % (12)

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, které myšlenky podle nich vystihují postoj dnešní mládeže. Více než polovina respondentů uvedla: „Ale jdi! Každý to dělá!“ a „Kdybys mě miloval(a), nebránil(a) bys mi v pohlavním styku s tebou.“



## 5. Diskuse

Cílem této práce bylo zmapovat informovanost studentů čtvrtých ročníků středních škol o problematice rizikového sexuálního chování a porovnat znalosti o prevenci tohoto chování u studentů Střední zdravotnické školy v Klatovech a ostatních vybraných středních škol bez zdravotnického zaměření v Klatovech.

Na středních školách v Klatovech je zhruba 380 studentů ve 4. ročníku. Celkový počet dotazovaných studentů činil téměř polovinu (49 %) a výzkumný soubor 47 % těchto studentů. Počet žen byl vyšší, a to nejen na oslovené SZŠ, což je pochopitelné, ale i na ostatních středních školách bez zdravotnického zaměření. Proto by bylo možné argumentovat tím, že odpovědi mohly být ovlivněny tímto nepoměrem. Výzkum byl ale obecně zaměřen na znalosti studentů, nikoliv na výsledky ovlivněné pohlavím. Věkový průměr respondentů odpovídá průměrnému věku studentů pro čtvrté ročníky.

Rizikové sexuální chování, je obecně chování, které způsobuje škody v celkovém i sexuálním vývoji dospívajících (47). Pokud si má mládež uvědomovat některá rizika a možnosti prevence spojená s oblastí rizikového sexuálního chování, vytvořit si kvalitní vztahy a uvědomit si odpovědnost za následky svého chování nejen vzhledem ke své osobě, ale i k blízkým lidem, musí si být jista významem základních pojmů z této oblasti, na které poté může navázat dalšími znalostmi. Primárním se jevilo zjistit, jaké aktivity by studenti mezi rizikové sexuální chování zařadili. Respondenti označili s převahou střídání sexuálních partnerů (graf 3). Dále více než dvě třetiny respondentů ze SZŠ a více než polovina ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedli náhodné známosti, prostituci a nepoužívání antikoncepce. Někteří respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření vůbec nevěděli, co si pod pojmem „rizikové sexuální chování“ představit. Těhotenství nezletilých a předčasné zahájení pohlavního života ale respondenti zcela podcenili. Přitom časný začátek pohlavního života, který je téměř zákonitě spojen se zvýšeným střídáním partnerů a nebezpečím promiskuity, se uvádí na prvním místě mezi rizikovými faktory pohlavních i některých jiných nemocí. Nelze vyloučit ani těhotenství, antikoncepce tuto možnost sice snižuje, ale nevylučuje (47). Podle Weisse může mít předčasné zahájení sexuálního života velmi

negativní následky pro další psychosexuální vývoj. Je prokázáno, že u dívek, které mají svůj první styk před 14. rokem, je výrazně vyšší pravděpodobnost střídání sexuálních partnerů, styků s rizikovými partnery, onemocnění pohlavní chorobou, opakovaných interrupcí - budou se chovat méně odpovědně **(87)**.

Střídání sexuálních partnerů je v období adolescence velmi časté, i když často jde o „sériovou monogamii“ **(19)**. Pojem „promiskuita“ většina respondentů charakterizovala jako časté střídání sexuálních partnerů (graf 4). Dle Vágnerové sice klesá tendence k promiskuitě adolescentů, kdy 62 % udává, že měla 1 - 2 partnery **(82)**. Přesto je promiskuita v současnosti stále označována jako výrazný problém a rizikový prvek v oblasti sexuálního chování, protože míra střídání partnerů souvisí s prevalencí pohlavních chorob. Celosvětově jsou obě nejvyšší mezi 15 - 24letými. Mezi 15 - 19letými jsou sexuálně přenosnými chorobami více postiženy dívky pro jejich větší zranitelnost, např. riziko chlamydiové infekce je u sexuálně aktivních 15letých dívek 10krát vyšší než u 25letých žen **(19)**.

Trestnou činností je znásilnění, jehož hlavním motivem je dosažení pohlavního vzrušení a sexuálního uspokojení pachatele. Některé výklady kladou důraz také na nesexuální motivy, zejména na snahu demonstrovat svou dominanci nad napadeným objektem. Roční incidence je v ČR ve srovnání se zahraničím nižší, pohybuje se mezi 5 – 7 případy na 100 000 obyvatel, ale ve velkých městech, především v Praze, je vyšší než celostátní průměr. Obecně se ve světě počítá s vysokou úrovní nehlášené viktimizace **(93)**. Všichni respondenti ze SZŠ a většina ze středních škol bez zdravotnického zaměření věděli, že „znásilnění“ je vynucená soulož (graf 5). Nepříznivé je, že někteří respondenti se domnívají, že znásilnění není trestnou činností. Podle výzkumů v ČR 13 % žen uvádí, že byly někdy silou donuceny k pohlavnímu styku a zhruba stejný počet žen přestál nedokonaný pokus o znásilnění. Jen malá část těchto činů však byla ohlášena. Více než polovinu pachatelů tvoří muži, kteří pochází z okolí oběti. Zdá se, že výskyt těchto známých osob je vysoký především v těch případech znásilnění, které nejsou hlášeny. Oběťmi se stávají nejčastěji mladé ženy ve věku do 30 let **(93)**, i proto byl tento pojem rovněž zařazen do výzkumu. Nikdo

z respondentů neoznačil variantu pohlavního styku mezi pokrevními příbuznými. Proto lze předpokládat, že respondenti nezaměňují pojem „znásilnění“ s pojmem „incest“.

Závažným sociálním a zdravotním problémem je prostituce. Studie z roku 1988 hovoří o tom, že se ročně pohybuje v dětské prostituci 500 tisíc až 1,2 milionů dětí, z toho nejméně 300 tisíc je chlapců mladších 16 let a velká většina dětí zahajuje prostituční dráhu před 14. rokem života. Podle odhadů se ročně na západoevropský trh dostane asi 150 tisíc mladých lidí ze zemí východní Evropy, nejčastěji ze zemí bývalého Sovětského svazu a Jugoslávie. ČR byla dříve výrazně tranzitní zemí, ale v současné době je zemí cílovou **(83)**. Většina respondentů charakterizovala pojem „prostituce“ jako sexuální služby za úplatu (graf 6). O neznalosti právního hlediska vypovídá to, že někteří respondenti (větší počet ze středních škol bez zdravotnického zaměření) se domnívají, že prostituce je trestnou činností. Přitom podle našeho trestního zákona není prostituce trestná jakožto prostituce. V právním řádu neexistuje ani speciální ustanovení, které by postihovalo pouze dětskou prostituci. Nicméně osoby mladší 15 let, v některých případech i osoby mladší 18 let, jsou chráněny jednotlivými ustanoveními trestního zákona. Trestné jsou některé činy, které s prostitucí souvisí, např. trestný čin kuplířství podle § 204 tr. zákona nebo obchodování s lidmi podle § 246 tr. zákona **(13)**. Prostituce může být postihována jako přešupek (zákon č. 200/1990 Sb., o přešupcích), např. přešupky proti veřejnému pořádku - § 47, případně do jisté míry omezována obecními vyhláškami. Trestem za přešupek je finanční pokuta. V současné době se připravuje nový zákon o prostituci v ČR (zákoně úpravě brání Úmluva o potlačování obchodu s lidmi – OSN 1951) **(17)**. Nejen u nás, ale i v mnoha ostatních zemích se tedy prostituce v podstatě toleruje. Rizikovým faktem je, že pro některé respondenty je prostituce zaměstnání jako každé jiné či příležitost pro luxusní život.

Výsledky tolerance respondentů k prostituci jako ke své obživě má vysokou vypovídací schopnost, protože ukazuje potenciální riziko odvozené od informovanosti dětí, ale také o jejich citlivosti vůči různým formám chování (graf 7). Více než dvě třetiny respondentů by nikdy žádnou situaci v životě prostitucí neřešili. Nepříznivé je, že ostatní respondenti tuto myšlenku připouští, a to buď přímo (odpověděli kladně) či váháním. Zvláště překvapivý je vysoký počet respondentů ze SZŠ (28 %), zejména

vzhledem k tomu, že se jedná o budoucí zdravotnické pracovníky. Podle Hamanové a Machové má prostituce mládeže kořeny v nečinnosti, nudě a nedostatku společenské kontroly ze strany rodičů i lhostejné veřejnosti. V komerční společnosti se prostituce stává výnosnou prací a prostředkem, jak si rychle vydělat peníze. Nabídky sexuálních služeb, inzeráty i s fotografiemi jsou uveřejňovány zcela nezakrytě tiskem, reklamy jsou na předmětech denní potřeby, na bilboardech, inzeruje je internet a vysílá je i televize. Tyto nabídky jsou tak na očích všech, včetně dětí a dospívajících **(47)**.

Dalším závažným problémem je sexuální zneužívání. Fiala uvádí, že velmi ohroženou skupinou jsou děti, které nemají potřebné znalosti, postoje a dovednosti z oblasti sexuální výchovy. Dlouho opomíjená výchova způsobila, že celé generace dětí byly ponechány jakémusi samovývoji a náhodným informacím. Tím se otevřel prostor pro sexuální zneužívání zcela neinformovaných dětí, které velmi často vůbec nevěděly nic o svém těle a ani o tom, co je normální a co není **(15)**. Pod pojmem „sexuální zneužívání dítěte“ si většina respondentů představuje jakékoliv dotýkání se dítěte se sexuálním podnětem (graf 8). Nebyl kladen důraz na právní hledisko, ale na vyjádření vlastního názoru na určité aktivity, které respondenti považují již za nepatřičné. Vysoké procento respondentů dále uvedlo přinucení dítěte k obnažení, fotografování a znásilnění, ale malá část respondentů přiřadila charakteristiku sexuálního zneužívání obscénním telefonickým hovorům a exhibicionismu. Podle Weisse a Zvěřiny má zkušenosti se sexuálním zneužitím v dětství v roce 1993 4,6 % mužů a 8,4 % žen, v roce 1998 pak 7,1 % mužů a 10,4 % žen. Prevalence sexuálního zneužití v dětství má tedy vzrůstající tendenci, většinou jde o osahávání či hlazení a obětí se častěji stávají dívky **(89)**. Podle Fialy jsou rizikovou skupinou děti z dysfunkčních rodin, děti zanedbané (trávící svůj volný a mnohdy i školní čas mimo výchovný dozor v delikventních partách) a děti psychicky deprivované a opomíjené. Nedostatek lásky a odmítání dětí, hlavně dívek, vede nejen k pasivnímu čekání na lepší, ale i ke vstřícné pasivitě, kdy dívka ráda přijme novou náklonnost a velice brzy se naučí, že náklonnost lze získat uspokojením sexuální touhy někoho jiného **(15)**.

Většina respondentů si je také vědoma svého práva odmítnout, to znamená, říci každému, tedy i tomu, koho znají a jemuž důvěřují, aby se jich nedotýkal, že jim je to

nepříjemné (graf 9). Závažné je, že se někteří respondenti (zejména ze středních škol bez zdravotnického zaměření) domnívají, že toto právo nemají či neví. Machová a Hamanová uvádí, že nejčastějším pachatelem je muž, který patří do rodiny; až v 90 % případů je dítě zneužito člověkem, kterého dítě dobře zná a má k němu důvěru. Tento člověk většinou nepoužívá násilí a spoléhá na neinformovanost dítěte (47). Weiss a Zvěřina zjistili v roce 1998 nárůst intrafamiliárních zneužití u obou pohlaví, zejména u mužů (v roce 1993 byl pachatelem příbuzný ve 26 % a v roce 1998 ve 44 %). Důležitá je skutečnost, že většina zneužívaných dětí se nikomu nesvěřila (v roce 1993 83 % mužů a 76 % žen, v roce 1998 80 % mužů a 70 % žen). Pouze malá část by tento čin oznámila rodičům a ještě méně policii (89). Jde o významný poznatek z hlediska volby účinných preventivních opatření. Podle Vrublové nejdůležitější roli hraje primární prevence, která prostřednictvím vzdělávání rodičů, lékařů i pedagogů působí na širokou veřejnost. Dále vlastní cílená výchova dětí, která je zaměřená na získání osobnostní síly a vědomí sama sebe, vědomí jak se chránit a najít adekvátní pomoc (84).

Reakce na sexuální zneužívání kamaráda jsou příznivější u respondentů ze SZŠ (graf 10). Všichni by tento čin oznámili, někteří i duplicitně, a to nejčastěji učitelé a poté policii. Mají tedy mnohem větší důvěru v učitele než respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření, kteří by skutečnost nejčastěji oznámili policii. Tento rozdíl je zřejmě způsoben tím, že studenti ze SZŠ jsou o problematice více informováni v rámci odborných předmětů a pravidelných přednášek a předpokládají, že vyučující mají v této oblasti dostatečné znalosti. Důležitou roli hraje i osobnost učitele, který dostane důvěru. Měl by reagovat profesionálně a odborně. Učitelé a výchovní poradci jsou na školách v těžké situaci. Na jedné straně je v sázce důvěra dítěte, na druhé straně ohlašovací povinnost, v případě, že zjistí narušení zákona a vědomí ukončení zneužívání dítěte. Podle Spilkové mohou být učitelé zaskočení situací a ve snaze zneužívanému dítěti pomoci, mohou v důsledku toho, že sami neví jak situaci řešit, zapříčinit sekundární viktimizaci – situaci, kdy je dítě opakovaně zraňováno, znovu musí vyprávět o svém trápení. Dítě je třeba trpělivě vyslechnout a nikdy nedávat najevo, že mu nevěříme, dát pocit bezpečí a podpory. Dítě často očekává srozumitelnou radu, vyjádření vlastního názoru, ale učitel nemá slibovat, že sdělené tajemství uchová. První

krizová intervence je často rozhodující pro další vývoj dítěte. V řešení problematiky sexuálního zneužití je nezbytná interdisciplinární spolupráce: učitele, sociálních pracovníků, rodiny, psychoterapeutů, psychiatrů, policisty, osob, kteří se věnují práci s mládeží. Není vhodné „řešit situaci“ sám, je třeba vidět situaci v kontextu celé rodiny, znát základy průběhu vyšetřování, trestního řízení, apod. (68).

Respondenti měli kromě uvedených variant odpovědí i možnost vyjádřit svůj vlastní názor. Nejčastěji by se nejdříve pokusili zneužívanému kamarádu či kamarádce sami pomoci. Uváděli prvotní rozmluvu a následné doporučení ohlášení. Snažili by se společně najít nejvhodnější řešení. 1 studentka odpověděla: „Snažila bych se ho přesvědčit, aby to oznámil, pokud bude mít strach, půjdu s ním a nabídnu mu svoji pomoc, nechtěla bych to řešit za jeho zády, bez jeho vědomí.“ Velmi závažné je, že 5 % respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření by daný čin vůbec neřešilo. Je otázkou, zda důvodem jejich postoje je nezájem a lhostejnost k problémům jiných, strach z nevědomosti, co v této situaci dělat, aby ještě více neublížili, tak raději neudělají nic, nebo strach angažovat se osobně v této závažné situaci. Problémem je, zda si uvědomují, že tento postoj může mít i následky v trestně právní odpovědnosti. Jedna studentka odpověděla: „Vůbec netuším, co bych udělala, ještě se mi to nestalo.“

Lze konstatovat, že respondenti ze SZŠ mají více znalostí o základních pojmech, které souvisí s rizikovým sexuálním chováním („rizikové sexuální chování“, „promiskuita“, „znásilnění“, „prostituce“, „sexuální zneužívání dítěte“) a rovněž mají větší povědomí o svých právech a oznamovací povinnosti v rámci sexuálního zneužívání než respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření.

Další oblastí zjišťování znalostí byla oblast antikoncepce a s ní související problematika. Vzhledem k tomu, že většina respondentů již žije pohlavním životem, je žádoucí, aby znalost antikoncepčních metod byla na dobré úrovni. Pod pojmem „nechráněný pohlavní styk“ si všichni respondenti ze SZŠ a většina respondentů z ostatních středních škol představila pohlavní styk bez použití jakékoliv antikoncepce (graf 11). Přestože, se ještě dnes můžeme setkat s mýtem, že dívka při prvním nechráněném pohlavním styku nemůže otěhotnět, příznivé je, že všichni respondenti jsou si tohoto rizika vědomi. Celostátní statistika ukazuje, že počet těhotenství

u dospívajících do 19 let má klesající tendenci a rovněž pokles je zaznamenán také u potratů. V roce 2005 z celkového počtu 142 521 ukončených těhotenství (porodem i potratem) jich 4,6 % (6 513) připadalo na dívky do 19 let. Ze 102 211 živě narozených dětí se 3 502 dětí narodilo dívkám do 19 let (3,4 %) a ze 40 023 potratů jich 2 997 (7,5 %) připadlo na tuto věkovou skupinu. Znamená to, že u dívek do 19 let těhotenství končí ve 46 % potratem **(12)**. Machová a Hamanová uvádí, že určitým věkovým předělem je 17 let, od kterého je rozhodnutí pro donošení dítěte motivováno již častěji touhou po dítěti samém **(47)**.

Součástí sexuální výchovy je také poučení o formách antikoncepce, jejího optimálního využití a o prevenci pohlavně přenosných chorob. Všichni respondenti ze SZŠ a většina z ostatních středních škol je si vědoma toho, že antikoncepce je ochrana před nežádoucím otěhotněním (graf 12). Neuspokojivé je, že pouze více než polovina respondentů ze SZŠ a více než třetina z ostatních středních škol, považuje antikoncepci i jako ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi. V období adolescence se mladí lidé vzájemně sblíží, proto je důležité, aby byli dostatečně informováni. U dospívajících nejde pouze o primární prevenci nechtěného otěhotnění a tedy i porodu nechtěného dítěte, ale současně o prevenci pohlavně přenosných onemocnění **(32)**. Několik respondentů se domnívá, že antikoncepce je ochranou před zhoubným bujením. V tomto případě by mohli respondenti mít na mysli přenos některých kancerogenních typů lidského papilomaviru.

Respondenti ze SZŠ mají hlubší znalosti také o konkrétních antikoncepčních metodách a prostředcích (tabulka 2). Všichni uvedli příklady a ve většině případů byly uvedeny odborné výrazy a jednotlivé komerční názvy. S převahou respondenti uvedli nejčastěji hormonální tablety a kondom. Mezi další uvedené patřili: nitroděložní tělíčko, pesar, hormonální náplasti, hormonální injekce, podkožní implantáty, spermicidy, přerušovanou soulož a metodu plodných a neplodných dnů. Postkoitální antikoncepci (homonální „pilulku po“) uvedli pouze respondenti ze SZŠ (15 % - ženy). V řadě zemí je použití této formy antikoncepce omezeno prakticky jen na oběti znásilnění nebo pohlavního zneužití. Podle Zvěřiny není ovšem sporu, že právě zde představuje postkoitální antikoncepce významnou pomoc a měla by být vždy lékaři

nabízena. Je vhodná ale i např. při selhání kondomu a účinkuje tím lépe, čím dříve po nechráněném koitu je požitá první dávka. Velkým problémem je, že informovanost žen o této antikoncepci je i ve vyspělých zemích nízká. Ve Velké Británii více než 20 % žen o této možnosti vůbec nic neví a jen 15 % žen přesně víc, co, kdy a jak v této indikaci užít (93). Tomuto odpovídá i zjištění, že o této antikoncepci je informováno pouze málo respondentů. Někteří respondenti zahrnují do antikoncepce i sexuální abstinenci, což není antikoncepční metoda, ale jde o nejspolehlivější možnost ochrany před nežádoucím otěhotněním i před pohlavně přenosnými nemocemi. 10 % respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření nezná žádný antikoncepční prostředek. Otázkou je, zda respondenti antikoncepci neuvedli proto, že opravdu nemají dostatečné znalosti nebo proto, že nemají zájem antikoncepci používat.

U mladistvých je ideální kombinace metody bariérové a hormonální, tedy současné užití hormonální antikoncepce ženou (jako nejspolehlivější metody zábrany nežádoucímu početí) a kondomu mužem (jako nejspolehlivější metody ochrany před pohlavně přenosnými chorobami včetně HIV/AIDS). Ve světě se tato kombinace dvojího jištění stále více prosazuje a je populární především mezi mládeží v západních zemích. Říká se jí „belt and braces“, tedy pásek a kšandy, nebo „double Dutchman“, tedy dvojitý Holanďan (87). U respondentů ze středních škol v Klatovech lze konstatovat, že kombinace kondomu a hormonální antikoncepce (HA) je oblíbená i u nich (tabulka 3). Pro srovnání s některými autory některou z forem účinné antikoncepce užívá 96 % sexuálně aktivních respondentů ze SZŠ a 82 % sexuálně aktivních respondentů z ostatních středních škol, a to nejčastěji právě kombinaci kondomu s HA, dále hormonální tablety a kondom. Z respondentů, kteří antikoncepci nepoužívají, ji 38 % ze středních škol bez zdravotnického zaměření zcela podceňuje (necítí potřebu se chránit, nemají dost znalostí či „s kondomem to není ono“). Přesto výsledek v rámci používání antikoncepce je tedy mnohem příznivější, než uvádí autoři v ČR i v zahraničí. Podle celosvětového sexuálního průzkumu firmy Durex, který proběhl v roce 2005 ve 41 zemích (317 000 respondentů) se k nechráněnému pohlavnímu styku s partnerem, aniž by znali jeho sexuální minulost, přiznala více než polovina Čechů (54 %) – světový průměr byl 47 %. Z výzkumu ale současně vyplývá,



že mladší generace je celosvětově více opatrnější, 33 % 16 – 20letých nepoužilo žádnou antikoncepci (77). Ve Francii podle Choqueta a Manfrediho používá účinnou antikoncepci až 70 % sexuálně aktivních francouzských adolescentů. V Nizozemsku dle Vogelse a Van der Vlieta používá při každém pohlavním styku kondom 44 %, HA 50 % a kombinaci kondomu s HA pouze 18 % chlapců a 9 % dívek. Leontjevičová zjistila u mužů a žen ve věku 15 – 29 let přerušovanou soulož u 17,5 % respondentů (nejvíce vysokoškoláci), HA u 20,1 % a kondom 25,6 %. U Weisse a Zvěřiny v partnerském vztahu používalo kondom pouze o málo více než pětina mužů a hormonální antikoncepci pětina žen, přičemž podobně jako při prvním pohlavním styku byla převládající antikoncepcí přerušovaná soulož (89). Tento rozdíl posouzeného zdroje s výzkumem je možno vysvětlit i pozitivními trendy, které zjistili Weiss a Zvěřina. U obou pohlaví se snižuje užívání nespolehlivých druhů ochrany (přerušovaná soulož a metoda neplodných dnů) a zvyšuje se počet uživatelů účinných forem antikoncepce. Podstatně odpovědnější je chování českých mužů a žen také při stycích s náhodnými sexuálními partnery – většina z nich se při nich chrání kondomem. U žen došlo ke zřetelnému nárůstu počtu pravidelných uživatelů HA (89). Nárůst užívání HA a posun uživatelů do mladších věkových skupin uvádí i Machová a Hamanová (47).

Vhodnost používání HA mladistvými má jednak hledisko zdravotní (přináší nejen pozitivní, ale také negativní důsledky), ale také právní. Více než dvě třetiny respondentů ze SZŠ, ale méně než polovina z ostatních středních škol uvedlo věk 15 let jako věk pro předepsání antikoncepce. Nepříznivým jevem je, že někteří respondenti uvedli věk pod 15 let, dostupnost HA volně v lékárně či relativně velké procento respondentů (zejména ze středních škol bez zdravotnického zaměření) se domnívá, že HA může být předepsána vždy, protože nezáleží na věku. Z právního hlediska mohou sice HA užívat dívky patnáctileté, ale z hlediska lékařské etiky by měla být preskripce HA v dospívání velice uvážena, protože ve věku 15 – 19 let nejsou dívky zcela zralé fyzicky ani psychicky. Hynková přirovnává předpis HA nezralému jedinci k riziku držení zbraně či řidičského průkazu. Užívání HA může vést k vyšší promiskuitě, vzestupu pohlavně přenosných nemocí, rozšíření lidského papilomaviru v mladé

populaci a nepřímo i ke vzestupu incidence karcinomu děložního čípku. Proto je důležitý psychologický přístup lékaře, který svým postojem dává najevo, že pohlavní styk v této věkové kategorii je riziková záležitost. Rovněž se stává častým jevem, že je předepisována mladistvým z léčebných indikací, a to i tehdy, když zatím HA nepotřebují či nechtějí. Právě ve chvíli, kdy dáváme dívce HA z terapeutických důvodů, ovlivňujeme její postoje k začátku pohlavního života, popřípadě postoje k promiskuitě – u nezralých jedinců se všemi nebezpečnými důsledky. Předpis má následovat po kompletním vyšetření, pečlivém výběru preparátu a za pravidelných kontrol **(26)**.

Pro výběr vhodné antikoncepce je důležitá i její spolehlivost (tabulka 1). Z výsledků vyplývá, že většina respondentů je si vědoma toho, že žádná antikoncepční metoda není úplně 100 % účinná a vždy je nutné počítat s možností otěhotnění. Z respondentů, kteří odpověděli kladně, jich část uvedla sexuální abstinenci, což sice není antikoncepční metoda, ale dá se říci, že chrání opravdu na 100 %. Ostatní dále uvedli nitroděložní tělísko, kondom, hormonální tablety a sterilizaci. Barták uvádí, že různé prameny uvádí index spolehlivosti různě, záleží na tom, zda jde o index zahrnující pouze selhání metody samé, nebo zda počet selhání obsahuje i tzv. lidský faktor. Je podstatný rozdíl, zda například kondom používá muž zručný a zkušený, nebo naopak. Totéž platí i u žen a HA, jsou ženy, které berou tablety pravidelně a ženy, které zapomínají. Pokud jde o oficiální informace o přípravku, ne vždy je jasné, zda uvádí jen čisté selhání metody, nebo počet selhání celkově, včetně lidského faktoru. Ze strany výrobce je pochopitelná snaha prezentovat čísla, která vypadají lépe, ale antikoncepční prostředky nepoužívají stroje, ale jen lidé **(1)**.

Uzel uvádí, že první místo mezi antikoncepčními prostředky, zejména u mladých lidí, zaujímá kondom. Jako jediná antikoncepční metoda ochraňuje se značnou spolehlivostí také před sexuálně přenosnými chorobami. V posledních letech se díky účinné propagaci a prodejním automatům zvýšilo používání kondomu, i když za mnoha evropskými zeměmi ještě stále pokulháváme **(78)**. Respondenti (více ze SZŠ) si uvědomují, že sex s kondomem je bezpečnější, nikoliv bezpečný. Nežádoucí ale je, že někteří jej považují za komplikaci při sexu či dokonce zbytečnost. Podle Bartáka tady může být problém v HA, jejíž používání činí u dospívajících z kondomu věc

zbytečnou, a to napomáhá šíření oněch obávaných pohlavních chorob (1). Weiss uvádí, že problém je také ve výchově, která nemá zahrnovat pouze předávání informací, ale také změnu postojů a podporu dovedností. Je totiž skutečně málo vědět, že kondom je nejlepší prevencí infekce HIV, když nám styk s ním připadá neestetický či ochuzený, a navíc ho ani nedokážeme správně použít. A to se z časopisů nenaučíme (87). O bezpečnosti sexu s kondomem Rozehnalová uvádí, že studie v USA uvedla poměr selhání při použití latexových kondomů mezi dospívajícími 18,4 %. To znamená, že u 1 z 5 párů, které používají latexové kondomy, dojde během jednoho roku k otěhotnění (64). Dále je také důležité vědět, že ani kondom nechrání před některými pohlavními chorobami, především virovými (např. nákazou lidským papilomovým virem), protože infekční ložiska mohou být mimo oblast jím krytou. Proto při užívání ochranných prostředků mluvíme zásadně o bezpečnějším, ne o bezpečném sexu (47).

Lze konstatovat, že respondenti ze SZŠ mají více znalostí z oblasti antikoncepce než respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření. Respondenti ze SZŠ lépe chápou pojmy „nechráněný pohlavní styk“ a „antikoncepce“, mají hlubší znalosti o antikoncepčních prostředcích a metodách, jejich spolehlivosti a účinnosti, mají více znalostí o možnosti předepsání HA z právního hlediska.

Další oblastí, na kterou byl zaměřen výzkum, je oblast pohlavně přenosných onemocnění. V současné době vykazuje málo oblastí medicíny tak vysokou dynamiku nárůstu nemocí, jaká je patrná ve skupině pohlavně přenosných nemocí (STD). Celkový počet STD neustále stoupá a současně se mění jejich zastoupení. „Klasické“ pohlavní nákazy, zejména syfilis a kapavka, přenechávají své vedoucí místo infekcím chlamydiovým a virovým (38). Většina respondentů zná tři nejznámější STD: HIV/AIDS, syfilis a kapavku (graf 16). Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2005 zaznamenáno 523 případů syfilis. V 90. letech počet nově hlášených případů prudce vzrostl a tento nárůst se zastavil v roce 2001. Od tohoto roku se incidence onemocnění snižuje. Nejpočetnější skupinou je období věku mezi 25 a 29 lety (113 případů celkem). Onemocnění syfilis bylo diagnostikováno ve více než 40 % případech u cizinců. U dospívajících ve věku 15 – 19 let bylo toto onemocnění hlášeno v 17 případech (3,2 %). Klesá i incidence kapavky. Od roku 1996 je ročně

evidováno přibližně 1 000 případů gonokokové infekce ročně. V roce 2005 došlo k dalšímu poklesu, nahlášeno bylo 859 případů kapavky (včetně cizinců). Kapavka je ještě výrazněji než syfilis soustředěna do mladých věkových (muži 25 – 29 let, ženy 20 – 24 let). Věková skupina 15 – 19 let tvoří 11,8 % z celkového počtu nahlášeného onemocnění. Nejpočetnější skupinu tvoří lidé se středním vzděláním (61).

Znalosti ostatních pohlavních nemocí jsou u obou skupin respondentů naprosto nedostačující, příznivější situace byla zjištěna u respondentů ze SZŠ. Pouze několik respondentů si vzpomnělo na chlamydiové infekce, kvasinkové infekce, hepatitidy, genitální opar, měkký vřed a infekce vyvolané lidským papilomavirem. Závažné je, že chlamydiové infekce uvedlo velmi malé procento respondentů. Přitom *Chlamydia trachomatis* je celosvětově označována za prokazatelně nejčastěji sexuálně přenášené bakteriální agens a s nejvyšší prevalencí u mladých sexuálně aktivních žen ve věku 15 – 24 let. Největším problémem je bezpříznakový průběh, a to až v 80 % u žen a asi v 50 % u mužů, jehož nebezpečí tkví v tom, že je u nás zachyceno a léčeno velmi nízké procento infikovaných a tyto neléčené osoby infekci dále přenáší. Další nebezpečí je také v tom, že se infekce může projevit až svými závažnými následky: chronické záněty, sterilita, mimoděložní těhotenství, předčasné porody, přenos infekce z matky na plod (nepříznivý vývoj plodu, odumření plodu), přenos z infikované matky na novorozence při porodu až v 65 %. U dospívajících se zřejmě jedná o jednu z nejzávažnějších STD (24). Kovář a Kaňka (36) uvádí, že pokud žena prodělá infekci bez léčby 1 x - 20 % žen zůstává sterilních. Pokud prodělá infekci bez léčby 3 x (nemusí mít na infekci díky chybění jakýchkoliv příznaků podezření), pak 50 % žen zůstává trvale sterilních. Rovněž malá část respondentů uvedla virové infekce vyvolané lidským papilomavirem (HPV), přitom mezi nejrozšířenější sexuálně přenosné onemocnění patří právě infekce genitálního traktu tímto virem. Zatímco byla nalezena jeho přítomnost v mužském urogenitálním traktu bez toho, že by byla dosud prokázána souvislost se vznikem nádorového onemocnění (lze si tedy představit orgány mužského urogenitálního traktu jako zdroj infekce), jeho přítomnost v genitálním traktu žen jednoznačně za určitých podmínek iniciuje vznik onemocnění, které se může postupně vyvinout až v metastazující karcinom. Také je důležité vědět, že karcinom děložního

čípku nebo také hrdla děložního je celosvětově jednou z nejčastějších příčin úmrtí žen v důsledku nádorového onemocnění. Podle zdravotnické ročenky v posledních letech ročně lékaři v ČR diagnostikují přes 1000 nových případů a ročně na tuto diagnózu zemře přibližně 400 pacientek, přičemž rozdíl oproti západoevropským zemím je téměř dvojnásobný a nijak se nezmenšuje (9). Malé procento respondentů je rovněž překvapivé z toho důvodu, že tato virová infekce je v současnosti dosti známá v rámci zahájení preventivního očkování dívek v ČR proti rakovině děložního čípku, které je určeno především pro dívky od 9 let, které ještě nezahájily pohlavní život a zatím se neselekaly s virem HPV, který je vysoce nakažlivý (11).

V rukou lékařů je sice včasná diagnostika a účinná léčba STD, ale prevence je především věcí zodpovědnosti každého za své vlastní zdraví (11). Proto je třeba dospívající vést preventivně výchovných působením k omezení rizikového sexuálního chování. Zvěřina (93) uvádí, že zásady „bezpečnějšího sexu“ by měly vždy začínat poučením o zodpovědném výběru partnera pro sexuální soužití a o významu věrnosti v partnerských vztazích. Vždyť právě odmítání promiskuity a důraz na pevné partnerské vztahy jsou základem preventivní strategie boje proti AIDS i pohlavně přenosným nemocím. Proto velmi příznivým výsledkem je, že všichni respondenti ze SZŠ a více než dvě třetiny z ostatních středních škol uvedli mezi zásady „bezpečnějšího sexu“ právě sexuální zdrženlivost a věrnost (graf 17). Podle Rozehnalové je prevence v podobě dodržování zásad bezpečnějšího sexu všeobecně považována za „realistickou“, „vědeckou“, hodnou osvěty a propagace, zatímco sexuální zdrženlivost se mnohdy v lepším případě opomíjí nebo přehlíží, v horším ztotožňuje s „náboženským tmářstvím“ a nereálnou metodou, která nemá šanci na úspěch. Děje se tak bohužel i díky některým odborníkům, kteří v ní buď sami nevěří nebo věřit nechťejí, možná proto, že z ní nekyne žádná provize z propagace výrobků gumárenského a farmaceutického průmyslu. Proto se do povědomí veřejnosti pramálo dostává informace o tom, že oficiální strategií Národního programu boje proti AIDS je zásada „ABC“ – abstinence, být věrný, kondom. Je tedy přirozené, abychom naše dospívající podle této strategie vedli v abecedním pořádku, tedy abychom na prvním místě zdůrazňovali sexuální zdrženlivost jako vhodnou přípravu na pozdější manželskou

věrnost a teprve tam, kde očividně nemáme šanci uspět, zdůrazňovali alespoň dodržování zásad bezpečnějšího sexu **(64)**. Problémem by mohlo být málo kvalitních programů v ČR, které se týkají sexuální zdrženlivosti dospívajících. Jedním z nich je program Free Teens. Rozehnalová uvádí, že 95 % dospívajících, kteří si vyslechlo jeho poselství, by tento program doporučilo všem mladým lidem. Pro mnohé znamenala prezentace zcela nový pohled na sebe sama a poprvé si začali uvědomovat, jakou hodnotu má jejich láska. 77 – 90 % se vyjádřilo, že dospívající potřebují větší podporu k sexuální zdrženlivosti. Obdobné poselství hodnoty předmanželské sexuální zdrženlivosti a manželské věrnosti předává mladým lidem křesťanská organizace ACET. Na rozdíl od ČR je v Americe celá řada těchto kvalitních programů, protože Amerika je mnohem víc než ČR konfrontována výskytem AIDS mezi dospívajícími a mladými lidmi, proto hledá účinné cesty k řešení svého problému. Výsledky těchto programů ukazují, že výchova ke zdrženlivosti funguje. Např. v Atlantě po dokončení osmého ročníku byla mezi studenty, kteří se zúčastnili programu, pouze 4 % těch, kteří začali žít sexuálním životem, zatímco mezi studenty, kteří se programu nezúčastnili, to bylo 20 %, tedy 5x více **(64)**.

Ze zásad bezpečnějšího sexu u STD uvedla většina respondentů také správné používání kondomu. Dále respondenti označili vyhýbání se atypickým sexuálními praktikám. Protože výzkumný soubor tvořilo více žen než mužů, je důležité vědět, že při nechráněném styku nakazí infikovaný muž průměrně dvě ze tří partnerek, zatímco infikovaná žena nakazí ze svých tří partnerů nanejvýš jednoho. Dále je třeba si uvědomit, že pohlavní nákazy, jako kapavka nebo v poslední době velice rozšířená chlamydiová infekce, vždycky zdravotně poškodí ženu více než muže **(81)**. Někteří respondenti si ale myslí, že mezi zásady patří i osobní hygiena a mytí rukou a hormonální antikoncepce u dívek a žen, což svědčí o nedostatečných znalostech o této problematice. Dle Vrublové by se prevence pohlavních nemocí měla aktivně začít provádět již na druhém stupni základních škol, v době kdy jedinec dospívá, a jejím smyslem je vedle vědomostí především tvorba identifikovaných postojů, soustav dovedností, návyků a chování. V oblasti zdravotnictví by prevence STD měla být

součástí primární péče, a to u lékařů pro děti a dorost, u praktických lékařů, gynekologů a jiných odborníků **(84)**.

Při podezření z nákazy STD by všichni respondenti ze SZŠ a většina z ostatních středních škol neprodleně navštívila odborného lékaře (graf 18). Respondenti si jsou rovněž vědomi toho, že ve většině případů je nutná léčba všech sexuálních partnerů a sexuální abstinence. Pouze 1 respondent uvedl, že podezření svému sexuálnímu partnerovi zamlčí. Lze konstatovat, že téměř všichni respondenti znají právní hledisko: nesmí ohrozit nákazou jiné osoby. Porušení je kvalifikováno jako trestný čin podle § 226 tr. zákona **(38)**.

Z hlediska prevence je důležitá nejen znalost konkrétní pohlavně přenosné nemoci, ale pokud se mají dospívající účinně chránit, také způsob přenosu těchto nákaz. Tato problematika byla zaměřena na AIDS, protože jde sice o poměrně mladé onemocnění (virus HIV na sebe poprvé výrazně upozornil v roce 1981), ale od té doby má charakter pandemie a není dnes na světě země, kde by nebyl diagnostikován alespoň jeden případ HIV pozitivita **(5)**. Výsledky ukázali, že znalosti respondentů v této problematice jsou na dobré úrovni, zejména u respondentů ze SZŠ (graf 19): všichni uvedli přenos pohlavním stykem, krví a společným používáním jehel a stříkaček u narkomanů. Také téměř většina respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření označila tyto tři varianty. Respondenti jsou si vědomi i nebezpečí přenosu viru HIV z infikované matky na plod či novorozence a menší část respondentů i kojením. Podle Národní referenční laboratoře pro AIDS bylo v letech 1985 - 2006 v ČR 920 HIV infikovaných osob a onemocnění AIDS bylo diagnostikováno u 209 osob, 123 z nich již nežije. V roce 2006 došlo v ČR k 3,33 % nárůstu nově diagnostikovaných případů infekce HIV oproti předchozímu roku. Prevalence HIV/AIDS je 89,7 případů na milion obyvatel a dle registrovaných případů HIV/AIDS je nejpostiženější lokalitou město Praha a v přepočtu případů na milion obyvatel je druhý Karlovarský kraj, který řeší, stejně jako některé další kraje závažnou příhraniční a přeshraniční problematiku. Nejčastějším způsobem přenosu infekce HIV je přenos sexuálním stykem, který byl prokázán u 84,9 % HIV infikovaných osob (nejvíce exponovanou populační skupinou jsou muži, kteří mají sex s muži - 53 %, zbytek je heterosexuální přenos). K tomuto

číslu je možno přičíst ještě 1,4 % případů infekce HIV u mužů, kteří měli sex s muži a navíc v anamnéze injekční užívání drog. Sexuální styk mezi muži je pokládán v případě přenosu HIV za nadřazenou kategorii ve srovnání s možností přenosu při injekčním užívání drog, která je relativně na nízké úrovni – 4,5 %. Celkové zastoupení žen v počtu HIV pozitivních k 31.12.2006 činí 21,3 % a celkem došlo k přenosu HIV z matky na dítě v ČR ve čtyřech případech (0,4 %), přičemž k jednomu přenosu došlo v zahraničí u matky, která trvale žije v ČR a dítě je v ČR dispenzarizováno a léčeno (7). Kovář a Kaňka uvádí, že každý den je ve světě registrováno na 16 000 nových případů a každých 6 vteřin se nakazí jeden nový pacient infekcí HIV (36). Někteří respondenti uvedli také přenos: bodnutím hmyzu, společným používáním WC a sprch a 1 respondent ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedl běžným polibkem. Sliny HIV pozitivního sice mohou obsahovat HIV virus, ale ve velmi malém množství. Navíc jsou ve slinách obsaženy látky, které virus ničí. Přenos HIV viru touto cestou nebyl nikdy prokázán. Za bezpečné se ale nepovažuje tzv. „hluboké“ líbání, kdy může dojít k poraněním v ústech. Pokud jde o přenos hmyzem, nejpřesvědčivějším důkazem je, že i přes vysoký výskyt bodavého hmyzu v Africe se dosud nepodařilo prokázat přenos viru HIV po bodnutí hmyzem. Navíc bylo prokázáno, že se virus HIV nemnoží v zažívacím ústrojí hmyzu (8).

Lze konstatovat, že respondenti ze SZŠ mají více znalostí z oblasti pohlavně přenosných onemocnění než respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření. Respondenti ze SZŠ znají více STD a jsou si více vědomi zásad bezpečnějšího sexu, přenosu viru HIV a zabránění přenosu nákazy na další osoby.

Další oblastí zjišťování znalostí respondentů byla oblast pohlavního života obecně. Nejdříve se jednalo o posouzení, jak respondenti chápou smysl pohlavního života a jeho významu v životě člověka (graf 20). Z výsledků vyplývá, že respondenti přikládají velkou důležitost zejména stránce citové: nejvíce respondentů označilo variantu umocnění lásky a intimacy. Na druhém místě uvedli zábavu, odreagování a uvolnění a na třetím rozmnožování. Všechny tyto tři funkce jsou ale důležité pro vyrovnaný vztah mezi partnery. Různé civilizace rozličně oceňovaly trojí funkci pohlavnosti: rozmnožovací (reprodukční funkce slouží společenskému rozměru



sexuálního soužití), milostná (týká se meziosobního posláním sexuální interakce - vyjadřování něžné náklonnosti partnerovi) a relaxační (přináší individuu osobní požitky, uvolnění pohlavního napětí). Přeceňování kterékoliv z uvedených tří funkcí přináší jednotlivcům, rodinám i společnosti řadu nesnází a nevyváženou pohlavní morálku. Podle Brichcína by bylo naivní chápat sexuální chování člověka jako záležitost výhradně biologickou, plně vrozenou, bez reálné možnosti kultivace sexuálních projevů výchovou a sebevýchovou. Definice sexuálního zdraví dle WHO se vyhýbá redukování pohlavních skutečností jak z hlediska úzce biologického, tak z hlediska sociologicko-psychologického (celostní přístup k sexuální problematice) **(6)**.

Dalším aspektem sexuálního života je právní hledisko. Většina respondentů, zejména ze SZŠ, věděla, že pohlavní styk je povolen od 15 let. Závažné ale je, že 8 % respondentů ze SZŠ a téměř pětina z ostatních středních škol nezná věkovou hranici zákonem povoleného pohlavního styku, nejčastěji uvedli věk 14 let (graf 21). Dále 3 % respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření se domnívají, že sexuální kontakt s osobou mladší než je zákonem povolená věková hranice není trestným činem (graf 22). Lze konstatovat, že respondenti ze SZŠ mají více znalostí o právním hledisku zahájení pohlavního života (věková hranice zákonem povoleného pohlavního styku, trestnost sexuálního kontaktu s osobou, které je méně než zákonem povolená věková hranice) než respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření. Otázku stanovení věku pro možné zahájení pohlavního života řeší zákony v různých zemích různě: např. Malta, Španělsko, Vatikán, Filipíny - 12 let, Japonsko a Jižní Korea – 13 let, Albánie, Bulharsko, Německo, Brazílie – 14 let, Francie – 15 let, Belgie – 16 let, Chile – 20 let). V ČR je věková hranice 15 let stanovena ustanovením § 242 tr. zákona a je shodná s věkovým limitem pro počátek trestní zodpovědnosti **(93)**. Pokud jde v současné době o vášnivou diskuse kolem snížení věkové hranice trestní zodpovědnosti na 14 let (na základě bezmoci represivních orgánů před dětskými lupiči a vrahy mladšími 15 let), Uzel **(80)** se domnívá, že věková hranice sexuální zodpovědnosti by měla jít s tímto opatřením ruku v ruce. Jen naivní lidé se mohou domnívat, že tato zákonná úprava bude mladé lidi motivovat k předčasným sexuálním stykům. Procento mladých lidí, kteří absolvují svůj sexuální debut ještě před 15. rokem věku totiž

neovlivní žádný zákon. Stejně jako liberální potratový zákon nezvyšuje počet potratů, tak také první pohlavní styk se nebude řídit platným zákonem. Žádoucí zvýšení věku začátku sexuálního života není totiž věcí zákona, ale věcí zodpovědné sexuální výchovy. O její účinnosti svědčí výsledky výzkumů: dnešní mládež se chová ve své sexualitě zodpovědněji než se chovali její rodiče.

V souvislosti s problematikou vhodného období pro zahájení pohlavního života byl zjištěn rozdílný postoj respondentů středních škol dle zaměření (graf 23). Zatímco nejčastější odpovědí u respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření bylo 18 let, respondenti ze SZŠ nejčastěji uvedli 15 let. Tento názor by mohl být ovlivněn vlastním sexuálním chováním respondentů (tabulka 5): průměrný věk zahájení pohlavního života byl nižší u respondentů ze SZŠ a v 15 letech bylo sexuálně aktivních již 40 % respondentů, zatímco u respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření 27 %. Dále někteří respondenti považují vhodné období pro zahájení pohlavního života za individuální záležitost: záleží na konkrétním jedinci, kdy se cítí na pohlavní život připraven. V současnosti většina sexuálních styků začíná před manželstvím, a to již v období dospívání. Podle Weisse lze obecně říci, že by mladí lidé měli začít sexuálně žít až v době, kdy jsou k tomu dostatečně psychicky i fyzicky zralí a jsou schopni vyrovnat se i s možnými následky svého chování (např. v podobě rodičovství). Je tedy zřejmé, že vhodná doba zahájení pohlavních styků je velmi individuální, liší se samozřejmě i kulturně (87). Mladí lidé jsou nejméně připraveni v oblasti sociální: teprve zahajují a pokračují přípravu na povolání a jsou po této stránce zcela závislí na svých rodičích. Podle Hubáčkové je horní věková hranice adolescence 20 - 22 let (např. u vysokoškoláků dochází k psychosociální a ekonomické nezávislosti později než u absolventů učilišť). Někteří autoři uvádí, že adolescence končí dosažením sociální dospělosti, konkrétně tedy ve věku 25 - 30 let. Rozhodující je především délka přípravy na profesní dráhu (25).

Ve vztahu je velmi důležitá důvěra založená na vzájemné odpovědnosti, což právě vyžaduje psychicky zralé osobnosti. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů upřednostňuje vzájemnou domluvu, to znamená, že odpovědnost za plánování těhotenství mají oba, tedy muž i žena (graf 24). Pouze 3 muži nechávají tuto

zodpovědnost na ženě. Důležitým aspektem každého přístupu k plánování rodičovství je to, jak může partnerský vztah ovlivnit, případně jak je rozdělena zodpovědnost a náročnost antikoncepční metody mezi oba zúčastněné. Podle Rybové je problém v tom, že moderní prostředky plánování rodičovství, které distribuují prostřednictvím gynekologů farmaceutické firmy a bez kterých se dnes „moderní žena nemůže obejít“, nemohou být považovány za dostatečně dobré pro pár, ale ani pro ženy. U 73 % antikoncepčních metod leží 100 % břemeno zodpovědnosti z nečekaného těhotenství na bedrech ženy, u mužů je zodpovědnost požadována jen ve 3 případech (kondom, vasektomie, přerušovaná soulož). Vzhledem k tomu, že 100 % bezpečný způsob ochrany před nežádoucím otěhotněním (vyjma úplné pohlavní zdrženlivosti) neexistuje, žena v nečekané situaci očekává pomoc toho, kdo se na početí dítěte podílel – manžela, partnera. Skutečnost, že muži v mnoha případech od této zodpovědnosti utíkají, může mít dvojí příčinu: jednak nejsou muži kromě výjimečných případů na způsobu plánování rodiny zainteresováni, a jednak jsou zákonem vyloučeni ze spoluúčasti na rozhodování, zda žena půjde na potrat či nikoliv. Manžel matky je podle zákona otec dítěte, přesto vůbec nemá právo dovědět se, že jeho manželka žádá o interrupci, a nemá právo dovědět se to ani po skončení. Jinými slovy současná právní úprava přenáší veškeré břímě rizika pohlavního styku na ženu. Muž na případném těhotenství a povinnostech s tímto spojených není nijak legislativou zainteresován **(66)**.

Na téma interrupce se vedou prakticky nepřetržitě diskuse ve všech sdělovacích prostředcích. Tento problém ovlivňuje popularitu politiků, hýbe volebními výsledky, je motorem prezidentských kampaní. Umělý potrat tak přestoupil svou medicínskou stránku a vstoupil do oblasti morální, sociální, filozofické, náboženské a pochopitelně taky právní. Na celém světě se tak vytvořily dva nepřátelské tábory. Příslušníci jednoho zastávají názor, že existuje nezadatelné právo ženy svobodně rozhodovat o osudu svého těhotenství, druhý jen do okamžiku uhníždění oplodněného vajíčka **(59)**. Postoj respondentů středních škol v Klatovech lze charakterizovat jako velmi liberální (graf 25). Většina z nich se domnívá, že žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě. U ostatních respondentů, kteří souhlasí s interrupcí pouze z určitého důvodu, byly zjištěny rozdíly u odpovědi v závislosti na pohlaví - převažují respondenti

muži: 10 % respondentů (8 mužů a 3 ženy) uznává pouze zdravotní důvody, 6 % (5 mužů a 1 žena) zdravotní i sociální důvody a 1 muž ze SZŠ uvedl, že je interrupce naprosto nepřijatelná. Výsledky odpovídají výzkumu Weisse a Zvěřiny, kteří zjistili velmi liberální postoj českých mužů i žen. Pouze malé procento respondentů bylo v obou výzkumech (v roce 1993 i 1998) zásadně proti interrupcím a více než polovina uvedla právo ženy svobodně se rozhodnout. Z hlediska trendů byla však u mužů zřetelná tendence ke zvýšení restriktivity postojů a u žen k jejich další liberalizaci. Ve srovnání se zahraničními výzkumy jsou postoje naší populace liberálnější než postoje západoevropského či amerického obyvatelstva. Tento postoj ovlivňuje např. náboženské přesvědčení a právě pohlaví **(89)**. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, stejně jako v předcházejících 15 letech, byl i v roce 2005 zaznamenán pokles celkového počtu potratů i počtu potratů u dospívajících. V roce 2005 bylo evidováno celkem 40 023 potratů, dvě třetiny (26,5 tisíc) představovala umělá přerušování těhotenství (UPT) a přes 30 % samovolné potraty. Potraty cizinek tvořily 5,6 % případů z celkového počtu. Největší a také nejrychleji klesající skupinou byly miniinterrupce (v roce 2005 78 % všech UPT). Z hlediska vzdělání jsou UPT nejčastější u žen se středoškolským vzděláním. Z celkového počtu potratů u dospívajících do 19 let (2 997 – 7 %) tvořila UPT 82 %, z tohoto počtu šlo v 71 % případů o miniinterrupce **(62)**. Podle Šilerové předčasná těhotenství a s tím spojená možnost jeho umělého ukončení je otázkou, kterou výrazně ovlivňují hodnoty rodiny, rodičů i dospívajících. Mohou být vnímány jako běžné řešení obtížné situace nebo jako extrémní, ale možné řešení a pro někoho jsou naprosto nepřijatelné. Důležitý je i postoj partnera k těhotenství. Dalším řešením nechtěného těhotenství je u dívek odmítajících interrupci adopce **(72)**. Absolutní zákaz se jeví jako opatření kontraproduktivní, jak uvádí Uzel, protože zahání ženy do náruče kriminálních nebezpečných potratů, které mají často za následek těžké poškození zdravotního stavu nebo smrt. Na světě se ročně uskuteční kolem 46 milionů UPT, z toho kolem 20 milionů se provádí v zemích, kde jsou interrupce omezeny či zakázány, tedy kriminálně, pokoutně a neodborně. Na následky těchto ilegálních zákroků umírá denně 200 žen. Asi u 7 milionů žen se vyskytnou závažné zdravotní komplikace, z nichž nejméně polovina vyžaduje

nemocniční péči **(59)**. Interrupce ale s sebou nese rizika, která jsou větší u dospívajících dívek a žen, které dosud nerodily. Tento výkon měl být vyhrazen jako východisko z nouze, nikoliv jako běžná metoda plánovaného rodičovství. Informovanost o sexuální zdrženlivosti a abstinenci, ale i o možnostech antikoncepce, její účinnosti, rizicích a o riziku interrupce by měla předcházet zahájení vlastní pohlavní aktivity.

Graf 26 znázorňuje pohled respondentů na homosexualitu. Většina světových odhadů se shoduje v tom, že homosexuálů je v populaci 2 – 5 %, přičemž větší zastoupení je v mužské části populace. Přesná čísla je obtížné přesně zjistit. Dle Kaňky a Scheansové je pravděpodobné, zachováme-li tradiční 4 % prevalenci homosexuality, že se na každé škole vyskytuje nějaký mladý gay či lesbička. Vzhledem k tomu, že si mnohdy svou orientaci plně neuvědomují a nepřipouští, pak jim právě osvěta může najít jejich místo v lidské společnosti, nijak nezatížené vlastními předsudky **(35)**. Respondenti ze středních škol v Klatovech považují tuto odlišnou sexuální orientaci nejčastěji za vrozenou, ale někteří se domnívají, že homosexualita je získaná v průběhu života vlivem okolí a 1 respondent ze střední školy bez zdravotnického zaměření si myslí, že je možné ji výchovou a léčbou změnit na heterosexuální. Kaňka a Scheansová uvádí, že homosexualita má původ ve složitém souboru psychických, genetických, hormonálních a embryogenetických faktorů. Homosexualita je jednou z vývojových variant hypotalamu (část mozku, kde jsou uloženy pohlavní identita, sexuální orientace a sexuální preference), nejde tedy o poruchu, ale o variantu. Determinace sexuální orientace je způsobena mezi druhým a třetím měsícem nitroděložního vývoje. Lidé, kteří považují homosexualitu za biologicky podmíněnou, vyjadřují tolerantnější postoje ke gayům a lesbickým ženám. Jejich zaměření totiž vnímají spíše jako neměnný a nezaviněný jev **(35)**. Podle Uzla etiologie homosexuality není ještě zcela objasněna, všechny dosavadní poznatky ale svědčí o tom, že sexuální orientace je záležitostí vrozenou a ani homosexuální zaměření se nelze „naučit“ a nelze ho ani „vyléčit“. Je prostě jednou z variací sexuality člověka **(78)**. Rovněž Zvěřina uvádí, že nikdy nebylo prokázáno, že by bylo možné se homosexuální orientaci naučit. Selhaly také všechny pokusy „odnaučit“ ji různými psychoterapeutickými postupy. Pro biologicky založenou dispozici svědčí také výzkumy homosexuální orientace u jednovaječných

a dvojvaječných dvojčat. U jednovaječných je statisticky významně častější homosexuální orientace než u dvojvaječných. Tyto výklady byly posíleny zjištěním, že za homosexuální orientaci některých mužů je zodpovědný gen Xq28 (93).

Další oblastí ve výzkumu byla sexuální výchova. U respondentů jsou nejvýznamnějším zdrojem informací o sexualitě kamarádi a spolužáci (graf 27). K podobným údajům došla i řada autorů jak v zahraničí tak v ČR. Janiš uvádí výrazný podíl vrstevníků v ČR, který 3 – 4 násobně převyšuje vliv školy (31). Z hlediska adekvátní sexuální výchovy jsou vrstevníci samozřejmě nejméně spolehlivým zdrojem informací, a to především pro množství mýtů, které se v sexuální oblasti tradují. Nesprávné informace o sexualitě, její vulgarizace či prezentace lidských sexuálních aktivit jako něco špatného či nečistého mohou pak přispět k vytvoření nesprávných postojů v této oblasti. Jak potvrzuje klinická zkušenost, neadekvátní postoje pak mohou nezdědka vést i k psychickým problémům nebo přímo i k sexuálním dysfunkcím (89). Na druhém místě obě skupiny respondentů shodně uvedly časopisy a noviny, ale poté byly zjištěny výrazné rozdíly podle typu zaměření středních škol. U respondentů ze SZŠ patří škola k významnějším informačním zdrojům (téměř polovina uvedla školu na třetím místě) a tito respondenti také více uplatňují zdroje, které souvisí s jejich studiem (zdravotně výchovné materiály, knihy, lékaři). U ostatních respondentů se škola stále uplatňuje jako nedostatečný informační zdroj a jejich sexuální výchova je realizována převážně mediálně (škola až na pátém místě po internetu a TV, DVD, videu a rozhlase). Rodina patří u respondentů ze SZŠ mezi méně významné zdroje informací o sexualitě, přesto i zde nacházíme příznivější situaci než u respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření (rodiče uvedla necelá třetina respondentů ze SZŠ a u ostatních středních škol necelá pětina). Přesto lze hovořit o příznivější situaci, zejména u respondentů ze SZŠ, než uvádí autoři. Tento rozdíl posouzeného zdroje s výzkumem lze vysvětlit pozitivními trendy, které Weiss se Zvěřinou zjistili: škola i rodina jsou sice stále naprosto nedostatečným zdroji, ale současně došlo k nárůstu významu rodiny a školy a k poklesu počtu respondentů nepoučených u nejmladších věkových skupin respondentů. Dále tito autoři nachází zřetelný nárůst významu audiovizuálních a tištěných médií pro sexuální vzdělání nejmladší generace, tedy

u mládeže dospívající po roce 1989 **(89)**. S tímto trendem zcela koreluje i výzkum u respondentů ze středních škol v Klatovech - tisk, časopisy, TV, DVD, video lze považovat za velmi významné zdroje. Rovněž počet nepoučených je velmi nízký, pouze 3 respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedli, že nebyli poučeni nikde a 1 studentka uvedla mezi jiné zdroje vlastní zkušenosti. Nejméně informací získávají respondenti od sourozenců.

Jako další významný zdroj byl zjištěn internet, který uvedla téměř polovina respondentů ze SZŠ a více než polovina z ostatních středních škol. Děti a dospívající dnes využívají počítač a internet se stává pro ně běžnou součástí života. Návštěva internetové kavárny není nic neobvyklého. Podle statistik je u uživatelů internetu nejčastějším vyhledávaným klíčovým slovem „sex“. Běžným se stává i seznamování se přes internet, „chat“ a „on-line připojení s okamžitou a necenzurovanou komunikací **(56)**. Weiss a Zvěřina variantu internet jako informační zdroj do svého výzkumu (v roce 1993, 1998) ještě nezařadili, u respondentů ze středních škol je již významným zdrojem. U mladší generace na základních školách již komunikační technologie naprosto převládá. Podle Houdka, jehož bakalářská práce na téma „Vliv nových komunikačních technologií na sexuální vývoj mládeže“ zjišťovala odpovědi žáků 7. tříd základních škol, pouze 4 % respondentů nemá přístup k internetu, chaty a seznamky navštěvuje 54,6 % dotázaných, nejvíce informací o erotice a lidské sexualitě získali právě z chatů a seznámek, poté ze školy a na třetím místě z internetu, na posledním místě byli kamarádi a spolužáci. 60 % respondentů považuje účast v erotických chatech a seznamkách za „naprosto normální“ **(21)**. Houdek **(22)** uvádí, že celý problém se nepochybně stane předmětem obsahu rodinné výchovy případně sexuální výchovy. Lidská sexualita se stále vyvíjí a její nová část má název „Cybersex“ (sexuální zážitky získané prostřednictvím sítě). Švardala upozorňuje na to, že největší nebezpečí tkví v tom, že rodiče nechávají u internetu své děti bez dozoru a často i bez náležitého poučení. Ty pak navazují nebezpečné známosti, zveřejňují o sobě zbytečně mnoho informací, nebo se dokonce samy pouští do výroby vlastní pornografie. S on-line připojením přicházejí i určitá rizika a děti jsou vystaveny nebezpečí „on-line“ obtěžování. Mohou narazit i na skutečně nebezpečné jedince, kteří „loví“ za účelem

skutečného dosažení zvrhlého prožitku – a před těmi je třeba děti a dospívající chránit. Rozhodně není třeba dětem internet zakazovat, protože přináší i pozitivní a prospěšné informace, ale nepoučit je, je hloupé a nezodpovědné (75). Podrobnější pravidla bezpečného internetu jsou uvedeny v příloze 4.

Pokud jde o problémy v oblasti lásky, partnerství a sexuality, opět nejvíce respondentů (graf 28) uvedlo kamarády a spolužáky. Zcela vysoká procenta potvrdila, že respondenti mohou bez problémů komunikovat o sexu se svými vrstevníky. Na druhém místě respondenti shodně uvedli rodiče a dále sourozence, lékaře a někteří respondenti se nesvěřují s problémy nikomu. Velmi překvapivé je, že nikdo z respondentů neuvedl učitele, zejména u respondentů ze SZŠ. Škola sice patří u těchto respondentů mezi významné zdroje informací o sexualitě (graf 27). Tento fakt je zarážející i z toho důvodu, že nejvíce respondentů odpovědělo, že by sexuální zneužívání svého kamaráda oznámilo nejčastěji učiteli (graf 10), ale se svým problémem by se na něj neobrátilo. Lze tedy hovořit o nulové důvěře respondentů v učitele v případě vlastního problému v oblasti sexuality. Uzel (78) uvádí, že podle údajů Světové zdravotnické organizace totiž nejméně třetina učitelů není schopna sexuální výchovu učit. Tito pedagogové pak většinou vítají tabuizaci sexuálních témat a sexuální výchovu často redukuje jenom na jakési povšechné poučení o nebezpečích sexu spojené se zmínkou o kapavce a kondomech.

Nejvhodnějším prostředím pro sexuální výchovu je nesporně dobře fungující rodina. Pouze v tomto rodinném zázemí je možné spojovat teoretické informace poskytované rodiči s praxí láskyplného soužití manželských partnerů. Bohužel ne vždy jsou rodiče na sexuální výchovu svých dětí připraveni, často ani nechtějí se svými dětmi na toto téma hovořit (49). Mezi respondenty byly zjištěny rozdíly v komunikaci s rodiči o sexualitě dle typu zaměření středních škol (graf 29). Zatímco více než polovina respondentů ze SZŠ odpověděla, že s rodiči komunikuje zcela otevřeně, naopak více než polovina respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření buď s rodiči vůbec nemluví nebo se stydí či dostali odbornou literaturu. Lze hovořit o tom, že tento vztah mezi respondenty a rodiči souvisí s předchozím zjištěním: rodiče jsou u respondentů ze SZŠ více uplatňováni jako zdroj informací o sexualitě než



u respondentů z ostatních středních škol a respondenti ze SZŠ se rovněž mnohem častěji svěřují s problémy v této oblasti rodičům než ostatní respondenti. Podle Weisse u dětí, které jsou vychovávány v konzervativních rodinách a o sexuálních otázkách nemohou s rodiči volně mluvit, získává sex příchuť něčeho tajemného, zakázaného a tím lákavějšího (87). Cennou radou pro rodiče je, aby nečekali, až něco začne špatně fungovat. Ale vytvořili si se svým dítětem takový vztah, aby spolu mohli o všem otevřeně mluvit, aby si vzájemně důvěřovali. Aby přijímali s pochopením jeho neobratné pokusy mluvit s nimi o svých pocitech, o svém strachu, hněvu či sklíčenosti. Důležité je naučit se, jak mu dávat chováním i slovy najevo lásku, ale i obdiv nad tím, kam až jejich dítě na své cestě k dospělosti dospělo (57).

Juklová a Janiš uvádí, že v široké populaci převládá názor, že pouze škola může garantovat realizaci sexuální výchovy. Škola tuto garanci do značné míry převzala a potrvá ještě dlouho, než se celá záležitost stane nedílnou součástí výchovy také v rodině. Existuje celá řada objektivních příčin, které školu do této role staví. Například důvěra (spíše přenesení zodpovědnosti) ze strany rodičů ke škole, pochybná kvalita rozličných zdrojů prvotních informací (např. právě kamarádi) ve vztahu k objektivní prezentaci informací z oblastí lidské sexuality atd. K tomu přistupuje i fakt, že celá řada učitelů má nejen odpovídající znalosti, ale i dostatečné metodické dovednosti, jak tuto výchovu v praxi realizovat (31). Předmět sexuální výchova v dnešní době není samostatným vzdělávacím předmětem, ale je součástí širšího okruhu výchovy: na nižším stupni základních škol Prvouka a Přírodověda, na vyšším stupni Rodinná výchova, Biologie člověka, Občanská výchova. Na středních školách je to individuální dle konkrétního zaměření (84). Tabulka 4 znázorňuje formy sexuální výchovy, které uvedli respondenti z jednotlivých škol. U všech vybraných středních škol je sexuální výchova součástí jiného předmětu (nejčastěji Občanské výchovy) a dále v rámci pozvání odborníků (v letošním školním roce pozvání přijal sexuolog Uzel). Téměř polovina respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření uvedla, že sexuální výchova na jejich škole vůbec není. Na Gymnáziu Klatovy a zejména na SZŠ se věnují některým otázkám hlouběji, a to v hodinách biologie a u SZŠ i v dalších předmětech (respondenti uvedli celkem 10 předmětů). Tyto výsledky zcela

odpovídají zjištění Jachanové Doleželové, že střední školy se sexuální výchově v podstatě vůbec nevěnují, témata jsou řešena pouze odbornou externí přednáškou či jednou vyučovací hodinou, která je zařazena do Občanské výchovy či předmětu jí odpovídajícímu. Je zajímavé, že ve věku, kdy se mládež sexualitou nejvíce zabývá a začíná se jí aktivně věnovat, ji nikdo v tomto tématu nevzdělává (28).

V rámci hodnocení kvality školní sexuální výchovy odpověděli respondenti rozdílně dle typu zaměření (graf 30). Zatímco respondenti ze SZŠ hodnotí dostatečnost informací nejčastěji pozitivně, respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření naopak negativně, a to dokonce téměř polovina respondentů je považuje za naprosto nedostatečné. Toto zjištění odpovídá výstupům, které byly analyzovány výše. Sexuální výchova je oblast tématicky velmi rozsáhlá, ale na středních školách, kromě Gymnázia Klatovy a SZŠ, probíhá jako součást pouze jednoho jediného předmětu, a to občanské výchovy (tabulka 4). Dále to odpovídá i dalšímu předchozímu zjištění, že škola patří u respondentů ze SZŠ k významnějším zdrojům informací o sexualitě, zatímco u středních škol bez zdravotnického zaměření se uplatňuje naprosto nedostatečně (graf 27). Uzel (78) uvádí, že četné výzkumy v oblasti sexuální výchovy potvrdily, že poučená mládež začíná s pohlavními styky později než nepoučená. A nejen to. Sexuální výchova má zřetelně blahodárny vliv na snížení výskytu sexuálně přenosných nemocí a nechtěných těhotenství. Je ovšem zapotřebí, aby tato výchova v sobě obsahovala nejen informace, ale aby také dokázala u mládeže budovat cílevědomé postoje a účinné dovednosti. To ovšem dokáže jen školený pedagogický pracovník, který by měl pro institucionální sexuální výchovu získávat i rodiče a zabezpečovat, aby školní sexuální výchova postupovala s rodinnou výchovou ruku v ruce, aby se obě tyto složky výchovy vzájemně doplňovaly a obohacovaly.

V mnoha ohledech je zapotřebí připustit, že ve škole se mnohdy jedná spíše o sexuální osvětu, než o výchovu v pravém slova smyslu (31). Podle Janiše je jedním z velkých problémů sexuální výchovy nevyváženost mezi prevencí pozitivních a negativních informací. Otevřená prezentace některých projevů sexuality může napomoci široké osvětě při nalezení odpovídající odpovědi na některé otázky spjaté s pohlavním životem, na druhé straně může působit v mnoha ohledech destruktivně.

Sexuální osvěta je cílena v první řadě na pohlavně přenosné nemoci, nežádoucí otěhotnění, zneužití a znásilnění, prostituci apod. Navíc expozice se neodehrává v souladu s aktuálním vývojem, ale dochází k němu dříve, než optimálně „dozrají“ všechny součásti pohlavního ústrojí v přirozené časové posloupnosti. V sexuální výchově je tedy pozornost věnována hlavně reprodukční stránce. Kvalitní sexuální výchova se musí věnovat ale i takovým aspektům, které představuje láska, zodpovědnost, intimní vztah, rodičovství atd. (29). Tomuto problému odpovídají i výsledky výzkumu u respondentů. Ve školní sexuální výchově respondenti ze SZŠ spíše postrádají informace, které se týkají citové stránky pohlavního života (láska, partnerství a rodičovství), respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření sice nejčastěji uvedli hlubší znalosti o stránce biologické či rozmnožovací (pohlavní styk, STD), ale čtvrtina se také přiklání k lásce a partnerství a více než pětina k péči o dítě (graf 31). Čtvrtina respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření využila možnosti jiné varianty, nejčastěji pak uvedla: více podrobnějších informací, mýty versus skutečnost a prostor pro řešení konkrétních námětů a problémů. Z výsledků je patrné, že si studenti uvědomují důležitost významu citového propojení v sexuálním životě člověka. Tento výsledek potvrdil již výše uvedený fakt, že většina respondentů považuje za smysl pohlavního styku právě umocnění lásky a intimity (graf 20). Podle Matějčka sexuální výchova začíná výchovou citovou a do ní také ústí. Citová výchova je nad sexuální poučením, nad informacemi, byť včasné a vkusně podávanými, dává všemu smysl, směr a cíl. Nejdříve by měla začínat v rodině (vztah, vzor) a pak pokračovat ve škole za spolupráce rodiny (poučení) (50).

Důležitou formou sexuální výchovy je rovněž realizace preventivních programů zaměřujících se na rizikové sexuální chování (graf 32). Mezi preventivními programy, které probíhají či probíhaly na středních školách, respondenti s převahou uvedli programy na téma HIV/AIDS, dále pohlavně přenosné nemoci a antikoncepci. Výsledek odpovídá tomu, že ze všech STD většina respondentů zná právě HIV/AIDS a má i dostatečné znalosti o přenosu viru HIV. Jedním z preventivních programů je „Hrou proti AIDS“, který je určený pro žáky vyšších ročníků základních škol a studenty středních škol a učilišť. Námět hry vychází z podobného projektu, který vznikl

v Německu („Parkúr o AIDS, lásce a sexualitě“). V ČR ho převzala a upravila Okresní hygienická stanice v Klatovech (MUDr. Anna Kubátová) a projekt byl dále úspěšně šířen prostřednictvím Národního programu boje proti AIDS. Jde o interaktivní projekt primární prevence HIV/AIDS, jehož cílem je dát mládeži možnost netradičním způsobem, tj. hrou, osvojit si základní znalosti o možnostech přenosu viru HIV, ostatních pohlavně přenosných infekcích, ochraně před nežádoucím těhotenstvím a přemýšlet o vlastních postojích a chování v možných rizikových situacích (41). Vzhledem k tomu, že nejvýznamnějším zdrojem informací u dospívajících jsou vrstevníci, výhodou tohoto projektu je, že ho lze realizovat současně jako peer program tam, kde jsou k tomu vytvořeny příhodné podmínky. Základní informace o tomto programu jsou uvedeny v příloze 3.

V současnosti nejdostupnějším způsobem jak získat informace o sexualitě jsou masmédiá. Nabývají na důležitosti zejména pokud rodiče a školy setrvávají v neochotě či váhání diskutovat o sexuálních tématech (56). Nepříznivé je, že více respondentů ze středních škol v Klatovech si myslí, že média nenabízí neobjektivní pohled na sex (graf 33). Méně respondentů si je vědomo negativního vlivu masmédií a nejčastěji uvádějí: média poskytují zkreslené informace a bludy, ukazují sex pouze jako tělesnou rozkoš, pudovou záležitost a zábavu bez lásky. Sex je podle nich všude a nevěra je často pozitivním jevem. Jedna studentka z Gymnázia Klatovy odpověděla: „Dochází ke komercializaci a ztrátě intimity v oblasti sexu. Jde o senzaci, každý se pouze zajímá o to, kdo s kým – což je osobní věc. Sex je natolik medializovaná záležitost, že je těžké zachovat si na něj objektivní pohled. Dělají ze sexu něco, co se dá dělat s kýmkoliv na ulici. Jde o celospolečenský problém, který vyžaduje dlouhou diskusi.“ Rozehnalová uvádí, že masmédiá často propagují volný sex jako normu, aniž by ukázala jeho skutečné následky. Zaměřují se na senzace a ignorují tak velkou většinu lidí, kteří jsou si věrní. To negativním způsobem ovlivňuje naši společnost (65). Dle Šilerové neposkytují média vždy správné informace či přiměřená poselství. Časopisy pro mládež často píšou o sexuálním životě před 15. rokem nebo těsně po něm jako o běžné věci. V diskusních pořadech či reklamách je sexualita ukazována pouze jako fyzická záležitost, bez psychické a citové vazby. Proto by rodiče a škola měli

pomáhat dospívajícím se v těchto signálech lépe orientovat, aby je nepovažovali za jediný správný a možný pohled, ale za sdělení, která často slouží jiným, zejména komerčním důvodům (prodat nějaký výrobek, zvýšit sledovanost televize apod.) (72).

Další oblastí výzkumu je vlastní sexuální chování respondentů (tabulka 5). Většina respondentů již měla pohlavní styk, a to v průměrném věku 15,9 let u respondentů SZŠ a 16,3 let u respondentů z ostatních středních škol. Znamená to, že středoškolská mládež do obsahu partnerského vztahu zahrnuje sexuální soužití. Varujícím údajem je, že 6 % respondentů ze SZŠ a 4 % z ostatních středních škol zahájila svůj pohlavní život před 15. rokem života, to znamená, že v těchto případech se jednalo o naplnění skutkové podstaty trestného činu. V 15 letech bylo sexuálně aktivních již 40 % respondentů ze SZŠ a 27 % z ostatních středních škol. Tento výsledek odpovídá výzkumu firmy Durex u dospívajících, kdy celosvětový průměr je podle tohoto průzkumu z roku 2005 sice 17,3 let (muži 17,5, ženy 17,2), ale tento výzkum také zjistil, že v současnosti mladí lidé začínají se sexuálním životem dříve než minulé generace (25 – 34letí v 17,9 letech, 21 – 24letí ve věku 17,5 let a 16 – 20letí ve věku 16,3 let. Nejdříve se sexem začínají Islandčané (15,6) a Němci (15,9 let), naopak nejdéle lidé z Indie (19,8) a Vietnamu (19,6) (77). Rovněž Rozehnalová uvádí, že počet sexuálně zkušených českých adolescentů je poměrně vysoký. Zlomovým se jeví věk 15 a 16 let, kdy absolvuje svůj první sexuální styk až 72,5 % ze sexuálně aktivních jedinců, 13,1 % mělo první pohlavní styk před 15. rokem (64). Weiss a Zvěřina uvádí, že nejčastějším věkem při prvním pohlavním styku zůstává 17. a 18. rok života (průměrný věk byl v roce 1998 u mužů 18,17 a u žen 18,06 let), a před 15. rokem života mělo pohlavní styk 5,3 % mužů a 1,3 % žen (89).

Nejčastější motivací k prvnímu pohlavnímu styku byla u téměř poloviny respondentů zvědavost a až na druhém místě láska. Velmi závažné je, že mezi jiné důvody respondenti uvedli alkohol, hloupost a zábavu. Podle zahraničních autorů jde často o tlak vrstevníků a partnera u dívek až v 65 % a u hochů až v 51 %. Další motivací je získání pocitu vlastní tělesné přitažlivosti, pocitu dospělosti a nezávislosti, schopnosti intimity nebo získání blízkého vztahu, kterého se jim nedostává v rodině. Naši autoři pak uvádí jako důležitý motiv právě zvědavost a tlak vrstevníků asi u jedné třetiny

dívek a chlapců. Do vývoje sexuálního života negativně zasahují média, jak elektronická, tak tištěná. Z médií na děti a mládež působí tlak, vytváří se nesprávný dojem a veřejné mínění, že raný sexuální život je něco zcela normálního (47). I Šilerová uvádí, že motivací k předčasnému sexuálnímu životu jsou často zvědavost či nátlak vrstevníků („všichni už to mají za sebou“) a vliv médií, zejména některých časopisů pro teenagery vzbuzující dojem, že začít se sexem ve 13 nebo 14 letech je zcela běžné. To ale nejsou nejvhodnější důvody pro první sexuální zkušenost (72). Rovněž podle Langmeiera a Krejčířové je motivací pro první pohlavní styk zřídka kdy hlubší emoční vztah, ale daleko nejčastěji prostá zvědavost, ta byla rozhodujícím podnětem zejména u chlapců v 82 %, u dívek poněkud méně často v 62 % - emoční vazba na chlapce u nich hraje od začátku větší úlohu (43).

Antikoncepci při prvním pohlavním styku použila většina respondentů, a to nejčastěji některou účinnější formu (kondom, hormonální antikoncepci nebo kombinaci těchto forem). Pouze malé procento uvedlo přerušovanou soulož a respondenti ze SZŠ i hormonální „pilulku po“. V tomto případě jsou respondenti mnohem zodpovědnější než uvádí Weiss a Zvěřina: při prvním pohlavním styku nepoužila většina respondentů žádnou antikoncepci (52 %) a z použité antikoncepce se jednalo nejčastěji o kondom. Rozdíl by mohl být způsoben i tím, že v této problematice zjišťují tito autoři nejpříznivější trendy. Výsledky zřetelně dokazují snižování počtu respondentů, kteří se při koitarché nijak nechrání nebo použijí pouze přerušovanou soulož, a současně i zvyšující se počty těch, kteří použili některou z forem účinné ochrany (89).

První pohlavní styk byl u respondentů ze středních škol nejčastěji uskutečněn se stálým partnerem v průměru po 5 měsících známosti. U Weisse a Zvěřiny měli v roce 1998 muži první pohlavní styk se stálou partnerkou v 68 % v průměru po 6,01 měsících známosti a ženy v 88 % se stálým partnerem po 8,37 měsících známosti (89). Jednoho či dva partnery uvedla necelá polovina respondentů. Velmi nepříznivé je, že 24 % respondentů ze SZŠ a 15 % z ostatních středních škol mělo 5 a více partnerů. 4 % ze SZŠ a 5 % z ostatních středních škol dokonce 10 a více. Podle Machové a Hamanové je větší počet než 5 partnerů považován za velmi rizikový jev sexuálního chování (47). Rozehnalová uvádí, že mezi sexuálně zkušenými respondenty ve věku 15 – 18 let tvoří

téměř polovinu respondenti s jedním či dvěma sexuálními partnery, pět a více partnerů nachází u necelé pětiny dívek a čtvrtiny chlapců **(64)**.

Dalším nepříznivým zjištěním je, že sice většina sexuálně aktivních respondentů kondom používá, ale téměř třetina uvedla pouze zřídka či nikdy (u středních škol bez zdravotnického zaměření nikdy dokonce 40 %). Weiss, Kučera a Svěráková zjistili, že z respondentů ve věku 15 – 18 let, kteří již měli pohlavní styk, pouze velmi malá část, necelých 10 %, užívá kondom pravidelně, pouze pětina většinou a téměř tři čtvrtiny respondentů ho přitom užívají zřídka nebo nikdy **(88)**. Podle Rozehnalové je situace našich dospívajících ve srovnání se zahraničními výzkumy ještě méně příznivá než u počtu partnerů. Pouze 11 % dívek a 6 % chlapců uvedlo, že kondom používá při každém styku. 40 % sexuálně aktivních adolescentů používá kondom zřídka a 31 % vůbec ne **(64)**. Vzhledem k výsledkům výzkumu u respondentů na středních školách v Klatovech lze souhlasit s výsledky, které uvádí Weiss, Kučera a Svěráková a které svědčí o mnoha negativních charakteristikách sexuálního chování českých adolescentů: sexuálně aktivní chlapci a dívky (mezi 18letými je jich už 75 %) jsou u nás ve srovnání se svými západoevropskými a americkými vrstevníky promiskuitnější, tedy mají více sexuálních partnerů a současně kondom při pohlavním styku užívají podstatně méně. Tato kombinace představuje do budoucna reálné ohrožení značné části mládeže STD včetně HIV/AIDS. Dále se prokázalo, že především základní škola plní svou sexuálně výchovnou roli nedostatečně a neposkytuje dostatek adekvátních informací o riziku infekce ve věku, který se jeví jako nejvhodnější pro přípravu mládeže pro zodpovědný pohlavní život. Přes poměrně dobrou úroveň vědomostí studentů středních škol se však zřetelně projevil dluh základních škol v přípravě žáků pro sexuální život, který již v 15 – 16 letech zahajuje značné množství respondentů **(88)**.

U respondentů, kteří zatím nezahájili pohlavní život, je nejčastějším důvodem jejich postoje čekání na „toho pravého“. Dále na druhém místě respondenti uvedli náboženské založení, následované vlastní nezralostí a nedostatečnou znalostí partnera. Většina těchto respondentů se domnívá, že sociální zralost není před zahájením pohlavního života důležitá. Rozdíl mezi respondenty dle zaměření se zjistil v tom,

že většina respondentů ze SZŠ si myslí, že zralost nezvyšuje hodnotu sexuálního života, naopak respondenti ze středních škol bez zdravotnického zaměření ano.

Lze konstatovat, že u respondentů se zjistilo více negativních charakteristik sexuálního chování adolescentů. Méně příznivá situace je u respondentů ze SZŠ než u respondentů ze středních škol bez zdravotnického zaměření: časnější zahájení pohlavního života, o 2 % více respondentů mělo první pohlavní styk 15. rokem, o 13 % více respondentů bylo sexuálně aktivních již v 15. roce života, o 8 % více nepoužilo žádnou antikoncepci při pohlavním styku a rovněž o 8 % více uskutečnilo první pohlavní styk s náhodným partnerem, láska byla motivací k prvnímu pohlavnímu styku u menšího počtu respondentů - o 4 %, respondenti měli více sexuálních partnerů. Pouze u frekvence používání kondomů při pohlavním styku je sexuální chování respondentů ze SZŠ pozitivnější než u respondentů z ostatních středních škol. V souvislosti s těmito výsledky lze konstatovat alarmující fakt, že respondenti ze SZŠ mají sice více znalostí, tedy vědí proč a jakým způsobem by měli chránit své zdraví, ale tyto vědomosti nejsou přeměněny v dovednosti a následné postoje a respondenti se nakonec zachovávají úplně jinak, než by z hlediska ochrany zdraví měli. Dle studie Suzane Kovalikové si lidé zapamatují: 10 % toho, co slyšeli, 20 % toho, co současně viděli a slyšeli, 40 % toho, o čem diskutovali, 80 % toho, co zažili nebo dělali, 90 % toho, co se pokoušeli naučit ostatní. Z této studie vyplývá, že klasická výuka vedená formou frontálního vyučování, kdy pedagog s využitím názorných pomůcek přednáší učivo, má jen 20 % efekt. Protože chceme v sexuální výchově formovat trvalé vědomosti, dovednosti a postoje pro budoucí život studentů, je nutné, aby je nezapomněli. K tomuto účelu slouží aktivizační metody **(16)**.

Většina ženských lékařů považuje reprodukční zdraví českých žen v 60 % za neuspokojivé. Pouze o třetině se vyjádřili, že je spíše uspokojivé a pouze v 7 % je hodnotí jako uspokojivé. Za nejzávažnější důvod považují nedostatečnou péči žen o své zdraví, špatné sexuální návyky, problémy v prevenci a zdravotní péče a nedostatky v osvětě **(47)**. Většina respondentů uvedla, že frekvence návštěv ženy u gynekologa, by měla být 1 x ročně (graf 34). Mnohem méně respondentů se domnívá, že 2 x ročně a jeden respondent ze středních škol bez zdravotnického zařízení (muž) si myslí, že



pouze při potížích. Podle Machové a Hamanové platí, že gynekologická problematika se u dívek v dorostovém věku zásadně mění od okamžiku, kdy dívka zahájí pohlavní život. První gynekologickou preventivní prohlídku má mít dívka v 15 letech a další pak 1 x ročně. Preventivní působení se má zaměřovat na úpravu menstruačního cyklu, poučení o osobní hygieně při menstruaci, výchovu dospívajících k pohlavní zdrženlivosti, prevenci nežádoucího otěhotnění, prevenci infekce STD a nákazou HIV/AIDS.

Na gynekologickém vyšetření již byla většina respondentek (graf 36). Nejčastějšími důvody byly běžná prohlídka a žádost o antikoncepci. Výrazně méně respondentek uvedlo gynekologické obtíže a obavu z těhotenství. Velmi pozitivním zjištěním je, že všechny dívky, které zároveň uvedly začátek pohlavního života, již toto vyšetření absolvovaly. Tento výzkum zjistil pozitivní postoj a zodpovědnost respondentek ze středních škol v Klatovech za své reprodukční zdraví. Na stavu reprodukčního zdraví žen se však velkou měrou podílejí i muži. Většina z nich uvedla, že lékař, který se zabývá mužskými pohlavními orgány je urolog (graf 35). Ostatní si myslí, že jde o sexuologa.

Tabulka 6 znázorňuje myšlenky uvedené respondenty, které podle nich vystihují postoj dnešní mládeže. Více než polovina respondentů uvedla: „Ale jdi! Každý to dělá!“ a „Kdybys mě miloval(a), nebránil(a) bys mi v pohlavním styku s tebou.“ Naopak nejméně respondentů uvedlo: „Dej hodnotu svému životu, žij své hodnoty.“ Výzkumy ukazují, že mladí lidé, kteří mají jasné životní cíle a pevné zásady týkající se osobního standardu, komunikují se svými rodiči a v těchto důležitých otázkách dostávají jasné vedení, mají větší sílu vzdorovat tlaku vrstevníků a sdělovacích prostředků, které je podněcují začít sexuálně žít co nejdříve (65).

## 6. Závěr

Cílem této diplomové práce bylo porovnat znalosti o prevenci rizikového sexuálního chování u mladistvých na Střední zdravotnické škole a středních školách bez zdravotnického zaměření v Klatovech.

Hypotéza stanovená na začátku výzkumu zněla: Mladiství na Střední zdravotnické škole v Klatovech mají více znalostí o prevenci rizikového sexuálního chování než mladiství na středních školách bez zdravotnického zaměření v Klatovech.

**Z celkového hodnocení výzkumu vyplývá, že stanovená hypotéza byla potvrzena.** Respondenti ze SZŠ mají více znalostí z oblasti rizikového sexuálního chování. V souvislosti s těmito výsledky lze ale rovněž konstatovat alarmující fakt, že respondenti ze SZŠ mají sice více znalostí, tedy vědí proč a jakým způsobem by měli chránit své zdraví, ale neumí či nedokáží tyto své znalosti použít. Znalosti (informace) nejsou přeměněny v dovednosti a následné postoje, to znamená, že se nakonec zachovají úplně jinak, než by z hlediska ochrany zdraví měli. U respondentů bylo zjištěno více negativních charakteristik sexuálního chování adolescentů a méně příznivější situace je právě u respondentů ze SZŠ. Toto představuje reálné ohrožení STD včetně HIV/AIDS. Jedním z problémů je oblast preventivního působení v rodinách a školách. Na středních školách bez zdravotnického zaměření je sexuální výchova realizována zcela nedostatečně, často pouze v rámci jedné vyučovací hodiny či formou externí přednášky. Na Gymnáziu a zejména Střední zdravotnické škole se věnují této oblasti hlouběji, ale i zde je prevence založena spíše na poskytování informací. Přes poměrně dobrou úroveň vědomostí respondentů se také projevil dluh základních škol v přípravě žáků pro sexuální život, který v 15 letech zahájilo značné množství respondentů.

Dospívající je třeba vést preventivně výchovných působením k omezení rizikového sexuálního chování. Významnou roli v prevenci hraje především dobře fungující rodina a poté škola, které musí vzájemně spolupracovat, doplňovat se a obohacovat, dále mimoškolní zájmové organizace a lékaři. Sexuální výchova by neměla být pouze sexuální osvětou, ale výchovou v pravém slova smyslu. Měla by

ovlivňovat nejen oblast kognitivní (informace, vědomosti), ale i emotivní (vztahy, postoje) a konativní (chování a dovednosti). Základním předpokladem je poskytovat mladým lidem informace o sexualitě vhodnou formou, zvolit spíše aktivizační metody (dialogické, problémové, inscenační a hry) než klasickou formu přednáškovou a podporovat jejich odpovědné a bezpečné chování včetně pohlavní abstinence. Na prvním místě je třeba zdůrazňovat sexuální zdrženlivost jako přípravu na manželskou věrnost a teprve poté zásady bezpečnějšího sexu, ne naopak. U středních škol bez zdravotnického zaměření by bylo zapotřebí zvýraznit sexuální výchovu ve školách, zařadit ji do plánů jednotlivých předmětů, vychytat mezipředmětové vztahy a zvolit častěji i jiné její formy. Vzhledem k tomu, že nejvýznamnějším zdrojem informací u mládeže jsou vrstevníci, je možností využívat peer programy zaměřené na rizikové sexuální chování, např. projekt „Hrou proti AIDS“ (příloha 3).

Přínos této diplomové práce je v oblasti informovanosti mládeže a charakteristik postojů a rizik dospívající generace. Práce může sloužit ke studijním účelům na ZSF JU, pro studenty, pedagogy i jako informační příručka pro veřejnost.

## 7. Seznam použité literatury

1. BARTÁK, A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. BARTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3.3. c1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004 [cit. 2007-02-19].  
Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 3.0 (2004). c1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004 [cit. 2007-02-19].  
Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
5. BRAUN, R. Psychologické aspekty HIV/AIDS. In: *Sexuální výchova. Problematika dětské pornografie a její prevence na škole (příručka pro učitele)*. Praha: VÚP ve Spolupráci s MŠMT, 2003, str. 54-59.
6. BRICHČÍN, S. Sexualita v dospívání. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 1. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2000, s. 73-78.  
ISBN 80-902898-0-0.
7. BRŮČKOVÁ, M., MALÝ, M., VANDASOVÁ, J. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2006* [online]. [cit. 2007-02-26].  
Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/textova.htm>>.
8. *Co je to AIDS a virus HIV* [online]. [cit. 2007-01-25].  
Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/cojevirus.htm>>.
9. *Co očkujeme* [online]. [cit. 2007-04-06].  
Dostupné z: <<http://www.ockovacentrum.cz/?p=co-ockujeme>>.
10. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X.
11. *Časté dotazy* [online]. [cit. 2007-04-06].  
Dostupné z: <[http://www.ockovacentrum.cz/?p=caste\\_dotazy](http://www.ockovacentrum.cz/?p=caste_dotazy)>.

12. *Demografická příručka 2006* [online]. Zveřejněno 9.12.2006 [cit. 2007-04-06]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/publ/4032-06-2006>>.
13. DUNOVSKÝ, J., MITLÖHNER, M., HEJČ, K., et al. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 252 s. ISBN 80-247-1201-6.
14. FAIT, T. Současné možnosti antikoncepce. In: *12. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Pardubice 2004*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2004, s. 24-27. ISBN 80-86559-31-9.
15. FIALA, L. Mravnostní kriminalita páchaná na dětech a mládeži. In: *Sexuální výchova. Problematika dětské pornografie a její prevence na škole (příručka pro učitele)*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT, 2003, str. 16-32.
16. HAJNOVÁ, R., KLEINOVÁ, S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 86 s. ISBN 80-7013-359-7.
17. HÁLA, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 52 s. ISBN 80-7040-815-4.
18. HAMANOVÁ, J. Mezinárodní konference o zdraví adolescentů – Londýn 2000. *Čes.-slov. Pediatrie*. 2001, roč. 56, č. 8, s. 482-483. ISSN 0069-2328.
19. HAMANOVÁ, J., HELLEROVÁ, P. Syndrom rizikového chování v dospívání (1.část). *Čes.-slov. Pediatrie*. 2000, roč. 55, č. 6, s. 380-387. ISSN 0069-2328.
20. HAMANOVÁ, J., HELLEROVÁ, P. Syndrom rizikového chování v dospívání (2.část: Prevence). *Čes.-slov. Pediatrie*. 2000, roč. 55, č. 7, s. 466-473. ISSN 0069-2328.
21. HOUDEK, J. Vliv nových komunikačních technologií na mládež – výsledky dotazníku bakalářské práce. In: *14. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Pardubice 2006*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2006, s. 19-41. ISBN 80-86559-57-2.
22. HOUDEK, J. Mobilní telefonní přístroj nová možnost latentních forem sexuálních aktivit. In: *12. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Pardubice 2004*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2004, s. 37-41. ISBN 80-86559-31-9.

23. HRDINOVÁ, J., WINKLER, J. Důsledky těhotenství adolescentních matek. *Čs. Pediatrie*. 1999, roč. 54, č. 3, s. 172-174. ISSN 0069-2328.
24. HRUBÁ, D., KAŠTÁNKOVÁ, V. Diagnostika, terapie a prevence chlamydiových infekcí. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 2. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2001, s. 92-99. ISBN 80-902898-1-9.
25. HUBÁČKOVÁ, J. *Co je to adolescence* [online]. 28.7.2006 [cit. 2007-02-12]. Dostupné z: <<http://www.zkola.cz/zkedu/zaskolou/vychovadetiadospivajicich/adolescence/20637.aspx>>.
26. HYNKOVÁ, M. Indikační meze hormonální kontracepce u mladistvých. *Čes.-slov. Pediatrie*. 2000, roč. 55, č. 6, s. 392-393. ISSN 0069-2328.
27. CHMELÍK, J., et al. *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 208 s. ISBN 80-7178-739-6.
28. JACHANOVÁ DOLEŽELOVÁ, A. *Sexuální výchova => prevence interrupcí, AIDS a cesta k odpovědnému partnerství a rodičovství* [online]. 17.10.2006 [cit. 2007-04-12]. Dostupné z: <[http://www.feminismus.cz/download/sexualni\\_vychova.pdf](http://www.feminismus.cz/download/sexualni_vychova.pdf)>.
29. JANIŠ, K. *Sexuální výchova a škola* [online]. Moravský regionální kongres k sexuální výchově 2006. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-02-19]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006062709>>.
30. JANIŠ, K. Sexuální výchova – vybrané otázky. In: *12. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Pardubice 2004*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2004, s. 41-54. ISBN 80-86559-31-9.
31. JANIŠ, K., JUKLOVÁ, K. Omyly a mýty v sexuální výchově. *Prevence*. Praha: 2005, roč. 2, č. 1, s. 8-9. ISSN 1214-8717.
32. JANOUŠKOVÁ, M. Antikoncepce a prevence pohlavně přenosných chorob u adolescentek v Ostravě. In: *13. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Pardubice 2005*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2005, s. 58-60. ISBN 80-86559-41-6.

33. JELÍNEK, M., KVĚTOŇ, P., VOBOŘIL, D., et al. Vrstevnická konformita jako faktor rizikového chování mladistvých: struktura, zdroje, dopady. *Čes.-slov. psychologie*. Praha: 2006, roč. 50, č. 5, s. 393-404. ISSN 0009-062X.
34. JUŘÍČKOVÁ, V. Rodina jako uzavřený nebo otevřený problém? In: *Rodinná a sexuální výchovy: dnešní reflexe a citlivá místa*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004, s. 28-33. ISBN 80-7041-078-7.
35. KAŇKA, P., SCHEANSOVÁ, A. Pedagog a homosexualita. In: *Sexuální výchova. Problematika dětské pornografie a její prevence na škole (příručka pro učitele)*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT, 2003, str. 33-50.
36. KOVÁŘ, P., KAŇKA, P. Patří skutečně pohlavně přenosné choroby a STI do předminulého století? *Prevence*. Praha: 2006, roč. 3, č. 5, s. 8-10. ISSN 1214-8717.
37. KOVÁŘ, P., KARHAN, J. *Stav a vývoj zákonodárství umělého přerušeni těhotenství ve světě a u nás* [online]. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-02-19].  
Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006011310>>.
38. KŘEMENOVÁ, S. Aktuální problematika pohlavně přenosných chorob. In: *Sexuální výchova. Problematika dětské pornografie a její prevence na škole (příručka pro učitele)*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT, 2003, str. 60-69.
39. KŘEMENOVÁ, S. Sexuálně přenosné choroby a rizikové chování mládeže v oblasti reprodukčního zdraví. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 1. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2000, s. 101-114. ISBN 80-902898-0-0.
40. KŘÍŽ, J. Politika státu a prevence rizikového chování dospívajících, přístup WHO. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 1. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2000, s. 13-14. ISBN 80-902898-0-0.
41. KUBÁTOVÁ, A., JEDLIČKA, J., et al. *Hrou proti Aids - manuál*. 4. vyd. Praha: KHS Plzeňského kraje a SZÚ, 2005. 32 s.
42. KUBRICHTOVÁ, L. *Sexuální výchova adolescence* [online].  
22.6.2005 [cit. 2007-03-19]. Dostupné z: <<http://www.rvp.cz/clanek/250/247>>.
43. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.

44. LÁZNIČKOVÁ, L. Hormonální antikoncepce a její úskalí v dospívání. Přírozené plánování rodičovství. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 5. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2004, s. 99-109. ISBN 80-902898-6-X.
45. LÁZNIČKOVÁ, L. Sex dospívajících z pohledu gynekologa. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 1. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2000, s. 93-100. ISBN 80-902898-0-0.
46. MACEK, P. *Adolescence. 2.*, upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
47. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání (příručka k sexuální výchově)*. 1. vyd. Praha: H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
48. MACHOVÁ, J., MARÁDOVÁ, E., KLEMENTA, J., et al. *Výchova ke zdravému životnímu stylu (základy sexuální výchovy)*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3.
49. MARÁDOVÁ, E. *K aktuálním otázkám pojetí rodinné a sexuální výchovy v transformované škole* [online]. 14. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice v Pardubicích 2006. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-02-19].  
Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007011603>>.
50. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 143 s. ISBN 80-7178-494-X.
51. MATĚJČEK, Z. Socializační proces. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 1. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2000, s. 55-64. ISBN 80-902898-0-0.
52. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
53. MITLÖHNER, M. Právní otázky sexuální výchovy dětí školou povinných. In: *Rodinná a sexuální výchovy: dnešní reflexe a citlivá místa*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004, s. 122-124. ISBN 80-7041-078-7.



54. MITLÖHNER, M., CHYTRÁ, V. Prevence komerčního sexuálního zneužívání dětí jako součást sexuální výchovy. In: *Rodinná a sexuální výchovy: dnešní reflexe a citlivá místa*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004, s. 125-137. ISBN 80-7041-078-7.
55. OAKLEYOVÁ, A. *Pohlaví, gender a společnost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-403-6.
56. ONDREJKA, I., FARSKÝ, I., SPITKA, M. Psychopatologické aspekty expozice dětí a adolescentů sexuálním obsahem v masmédiích. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 2, s. 76-79. ISSN 1213-0508.
57. ORVIN, G. H. *Dospívání – Kniha pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 180 s. ISBN 80-247-0124-3.
58. PANZER, R. Mezilidské vztahy. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 5. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2004, s. 59-85. ISBN 80-902898-6-X.
59. PEKÁRKOVÁ, M., PRIMUSOVÁ, H., UZEL, R., et al. *Potrat ano – ne aneb Na pokraji života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 104 s. ISBN 80-7169-922-5.
60. *Podrobný popis HIV/AIDS* [online]. [cit. 2007-01-25].  
Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/popis.htm>>.
61. *Pohlavní nemoci 2005* [online]. [cit. 2007-04-16].  
Dostupné z: <[http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=2417](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2417)>.
62. *Potraty 2005* [online]. [cit. 2007-04-16].  
Dostupné z: <[http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=2335](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2335)>.
63. RAINE, T. R., WEISS, D. Podporuje postkoitální antikoncepce rizikové sexuální chování u dospívajících? *Gynekologie po promoci* [online]. 2005, roč. 5, č. 6. [cit. 2007-01-27]. Dostupné z: <<http://www.medical-tribune.cz/src/cs/archiv/gpp/65/1533>>.
64. ROZEHNALOVÁ, M. *Co se skrývá za sexem dospívajících? aneb Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků*. Praha: CEVAP, 2005. 146 s. ISBN 80-902898-8-6.
65. ROZEHNALOVÁ, M. *Free Teens – Pracovní sešit*. Praha: Free Teens, 1998.
66. RYBOVÁ, Z. *Je kontrola porodnosti výhradně starostí žen?* [online]. [cit. 2007-03-21]. Dostupné z: <<http://www.prolife.cz/potrat/?id=583>>.

**67.** RYDLO, J. *Cíle, obsah a metody sexuální výchovy* [online]. Moravský regionální kongres k sexuální výchově 2004. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-01-25].

Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010903>>.

**68.** SPILKOVÁ, J. Psychologie sexuálně zneužitého dítěte. In: *Sexuální výchova. Problematika dětské pornografie a její prevence na škole (příručka pro učitele)*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT, 2003, str. 7-15.

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

**70.** *Šance pro miliardu: investice do zdraví a práv mladých lidí* [online]. 23.6.2004 [cit. 2007-01-25]. Dostupné z: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5559>>.

**71.** ŠILEROVÁ, L. *Sex, reklama a mladí lidé* [online]. 12. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice v Pardubicích 2004. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-02-19].

Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010606>>.

**72.** ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova. Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6.

**73.** ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003. 156 s. ISBN 80-86131-44-0.

**74.** ŠTĚPÁN, J. Sexuální výchova mládeže je právní povinností státu. *Prevence sociálně nežádoucích jevů*. Brno: 2005, roč. 4, č. 3, s. 4-6. ISSN 1214-6609.

**75.** ŠVARDALA, L. *Děti a nebezpečí z internetu* [online]. 12. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice v Pardubicích 2004. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-02-19].

Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010604>>.

**76.** TÄUBNER, V. *Sexuální výchova jako předmět sexuální pedagogiky* [online]. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-02-19].

Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006030911>>.

77. *The global sex survey 2005* [online]. [cit. 2007-04-16].  
Dostupné z: <<http://www.durex.com/cz/gss2005results.asp>>.
78. UZEL, R. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-69-5.
79. UZEL, R. *Pornografie aneb Provokující nahota*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2004. 200 s. ISBN 80-249-0351-2.
80. UZEL, R. *Má první soulož regulovat zákon?* [online]. c2001-2005 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2007-02-19].  
Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006013007>>.
81. UZEL, R. *Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 140 s. ISBN 80-7169-767-2.
82. VAGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
83. VANÍČKOVÁ, E. *Dětská prostituce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 136 s. ISBN 80-247-1138-9.
84. VRUBLOVÁ, Y. *Sexualita – Přirozená potřeba. Malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. 1. vyd. Brno: Cerm, 2005. 61 s. ISBN 80-7204-406-0.
85. WEISS, P. *Může sexuální výchova uškodit? Prevence sociálně nežádoucích jevů*. Brno: 2005, roč. 4, č. 3, s 6-9. ISSN 1214-6609.
86. WEISS, P., et al. *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 212 s. ISBN 80-7169-795-8.
87. WEISS, P. *Sex*. Praha: Alberta Plus, 1998. 186 s. ISBN 80-85792-99-0.
88. WEISS, P., KUČERA, Z., SVĚŘÁKOVÁ, M. *Sexuální chování českých adolescentů a jeho rizikovost z hlediska infekce HIV/AIDS: Výsledky národního výzkumu*. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 3. odborný seminář v Praze*. Praha: Free Teens Press, 2002, s. 15-27. ISBN 80-902898-2-7.
89. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-558-X.
90. ZÁLIŠ, Z. *Pravidla bezpečného internetu* [online]. 11.4.2006 [cit. 2007-04-16].  
Dostupné z: <<http://www.rvp.cz/clanek/221/517>>.

91. *Zdraví 21 - zdraví do 21. století*. Praha: SZO, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-49-5.
92. ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.
93. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Cerm, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.

## **8. Klíčová slova**

Adolescence

Antikoncepce

Prevence

Pohlavně přenosné nemoci

Předčasný sexuální život

Rizikové sexuální chování

Sexualita

Sexuální výchova

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Dotazník pro studenty

Příloha 2: Charta sexuálních a reprodukčních práv

Příloha 3: „Hrou proti AIDS“

Příloha 4: Pravidla bezpečného internetu

## *Příloha 1: Dotazník pro studenty*

<b>Dotazník monitorující znalosti mladistvých o prevenci rizikového sexuálního chování na středních školách v Klatovech.</b>
--

*Dobrý den! Jmenuji se Petra Jiříková a studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumu v rámci diplomové práce. **Dotazník je anonymní.** Získané údaje budou použity výhradně pro výzkumné účely.*

Označte prosím kroužkem odpověď, kterou považujete za správnou či která Vám nejvíce vyhovuje. U některých otázek je možnost více správných odpovědí, případně v zadání otázky je upozornění na označení počtu odpovědí. U některých otázek je ponechán prostor pro uvedení vlastní odpovědi. Toto místo je vyznačeno tečkami.

**1. Název střední školy, kterou navštěvujete:** ..... (doplňte)

**2. Pohlaví:**

- a) muž    b) žena

**3. Věk:** ..... let (doplňte)

**4. Co si představíte pod pojmem „rizikové sexuální chování“:**

- a) předčasné zahájení pohlavního života
- b) prostituce
- c) střídání sexuálních partnerů
- d) náhodné známosti
- e) nepoužívání antikoncepce
- f) těhotenství nezletilých
- g) jiné, a to (uveďte): .....
- h) nevím, co si pod tímto pojmem mám představit

**5. Co je promiskuita?**

- a) časté střídání sexuálních partnerů
- b) pohlavní styk s více partnery současně
- c) sexuální služby za úplatu

**6. Co je znásilnění?**

- a) trestná činnost
- b) pohlavní styk mezi pokrevními příbuznými
- c) vynucená soulož

**7. Co je prostituce?**

- a) časté střídání sexuálních partnerů
- b) pohlavní styk s více partnery současně
- c) sexuální služby za úplatu
- d) zaměstnání jako každé jiné
- e) příležitost pro luxusní život
- f) trestná činnost

**8. Dovedete si představit, že byste nějakou situaci ve svém životě řešili prostitucí?**

- a) nikdy                      b) ano                      c) nevím

**9. Co představuje pojem „sexuální zneužívání dítěte“?**

- a) jakékoliv dotýkání se dítěte se sexuálním podtextem ( např. líbání a osahávání)  
b) přinucení dítěte k obnažení a fotografování  
c) znásilnění dítěte  
d) exhibicionismus  
e) obscénní telefonické hovory

**10. Máte právo říci každému, tedy i tomu, koho znáte a jemuž důvěřujete, aby se Vás nedotýkal, že Vám je to nepříjemné?**

- a) ano                      b) ne                      c) nevím

**11. Co uděláte po zjištění, že je někdo z Vašich kamarádů sexuálně zneužíván?**

- a) nikomu to neoznámím  
b) řeknu to rodičům  
c) řeknu to kamarádům  
d) řeknu to ve škole učiteli  
e) oznámím to policii  
f) zavolám na linku důvěry  
g) udělám něco jiného, a to (uveďte co): .....

**12. A Co si představujete pod pojmem nechráněný pohlavní styk?**

**B Může dívka při nechráněném prvním pohlavním styku otěhotnět?**

- a) ano                      b) ne

**13. Co je to antikoncepce?**

- a) ochrana před nežádoucím otěhotněním  
b) ochrana před pohlavně přenosnými chorobami  
c) ochrana před zhoubným bujením (rakovinou)

**14. Znáte některou antikoncepční metodu či prostředek?**

- a) ne, neznám  
b) ano, a to (uveďte): .....

**15. Používáte antikoncepci?**

- a) ano, používám, a to (uveďte): .....  
b) ne, žádnou nepoužívám, protože: a) nemám dost znalostí  
b) nemám přístup k antikoncepci  
c) necítím potřebu se chránit  
d) stydím se o ni požádat  
e) rodiče s tím nesouhlasí  
f) dosud nežiji pohlavním životem  
g) jiný důvod (uveďte): .....



**16. Od kolika let může být předepsána hormonální antikoncepce?**

- a) od ..... let (doplňte)
- b) vždy, nezáleží na věku
- c) nemusí být předepsána, protože je volně dostupná v lékárně

**17. Je některá z metod antikoncepce 100% spolehlivá?**

- a) ne, vždy je nutné počítat s možností otěhotnění
- b) ano, a to (uveďte): .....
- c) nevím

**18. Považujete sex s kondomem za:**

- a) bezpečný
- b) zbytečný
- c) bezpečnější
- d) komplikovaný

**19. Uveďte pohlavně přenosné nemoci, které znáte:**

.....  
.....  
.....

**20. Jaké jsou zásady bezpečnějšího sexu u pohlavně přenosných nemocí?**

- a) správné používání kondomu
- b) osobní hygiena, časté mytí rukou
- c) u dívek a žen hormonální antikoncepce
- d) sexuální zdrženlivost a věrnost
- e) vyhýbání se atypickým sexuálními praktikám

**21. Při podezření z nákazy pohlavně přenosnou nemocí:**

- a) pokusím se vyléčit sám antibiotiky
- b) neprodleně navštívím odborného lékaře
- c) nebudu mít pohlavní styk
- d) sexuálnímu partnerovi podezření zamlčím
- e) je-li potvrzena diagnóza, pošlu partnera na vyšetření k odbornému lékaři

**22. Jak se přenáší virus HIV?**

- a) běžným polibkem
- b) krví
- c) kýčáním, kašláním
- d) pohlavním stykem
- e) podáním ruky
- f) běžným kontaktem
- g) bodnutím hmyzu
- h) společným používáním WC a sprch
- i) společným používáním jehel a stříkaček u narkomanů
- j) z infikované matky na plod nebo novorozence
- k) společným používáním nádobí, příborů a sklenic
- l) kojením

**23. Co je podle Vás smyslem pohlavního styku?**

- a) zábava, odreagování a uvolnění
- b) rozmnožování
- c) umocnění lásky a intimity

**24. Víte od kolika let je zákonem povolen pohlavní styk? .....** let (doplňte)

**25. Pokud budete mít jakýkoliv sexuální kontakt s osobou, které je méně než zákonem povolená věková hranice, jedná se o trestný čin?**

- a) ano
- b) ne

**26. Kdy je podle Vás vhodné období pro zahájení pohlavního života?**

- a) 15 let
- b) 18 let
- c) po studiu
- d) po svatbě
- e) jindy, a to (uved'te): .....

**27. Myslíte si, že za plánování těhotenství je odpovědná pouze žena?**

- a) ano, je
- b) ne, je odpovědný muž
- c) ne, jsou odpovědni oba

**28. Z jakých důvodů může být podle Vás provedeno umělé přerušování těhotenství (potrat)?**

- a) pouze ze zdravotních důvodů (např. ohrožení života ženy, těžké poškození plodu)
- b) i ze sociálních důvodů (např. svobodná matka, bytová tíseň, finanční nouze)
- c) každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě
- d) ze žádných důvodů, je naprosto nepřijatelné provést potrat

**29. Myslíte si, že homosexualita je:**

- a) dědičná
- b) vrozená
- c) získaná v průběhu života vlivem okolí
- d) možná léčbou a výchovou přeměnit na heterosexuální

**30. Označte zdroje, ze kterých získáváte nejčastěji informace o sexualitě.**

- a) rodiče
- b) sourozenci
- c) škola
- d) kamarádi, spolužáci
- e) lékaři
- f) zdravotně výchovné materiály
- g) TV, DVD, video a rozhlas
- h) časopisy a noviny
- i) knihy
- j) internet
- k) jiné zdroje (uved'te): .....
- l) nebyl(a) jsem informován(a) nikde

**31. Komu se svěřujete, pokud máte problém v oblasti lásky, partnerství a sexuality?**

- a) nikomu, nechávám si to pro sebe
- b) kamarádce/kamarádovi, spolužačce/spolužákovi
- c) rodičům
- d) sourozencům
- e) učiteli
- f) lékaři
- g) někomu jinému, a to (uved'te): .....

**32. Jak komunikujete s rodiči o sexualitě?**

- a) s rodiči o sexualitě vůbec nemluvíme
- b) stydím se před rodiči hovořit o sexualitě
- c) hovoříme zcela otevřeně
- d) dostal(a) jsem odbornou literaturu

**33. Jakou formou je sexuální výchova na Vaší škole realizována?**

- a) samostatný předmět s názvem .....
- b) je součástí jiného předmětu, a to (uved'te): .....
- c) cyklus přednášek
- d) pozvání odborníků (např. gynekolog, sexuolog)
- e) jiná forma (uved'te): .....
- f) vůbec není

**34. Považujete informace o sexualitě ze školní sexuální výchovy za dostatečné?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**35. Co v hodinách sexuální výchovy postrádáte?**

- a) vše o pohlavním styku
- b) informace o pohlavních onemocněních
- c) prevence těhotenství
- d) péče o dítě
- e) láska a partnerství
- f) jiné téma, a to (uved'te): .....
- g) nic nepostrádám
- h) nevím

**36. Probíhá nebo probíhal na Vaší škole nějaký preventivní program zaměřující se na rizikového sexuálního chování?**

- a) ne
- b) ano, a to na téma: A) nepamatuji se  
B) těhotenství, nitroděložní vývoj  
C) antikoncepce  
D) pohlavně přenosné choroby  
E) HIV/AIDS  
F) jiné téma, a to (uved'te): .....

**37. Myslíte si, že média nabízí neobjektivní pohled na sex?**

- a) ne
- b) ano, a to (uveďte jak): .....
- .....

**38. Měli jste již pohlavní styk?**

- a) již ano, a to poprvé ve věku ..... let (doplňte)
- b) ne, dosud nikdy

**a) Pokud ano:**

**A. Použili jste při svém prvním pohlavním styku antikoncepci?**

- a) ne
- b) ano, a to (vyberte): A. kondom B. pilulky C. přerušovanou soulož D. neplodné dny  
E. jinou antikoncepci, a to (uveďte): .....

**B. Jaký hlavní důvod Vás vedl k prvnímu pohlavnímu styku?**

- a) láska
- b) zvědavost
- c) tlak vrstevníku
- d) tlak partnera či partnerky
- e) pocit dospělosti
- f) jiný důvod, a to (uveďte): .....

**C. První pohlavní styk jste uskutečnili:**

- a) s náhodným partnerem
- b) se stálým partnerem, a to po ..... měsících známosti (doplňte)

**D. S kolika partnery jste dosud žili pohlavním životem? ..... (uveďte počet)**

**E. Používáte kondom při pohlavním styku?**

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) pouze zřídka
- d) ne, nikdy

**b) Pokud ne:**

**A. Jaké jsou důvody, proč chcete počkat se sexem?**

- a) strach z pohlavně přenosných chorob
- b) obavy z těhotenství
- c) obavy z reakce rodičů
- d) vlastní nezralost
- e) nezralost partnera či partnerky
- f) nedostatečná znalost partnera
- g) čekání „na toho pravého“
- h) náboženské založení, ideál čistoty před manželstvím

**B. Je pro Vás důležitá sociální zralost (tj. schopnost sami o sebe se postarat a užít se) před zahájením pohlavní aktivity?**

- a) ano
- b) ne

**C. Myslíte si, že zralost zvyšuje hodnotu sexuálního života?**

- a) ano
- b) ne

**39. Jak často mají ženy chodit ke gynekologovi?**

- a) pravidelně 1 x za rok
- b) pravidelně 2 x za rok
- c) pravidelně 1 x za 2 roky
- d) pouze při potížích

**40 a) Pro muže:**

**Jak se nazývá lékař, zabývající se mužskými pohlavními orgány?**

- a) urolog
- b) neurolog
- c) sexuolog

**40 b) Pro ženy:**

**Byla jste již na gynekologickém vyšetření?**

- a) ne
- b) ano

**Pokud ano, z jakého důvodu:**

- a) gynekologické obtíže
- b) běžná prohlídka
- c) žádost o antikoncepci
- d) obava z těhotenství
- e) jiný důvod, a to (uved'te).....

**41. Označte nejvíce 3 myšlenky, které podle Vás vystihují postoj dnešní mládeže.**

- a) „Když mě nerespektuješ, tak neříkej, že mě miluješ.“
- b) „Nepotřebuji milence/milenu, potřebuji kamaráda/kamarádku.“
- c) „Nezávazný sex připomíná ruskou ruletu.“
- d) „Jediný okamžik lásky nestojí za to, abych riskoval(a) svůj život.“
- e) „Kdybys mě miloval(a), nebránil(a) bys mi v pohlavním styku s tebou.“
- f) „Ale jdi! Každý to dělá!“
- g) „Dej hodnotu svému životu, žij své hodnoty.“
- h) „Nikdy není pozdě pro nový začátek.“
- i) „Nikdy bych to neudělal(a) střízlivá/střízlivý.“

**Děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku.**

## ***Příloha 2: Charta sexuálních a reprodukčních práv***

Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (International Planned Parenthood Federation - IPPF) schválila v roce 1995 dokument Charta sexuálních a reprodukčních práv (dále jen Charta). Tento dokument představuje etický rámec práva na sexuální a reprodukční zdraví.

Sexuální a reprodukční práva jsou práva a svobody týkající se jednotlivců stejně jako párů. Charta má charakter právního dokumentu, neboť vychází z uznávaných mezinárodních norem o lidských právech.

Je zde definováno 12 práv:

- Právo na život
- Právo na svobodu a osobní bezpečnost
- Právo na rovnost a ochranu proti všem formám diskriminace
- Právo na soukromí
- Právo na svobodu myšlení
- Právo na informace a vzdělání
- Právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek, založit a plánovat rodinu
- Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti
- Právo na zdravotní péči a ochranu zdraví
- Právo užívat plodů vědeckého pokroku
- Právo na svobodu shromažďování a politickou účast
- Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení

I tento mezinárodní dokument tvoří základní rámec pro obsahovou náplň tématického celku sexuální výchova na všech stupních vzdělávání.

Zdroj: Kubrichtová, 2005

### ***Příloha 3: „Hrou proti AIDS“***

„Hrou proti AIDS“ je interaktivní projekt primární prevence HIV/AIDS, jehož cílem je dát mládeži možnost netradičním způsobem, tj. hrou, osvojit si základní znalosti o možnostech přenosu viru HIV, ostatních pohlavně přenosných infekcích, ochraně před nežádoucím těhotenstvím a přemýšlet o vlastních postojích a chování v možných rizikových situacích.

Projekt je primárně určen pro

- žáky 2. stupně ZŠ, zejména pro 8. – 9. třídy
- studenty středních škol a učilišť
- zvláštní skupiny, např. mladé klienty na odvykací terapii, diagnostické a výchovné ústavy, rodičovské skupiny apod.

Akce trvá cca 90 minut (2 vyučující hodiny), kdy 5 týmu po cca 10 – 15 členech postupně vystřídá 5 stanovišť. Hodnoceny jsou jak znalosti, tak i aktivita týmu. Záměrem hry je, aby se nikdo z účastníků necítil jako poražený. Tým s nejvyšším bodovým ziskem je hodnocen jako první a ostatní týmy končí společně na druhém místě. Maximální bodový zisk je v celé hře 100 bodů. Ziskávání bodů není ale hlavním cílem hry, ale jen využitím přirozené soutěživosti mladých lidí s cílem jejich aktivního zapojení do hry.

#### **Popis jednotlivých stanovišť:**

##### **Stanoviště č. 1: Cesty přenosu viru HIV**

Účelem je ověřit a prohloubit znalosti účastníků o jednotlivých způsobech přenosu infekce virem HIV. Na panelu je umístěno 15 obrázků, na kterých jsou znázorněny různé situace vztahující se k možnosti přenosu infekce HIV. Úkolem účastníků je posoudit riziko nákazy barevným označením: červená (vysoké riziko), oranžová (existuje určité riziko), zelená (bez rizika)

##### **Stanoviště č. 2: Zábava nechtěného těhotenství, pohlavně přenosných infekcí a HIV**

Účelem je podat přehled o různých antikoncepčních metodách a jejich účinnosti při zábraně početí a prevenci pohlavně přenosných infekcí včetně HIV. Záměrem je zejména upozornit na přetrvávající falešnou představu o tom, že bezbariérová antikoncepce poskytuje rovněž ochranu před pohlavně přenosnými infekcemi včetně HIV.

##### **Stanoviště č. 3: Láska, sexualita a ochrana před HIV (kostka štěstí)**

Účelem je pomoci formovat osobní postoje k partnerskému vztahu, sexualitě a ochraně před HIV. Kostka štěstí rozdělí účastníkům otázky a úkoly, které se týkají: způsobu přenosu HIV/AIDS, partnerských vztahů, kondomu, zodpovědnosti v partnerských vztazích.

##### **Stanoviště č. 4: Sexualita řečí těla (pantomima)**

Účelem je vyjádření pocitů a situací vztahujících se k lásce, partnerství a sexualitě pomocí „řečí těla“ (za použití neverbální komunikace). Na 16 dílcích skládačky jsou dílčí scénky a pojmy, které účastníci musí předvést a nakonec složit skládačku dohromady.

### Stanoviště č. 5: Život s HIV/AIDS

Účelem je navodit v účastnících pocit tolerance a pochopení osob infikovaných virem HIV, případně odstranit některé předsudky a mylné názory na HIV/AIDS. Účastníci se na příkladu fiktivního člověka, kterého si sami pojmenují, seznámí s psychosociálními, právními a medicínskými aspekty infekce HIV a jejich konkrétním dopadem na život postižených.

#### Hrací karta

jméno / název skupiny	<input type="text"/>
	body
1. Cesty přenosu HIV	<input type="text"/>
2. Láska, sexualita a ochrana před HIV	<input type="text"/>
3. Zábava nechtěného těhotenství pohlavně přenosných nemocí a HIV	<input type="text"/>
4. Sexualita řečí těla	<input type="text"/>
5. Život s HIV / AIDS	<input type="text"/>
celkem	<hr/>

Tento projekt byl podpořen z grantů č. 87/1999 a 187/2000 Národního programu podpory zdraví a Národního programu boje proti AIDS

Zdroj: Kubátová, et al., 2005



#### **Příloha 4: Pravidla bezpečného internetu**

Internet je skvělé místo poznávání všeho možného, chatování s lidmi z celého světa, nalézání nových přátel a skvělé zábavy. Přesto buďte opatrní - můžete dost riskovat, pokud nedodržíte některá prostá pravidla:

*Neuváděj nikde své osobní údaje (jméno, adresu). Je to jako dávat někomu klíče od bytu!*

*Osobní heslo chrání tvé soukromí, drž ho proto v tajnosti a nikomu ho nesděluj - dokonce ani svému nejlepšímu příteli nebo někomu, kdo se tváří úředně.*

*Nacházet kamarády on line je bezva, ale řekni raději rodičům, s kým ses skamarádil a kdo jsou tví noví přátelé.*

*Pokud se chceš setkat s někým, koho jsi poznal na internetu, požádej rodiče o svolení a nechod' na schůzku bez doprovodu dospělého.*

*Je spousta prima věcí na netu, ale je tam také mnoho špatného! Proto vždy řekni rodičům nebo učitelům, pokud uvidíš něco, po čem se cítíš trapně.*

*Chatování může být zábavné, ale nemusíš v diskusní místnosti zůstat, pokud se tam cítíš trapně nebo ohroženě. Pamatuj, ty tomu velíš!*

#### **Desatero bezpečného internetu**

- 1. Nezapomeň: inteligentní uživatel internetu je opatrný.*
- 2. Nedávej nikomu adresu ani telefon! Nevíš, kdo se skrývá za obrazovkou.*
- 3. Nepošílej nikomu po internetu svoji fotografii, nesděluj svůj věk.*
- 4. Udržuj heslo své internetové schránky v tajnosti, nesděluj ho ani kamarádovi.*
- 5. Nikdy neodpovídej na neslušné, hrubé nebo vulgární e-maily.*
- 6. Nedomlouvej si schůzku po internetu, aniž bys o tom řekl alespoň jednomu z rodičů.*
- 7. Pokud Tě nějaký obrázek nebo e-mail šokuje, okamžitě opusť webovou stránku.*
- 8. Svěř se dospělému, pokud Tě internet vyděsí nebo přivede do rozpaků.*
- 9. Nedej šanci virům. Neotevírej přílohu zprávy, která přišla z neznámé adresy.*
- 10. Nevěř žádné informaci, kterou na internetu získáš.*

**Máš svá práva! Poznej svá práva a požaduj od ostatních, aby je respektovali.**

#### **Listina dětských práv na internetu**

*Mám právo bádát, učit se a užívat si na internetu všechny dobré věci pro děti.*

*Mám právo uchovávat veškerou informaci o sobě v tajnosti.*

*Mám právo, aby mne nikdo neobtěžoval a netrápil.*

*Mám právo ignorovat e-maily a zprávy od lidí, které neznám nebo kterým nevěřím.*

*Mám právo nevyplňovat na internetu žádné formuláře a neodpovídat na otázky.*

*Mám právo vždy požádat rodiče nebo vychovatele o pomoc.*

*Mám právo nahlásit každého, kdo se podle mého názoru chová divně nebo dává divné otázky.*

*Mám právo necítit se provinile, když se na obrazovce počítače objeví odporné věci.*

*Mám právo, aby mi lidé na internetu prokazovali respekt.*

*Na internetu mám právo cítit se bezpečně a být v bezpečí!*

Zdroj: Záliš, 2006