

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Disertační práce

Mgr. Veronika Švecová

Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením v kontextu formujících vlivů

Olomouc 2016

školitel: doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila jen literaturu a zdroje uvedené v seznamu.

V Olomouci, 9. 10. 2016

.....

Děkuji svému školiteli doc. Mgr. Jiřímu Langerovi, Ph.D., za odborné vedení a poskytování podpory v průběhu celého studia.

Dále děkuji všem školám, které mi umožnily realizovat výzkum k disertační práci. Také děkuji dalším osobám, které se na výzkumné části k disertační práci podílely.

V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům, kteří mne v průběhu doktorského studia podporovali.

V Olomouci, 9. 10. 2016

Veronika Švecová

Obsah

Úvod	8
1 Úvod do problematiky sluchového postižení.....	11
1.1 Terminologické vymezení v oblasti sluchového postižení	11
1.2 Klasifikační systémy v oblasti sluchového postižení	14
1.2.2 Klasifikace sluchového postižení dle procesu osvojování si řeči	15
1.2.3 Klasifikace sluchového postižení dle MKN – 10.....	15
1.2.4 Klasifikace sluchového postižení dle hloubky sluchové ztráty.....	18
1.2.5 Kategorizace osob se sluchovým postižením.....	20
2 Vývojové období adolescence jako klíčová kategorie partnerských vztahů	23
2.1 Vymezení pojmu adolescence v tuzemské i zahraniční literatuře	23
2.1.1 Periodizace adolescence	26
2.2 Biologické změny v období adolescence.....	29
2.3 Socializace v období adolescence se zaměřením na partnerské vztahy.....	34
2.4 Sexualita v období adolescence	40
2.5 Jednotlivé klíčové oblasti sexuální výchovy ve výzkumech – zaměření na adolescenci	42
2.5.1 Masturbace jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů.....	42
2.5.2 Pohlavní styk jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů	43
2.5.3 Antikoncepce jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů	46
2.5.4 Pohlavně přenosné choroby jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů	49
2.5.5 Klíčová fakta o nemoci HIV/AIDS	51
3 Vývojové období dospělost jako klíčová kategorie partnerských vztahů	62
3.1 Manželství jako klíčová kategorie partnerských vztahů.....	69
3.1.1 Klíčová fakta o manželství napříč světem.....	70
3.2 Rozvod jako klíčová kategorie partnerských vztahů	80
4 Sexuální výchova jako zdroj poznatků i prevence partnerských vztahů	84
4.1 Vymezení sexuální výchovy	84
4.1.1 Typy programů sexuální výchovy.....	85
4.1.2 Důvody k výuce sexuální výchovy	88
4.1.3 Úkoly sexuální výchovy.....	89
4.1.4 Obsah sexuální výchovy.....	90
4.2 Tematické oblasti sexuální výchovy dle klíčových dokumentů	90

5 Sexuální výchova v zahraničí a tuzemsku	94
5.1 Sexuální výchova ve vybraných zemích světa.....	94
5.1.1 Důvody k výuce sexuální výchovy v Africe	94
5.1.2 Důvody k výuce sexuální výchovy v Asii.....	96
5.1.3 Důvody k výuce sexuální výchovy v Austrálii	99
5.1.4 Důvody k výuce sexuální výchovy v Latinské Americe.....	100
5.1.5 Důvody k výuce sexuální výchovy ve Spojených státech amerických.....	102
5.1.6 Důvody k výuce sexuální výchovy v Evropě.....	103
5.3 Sexuální výchova v České republice	105
6 Současný stav řešení poznání	123
6.1 Sexualita osob se sluchovým postižením.....	123
6.2 Sexualita intaktních adolescentů v České republice – výsledky výzkumných šetření .	124
7 Formulace výzkumných cílů, problémů a hypotéz.....	129
7.1 Výzkumné cíle, problémy a hypotézy u žáků základních škol pro sluchově postižené a žáky běžných základních škol.....	130
7.2 Výzkumné cíle u dospělých osob bez sluchového postižení	135
7.3 Kvalitativní část disertační práce	136
7.3.1 Ohnisková skupina u žáků se sluchovým postižením	137
7.3.2 Rozhovor s učiteli základních škol pro žáky se sluchovým postižením	138
7.3.3 Didaktická analýza učebnice	138
7.3.4 Rozhovor s dospělými osobami se sluchovým postižením o jejich partnerském vztahu	139
8 Charakteristika cílových skupin	140
9 Metodologie výzkumu, realizace a limity	147
9.1 Dotazník jako výzkumný nástroj	147
9.2 Dotazník pro žáky se sluchovým postižením a žáky slyšící	147
9.3 Dotazník pro dospělé osoby bez sluchového postižení.....	154
9.4 Ohnisková skupina jako metoda sběru dat	155
9.5 Didaktická analýza učebnice dle Průchy jako výzkumná metoda	158
9.6 Interview s učiteli žáků se sluchovým postižením.....	160
9.7 Interview u dospělých osob se sluchovým postižením	161
10 Analýza a deskripce výzkumných dat	162
10.1 Analýza dotazníku pro žáky se sluchovým postižením a žáky slyšící	162
10.1.1 Vyhodnocení hypotéz.....	174

10.2 Analýza výsledků dotazníku pro dospělé osoby bez sluchového postižení.....	187
10.3 Analýza a výsledky ohniskových skupin.....	193
10.4 Strukturální komponenty učebnic občanské výchovy – analýza didaktických komponentů učebnic	197
10.5 Analýza interview s učiteli základních škol pro sluchově postižené.....	213
10.6 Interview s dospělými respondenty se sluchovým postižením	218
11 Interpretace výsledků a diskuse	232
12 Doporučení pro praxi	240
Závěr	242
Seznam bibliografických zdrojů	
SEZNAM ZKRATEK	
Seznam příloh	
Summary	

Úvod

V současné době jsou partnerské vztahy velice diskutovaným tématem, kterým se zabývá řada tuzemských i zahraničních odborníků. Zmínky o partnerských vztazích najdeme nejen v odborných a populárně-naučných publikacích, ale i v řadě dalších masmédií. Ačkoli je partnerským vztahům věnována značná pozornost, zájem se obvykle soustřeďuje na partnerské vztahy intaktních osob. V České republice se partnerským vztahům osob se zdravotním postižením věnuje Marie Vágnerová ve své publikaci „*Psychopatologie pro pomáhající profese*“ či studenti v rámci bakalářských a diplomových prací. Vzhledem ke skutečnosti, že je skupina osob se zdravotním postižením velmi rozsáhlá, rozhodla se autorka v disertační práci zaměřit na partnerské vztahy osob se sluchovým postižením. Skupina osob se sluchovým postižením je specifická především komunikačními problémy, které vyplývají ze sluchové ztráty. Tato skutečnost znesnadňuje osobám se sluchovým postižením socializaci do majoritní společnosti. V zahraničí je problematika partnerských vztahů řešena poměrně obsáhle, neboť existuje řada odborné, ale i populárně naučné literatury, jež se dané tématice věnuje. Avšak i na zahraničním trhu je k dispozici nedostatek materiálů, které by byly primárně zaměřeny na problematiku partnerských vztahů osob se sluchovým postižením, rozhodli jsme se tedy přispět k dalšímu poznání této problematiky.

Disertační práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část zevrubně shrnuje všechny teoretické poznatky relevantní k tématu a zaměření práce publikované v zahraničních a tuzemských publikacích a vědeckých článcích.

První kapitola disertační práce se věnuje sluchovému postižení. Tato kapitola je dále členěna na podkapitoly: Terminologické vymezení v oblasti sluchového postižení, Klasifikační systémy v oblasti sluchového postižení.

V rámci druhé kapitoly je pozornost směřována k vývojovému období adolescence. Toto období bude dále rozděleno do podkapitol: Vymezení pojmu adolescence v tuzemské i zahraniční literatuře, Biologické změny v období adolescence, Socializace v období adolescence se zaměřením na partnerské vztahy, Sexualita v období adolescence, Jednotlivé klíčové oblasti sexuální výchovy ve výzkumech – zaměření na adolescenci.

Třetí kapitola uvádí problematiku vývojového období dospělosti. V rámci této kapitoly se autorka věnuje vymezení pojmu „dospělost“ v tuzemské i zahraniční literatuře,

významným změnám v období dospělosti, manželství a rozvodům jako klíčovými tématům v oblasti partnerských vztahů.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na Sexuální výchovu jako zdroj poznatků a prevence v oblasti partnerských vztahů. Tato kapitola se zabývá vymezením sexuální výchovy v tuzemské i zahraniční literatuře a klíčovými tématům v oblasti partnerských vztahů dospívajících, přičemž čerpá z množství zahraničních i tuzemských zdrojů.

Závěrečná kapitola teoretické části disertační práce je věnována problematice seexuální výchovy v zahraničí a tuzemsku. Tato kapitola shrnuje poznatky z oblasti sexuality a sexuální výchovy napříč kontinenty, dále se zabývá otázkou sexuální výchovy ve vybraných členských státech Evropské unie a sexuální výchovy v České republice.

Praktická část disertační práce obsahuje podkapitoly zaměřující se na cíl práce, cílovou skupinu, výzkumné metody, analýzu a interpretaci výsledků, diskuzi k výsledkům a závěrečná doporučení.

Cílem práce je zjistit faktory, které v určitých životních etapách mají vliv na koncepci mezilidských vztahů, partnerský život a výchovu dětí u osob se sluchovým postižením. Jednu z klíčových rolí hraje rovněž sexuální výchova, neboť ta svým obsahem přispívá k utváření pojmového aparátu, znalostí, dovedností a postojů v oblasti partnerských vztahů, manželství, rodičovství, sexuálně-reprodukčního zdraví a pohlavně přenosných chorob. Vzhledem ke skutečnosti, že jsou jednou z klíčových kategorií výzkumu žáci se sluchovým postižením základních a středních škol, mohou výsledky zjištěné u této cílové skupiny sloužit jako zdroj prevence, ale také intervence, neboť obsahují informace týkající se sexuálně-reprodukčního zdraví a pohlavně přenosných chorob.

Jelikož jsou partnerské vztahy osob se sluchovým postižením veskrze neprobádaným tématem, mohou zjištěné výsledky přispět ke zvýšení kvality jejich života. Deskripce a následná analýza umožní zjistit, jak se jednotlivé klíčové kategorie staví k otázkám manželství, rodičovství, partnerství, vnímání vlastního těla, homosexuality, sexuálně – reprodukčního zdraví a pohlavně přenosných chorob. To vše bude realizováno s ohledem na životní historii probandů, jejich rodinné zázemí a další faktory a komparováno se zahraničními výzkumy. Výsledky mohou být zdrojem informací pro speciální pedagogy, psychology, poradenské pracovníky či další odborníky, kteří jsou v kontaktu s osobami se sluchovým postižením.

Výsledky disertační práce by mohly být rovněž vydány v rámci publikace. Tato publikace by nejen vytvořila pohled na partnerské vztahy osob se sluchovým postižením napříč generacemi, ale rovněž by mohla být cenným zdrojem informací pro samotné osoby se sluchovým postižením.

1 Úvod do problematiky sluchového postižení

Vzhledem k tématu a zaměření disertační práce, která se věnuje osobám se sluchovým postižením a jejich partnerským vztahům, je třeba nejprve detailněji vymezit danou problematiku z pohledu sluchového postižení. V rámci kapitoly se budeme zabývat terminologií v oblasti sluchového postižení a klasifikačními systémy sluchového postižení z hlediska doby vzniku, stupně sluchové ztráty a nakonec kategorizací sluchového postižení

1.1 Terminologické vymezení v oblasti sluchového postižení

„Termín sluchové postižení je technicky přesný popis někoho, kdo je nedoslýchavý nebo neslyšící. Nicméně řada Neslyšících, nedoslýchavých a později ohluchlých osob nechce být označována přívlastkem „postižený“, neboť nechce být primárně definována svým poškozením či ztrátou slyšení“ (Hearing Impaired).

Jak uvádí Langer, Kučera (2012, s. 26) „za sluchové postižení považujeme sociální důsledek takové ztráty sluchu, kterou již není možné plně kompenzovat technickými pomůckami, a která již tedy negativně ovlivňuje kvalitu života člověka.“

V dětství zůstává sluchové postižení často skryté, jelikož děti, obzvláště kojenci, novorozenci a batolata neumí říci, že špatně slyší. Z tohoto důvodu je pro děti sluchové postižení handicapem, neboť není-li detekováno a léčeno, může vést k opožděnému vývoji řeči a jazyka, sociálním a emočním problémům a akademickému selhání (Nothorn, Downs, 2002).

Potměšil (2012) považuje termín sluchové postižení za širší termín než je termín sluchová vada, neboť zahrnuje i sociální důsledky a řečový defekt.

Kromě termínu sluchová vada můžeme v literatuře najít termín sluchová porucha. Novák (2004) tyto termíny rozlišuje na základě ireverzibility a reverzibility. Sluchová vada je pojímána jako ireverzibilní, trvalá, bez možnosti zlepšení. Naopak postupně se může zhoršovat. Sluchová porucha je reverzibilní¹, přechodný stav, který provází onemocnění středouší, Eustachovy trubice či vnitřního ucha.

¹ Reverzibilní – vratný, schopný zpětného procesu (ABC slovník cizích slov)

V cizojazyčné literatuře se k označení sluchového postižení používají pojmy „sluchovo postihnutý“, „hearing impairment“, „Hörgeschädigte“ a „déficient auditif“ (Langer, Kučera, 2012).

Osoby, které jsou nositeli sluchového postižení, jsou nazývány osoby se sluchovým postižením. Těmto osobám se v rámci speciální pedagogiky věnuje speciálněpedagogická disciplína surdopedie.

„Surdopedie je speciálněpedagogickou disciplínou, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem sluchově postiženého dítěte. Název oboru je složen z lat. slova surdus = hluchý a řec. paidea = výchova. Cílem surdopedie je komplexní péče o sluchově postižené, jejich sociální a pracovní zapojení, které se může realizovat v různých úrovních socializace“ (Bulová, 1998, s. 81).

Obdobnou definici nabízí Šándorová (2003, s. 8), která uvádí: *„Surdopedie se zabývá socializací, komplexním rozvojem, výchovou, vzděláváním a pracovním a společenským zařazením handicapovaných osob s narušením, poruchou nebo absencí slyšení a následkem toho s obtížemi v komunikačním procesu.“*

Kromě pojmu surdopedie se můžeme setkat s pojmem pedagogika sluchově postihnutých. Tento termín je užíván především na Slovensku, kde od roku 1995 nahradil termín surdopedie (Tarciová, 2010).

Klíčová fakta o sluchovém postižení dle World Health Organisation (dále jen WHO, česky Světové zdravotnické organizace)²

V současné době má 360 milionů osob získanou ztrátu sluchu, konkrétně 328 milionů dospělých a 32 milionů dětí mladších 15 let. Získanou ztrátu sluchu má také každý třetí člověk starší 65 let. Prevalence této věkové skupiny je největší v Jižní Africe, Asii, Pacifiku a Subsaharské Africe (WHO, 2015).

Dopady sluchového postižení na různé životní oblasti dle WHO

WHO uvádí, že sluchová ztráta negativně působí na různé oblasti života. Jedná se o oblast funkční, sociální a emocionální a ekonomickou.

² Údaje jsou aktuální k únoru 2014

1. Funkční dopady sluchové ztráty dle WHO

Sluchová ztráta výrazně ovlivňuje individuální schopnost komunikovat s ostatními. Výstavba mluvené řeči je často u dětí se sluchovým postižením opožděna, může také výrazně nepříznivě ovlivňovat jejich studijní výsledky. Pokud pro osoby se sluchovým postižením vytvoříme vhodné příležitosti, mohou s ostatními komunikovat na rovnocenné úrovni. V rámci komunikace s ostatními využívají osoby se sluchovým postižením mluvený a psaný jazyk, ale také znakový jazyk (WHO, 2015).

2. Sociální a emocionální dopad sluchové ztráty dle WHO

Osoby se sluchovým postižením mohou být v důsledku omezeného přístupu ke službám v okolí nebo z důvodu absence komunikace s ostatními vyloučeny z okolní společnosti. To může negativně ovlivňovat jejich osobnost. Osoby se sluchovým postižením se na základě těchto vlivů mohou cítit osamělé, izolované a frustrované. Pokud osobě, která má vrozenou hluchotu, nebyla v dětství dána příležitost k tomu, aby se učila znakový jazyk, může se cítit vyloučena z procesu sociální integrace (WHO, 2015).

3. Ekonomické dopady sluchové ztráty dle WHO

V rozvojových zemích děti se sluchovou ztrátou či děti s hluchotou zřídka navštěvují nějakou školu. Dospělí se sluchovým postižením jsou v mnohem větší míře vystaveni nezaměstnanosti. Z tohoto důvodu je třeba zlepšit vzdělávání, odborné služby pro osoby se sluchovým postižením, ale také zlepšit informovanost o sluchovém postižení mezi zaměstnavateli (WHO, 2015).

Prevence sluchového postižení dle WHO

Polovina případů sluchového postižení může být odstraněna prostřednictvím primární prevence. K prostředkům primární prevence patří:

- 1) Očkování dětí proti dětským nemocem (meningitidě, spalničkám, zarděnkám a příušnicím³)
- 2) Očkování adolescentních dívek a žen v reprodukčním věku proti zarděnkám dříve než otěhotní

³ V České republice je očkování proti příušnicím, zarděnkám a spalničkám prováděno dětem starším 15 měsíců, či dospělým osobám, které jsou vnímavé proti jedné z uvedených nákaz, existuje-li zvýšené riziko expozice. Očkování upravuje vyhláška č. 299/2010 Sb., o očkování proti infekčním nemocem

- 3) Screening a léčba infekčních chorob u těhotných žen
- 4) Zlepšení prenatální a perinatální péče o matku a dítě
- 5) Včasné vyšetření novorozeneých dětí, které patří do rizikové skupiny. Jedná se o děti, v jejichž rodině se již vyskytlo sluchové postižení, děti s nízkou porodní hmotností, porodní asfyxií, žloutenkou a zánětem mozkových blan.
- 6) Snížení expozice hluku v prostředí, používání ochranných pomůcek před hlukem v zaměstnání.

(WHO, 2015)

1.2 Klasifikační systémy v oblasti sluchového postižení

V předchozí kapitole jsme se zaměřili na terminologické vymezení sluchového postižení. V následující podkapitole budeme věnovat pozornost klasifikačním systémům v oblasti sluchového postižení, kdy si vymežíme sluchové postižení z hlediska jeho doby vzniku, hloubky (stupně sluchové ztráty) a nakonec si charakterizujeme osoby se sluchovým postižením z hlediska sluchové ztráty.

1.2.1 Klasifikace sluchového postižení dle doby vzniku

Sluchové postižení můžeme z hlediska doby vzniku vymežit na **vrozené a získané**. O vrozeném sluchovém postižení hovoříme tehdy, pokud se osoba narodila neslyšící nebo se sluchovou ztrátou. Většina dětí, které se narodí se sluchovou ztrátou, jsou nedoslýchavé. Tyto děti používají ke komunikaci primárně mluvenou řeč a sluch. Většina nedoslýchavých dětí nosí pomůcky. Dětem s těžkým sluchovým postižením je implantován kochleární implantát. Děti, které mají úplnou ztrátu sluchu, jsou označovány jako neslyšící. Tyto děti později preferují komunikaci prostřednictvím znakového jazyka (America Speech-Language-Hearing Association, online). Vrozená sluchová ztráta může být způsobena genetickými i negenetickými faktory. Genetické faktory mohou být syndromatické i nesyndromatické. Mezi negenetické faktory můžeme zařadit infekční nemoci, nízkou porodní váhu, intoxikace matky během těhotenství (America Speech-Language-Hearing Association, online).

Potměšil (2011, s. 353) vymezuje vrozené vady sluchu následovně: „*Tímto názvem označujeme ty vady, se kterými se jejich nositel již narodil, a to z důvodu dědičnosti nebo nenormálního vývoje plodu v průběhu těhotenství.*“

Protikladem vrozených vad jsou vady získané, které vznikají v pozdějším období po narození dítěte.

1.2.2 Klasifikace sluchového postižení dle procesu osvojování si řeči

Sluchové postižení můžeme dle procesu osvojování si vývoje řeči rozdělit na prelingvální, perilingvální a postlingvální sluchovou ztrátu.

Prelingvální sluchová ztráta je taková ztráta sluchu, která vznikla ještě před narozením, tedy v období perilingválního vývoje, nebo k této sluchové ztrátě došlo v prvních měsících po narození dítěte. Ve starší literatuře je prelingvální ztráta sluchu vymezena jako taková ztráta sluchu, ke které došlo před 6 – 7 rokem života, neboli před ukončením vývoje řeči. Osoby, u kterých vznikla prelingvální sluchová ztráta, ztratili schopnost osvojit si přirozeně mluvenou řeč, avšak z psychologického pohledu se u nich nevyskytují problémy, neboť si svou ztrátu neuvědomují (Tarciová, 2010).

Druhou kategorií z pohledu procesu osvojování si mluvené řeči tvoří osoby s **perilingvální ztrátou sluchu**, u kterých vznikla sluchová ztráta v průběhu osvojování si mluvené řeči, tedy mezi 3. – 5. rokem života (Tarciová, 2010).

Poslední skupinu osob tvoří osoby s **postnatální sluchovou ztrátou**. Postnatální sluchová ztráta je taková ztráta sluchu, která vznikla zhruba po 7. roce života, kdy již řeč a jazyk byly spontánně osvojeny. V souvislosti s postnatální ztrátou sluchu tyto osoby nemají větší s mluvenou řečí, ale s její percepcí. Tyto osoby často trpí psychickými problémy, neboť si svou ztrátu sluchu a s ní zhoršenou produkci mluvené řeči zcela uvědomují (Tarciová, 2010)..

1.2.3 Klasifikace sluchového postižení dle MKN – 10

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v češtině MKN; v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) je standardní diagnostický nástroj pro epidemiology, zdravotní manažery a klinické účely. MKN zahrnuje analýzu zdravotního stavu obyvatelstva a používá se k monitorování incidence a prevalence chorob a jiných zdravotních problémů. Desátá revize MKN byla schválena na 43. Světovém zdravotnickém shromáždění a ve členských státech WHO se začala používat od roku 1994. Schvalování MKN – 11 právě začalo a bude pokračovat až do roku 2017 (WHO, 2016).

Sluchové postižení je zahrnuto do kategorie H spolu s nemocemi oka a očních adnex. Konkrétně je v tabelárním seznamu MKN 10. revize zahrnuto do **VIII. kapitoly s názvem Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 – H95)**. Vzhledem k tomu, že je tabelární seznam MKN 10. revize pro oddíly H60 – H95 poměrně obsáhlý, uvedeme si pouze názvy hlavních oddílů. Podrobněji se zaměříme na oddíl H90 a H91 (UZIS⁴, 2013).

H60 – H95 Nemoci ucha a bradavkového výběžku

H60 – H62 Nemoci zevního ucha

- H60 – Zánět zevního ucha – otitis externa
- H61 – Jiné nemoci zevního ucha
- H62 – Onemocnění zevního ucha při nemocech řazených jinde

H65 – H75 Nemoci středního ucha a bradavkového výběžku

- H65 – Nehnisavý zánět středního ucha – otitis media nonsuppurativa
- H66 – Hnisavý a neurčený zánět středního ucha – otitis media suppurativa et otitis media NS
- H67 – Zánět středního ucha při nemocech zařazených jinde
- H68 – Zánět a obstrukce Eustachovy trubice
- H69 – Jiná onemocnění Eustachovy trubice
- H70 – Zánět bradavkového výběžku – mastoiditida – a příbuzná onemocnění
- H71 – Cholesteatom středního ucha
- H72 – Perforace bubínku (membranae tympani)
- H73 – Jiná onemocnění bubínku (membranae tympani)
- H74 – Jiná onemocnění středního ucha a bradavkového výběžku
- H75 – Jiná onemocnění středního ucha a bradavkového výběžku při nemocech řazených jinde

H80 – H83 Nemoci vnitřního ucha

- H80 – Otokleróza
- H81 – Poruchy vestibulární funkce
- H82 – Vertiginózní syndromy při nemocech zařazených jinde

⁴ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

- H83 – Jiné nemoci vnitřního ucha

H90 – H95 Jiné nemoci vnitřního ucha

- H90 – Převodní a percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu
- H91 – Jiná nedoslýchavost, ztráta sluchu
- H92 – Otagie a výtok z ucha
- H93 – Jiná onemocnění ucha nezařaditelná jinam
- H94 – Jiná onemocnění ucha při nemocech zařazených jinde
- H95 – Onemocnění ucha a bradavkovitého výběžku po výkonech zařazená jinde

Jak již bylo jednou zmíněno, v rámci 10. revize MKN věnujeme větší pozornost pouze oddílu H90 – Převodní a percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu a oddílu H91 – Jiná nedoslýchavost, ztráta sluchu.

H90 – Převodní a percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost

- H90.0 – Převodní nedoslýchavost, ztráta sluchu, oboustranná
- H90.1 – Převodní nedoslýchavost, ztráta sluchu, jednostranná s neporušeným sluchem na druhé straně
- H90.2 – Převodní nedoslýchavost, ztráta sluchu NS
- H90.3 – Percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu oboustranná
- H90.4 – Percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu jednostranná s neporušeným sluchem na druhé straně
- H90.5 – Percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu NS
- H90.6 – Smíšená převodní a percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu oboustranná
- H90.7 – Smíšená převodní a percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu jednostranná s neporušeným sluchem na druhé straně
- H90.8 – Smíšená převodní a percepční (senzoryneurální) nedoslýchavost, ztráta sluchu NS

H91 – Jiná nedoslýchavost, ztráta sluchu

- H91.0 – Ototoxická nedoslýchavost, ztráta sluchu
- H91.1 – Presbyakuzie – stařecká nedoslýchavost

- H91.2 – Náhlá idiopatická nedoslýchavost, ztráta sluchu
- H91.3 – Hluchoněmost nezařazená jinde
- H91.8 – Jiná určená nedoslýchavost, ztráta sluchu
- H91.9 – Nedoslýchavost, ztráta sluchu NS

1.2.4 Klasifikace sluchového postižení dle hloubky sluchové ztráty

Dříve než se začneme zabývat klasifikací sluchového postižení dle hloubky, je třeba si nejprve vymezit **normální sluch** (normacusis).

„Jako normální sluch je označován takový, kdy člověk nemá komunikační potíže a při audiometrickém vyšetření sluchový práh na žádné vyšetřované frekvenci nepřesahuje hladinu intenzity 20 dB“ (Lejska, 1994).

V medicínské terminologii se nejčastěji setkáváme s dělením sluchových vad na nedoslýchavost (hypacusis) a hluchotu (surditas) (Lejska, 1994).

Nedoslýchavost (hypacusis) můžeme dále dělit na převodní (hypacusis conductiva), sensorineurální (hypacusis sensorineuralis), smíšenou (hypacusis mixta) a centrální (hypacusis centralis) (Lejska, 1994).

V případě převodního typu nedoslýchavosti dochází k poškození struktur zevního a středního ucha, které jsou zodpovědné za převod akustické energie z vnějšího prostředí k vlastním smyslovým buňkám v Cortiho orgánu ve vnitřním uchu (Lejska, 1994).

Je-li poškozen Cortiho orgán a sluchové dráhy, hovoříme o sensorineurální (percepční) sluchové vadě. Sensorineurální sluchové vady můžeme dále členit na kochleární a suprakochleární⁵. Pro kochleární sluchové vady je typické, že dochází k poškození sluchových buněk ve vnitřním uchu. Pokud je poškozen sluchový nerv a sluchová dráha, hovoříme o suprakochleární (retrokochlerání) nedoslýchavosti (Lejska, 1994).

Pokud je poškozena struktura vnějšího nebo středního ucha, která způsobuje převodní typ nedoslýchavosti a zároveň je-li poškozen Cortiho orgán, sluchový nerv a sluchová dráha, které jsou zodpovědné za vznik sensorineurální nedoslýchavosti, hovoříme o smíšeném typu nedoslýchavosti (Lejska, 1994).

⁵ V literatuře můžeme najít rovněž termín retrokochleární.

Posledním typem nedoslýchavosti je centrální nedoslýchavost, která se vyznačuje nestandardní směsicí příznaků postižení sluchu a porozumění.

Kromě termínu nedoslýchavost (hypacusis) se můžeme v medicínské terminologii setkat s termínem **hluchota**. „*Hluchota (surditas) je stav sluchu, který nelze využít k slyšení ani rozumění řeči a je lhostejno, která část ucha způsobuje takové postižení*“ (Lejska, 1994, s. 51). V rámci hluchoty můžeme rozlišit hluchotu praktickou, totální a psychogenní.

V případě praktické hluchoty reaguje člověk na velmi silné akustické podněty, avšak nedovede tyto podněty od sebe rozlišit (Lejska, 1994).

Totální hluchota se vyznačuje absencí přítomnosti akustického vjemu i v případě vysoce intenzivní akustické stimulace (Lejska, 1994).

Posledním typem hluchoty je hluchota psychogenní, kterou můžeme vymezit jako syndrom, jehož klíčovým příznakem je absence, případně nepravidelná nebo deformovaná reakce na zvuk i přes to, že je celý sluchový orgán v pořádku (Lejska, 1994).

V současnosti je nejhojněji užívaná klasifikace k vyjádření míry sluchové ztráty klasifikace WHO z roku 2001, která hodnotí vady sluchu dle ztráty udávané v dB na frekvencích v oblastech 500, 1000 a 2000 MHz.

Stupeň postižení	Odpovídající audiometrická hodnota ISO	Projevy	Doporučení
0 – žádné postižení	25 dB nebo lépe (lepší ucho)	Žádné nebo lehké problémy se sluchem. Schopen slyšet šepot	
1 – lehké postižení	26-40 dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet a opakovat slova mluvená normálním hlasem z 1 metru	Poradenství. Mohou být potřebná sluchadla.
2 - střední postižení	41-60 dB (lepší ucho)	Schopnost slyšet a opakovat slova mluvená zvýšeným hlasem ze vzdálenosti 1 metru	Obvykle jsou doporučena sluchadla
3 – těžké postižení	61 – 80 dB (lepší ucho)	Slyší některá slova, když mu je někdo křičí do lepšího ucha	Potřebuje sluchadla. Pokud nepoužívá sluchadla, měl by využívat odezírání a psaní.
4 - hluboká ztráta zahrnující hluchotu	81 dB – nebo hlouběji (lepší ucho)	Neslyší ani nerozumí výkřikům	K lepšímu porozumění mohou pomoci sluchadla, v popředí stojí také rehabilitace. Někdy může pomoc odezírání a psaní

Tabulka 1: Míra sluchového postižení (převzato z WHO)

Legenda:

Úroveň 2, 3, 4 jsou klasifikovány jako sluchové postižení („disabling hearing impairment“)

Audiometrická ISO hodnoty jsou průměrem hodnot na 500, 1000, 2000 a 4000 Hz.

1.2.5 Kategorizace osob se sluchovým postižením

Poslední typ klasifikace, se kterým se můžeme setkat, je kategorizace osob se sluchovým postižením dle **stupně sluchové ztráty**. V literatuře se nejčastěji setkáváme s kategorizací osob se sluchovým postižením na osoby nedoslýchavé, neslyšící, se zbytky sluchu a ohluchlé. V některých zdrojích najdeme rovněž skupinu osob s tinnitem a osob s kochleárním implantátem.

Neslyšící osoby jsou dle Tarcsiové (2010, s. 291) „*osoby, u kterých sluchová porucha nastala v raném dětském věku (pre-, peri-, postnatálním věku), před osvojením řeči (v prenatálním a perinatálním období) v takové míře, že úplně ztratili sluch nebo byla jejich sluchové funkce těžce narušená*“. Dle Potměšila (2011, s. 351) je „*neslyšící z klinického pohledu osoba, která vzhledem ke sluchové ztrátě nemůže slyšet a rozumět mluvené řeči*.“ Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění pozdějších předpisů vymezuje neslyšící následovně: „*Za neslyšící se pro účely tohoto zákona považují osoby, které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem*.“ Kromě výše zmíněných definic existuje i definice kulturní, která stanovuje: „*Úplná hluchota, ke které dojde před vytvořením řeči, je jediné zdravotní postižení a asi jediná vnější podmínka vůbec, která vede k tomu, že se člověk stává členem kulturní a jazykové menšiny*“ (Hrubý, 1999, s. 47, Švecová, 2012, s. 12). Pulda (1992) dodává, že neslyšící, kteří mají úplnou hluchotu, se vyskytují velmi zřídka, zbývající osoby mají malé zbytky sluchu, ale na mimořechových frekvencích, proto hlásky slovní řeči nerozlišují ani pomocí sluchadla a bez odezírání nemohou rozumět mluvené řeči. Tyto osoby preferují komunikaci prostřednictvím znakového jazyka.

Další skupinou osob v rámci kategorizace sluchově postižených jsou osoby **nedoslýchavé**. Dle Hrubého (1999, s. 43) znamená nedoslýchavost „*každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci, nikoli však jeho úplné vymizení*“. Dle Potměšila (2011, s. 363) je „*nedoslýchavost vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu a bývá příčinou opožděného či omezeného vývoje řeči mluvené*.“ Tarcsiová (2010, s. 291) podotýká, že „*za nedoslýchavé*

z pedagogického pohledu považujeme osoby, jejichž poškození sluchového orgánu způsobuje narušení sluchového vnímání do té míry, že pomocí kompenzačních pomůcek je možné vnímat mluvenou řeč, i když omezeně, auditivní zpětnou vazbou může osoba i částečně kontrolovat vlastní řeč.“ Potměšil (2011) klasifikuje podrobněji nedoslýchavost na velmi těžkou nedoslýchavost, těžkou nedoslýchavost, střední nedoslýchavost a lehkou nedoslýchavost.

Osoby s velmi těžkou nedoslýchavostí slyší mluvenou řeč v deformované podobě v těsné blízkosti u ucha. Vyvinutá řeč se vyznačuje chudým obsahem a deformovaností ve zvukové složce (Potměšil, 2011).

Osoby s těžkou nedoslýchavostí jsou schopny slyšet mluvenou řeč do vzdálenosti 1 m od ucha. U těchto osob lze za použití vhodných kompenzačních pomůcek založit mluvenou řeč (Potměšil, 2011).

Pro osoby se střední nedoslýchavostí je charakteristické, že mohou komunikovat do vzdálenosti 3 m od ucha. Pokud se střední nedoslýchavost nevyskytuje s jinou přidruženou vadou, je možno dosáhnout vysoké efektivity v rámci komunikace mluvenou řečí, což je jedním z předpokladů úspěšné integrace (Potměšil, 2011).

Poslední skupinou osob v rámci skupiny nedoslýchavých osob jsou osoby s lehkou nedoslýchavostí. Tento typ nedoslýchavosti není ve většině případů příliš nápadný a svému nositeli nepřináší závažnější potíže. V rámci komunikace mluvenou řečí může mít nositel této sluchové vady problémy v příliš hlučném prostředí nebo komunikuje-li okolí příliš potichu (Potměšil, 2011).

Další skupinu osob v rámci kategorizace osob se sluchovým postižením tvoří **osoby se zbytky sluchu**. Dle Potměšila (2011, s. 363) jsou zbytky sluchu „*kategorie sluchových vad, které jsou z hlediska původu vrozené nebo získané.*“ Ztráta sluchu v případě sluchových zbytků není úplná, ale projevuje se absencí nebo opožděním vývoje mluvené řeči. Pokud jsou zbytky sluchu dostatečné, můžeme s využitím speciálněpedagogických postupů budovat mluvenou řeč. Kvalita mluvené řeči nemusí být v případě zbytků sluchu příliš vysoká a může jedincům znesnadňovat proces socializace.

Poslední tradiční skupinou osob, se kterou se můžeme v rámci kategorizace osob se sluchovým postižením setkat, jsou **osoby ohluchlé**. Tarsiová (2010) řadí mezi ohluchlé ty děti, mladistvé a dospělé, u kterých se totální nebo praktická hluchota objevila po ukončení spontánního vývoje mluvené řeči. Také Potměšil (2011) zahrnuje mezi ohluchlé ty osoby,

které ztratily sluch v období dokončování vývoje mluvené řeči nebo kdy sluchová ztráta zasáhla do již vytvořené mluvené řeči. V tomto případě je hlavním úkolem speciálněpedagogické intervence udržet kvalitu mluvené řeči, rozvíjet slovní zásobu, odezírání a procvičovat mluvní pohotovost.

2 Vývojové období adolescence jako klíčová kategorie partnerských vztahů

Druhá kapitola disertační práce obsahuje celkem 5 podkapitol. Jednotlivé podkapitoly disertační práce se věnují vymezení pojmu adolescence prostřednictvím tuzemské a zahraniční literatury, přičemž jednotlivé definice jsou mezi sebou komparovány.

Podkapitola Biologické změny v období adolescence věnuje pozornost fyzickým změnám u chlapců a dívek či tvorbě sekundárně – pohlavních znaků.

Podkapitola Socializace v období adolescence se okrajově zaměřuje na období rodiny, ale věnuje se zejména období školní docházky a vztahům s vrstevníky s akcentem na romantické vztahy. V podkapitole nechybí ani témata zabývající se krizí identity.

V rámci podkapitoly Sexualita v období adolescence jsou vymezeny počátky partnerských vztahů z hlediska svých jednotlivých etap či pohlavní identita.

Na závěr kapitoly je značná pozornost věnována problematice sexuální výchovy v tuzemských a zahraničních výzkumech, přičemž autorka se věnuje tématům, která korespondují s výzkumnou částí disertační práce. Za tímto účelem autorka vybrala téma masturbace, pohlavního styku, antikoncepce a sexuálně přenosných chorob. U každého z uvedených témat je uvedeno nejen jeho vymezení, ale zejména zde výsledky zahraničních i tuzemských výzkumů, které byly na tuto problematiku zaměřeny.

2.1 Vymezení pojmu adolescence v tuzemské i zahraniční literatuře

V současné době žije na světě okolo **1,809 miliard adolescentů**, přičemž v Africe žije celkem 344 milionů adolescentů⁶, v Severní Americe 70,2 milionů adolescentů⁷, v Latinské Americe a Karibiku 162,4 milionů adolescentů. Největší počet adolescentů čítá Asie, kde žije

⁶ Podrobněji Afriku dělíme na subsaharskou Afriku, kde žije 296,9 milionů adolescentů, severní Afriku, kde žije celkem 62,3 milionů adolescentů, východní Afriku se 115,3 miliony adolescentů, západní Afriku se 104,1 miliony adolescentů, střední Afriku se 45,1 miliony adolescentů a jižní Afriku se 17,6 miliony adolescentů.

⁷ Do Severní Ameriky náleží Kanada se 6,4 miliony adolescentů a Spojené státy americké s 63,8 miliony adolescentů.

celkem 1,101 miliard adolescentů⁸. Evropa má celkem 128,8 milionů adolescentů a v Austrálii a Oceánii žije 8,7 milionů adolescentů⁹.

Jako 1. popsal adolescenci **G. Stanley Hall** (1844–1924), který vymezil začátek tohoto období pomocí puberty, tedy věkem okolo 12 – 13 let. Věk mezi 22. – 25. rokem považoval za konec puberty. Hall popsal období adolescence a jeho klíčové prvky (hormonální bouři a stress) ve svém díle „*Pocity a fyzická evoluce (Feelings and Psychic Evolution)*“ (King, 2004).

Období adolescence se věnoval také významný psychoanalytik **Sigmund Freud**, který toto období zkoumal v souvislosti s „*psychosexuálním vývojem*¹⁰“. Freud považoval adolescenci za univerzální fenomén, přičemž se k němu stavěl holisticky. Podle Freuda adolescence zahrnuje chování člověka, jeho emocionální a sociální proměny, nikoli pouze změny fyzické a psychické. Další významnou osobností, která se věnovala adolescenci, byl Eric Erikson, který staví do popředí krizi identity (King, 2004).

Jiné vymezení pohlíží na adolescenci jako na jedno z nejvíce fascinujících a pravděpodobně nejkomplikovanějších období v životě jedince. „*Světová zdravotnická organizace (WHO) identifikuje adolescenci jako období lidského růstu a vývoje, které nastává po dětství, ale před obdobím dospělosti mezi 10. – 19. rokem věku. Adolescence je považována za kritické období, které je charakterizováno biologickým růstem a zráním*“ (WHO, online). V tomto období mladí lidé nejen experimentují se svým životem, ale přebírají za něj zodpovědnost. V interakci s druhými hledají svou nezávislost, identitu, učí se aplikovat hodnoty, které jim byly vštěpovány v raném dětství a prostřednictvím těchto hodnot se stávají zodpovědnými dospělými (UNICEF¹¹, 2002).

Pro samotné adolescenty je adolescence obdobím příležitostí, ke kterým můžeme přispět i my dospělí, neboť můžeme působit na rozvoj těch schopností a dovedností, kterých adolescenti nabyli jako děti v 1. dekádě jejich života. Úkolem dospělých je rovněž pomoci adolescentům orientovat se ve světě kolem, uchopit svou zranitelnost a rozvíjet vlastní potenciál (UNICEF, 2011).

⁸ Z počtu 1,101 miliard asijských adolescentů tvoří velkou část adolescentů Čína. Bez Číny je v Asii 802,0 milionů adolescentů. 67,9 všech asijských adolescentů žije v západní Asii, 531,6 milionů v jihocentrální Asii, 162,8 milionů v jihovýchodní Asii a 338,8 milionů v západní Asii.

⁹ 18,4 milionů adolescentů žije v severní Evropě, 31,6 milionů v západní Evropě, 48,9 milionů ve východní Evropě a 23,9 milionů v jižní Evropě. V České republice žije 1,7 milionů adolescentů.

¹⁰ podle psychoanalýzy jsou etapy psychosexuálního vývoje geneticky podmíněny a relativně nezávislé na vlivech prostředí.

¹¹ United Nations Children's Fund

V literatuře je obvykle adolescence ohraničena obdobím puberty, kdy adolescence začíná a obdobím dospělosti, kdy adolescence končí, neboť na konci adolescence mají být mladí lidé připraveni převzít roli a zodpovědnost dospělých ve své kultuře. V průběhu adolescence se objevují dramatické změny ve fyzickém vzhledu, rodinných vztazích, vztazích s vrstevníky, sexualitě, ale i ve využívání médií (Adolescence, online).

S tímto vymezením operuje také webová stránka PsychologyToday, která adolescenci vymezuje jako „*tradiční etapu mezi dětstvím a dospělostí, přičemž fyzické a psychické změny mohou nastat i dříve, v tzv. prepubertě, mezi 9. – 12. rokem.*“ Za období mezi dětstvím a dospělostí považuje dobu mezi 13. a 19. rokem života. V průběhu tohoto období se může dospívající setkat nejen s dezorientací, ale i s objevováním nového. Vynořují se otázky jeho nezávislosti a vlastní identity. Řada dospívajících musí činit těžká rozhodnutí, která se týkají oblasti školy, sexuality, alkoholu, drog či společenského života. Na významu oproti předchozím obdobím nabývá vrstevnická skupina, romantické zájmy a vnější vzhled (PsychologyToday, online).

Podobně jako server PsychologyToday nahlíží na adolescenci také Olukunle (2007), podle kterého mladiství čelí dramatickým výzvám, které se týkají nejen intrapersonálních změn, ale i změn interpersonálních. V rámci školního prostředí nastává přechod ze základní školy na střední školu a ze střední školy na vysokou školu.

V tuzemské literatuře se můžeme setkat s vymezením adolescence dle Thorové (2015, s. 433), která popisuje toto období následujícím způsobem: „*adolescence je obdobím separačního procesu mezi dítětem a rodičem. Dospívající se osamostatňuje a emoční vztah k rodičům prochází proměnou. V některých případech je průběh procesu poměrně klidný, v jiných bouřlivější. Adolescentní vzpoura je součástí normálního vývoje a má svůj smysl. Umožňuje dospívajícímu vymanit se z infantilní závislosti na rodičích. Přerod umožňuje vznik nového, symetričtějšího citového vztahu mezi rodičem a dítětem. Na formu tohoto procesu mají vliv charakteristiky rodičů i dětí. Na konci období se obnovuje a upevňuje pozitivní vztah k rodičům, má ale jinou – rovnocennější kvalitu. Vrstevnický kolektiv má v této životní etapě největší význam, s jeho pomocí se dospívající formuje a nakonec nalézá svoji osobní identitu. Pomáhá mu v tom rozvíjející se schopnost introspekce. Zlepšuje se kritické a abstraktní myšlení. Zdatnější komunikační dovednosti a exekutivní funkce umožňují vyspělejší diskusi. Adolescent je emotivní, impulzivní, náchylnější k rizikovému chování a psychopatologickým procesům. Učí se akceptovat svoji osobnost a schopnosti, tělesné změny i konečný vzhled.*“

Dospívá sexuálně, formuje se orientace a stává se součástí identity. Dospívající navazuje výlučné partnerské vztahy, které obvykle v době pozdější adolescence přerůstají v plně rozvinutý sexuální vztah. Soustavně se připravuje na zaměstnání. Abstraktní multiperspektivní myšlení mu umožňuje zformovat komplexnější světový názor a pomáhá mu odchytil se od absolutní morálky. Emoční obtíže spojené s dospíváním a přijímáním nových rolí nazýváme pubertální krizí, krizí dospívání nebo krizí identity.“ Vašutová, Panáček (2013) dodávají, že se adolescent připravuje především na roli, kterou bude hrát v dospělosti.

2.1.1 Periodizace adolescence

Periodizací vývoje lidského jedince se zabýval již Hippokrates, Jan Ámos Komenský či Karel Slavoj Amerling. Z hlediska anatomie můžeme poukázat na **biologické rozdělení profesora A. Hallera**, který rozlišuje 1. dětství ve 3 fázích, 2. dětství ve 2 fázích, jinošství, mužný věk a stáří, přičemž adolescenci bychom zařadili do 2. fáze 2. dětství, které je vymezeno věkem 12 – 15 let, a dále bychom ji zařadili do 1. fáze období jinošství, která je vymezena věkem od 15 do 22 let.

Příhoda (1967) člení **vývoj jedince do VII etap**, přičemž rozlišuje I. Rozvoj antenatální (nitroděložní), II. První dětství, III. Druhé dětství, IV. Pubescenci, V. Období hebetické, VI. Životní stabilizace a vyvrcholení od 30 do 45 let, VII. Interevium (počínající involuce od 45 do 60 let) a VIII. Senium.

Adolescenci lze dle Příhody (1967) věkově zařadit do období pubescence, které je vymezeno 11 – 15 lety a postpubescence, která je vymezena 15 – 20 lety. Na adolescenci lze v širším pojetí nahlížet jako na období mezi 11/12 lety – 20/22 lety, v užším pojetí je za toto období považováno období mezi 15/16 lety – 20/22 lety.

Thorová (2015) označuje adolescenci jako **období pozdního dětství** a vymezuje ji věkem 12/13 – 19 let.

Organizace UNICEF (online) dělí adolescenci na období rané a pozdní adolescence a vymezuje ji věkem 10 – 12 let. Dle Vašutové, Panáčka (2013) můžeme období dospívání rozdělit podrobněji na období rané adolescence, střední adolescence a pozdní adolescence.

V období **rané adolescence** dochází v souvislosti s pubertálními vlivy k celé řadě psychických a sociálních změn. U chlapců končí raná adolescence první noční polucí, u dívek nástupem menstruace. S nástupem vývoje sekundárních pohlavních znaků dochází u obou skupin adolescentů k zájmu o druhé pohlaví. Obdobně vymezuje ranou adolescenci

organizace UNICEF (2002), která rovněž spojuje ranou adolescenci s tělesnými změnami. Tyto změny se projevují zrychleným růstem, nástupem tvorby sekundárních pohlavních znaků, vývojem pohlavních orgánů a sexuálních charakteristik. U dívek nastávají tělesné změny zhruba o 12 – 18 měsíců dříve než u chlapců.

Raná adolescence je kromě sexuálních a fyzických proměn spojena také se změnami kognitivními a psychosociálními. Protože se z adolescentů pozvolna stávají mladí muži a mladé ženy, potřebují poskytnout dostatek informací o pohlavních chorobách, sexuálně reprodukčním zdraví, sexuálním zneužívání a předčasném těhotenství. Také Příhoda (1967) se zmiňuje o fyzických změnách, které jsou spojeny s pohlavní diferenciací a nárůstem činnosti žláz s vnitřní sekrecí. Jedinec v tomto období hledá smysl svého života, své budoucí směřování, pracovní uplatnění.

Binarová (2005) vymezuje ranou adolescenci obdobím puberty, která u dívek nastává od 12 let a u chlapců od 13,5 let. V tomto období dochází k vyrovnávání nevyvážeností mezi fyzickým a psychickým zráním, podobně jako Příhoda, 1967, Thorová, 2015, Vašutová, 2013, či organizace UNICEF charakterizuje toto období z pohledu biologického zrání a schopností reprodukce.

Vašutová, Panáček (2013) zařazují mezi období rané a pozdní adolescence ještě období střední adolescence, které vymezuje dobou od 12/14 let do 15/16 let. V tomto období pokračuje zrání pohlavní soustavy, přičemž mezi hlavní znaky tohoto období patří schopnost reprodukce. V období 15/16 let dochází k ukončení povinné školní docházky a nastává doba budoucího profesního směřování adolescenta. Hlavním tématem rané adolescence je hledání osobní identity, která je pojmána z pohledu vlastní autentičnosti a jedinečnosti. Vágnerová (2012) dodává, že u osob se zdravotním postižením často nastává tzv. krize identity, neboť tyto osoby nemají adekvátní vzor, podle něhož by mohly svou identitu budovat.

Za období rané adolescence řadí většina autorů období pozdní adolescence. Organizace UNICEF (2002) vymezuje pozdní adolescenci obdobím od 15. do 19. roku věku, přičemž největší roli přisuzuje v tomto případě vlivům vrstevnické skupiny. Vrstevnická skupina pomáhá adolescentovi nejen budovat svou identitu, ale výrazně ovlivňuje jeho chování pozitivní, či negativní cestou. Pod vlivem vrstevnické skupiny se adolescent může dopouštět rizikového chování a dostat se do kontaktu s alkoholem a drogami. U dívek může mít vliv skupiny v budoucnu negativní dopad na jejich zdraví, neboť současný kult krásy nutí

dívky, aby zůstaly štíhlé, což se může negativně odrazit na jejich zdraví a vést až k bulimii a anorexii.

Již Příhoda (1967) se zmiňoval v 70. letech v souvislosti s pozdní adolescencí o tzv. hebetickém období, které je spojeno s vnímáním krásy a zdraví. V období pozdní adolescence se již dotváří vše, co se začalo vyvíjet v období rané adolescence, přičemž po somatické a fyziologické stránce se z mladého chlapce a dívky stává muž a žena. Období pozdní adolescence je spojeno také s významnými sociálními změnami, neboť na konci tohoto období si mladý muž či žena hledají zaměstnání, osamostatňují se a stávají se nezávislymi na rodičích.

Se sociálními prvky spojují období pozdní adolescence také Vašutová, Panáček (2013), kteří toto období vymezují etapou od 15/16 do 20/22 let. Vašutová zmiňuje v souvislosti s tímto obdobím sociální aspekt identity, potřebu někam patřit, něco sdílet, přičemž na konci tohoto období vyvstává do popředí především otázka profesní a partnerské spokojenosti.

Binarová (2005) vymezuje období adolescence u děvčat věkem okolo 16. roku a u chlapců věkem okolo 17. roku života. V 18 letech se adolescent stává právně dospělým, tudíž na něj působí nejen právní status, ale i prvky sociální a ekonomické nezávislosti. Jedinec opouští svou rodinu a v souvislosti s tímto procesem se osamostatňuje od rodičů a stává se na nich nezávislý, nachází partnera pro život a hledá si vhodné zaměstnání. Dosažení ekonomická a sociální nezávislosti adolescentů je ovlivněno mimo jiné studiem na vysoké škole. Adolescenti, kteří po střední škole dále ve vzdělávání nepokračují, se stávají dříve ekonomicky a sociálně nezávislí, než adolescenti, kteří po skončení střední školy pokračují ve studiu na vysoké škole. Hlavním úkolem adolescentů v období pozdní adolescence je nalézt svou identitu vytvořit si vlastní žebříček hodnot a přijmout za své morální hodnoty společnosti.

Období dospívání se věnují také Langmeier, Krejčířová (2006), kteří hovoří v souvislosti s dospíváním o období pubescence a období adolescence. Pubescenci vymezují věkem 11 – 15 let a klasifikují ji podrobněji na 2 vývojové období (fázi prepuberty a fázi vlastní puberty). Fáze prepuberty začíná tvorbou sekundárních pohlavních znaků. U chlapců tato fáze nastává mezi 12. – 14. rokem života a je ukončena noční polucí. Dívky vstupují do této fáze zhruba o rok dříve než chlapci, mezi 11. – 13. rokem, přičemž prepuberta u nich končí menstruací. Adolescence je dle Langmeiera s Krejčířovou (2006) dokončena okolo

20. roku života a souvisí zejména se změnou sociálního prostředí. Na začátku tohoto období nastává přechod ze základní školy na střední školu, na konci tohoto období pokračuje adolescent ve studiu na vysoké škole, nebo nastupuje do zaměstnání.

2.2 Biologické změny v období adolescence

Dle Vašutové, Panáčka (2013, s. 16) je adolescence „*dobou, kdy jedinec dosahuje největší fyzické síly a většinou i nejpevnějšího zdraví. Období pozdní adolescence znamená pro dívku a chlapce ukončení růstu těla a dosažení plné schopnosti reprodukce.*“ Také dle Arnett (2012) je adolescence obdobím důležitých životních změn, avšak jedním z nejvýraznějších ukazatelů tohoto období jsou změny fyzické, přičemž tyto změny se objevují s nástupem puberty. Pubertu definuje Binarová (2005) jako „*období pohlavního dozrávání, které přeměňuje dítě na biologicky zralého dospělého, schopného sexuálního reprodukce*“.

Z hlediska fyziologického je adolescence charakteristická především zrychleným růstem, zráním pohlavních orgánů a tvorbou sekundárních pohlavních znaků (Binarová, 2005). V souvislosti se zrychleným růstem můžeme hovořit o **tzv. sekulární akceleraci**. O tomto jevu se zmiňují také Vašutová, Panáček (2013), kteří dodávají, že se v populaci evropských adolescentů a adolescentů z dalších vyspělých zemí zrychlil tělesný růst, avšak odborníci se stále nemohou shodnout na tom, zdali se uspíšil i růst psychický. K tomuto zjištění se připojují také Langmeier, Krejčířová (2006), kteří tvrdí, že můžeme nalézt dvě hlavní stanoviska. První stanovisko uvádí, že sekulární akceleraci doprovází spíše zpomalený psychický vývoj, zatímco podle druhého stanoviska probíhá sekulární akcelerace a psychický vývoj paralelně, přičemž většina empirických zkušeností se přiklání spíše ke druhému stanovisku. Vašutová, Panáček (2013) v souvislosti se sekulární akcelerací zmiňují, že sekulární akcelerace je patrnější u dívek z vyšší společenské vrstvy než u dívek ze skromných podmínek. Dle Matiegka (1987 in Langmeier, Krejčířová, 2006) se v důsledku tohoto jevu u dívek objevuje menarché od poloviny 20. století dříve, přičemž za desetiletí se jednalo o 4 – 5 měsíců. Jak uvádí Thorová (2015) v období rychlého růstu tzv. spurtu dítě vyroste o 20 % své celkové výšky, přičemž růst se může pohybovat mezi 9 – 14 cm za rok. U dívek se zrychlený růst objevuje dříve než u chlapců a končí okolo 15. roku věku, u chlapců mezi 17. – 18. rokem věku. Také Hofmann, Greydanus (1997) se zmiňují o zrychleném růstu („*growth spurt*“) a uvádí, že u dívek nastává tento jev od 10 do 12 let a končí mezi 17. až 19. rokem věku a u chlapců nastává mezi 12 – 14 rokem věku a končí okolo 20. roku věku.

Rovněž Ruffin (2009) uvádí, že nastává zrychlený růst u dívek asi o 2 roky dříve než u chlapců. Ruffin (2009) podobně jako Vašutová, Panáček (2013) poukazuje, že ve srovnání s vrstevníky mohou být adolescenti dříve vyspělí („*early-maturers*“) nebo později vyspělí („*late-maturers*“). Výzkumy ukazují, že předčasná dospělost a pozdější dospělost ovlivňují dívky a chlapce odlišně. Předčasně vyspělí chlapci jsou vnímáni svými vrstevníky populárněji, a také dospělí často nahlíží na předčasně vyspělé chlapce i jako na kognitivně vyzrálé. Zatímco u chlapců je předčasná vyspělost vnímána v souvislosti s rozvojem kognitivních funkcí, u dívek je předčasná vyzrállost často spojena se sexuální vyzrálostí. Předčasně vyspělé dívky mají tendenci randit se staršími chlapci, na což nemusí být emočně připraveny. Rovněž jsou více ohroženy poruchami příjmu potravy či depresí.

V průběhu puberty se mění nejen **tělesná** výška, ale i **váha**. Dle Stang, Story (2005) mohou dívky v průběhu puberty přibrat 8,3 kg za rok (18,3 lb) a v průběhu celé této fáze mohou přibrat mezi 7 – 25 kg (15 – 55 lb). Chlapci mohou v průběhu puberty za rok přibrat okolo 9 kg (20 lb) a celkově od 7 do 30 kg (15 – 65 lb), přičemž průměr je 23,7 kg (52,2 lb). V roce 2001 přinesl Odbor zdravotnictví a sociálních služeb („*United States Department of Health and Human Services*“) ve Spojených státech amerických zjištění, že přibližně 14 % adolescentů mezi 12. – 19. rokem věku trpí nadváhou, přičemž toto číslo je 3x větší než v roce 1980 (Wong, Wilson, Whaley, 1995). Dle Ogden, Carroll, Curtin (2006) stoupla ve Spojených státech amerických prevalence nadváhy z 13,8 % v období 1999 - 2000 na 16 % v letech 2003 - 2004 u dospívajících dívek a z 14 % na 18,2 % u chlapců.

Rovněž v České republice je výskyt dětské obezity alarmující. V současné době trpí nadváhou každé 4. dítě, obezitou každé 7. dítě a monstrózní obezitou 4 děti ze sta. Do období adolescence vstupuje 14 % dětí s obezitou, zatímco nadváhou trpí 24 % dětí. Toto číslo se začíná přibližovat 32 % adolescentů s nadváhou v USA (S dětmi proti obezitě, online). Světová zdravotnická organizace pobočka pro Evropu („*WHO European Region*“) provedla v roce 2005/2006 výzkum, který zahrnoval 36 zemí, a který zjistil, že prevalence obezity se zvýšila v některých zemích z 5% na více než 25 %. Nejmenší prevalenci obezity mají švýcarské dívky (5 %) a nizozemští chlapci. Největší prevalenci obezity mají dívky i chlapci na Maltě (25 % a 35 %). **Česká republika má prevalenci obezity 18 % u dívek a 22 % u chlapců.** V roce 2007 a 2010 se účastnilo výzkumu obezity 18 745 dětí mladších 9 let. Výzkum zaměřený na obezitu ukázal více než 40% prevalenci obezity v jižních státech Evropy a méně 10% prevalenci obezity v severních státech Evropy. Rovněž se ukázalo, že

prevalence obezity byla vyšší (21,1 %) u dívek než u chlapců (18 %) (ENHIS¹², 2009; Pohlabein, Ahrens, Pigeot, 2014). Dle Vašutové, Panáčka (2013) bylo Ústavem zdravotnických studií a statistiky v roce 2011 zjištěno, že je v Česku 4x více obézních dětí a 5x více obézních dospívajících než před 15 lety. V roce 2010 proběhl v České republice projekt, který navazoval na studie z let 1994, 1998, 2002 a 2006. Tohoto projektu se zúčastnily české děti ve věku 11 – 15 let. Výběrový soubor tvořilo celkem 5 686 dětí z 5., 7., a 9. tříd a žáci sekundy a primy víceletých gymnázií. Z hlediska nadváhy a obezity výzkum ukázal, že chlapci výrazně převažují dívky co do nadváhy a obezity. U chlapců byla zaznamenána obezita či nadváha v 19 % případů, u dívek v 9 % případů (Kalman, Sigmund, Sigmundová, a kol., 2011).

Kromě nadváhy a obezity jsou častým jevem, se kterým se můžeme v období adolescence setkat, **poruchy příjmu potravy**. Ve Spojených státech amerických bylo zjištěno, že 95 % těch, kteří mají poruchu příjmu potravy, jsou ve věku 12 – 25 let. Výzkum dále zjistil, že 40 – 60 % dívek ve věku 6 – 12 let je extrémně zaměřeno na svou váhu, přičemž 44 % dívek a 15 % chlapců, kteří navštěvují střední školu, aktivně pracuje na kontrole své hmotnosti (The Healthy Teen Project, online). V rámci výzkumné části disertační práce je žákům položena otázka, jak jsou spokojeni se svou váhou, a jak jsou spokojeni se svým tělem, přičemž podkladem pro tyto otázky byly již realizované výzkumy.

Na **spokojenost s vlastním tělem** byl zaměřen například výzkum, který proběhl ve Spojených státech amerických v letech 1999 – 2004 a zúčastnilo se ho 2516 adolescentů. Výzkum ukázal, že v průběhu 5 let poklesla spokojenost s vlastním tělem u všech skupin adolescentů. Signifikantně rozdílně pak poklesla spokojenost s vlastním tělem u mladších adolescentů a rovněž došlo k poklesu spokojenosti mezi těmi adolescenty, u kterých vzrostl Body Mass Index - BMI (Paxton, Sztainer – Neumark, Eisenberg, eds., 2006). Podobné výsledky přinesla i 10 letá longitudinální studie, která ukázala, že u dívek i chlapců se spokojenost se vlastním tělem snižuje se vzrůstajícím BMI, ale také s přechodem z období staršího školního věku do období adolescence (Bucchianeri, Arician, Hannan, 2013). Studie Baerman, Martinez, Stice (2006) ukázala, že méně spokojené se svým tělem jsou dívky, avšak každý adolescent někdy zažil období, kdy byl se svým tělem nespokojený. U dívek ovlivňuje nižší spokojenost s vlastním tělem zejména vysoká míra držení diet a velmi nezdravé chování související s kontrolou váhy. U chlapců hraje roli i to, zdali kouří (Sztainer – Neumark,

¹² ENHIS – Environment and Health Information System

Paxton, Hannan, 2006). Studie Ozmen, Ozmen, Ergin, eds. (2007) navíc zjistila, že spokojenost s vlastním tělem není ovlivněna pouze tím, kolik jedinec váží, ale také jak své tělo vnímá. Krch (2000) uvádí podobné výsledky jako jeho zahraniční kolegové, přičemž zjistil, že 34,3 % chlapců a 57,4 % dívek není spokojeno se svým tělem. U dívek byla nespokojenost s vlastním tělem ovlivněna nejen vzrůstajícím BMI, ale rovněž poklesem společenského života. Dle Janyškové, Konečného (2012) vzrůstá se vzrůstající váhou nejen nespokojenost s vlastním tělem, ale i míra úzkosti, depresivity a závislého chování. Na souvislost mezi vnímáním vlastního těla a depresivitou poukazuje i Rašticová (2009), přičemž hovoří o tom, že za nespokojeností s vlastním tělem stojí faktory individuální, kulturní i vztahové. Z národní studie realizované mezi českými adolescenty vyplynulo, že 22 % chlapců a 38 % dívek se vnímá jako trochu či velmi tlustých. Contiero San Martini, Assumpção a Azevedo Barros (2016) poukazují, že vnímání váhy je často velmi zkreslené, neboť až 43,7 % dívek s normální váhou je se svou hmotností nespokojeno. S podobnými výsledky přišla i studie Dyremyhr, Diaz a Meland (2014), která poukázala na nespokojenost s vlastním tělem u dívek s normální váhou podobně jako u adolescentů s nadváhou. Na narůstající nespokojenost u dívek, která souvisela s vnímáním vlastního těla, poukázali rovněž Austin, Haines, Veugelers (2009), přičemž tato nespokojenost byla ovlivněna zejména narůstajícím BMI. Nižší spokojenost s vlastním tělem byla zaznamenána zejména u dívek, které měly rodiče s nižší socioekonomickým statutem a bydlely ve venkovských oblastech.

Kromě nárůstu tělesné výšky a váhy je adolescence spojena s **tvorbou primárních a sekundárních pohlavních znaků**. Primární pohlavní znaky mají přímý vliv na lidskou reprodukci. Jedná se o tvorbu spermií u chlapců a tvorbu vajíček u dívek, u nichž souvisí produkce vajíček s menstruačním cyklem. **Menstruace** se u evropských dívek objevuje zhruba okolo 13. roku věku, přičemž její výskyt souvisí s množstvím tělesného tuku. Dívky s nadváhou menstruuji dříve než dívky hubené (Thorová, 2015). Dle Arnett (2012) se menstruační cyklus objevuje mezi 10. – 16 ½. rokem života, obdobný věk udává také Stang, Story (2009), dle kterých se objevuje menstruace za 2 – 4 roky po růstu ňader a pubického ochlupení. Dle Zemkové, Šnajderové (2009) se menarché objevuje průměrně ve 13. roce života a po růstu prsů. Dle Bouchalové (1987, in Zemková, Šnajderová, 2009) je nástup menstruace ovlivněn socioekonomickými faktory, přičemž je zde naznačen severojižní gradient, kdy dívky ze severních zemí mají menstruaci později než dívky z jižních zemí, avšak nejpozději mají menstruaci dívky z rozvojových zemí. U dívek z rozvojových zemí je nástup menstruace v současnosti tam, kde byl v Evropě před 100 lety. Dle Balharové

(2005 in Janošová 2008) není menarche zpočátku spojena s pravidelnou ovulací, neboť k ovulaci dochází nejprve pouze v 50 – 90% cyklů. Dle Brooks – Gunn, Mathews (1979 in Janošová 2008) se u řady dívek objevuje tzv. menstruační či přemenstruační syndrom, přičemž tento syndrom je často spojen s očekáváním a subjektivním nahlížením na menstruaci. U chlapců se **produkce spermií** objevuje okolo 14. roku věku, širší norma je mezi 11. – 15. rokem (Thorová, 2015). Dle Arnett (2012) se produkce spermií objevuje mezi 12. – 14. rokem věku. Významným fyzickým jevem v období puberty je tvorba sekundárních pohlavních znaků. Dle Ruffin (2009) zahrnují sekundární pohlavní znaky: 1) růst pubického ochlupení; 2) menarche – dívky či růst penisu – chlapci; 3) změny hlasu – chlapci; 4) růst podpažního ochlupení; 5) zvýšenou produkci mazových žláz. Podobnou charakteristiku sekundárních pohlavních znaků udávají také Stang, Story (2009), kteří zahrnují do procesu pohlavního zrání objevení se pubického ochlupení, rozvoj ňader a výskyt menarche u dívek, přítomnost pubického ochlupení, stupeň vývoje varlat a penisu u chlapců. U dívek začínají růst ňadra okolo 10. roku a dříve (APA¹³, 2002, Thorová, 2015) nebo mezi 8. – 13. rokem věku (Chumlea et. al. 2003, in Arnett, 2012). U 1/3 všech adolescentních dívek se poprsí vyvíjí dříve než pubické ochlupení (Adolescence, online), dle Thorové (2015) je u menšího počtu dívek toto pořadí obrácené. Pubické ochlupení se začíná u dívek objevovat mezi 8. – 14. rokem věku. U chlapců se v období puberty podobně jako u dívek objevují sekundární pohlavní znaky. Tyto sekundární pohlavní znaky jsou demonstrovány zejména hlasovou mutací, pubickým ochlupením a zvětšováním varlat. Dle Stang, Story (2009) je jedním z hlavních znaků puberty u chlapců nárůst objemu varlat a zbarvení šourku. Těsně před pubertou se objem varlat zvětší z původních 1 – 2 ml na 3 ml. Za nástup puberty považujeme objem varlat 4 ml, který nastává dle Zemkové, Šnajderové (2009) okolo 11. – 12. roku života, produkce spermií nastává okolo 14. roku věku, přičemž pubické ochlupení se objevuje po 12. roce života (Thorová, 2015; Zemková, Šnajderová, 2009).

¹³ APA - American Psychological Association

Charakteristika	Věk (Dívky)	Věk (Chlapci)
Pubické ochlupení	8 - 14	10 - 15
Vývoj prsou	8 - 13	x
Růstový spurt	9 ^{1/2} - 14 ^{1/2}	10 ^{1/2} - 16
Menarche	10 - 16 ^{1/2}	x
Mutace	x	11 - 15
Produkce spermií	x	12 - 14
Produkce kožního mazu	10 - 16	12 - 17
Podpažní ochlupení	10 - 16	12 - 17

Tabulka 2: Fyzické změny v období puberty (zdroj: Zemková, Šnajderová)

2.3 Socializace v období adolescence se zaměřením na partnerské vztahy

Adolescence je provázána nejen změnami biologickými, ale rovněž intenzivním procesem socializace. Úkolem adolescenta je v tomto období zejména **budování vlastní identity**¹⁴, osamostatňování se od rodičů a navazování diferenciovaných vztahů s vrstevníky. Dle Thorové (2015), Ruffin (2009) adolescent prochází složitějším formováním osobní identity. Klade si otázky „kam směřuji, kam patřím, kde je moje místo“. Podrobuje kritice názory rodičů, jiných pečujících osob či vrstevníků a konfrontuje je se svými vlastními názory. Dle serveru Adolescence (online) je pro dospívající budování vlastní identity složitý proces, kdy adolescent neustále koreluje mezi svým skutečným já, tedy tím, kým je v dané chvíli a mezi svým „možným“ já, tedy tím, kým by mohl být v budoucnosti. Rovněž můžeme z tohoto pohledu rozlišit mezi „ideálním“ Já, tedy tím, kým by se adolescent stal úplně nejraději a „obávaným“ Já, tedy tím, kým se adolescent v žádném případě nechce stát (Adolescence, online). Dle Americké psychologické asociace („*American Psychological Association*“ - APA (2002) je identita tvořena dvěma složkami – sebepojetím¹⁵ („*self – conception*“) a sebeúctou¹⁶ („*self – esteem*“). Sebepojetí je utvářeno přáními, přesvědčeními, hodnotovým systémem, rolami, které hrajeme či cíly, které máme, zatímco

¹⁴ „U člověka prožívání a uvědomování si sebe samého, jedinečnosti i odlišnosti od ostatních.“ (Hartl, 2004, s. 91); „Identita (lat. idem = týž, stejný) – totožnost, jednotnost a neměnnost celku, stálá shodnost, stejnost se sebou samým v prostoru a v čase a to jak živých, tak neživých entit. Termín je značně používaný v (sociální) psychologii a v sociologii ve velmi široké paletě často až protichůdných významů. Nezřídka je identita spojována, příp. projednávána v souvislosti s Já, se „zažíváním sebe sama, uvědomováním si sebe sama (vlastní osobnosti) atp.“ (Geist, 2000, 88 – 89).

¹⁵ „Vnímání sebe samého, sebepercepce; vytváření úsudku o sobě má hodnotící a popisný rozměr při zdůrazňování poznávací složky.“ (Hartl, 2004, s. 236).

¹⁶ „Hodnotící složka sebepojetí, které zahrnuje hodnocení vlastní ceny a míru sebejistoty.“ (Hartl, 2004, s. 237)

sebeúcta je utvářena tím, jak hodnotíme prvky, které utváří naše sebepojetí. Dle Jamese Marcii (in Thorová, 2015) může adolescent převzít identitu svých rodičů (přejatá forma identity), být ve svých názorech nevyhraněný či přelétavý (difúzní forma identity), ocitnout se v krizi, trápit se pochybnostmi či pociťovat úzkost (forma moratoria) nebo po projití všemi fázemi dojít k nalezení své identity (dosažená identita).

U adolescentů se sluchovým postižením je utváření identity a emancipace od rodičů složitější. Již od raného věku se rodiče neslyšících a těžce sluchově postižených dětí musí potýkat s řadou situací, jako jsou volba vhodného komunikačního systému, volba vhodné kompenzační pomůcky, ba dokonce možnost kochleární implantace. Rodiče sluchově postižených dětí stojí také před volbou, zdali jejich dítě bude zařazeno do hlavního vzdělávacího proudu nebo zdali bude navštěvovat školy určené pro žáky se zdravotním postižením. Vzhledem k tomu, že až 95 % sluchově postižených dětí se rodí slyšícím rodičům, je pro tyto rodiče důležité, aby se jejich děti dovedly začlenit do slyšící společnosti (Brice, Strauss, 2016).

Dle Chen (2014) jsou výsledky, které přináší výzkumy zabývající se identitou neslyšících ovlivněny rovněž použitými kvantitativními a kvalitativními výzkumnými metodami. Nikolarazi (2007) také poukazuje na to, že identita neslyšících je odrazem jejich sociálních a osobních vztahů, jazykových preferencí a kulturní identifikace. Dle Falakolaflaki, Hormozi (2015) se při utváření identity slyšících a neslyšících adolescentů odlišuje pouze využívání informací, kdy si jedinci vyhledávají nejrůznější informace a vzájemně je srovnávají.

Glickman, Carey (in Steinbeck, Kohn, 2013) popsali **4 typy identity neslyšících**. Do první skupiny patří ti neslyšící, kteří se spíše než s neslyšícími identifikují se slyšícími. Tito jedinci nemají příliš v oblibě označení neslyšící, ale dávají přednost označení sluchově postižený či člověk se sluchovou ztrátou. Do druhé skupiny patří neslyšící, kteří se zcela identifikovali se světem neslyšících a nejen, že komunikují ve znakovém jazyce, ale rovněž se řadí do komunity Neslyšících. Třetí skupina zahrnuje jedince, kteří se identifikují se slyšícími i s neslyšícími a nakonec poslední skupinu tvoří ti, kteří mají pocit, že nepatří ani mezi slyšící, ani mezi neslyšící. Je třeba zdůraznit, že pocity vyčlenění jsou ohroženi zejména ti neslyšící, kteří se vzdělávají v běžné škole, tato skupina je rovněž ohrožena zvýšeným výskytem rizikového chování. Z výzkumu Keng (2002) vyplynulo, že více než polovina těžce sluchově

postižených studentů se neidentifikuje s tím, že má sluchové postižení, přičemž tato skutečnost může negativně souviset s rizikovým chováním.

Na **budování identity neslyšících** může mít velký vliv také jazykové prostředí slyšících rodičů, neboť ne všichni slyšící rodiče ovládají nebo se pokoušejí naučit se znakový jazyk. Tito rodiče se pro usnadnění komunikace snaží vést potomka orálně, avšak tato situace může mít negativní vliv na budování identity u sluchově postižených adolescentů (Napoli, Mellon, Niparko, 2015). Je třeba podotknout, že výzkumy, které se zaměřují na budování identity neslyšících a těžce sluchově postižených, jsou často problematické, neboť neslyšící tvoří značně heterogenní skupinu, která se od sebe liší dobou vzniku sluchového postižení, typem sluchového postižení, volbou komunikačního systému, vzděláním či rodinným zázemím. Dle Loeb, Sarigiani (1970) mají sluchově postižení nižší sebeúctu a rovněž se u nich vyskytují problémy se sebevědomím, s rodiči a vrstevníky, přičemž jádrem problémů je často již výše zmíněná komunikace. Theunissen, Rieffe, Netten (2014) připouští, že některé děti se sluchovým postižením mohou být ohroženy nižším sebevědomím a sebehodnocením, avšak jiné děti, především ty, u nichž byla provedena raná kochleární implantace, vykazují srovnatelné výsledky v oblasti sebehodnocení jako slyšící. Také studie Moog, Geers, Gustus (2011) ukázala, že ti adolescenti, kteří mají kochleární implantát od předškolního věku, se identifikují se slyšícími nebo s oběma skupinami stejně než pouze s neslyšícími. Tito adolescenti se stýkali se slyšícími přáteli, ale mezi přáteli měli i neslyšící. Z důvodu komunikace mluvenou řečí a dobrých jazykových kompetencí se tyto jedinci také dovedli identifikovat se světem slyšících. Dle Sardar, Kadir (2012) sebepojetí neslyšících adolescentů ovlivňuje rovněž komunikace s jejich matkami, neboť ti adolescenti, jejichž matky s nimi komunikovaly, vykazovali vyšší míru sebepojetí.

V souvislosti s budováním identity se můžeme setkat s již výše zmíněnou **krizí identity**.¹⁷ Dle Janoškové (2008) svádí adolescent často vnitřní zápas, neboť je stále dítětem závislým na rodičích, avšak zároveň usiluje o co největší míru autonomie a samostatnosti. Pro dospívající je dosažení autonomie nezbytné, neboť adolescentovi umožňuje, aby se uměl rozhodovat sám za sebe a odhadnout následky svých činů (Ruffin, 2009). Proces dosahování samostatnosti a nezávislosti je často spojen s hádkami, kritičností či netolerancí vůči

¹⁷ „Termín, který zavedl (spolu s termínem identita) do psychologického pojmosloví E. H. Erikson (1950); označoval jím situaci, v níž se ocitají adolescenti, jejich fyzické, sexuální a sociální požadavky v nich vzbuzují potřebu ujasnit si, kdo jsou jako jedinci (osobnosti) a jaký je jejich vztah ke světu dospělých, do něhož v krátké době vstoupí.“ (Geist, 2000, s. 133). „Pubertální krize, krize dozrávání; období konfliktů a zařazování se do nových sociálních během puberty a v adolescenci; výskyt zkratovitých jednání, pocitů bezradnosti, nezdrženlivosti, impulzivitu, zvýšeného sebepozorování a vztahovačnosti.“ (Hartl, 2004, s. 120)

dospělým. Říčan (2015) hovoří rovněž v souvislosti s osamostatňováním se o bolestných pocitech, kdy si dospívající uvědomují, že přestávají být dětmi a přestávají být k dospělým osobám naivně loajální. Ve vztahu k rodičům lze v některých případech hovořit až o pubescentním negativismu, který je však na rozdíl od období dětského vzdoru spojen s útokem na autoritu. Arnett (1999) in APA (2002) poukazuje na to, že vzpuru adolescentů vůči rodičům můžeme dát do souvislosti s adolescentním kritickým myšlením, pod jehož vlivem si adolescent začíná uvědomovat, že názory rodičů nemusí být vždycky adekvátní. Vzpoura se dotýká i učitelů či dalších významných autorit. Ruffin (2009) poukazuje, že v dnešní době se můžeme kromě tradičního modelu rodiny setkat se svobodnými rodiči, střídavou péčí, pěstounskou rodinou či adoptivní rodinou, přičemž také tyto faktory mohou přispět k adolescentí vzpouře. Vágnerová (2012) připouští, že proces odpoutávání se od rodiny je náročný pro obě strany, ovšem dodává, že k úplné destrukci citové vazby vůči rodičům dochází jen výjimečně. Emoční autonomie potomka se projeví zejména snížením závislosti na bezprostřední emoční rodičovské podpoře a tendencí k vytváření nových vazeb. Greenberg, Kusché (1989) in Marschark, Spencer (2003) uvádí, že **socializaci a s ní spojenou emancipaci znesnadňují neslyšícím a těžce sluchově postiženým adolescentům nejen obtíže v komunikaci, ale také specifické emociální rysy osobnosti**, jako jsou zvýšená impulzivita a nedostatečná regulace emocí. Expresi emocí ovlivňuje také omezený rozsah slovní zásoby, kdy osoby se sluchovým postižením nemohou najít vhodná slova, kterými by daly pocity najevo, přičemž tyto pocity neumí ani pojmenovat. Vzhledem k omezenému chápání pojmů s emočním obsahem, jako jsou laskavost, láska, být zamilován či sexuálních pocitů, mají neslyšící problém tyto pocity vyjádřit (Kolibiki, 2014). Neslyšící a těžce sluchově postižení adolescenti vykazují ve srovnání se svými intaktními vrstevníky více jazykových potíží, potíží s chováním a pozorností a méně komunikují se svými rodiči (Barker, Quittner, Fink, 2009).

V období dospívání ubývá pod vlivem procesu autonomie času stráveného s rodiči (Rendl, 1992, in Vágnerová, 2012). S tímto názorem souhlasí také Vágnerová (2012), která uvádí, že adolescenti tráví s rodiči méně času a mění se rovněž kvalita interakce mezi rodiči a dětmi. Dle Matouška (1997) přestávají být chlapci v této době vůči rodičům sdílní, takže rodiče ztrácí přehled o tom, co chlapci dělají. Možný (2002) uvádí, že chlapci i dívky mají pozitivní vztah především s matkou, avšak Vágnerová (2012) dodává, že mezi matkou a její dospívající dcerou může docházet k vzájemné rivalitě. Dívka může matku situovat nevědomě do role konkurentky, kterou se snaží porazit. Matky na tuto situaci většinou reagují

ambivalentně, složitější situace může nastat tehdy, chybí-li v rodině otec. Za této situace je pro dívku obtížné odpoutat se z vlivu matky zvláště tehdy, jedná-li se o matku pečující a milující. Podobně o zvyšujícím napětí mezi matkou a dcerou hovoří také Steinberg (2001 in Ruffin (2009), který uvádí, že dívky se ve snaze vymanit se z vlivu matky vydávají na jinou cestu než ony. Janošková (2008) toto tvrzení vyvrací a poukazuje na blízký vztah matky a dcery, která se rozhodne s matkou zůstat, dojde-li v rodině k rozvodu. Vztah matek a synů je odlišný od vztahu matek a dcer. Matky chlapce nejen méně kritizují, ale jsou k jejich chování více tolerantní. Chybí-li v rodině otec, může vztah matky a syna nabývat extrémního charakteru, který se vyznačuje oboustrannou závislostí a silnou citovou vazbou (Vágnerová, 2012). Říčan (2015) v souvislosti s obdobím adolescence hovoří rovněž o znovuoobnovení oidipovské touhy vůči rodičům, která byla doposud vytěsněna. Tyto touhy se projevují na nevědomé úrovni a mohou být vyjádřeny napětím, předrážděností či pubescentním negativismem. Tato teorie může rovněž pomoci vyjasnit komplikovaný vztah otce a dcery, kterého dceřino dospívání může uvést do rozpaků. Dospívající dcera může v otci vyvolávat pocity viny, neboť si otec začíná všimnout její atraktivity. Toto chování se pak ze strany otce může projevovat odmítáním, ignorováním jejich ženských projevů nebo naopak žárlivostí na všechny její ctitele či vrstevníky. I přes tyto projevy je však třeba poukázat na skutečnost, že otec významným způsobem slouží dceři jako model mužské role (Janošková, 2008). Vágnerová (2012) poukazuje, že v období adolescence ztrácí rodiče ve vztahu k dětem dominantní a nadřazené postavení. Adolescenti se postupně vymaňují z vlivu rodičů a neakceptují vše, co jim rodiče říkají. Vztah mezi rodičem a adolescentem často provází ztráta iluzí a idejí ze strany adolescenta. Dospívající nejen, že nechtějí s rodiči trávit volný čas, ale rovněž jsou kritičtí k jejich názorům a neidentifikují se s nimi. Někteří rodiče nechtějí vidět pokles zájmu ze strany svých dětí a za projevy jejich chování vidí pouze lhostejnost, nezájem, ignoraci. Ze strany rodiče často přichází také ztráta komunikace, která se projevuje tím, že rodiče nechtějí poslouchat, co jim dospívající potomci říkají a ti se zase domnívají, že je jedno, co svým rodičům řeknou, neboť je stejně neposlouchají. U některých rodičů se ve vztahu k dospívajícím potomkům objevují sklony k manipulaci (Vágnerová, 2012).

Velký význam v období adolescence má **vrstevnická skupina**, neboť prostřednictvím vrstevníků si adolescent buduje svou identitu. Seltzerová (1989, in Thorová, 2015) hovoří o tzv. vrstevnické aréně, která adolescentům poskytuje prostor pro tento proces. Vrstevníci slouží adolescentovi jako testovací publikum, které mu poskytuje zpětnou vazbu, podporu a adekvátní sebereflexi. Dospívající může nabýt ve skupině vrstevníků nejrůznějšího

postavení, přičemž toto postavení může být odlišné od postavení, jaké má ve skupině dospělých. Postavení vrstevníka ve skupině je vymezeno jeho oblíbeností, která je spojena s otevřeností, ochotou pomáhat, kamarádským chováním či dobrou schopností komunikace. Je velmi pravděpodobné, že dospívající, který byl již v předchozích obdobích oblíbený, se nyní bude pravděpodobně chovat tak, že bude oblíben i nadále. Řada rodičů adolescentů si přeje, aby jejich potomek byl populární. Popularita přináší adolescentům lepší sebepojetí, rozvíjí u nich sociální dovednosti, vede k lepším vztahům s přáteli a rodiči a umožňuje lépe řešit konflikty. Nevýhodou popularity však může být větší tendence k užívání návykových látek, alkoholu či riskantnímu chování (Allen, Porter, McFarland, 2005). Dalším faktorem, který určuje postavení adolescentů mezi vrstevníky, je vliv a moc. Vliv adolescenta ve vrstevnické skupině je obvykle determinován dobrými rozumovými schopnostmi, vysokou sociální inteligencí, sebejistotou, vyrovnaností a dominantností. Thorová (2015) hovoří o tom, že mladý člověk s vrstevníky soupeří, ale zároveň se je učí chápat. Dospívající ve zvýšené míře reaguje citlivě na odmítání vrstevníky. Pokud dospívající není z nějakého důvodu akceptován, může použít strategie, jako jsou uplácení, lichocení a přijetí role šaška, aby si postavení mezi vrstevníky vynutil. Říčan (2015) poukazuje na to, že dospívajícího formuje kromě vrstevníků ve školní třídě rovněž parta, kterou zná ze sportovních či jiných oddílů. Dle Vágnerové (2012) napomáhají dospívajícím vztahy s vrstevníky uspokojovat řadu psychickým potřeb, jako jsou potřeba stimulace, potřeba smysluplného učení, potřeba jistoty a bezpečí či potřeba být akceptován.

Je třeba podotknout, že **vrstevnické vztahy neslyšících adolescentů** ovlivňuje nejen typ a stupeň sluchové ztráty, ale také úroveň komunikace mluvenou řečí. Na vztahu k vrstevníkům se podílí také to, zdali jsou adolescenti se sluchovým postižením vzdělávání formou integrace, nebo ve školách pro žáky se sluchovým postižením. Dle Guralnick (2010) mají lidé s postižením často sníženou schopnost rozvíjet vztahy s vrstevníky a uzavírat s nimi přátelství, přičemž některé výzkumy ukázaly, že adolescenti se sluchovým postižením jsou více osamělí ve srovnání se svými vrstevníky (Most, 2007).

Velký význam v období adolescence má přátelství. Dle Rose, Rudolph (2006 in Janošová, 2008) má přátelství v období adolescence větší význam než v předchozích letech, avšak dle Vágnerové se touha po tom, mít blízkého přítele objevuje již v 11 či 12 letech. Dívky touží v oblasti přátelství především po blízkosti (Thorová, 2015) a mají menší počet blízkých přítelkyň. Chlapci mají více přátel než dívky, okolo 5 přátel, avšak jejich vztahy jsou povrchnější (Vágnerová, 2012). U dívek se přátelství často demonstruje voděním za ruku,

polibky na tváře či objetím, avšak tyto procesy nemají erotický náboj a jsou vyjádřením blízkosti. U chlapců jsou podobné projevy méně žádoucí, neboť by mohli být obviněni z homosexuality. Chlapci si jsou této situace vědomi, a proto se citově zabarveným situacím spíše vyhýbají (Janošová, 2008). Dle Geckové, Tavela, Gajdošové (a kol., 2008) má přátelství chlapců zejména povrchní charakter a převažuje v něm kvantita nad kvalitou a hloubkou. Pro dívky je naopak přátelství intimnější a blízkou přítelkyni považují dívky často za nejvýznamnější osobu ve svém životě. Smíšená přátelství mezi chlapci a dívkami začínají teprve v době, kdy prochází dospíváním rovněž chlapci. V tomto období má přátelství často sexuální podtext.

Velkou roli v období adolescence hrají partnerské vztahy, více prostoru jim bude věnováno v dalších podkapitolách.

2.4 Sexualita v období adolescence

Termín **adolescentní sexuální vývoj** („*adolescent sexual development*“) je používán pro zdůraznění sexuality jako přirozeného a očekávaného prvku adolescentního vývoje. Sexuální socializace poukazuje na sociální kontext, ve kterém adolescenti rozvíjí své sexuální znalosti a dovednosti. Obecně můžeme sexuální chování v období adolescence rozdělit do 3 kategorií – na abstinenci, masturbaci a partnerské sexuální aktivity. Adolescentní sexuální vývoj je ovlivňován řadou faktorů, kterými jsou čas, místo či úroveň sexuálního očekávání (Bromberg, O'Donohue, 2013).

Pro svůj adekvátní sexuální vývoj potřebují adolescenti dostatečné množství informací a dovedností k tomu, aby se uměli vyhnout nechtěnému či neplánovanému sexu, byli poučeni o nechtěném těhotenství a především o sexuálně přenosných chorobách. Studie Schwarz (1993), Duffy, Fotinatos, Smith (2013) poukázaly na to, že adolescentní sexuální chování začíná okolo 13. roku věku objímáním, líbáním či hlazením a pokračuje pettingem, který zahrnuje hlazení prsou či genitálií a končí pohlavním stykem. S tímto pořadím adolescentních sexuálních aktivit souhlasí rovněž Vágnerová (2012), dle které podléhá toto pořadí vrstevnickým normám. V souvislosti se sexualitou a sexuálním chováním se objevuje u dívek i chlapců odlišné sexuální očekávání. Například McCabe a Collins (1990 in Moore, Rosenthal, 1993) realizovali výzkum mezi australskými adolescenty ve věku 16 – 17 let a přišli na to, že na první schůzce chtěli chlapci postoupit mnohem dál než dívky. Rovných 88 % chlapců chtělo na první schůzce hladit dívce ňadra, přičemž tento akt chtělo provozovat

pouhých 29 % dívek. Toto číslo se ještě více liší u stimulování genitálií. Stimulaci genitálií chtělo provozovat rovných 41 % chlapců, ale jen 6 % dívek. V průběhu adolescence začínají první romantické vztahy, na jejichž základě si jedinec ujasňuje svou sexuální roli. Velký vliv na utváření partnerského sexuálního života mají rodiče, přičemž 91 % z nich si myslí, že by jejich potomci neměli mít pohlavní styk dříve, než dokončí střední školy (Bright Futures, online). Dle Vágnerové (2012) adolescentní milostný vztah napomáhá rozvoji intimity, přispívá k lepší socializaci, seberealizaci a může přinášet uspokojení nejen na emocionální, ale i erotické úrovni. Zdravý sexuální vývoj v adolescenci nezahrnuje pouze sexuální chování, ale jedná se o kombinaci psychosociálního zrání, věkově podmíněného sexuálního chování a formování pozitivní sexuální identity. Vyjádření adolescentovi sexuality závisí na osobním nastavení, rodinných standardech, náboženských hodnotách či vrstevnickému tlaku (McNeely, Blanchard, 2009). Thorová (2015) vnímá **adolescentní lásku** jako nestálou, bláznivou, štěněcí a promiskuitní. Říčan (2015) v souvislosti s adolescencí hovoří o polygammím stádiu sexuálního vývoje. Říčana (2015) s Vágnerovou (2012) doplňují Brown, Feirig, Furman (1999), kteří rovněž vnímají adolescentní vztahy jako nestálé, s krátkým trváním, které postrádají hloubku. Dle Edena (1998), Thomsona (1994 in Furman, Shaffer, 2008) jsou adolescentní vztahy protkány emocemi spojenými s žárlivostí, zlostí či beznadějí. **Adolescentní vztah** prochází několika fázemi, přičemž první je fáze platonické zamilovanosti. V této etapě si adolescent vysněného partnera často idealizuje a stylizuje do určité role. Adolescent nezřídka do objektu své touhy projektuje své představy, přání či ideály, avšak tyto vlastnosti ve skutečnosti vůbec nemusí mít. V prvním fázi zájmu o druhé pohlaví vůbec nemusí dojít ke schůzkám (Vágnerová, 2012). Janošová (2008) dodává, že předmětem citového vzplanutí jsou u řady chlapců či dívek učitelé, učitelky, vedoucí oddílů a obecně příslušníci starší generace, avšak později se adolescenti zaměří na věkově blízké vrstevníky. Na fázi platonického citového vzplanutí navazuje fáze vztahu, která může mít charakter romantické lásky. Tato láska je charakteristická idealizací partnera, jeho vzhledu či chování (Vágnerová, 2012). Adolescentní vztahy jsou často navazovány ze zvědavosti, jsou spojeny s pocity zakázaného, projevují se sváděním, flirtováním. Často je motivem ke vztahu pocit prestiže, potvrzení vlastní krásy a mužnosti (Říčan, 2015). Janošová (2008) dodává, že jedním z podnětů, proč chtějí mladí lidé vstoupit do vztahu, může být pocíťovaný tlak ze strany party. Pokud jedinec nedosáhne očekávání, které si od vztahů sliboval, může být narušeno jeho vnímání vlastní atraktivity, mohou se objevovat obavy o nalezení vhodného partnera a nalezení lásky v budoucnu. Vágnerová (2012) hovoří o tom, že dosažení opravdové intimity v partnerském vztahu je možné nejdříve na konci adolescence.

2.5 Jednotlivé klíčové oblasti sexuální výchovy ve výzkumech – zaměření na adolescenci

Jak již autorka dříve nastínila, zaměřuje se většina výzkumů, které se zabývají sexuálními zkušenostmi adolescentů, na otázky prvních sexuálních zkušeností, prvního pohlavního styku, používání antikoncepce ve vztahu k pohlavnímu styku či sexuálně přenosné choroby. Neméně výzkumů se věnuje rovněž adolescentnímu manželství či rodičovství.

2.5.1 Masturbace jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

Prvním tématem, na které se zaměříme, je **masturbace**, která předchází často partnerským sexuálními aktivitám. Masturbace¹⁸ je jednou z prvních sexuálních aktivit, kterou dospívající teenageři provozují, přičemž ji můžeme vymezit jako „*uspokojování genitálií vlastní osobou za účelem dosažení orgasmu*“ (Dictionary, online). První zmínky o masturbaci pochází již z roku 1603 (Merriam – Webster Dictionary since 1828, online). Masturbace přináší adolescentům zejména fyzické, psychické a emocionální uspokojení a slouží jako protipól klasickému pohlavnímu styku. Masturbace je rovněž praktikou, která napomáhá prevenci nechtěného těhotenství a pohlavních chorob. Masturbace začala být jako praktika více akceptována teprve ve 20. století, v dřívějších dobách byla masturbace vnímána jako něco nečistého či zakázaného (Encyklopedia of Children's Health, online). Přestože dnes četné výzkumy dokazují, že masturbace je přirozená, ba dokonce zdraví prospěšná, ještě v tomto období je spojena s řadou mýtů. V souvislosti s masturbací se můžeme stále dočíst, že masturbace vede k deformaci pohlavních orgánů, nahrazuje klasické partnerské vztahy, vyvolává u praktikujících závislost na sebeuspokojování či narušuje partnerský vztah (Herbenick, 2010). Na podobné závěry poukázala také Shimer-Bowers (2016), dle které je dalším mýtem spojení masturbace s erektilní dysfunkcí, absencí sexuálních aktivit v partnerském vztahu či narušením zdravého sexuálního vývoje. Na výhody masturbace naopak upozornil server EverydayHealth, který zmiňuje výhody, jako jsou lepší vnímání vlastního těla, uvolnění sexuálního napětí a stresu. Dle Robbins, Schick a Reece (2011) masturbuje 73,8 % chlapců a 48,1 % dívek ve věku 14 – 17 let, přičemž četnost masturbace se s věkem zvyšuje. Zatímco ve 14 letech uvádí 62,6 % chlapců, že masturbuje, v 17 letech již toto číslo dosahuje 80 %. U dívek se počet masturbujících rovněž zvyšuje a to ze 43,3 % na 58 % ve věku 17 let. Dle Herbenick (2010) masturbovala v posledním měsíci polovina

¹⁸ „Ipsace, onanie, sebehana, sebeukájení; erotická manipulace s vlastním genitálem; prováděna rukou, třením o tkaniny, stahováním svalových skupin; častá při prohlížení erotických časopisů, videa, sexu po telefonu“ (Hartl, 2004, s. 131). „Pohlavní sebeukájení, též onanie, ipsace (Geist, 1999, s. 139).

chlapců ve věku 16 – 17 let a téměř čtvrtina dívek stejného věku. Dle Pecha (1999) považují adolescenti masturbaci v 57,2 % případů za příjemnou součást sexuálního života, ve 49,7 % případů ji považují za dobrou náhražku partnera a jen 3 % ji považují za aktivitu zdraví škodlivou, za kterou by se měli praktikující stydět. Weiss a Zvěřina (neuveden) realizovali národní výzkum, ve kterém se věnovali otázkám masturbace, přičemž zjistili, že 83,1 % mužů a 50,1 % žen starších 15 let již někdy masturbovalo. Průměrný věk počátku masturbace je u mužů 13,97 let a u žen 16,89 let, přičemž mezi těmito údaji existuje statisticky významný rozdíl. Z výsledků bylo rovněž zjištěno, že většina chlapců a dívek začíná s masturbačními praktikami ve věku 13 – 15 let, avšak téměř čtvrtina masturbujících žen začíná s touto aktivitou po 18. roce života, což je u mužů jev naprosto výjimečný. Dle Täubnera (2001) považují osoby s postižením masturbaci za přirozenou součást sexuálního života. Vomastka (2001) doplňuje, že muži masturbují častěji než ženy a navíc s masturbací začínají dříve (okolo 14. roku věku). Na základě zjištění Weisse a Zvěřiny (2009) masturbovalo někdy celých 90 % mužů, ale jen 65 % žen, přičemž muži dnes začínají masturbovat dříve než v předchozích letech. Zatímco v roce 2003 uvedli muži, že začínají masturbovat v 17 letech, v roce 2008 to bylo již v 13,98 letech. Věk masturbace se naopak zvýšil u žen – z uvedených 14,4 let v roce 2003 na 16 let v roce 2008.

2.5.2 Pohlavní styk jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

Velký význam v období adolescence má **pohlavní styk**. „*Pohlavní styk lze definovat jako sexuální styk mezi dvěma lidmi, který je charakteristický tím, že dojde k zasunutí penisu do pochvy*“ (MERRIAM-WEBSTER SINCE 1828, online). Tento akt je doprovázen rytmickými pohyby a nezřídka spojen s dosažením orgasmu u jednoho či obou partnerů. Podobnou definici nabízí i Oxford dictionary (online), který chápe pohlavní styk jako akt, kdy muž zasune svůj penis do pochvy, což je spojeno s orgasmem a následnou ejakulací. Dle Vágnerové (2012) má sexuální styk pro adolescenta i sociální význam, neboť posiluje jeho prestiž v sociální skupině, avšak později význam tohoto činitele klesá. Rovněž 2/3 adolescentů považují osmnáctiletého člověka bez sexuálních zkušeností za „normálního“ a pro 43 % z nich odložení prvního pohlavního styku důkaz pevného charakteru.

V letech 1988 – 2010 proběhl ve Spojených státech amerických rozsáhlý výzkum, který se zaměřoval na sexuální chování amerických adolescentů ve věku 15 – 19 let. Výzkum překvapivě ukázal pokles procenta adolescentů, kteří měli první pohlavní styk v tomto věkovém období. Zatímco v roce 1988 mělo pohlavní styk 51 % dívek a 60 % chlapců, v roce

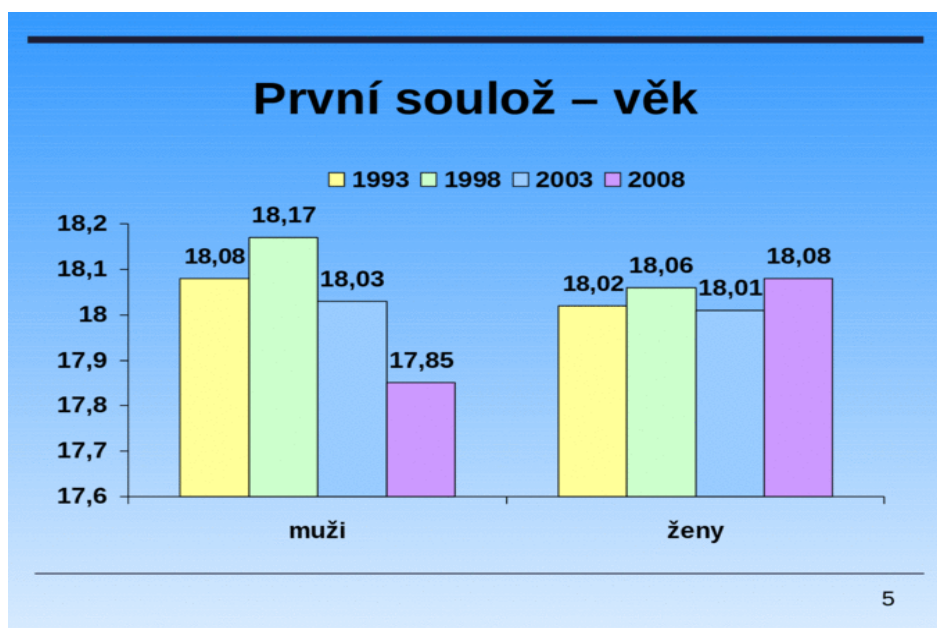
2010 mělo pohlavní styk v tomto věku 43 % dívek a 42 % chlapců. Výzkum rovněž ukázal vliv úplné rodiny na adolescentní sexuální zkušenosti. Pohlavní styk mělo jen 34 % dívek, které žily s oběma rodiči a rovných 54 % dívek, které žily jen s jedním z rodičů. Na riziku nechtěného těhotenství či přenosu pohlavních chorob se podílí nejen frekvence pohlavního styku, ale také stálý partner. Dle zjištění měla většina adolescentů první pohlavní styk se svým přítelem, avšak 16 % dívek a 28 % chlapců mělo první pohlavní styk s kamarádem či náhodnou známostí. V raných fázích adolescence měli dospívající většinou pouze jednoho sexuálního partnera, avšak 6,1 % dívek ve věku 15 – 17 let mělo v uplynulém roce 2 – 3 sexuální partnery. Toto číslo narostlo na 16 % u dívek ve věku 18 – 19 let. Mezi lety 2006 – 2010 mělo 35 % dívek jednoho sexuálního partnera, 16 % dva sexuální partnery a 32 % mělo 3 – 5 sexuálních partnerů. Chlapci v tomto období měli ve 30 % případů jednu sexuální partnerku, v 15 % případů 3 – 5 sexuálních partnerek a 22 % chlapců mělo 6 a více sexuálních partnerek (Martinez, Copen, Abma, 2011).

Dle Martinez, Abma (2015) mělo mezi lety 2011 – 2014 44 % dívek a 47 % chlapců ve věku 15 – 17 let pohlavní styk. Výzkum rovněž zjistil, že v období rané adolescence mají více sexuálních zkušeností chlapci, avšak toto číslo se později vyrovná. Tyto údaje potvrzuje rovněž zjištění AASECT¹⁹ (2013), která uvádí, že ve věku 11 – 12 let má pohlavní styk méně než 1 % dívek a 2 % chlapců, 2 % dívek a 5 % chlapců má první pohlavní styk ve věku 13 let, 5 % dívek a 10 % chlapců má pohlavní styk ve věku 14 let, 19 % dívek a 22 % chlapců ve věku 15 let a 32 % dívek a 15 % chlapců ve věku 16 let. Na nárůst počtu sexuálních partnerů před 13. rokem věku od roku 1991 poukazují rovněž McKay, Gavin, Brown, eds. (2009), kteří zjistili, že narůstá počet sexuálně aktivních adolescentů, kteří mají v tomto období pravidelný pohlavní styk a více než 1 sexuálního partnera. Dle Family Planning Association - FPA (2011)²⁰ mají adolescenti ve Velké Británii pohlavní styk okolo 16. roku věku, v Severním Irsku v 15,6 letech. Dle zjištění WHO (online) je první pohlavní styk u adolescentů průměrně v 15 letech. Pohlavní styk v tomto věku zažila 1/3 adolescentů ve Velké Británii a Skotsku v porovnání s 1/5 adolescentů v České republice, Lotyšsku, Litvě, Polsku, Španělsku a Makedonii (WHO, online). Dle výzkumu Mlčáka, Mikuličkové (1997) mezi 16. – 18. rokem věku mělo pohlavní styk 82 % chlapců a 76 % děvčat, přičemž u 92 % chlapců, ale jen u 42 % děvčat splnil pohlavní styk očekávání. Od roku 1993 probíhá v pravidelných 5 letých intervalech výzkum zaměřený na sexuální chování obyvatel v České republice. Odbornými

¹⁹ AASECT – American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapist.

²⁰ Organizace zabývající se sexuálně-reprodukčním zdravím

garanty výzkumu jsou profesor Petr Weiss a docent Jaroslav Zvěřina. Z dlouhodobých výsledků vyplynulo, že věk první zamilovanosti a první schůzky se v čase příliš nemění, tyto aktivity probíhají okolo 15. roku věku, první delší partnerské vztahy zahajují adolescenti v 18 letech. Dlouhodobě se nemění ani věk první soulože. Chlapci a dívky udávají, že měli první pohlavní styk průměrně v 18 letech, avšak výzkum z roku 2013 ukázal, že se věk prvního pohlavního styku u dívek snížil na 17 let a také u chlapců probíhá první pohlavní styk mezi 17 – 18 lety (Říčan, 2015).



Graf 1: Věk první soulože v České republice mezi roky 1993 – 2008 (zdroj: Weiss, Zvěřina, online)

V roce 1999 byl realizován celosvětový průzkum, který byl zaměřený na sexuální chování adolescentů mezi 16 – 21 lety. V České republice měli adolescenti v průměru 4,1 sexuálních partnerů ve srovnání s 4,9 partnery celosvětově. Nejvyšší počet sexuálních partnerů měli adolescenti ve Spojených státech amerických (7,5). V České republice je podle zjištění průměrný věk 1. pohlavního styku 16,3 let, podobně jako Polsku a Řecku. Nejdříve začínají s pohlavním stykem adolescenti v Kanadě a USA (15 let), nejpozději adolescenti na Tchajwanu. 28 % českých adolescentů očekává pohlavní styk do 1 měsíce od seznámení, přičemž strach z HIV a jiných pohlavních chorob má 47 % z nich a strach z nechtěného těhotenství 26 % z nich. 65 % českých adolescentů použilo při prvním pohlavním styku kondom v porovnání se 72 % celosvětově. U sebe nosí prezervativ 20 % adolescentů. (Kubrichtová, 2000).

Výzkumné šetření zaměřené na **partnerské vztahy osob se zdravotním postižením** realizoval Täubner (2001), který realizoval výzkum u 926 respondentů se zdravotním postižením, přičemž z hlediska postižení převažovalo postižení tělesné. Z výzkumu vyplynulo, že lidé se zdravotním postižením považují sexualitu za významnou a přínosnou součást lidského života, neboť jim dovede přinášet uspokojení. Se svým sexuálním životem jsou osoby s postižením spokojeny pouze průměrně a to i navzdory skutečnosti, že podmínky pro sexuální styk mají dobré. Osoby se zdravotním postižením měly pohlavní styk nejčastěji mezi 18. – 20. rokem věku, avšak řada z nich jej měla i mezi 15. – 17. rokem života.

2.5.3 Antikoncepce jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

Jedním z nejčastějších předmětů zkoumání je kromě zahájení pohlavního života rovněž otázka užívání antikoncepce, neboť antikoncepce výrazným způsobem přispívá ke snížení výskytu nechtěného těhotenství. Kondom navíc zabraňuje přenosu pohlavních chorob.

„Antikoncepci můžeme definovat jako všechny způsoby, které zabraňují tomu, aby byla žena těhotná“ (Merriam-Webster, online). Antikoncepční metody dělíme na metody hormonální, kdy žena užívá antikoncepční pilulku či chodí na pravidelné injekce. Hojně jsou využívány metody bariérové, které zahrnují používání kondomu nebo pesaru, přičemž je třeba zdůraznit, že kondom je jedinou antikoncepční metodou, která kromě nechtěného těhotenství zabraňuje rovněž přenosu pohlavních chorob. Další formou antikoncepce jsou nejrůznější spermicidní krémy či gely. Radikální formou antikoncepce je sterilizace (The Free Dictionary by Farlex, online). Geržová (2007) dělí moderní metody antikoncepce na: *„A. sexuální abstinenci a mimokoitální aktivity; B. orální antikoncepci (kombinovaná – estrogenní + gestagenní; minipilulky – jen gestagenní); C. postkoitální kontracepci; D. bariérové antikoncepční metody (pesar, vaginální houba, cervikální pesar, ženský a mužský kondom), E. injekční kontracepci; F. náplastové metody; G. Nitroděložní tělísko; H. periodickou abstinenci“*.

Antikoncepci užívá pravidelně většina vdaných či svobodných žen, avšak nižší výskyt v užívání antikoncepce je v rozvojových zemích, obzvláště v Africe. Nejméně jedna z deseti žen ve většině zemí světa nepoužívá žádnou antikoncepci a to i přesto, že nechce otěhotnět. Tato čísla se však liší v závislosti na regionu. Nejnížší povědomí o antikoncepci mají ženy ze

západní, střední a východní Afriky, Mikronésie, Polynesie (UN, 2015)²¹. Největší povědomí o antikoncepci mají naopak ve východní Asii, severní a západní Evropě a Severní Americe. Dle Welti, Wildsmith, Manlove (2011) užila antikoncepci alespoň jednou za život většina amerických dívek a žen, přičemž nejpoužívanější formou antikoncepce mezi mladistvými byl kondom. Používání kondomu nabylo svůj význam teprve s časem. V roce 2002 používalo kondom 93 % adolescentů, v roce 2006 – 2010 se jednalo již o 96 % adolescentů.

WHO pro Evropský region („*WHO European region*“) realizovala **výzkum, který byl zaměřen na sexuální chování adolescentů v Evropě a Spojených státech amerických**. Výzkum ukázal, že adolescenti ve Spojených státech amerických užívají antikoncepci mnohem méně často než jejich vrstevníci v Evropě, a to i navzdory zjištění, že užívají antikoncepci více než jejich američtí vrstevníci z předchozích dekád. Největší rozdíl byl zjištěn v užívání antikoncepčních pilulek, kdy francouzské, německé a nizozemské dívky užívají antikoncepci statisticky významně více než jejich vrstevnice v Americe. WHO pro Evropský region rovněž zjistila, že nejpoužívanější formou antikoncepce jsou kondomy, neboť tuto formu antikoncepce použilo v Evropě při posledním pohlavním styku největší procento adolescentů starších 15 let. Data WHO z roku 2012 však rovněž ukázala, že 25 % evropských adolescentů je sexuálně aktivních v 15 letech, avšak více než 30 % z nich nepoužilo při pohlavním styku žádnou formu ochrany. Kondom jako formu antikoncepce použili při posledním pohlavním styku nejvíce španělští a řečtí adolescenti, zatímco nejméně tuto formu antikoncepce použili adolescenti ve skandinávských zemích (Currie, Zanotti, Morgan, 2012).

V letech 2008 – 2009 proběhl ve Velké Británii rozsáhlý výzkum mezi ženami ve věku 16 – 49 let. Tento výzkum ukázal, že 57 % dívek ve věku 16 – 19 let použilo při prvním styku ochranu. Nejpoužívanější formou ochrany představoval kondom následovaný antikoncepčními pilulkami. Rovných 88 % dívek již někdy slyšelo o pohotovostní formě antikoncepce, přičemž v posledních 12 měsících použilo tuto formu antikoncepce 17 % z nich (FPA, 2011). Dle dat Mezinárodní federace pro plánované rodičovství pro evropský region („*International Planned Parenthood Federation European Network*“), který realizoval výzkum mezi 16 evropskými zeměmi (Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Finsko, Francie, Irsko, Německo, Itálie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Nizozemí, Polsko, Rumunsko, Španělsko a Švédsko). V letech 2012 – 2014 bylo zjištěno, že v České republice nejsou

²¹ UN – United Nations

otázky sexuálního a sexuálně-reprodukčního zdraví politickou prioritou, neboť chybí národní strategie zaměřená na tuto oblast a výsledky neukazují, že by se situace měla v dohledné době zlepšit. Tématu antikoncepce se dle zjištění věnuje Ministerstvo zdravotnictví pouze okrajově a veřejnost má jen velmi nízké povědomí o sexuálně-reprodukčním zdraví a moderních metodách antikoncepce, přičemž velice známou moderní metodou antikoncepce je pro veřejnost pouze hormonální orální antikoncepce. Celosvětově je nejoblíbenější formou antikoncepce mezi mladistvými kondom (IPPFEN²², 2015). Ve Spojených státech amerických vzrostlo jeho užívání kondomu mezi lety 1991 – 2011 o 14 % (Rose, Wingood, 2009). Používání kondomu je spojeno často s formální sexuální výchovou, neboť polovina těch adolescentů, kteří měli sexuální výchovu ve školách, použili při pohlavním styku kondom. Nižší procento použití kondomu je často spojeno s vyšším věkem partnera (Manlove, Ikramullah, Terry-Humen, 2008). Výhodou při používání kondomu je jeho pořizovací cena, snadná dostupnost, nulové vedlejší účinky a ochrana proti pohlavním chorobám. V kombinaci s jinými metodami antikoncepce pomáhá zvýšit jejich účinek (Planned Parenthood, online).

Podobné trendy jako ve Spojených státech amerických se objevují i v České republice. Od roku 1993 se snížil počet těch adolescentů, kteří při první sexu nepoužívají antikoncepci ve prospěch uživatelů kondomu. Zatímco v roce 1993 nepoužilo při sexu žádnou ochranu 57 % adolescentů, v roce 2008 nepoužilo ochranu 45 % adolescentů. Kondom použilo v roce 1993 při prvním pohlavním styku 19 % adolescentů, v roce 2008 to již bylo 35 % adolescentů. O 2 % se zvýšilo rovněž užívání hormonální antikoncepce, naopak o 7 % pokleslo spoléhání se na přerušovanou soulož při prvním pohlavním styku. Mezi lety 1993 – 2008 poklesl také počet žen, které nepoužily při prvním milování ochranu o 15 %, naopak se zvýšil o 10 % počet těch žen, které použily při prvním milování kondom a o 9 % se zvýšil počet žen, které při milování použily hormonální antikoncepci (Weiss, Zvěřina, 2009). Přestože užívání antikoncepce a kondomu přináší řadu výhod, stále ještě můžeme najít řadu mýtů, které užívání antikoncepce provázejí. Server WebMed (online) vyvrací např. mýty, že žena nemůže otěhotnět, pokud se po milování vysprchuje či se miluje ve stoje, dále upozorňuje na skutečnost, že metoda plodných a neplodných dní nemusí být vždy spolehlivá, a rovněž přerušovaná soulož rozhodně není 100% ochranou, neboť spermie mohou být obsaženy i preejakulační tekutině. Rovněž je nutné, aby si adolescenti uvědomili, že otěhotnět mohou i při prvním pohlavním styku, že početí nezabrání ani sex ve vodě, k otěhotnění může dojít i během menstruace, a že ne vždy jsou příznaky pohlavních chorob

²² IPPFEN - „Internatioanal Planned Parenthood Federation European Network“

patrný na první pohled (Planned Parenthood, online). Právě strach z pohlavních chorob je jedním z nejčastějších důvodů, proč adolescenti používají při pohlavním styku kondom.

2.5.4 Pohlavně přenosné choroby jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

„*Sexuálně přenosné choroby můžeme vymezit jako nemoci, které můžeme dostat pomocí nechráněného pohlavního styku, přičemž příčinou těchto chorob jsou bakterie, viry a paraziti*“ (MedlinePlus, online). Mezi nejznámější pohlavní choroby patří chlamydie, kapavka, syfilis, herpes virus a samozřejmě onemocnění HIV/AIDS. **Dle WHO se nakazí každý rok 357 milionů osob jednou ze 4 pohlavních chorob (chlamydie, syfilis, kapavka a trichomoniáza)**, přičemž je známo okolo 20 pohlavních chorob. Ve Spojených státech amerických se každoročně nakazí 19 milionů mužů a žen (EMEDICINE HEALTH, online).

Obecně pohlavně přenosné choroby postihují muže a ženy bez rozdílu věku a společenského původu a stávají se v současné době stále větším problémem. U mladistvých je v souvislosti s pohlavními chorobami problémem brzká sexuální aktivita, větší počet sexuálních partnerů a absence kondomu při pohlavním styku. Velkým problémem je, že řada pohlavních chorob se obzvláště u žen neprojevuje žádnými příznaky. Jedná se zejména o chlamydie, kapavku či genitální herpes, které u žen závažným způsobem ohrožují jejich reprodukční zdraví. Každý den se pohlavními chorobami nakazí zhruba 1 milion lidí, přičemž pohlavně přenosné choroby jako herpes a syfilis více než 3x zvyšují pravděpodobnost nakažení virem HIV. Syfilis v těhotenství zase každý den způsobuje 305 000 fetálních či neonatálních úmrtí (WHO, 2015).

V roce 2012 vydalo **Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí** („*European Centre for Disease Prevention and Control*“) rozsáhlou zprávu, která se týkala pohlavních chorob, jako jsou chlamydie, kapavka, syfilis a kongenitální syfilis. Dle evropského centra jsou nejčastěji hlášenou pohlavní chorobou **chlamydie**. V roce 2012 bylo v 26 členských státech Evropské unie nahlášeno 385 307 případů chlamýdií²³, přičemž chlamydie byly častěji hlášeny u žen než u mužů, avšak je velmi pravděpodobné, že počet osob nakažených chlamydiemi bude ve skutečnosti vyšší, neboť se liší úroveň screeningu v jednotlivých členských státech Evropské unie. Studie ukázala, že 84 % případů výskytu chlamýdií bylo hlášeno z Norska, Švédska, Dánska a Velké Británie. Více než 2/3 osob

²³ Chlamýdie trachomatis je intracelulární bakterie, kterou je každoročně nakaženo před 100 milionů osob na celém světě během jejich pohlavního styku. Řada nakažených osob vůbec netuší, že je nakažena chlamydiovou infekcí, neboť nemá žádné příznaky této infekce. Asymptomatických je obvykle mezi 70 – 95 % žen a více než 50 % mužů (IUSTI, 2015). Chlamýdie je bakteriální infekce, která se přenáší během nechráněného orálního, vaginálního, ale análního styku, dále je možný způsob jejího přenosu i z matky na dítě (CDC, 2014).

nakažených chlamydiemi patří mezi mladistvé ve věku 15 – 24 let, přičemž 88 % případů bylo přeneseno prostřednictvím heterosexuálního pohlavního styku. Obecně můžeme říci, že všechny země vykazují zvýšení výskytu hlášení chlamydiové infekce, přičemž od roku 2003 do roku 2012 se zvýšila četnost výskytu chlamydií o 90 %²⁴ (ECDC²⁵, 2014).

Další pohlavní chorobou, na kterou se Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí zaměřilo, byla **kapavka**²⁶ (lat. gonorrhoea). V roce 2012 bylo v 29 členských státech Evropské unie nahlášeno 43 387 nových případů kapavky, přičemž její výskyt byl 3x častější u mužů než u žen. Nejvyšší míra výskytu kapavky byla hlášena ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska, Lotyšsku, Irsku a Estonsku, naopak nejnižší míra výskytu byla pozorována v Bulharsku, Chorvatsku, Lucembursku a Portugalsku. Kapavka byla nejvíce rozšířena mezi věkovou skupinou 25 – 34 let (34 %), následovala ji věková skupina 20 – 24 let (24 %). Obecně můžeme říci, že u mladých dospělých mezi 15 – 24 lety se kapavka vyskytovala ve 41 % všech případů. Za rok 2012 evidoval Registr pohlavních nemocí celkem 1 151 nahlášených případů kapavky, přičemž je alarmující, že incidence této pohlavní choroby vzrostla o rovných 62,0 %. Nárůst incidence kapavky byl patrný především u mužů 16,5 hlášených případů kapavky na 100 000 mužů (ECDC, 2014). Také v České republice je kopírován evropský trend a kapavka je nejčastěji hlášena u žen i mužů mezi 20 – 24 lety. Z hlediska socioekonomického statusu se kapavka nejčastěji v České republice vyskytovala u svobodných mužů a žen se středoškolským vzděláním. U adolescentů mezi 15 – 19 lety se kapavka pohybuje okolo 5 hlášených případů na 100 000 obyvatel.

Třetí pohlavní chorobou, která se v Evropě nejvíce vyskytuje, je **syfilis**²⁷. V roce 2012 bylo nahlášeno 20 802 případů syfilis ve 30 členských státech Evropské unie

²⁴ V České republice nejsou známy počty nakažených osob chlamydiovou infekcí, neboť tato pohlavní choroba nepodléhá povinnému hlášení.

²⁵ ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

²⁶ Kapavka (lat. gonorrhoea) patří celosvětově k nejčastějším pohlavním chorobám, přičemž jejím původcem je gramnegativní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*. Přenos kapavky je možná všemi druhy pohlavního styku, včetně styku orálního a análního. V průběhu porodu je možný i přenos z matky na dítě. Kapavka je pohlavní chorobou s poměrně dobře se manifestujícími symptomy (Venerologie, online). Inkubační doba kapavky je mezi 2 – 14 dny. Až 50 % žen s kapavkou může být asymptomatických, u ostatních žen se zpravidla objevuje cervicitida s uretritidou, výtokem a pálením při močení. U 25 % mužů se asi za 2- 6 dnů po nákaze projeví infekce jako hnisavá uretritida s pálením a řezáním při močení, polakisurií, bíložlutým výtokem a zarudlým ústím uretry. U určitého procenta mužů se příznaky kapavky objevují pouze ráno a 10 % mužů s kapavkou zůstává asymptomatických (Kubicová, 2015)

²⁷ Syfilis je celosvětově rozšířenou a známou pohlavní chorobou, která bez včasné diagnostiky a následné léčby může skončit i smrtí. Původcem syfilis je spirální bakterie *treponema pallidum*. Přenos tohoto onemocnění je možný vaginálním pohlavním stykem, ale i orálně a análně. Infekce může být přenesena na plod během těhotenství. Ohrožení infekcí syfilis jsou zejména promiskuitní jedinci, narkomani či prostitutky (Venerologie,

a Evropského hospodářského společenství (EU/EEA²⁸ Members States), přičemž 68 % případů bylo hlášeno ze Spojeného království, Německa, Rumunska a Španělska. Míra hlášení byla obecně 5,1 případů na 100 000 populaci. Syfilis byl u mužů hlášen dokonce 4x častěji než u žen. Syfilis nejčastěji postihoval osoby starší 25 let, zatímco u adolescentů mezi 15 – 24 lety byl zaznamenán pouze v 15 % případů. V České republice bylo nahlášeno v roce 2012 celkem 696 případů onemocnění syfilis. Většina případů výskytu byla zjištěna náhodně, přičemž výskyt byl náhodně zjištěn především u žen. Stejně jako v Evropě byli onemocněním syfilis postiženi zejména muži a ženy ve věku 25 – 29 let (ECDC, 2014).

Pravděpodobně celosvětově nejznámější pohlavní chorobou je **nemoc AIDS**. V následujících řádcích budeme této pohlavní chorobě věnovat náležitou pozornost, neboť je to jediná pohlavní choroba, kterou jak vyplynulo z předvýzkumu k disertační práci, znají všichni adolescenti se sluchovým postižením.

2.5.5 Klíčová fakta o nemoci HIV/AIDS

Jak uvádí organizace AVERT, od vypuknutí epidemie AIDS bylo virem HIV nakaženo 78 milionů lidí, přičemž 35 milionů lidí zemřelo na nemoci spojené s AIDS. V současné době žije na celém světě 36,7 milionů osob, které jsou infikovány virem HIV, přičemž 2 miliony z tohoto počtu tvoří děti. Rovných 25,8 milionů osob nakažených virem HIV pochází ze subsaharské Afriky. Tyto osoby tvoří 70 % z celkového počtu nakažených (AVERT, 2016). Za loňský rok přibylo celosvětově 2,1 milionů osob nakažených virem HIV. Největší počet nakažených virem HIV žije v západní a jižní Africe (19,1 milionů osob), za rok 2015 zde přibylo 960 tisíc nakažených osob. Nejnižší počet nakažených virem HIV/AIDS žije na Středním východě a v Severní Africe (230 tisíc), přičemž v roce 2014 zde přibylo 21 tisíc nových případů. V roce 2015 zemřelo 1,1 milionů osob na nemoci spojené s onemocněním AIDS (WHO, 2016).

V rámci EU/EEA přibylo v roce 2012 nově infikovaných virem HIV téměř 30 tisíc osob, přičemž nejvyšší míra výskytu nových případů byla zaznamenána v Estonsku, Lotyšsku, Belgii, Spojeném království Velké Británie a Severního Irska a Lucembursku, zatímco nejnižší počet nově nakažených pocházel ze Slovenska a Chorvatska. Největší podíl nově nakažených 40,4 % nově nakažených virem HIV, tvořili muži, kteří mají sex s muži. Přenos viru HIV mezi muži, kteří mají sex s muži, tvoří více polovinu nově nakažených osob

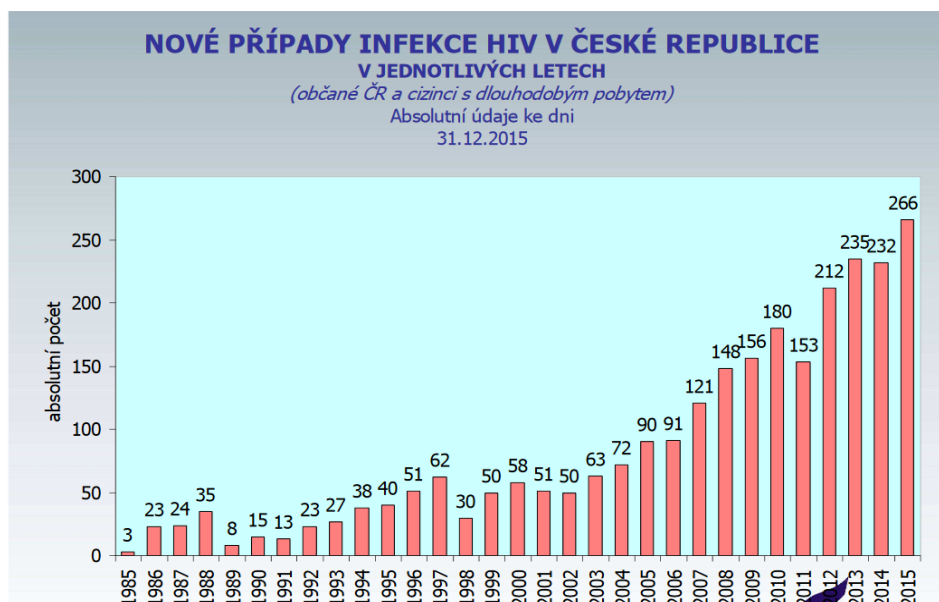
online). Kromě vrozené formy syfilis se můžeme setkat i s formou získanou, přičemž v rámci získané formy rozlišujeme stádium primární, sekundární a terciární (Kubicová, 2015)

²⁸ European Union/European Economic Area

v zemích, jako jsou Chorvatsko, Kypr, Česká republika, Německo, Maďarsko, Nizozemí, Slovensko, Slovinsko a Španělsko a více než 30 % nově nakažených v Rakousku, Belgii, Bulharsku, Dánsku, Finsku, Irsku, Itálii, Lucembursku, Norsku a Spojeném království. Druhou nejčastější příčinou přenosu viru HIV byl heterosexuální styk (WHO European region, online).

Fakta o výskytu HIV/AIDS v České republice

Dle Státního zdravotního ústavu (SZU) bylo od roku 1985 v České republice zaznamenáno celkem 2567 případů výskytu HIV, přičemž 2 171 nakažených byli muži. U 450 osob nakažených virem HIV došlo k rozvinutí onemocnění AIDS. Od roku 1985 zemřelo na nemoci spojené s AIDS již 331 pacientů. Od roku 2002 je v České republice zaznamenám výrazný nárůst výskytu HIV/AIDS, neboť v roce 2002 bylo potvrzeno 50 nově získaných případů infekce, zatímco v roce 2014 již bylo registrováno 232 nových případů. V České republice se na statistických souvisejících s HIV/AIDS výrazně podílí muži, kteří mají sex s muži. V roce 2015 tato skupina zaujímal 78,4 % mezi všemi nakaženými osobami, přičemž z celkového počtu všech nakažených virem HIV tvoří ženy pouze 7,0 %. Průměrný věk nově nakažených osob je 34,5 let. Věkové rozpětí činí 34 – 69 let. U HIV pozitivních osob jsou časté koinfekce s jinými sexuálně přenosnými chorobami, jako jsou syfilis, kapavka či venerický lymfogranulom (SZÚ, 2015).



Graf 2: Případy HIV infekce v České republice (zdroj: ČSÚ)

Virus HIV u adolescentů

Dle UNICEF žily v roce 2014 na světě 2 miliony adolescentů ve věku 10 – 19 let nakažených virem HIV. Adolescenti tvoří 5 % všech nakažených osob. Nejvíce nakažených adolescentů žije v subsaharské Africe a jižní Asii (z 2 milionů všech nakažených adolescentů žije 82 % v subsaharské Africe), kde je AIDS hlavní příčinou úmrtí dětí mezi 10 – 19 lety. V subsaharské Africe tvoří hlavní skupinu nově vzniklých případů především dívky ve věku 10- 19 let (7 z 10 případů). V roce 2014 bylo každou hodinu nově infikováno 26 adolescentů ve věku 10 – 19 let (UNICEF, 2016). WHO poukazuje na skutečnost, že mezi lety 2005 – 2012 došlo u adolescentů ke zvýšení úmrtí na nemoci spojené s AIDS o 50 %, zatímco u celkového počtu nakažených virem HIV poklesla úmrtnost na nemoci spojené s AIDS o 30 % (WHO, 2013). Ve střední a západní Evropě a Společenství nezávislých států žilo v roce 2012 celkem 22 tisíc adolescentů ve věku 10 – 19 let nakažených virem HIV, na tomto počtu se dívky podílely 52 %. V České republice bylo z celkového počtu 2756 nakažených²⁹ ve věku 15 – 19 let 84 adolescentů. Mladí dospělí ve věku 20 – 24 let tvořili 425 případů z celkového počtu.

Vymezení HIV/AIDS

„AIDS neboli syndrom získaného selhání imunity (z angl. Acquired Immune Deficiency Syndrome) je soubor příznaků, které vedou ke ztrátě imunity. Příčinou tohoto onemocnění je virus HIV (ang. Human Immunodeficiency Virus), který způsobuje ztrátu imunity zejména tím, že napadá v organismu určitou skupinu bílých krvinek, tzv. T-lymfocytů“ (AIDS-HIV,online). AIDS je posledním a nejzávažnějším stádiem HIV infekce a projevuje se těžkou devastací imunitního systému. O vypuknutí onemocnění AIDS hovoříme tehdy, když má osoba hodnotu CD4 (T-lymfocytů) nižší než 200 (IHV³⁰, online). Existuje několik typů viru HIV, avšak nejznámější jsou 2 – HIV-1³¹ a HIV-2³² (AVERT, 2016). V odborné literatuře se často setkáme s označením HIV/AIDS, avšak ne u každé osoby, která je infikována virem HIV, musí propuknout onemocnění AIDS.

V souvislosti s virem HIV vědci v minulosti identifikovali v Centrální Africe typ šimpanze, který je zdrojem viru HIV u člověka, neboť poukazali na skutečnost, že došlo k přenosu viru SIV (virus, který se u šimpanze chová obdobně jako virus HIV u člověka) na

²⁹ Údaje jsou dle Státního zdravotního ústavu aktuální ke květnu 2016.

³⁰ iHIV – Institute of Human Virology

³¹ Jedná se o celosvětově nejrozšířenější typ viru HIV.

³² Tento typ viru se vyskytuje zejména ve východní Africe, avšak několik případů bylo zjištěno v Indii a Evropě.

člověka, kde tento virus zmutoval do podoby HIV. K tomuto přenosu pravděpodobně došlo v době, kdy lidé loví šimpanze pro maso a dostávali se do kontaktu s jejich krví (CDC³³, 2016). Onemocnění AIDS bylo poprvé rozpoznáno ve Spojených státech amerických v roce 1981, především u mladých homosexuálů. Záhy byly vymezeny nejčastější skupiny osob, které trpěli tímto onemocněním – tzv. 4H: Homosexuálové, Heroinman (uživatelé injekčních drog), Haiti (ostrov s vysokou koncentrací HIV pozitivních osob) a Hemofilici. Teorie o 4 skupinách, které mohou onemocnět AIDS, byla mylná, neboť dnes již víme, že nakazit se virem HIV může prakticky každý.

Dle Mandal (2014) můžeme historii onemocnění AIDS rozdělit do několika etap. První etapou onemocnění AIDS jsou 60. a 70. léta 20. století, přičemž tuto etapu můžeme označit jako „skrytou“, neboť nemoc byla neznámá a nebyly hlášeny žádné případy (Mandal, 2014). První případ HIV infekce byl datován v roce 1959, kdy nakažený žil v Demokratické republice Kongo, avšak nevěděl, jak byl infikován. Pravděpodobně až do 80. let se virus soustředil jen v určité části Afriky, ale později se začal šířit dále do světa (Holland, 2013). Obrovský průlom představoval rok 1981, kdy byl zaznamenán mezi homosexuály v New Yorku zvýšený výskyt kaposiho sarkomu a vzácné formy pneumonie (Pneumocystis carinii). O rok později, v roce 1982, získalo onemocnění AIDS své jméno. Na infekci typickou pro AIDS zemřelo po krevní transfuzi 20 měsíční dítě. V souvislosti s tímto úmrtím byl identifikován další způsob přenosu viru HIV. V roce 1983 – 1984 izolovali a popsali virus způsobující AIDS nezávisle na sobě američtí a francouzští vědci. V Americe bylo koncem roku 1983 registrováno přes 3 tisíce nově nakažených osob. V toto období se začaly objevovat i nakažené ženy a onemocněním se začala zabývat WHO. V roce 1986 dostal virus způsobující AIDS své jméno (HIV – Human immunodeficiency virus). V roce 2000 se novým centrem pandemie stává Jižní Afrika z důvodu nedostatku finančních prostředků na léčebnou péči (AIDS Blog, online).

Způsoby přenosu viru HIV

Pravděpodobně největší koncentrace viru HIV se nachází ve spermatu, preejakulátu, vaginálním sekretu a krvi. Některé zdroje uvádí, že nepatrné množství viru HIV se nachází rovněž ve slinách, slzách a potu infikovaného člověka. Jeho množství je však tak nepatrné, že tyto tělní tekutiny nejsou zdrojem nákazy virem HIV.

³³ Centers for Disease Control and Prevention

1. způsob přenosu pohlavním stykem

K přenosu nákazy virem HIV může dojít prostřednictvím análního či vaginálního styku. Jak ukazují data v České republice je nejčastější příčinou přenosu viru HIV homosexuální anální styk. Větší riziko přenosu viru HIV prostřednictvím análního styku je spojeno s náchylností rektální sliznice. Přenos viru HIV prostřednictvím orálního styku je vzácný. K přenosu viru HIV infekce zvýšeně přispívají zejména ty sexuální praktiky, které zvyšují poškození sliznice. Více náchylní k přenosu viru HIV v rámci pohlavního styku jsou rovněž ti jedinci, kteří mají např. různé infekční choroby jako herpes, chlamydie, syfilis, gonokokové infekce či mykoplazmata (HIV-prevence, online)

2. Přenos krví

K přenosu prostřednictvím krevní transfuze nebo krevních derivátů dochází dnes v České republice skutečně vzácně, neboť od roku 1987 jsou všechny krevní vzorky kontrolovány na přítomnost viru HIV. Ve výjimečných případech by mohlo dojít ke krevnímu přenosu, pokud by byl infikovaný dárcce krve nakažen velmi krátce a v rámci testování na přítomnost viru vyšel jako HIV negativní. Každý potenciální dárcce krve či krevních derivátů, který byl v poslední době vystaven riziku HIV infekce, musí od dárcovství upustit. V historických počátcích objevení onemocnění AIDS patřily osoby trpící hemofilií k jedné ze skupin, u nichž byl zpozorován zvýšený výskyt tohoto onemocnění. Náchylní k přenosu viru HIV krví jsou zejména narkomani, kteří společně sdílí injekční jehly. Dosud není známý případ nákazy použitím akupunkturních jehel či tetovacích jehel v tetovacím salonu (HIV-prevence, online).

3. Přenos z matky na dítě

Posledním možným způsobem přenosu viru HIV je přenos na dítě prostřednictvím matky. Pokud čeká dítě HIV pozitivní matka, existuje 20 až 30% riziko, že její dítě bude rovněž nakaženo virem HIV. Při léčebné terapii je toto riziko 8 %. Riziko přenosu infekce z matky na dítě představuje mateřské mléko, proto se ženám nakaženým virem HIV kojení nedoporučuje. Výjimku tvoří ženy v rozvojových zemích, neboť jejich děti jsou při absenci kojení zvýšeně náchylné ke vzniku infekce. V roce 2013 na celém světě žilo 3,2 milionů dětí mladších 15 let, nakažených virem HIV, přičemž 91 % všech případů se vyskytovalo v subsaharské Africe. V průběhu roku 2013 přibýlo 240 tisíc nových případů, přičemž každý den došlo k infikování 700 nových dětí. V případě dětí nakažených virem HIV

prostřednictvím matky, dochází u 1/3 z nich k úmrtí, pokud není včas zahájena antiretrovirální léčba. Považujeme-li za dítě každou osobu mladší 15 let, můžeme říci, že k přenosu dochází rovněž v důsledku zahájení pohlavního života před 15. rokem věku (HIV-prevence; aids-hiv, online nebo Podrobný popis HIV/AIDS).

Stádia infekce HIV

1. Akutní primární infekce

Asi za 2 - 6 týdnů po infikování virem HIV dochází u 60 – 70 % osob k příznakům podobným chřipce nebo mononukleóze. U zbytku nakažených se žádné příznaky nakažení virem HIV neobjevují. V tomto období začíná organismus vytvářet proti viru HIV protilátky, které je možné prokázat sérologickým testem zhruba 2 měsíce po nákaze. Mezi nejčastější příznaky nakažení infekcí HIV patří zvětšené mízní uzliny na více místech po těle, horečka kolem 38° C a více. V souvislosti s horečkou se u nakažených často objevuje noční pocení. Mezi další příznaky patří bolesti svalů, bolesti hlavy, nevolnost spojená s nechutenstvím, zvracení, průjem, bělavý povlak či afty v ústech. V primoinfekci se vždy manifestuje souběh několika symptomů najednou. Je však třeba připomenout, že 30 - 40 % osob netrpí žádnými symptomy. Primoinfekce trvá v průměru 1 – 2 týdny, ne déle než 3 týdny a spontánně odezní (HIV Prevence, 2014).

2. Asymptomatická neboli chronická HIV infekce

Pokud nedošlo k diagnostikování HIV infekce v první fázi, většina lidí ve druhé fázi netuší, že jsou nakaženi virem HIV. V druhé fázi mají nakažení velmi nespecifické příznaky. HIV infekce se může manifestovat zvětšením objemu mízních uzlin na několika místech současně, úbytkem tělesné hmotnosti přesahující 10 % tělesné hmotnosti, přetrvávajícím nočním pocením a těžkou formou herpetické infekce. Včasnou diagnostiku viru HIV znesnadňuje nespecifičnost symptomů (HIV Prevence, 2014). Přestože nakažený nepociťuje v tomto stádiu žádné symptomy, zůstává i nadále přenašečem viru. Pacienti, kteří jsou léčeni prostřednictvím antiretrovirální terapie, mají v tomto období v těle jen malé množství viru, ale i oni jsou přenašeči viru HIV (CDC, 2016). Asymptomatická fáze trvá u nakažených různě dlouhou dobu, přičemž u většiny nakažených, kteří podstupují léčbu, nedochází k propuknutí onemocnění AIDS (HIV Prevence, 2014). Jak již bylo jednou zmíněno, na celém světě podstupuje terapii celkem 17 milionů osob, což tvoří 46 % z celkového počtu nakažených (AVERT, 2016).

Klinicky rozvinuté stádium HIV infekce – AIDS

Po zhruba 10 – 15 letech je organismus neléčeného člověka již rozložen natolik, že se nemůže bránit působení virů, plísní či bakterií a dochází ke zhroucení jeho imunitního systému. Zároveň dochází k propuknutí nejrůznějších infekcí a nádorových onemocnění³⁴, objevují se i nejrůznější neurologické problémy³⁵ (HIV-prevence, 2014)

Diagnostika viru HIV

Cílem diagnostiky viru HIV dle WHO je zachytit nově vzniklé případy HIV a nabídnout postiženým jedincům, jejich partnerům a rodinám adekvátní pomoc. WHO si vytyčila cíl, který pojmenovala 90 – 90 – 90³⁶. Dle ECDC³⁷ (2010) je infekce HIV v Evropě šířena především mezi muži, kteří mají sex s muži, uživateli injekčních drog a migranti (především ze zemí s vysokým výskytem nákazy virem HIV). ECDC (2010) rovněž poukazuje na skutečnost, že až 30 % nakažených osob neví, že je nakaženo virem HIV. Protože člověk nakažený virem HIV nemusí řadu let vykazovat žádné příznaky nákazy, je jedinou a spolehlivou možností, jak potvrdit HIV pozitivitu testování. Dle ECDC (2010) by každá národní strategie, zaměřená na prevenci a léčbu pohlavně přenosných chorob, měla obsahovat povinné testování na HIV. Každá vláda by si rovněž měla položit otázku, koho testovat, kde provádět testy, kdy provádět testy a jakým způsobem testy provádět. Dle metodického návodu k řešení problematiky HIV/AIDS v České republice je vyšetřování na HIV dobrovolné a lze jej provést pouze se souhlasem fyzické osoby či zákonného zástupce. Výjimku v testování lze nalézt u dárců spermatu, krve, tkání, orgánů a mateřského mléka, kdy předpokladem dárcovství je předchozí písemný souhlas s vyšetřením HIV. Dle zákona č. 267/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, je možné provést vyšetření bez souhlasu fyzické osoby u těhotných žen, přičemž dle Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP ČR, online) jsou na HIV pozitivitu povinně testovány všechny těhotné ženy a test je možné provést i bez jejich souhlasu. Testování u těhotných žen probíhá do 14. týdne těhotenství, v případě potřeby se opakuje kolem 30. týdne těhotenství. Dále není

³⁴ U 35% pacientů se v průběhu onemocnění AIDS objevuje tzv. Kaposiho sarkom. Tento sarkom se projevuje v podobě kožních skvrn nebo uzlů fialové či hnědé barvy. U pacienta trpícího AIDS je také 100 krát větší šance vzniku lymfomu než u zdravého jedince.

³⁵ Neurologické problémy se objevují až u 90 % nemocných AIDS. Tyto problémy se mohou manifestovat v podobě zmatené mluvy, výpadků paměti či sníženou zrakovou ostrostí.

³⁶ WHO usiluje, aby 90 % všech nakažených osob bylo diagnostikováno, aby 90 % všech diagnostikovaných osob obdrželo ART, a aby do roku 2020 minimálně 90 % s terapií ART snížil riziko přenosu viru HIV – 1.

³⁷ ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

nutný souhlas s vyšetřením na přítomnost viru HIV v případě fyzické osoby, pokud má tato osoba poruchu vědomí a vyšetření na HIV pozitivitu je významnou součástí diferenciální diagnostiky, u fyzické osoby, která je nuceně léčena pro pohlavní nemoc a u fyzické osoby, které bylo sděleno obvinění z trestného činu ohrožování pohlavní nemocí včetně nemoci vyvolané virem HIV. Podle zákona č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění je diagnostika HIV hrazena u dárců krve, tkání, orgánů a gamet, dále je hrazena ve zdravotnických zařízeních poskytovatelů preventivní péče v případě léčebně preventivních postupů a v případě, kdy si to pojištěnec sám vyžádal. Diagnostika na HIV pozitivitu není hrazena v případě anonymní žádosti a za účelem pracovní či soukromé cesty do zahraničí. Hrazenou službou není rovněž vyšetření prováděné ve SZÚ a zdravotních ústavech na žádost pojištěnce včetně anonymních vyšetření (MZCR, 2013). Provedení testu HIV se doporučuje osobám, které provozují prostituci, uživatelům drog, promiskuitním osobám, které provozují nechráněný pohlavní styk či osobám nemocným pohlavními nemocemi (MZCR, 2013).

Terapie HIV

Na základě vědeckých výzkumů bylo zjištěno, že proti viru HIV je nejvíce účinná kombinace antiretrovirotik³⁸, proto se od roku 1996 doporučuje jejich trojkombinace. Tento postup je spojen s řadou nežádoucích účinků, jakými jsou narůstání rezistence HIV k jednotlivým antiretrovirotikům, cenově nákladná léčba, ale zejména nemožnost úplné eliminace viru z organismu (SUKL, 2010).

Největší mýty spojené s HIV/AIDS

Navzdory skutečnosti, že je v současné době věnována prevenci, léčbě a informovanosti spojené s HIV/AIDS značná pozornost, stále se v souvislosti s tímto onemocněním vyskytují nejrůznější mýty.

Jedním z nejčastějších mýtu spojených s přenosem viru HIV je jeho přenos prostřednictvím hmyzu, doteků, líbání, záchodového sedátka či společného užívání nádobí. Virus HIV rovněž nemůže být přenášen pomocí vzduchu, vody, použitého kondomu a užívání společných sprch (AVERT, 2016). Server WebMed rovněž vyvrací, že by se virus HIV šířil pouhou přítomností ve společnosti HIV pozitivní osoby, neboť poukazuje, že virus nemůžeme chytit dýcháním stejného vzduchu jako osoba HIV pozitivní, používáním stejného toaletního

³⁸ Při antiretrovirové terapii se užívají tyto léčivé přípravky: NRTI – nukleosidové/nukleotidové inhibitory reverzní transkriptázy; NNRTI – nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy; PI – proteázové inhibitory; FI – inhibitory fúze

sedátka nebo bidetu po osobě HIV pozitivní, používáním společné vodní fontánky či objímáním a líbáním s HIV pozitivní osobou. Tento server rovněž upozorňuje na to, že je třeba dodržovat zásady bezpečného sexu rovněž v případě, kdy jsou obě osoby HIV pozitivní (Derrer, 2014). Jedním z častých mýtu spojených s HIV a dalšími pohlavními chorobami je tvrzení, že se nákaza virem HIV projeví okamžitě. Přestože nakažený může již za 2 či 4 týdny po nákaze pozorovat příznaky podobné chřipce či mononukleóze, vyšetření krve odhalí přítomnost protilátek proti viru HIV v průměru teprve 2 měsíce po nákaze (HIV Prevence, 2014).

Adolescenti a problematika HIV/AIDS ve výzkumných šetřeních

Dle Da Silvy Bretas, Da Silvy Oharas, Jardim, eds. (2009) používají adolescenti jako nejčastější prostředek před přenosem viru HIV kondom. Více než 40 % adolescentů rovněž uvedlo, že si po pohlavním styku umyje genitálie. Většina adolescentů používá jako zdroj informací o HIV televizi, avšak více než polovina dívek a přes 70 % chlapců považuje své znalosti o HIV za velmi nízké. Také ze zjištění Gupta, Anjum, Bhardwaj (eds., 2013) má většina adolescentů povědomí o HIV z televizních prostředků, následovaných novinami a informacemi od přátel. Velké procento respondentů správně odpovědělo, že virus HIV může být přenášen prostřednictvím nechráněného pohlavního styku či použitím společných injekčních stříkaček. Třetí nejčastější příčinu infekce virem HIV vidí adolescenti v krevní transfuzi³⁹. Za častý způsob přenosu adolescenti považují rovněž sdílení společných nožů, kousnutí bodavým hmyzem či líbání. Dle zjištění jsou vysoce rizikovými skupinami pro nákazu virem HIV prostitutky, adolescenti a homosexuálové. Výzkumem povědomí adolescentů o HIV/AIDS v Indii se zabývali Shweta, Mundkur, Chaitanya (2011), podle nichž zná více než polovina adolescentů rozdíl mezi HIV/AIDS. Většina adolescentů zná virus HIV, avšak jen polovina z nich ví, že virus HIV způsobuje nemoc AIDS. Přestože více než polovina respondentů ví, že HIV se nepřenáší prostřednictvím společných sklenic, společným použitím bazénu a použitím WC sedátka, myslí si více než polovina z nich, že virus HIV se přenáší líbáním. Téměř polovina respondentů věří, že virus HIV může být získán z darované krve a téměř 30 % z nich si myslí, že virus HIV může být přenášen prostřednictvím hmyzu. Více než polovina respondentů rovněž neví, že člověk s HIV může na první pohled vypadat zdravě a bez příznaků. Podobné výsledky přinesl rovněž výzkum Thanavanh, Harun-Or-Rashid, Kasuya (2013), podle kterého adolescenti považují za největší riziko

³⁹ Tento výzkum byl realizován mezi indickými adolescenti, přičemž informace k 1. červnu 2016 uvádí, že v posledních 17 měsících bylo v Indii prostřednictvím krevní transfúze nakaženo přes 2000 osob.

přenosu nechráněný pohlavní styk, použité nože a injekční stříkačky a přenos z matky na plod. Ze všech adolescentů, kteří měli pohlavní styk, používá antikoncepci pravidelně pouze 44 %. Výzkumem informovanosti adolescentů o viru HIV/AIDS se zabýval Oyo-Ita, Ikpeme, Etokidem (eds., 2005), kteří zjistili, že většina adolescentů ve městě Calabar v Nigerii ví, že virus HIV je přenosný prostřednictvím nechráněného pohlavního styku, avšak jen 13 % z nich ví, že člověk napadený virem HIV nemusí mít žádné příznaky. Méně než polovina dospívajících zná příznaky HIV infekce a pouhých 17 % ví, že před virem HIV je možné chránit se používáním kondomu. Hlavním zdrojem informací o HIV jsou masmédiá, Většina adolescentů v Nepálu má povědomí o HIV/AIDS a více než 2/3 mají povědomí o způsobu přenosu viru HIV. Převážná většina adolescentů považuje za hlavní způsob přenosu sdílení jehly a kontaminovanou krev (Bharati, M; Bharati, L., 2013). Na základě výzkumu Kyei, Samuel (2014) bylo zjištěno, že většina respondentů v Ghaně již slyšela o HIV, přičemž nejvíce informací pocházelo z masmédií, ze školy, od zdravotních pracovníků a komunity.

V roce 1997 proběhl ve vybraných zemích (Bulharsko, Česká republika, Chorvatsko, Polsko, Slovinsko a Slovensko) **projekt s názvem Mládež a AIDS** („Youth and AIDS“). V každé zemi se výzkumného šetření zúčastnili respondenti z 3. typů středních škol: gymnázií, středních odborných škol a středního odborného učiliště, neboť bylo třeba z každé země získat zhruba 1000 respondentů. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo přes 6 tisíc respondentů ve věku 15 – 18 let, u kterých byla sbírána prostřednictvím dotazníkového šetření. Čeští chlapci byli v otázce informovanosti o předchozích vztazích svého partnera neinformovanější, neboť jen 1/5 z nich si myslí, že informace o předchozích vztazích partnera nejsou důležité. Výsledek u českých dívek je obdobný jako výsledek u dívek z jiných zemí, neboť dívky ze všech zemí považují za velmi důležité, aby byly informovány o předchozích vztazích svého partnera. Z projektu rovněž vyplynulo, že největší znalosti, týkající se problematiky HIV/AIDS měli čeští adolescenti, následováni jejich chorvatskými vrstevníky. Téměř všichni adolescenti ze všech zúčastněných zemí rovněž věděli, že člověk může být nakažen virem HIV, aniž by měl nějaké příznaky. Z výsledků také vyplynulo, že adolescenti před pohlavním stykem na rizika HIV příliš nemyslí (Žampachová, 2006).

Dle Holušové (2013), která realizovala výzkumné šetření mezi 562 žáky ve věku 13 – 15 let, slyšeli téměř všichni žáci o HIV/AIDS. Více než polovina žáků byla rovněž informována o rozdílu mezi HIV/AIDS. Z výzkumu překvapivě vyplynulo poměrně vysoké procento žáků, kteří se domnívají, že virus HIV se přenáší líbáním. Z analýzy opovědi

týkajících se vlastních postojů k AIDS bylo zjištěno, že dívky si více uvědomují, že se AIDS týká všech osob, zatímco u chlapců převládá názor, že se jich toto onemocnění netýká. Obdobnému výzkumnému šetření věnovala pozornost také Foldýnová (2012), která byla zapojena do projektu „Hrou proti AIDS“. Tohoto projektu se zúčastnilo celkem 907 dívek a chlapců ve věku 13 – 15 let ze škol v Olomouci a blízkého okolí. Dle výsledků projektu téměř $\frac{3}{4}$ žáků chápou rozdíl mezi termínem HIV/AIDS. Většina žáků si myslí, že k přenosu viru HIV dochází prostřednictvím nechráněného pohlavního styku. Ve srovnání s výsledky Holušové (2013) považuje líbání za rizikové pouhé půl procento respondentů. Celkem 7 % respondentů považuje za způsob přenosu HIV bodnutí hmyzem, stejné procento respondentů si rovněž myslí, že virus HIV se šíří prostřednictvím kýchání a kašle. Znalostí pojmu AIDS mezi žáky 8. a 9. tříd se zabývala rovněž Josefíková (2014), která podobně jako v předchozí případy zjistila, že všichni žáci znají pojem HIV/AIDS. Více než $\frac{3}{4}$ dívek a téměř $\frac{3}{4}$ chlapců také znají rozdíl mezi termíny HIV/AIDS. Je třeba poukázat na skutečnost, že 70 % dívek ví, že virus HIV napadá imunitní systém nakaženého člověka, avšak tuto informaci ví jen o něco více než polovina chlapců. Většina respondentů si uvědomuje, že HIV pozitivitu nelze zjistit v rámci běžné preventivní prohlídky, ale také skutečnost, že člověk, který je nakažen virem HIV, může vypadat zcela v pořádku. Kýchání, kašláním, podání ruky, bodnutí hmyzem či používání společného bazénu považuje za možný způsob přenosu HIV 18 % dívek a 16 % chlapců. Jen polovina chlapců a polovina dívek je ztotožněna se skutečností, že virem HIV se může nakazit každý člověk. Dle zjištění Špelinové (2007) získávají žáci nejvíce informací o problematice HIV/AIDS ve škole, kterou následuje informovanost rozhlasem či televizí. Více než polovina respondentů neví, že je možné nakazit se virem HIV prostřednictvím vaginálního sekretu, naproti tomu si 19 % respondentů myslí, že je možné získat virus HIV slinami, 16 % respondentů si také myslí, že je možné nakazit se líbáním. Podobně jako u předchozích výzkumů i tento výzkum potvrzuje, že člověk, který je nakažen virem HIV nemusí mít žádné příznaky a napadení virem na něm nemusí být patrné. Dle Hvězdové (2013) se více než 80 % žáků dozvídá informace o viru HIV z masmédií a ze školy. Většina respondentů podobně jako v předchozích případech chápe rozdíl mezi HIV/AIDS. U dívek hraje významný podíl na informovanosti o HIV také rodina, zatímco u chlapců je její podíl proti dívkám poloviční. Zajímavým zjištěním tohoto výzkumu bylo, že více než polovina adolescentů se domnívala, že virus HIV může být přenášen prostřednictvím bodavého hmyzu.

3 Vývojové období dospělost jako klíčová kategorie partnerských vztahů

Dle Hartla (2004, 51) je dospělost „*období vrcholu zrání jedince; obvykle dělena na biologickou, emocionální, kognitivní a sociální.*“ Dle Levinston (in Zgourides, 2000) **raná dospělost** zahrnuje etapu mezi 17. – 45. rokem života. Raná dospělost v sobě zahrnuje několik stádií, kterými jsou „*fáze nováčka (novice phase)*“ ve věku od 17 do 33 let, „*vrcholná fáze*“ od 33 do 45 let a pozdní dospělost.

Vaillant (1993, in Thorová, 2015) charakterizuje hlavní znaky rané dospělosti, mezi které patří dosažení identity, upevnění kariéry, dosažení intimity či dosažení integrace. Thorová (2015) k hlavním **znakům zralé dospělosti** řadí odolnost vůči zátěži, schopnost pracovat s emocemi, ekonomickou samostatnost a nezávislost na rodičích, schopnost reálně plánovat budoucnost či zralé fungování v intimních, přátelských a formálních vztazích. Podobné znaky dospělého člověka vidí také Říčan (2015), podle kterého dospělý člověk samostatně hospodáří, koná produktivní a smysluplnou práci, nebydlí s rodiči, zajímá se nejen o své blaho, ale také o blaho rodiny, přátel a společnosti, dovede naplánovat budoucnost a umí si zorganizovat svůj čas, avšak má blízké přátele. Arnett (2000, in Thorová, 2015) popsala období mezi 18. – 25. rokem života jako vynořující se dospělost, kdy mladý dospělý často teprve hledá svou identitu, přemýšlí nad tím, co očekává od života, lásky a školy. Někdy je u něj patrná velká nestabilita, neboť proti touze po svobodě stojí ekonomická závislost na rodičích. Dříve než mladí lidé založí rodinu, často se zaměří sami na sebe, chtějí cestovat, studovat, bavit se a obecně věří, že budou mít lepší život ve srovnání s rodiči. V tomto období se může objevit takzvaná **krize rané dospělosti**, která může trvat i několik let. V souvislosti s krizí rané dospělosti mohou být mladí lidé nespokojení se svými mezilidskými vztahy a sexuálním životem, což se může projevat promiskuitou, ale i absencí sexuality. Krize rané identity se projevuje také nestabilními vztahy s rodiči, neutvořenou identitou, mohou příliš utíkat do minulosti a vzpomínat na to, kým byli dříve, vzpomínat na bezstarostná léta⁴⁰ (Thorová, 2015). V období okolo 20 let je mladý člověk na vrcholu svých sil, je plný energie a vitality. Úmrtnost v tomto věku je poměrně nízká, avšak muži zřejmě v důsledku adrenalinových sportovních aktivit umírají 3x více než ženy. U žen se okolo 25 let objevují

⁴⁰ V souvislosti s muži se někdy můžeme setkat s termínem syndrom Petra Pana (The Peter Pan Syndrome), který označuje muže, kteří nejsou schopni vyrůst. Tito muži mají problém zůstat v práci a pracovat, pokud nemají žádnou motivaci, často jsou závislí na alkoholu a drogách, sní o životě, který nikdy nenastane a často utíkají od problémů (Nemko, 2016).

první vrásky, ale ty jsou spíše odrazem pocitů a zkušeností, než aby obličejí škodily. Thorová (2015) hovoří v souvislosti s obdobím mezi 25. – 35. rokem života o takzvané mladé dospělosti. V tomto období se dospělý nachází na vrcholu svých fyzických i duševních sil, jeho prožívání je méně intenzivní než v adolescenci. Dochází k postupnému osamostatňování se od rodičů, přičemž záleží na tom, zdali člověk ještě studuje a nakolik je schopen ekonomicky se odpoutat od rodičů. **Vztahy v období rané dospělosti** přestávají mít krátkodobý, přelétavý charakter, ale charakterizuje je citové připoutání, milostný vztah a párová identita. Shelley (2012) člení dospělost na ranou dospělost, střední dospělost a pozdní dospělost. Raná dospělost dle této autorky spadá mezi 20. – 30. rok života. Toto období je charakteristické emancipací od rodičů, hledáním pracovního uplatnění a snahou najít si partnera pro život. Po období rané dospělosti nastává střední dospělost, která spadá mezi 40. – 65. rok života. Poslední etapu dospělosti tvoří po 65. roce pozdní dospělost.

Langmeier, Krejčířová (2006) člení **dospělost do 4 etap**; na ranou dospělost (20 – 25 let); střední dospělost (do 45 let); pozdní dospělost (do 60 – 65 let) a stáří (na 65 let). Na začátku dospělosti jsou mladí dospělí plni sil, elánu, mají výborné zdraví a fyzickou kondici. Mladí muži mají vyrýsované svaly, zdravou pleť a vlasy, zatímco ženy mají jemnou zářivou pleť a úzký pas (Zgourides, 2000), avšak s přibývajícím rokem se začínají objevovat první známky stárnutí, jako jsou vrásky a šediny. U žen v období střední dospělosti nastává tzv. menopauza, která je charakteristická tím, že vaječníky přestanou produkovat estrogen a progesteron, což se může na začátku projevit jako nepravidelná menstruace, avšak následně dochází k jejímu úplnému vymizení. Menopauzu ovlivňuje počet těhotenství, etnikum, kouření či váha. Rozdíl mezi jednotlivými etniky můžeme najít také ve vnímání samotné menopauzy. Zatímco asijské ženy ji přijímají s potěšením, pro ženy západní kultury je jedním z projevů stárnutí. Z hlediska sociálních vztahů v období dospělosti narůstá význam přátelství, přičemž cílem přátelství je pozitivně působit na oba jedince a přinést jim uspokojení. Některé studie dokonce ukázaly, že v pozdní dospělosti přináší vztah s přáteli větší pocity uspokojení a štěstí než vztah s dospělými dětmi. Jedním z důležitých vývojových mezníků je vstup do manželství, přičemž řada studií ukázala, že lidé, kteří jsou v manželství, jsou šťastnější, spokojenější, zdravější, žijí déle a mají méně mentálních problémů, avšak je důležité, aby byla tato manželství šťastná (Shelley, 2012).

Mladí lidé v souvislosti s výbornou fyzickou a psychickou kondicí v období mladé dospělosti mají řadu plánů, chtějí se vdát, mít děti, zbohatnout. V tomto věku mladým lidem nepřipadá nic nemožné. Vágnerová (2007) dodává, že tělesné změny s výjimkou těhotenství

nemají velký vliv na psychiku. Podle Erickson (in Zgourides, 2000) je hlavním cílem mladistvého dosažení intimity a nezávislosti na rodičích, přičemž oddělení primární rodiny je v této vývojové fázi klíčovým procesem. Dosažení intimity v sobě zahrnuje také lásku a zdravé vztahy s vrstevníky. Dle Říčana (2015) jsou hlavními znaky milostné intimity tělesná a dušení něha, kdy jedinec netrpí přílišným strachem ze selhání, či zesměšnění, ale dovede dát najevo, co cítí. Člověk, který je v intimním vztahu, se rovněž svému protějšku dovede svěřit, je si vědom svých silných i slabých stránek. Je důležité rovněž partnera přijímat takového, jaký je, s jeho chybami, neidealizovat si ho, nebát se mu věřit. Pro vytvoření zdravé identity musí znát jedinec sám sebe, vědět, kdo je, po čem touží, neboť hrozí, že se identifikuje s rolí matky, manželky, partnerky, ale nikdy nebude sám sebou. Thorová (2015, s. 443) hovoří v souvislosti s obdobím mladé dospělosti o tzv. **krizi třicátníků**, která nastává mezi 28. – 35. rokem života, přičemž krizi třicátníků jsou připisovány tyto průvodní jevy: *„psychosociální konflikty týkající se založení rodiny – nenaplněná touha nebo naopak nechuť ke klasickému životnímu scénáři – dům dítě- strom, egocentrismus a sobectví v konfliktu s emoční potřebou mít s někým výlučný vztah, který přináší nutnost se omezit; nuda a únava ze sociálních vztahů; pocit stereotypního života; nespokojenost s povoláním, mezilidskými vztahy na pracovišti; ztráta původních přátelských vazeb; konfrontace se stárnutím, zjištění, jak se čas podepisuje na stárnoucích rodičích a vyzorované známky vlastního stárnutí – první vrásky a šedivé vlasy; hledání sebe sama a svého místa v životě“* Vágnerová (2007) dodává, že ne pro každého je dospělost atraktivní, někteří ji mohou vnímat dokonce ambivalentně. Výhodou dospělosti je nezávislost a svoboda, avšak dospělost přináší také řadu povinností, které svobodu jedince omezují. Přestože je dospělost spojována s ekonomickou soběstačností, někteří mladí dospělí nemají patřičné finanční prostředky na to, aby se osamostatnili a stali se ekonomicky nezávislími. Ze strany společnosti mohou mladí dospělí pociťovat tlak v podobě vstupu do manželství, plození dětí, a někdy tento tlak může vyústit až v rozchod mladého páru. Pro období mladé dospělosti je partnerství velice důležité, neboť slouží jako prostředek osobního rozvoje. Dle Bierhoff a Rohmann, 2000; Bierhoff a Schmor, 2004 in (Vágnerová, 2007) se v období mladé dospělosti často objevuje partnerství vášnivé, nebo přátelské. Pro vášnivé partnerství jsou typické emoce, romantika a nezávazný sex. Toto partnerství je plné emocí a objevuje se zpočátku partnerského rané dospělosti. Vyznačuje se bouřlivými emocemi, zamilovaností, je méně náročné na intimitu, avšak postupně ztrácí svůj význam. Zhruba po 30. roce života sklon k přelétavosti klesá a ubývá nezávazných vztahů. Okolo 30. roku věku narůstá význam takzvaného přátelského partnerství, které klade větší důraz na intimitu, vzájemnou oporu, jistotu a solidaritu. Dle Vágnerové (2007) na začátku

vztahu prochází partneři obdobím zamilovanosti a romantické lásky, partneři se vzájemně idealizují, jsou plni iluzí, avšak tyto stavy souvisí s růžovými brýlemi. Dospělí nevidí partnera takového, jaký je. Po skončení fáze „růžových brýlí“ jsou lidé partnersky hodně vyčerpaní a mají projevy podobné abstinenci příznakům. Období zamilovanosti je následováno fází realistického vztahu, pro který je typické vzájemné připoutání a prohlubující se intimita. Některé lidi přepadá rozčarování, neboť mají pocit, že svého partnera neznají, to, co se jim na partnerovi dříve líbilo, je nyní může v této chvíli odpuzovat. Ve fázi se rozčarování se zmenšuje závislost na partnerovi ve prospěch autonomie, partneři jsou na sobě méně závislí a dopřávají si více osobní svobody. Zralý vztah se projevuje hlavně tím, že partnera vidíme realisticky takového, jaký je, ve vztahu převládá důvěra, otevřenost, lidé jsou schopni spolu na rovinu komunikovat a prohlubuje se mezi nimi intimita. V současné době mezi jedinci přibývá svobodných lidí, tzv. „singles“. Dle Wiesnerové (2016) v roce 2011 žilo v České republice 300 tisíc osob „singles“ mezi 20. – 39. rokem, přičemž dle Vackové, Galčanové, Kvapilové-Bartošové a Kaly (in Wiesnerová, 2016) bylo zjištěno, že pro „singles“ představuje důležitý moment pořízení samostatného bydlení. Zajímavé je, že singles ukázali nízkou schopnost oddělit práci od soukromí a svůj život popisovali jako „zavalení prací; práce mi přerůstá přes hlavu“. Dle Jandourka (2003, s. 213) jsou singles lidé „jedinci, kteří nechtějí vstupovat do manželství, protože jim život o samotě v zásadě vyhovuje. Motivací je především větší možnost věnovat se kariéře, osobním zálibám, vstupovat do více sexuálních vztahů. Druhou stránkou tohoto životního stylu jsou osamocení a izolace.“ Jinou charakteristiku pro označení „singles“ nabízí Habartová (2014), která je popisuje následujícím způsobem: „Žijí sami, je jim mezi 20 – 39 lety, ekonomicky aktivní, mají vyšší úroveň vzdělání.“ Dle Říčana (2015) někteří lidé v důsledku svých povahových vlastností jen obtížně hledají partnera, cení si své svobody, soukromí, avšak to, že nemají partnera, nutně neznamená, že se pro manželství nehodí. Někteří lidé jsou velmi závislí na rodičích, jiní jsou zase příliš egocentriční. Vágnerová (2007, s. 197) uvádí tyto výhody solitérního života: „Svoboda, volnost, otevřenost novým zkušenostem a s tím související větší rozvoj nezávislosti; možnost zaměřit se nerušeně na vlastní cíl, věnovat mu veškerou energii a zvýšit tak naději na dosažení lepších výsledků; možnost dozrát a ujasnit si priority svého směřování v soukromí (tj. v oblasti intimity), život bez hlubších partnerských vazeb, může představovat moratorium dospělého věku. Větší soukromí, neomezované ohledem na dalšího člena domácnosti.“ V souvislosti s pracovním uplatněním Říčan (2015) poukazuje, že v některých profesích, zejména se sportovním zaměřením, dosahují mladí dospělí své vrcholné formy a jejich síly postupně ubývají. Říčan rovněž zmiňuje skutečnost, že řada jedinců po 25. roce života ještě studuje, avšak ne vždy je

studijní obor vhodně zvolený, nebo studium vysoké školy žádoucí. Profesní role napomáhá mladým dospělých naplňovat řadu základních psychických potřeb, jako je potřeba změny, nových zkušeností, potřeba sociálního kontaktu, potřeba seberealizace, potřeba smyslu života, či potřeba otevřené budoucnosti (Vágnerová, 2007). Dle Langmeiera, Krejčířové (2006) je pro ranou dospělost důležité nejen nalezení adekvátního pracovního uplatnění, ale rovněž vhodných volnočasových aktivit, které mohou mít pro život jedince větší význam než pracovní uplatnění.

Období střední dospělosti je vymezeno dobou mezi 35. – 50. rokem života (Thorová, 2015), Langmeier, Krejčířová (2006) používají pro tuto životní etapu termín „pozdní dospělost“ a vymezují ji věkem od 40. do 60. roku věku. Dle Vágnerové (2007) jsou ženy v tomto období často ovlivněny rodičovstvím, neboť řada žen okolo 40. roku věku nemusí mít ještě odrostlé děti. Naopak ženy, které rodily brzy, mohou pociťovat prázdnotu. Tyto ženy hledají další směřování svého života, přičemž některé se zaměří na kariéru. Muži se v období středního věku na kariéru zaměřují velice často a mohou zde dosahovat výrazných úspěchů. Hodnotí-li muži svůj život jako neuspokojivý, může se u nich objevit pocit prázdnoty, deprese, ba dokonce sebevražedné jednání. V souvislosti se střední dospělostí se v současné době obzvláště u mužů užívá termín „**krize středního věku**“. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí MPSV (2007) se u mužů často objevují pocity prázdnoty, beznaděje či frustrace. Dle Petrové in Kramulová (2010) současný padesátník vypadá minimálně o 10 let mladší než jeho vrstevník z 50. let 20. Století, neboť dnešní padesátník žije mnohem aktivněji, má spoustu cílů, plánů, volnočasových aktivit, může se učit cizí jazyk a často se zajímá o zdravý životní styl.

Vágnerová (2007, s. 188) popisuje současného čtyřicátníka následujícím způsobem. *„Dnešní čtyřicátníci museli v době mladé dospělosti zvládnout zásadní společenskou proměnu a většinou to dokázali, protože byli ještě dostatečně mladí, aby se přizpůsobili novým podmínkám. Do manželství vstupovali relativně brzy, v průměru na počátku 20. roku života, velmi často pod vlivem těhotenství partnerky, takže neměli dost času na vzájemné poznávání a stabilizaci společného soužití. První dítě se jim narodilo hned po sňatku. Většinou měli dvě děti, které jsou nyní v adolescentním věku či na počátku mladé dospělosti. Jejich manželství vydrželo v průměru 10 let, 40 % z nich se v této době rozvedlo, ale mnozí z nich uzavřeli další sňatek. V novém vztahu, ať již sezdaném nebo nesezdaném, žije přibližně polovina čtyřicátníků. Ženy využily delší mateřskou dovolenou, ale po jejím uplynutí byly většinou zaměstnané, jejich děti navštěvovaly předškolní zařízení“.* Lidé středního věku dnes většinou

ještě nemají vnoučata, i když jejich děti dosáhly věku, v němž oni sami v minulosti uzavřeli manželství a stali se rodiči. Jejich potomci jsou svobodní, ale žijí často odděleně. Pro krizi středního věku jsou typické radikální, často nepochopitelné změny, hledání dobrodružství, což je u mužů spojeno s hledáním mladší partnerky, zatímco žena se začne soustředit více na sebe, na svou váhu a svůj vzhled. Říčan (2015) poukazuje na to, že se objevuje znovu **krize identity v souvislosti s bilancováním**, člověk se ptá, jak stráví další roky života, co jej ještě v životě čeká, přičemž často se ponořuje hlouběji do nitra. Thorová (2015) i Langmeier, Krejčířová (2006) poukazují na to, že v tomto období mladí lidé často bilancují, hodnotí to, čeho dosáhli, přemýšlí nad tím, co je v budoucnu čeká, co mohli v minulosti udělat jinak. Výraznými změnami směrem ke stárnutí prochází fyzický vzhled, přičemž muži a ženy na tyto změny reagují různě. Velmi negativně vnímají změny tělesného vzhledu ty ženy, který si velmi zakládaly na své atraktivitě. Bilancování pokračuje často i v období pozdní dospělosti, která začíná 50. rokem života (Thorová, 2015), či 40. rokem života (Langmeier, Krejčířová, 2006), kteří uvádí, že rodiče se setkávají s takzvaným „syndromem prázdného hnízda“, což může mít za následek krizi tzv. pozdního věku. Také Vágnerová (2007) se zabývala obdobím bilancování, přičemž uvádí, že člověk posuzuje svůj život pod vlivem dosavadních zkušeností, zabývá se svou rodinou, profesí, přátelskými vztahy, svým zdravím či zevnějším. Rovněž uvažuje o budoucnosti na základě toho, kde se aktuálně nachází. Někdy se u něj objevuje období paniky, protože se domnívá, že nyní je poslední možnost udělat to, co vždy chtěl. V důsledku bilancování si člověk začíná uvědomovat, co je skutečně důležité, co mu přináší uspokojení, hledá to, co by jeho životu dalo skutečný smysl. Rovněž již nedá tak jako v předchozích obdobích na mínění ostatních, osvobozuje se z tlaku, rozvolňuje se jeho vazba na rodinu, neboť minimálně děti z prvního manželství jsou již odrostlé, což s sebou přináší nejen pocit svobody, ale může se objevit i pocit prázdnoty. V období pozdní dospělosti dochází k **úbytku fyzických sil a zpomalení metabolismus**, což nesou nelibě zejména ženy. S poklesem metabolismu se prodlužuje trávení, zvyšuje se váha, přičemž díky sedavému zaměstnání, nízké fyzické aktivitě a nezdravému životnímu stylu se u lidí často rozvine cukrovka II. typu. Na těle se objevují výraznější vrásky, pokožka stárne, objevují se pigmentové skvrny, dochází ke ztrátě elasticity, starší lidé jsou více náchylní k nemocem, klesá jejich obranyschopnost. Změny doznává také pohybový aparát, což vede k poklesu kostní hmoty (Thorová, 2015). Dle Vágnerové (2007) dochází po 50. roce života k různým obtížím, které souvisí s úpadkem tělesných funkcí, zhoršuje se akomodace oka, zhoršuje se sluch především v hlubokých tónech. Vznikají zdravotní obtíže jako diabetes, artritida či hypertenze a člověk vnímá vlastní zranitelnost. Zhruba po dovršení 40 let nastává

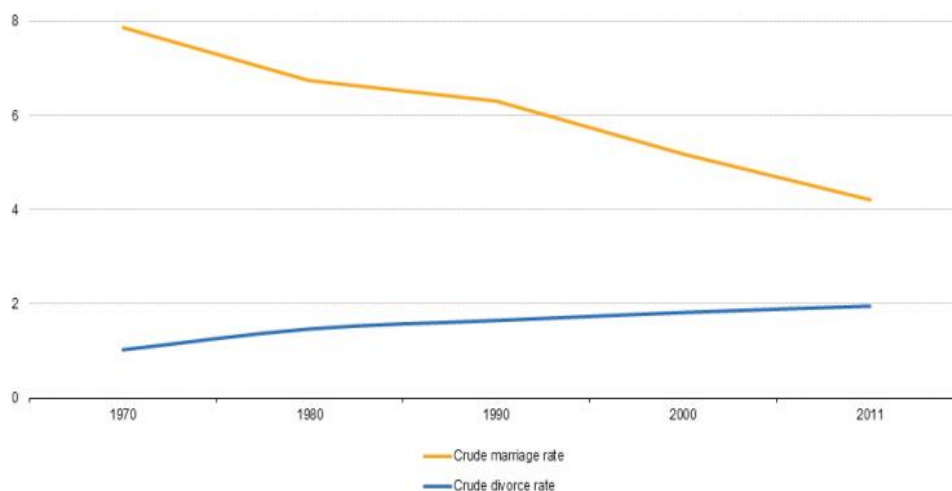
úbytek tělesné atraktivity, přičemž ženy tento proces snáší hůře než muži, neboť jsou na ně v souvislosti se vzhledem kladeny větší nároky než na muže. Zatímco u žen nastává menopauza, u mužů se objevuje tzv. andropauza, která ačkoli není spojena se zastavením produkce testosteronu, je spojena s poklesem kvality genetického materiálu. Androgenní menopauza se projevuje především erektilní dysfunkcí a snížením chuti na sex (Langmeier, Krejčířová, 2006; Thorová, 2015). Také dle Říčana (2015) nastává po 40. roce života úbytek tělesných sil. Právě v tomto období začínají být lidé více opatrní a začínají se zabývat svou životosprávou, neboť chtějí oddálit známky stárnutí, více o sebe dbají, přestávají kouřit a bojují proti obezitě. S ohledem na prázdné hnízdo narůstá význam přátelských vztahů, lidé se také často angažují v různých charitních spolcích a sdruženích. V souvislosti s pracovním uplatněním nastává období vrcholu, lidé jsou velmi produktivní a dosahují významných úspěchů, někteří se ujímají vedoucí role, přičemž mužům pomáhá úspěch v profesní roli identifikovat se s tím, kým doopravdy jsou. Někteří jedinci se mohou v této fázi na profesní uplatnění koncentrovat tak silně, že to může vést až k syndromu vyhoření. Ve středním věku profesní uplatnění napomáhá čtyřicátníkům uspokojovat potřebu společenského kontaktu, kdy vztahy mezi spolupracovníky mohou přerůst až do hlubších vazeb, které překročí teritorium pracoviště.

Období pozdní dospělosti spadá mezi 40. – 65. rok života (Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2007), přičemž za mezník je považován věk okolo 50. roku života. V tomto věku hraje velkou roli opět bilancování, lidé si začínají vážit všeho pozitivního a více si rozumí s lidmi stejného věku (Langmeier, Krejčířová, 2006). Thorová (2015) dodává, že dochází v tomto věku k utlumení či ukončení aktivit souvisejících s prací, neboť se snižuje výkonost pracujících osob. Velkou roli v období pozdní dospělosti hraje proces stárnutí. Muži na rozdíl od žen neprocházejí v průběhu nástupu stáří tak výraznými mezníky v souvislosti se stárnutím jako ženy, u kterých stárnutí souvisí s ukončením plodnosti. Některé ženy mohou mít tendenci pečovat o širokou rodinu, rovněž se stírají dříve tolik diferenciované mužské a ženské role. Dle Vágnerové (2007) se v období pozdní dospělosti mění také vztah rodičů a dospělých dětí, přičemž konflikt vyvolává například profesní uplatnění, kdy mladí dospělí touží po zkušenostech, po dobrodružství, zatímco starší lidé preferují jistotu a bezpečí. Konflikt konflikty mezi rodiči a dospělými dětmi může vyvolat výběr partnera, kdy si rodiče mohou klást otázku, zdali by si tohoto partnera vybrali oni sami.

3.1 Manželství jako klíčová kategorie partnerských vztahů

V Evropské unii je „manželství právní status uznán všemi zeměmi Evropské unie. Podmínky pro uzavření manželství se liší napříč jednotlivými zeměmi, avšak zpravidla se odlišují právy a povinnostmi manželů, vztahem mezi civilním a církevním sňatkem a legalizací sňatku homosexuálů⁴¹“ (Europa.eu, 2016). Některé členské státy Evropské unie umožňují osobám stejného pohlaví uzavřít registrované partnerství⁴² (European comission, 2016).

Poslední data zaměřená na manželství a rozvodovost v Evropské unii poukazují na pokles sňatečnosti a narůstající rozvodovost. V roce 2008 bylo v 28 členských státech Evropské unie uzavřeno 2,1 milionů manželství, avšak rozvedlo se 986 tisíc párů. Od roku 1965 poklesl počet sňatků v Evropské unii téměř o polovinu, zároveň se téměř o polovinu zvýšil počet rozvodů. V roce 2013 byl počet manželství na 1000 obyvatel nejvyšší v Litvě, Kypru a Maltě. Naopak nejnižší byl počet manželství na 1000 osob ve Slovinsku, Bulharsku, Itálii a Portugalsku (EUROSTAT, 2016).



(*) Note the change in time interval on the x-axis. Excluding French overseas departments for 1970 to 1990.
Source: Eurostat (online data codes: demo_nind and demo_ndivind)

Graf 3: Míra rozvodovosti a míra sňatečnosti mezi roky 1970 – 2011, EU-28 (zdroj: Eurostat)

⁴¹ Homosexuálové mohou v současné době uzavřít sňatek v Belgii, Dánsku, Francii, Lucembursku, Nizozemsku, Portugalsku, Španělsku, Švédsku a ve Spojeném království (kromě Severního Irsku).

⁴² Registrované partnerství lze uzavřít v Rakousku, Belgii, Chorvatsku, České republice, Dánsku, Německu, Finsku, Francii, Řecku, Maďarsku, Irsku, Lucembursku, Maltě, Nizozemí, Slovinsku, v nějakých regionech Španělska, Švédska a Spojeného království)

Také Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD⁴³ (2015) upozorňuje, že od roku 1975 došlo k poklesu sňatečnosti. Zatímco v roce 1970 měli země, které jsou členy OECD okolo 7 – 9 uzavřených manželství na 1000 osob, v současné době se tento údaj pohybuje okolo 5 – 7 manželství na 1000 osob. V některých zemích tento pád i nadále pokračuje a v zemích jako Chile, Korea, Mexico a Spojené státy americké spadla sňatečnost na méně než 2 manželství na 1000 obyvatel. Změna byla zaznamenána rovněž ve věku, kdy muži a ženy vstupují do manželství. Od roku 2012 se věk vstupu do manželství zvýšil u obou pohlaví o 4 roky, z 29,4 let na 31,9 let. Ženy vstupují do manželství v průměru mezi 28. a 31. rokem a muži vstupují do manželství v průměru mezi 31. – 34. rokem. Průměrný věk vstupu do manželství je velký obzvláště ve Skandinávských zemích, kde se pohybuje mezi 33 – 35,9 let, naproti tomu průměrný věk v Turecku je u žen 25 let a u mužů méně než 28 let. Manželství je oblíbenou formou soužití především v Asii a na středním východě, méně oblíbená je tato forma soužití v Severní, střední a Jižní Americe, Africe, Evropě, Austrálii a Oceánii. Podíl nesedaných párů, které spolu žijí, je obzvláště velký ve střední a Jižní Americe.

3.1.1 Klíčová fakta o manželství napříč světem

Největším problémem manželství v Africe a Jižní Americe je nezletilost nevěst. V Africe žije celkem 17 % z celkového počtu nezletilých nevěst, neboť každá třetí nezletilá nevěsta vstoupí do manželství před 15. rokem věku (UNICEF, 2016).

Sňatečnost dívek před 18. rokem věku je ovlivněna nejen ekonomickou situací, ale také vzděláním. Například v Mozambiku 60 % nezletilých nevěst nemá žádné vzdělání (ICRW⁴⁴, 2013). Přestože 36 afrických zemí⁴⁵ stanovuje minimální hranici pro uzavření manželství 18 let, existují i v těchto zemích výjimky. Celkem 17 afrických zemí umožňuje uzavřít manželství před 18. rokem věku, nebo nemá jasně definován věk pro vstup do manželství. Mezi tyto africké země patří například Cameroon, Chad, Demokratická republika Kongo, Mali, Nigérie, Senegal, Jižní Afrika či Zimbabwe (Girl not Brides, online).

V subsaharaské Africe je sňatečnost dívek před 18. rokem kolem 40 %. Obzvláště velká míra sňatečnosti nezletilých dívek je v Nigérii, kde se pohybuje okolo 70 %⁴⁶ (Human Rights Watch, 2015). Většina dívek, které vstupují do manželství před 18. rokem věku,

⁴³ OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

⁴⁴ ICRW - International Center for Research on Women

⁴⁵ K těmto zemím řadíme například Angolu, Bostwanu, Egypt, Etiopii, Namibii, Nigerii atd.

⁴⁶ Odhaduje se, že pokud se nezastaví sňatečnost dívek před 18 rokem věku, do roku 2050 se Afrika zdvojnásobí a nakonec předčí do počtu obyvatel i Asii.

pochází z vesnických oblastí, zužovaných velkou chudobou. V Asii je manželství velmi různorodé a je dáno rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Například v Japonsku, Tchaj-Wanu či Jižní Koreji se žení lidé později, v Indonésii naopak dříve. Téměř všechny dívky v Číně vstupují do manželství dříve, než dosáhnou 30 let. Příčinou oddalování manželství v Asii může být nejen ekonomický pokrok, ale také to, že došlo ke zhroucení tradičních dohodnutých sňatků, avšak velkou odolnost prokazuje systém dohodnutých sňatků v jižní Asii (Jones, 2013). Ve Spojených státech amerických byla v loňském roce rekordně nízká sňatečnost, avšak spekuluje se, že tento trend bude i nadále pokračovat. V roce 2015 byla míra manželství ve Spojených státech amerických 6,74 na 1000 obyvatel, oproti roku 2008, kdy tato hodnota činila 7,09. Zajímavé je, že mezi lety 2008 – 2015 došlo k poklesu sňatečnosti především u osob s nižším vzděláním, zatímco u žen s vysokoškolským diplomem vzrostla sňatečnost z 30 na 36 % (Collins, 2015).

V Latinské Americe je manželství rovněž ovlivňováno kulturními normami, hodnotami, postoji a přáními každé země. Přestože mezi jednotlivými zeměmi Latinské Ameriky existují rozdíly, můžeme napříč zeměmi najít i spojovací prvky například v případě římskokatolického náboženství, které hraje v tomto regionu hlavní roli. Pod silným vlivem náboženství je manželství přikládána velká váha a rozvod je v řadě zemí Latinské Ameriky považován za velké stigma. Zatímco ve Spojených státech amerických, západní Evropě či řadě jiných západních zemí souvisí sňatečnost s ekonomickou situací, existuje jen malá korelace mezi těmito dvěma veličinami v Latinské Americe.

Vymezení manželství

Vágnerová (2007, s. 88) vymezuje manželství následujícím způsobem: „*Manželství patří mezi nejstarší sociální instituce v dějinách lidstva. Na základě židovsko-křesťanské tradice se rozvinul ideál striktně monogamního a trvalého partnerského soužití, které bylo považováno za svátost. Postupem času, v souvislosti se sociokulturními proměnami, se pojetí manželství změnilo. Ztratilo svůj původní společenský význam i mnohé, kdysi důležité funkce. Manželství je jedna ze dvou aktuálně existujících forem institucionalizace párového vztahu (druhou je registrované partnerství homosexuálně orientovaných lidí). Funguje jako sociální potvrzení kvality tohoto vztahu, jeho výlučnosti. Uzavření manželství přináší nová privilegia i povinnosti, některé z nich jsou zakotveny ve formě právních předpisů. Na druhé straně je současné manželství relativně volnou institucí, která nemá společensky jednoznačně určené*

normy chování ani přesně vymezené role.“ Dle Hartla (2004, s. 129) je manželství „zvykovým právem nebo zákonem definované soužití muže a ženy, případně několika partnerů.“

Manželství v České republice

Zákon č. 94/1963, o rodině definuje manželství jako „*trvalé soužití muže a ženy založené zákonem stanovým způsobem. Hlavním účelem manželství je založení rodiny a řádná výchova dětí. Muž a žena, kteří spolu chtějí uzavřít manželství (dále jen „snoubenci“), mají předem poznat navzájem své charakterové vlastnosti a svůj zdravotní stav, aby mohli založit manželství, které splní svůj účel. Manželství se uzavírá svobodným a úplným souhlasným prohlášením muže a ženy o tom, že spolu vstupují do manželství učiněným před obecným úřadem pověřeným vést matriky, popřípadě úřadem, který plní jeho funkci (dále jen „matriční úřad“)* nebo před orgánem církve nebo náboženské společnosti, oprávněné k tomu zvláštním předpisem. Prohlášení se činí veřejně a slavnostním způsobem v přítomnosti dvou svědků.“ (Zákon o rodině). V České republice je dle zákona o rodině možno uzavřít civilní či církevní sňatek, manželství nemůže být uzavřeno se ženatým mužem či vdanou ženou, rovněž nemůže být manželství uzavřeno mezi předky a potomky a mezi sourozenci. Stejně podmínky platí i u osob, u kterých vznikl příbuzenský vztah prostřednictvím osvojení. Překážkou uzavření manželství je i nezletilost⁴⁷ (MPSV, online). Dle Řičana (2015) je důležité, aby spolu mladí snoubenci dříve než se vezmou, žili alespoň půl roku. Pro muže může brzké manželství představovat únik před strachem z budoucnosti či nejistoty, mladou ženu může ke vstupu do manželství motivovat např. snaha osamostatnit se z původní rodiny. Partnera pro život si muži i ženy vybírají nejen podle vhodných fyzických a sociálních atributů, ale rovněž podle jeho vlastností, které jsou často rozpoznatelné až po bližším seznámení. Mezi žádané vlastnosti patří například skromnost, obětavost, ochota ke kompromisům a praktičnost (MPSV, online).

Podobný trend jako v řadě Evropských zemí kopíruje v souvislosti se sňatečností i Česká republika. Také mladí lidé v České republice častěji preferují formu nesezdaného soužití, s čímž souvisí klesající počet svateb⁴⁸. Navzdory těmto zjištěním ale více než polovina osob po 20. roku věku nakonec do manželství vstoupí⁴⁹, přestože ve sledované

⁴⁷ Nezletilý může manželství uzavřít manželství ve výjimečných případech, přičemž uzavření manželství musí povolit soud. Bez povolení soude je manželství neplatné. Soud může manželství povolit jen nezletilému staršímu 16 let.

⁴⁸ Z aktuálně dostupných dat lze usuzovat, že před 50. Rokem věku vstoupí do manželství 60 % žen a 53 % mužů, což znamená výrazný pokles oproti 90. Letům 20. Století, kdy vstupovalo do manželství 90 – 95 % obyvatel.

⁴⁹ Při sčítání lidu uvedlo 52,8 % obyvatel České republiky rodinný stav ženatý/vdaná; 25% obyvatel bylo svobodných, 12,8 % obyvatel rozvedených a 9,1 % ovdovělých.

skupině 20 – 24 let je většina obyvatel svobodných (95 %). Průměrný věk nevěst byl před vstupem do manželství u žen 28,5 let a u mužů 31,3 roky (Němečková, Kurkin, Štyglerová, 2015). Podobné výsledky ukazují také statistiky OECD, ze kterých lze zjistit, že se zvýšil věk pro vstup do manželství. Ve Švýcarsku vstupují muži a ženy v roce 2008 do manželství v průměru o 7 let později než v roce 1980. Ve Skandinávských zemích je průměrný věk žen při vstupu do manželství 30 let (OECD, 2011).

V roce 2011 realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR výzkumné šetření, do kterého bylo zapojeno 1010 respondentů. Šetření zjistilo, že ženy přikládají více než sňatku váhu tomu, aby měly děti a partnera, mohly se věnovat svým zálibám a měly úspěch v zaměstnání. Teprve poté ženy považují za důležité co nejvyšší vzdělání a společenskou prestiž. Muži před manželství stavěli potřebu mít partnera, potřebu mít děti, záliby a koníčky, mít úspěch v zaměstnání, avšak na stejné místo jako sňatek řadili vzdělání. Zajímavým zjištěním je, že ačkoli se v České republice rozvádí každé druhé manželství, většina obyvatel České republiky nepovažuje manželství za zbytečnou instituci (Šamanová, 2011).

	Průměr	Průměr muži	Průměr ženy
Mít děti	1,9	2,1	1,6
Mít partnera	1,9	2,0	1,8
Věnovat se zálibám	2,6	2,4	2,7
Úspěch v zaměstnání	2,8	2,7	2,9
Vdát se, oženit se	3,1	3,3	2,9
Co nejvyšší vzdělání	3,2	3,3	3,2
Společenský život	3,5	3,4	3,6

Tabulka 3: Důležitost životních cílů – průměrné hodnoty⁵⁰ (zdroj: Šamanová, 2011)

Manželství a jeho stabilita je ovlivněna celou řadou faktorů. Obecně můžeme říci, že nízkou šanci na úspěch mají manželství, která jsou uzavřena v příliš mladém věku. Pro úspěšné fungování manželství je také důležité, aby měli partneři podobné hodnoty, postoje a očekávání. Šance na úspěch v manželství se zvyšuje také s narůstajícím vzděláním, neboť bylo zjištěno, že čím vyšší je vzdělání obou partnerů, tím větší je šance, že jim manželství vydrží. Manželství blahodárně ovlivňuje spokojenost se sexuálním životem, protože lidé, kteří jsou v manželství, mají svůj sexuální život spokojenější než ti, kteří jsou single nebo spolu pouze žijí (Popenoe, 2004). Manželství pozitivním způsobem ovlivňuje i zdraví, neboť se

⁵⁰ Respondenti se vyjadřovali na 7 stupňové škále. Stupeň 1 – rozhodně důležité až stupeň 7 – rozhodně nedůležité

ukázalo, že lidé ve svazku manželském jsou v průměru nejen spokojenější, ale hlavně zdravější. Manželství působí i na ekonomickou situaci rodiny, neboť podle výzkumů ženatí muži vydělávají více než muži s podobnou prací a vzděláním (Doherty, Galston, Glenn, eds., neuvedeno). Výzkumníci z Harvardu zjistili, že manželství má pozitivní vliv také na mužské zdraví, neboť se ukázalo, že ženatí muži jsou zdravější a dožívají se vyššího věku než jejich svobodní vrstevníci (Harvard Health Publication, online). Dle Vágnerové (2007) prochází v průběhu života manželství několika stádii. Na začátku manželství hovoříme o manželství bezdětném, kdy manželé ještě nemají děti, postupně si zvykají na nový způsob života, novou roli. Začátek manželství je provázen štěstím novomanželů, vzájemným poznáváním, avšak postupně se objevuje stereotyp ze společného života a první problémy, které je třeba řešit. Velkého významu nabývá dle Langmeiera, Krejčířové (2006) manželství v období pozdní dospělosti, přičemž můžeme manželství rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří manželství stereotypní, navyklá. Tato manželství jsou charakteristická tím, že muži a ženy znají dokonale jeden druhého. Druhou skupinu tvoří manželství, která jsou nějakým způsobem poznamenána konfliktem, kdy muž či žena mají tendenci poohlížet se po jiném, zpravidla mladším protějšku. Vágnerová (2007) podotýká, že pod vlivem životních zkušeností se v průběhu dospělosti hodnocení manželství mění, avšak dospělí lidé v období pozdní dospělosti si na manželství nejvíce cení společně stráveného času, přítomnosti vnuků, či domova jako symbolického významu. Dle Wright (1960 in Mariny, Glover-Graf, Millington 2012) je třeba mít na paměti, že také osoby se zdravotním postižením chtějí cítit lásku a mít partnerský vztah, avšak některé osoby se zdravotním postižením raději dají přednost nějakému partnerovi a nekladou takový důraz na atraktivitu partnera. Velkou roli při hledání partnera hraje také typ postižení, neboť příslušníci majoritní společnosti byli většinou v kontaktu s lidmi s tělesným či smyslovým postižením, avšak s velkým stigmatem je spojeno postižení mentální a psychiatrické diagnózy. Taleporos, McCabe (2003 in Mariny, Glover-Graf, Millington, 2012) také zjistili, že ti lidé, kteří měli velmi těžké postižení a vyžadovali pomoc jiné fyzické osoby, by raději uzavřeli manželství s méně postiženou osobou.

Manželství osob se sluchovým postižením

Na manželství osob se sluchovým postižením se zaměřili britští vědci, kteří provedli průzkum mezi 1500 lidmi staršími 55 let, přičemž zjistili, že sluchové postižení ovlivňuje jejich vztahy s přáteli či partnery, což souvisí se zhoršenou komunikací. Pro polovinu z nich je ztráta sluchu horší než to, že postupně stárnou, přičemž ženy mají větší potíže vyrovnat se

v důsledku sluchového postižení se sociálním vyloučením než muži. Sluchové postižení negativně ovlivňuje své nositele, kteří se často cítí izolováni a nepochopeni (Healthy Hearing, 2009). Dle Gallaudetovy univerzity si až 85 % neslyšících bere rovněž jinou neslyšící osobu a výzkum rovněž uvádí, že manželství dvou neslyšících osob automaticky neznamená, že budu mít neslyšící dítě. Berke (2014) uvádí několik situací, které se mohou objevit v manželství slyšícího a neslyšících. Neslyšící manžel má často tyto problémy: *„Když navštěvujeme slyšící příbuzné, slyšící partner může bez problémů komunikovat, já jsem odkázaný na odezírání nebo na komunikaci prostřednictvím tužky a papíru. Když máme narozeninovou párty pro naše děti, pokud jiní rodiče dobře neznakují, musím se spoléhat na překlad od těch rodičů, kteří znakují, nebo na své zbytky sluchu. Když jsme na veřejnosti, například v restauraci či jinde, často musí moje slyšící žena říkat ostatním, co říkám, neboť moje řeč je velmi specifická a ostatní nerozumí tomu, co říkám. Někdy se pokouším komunikovat jinými způsoby, jako jsou psaní, mluvení či kresby, abych nebyl pořád závislý na své slyšící ženě.“* V manželství nebo partnerství neslyšícího a slyšícího je dle autorčina názoru důležité, aby se slyšící partner pokusil začlenit do neslyšící komunity, což může být především ze začátku vztahu, kdy partner neumí znakový jazyk, velice obtížné. Dle McIntosh (2006) jsou smíšená manželství méně spokojená než manželství dvou neslyšících osob. Na diskusním fóru pro neslyšící („AllDeaf“) byla položena otázka, která se zabývala smíšeným manželstvím slyšících a neslyšících osob. Odpovědi diskutujících byly velmi různorodé, avšak poukazyvaly na to, že problémy v manželství mezi neslyšícím a slyšícím může způsobovat především komunikace, k čemuž jedna diskutující podotkla, že pro osobu bez sluchového postižení je to často těžší, neboť se od ní očekává, že se naučí znakový jazyk, zatímco je jasné, že neslyšící se najednou slyšícím nestane. Rovněž diskutující poukazují na neakceptaci ze strany rodin manželů či odlišnou kulturu („AllDeaf“, online). V roce 2004 – 2005 realizovali Carlsson, Danermark, Borg (2004 – 2005) výzkum ve dvou švédských hrabstvích, přičemž v jednom hrabství měli neslyšící silnou komunitu, zatímco v druhém byla komunita neslyšících velmi slabá. Výsledky ukázaly, že v hrabství se silnou komunitou neslyšících 99 % neslyšících uzavřelo sňatek mezi sebou a byla zde nižší míra rozvodovosti.

Jak již bylo nastíněno v úvodu, **počet klesajících manželství a stoupající rozvodovost** ovlivňuje také charakteristiku současné rodiny. Bylo zjištěno, že životy dětí jsou ovlivněny chováním příbuzných, sourozenců a rodičů bez ohledu na to, zdali jsou rodiče v manželství či nikoli. Ukazuje se, že ačkoli se v některých oblastech světa zvyšuje množství

rozvodů, ještě stále je forma soužití muž – žena – děti dominantní. Obzvláště markantní je tento model rodiny v Asii a na Středním východě. V souvislosti s rodinným životem se liší i **počet dětí**. Klesající porodnost ve Spojených státech amerických například znamená, že nově narození jedinci nahradí stávající jedince, avšak v příští generaci nedojde k jejímu rozšíření. Mnohem vážnější je situace v Evropě a východní Asii, kdy je míra porodnosti pod substituční úrovní (World Family Map 2015). Míru porodnosti bezesporu ovlivňuje to, že jak muži, tak ženy si před založením rodiny chtějí vybudovat život dle vlastních představ. Ženy odsouvají těhotenství do vyššího věku a mají méně dětí než předchozí generace. Zatímco v roce 1970 připadalo na 1 ženu 2,7 dětí, v roce 2009 to bylo 1,7 dětí. Míra porodnosti byla před rokem 1970 velmi vysoká např. v Ruské federaci, kde na jednu ženu připadlo až 5 dětí, velká míra porodnosti byla rovněž v Číně, kdy na jednu ženu připadalo 4,8 dětí, z tohoto důvodu zavedla Čína politiku jednoho dítěte. V současné době existuje řada domácností bez dětí, což je důsledek klesající porodnosti či změny společenských struktur. Obzvláště vysoký je počet bezdětných domácností v Kanadě, Chile, Irsku a Mexiku, kde až v polovině domácností nežije žádné dítě. Většina domácností má 1 maximálně 2 děti, pouze v průměru 20 % domácností OECD má 3 děti.

S klesající sňatečností a narůstající rozvodovostí se **mění formy soužití muže a ženy** ve prospěch víkendových vztahů či společného bydlení před svatbou. Přestože výzkumy ukazují, že manželství je stále dominantní formou soužití, zvyšuje se četnost společného soužití před svatbou. Také z tohoto důvodu se manželství posunuje do pozdějšího věku. Obzvláště oblíbená je forma společného soužití před svatbou u mladých párů okolo 20 – 34 let, přičemž ji preferují především páry ve Francii, Skandinávských zemích či Anglosaských zemích. V roce 1970 měla řada žen dítě krátce, zhruba 0,3 roku, po uzavření manželství. V současné době se zvyšuje počet žen, které mají děti za svobodna nebo před svatbou, neboť od roku 1980 do roku 2007 se četnost narozených dětí před svatbou téměř ztrojnásobila.

V České republice žije okolo 76 % dětí s dvěma rodiči, kteří mají uzavřeno manželství, avšak 14 % dětí žije pouze s jedním z rodičů. Na sňatečnost, rozvodovost a nízkou porodnost má bezesporu vliv vzrůstající počet žen s vyšším vzděláním (OECD, 2011). Dle Schmidbauera (1991, s. 137) „*u většiny lidí (odhlédnuto od sirotek, chovanců dětských domovů nebo dětí z rozvedených manželství) je rodina prvním zážitkem skupiny a zároveň nositelem -> socializace (-> vývoj). Velký význam přiznal citovým vztahům mezi dítětem a jeho rodiči teprve S. Freud (-> oidipovský komplex) a později A. Adler, který zvláště*

zdůrazňoval důležitou roli sourozenců. Dnešní výzkum rodiny studuje především -> komunikaci v rodinách s jedním nebo více duševně narušenými členy (-> dvojná vazba, poradenství, schizofrenie).“

Průcha, Walterová, Mareš (2003, s. 202) pojímají rodinu jako „nejstarší společenskou instituci, která plní socializační, ekonomické, sexuálně-regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. Z hlediska sociologického je formou začlenění jedince do sociální struktury. Nejběžnějším modelem rodiny je tzv. nukleární rodina, kterou tvoří nejbližší příbuzní, tj. oba rodiče a děti. V posledních desetiletích se model rodiny, který je historicky flexibilní, významně proměňuje. Zvyšuje se variabilita rodinných typů, zahrnujících nejen rodinu vlastní a úplnou, ale také rodinu neúplnou, nevlastní a náhradní.“ Hartl (2004, s. 230) vymezuje rodinu jako „společenskou skupinu spojenou manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“

Po narození dětí se z manželů stávají rodiče a začínáme hovořit o tzv. nukleární rodině.

Slovník Merriam-Webster (online) definuje rodinu jako „část rodiny, která zahrnuje otce, matku a děti.“ Cambridge Dictionary (online) vymezuje nukleární rodinu „jako rodinné soužití dvou rodičů a dětí, avšak nezahrnuje tety, strýce ani prarodiče.“. New World Encyklopedia upozorňuje, že tento termín se začal používat na západě zhruba od roku 1947, přičemž sloužil k označení rozšířené rodiny (Avner, 2005).

Dle Vágnerové (2007) je rodičovská role jednou ze složek identity dospělého člověka. Pro dítě je rodič značnou autoritou, na kterou se vždy spoléhá, avšak vztah mezi rodičem a dítětem se vyznačuje silnou asymetričností. Pro rodičovskou roli je podstatné, že je protkána celým životem. Dítě nelze vrátit, vyměnit, a pokud se jednou člověk stane rodičem, je jím navždy. Dítě mezi partnery vytváří pouto, které je navždy spojuje, i když se rodiče rozvedou.

Pro početí dítěte se rodiče rozhodují z různých motivů, které mohou být vnitřní a vnější. Výraznou vnitřní potřebou je potřeba biologická, neboť cílem je zachování existence rodu, avšak mezi lidmi existují individuální rozdíly. Budoucí rodiče vede k početí potomka také potřeba citové vazby, potřeba k někomu něco silného cítit, neboť vztah mezi rodičem a dítětem je silný, jistý. Prostřednictvím dítěte se mohou rodiče seberealizovat, mohou střádat nové plány do budoucna.

Z vnějších motivů hraje stěžejní roli tzv. sociální norma, neboť společnost očekává, že mladí lidé zplodí děti. Výrazný tlak související s mateřstvím pociťuje především žena okolo 30. roku života.

Pro děti je obzvlášť důležité, aby žily se dvěma rodiči. Dle Didier (2013) byla v roce 2009 na Cornell University realizovaná studie, která zjistila, že děti, které žijí s oběma biologickými rodiči, kteří mají uzavřené manželství, se méně dopouští rizikového chování, je mezi nimi méně poživatelů alkoholu či kuřáků v porovnání s dětmi, které žijí v domácnosti pouze s jedním rodičem nebo které žijí v domácnostech s nevlastním rodičem. Didier (2013) také odkazuje na Národní studii dětského zdraví („*National Study of Children's Health*“), která byla realizována v roce 2013 ve Spojených státech amerických, a která zjistila, že děti, které žijí ve společné domácnosti s oběma rodiči, jsou zdravější než ty děti, které žijí v domácnosti s nevlastním rodičem, svobodným rodičem či je vychovávají prarodiče. Děti, které žily v domácnosti s oběma rodiči, měly nejen výborné fyzické a duševní zdraví, ale také mnohem méně trpěly bolestmi hlavy a astmatickými záchvaty. Vyrůstat v úplné rodině je výhodné rovněž z ekonomického hlediska.

Na výhody úplných rodin poukazuje také organizace Familyfacts, která zjistila, že děti, které žijí s oběma rodiči, mají lepší vzdělání, dosahují lepšího emocionálního zdraví a méně se u nich objevují poruchy chování. Pozitivní účinky úplných rodin ovlivňují rovněž chování adolescentů, neboť ti adolescenti, kteří žijí v úplných rodinách, jejichž členové spolu každý den večeří, jsou méně náchylní k užívání návykových látek. Adolescenti z úplných rodin se také stávají sexuálně aktivními později než jejich vrstevníci z neúplných rodin. Pokud děti vyrůstají s rodiči, jejichž manželství je šťastné, je mnohem více pravděpodobné, že budou mít v dospělosti stabilní vztahy, budou zodpovědně pečovat o domácnost a budou více nábožensky založení (FamilyFacts, online).

Musick, Meier (2010) vyvrací, že ne vždy musí být soužití dětí s dvěma rodiči výhodou. Pokud děti vyrůstají v rodinách, kde jsou přítomni oba rodiče, avšak tyto rodiče se často hádají, pozitiva soužití v úplných rodinách se oslabí. U dětí z konfliktních rodin bylo zjištěno nižší akademické vzdělání a zvýšená míra užívání návykových látek.

Dle Národního centra pro rodinu (2012) je v České republice průměrná délka manželství 12 let, avšak novodobým trendem je rozvést se po 10 letech manželství. Nejčastější příčinou rozpadu manželství v České republice je „rozdílnost povah, názorů a zájmů či nevěra“. Až 2/3 návrhů na ukončení manželství podávají ženy. Většina populace

zastává názor, že je dobré, pokud spolu partneři, kteří chtějí uzavřít manželství, před svatbou krátce žijí. V současnosti sňatek nepředstavuje pro mladé lidi podmínku pro narození dítěte. Při vstupu do manželství mají ženy v průměru 29,4 let a muži 32,2 let. Důvody k oddalování manželství lze spatřit především v životním stylu dnešní generace, koncentraci na práci, studium, cestování a celkové změně životního stylu.

Novodobým trendem, který můžeme pozorovat, je nárůst porodnosti mimo manželství. V roce 2011 se narodilo mimo manželství 40 % dětí, což činí téměř 30% nárůst od roku 1992. Věk prvorodiče je v průměru 27,1 let.

Dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) v České republice vzrostl počet domácností za posledních 50 let o 1,3 milionů, avšak zároveň se změnila podoba domácností. Oproti minulému století zde vzrůstá nejen počet neúplných domácností, ale zejména se zvyšuje počet domácností, které jsou tvořeny jednotlivci. Většina neúplných domácností zahrnuje matky a děti, přičemž v těchto rodinách žije zhruba 400 tisíc závislých dětí (ČSÚ, 2013). Také Štyglerová, Němečková (2015) z časopisu *Statistika&My* poukazují na to, že se klasická česká rodina mění. Štyglerová, Němečková (2015) upozorňují, že začátek rodinného života je často spojen s dosažením určitého ekonomického postavení, postavením na trhu práce a vyřešením bytové otázky, avšak více párů než v minulosti se rozvádí. Poslední sčítání lidu v roce 2011 ukázalo, že v České republice mají ženy nejčastěji 2 děti, přičemž první dítě se v 56 % případů narodí neprovdaným matkám. Dle Vágnerové (2007) závisí úspěšné partnerství na osobnosti partnera, proto je důležité, aby se budoucí manželé na sebe dívali realisticky. Partnera si idealizují především snoubenci, kteří se berou v počátcích zamilovanosti nebo ti partneři, kteří nejsou schopni smířit se s partnerovými nedostatky. Předpokladem úspěšného manželství je také nejen schopnost pohlížet realisticky na svou roli v manželství, ale i připravit se na možné konflikty. Partneři by rovněž před vstupem do manželství měli mít v souladu své plány a očekávání a být připraveni ke kompromisům.

Jak vyplývá z předchozího textu, celosvětově dochází k proměnám rodiny. V souvislosti s proměnou rodiny se vyskytuje nižší počet sňatků a zvyšuje se průměrný věk vstupu do manželství. Rovněž přibývá počet dětí, které se narodí mimo manželství, což z manželství již nečiní instituci potřebnou k založení rodiny. Napříč světem rovněž i přes nesporný význam rodiny stoupá počet rozvodů. WebsterMiriam Dictionary (online) vymezuje rozvod jako legální proces ukončení manželství.

3.2 Rozvod jako klíčová kategorie partnerských vztahů

Dle nového občanského zákoníku oddíl. 2 je rozvod vymezen následovně: „*manželství může být rozvedeno, je-li soužití manželů hluboce, trvale a nenapravitelně rozvráceno a nelze očekávat jeho obnovení. Mají-li manželé nezletilé dítě, které není plně svéprávné, soud manželství nerozvede, dokud nerozhodne o poměrech dítěte v době po rozvodu rodičů*“ (§ 755, Občanský zákoník).

Hartl (2004, s. 232) vymezuje rozvod manželství jako: „*zrušení manželského svazku za života manželů rozhodnutím soudu; zpravidla tři stádia: manželský nesoulad s neschopností rozpory řešit vzájemnými kompromisy; manželský rozvrat, většinou dlouhodobý; právní ukončení manželského vztahu rozvodem; nejčastější příčiny: rozdílnost povah, alkoholismus, nevěra, nezájem o rodinu, sexuální neshody, finanční neshody.*“

Velká míra rozvodovosti je zejména ve Spojených státech amerických, ale také v řadě evropských zemí. Ve Španělsku, Portugalsku, Lucembursku, České republice a Maďarsku se rozvádí dokonce více než 60 % manželství (Engel, 2014). Oproti tomuto zjištění se nejméně rozvádějí manželé v Bosně a Hercegovině, Peru, Kataru, Uzbekistánu, Montenegro, Maltě, Mexiku, Makedonii, Tádžikistánu a Panamě (Maps of World). Dle zjištění OECD stojí Česká republika na 6. místě v počtu rozvodů, a to i přes to, že od roku 1995 počet rozvodů poklesl. Dle OECD je na prvním místě v počtu rozvodů Lotyšsko, následováno Litvou, Spojenými státy americkými, Dánskem a Belgií (OECD Family Database, 2015). Naopak server Eurostat přinesl zjištění, že méně podléhají rozvodům obyvatelé Irska, Slovinska a některých jižních států, jako jsou Malta, Itálie a Řecko. Naopak nejvyšší rozvodovost byla zaznamenána v severských státech, jako jsou Lotyšsko, Litva a Dánsko (Eurostat, 2016).

Na tyto skutečnosti poukázal i server Divorcescience, který dal dohromady data od Společenství národů (United Nations) a Eurostat. Největší míra rozvodovosti byla zjištěna v Guamu, Arubě, Bělorusku, Portoriku, Ukrajině, Lotyšsku, Dánsku, Litvě a Kazachstánu. Českou republiku řadí tento server na 15. místo s mírou rozvodovosti 2,7 na 1000 obyvatel. Z islámských zemí byla největší rozvodovost zaznamenána v Kazachstánu, Kuwaitu, Egyptě a Iránu, nejmenší rozvodovost byla zachycena v Uzbekistánu, Tádžikistánu a Turkmenistánu (Divorcescience, online). Rozvod je spojen nejen s ukončením manželství, ale také se snížením životních standardů, snížením příjmů, s psychickou bolestí a ztrátou přátel (Divorceinfo, online).

Dle Doherty (online) patří mezi nejčastější příčiny rozvodu nízký věk manželů, nižší vzdělání, neboť jak výzkumy ukázaly, jedinci, kteří mají vysokoškolské vzdělání, mají v porovnání s jedinci se středoškolským vzděláním větší šanci na trvalé manželství. Rozvodovost negativně ovlivňují i nižší příjmy a dokonce společné soužití před svatbou. Rizikovým faktorem je také dítě narozené či počaté před manželstvím. Meyer (2016) také ukazuje na to, že hlavními příčinami rozvodu paradoxně nejsou násilí a alkoholismus, ale neochota manželských párů pracovat na manželství, přílišná očekávání a nedostatek komunikace. Také Lemouse (online) považuje za nejčastější příčiny rozpadu manželství finance, problémy v sexuální oblasti a již zmíněné problémy v komunikaci. Na problémy v komunikaci a finanční problémy v souvislosti s rozveden poukazuje také Meyer (2016), podle kterého se manželele rozvádí také v důsledku odlišných očekávání a představ o společných potomcích, nekvalitně společně stráveného času, společných přátel a rodin partnerů. Vágnerová (2007) spatřuje (podobně jako Plaňava, 2000; Klimeš, 2005) příčiny rozvodu v nepřiměřených nárocích na partnera, neschopnosti společně sdílet a radovat se ze života. Příčinou rozvodu může být také nevěra partnerů, problémy v osobnosti, ale také vnější vlivy, jako zasahování jiných příbuzných do života, finanční tíseň, nestabilita a nedostatek soukromí. V souvislosti se středním věkem Vágnerová (2007) poukazuje na druhou krizi manželství, která se objevuje zhruba 20 – 24 let po uzavření manželství. Tato krize již není tak intenzivní, ale často je způsobena problémy s dětmi. Někdy může být spouštěčem ukončení manželství rozdílný vývoj osobnosti partnerů, kteří mohou mít odlišný pohled na život a společnou budoucnost. Někteří partneři v souvislosti s bilancováním přehodnocují význam partnerského vztahu, a proto se u nich může objevit tendence ke změně vztahu, která souvisí nejen se snahou dostat se ze stereotypu a závislosti na partnerovi, ale také se snahou dosáhnout nové intimity ve vztahu. Příčinou rozvodu může být také mimomanželský vztah, který je v dnešní době více tolerovaný než v minulosti. Mimomanželský vztah může být vyústěním potřeby stimulace, nových zážitků, může kompenzovat touhu po dobrodružství či nudu ve vztahu, rovněž může být snahou po potvrzení vlastní atraktivity, může kompenzovat pocit intimity, kterých se nedostává ve stávajícím vztahu (Vágnerová, 2007). Říčan (2015) rovněž poukazuje na to, že rozvod po 40. roce života může být důsledkem manželské krize, která trvá déle než první krize manželství. V tomto případě může být příčinou rozvodu nejen tlak ze strany ženy, ale také odrůstání dospělých dětí. Dle Laumann - Billings, Emery (2000) rozvod negativně ovlivňuje děti tím, že jim způsobuje zvýšené množství stresu. V případě rozvodu jsou děti často postaveny před volbu jednoho z rodičů a rodina je zatížena nelehkou finanční situací, avšak hlavní příčinou dětského stresu je skutečnost, že děti ve většině případů

nechtějí, aby se jejich rodiče rozvedli. Rozvod zvyšuje u dětí také riziko, že se stanou více emočně labilními, depresivními a budou mít psychické problémy či problémy s chováním. Na neutrální, ba dokonce pozitivní důsledky rozvodu ve vztahu k dětem poukazují Arkowitz, Lilienfeld (2013), kteří odkazují na výzkum Hentverington, Elmore z University of Virginia, kteří zjistili, že řada dětí sice krátce po rozvodu vykazuje úzkostné, agresivní rysy nebo negativní postoje, avšak tyto negativní jevy většinou vymizí do jednoho roku po rozvodu. Rovněž sociolog Amato z Univerzity v Pensylvánii zjišťoval důsledky rozvodu a zjistil, že mezi dětmi vdaných a rozvedených rodičů jsou jen malé rozdíly ve vzdělání, emocích, problémech v chování, delikvenci či vztazích. Po rozvodu dítě většinou vyrůstá jen s jedním rodičem, většinou matkou.

V roce 2012 se rozvedlo v České republice 26 000 manželství, nejčastěji se rozváděla manželství, která trvala 9 let od svatby, ovšem dle údajů Infostat.sk se nejvíce rozváděla ta manželství, která trvala 3 roky (Fiala, Jurčová, 2014). Mezi lety 2005 – 2010 se rozvodovost pohybovala okolo 47 – 50%, avšak v roce 2012 klesla na 44 % (Štyglerová, Kačerová, 2013). V roce 2011 měla rozvádějící se žena v průměru 40 let a rozvádějící se muž 43 let, lze tedy říci, že mezi lety 1992 – 2011 se posunul věk rozvodovosti o 7 let, což mimo jiné souvisí s pozdějším věkem vstupu do manželství (Fiala, Jurčová, 2014). Rozvod má negativní dopad jak na muže, tak na ženy, avšak obě skupiny poznamenává rozdílně. Především pro ženy představuje rozvod větší ekonomickou újmu, neboť jsou na muži v průběhu manželství více závislé. Jednou z vládních strategií pro rok 2014 – 2020 je zamezit chudobě žen, zpřístupnit větší počet školek, efektivněji vymáhat výživné a zvýšit participaci mužů na péči o dítě (Vláda ČR, 2015). Přestože 2/3 rozvodů podněcují ženy, nelze je zjednodušeně označit za hlavní viníky rozpadu manželství, ženy jsou pouze iniciativnější a více než muži chtějí ukončit nefunkční manželství. U ženy hraje v souvislosti s rozvodem svou roli vzdělání, neboť se ukázalo, že čím má žena vyšší vzdělání, tím je větší šance, že bude ona navrhovatelem rozvodu. U ženy hraje roli také její věk, avšak nelze jednoduše říci, že čím je žena mladší, tím spíše podá žádost o rozvod. Mnohem více se na rozvodu podílí věkový rozdíl mezi partnery, neboť pokud je žena výrazně mladší než muž, existuje větší šance, že navrhovatelkou rozvodu bude ona. Zajímavé je, že v případě bezdětných manželství podávají žádost o rozvod muži, zatímco v ostatních případech berou na sebe zodpovědnost za řešení manželské situace ženy (Vohlídalová, 2010). Dle ČSÚ tvoří matky samoživitelky, které se do této situace dostaly v důsledku rozvodu, rostoucí skupinu společně se samoživitelkami, které se do této situace dostaly v důsledku ovdovění a samoživitelkami, kterým se narodilo dítě

mimo manželství (Marhánková-Hasmanová, 2011). Pro matky samoživitelky, které se do této situace dostaly v důsledku rozvodu, představuje nově vzniklá situace vysokou míru zátěže, neboť v rodině najednou chybí plat manžela. I přesto, že muž má na dítě vyživovací povinnost, výše výživného ve většině případů nepokrývá potřeby dítěte (Kuchařová, 2007). Server Eurostat poukazuje na skutečnost, že v České republice žije na hranici chudoby 11 % obyvatel, avšak výrazně zde převažují ženy nad muži. Česká republika patří mezi země, ve kterých výrazným faktorem pro vznik chudoby, je právě domácnost s jedním rodičem (Dudová, 2009). Matky samoživitelky musí v případě výběru zaměstnání přihlížet k řadě faktorů, kterými jsou možnost sladění práce a rodiny, k čemuž přispívají například firemní školky, flexibilní pracovní doba a sídlo zaměstnavatele v blízkosti bydliště. Dalším důležitým faktorem, který hraje v souvislosti se zaměstnáním matky roli, je finanční ohodnocení, protože příjem matek – samoživitelek většinou představuje jediný příjem v rodině. Také z tohoto důvodu si matky samoživitelky doplňují hlavní pracovní poměr také brigádami (Marhanová-Havránková, 2011).

4 Sexuální výchova jako zdroj poznatků i prevence partnerských vztahů

Na začátku kapitoly je pozornost věnována vymezení sexuální výchovy v tuzemské i zahraniční literatuře. Následně jsou uvedeny důvody k výuce sexuální výchovy, úkoly sexuální výchovy a výstupy sexuální výchovy. Druhá podkapitola se věnuje komparaci témat sexuální výchovy ve dvou klíčových dokumentech a to ve Standardech pro výuku sexuální výchovy v Evropě a v doporučeních organizace UNESCO⁵¹.

4.1 Vymezení sexuální výchovy

„Sexuální výchova je definována jako relevantní a spravedlivý přístup k výuce o pubertě, vztazích, sexualitě, reprodukčním zdraví a bezpečnosti poskytnutím vědecky přesných, realistických a zejména včasných informací“ (Goldman, Coleman, 2013, s. 277).

Sexuální výchova si klade za cíl poskytnout mladým lidem informace, které jsou potřebné k tomu, aby mohli činit důležitá rozhodnutí o jejich sexuálním životě. Tyto informace musí být přiměřené vzhledem k věku a kultuře, ve které tito lidé žijí. Ačkoli neexistuje nástroj, který by zabránil HIV⁵², sexuálně přenosným chorobám, nechtěnému těhotenství či násilné sexuální aktivitě, je sexuální výchova jedním z preventivních činitelů. (UNESCO, 2009).

Podobně vnímá sexuální výchovu Světová zdravotnická organizace, která tvrdí, že sexuální výchova je nejen součástí všeobecného vzdělání, ale jejím úkolem je rovněž přispívat k přirozené prevenci pohlavních chorob a nežádoucího početí. Sexuální výchova může výrazným způsobem zvýšit kvalitu života, zdraví a duševní pohodu (WHO, BZgA, 2010).

Dle Allersona a Davise (2001) se sexuální výchova nezaměřuje pouze na biologické projevy, ale učí mladé lidi orientovat se ve vztazích k ostatním, budovat respekt k vlastnímu tělu i tělu jiných lidí. Jednotlivé oblasti sexuální výchovy jsou svým obsahem přiměřené věku žáků. Sexuální výchova by měla být nejen samostatným vzdělávacím předmětem, ale měla by být zaintegrovaná do osobnostní, sociální a zdravotní výchovy. Měla by pomoci rozvíjet vědomosti a dovednosti, které by umožnily žákům stát se nezávislými osobami. Ideální výchova by měla nabízet holistické pojetí, které v sobě zahrnuje sexuální znalosti, přání,

⁵¹ Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu

⁵² Virus lidské imunitní nedostatečnosti

postoje, hodnoty a chování, ale věnovat se i tématům jako anatomie, fyziologie, biochemie organismu, pohlavní role či pohlavní identita. Sexuální výchova nesmí opomíjet ani témata myšlenek, pocitů, chování a vztahů (Stock in Magoon, 2009).

V české literatuře najdeme například definici Täubnera, Janiše, kteří vymezují sexuální výchovu jako: „*záměrnou, plánovitou a dlouhodobou činnost vychovatele (učitel, rodič, vychovatel) vůči vychovávanému a v součinnosti s ním, ve které vychovávaný získává subjektivně i společensky žádoucí vědomosti, postoje a chování. Sexuální výchova kultivuje i dispoziční chování*“ (1998, s. 140). Je to výchova, která směřuje k získání návyků, dovedností, hodnot, norem a postojů v oblasti vztahů mezi mužem a ženou (Průcha, Walterová, Mareš, 2011).

Dle Täubnera, Janiše (1998, s. 16) „*Sexuální výchova vychází z přirozené potřeby lidské sexuality po uspokojení v intencích společensky žádoucího sexuálního chování, zejména k příslušníkům opačného pohlaví, při respektování a využívání celistvé a celoživotní výchovy člověka. Sexuální výchova pak představuje organickou část systému výchovy.*“

5 charakteristik sexuální výchovy:

1. Sexuální výchova probíhá za plné účasti mladistvých.
2. Učitel a žák jsou partneři. Sexuální výchova probíhá na bázi interakce mezi učitelem a žákem.
3. Sexuální výchova není „teď a tady“, ale jde o kontinuální cestu, která vychází z poznání, že sexuální vývoj je celoživotní proces.
4. Sexuální výchova je založena na úzké spolupráci mezi rodiči, žáky, učiteli a komunitou, ze které žák pochází.
5. Sexuální výchova plně respektuje rovnost pohlaví.

4.1.1 Typy programů sexuální výchovy⁵³

V současné době lze mluvit o 3 programech sexuální výchovy, přičemž všechny se zabývají otázkou sexuální abstinence, avšak liší se od sebe svou striktností.

⁵³ Jednotlivé typy programů jsou uváděny v původních cizojazyčných názvech.

1. Abstinence – only – untill – marriage

První typ programu sexuální výchovy je založen na bázi úplné abstinence. „*Abstinenci můžeme vymezit jako způsob chování, kdy jedinec nemá ani pohlavní styk, ani neprovozuje s partnerem jiné sexuální aktivity*“ (Abstinence, Magoon, 2010). Avšak tento pojem lze vnímat i ve volnějším pojetí jako absenci pohlavního styku, ale zahrnutí jiných sexuálních aktivit. K abstinenci obvykle vedou morální, náboženské, právní, zdravotní či jiné důvody (Sutter Health Palo Alto Medical Foundation, online).

Abstinence je jediný, zaručený způsob, jak se chránit před nechtěným těhotenstvím a před přenosem pohlavních chorob, neboť abstinence v pravém slova smyslu si klade za cíl absenci jakéhokoliv sexuálního kontaktu. Výhody abstinence lze vidět v nulových nákladech, rozvoji intimity, která není založena na pohlavním styku a nemá žádné negativní medicínské či hormonální účinky na rozdíl od jiných forem plánovaného rodičovství (Options For Sexual Health, 2009). Program „Abstinence – only“ je zaměřen nejen na předcházení pohlavního styku u teenagerů, ale ve striktním pojetí apeluje na dodržování pohlavní čistoty před manželstvím u všech svobodných osob (Advocates for Youth, online). Programy sexuální abstinence jsou založeny především na křesťanských základech a staví na principech z Bible, která považuje sex před svatbou za špatný a jediný způsob ochrany před sexuálně přenosnými chorobami a nechtěným těhotenstvím vidí v absenci sexu před svatbou. Program „Abstinence – only“ má i svá teoretická východiska a staví například na studii Andersena (1998 in Campos, 2002), který tvrdí, že přes veškerou realizovanou sexuální výchovu nedošlo u adolescentů ani ke snížení těhotenství, ani ke snížení potratů. Rovněž čerpá ze závěrů Medicínského institutu pro sexuální zdraví, který zjistil, že kondom nabízí je malou ochranu proti chlamydiím a lidskému papilomaviru. Proti tomuto programu silně vystupuje organizace „Advokát pro mladé“ (Advocates for Youth, online), která zdůrazňuje, že informace o kondomu a antikoncepci patří mezi základní práva každého člověka. Tato organizace rovněž na základě výzkumu zdůraznila, že lidé, kteří jsou vzdělávání dle programu „Abstinence-only“ začínají s pohlavním stykem ve stejné době jako jejich vrstevníci a nemají ani nižší počet sexuálních partnerů. Dalším argumentem pro sexuální výchovu je výsledek jiného výzkumného šetření, které zjistilo, že ačkoli začínají absolventi programu „Abstinence-only“ s pohlavním stykem o 18 měsíců později než jejich vrstevníci, jsou v otázkách antikoncepce méně zodpovědní, neboť pouze 1/3 z nich použije při pohlavním styku kondom. Výzkum rovněž vyvrací tvrzení, že kondomy nemohou ochránit před přenosem lidského papilomaviru, neboť je-li kondom správně nasazen, chrání nejen před

přenosem papilomaviru, ale i před přenosem dalších pohlavních chorob včetně HIV (Advocates for youth, online). Dle příznivců tohoto typu programu může mít sex před manželstvím a mimo manželství škodlivé psychologické a fyziologické účinky a učí, že pokud se dítě narodí mimo manželství, může to mít škodlivé následky nejen pro něj, ale i pro rodiče a společnost (Malone, Rodriguez, 2011).

2. *Abstinence Plus*

Druhým typem programu sexuální výchovy a kompromisem mezi programy „*Abstinence Only*“ a „*Comprehensive Sex Education*“ je program Abstinence Plus. Tento program podobně jako program Abstinence plus podporuje abstinenci jako způsob sexuálního chování, avšak učí používat kondom a jiné způsoby bezpečného sexu. Příznivci programu „Abstinence-Only“ hovoří ve spojitosti s tímto programem o určitém paradoxu, neboť jak z názvu vyplývá, program sice pobízí k abstinenci, ale zároveň v něm jeho konzervativní odpůrci spatřují nabádání k sexu, zatímco příznivci ucelené sexuální výchovy v něm vidí touhu zalíbit se všem a argumentují tím, že pokud je jedinec seznámen s otázkou kondomu a jiné antikoncepce, nepředpokládá se úplná abstinence (Dworkin, 2007).

3. *Comprehensive sex education*

Organizace UNESCO, stejně jako WHO, BZgA a IPPF prosazují výuku komprehenzivní, ucelené sexuální výchovy. Proti sexuální výchově stojí řada argumentů, které tvrdí, že sexuální výchova vede k promiskuitě a brzkému pohlavnímu životu. Tyto protiargumenty poukazují na rodinu, jako na jedinou instituci, která by měla poučovat žáky o zásadách bezpečného sexu. Považují sexuální výuku za škodlivou a nevhodnou jako předmět učení pro malé děti a žáky základních škol. Proargumenty naopak uvádí, že sexuální výchova nenabádá k promiskuitě, ale jejím klíčovým znakem je snaha zredukovat počet nechtěných těhotenství a pohlavních chorob. Ze studie více než 87 programů sexuální výchovy, realizovaných napříč celým světem, vyšlo najevo, že programy sexuální výchovy pomohly o 1/3 oddálit pohlavní styk, snížit počet sexuálních partnerů a omezit četnost pohlavního styku (UNESCO, 2009).

„Ucelená sexuální výchova zahrnuje širokou škálu otázek, týkajících se fyzických, biologických, emocionálních a společenských aspektů sexuality. Uznává a přijímá všechny jedince jako sexuální bytosti. Komplexní sexuální výchova má být přizpůsobena věku

a vývojovým zvláštnostem“ (IPPF FRAMEWORK, 2010). Nabízí holistický pohled na sexualitu a sexuální chování, rozvíjí u mladých lidí znalosti, dovednosti, postoje a hodnoty a pomáhá jim rozvíjet pohled na vlastní sexualitu (UNFPA, 2015).

Otázky z oblasti sexuality by měly být zodpovídány nejen ve školní třídě v rámci hodiny sexuální výchovy, ale i neformálním způsobem v čekárnách u lékaře, taxících, v klubech pro mladé a v masmédiích. Pojetí komplexní sexuální výchovy nenabádá v žádném případě mladé lidi k promiskuitě a neadekvátnímu chování, neboť taktéž uznává abstinenci jako jediný 100% způsob ochrany proti nechtěnému pohlavnímu styku, avšak zároveň s ohledem na aktuální situaci na poli sexuálně – reprodukčního zdraví a pohlavně přenosných chorob učí mladé lidi, že kondomy a jiná antikoncepce napomáhají redukovat riziko pohlavních chorob a nechtěného těhotenství. Rozvíjí jejich komunikační dovednosti a napomáhá budování asertivity, hodnot a norem (Advocates for Youth, online). Integruje v sobě širokou škálu témat, počínaje abstinencí, vnímáním vlastního tělesného obrazu, otázkami lidského zrání a vývoje, rozmnožování, těhotenství, bezpečného sexu, sexuálního zdraví, chování, sexuální anatomie a fyziologie. (Planned Parenthood, online) Právo dozvědět se komplexní informace z oblasti sexuální výchovy je všeobecným lidským právem a je ustanoveno v řadě mezinárodních dohod, mezi které patří Úmluva o právech dítěte, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech a Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (UNFPA, 2014).

4.1.2 Důvody k výuce sexuální výchovy

V současné společnosti je potřeba sexuální výchovy spojena s aktuální situací migrace nových populací, které mají odlišnou kulturu a náboženství, s rozmachem masmédií, především internetu a mobilních telefonů, s rozšířením HIV/AIDS⁵⁴ a v neposlední řadě s proměnou sexuality a sexuálního chování mladých lidí.

V roce 2001 vydala WHO pro evropský region strategii, která se týkala sexuálního a reprodukčního zdraví. Tato 10 letá strategie apelovala na členské státy Evropské unie, aby informovaly a vzdělávaly adolescenty ve všech oblastech sexuálního a reprodukčního zdraví. O 5 let později vystoupilo přes 100 expertů z 26 zemí Evropské unie na Evropské konferenci s názvem „Sexuální výchova mladistvých v multikulturní Evropě.“ V téměř shodný čas byla

⁵⁴ Syndrom získaného selhání imunity.

vydána „Referenční příručka k politice a praxi sexuální výchovy v Evropě“, která byla prvním výsledkem projektu „SAFE“ (Sexual Awareness for Europe). O 3 roky později organizace UNESCO vydala 2 dílného průvodce k sexuální výchově.

Jiné důvody k sexuální výchově uvádí Goldman (2010), který vysvětluje, že sexuální výchova reaguje na sekulární akceleraci, kdy děti dosahují puberty dříve než v předchozích generacích, což je spojeno s nutností informovat je o fyzických a psychických změnách v jejich životě. Další důvod vidí v oddálení věku vstupu do manželství, který je posunut z dřívějších 20 let k 30. roku věku. Školu vnímá jako instituci povinnou podporovat celkový rozvoj dětí a napomáhat tak rodičům, kteří mohou pociťovat ostych v otázce sexuality a poskytovat dětem odlišné informace z oblasti sexuality.

Dle Standardů pro sexuální výchovu v Evropě⁵⁵ má každý člověk právo na informace, které zahrnují i oblast sexuality, neboť ta je klíčovou součástí lidského bytí. Z důvodu rozvoje moderní společnosti a přesycenosti přílišným množstvím informací již nestačí neformální sexuální výchova v rámci rodiny.

4.1.3 Úkoly sexuální výchovy

Sexuální výchova učí žáky vyvíjet tolerantní postoje k sexuálnímu chování jiných, rozvíjí jejich dovednosti k řešení problémů, nabízí přiměřené množství informací o sexualitě a sexuálnímu chování, podněcuje žáky k formování jejich sexuálních postojů, integruje sex jako vyváženou součást života a rozvíjí dovednosti potřebné k řešení sexuálních problémů. (Greenberg, Bruess, 2009).

Výstupy sexuální výchovy

Organizace UNESCO (2009) vymezuje, že prostřednictvím sexuálních programů obvykle dochází ke zvýšení znalostí a porozumění, rozvoji či posílení dovedností, vysvětlení a vyjasnění pocitů a redukci rizikového chování.

Dle Standardů pro sexuální výchovu v Evropě („*Standards for Sexuality Education in Europe*“) by jedinec po absolvování sexuální výchovy měl být vybaven znalostmi, které jsou přiměřené a věkově adekvátní. Nabyté znalosti poskytují odpovědi na otázky týkající se

⁵⁵ Standards for Sex Education in Europe

vývoje lidského těla, prevence nechtěného těhotenství, rozmnožování, pozitivních a negativních aspektů sexuality, sexuálně přenosných chorob atd. Aby jedinec mohl nově nabyté znalosti uplatnit v praxi, je třeba vybavit jej potřebnými dovednostmi. Každý jedinec by měl být schopen po absolvování sexuální výchovy komunikovat s ostatními, jednat s nimi, vyjadřovat jim své pocity, ale také by měl vědět, jak používat kondom a bránit se proti sexuálně přenosným chorobám. Prostřednictvím nově nabytých dovedností jedinec zlepšuje vztahy s vrstevníky, členy rodiny i svými sexuálními partnery. Znalosti a získané dovednosti napomáhají jedinci vyjádřit své postoje vyjadřující respekt k ostatním, uvědomovat si zodpovědnost k sobě i ostatním a prozkoumat své hodnoty a normy (BZgA, 2010).

Janiš, Täbner (1999) dělí výstupy sexuální výchovy dle jejich obsahu na výstupy kognitivní, mezi které spadají vědomosti a znalosti, emotivní, zde spadají postoje a vztahy a výstupy konativní, které v sobě integrují chování a dovednosti.

4.1.4 Obsah sexuální výchovy

Dle Janiše, Täubnera (1999) je obsah sexuální výchovy konstruován obvykle na základě těchto vlivů a podmínek:

- Aktuální potřeba společnosti (např. nárůst pohlavně přenosných chorob, vysoký počet rozvodů, vysoký počet interupcí atd.)
- Vlivy zemí, které modelují představy společenského vývoje
- Tradice a kultura společnosti, politika a ideologie státu
- Aktuální společenské a kulturní normy, zákony, pravidla života ve společnosti
- Rozvoj vědeckého zkoumání v pedagogice, psychologii, biologii člověka, medicíně a sexuologii
- Oponentní postoje v oblasti sexuální výchovy

4.2 Tematické oblasti sexuální výchovy dle klíčových dokumentů

Mezi nejčastější témata sexuální výchovy patří ženská a mužská anatomie a fyziologie, téma vzrušení a sexuálních reakcí, otázka antikoncepce, těhotenství, porodu, představení sexuálních technik, problematika sexuální orientace, rizika pohlavně přenosných chorob a sexuální konzum (Bruess, Greenberg, 2004). Obdobná témata vymezuje Campos (2002), dle kterého by se měla sexuální výchova zabývat otázkami vývoje člověka, kam podle něj spadá reprodukční anatomie a fyziologie, puberta, vnímání vlastního těla, sexuální identita

a orientace. Kromě biologické podstaty má sexuální výchova učit o rozmanitostech lidských vztahů, ať již vztahů přátelských či rodinných, dále o problematice manželství, rodičovství, lásky a prvních schůzek. Sexuální výchova má rovněž vést k rozvoji osobnostních dovedností, které v sobě integrují otázku hodnot, rozhodování, asertivity, komunikace či hledání pomoci. Otázkami masturbace, antikoncepce, fantazie, sexuality a lidských sexuálních reakcí se zabývá téma sexuální chování. Vzhledem k faktu, že sexuální výchova tvoří důležitou součást prevence proti pohlavním chorobám a nechtěnému pohlavnímu styku, hrají důležitou roli témata věnující se antikoncepci, potratu a sexuálně přenosným chorobám. Neméně aktuálním tématem je propojení sexuální výchovy s multikulturní výchovou či s tématem „Člověk a společnost“. V rámci sexuální výchovy je třeba věnovat se rovněž otázce sexuálních práv a náboženství.

Organizace UNESCO doporučuje začít se sexuální výchovou již v předškolním věku, konkrétně ve věku 5 let. Sexuální výchovu rozděluje do 4 základních úrovní dle věkového rozpětí 5 – 8 let (Úroveň I), 9 – 12 let (Úroveň II), 12 – 15 let (Úroveň III) a 15 – 18 let (Úroveň IV) a jednotlivých tematických oblastí. (Guidance volume II). Ještě dříve, konkrétně od narození doporučují začít se sexuální výchovou Standardy pro sexuální výchovu v Evropě, které člení výuku sexuální výuky do 6 etap. Standardy doporučují začít se sexuální výchovou nejprve v rámci rodiny, poté v rámci školy (BZgA, 2010).

⁵⁶Standardy pro sexuální výchovu v Evropě se věnují stejně jako organizace UNESCO tématu **LIDSKÉHO TĚLA**, konkrétně jeho částem, rozdílům mezi pohlavími a tělesné hygieně (Etapa 1: 0 – 4 roky), odlišnostem lidského těla (Etapa 2: 4 – 6 let), menstruaci, ejakulaci a rané proměně v pubertě (Etapa 3: 6 – 9 let, Etapa 4: 9 – 12 let), ženské obřízce, anorexii, bulimii, piercingu a tetování, (Etapa 5: 12 – 15 let) a psychickým změnám v období puberty (Etapa 6: věk 15+). Otázky lidského těla jsou dle organizace UNESCO zahrnuty do klíčově oblasti „*Vývoj člověka*“.

Dalším tématem zakotveným do Standardů je téma **POČETÍ A REPRODUKCE**, které se věnuje otázkám těhotenství, porodu, základům lidské reprodukce, skutečnosti, že někteří rodiče mají děti a jiní ne (Etapa 1: 0 – 4 roky), mýtům spojeným s reprodukcí (Etapa 2: věk 4 – 6 let), volbám, které jsou spojeny s těhotenstvím, rodičovstvím, neplodností

⁵⁶ V tomto textu jsou srovnávány témata pro sexuální výchovu dle organizace UNESCO a dle Standardů pro sexuální výchovu v Evropě. Pro větší přehlednost jsou témata Standardů zvýrazněna a psána velkými psacími písmeny. Naproti tomu témata organizace UNESCO jsou psána malými psacími písmeny.

a adopcí (Etapa 3: 6 - 9 let), plánovanému rodičovství, různým druhům antikoncepce, příznakům těhotenství, rizikům nechráněného pohlavního styku (Etapa 4: 9 – 12 let), dopadům raného mateřství a otcovství na výchovu dětí, informacím o antikoncepci, těhotenství a neplodnosti (Etapa 5: 12 – 15 let) a náhradnímu mateřství či problematice asistované reprodukce. (Etapa 6: 15+ let). Organizace UNESCO zahrnuje tato témata do klíčové oblasti „*Sexuálně-reprodukční zdraví*“.

Již od raného věku narození apelují Standardy na výuku **SEXUALITY**, která se nejprve zaměřuje na prožitek a potěšení z rané masturbace, objevování vlastního těla a genitálií (Et. 1), dále se věnuje různým způsobům vyjádření sexuality, sexuálních pocitů (Et. 2), očekávání a chování ve vztahu k sexuálnímu vzrušení, které vyplývá z pohlavních rozdílů (Et. 3), lásce, milování, sexu v médiích (Et. 4), první sexuální zkušenosti a pohlavní orientaci (Et. 5) a duchovním aspektů sexu – sex je více než styk, významu sexu v různých etapách života, ale také otázkám sexuality u osob chronicky nemocných a zdravotně postižených (Et. 6). Tento obsah integruje organizace UNESCO do klíčové oblasti „*Sexuální chování*“.

Dalším tématem, které by dle Standardů mělo být vyučováno je téma **EMOCÍ**, které zahrnuje rozdílné typy lásky či pocity ANO x NE (Et. 1), pocity žárlivosti, agrese, zklamání, zloby, téma homosexuality (Et. 2), rozdíly mezi přátelstvím a láskou (Et. 3) a pocity zvědavosti, nejistoty, studu a strachu (Et. 4), přijetí skutečnosti, že každý člověk své pocity ovlivňuje různě a to i na základě temperamentu, ale i z důvodu pohlaví, kultury, náboženství (Et. 5, 6). Toto téma svým obsahem přesahuje do oblasti „*Hodnoty, postoje a dovednosti*“ a oblasti „*Kultura, společnost a lidská práva*“ organizace UNESCO.

Obsah sexuální výchovy není zaměřen pouze na sexuální problematiku, ale i na oblast **VZTAHŮ**. Již od narození by se dítě mělo učit poznávat různé druhy vztahů a rozdílné vztahy v rodině (Et. 1), vztahy osob stejného pohlaví (Et. 2), umět vyjádřit lásku, přátelství, utvářet sociální kontakty (Et. 3), vnímat rozdíly mezi přátelstvím, láskou, různé způsoby chození (Et. 4), uvědomit si, že vztahy ovlivňuje věk, pohlaví, náboženství a kultura (Et. 5) a vnímat, že ženy se chovají jinak než muži – vztahy dle pohlavních rolí (Et. 6). Tato oblast je téměř obsahově totožná s oblastí „*Vztahy*“ organizace UNESCO.

Další oblastí, která se obsahově překrývá nejen s oblastí **LIDSKÉ TĚLO A VÝVOJ ČLOVĚKA** dle Standardů, ale i s oblastí „*Vývoj člověka*“ dle organizace UNESCO, je oblast **SEXUALITA, ZDRAVÍ A POHODA**. Tato oblast v sobě integruje otázky vnímání

vlastního těla (Et. 1), otázku uvědomění si, že se mohu rozhodnout, s kým budu spát a s kým ne, že mám vždy možnost volby (Et. 2), poznání pozitivního vlivu sexuálního zdraví na duševní pohodu (Et. 3), věnuje se symptomům a rizikům nechráněného pohlavního styku (Et. 4), tělesné hygieně a samovyšetření (Et. 5), sexuálnímu násilí, nebezpečnému potratu, HIV/AIDS a sexuálně přenosným chorobám (Et. 6).

Sexuální výchova je zakotvena v řadě právních dokumentů, které byly zmíněny výše. Jednou z oblastí sexuální výchovy dle Standardů je tedy oblast **SEXUALITA A PRÁVO**. Tématy sexuality ve vztahu ke kultuře a lidským právům, sexualitou v médiích, tématem genderového násilí včetně sexuálního zneužívání či vykořisťování se zabývá klíčová oblast **„Kultura, společnost a lidská práva“**.

Poslední klíčovou oblastí, která se věnuje otázce sexuality je oblast s názvem **SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ DETERMINANTY SEXUALITY**. Cílem této oblasti je poskytnout žákovi informace o společenských pravidlech a kulturních normách a hodnotách (Et. 1), informovat je o jejich pohlavní roli (Et. 2), pomoci jim vyřešit a rozpoznat rozdíly v hodnotách (Et. 3), prodiskutovat s nimi vliv médií, pornografie, kultury, náboženství, pohlaví, práva a socioekonomického statusu na jejich partnerství a sexuální chování (Et. 4), pomoci jim vypořádat se s konfliktem ostatních norem a hodnot, rodiny a společnosti (Et. 5), seznámit je se společenskými normami (Et. 6).

5 Sexuální výchova v zahraničí a tuzemsku

Pátá kapitola nastiňuje problematiku sexuální výchovy v zahraničí a tuzemsku. Nejprve jsou přestaveny vybrané země světa a jejich realizace sexuální výchovy, následně je pozornost zaměřena na sexuální výchovu ve vybraných zemích Evropské unie. Poslední podkapitola je zaměřena na sexuální výchovu v České republice.

5.1 Sexuální výchova ve vybraných zemích světa

V předchozích odstavcích jsme se zaměřili na teoretická východiska sexuální výchovy, nyní bude pozornost směřovat k důvodům pro výuku sexuální výchovy v Africe, Asii, Spojených státech amerických a Austrálii. Co se týče výuky sexuální výchovy v jednotlivých kontinentech a důvodech, které k výuce vedou, autorka zdůrazňuje, že je třeba všechna níže uvedená fakta vnímat v kontextu ekonomické, politické, náboženské, sociální či zdravotní situace, která panuje nejen v jednotlivých kontinentech, ale i v jednotlivých státech, které kontinenty utváří. Níže uvedená fakta tedy nelze jednoduše bagetalizovat a porovnávat státy pouze z hlediska kvantity a kvality sexuální výchovy.

5.1.1 Důvody k výuce sexuální výchovy v Africe

V Africe více než na jiných kontinentech umírají ženy v souvislosti s mateřstvím. Na komplikace spojené s mateřstvím zemře v Africe 1 z 26 žen, zatímco v Evropě na stejné problémy umírá 1 z 9400 žen.

Antikoncepce v afrických zemích

Organizace spojených národů („United Nations“) zjistila, že je v Africe antikoncepce užívána ve velmi malé míře, ovšem existují rozdíly mezi jednotlivými oblastmi Afriky⁵⁷ (United Nations, 2015). Příčiny nízké frekvence užívání antikoncepce lze spatřit mimo jiné v mentalitě obyvatelstva, neboť řada afrických obyvatel se domnívá, že užívání antikoncepce je nemorální. S tímto tvrzením souhlasí více než polovina obyvatel Nigérie a Ghany, ale také obyvatelé Ugandy, Keni a Senegalu (Lipka, 2014). V roce 2013 se v subsaharské Africe snížil počet osob, které používají při pohlavním styku kondom, avšak zvýšil se i počet jejich sexuálních partnerů (Osborna, 2013). V současné době nepoužívá

⁵⁷ Antikoncepci užívá více než polovina obyvatel západní a jižní Afriky, ale jen 23 % obyvatel střední Afriky a 17 % východní Afriky.

antikoncepci většina adolescentů v subsaharské Africe, ačkoli 21 % z nich je pravidelně sexuálně aktivních (McCurdy, Schnatz, Weinbaum, 2014).

HIV/AIDS v afrických zemích

V roce 2009 došlo v Africe k přenosu viru HIV z matky na dítě u 360 tisíců živě narozených dětí. U mladých dívek představuje HIV/AIDS téměř ¼ úmrtí mezi 16 – 19 lety, zatímco 28 % úmrtí je spojeno s komplikacemi během těhotenství a porodu. V subsaharské Africe je světově nejvyšší plodnost, neboť na 1 ženu připadá 5,6 či dokonce 6 dětí. Tato vysoká čísla jsou spojena s nízkou prevalencí užívání antikoncepce. V subsaharské Africe žije téměř 60 % žen s virem HIV, což zde způsobuje největší výskyt epidemie HIV/AIDS na světě (Africa WHO, 2013). Dle organizace AVERT (2016) v roce 2013 žilo v subsaharské Africe 24,7 milionů lidí s HIV, zároveň přibylo 1,5 milionů nově infikovaných lidí, 1,1 milionů lidí zemřelo na nemoci spojené s AIDS a 39 % dospělých podstoupilo antiretrovirální terapii. V subsaharské Africe⁵⁸ je cílem národní strategie pro sexuální a reprodukční zdraví zvýšit přístup k základní zdravotní péči ženám a dívkám, redukovat počet nechtěných těhotenství, zvýšit přístup k legálně dostupným potratům a snížit počet HIV infikovaných dětí (Ministry for Foreign Affairs Sweden, 2015). Na nepříznivou situaci v souvislosti s virem HIV upozorňují Dellar, Diamini, Karim (2015) v souvislosti s jižní Afrikou. V jižní Africe přispívají dívky ve věku 15 – 19 let 30% k novým případům HIV, přičemž u dívek je počet nově nakažených 4x vyšší než u chlapců. Markantním důvodem pro výuku sexuální výchovy v Africe je těhotenství dívek před 18. rokem věku. V roce 2010 byla v subsaharské Africe nejvyšší prevalence těhotných dívek a v roce 2011 žilo ve východní a střední Africe 28 % dívek ve věku 20 – 24 let, které porodily před 18. rokem věku a 6 % dívek, které porodily před 15. rokem věku (Loaiza, Liang, 2013).

Sexuální výchova v afrických zemích

V roce 2012 vydaly organizace UNESCO a UNFPA komparaci 10 vzdělávacích programů, zaměřených na sexuální - reprodukční zdraví v západní a jižní Africe. Do komparace zahrnuly země jako Botswana, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibia, South Africa,

⁵⁸ Subsaharská Afrika zahrnuje všechny státy s výjimkou severní Afriky, které jsou považovány za arabskou část Afriky. Do subsaharské Afriky náleží celkem 49 států. Názvy států uvádíme v anglickém znění: Angola, Benin, Botswana, Burkina faso, Burundi, Cameroon, Cabo Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo (Democratic Republic of), Congo (Republic of), Cote d'Ivoire, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea – Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tomé & Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, South Africa, South Sudan, Sudan, Swaziland, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Swaziland, Uganda, Zambia a Zimbabwe⁵⁹. Organizace UNESCO a UNFPA zjistily, že státy předávaly žákům informace týkající se sexuálně-reprodukčního zdraví přiměřeně věku, avšak ne vždy byly informace dostatečné. Organizace poukazují zejména na nedostatečné předávání informací v oblasti mužských a ženských kondomů, včetně pohotovostní antikoncepce, přestože tyto prostředky jsou klíčovou metodou ochrany proti přenosu viru HIV. Silné nedostatky v oblasti informování o antikoncepci, používání kondomů, pohlavně přenosných chorobách a potratech vykazují vzdělávací programy v Botswaně, Keni, Lesothu, Malawi, Namibii, jižní Africe, Swazijsku, Ugandě, Zambii a Zimbabwe (UNESCO, UNFPA, 2012).

Osnovy v řadě afrických zemí vnímají abstinenci jako prostředek ochrany před nežádoucím těhotenstvím. Organizace dále zjistily, že v řadě osnov chyběla témata pohlavně přenosných chorob, potratu či mužské obřízky. Na období puberty většina osnov nahlížela čistě biologicky, avšak chyběly zde informace zaměřené na socio – emocionální aspekty této vývojové fáze. Dalším zjištěním bylo, že osnovy často zdůrazňovaly nerovnost mužů a žen či přehlížely intimní partnerské násilí na ženách, většina osnov se nevěnovala tématům sexuálního zneužívání (UNESCO, UNFPA, 2012).

5.1.2 Důvody k výuce sexuální výchovy v Asii

V Asii je poměrně vysoká prevalence užívání antikoncepce u žen ve věku 15 – 49 let, tato prevalence činí 68 %. Nejnižší prevalence antikoncepce je v centrální Asii (57 %), zatímco nejvyšší prevalence užívání antikoncepce je v západní Asii (82 %) (United Nations, 2015).

Pozitivním ukazatelem je, že v posledních 30 letech se v Asii užívání antikoncepce zvýšilo o 40 %. V Asii žije 66 % vdaných žen ve věku 15 – 49 let z celkového počtu 1,2 miliardy vdaných žen na světě, přičemž 2/3 těchto žen užívají antikoncepci. Také zde lze vidět nárůst od roku 1980, kdy antikoncepci užívalo zhruba 40 % vdaných žen tohoto věku. Nejpoužívanější formou antikoncepce v Asii mezi vzdanými ženami je antikoncepce radikální, definitivní, v podobě ženské sterilizace. Ženská sterilizace jako forma antikoncepce je široce rozšířená především v Číně a Indii (Baochang, Yan, 2013).

Kondomy jsou v Asii 3. nejpopulárnější metodou antikoncepce, avšak ze všech uživatelů antikoncepce tuto metodu využívá pouhých 10 %. Nízká oblíbenost kondomů často souvisí s kulturním pohledem na mužskou antikoncepci. Kondom jako forma mužské

⁵⁹ Názvy zemí jsou uváděny v anglickém originále

antikoncepce je oblíben zejména v rozvinutých asijských státech, jako jsou Japonsko, Jižní Korea a Singapur, kde jsou muži také vlivem sexuální turistiky ohroženi přenosem pohlavních chorob (Baochang, Yan, 2013). Rozdíl ve znalosti antikoncepce je odlišný napříč jednotlivými asijskými státy. Zatímco v Indonésii zná většina svobodných mužů a žen moderní metody antikoncepce, v Malajsii zná moderní metody antikoncepce něco málo přes 50 % žen a okolo 50% mužů.

V Asii a Pacifiku žije téměř 1 miliarda mladých lidí ve věku 15 – 24 let, kteří tvoří 27 % celkové populace v tohoto regionu. V zemích jako je Afgánistán, Pákistán, Filipíny či Šalamounovy ostrovy tvoří mladiství ve věku 15 – 24 let až ¼ celkové populace (ICRW, 2013).

V Asii a Pacifiku panuje nepoměr mezi mužským a ženským pohlavím zejména z důvodu vysoce zkresleného poměru pohlaví v Číně a Indii, na kterém se podílela preference synů a prenatalní pohlavní selekce (ICRW, 2013).

Jižní Asie tvoří celosvětově téměř polovinu všech sňatků mladistvých pod 18 let a lze očekávat, že od roku 2010 do roku 2030 bude v jižní Asii před 18. rokem věku provdaných více než 130 milionů dívek (ICRW, 2013). V této zemi existuje rovněž obrovská disproporce ve sňatcích mezi chlapci a dívkami. Zatímco chlapci vstoupili před 18. rokem věku do sňatku manželského v 5%, dívky uzavřely v tomto věku manželství v 27% (UNFPA, 2015).

V Asii a Pacifiku v posledních letech poklesla porodnost dívek ve všech státech, s výjimkou Filipín⁶⁰. Největší pokles porodnosti u adolescentních dívek, byl zachycen v jižní Asii, kde poklesla o více než 40 %, ovšem stále je zde jedna z nejvyšších porodností mezi adolescentními dívkami. V jižní Asii porodí dítě 1 z 5 dívek mladších 18 let a 1 z 25 dívek mladších 15 let (UNFPA, 2015).

V Asii je pohlavní styk, obzvláště u dívek, spojen s manželstvím, avšak i tady existují rozdíly. V Číně uvedlo 19 % dívek, že bylo sexuálně aktivních ve věku 15 – 24 let, přičemž tyto dívky měly jen malé znalosti o sexuálně přenosných chorobách. V oblasti Pacifiku je sex před manželstvím mnohem častější a více než polovina obyvatel Šalamounových ostrovů a Maršálových ostrovů uvedla, že měla sex před svatbou (UNFPA, 2015).

⁶⁰ Podle UN Populatin Fund jsou Filipíny jedinou asijskou zemí, kde porodnost dívek pod 18 let za poslední dvě dekády vzrostla (NDTV, 2016).

V Asii a Pacifiku žije v současné době 4,8 milionů osob s virem HIV, přičemž většina z nakažených žije v těchto 12 zemích: Čína, Kambodža, Indie, Indonésie, Malajsie, Myanmar, Nepál, Pákistán, Papua a Nová Guinea, Filipíny, Thajsko a Vietnam. Virus HIV je vysoce rozšířen především mezi muži, kteří mají sex s muži. Řada nakažených se vyskytuje také mezi injekčními uživateli drog (AVERT, 2016). Za rok 2013 přibylo v Asii 330 tisíc nových případů HIV a na komplikace spojené s onemocněním AIDS zemřelo 250 tisíc osob.

V roce 2014 žilo v Asii a Pacifiku 220 tisíc adolescentů ve věku 10 – 19 let nakažených virem HIV. Rovných 98 % všech nakažených z asijsko – pacifického regionu se nachází v Thajsku, Myanmaru, Vietnamu, Číně, Kambodži, Filipínách, Papui a Nové Guinei a Pákistánu. Vysoké procento adolescentů nakažených virem HIV mají Filipíny a Papua a Nová Guinea, kde tvoří nakažení adolescenti 10 % všech nakažených (UNICEF, 2015). V Číně má 1/3 dětí nakažených virem HIV zkušenosti s diskriminací ve škole a 9 % dětí nakažených virem HIV přestalo v posledních 12 měsících raději chodit do školy (UNICEF EAPRO, 2015).

Dle organizace UNESCO má jen 9 zemí z 28 zemí asijsko-pacifického regionu vzdělávací plán, zaměřený na prevenci HIV a sexuálně-reprodukčního zdraví. Sektor školství je zahrnutý v 84% případech jako hlavní partner HIV/AIDS strategií, avšak mnohem méně je propojen s oblastí sexuálně reprodukčního zdraví. Řada zemí asijsko-pacifického regionu zařazuje do svých osnov sexuální výchovu, avšak zaměřuje se zejména na sekundární stupeň vzdělávání. Pouhých 43 % zemí má vzdělávání v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví zakotveno na primárním stupni. Z 20 asijsko-pacifických zemí, které mají zákonné předpisy zaměřené na HIV, jen 13⁶¹ z těchto zemí odkazuje na specifické zdroje v oblasti vzdělání. Přestože většina z 28 států má politiku zaměřenou na monitorování populace a reprodukčního zdraví, jen 16 států zahrnuje do této politiky zmínky o sexuální výchově. Z těchto zemí má jen 6 zemí zakotvenou sexuální výchovu již na primárním stupni vzdělávání. Formální vzdělávání týkající se HIV je častěji zahrnuto do vzdělávacího sektoru, než do příslušných vnitrostátních dokumentů. Vnitrostátní dokumenty se více zaměřují na neformální vzdělávání v oblasti HIV. Mezi jednotlivými zeměmi asijsko-pacifického regionu existují značné rozdíly ve vzdělávání v oblasti sexuální výchovy. Sexuální výchova se liší např. zařazením na určitý stupeň vzdělávání, rozsahem, který je prezentován v podobě nepovinných, mimoškolních hodin až po vysoce ucelenou sexuální výchovu (UNESCO, 2012).

⁶¹ Bangladéš, Kambodža, Čína, Indie, Lao, Nepál, Pákistán, PNG, Filipíny, Samoa, Solomonovy ostrovy, Srí Lanka a Vietnam.

5.1.3 Důvody k výuce sexuální výchovy v Austrálii

Dle výzkumu Mitchell, Patrick, Heywood, eds. (2014) více než polovina australských adolescentů obdržela textovou zprávu se sexuálním obsahem a více než ¼ adolescentů poslala někomu jiného svou erotickou fotografii. Ze sexuálně aktivních studentů dostalo sexuálně explicitní zprávu 84 % z nich a obdobnou zprávu poslalo 72 %. Erotické fotografie nebo video poslala více než polovina sexuálně aktivních studentů a obdrželo jej více než 70 % z nich.

Dle zjištění výše zmíněných vědců, byla rovněž polovina adolescentů nespokojena s výukou sexuální výchovy na školách, proto se adolescentky v otázce sexuálně-reprodukčního zdraví nejčastěji obrací na matky či své ženské kamarádky. Ze zjištění také vyplynulo, že kondom je u adolescentů nejčastěji využívaným prostředkem ochrany. Téměř třetina sexuálně aktivních adolescentů měla v posledním roce 3 a více sexuálních partnerů (Mitchell, Patrick, Heywood, eds., 2014).

V roce 2012 stoupl v Austrálii počet nových případů HIV o 10 %, přičemž v roce 2013 přibylo přes 1200 nových případů HIV a v roce 2014 bylo diagnostikováno 1 100 nových případů HIV infekce. V roce 2014 žilo v Austrálii přes 27 tisíc osob infikovaných virem HIV, avšak od roku 2002 do roku 2011 bylo infikováno „pouhých“ 982 adolescentů ve věku 10 – 24 let (O’Keefe, Forbes, 2013). V Austrálii tvoří většinu nově nakažených muži, kteří mají sex s muži. Tato skupina tvoří 70 % všech nově diagnostikovaných případů, pouhých 19 % případů tvoří přenos prostřednictvím heterosexuálního styku (The Kirby Institute, 2014).

Podobně jako například v Evropě i v Austrálii stoupl od roku 2003 do roku 2012 počet nakažených chlamýdiemi, neboť se tento počet zdvojnásobil. Z dat rovněž vyplývá, že 80 % všech nakažených osob je ve věku 15 – 29 let (Facet the Fact Briefing, 2014). Chlamýdie byly častěji diagnostikovány u žen než u mužů.

V Austrálii je za oblast vzdělávání zodpovědné „*Department of Education and Training*“, které vydalo Australské kurikulum („*Australian Curriculum*“). Toto kurikulum svým pojetím připomíná náš Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Kurikulum má celkem 8 vzdělávacích oblastí, které zahrnují anglický jazyk, matematiku, vědy, vzdělávání v oblasti fyzického zdraví, humanitní a společenské vědy, umění, technologie a jazyky.

Sexuální výchova není samostatnou vzdělávací oblastí, ale nejčastěji je integrována do vzdělávací oblasti fyzického zdraví („*Health and Physical Education*“)⁶². Jednotlivé oblasti Austrálie mají za úkol integrovat jednotlivé vzdělávací oblasti do svých vzdělávacích programů.

5.1.4 Důvody k výuce sexuální výchovy v Latinské Americe

V souvislosti se sexuálním chováním v Latinské Americe zjistila organizace UNFPA, že se chce 62 % žen ve věku 15 – 22 let vyhnout těhotenství, avšak 22 % z nich nepoužívá při sexu žádnou antikoncepci (UNFPA, 2014).

Velkým problémem v Latinské Americe a Karibiku je těhotenství dívek mladších 18 let. Koncem 90. let se čekalo snížení podílu adolescentních matek, avšak k tomuto jevu nedošlo. Ke snížení četnosti adolescentních těhotenství u dívek ve věku 15 – 19 let došlo pouze v Belize, Guatemala, Nicaragua a Paraguai (UNICEF Regional Office for Latin America and Caribbean, 2007).

Mezi lety 1995 – 2011 žilo v Latinské Americe a Karibiku 18 % dívek, které porodily dítě před 18. rokem věku a 2 % dívek, které porodily dítě před 15. rokem věku (Loaiza, Liang, 2013). Z důvodu neustálé chudoby a sexuálního násilí je nejvyšší podíl těhotných dívek v Latinské Americe Nicaragua (Plan International, 2015).

V roce 2013 žilo v Latinské Americe 1,6 milionů osob nakažených virem HIV, přičemž přibylo 94 tisíc nově infikovaných osob. Na nemoci spojené s AIDS zemřelo 47 tisíc osob. Nejvíce osob nakažených virem HIV žije v Brazílii, Mexiku, Kolumbii a Venezuele, avšak Brazílie má téměř poloviční podíl na HIV infekci. Velký podíl na přenosu HIV infekce mají podobně jako v Asii a Austrálii muži, kteří mají sex s muži (AVERT, 2016).

V roce 2008 byla na prvním zasedání ministrů zdravotnictví a školství v Mexiku přijata Ministerská deklarace „Výchova k prevenci“ („*Ministerial declaration „Educating to Prevent*“), která představovala důležité pojitko mezi ministerstvem školství a ministerstvem zdravotnictví. Na prvním zasedání ministrů se zavázala ministerstva zdravotnictví z 30 zemí a ministerstva školství z 26 zemí, že budou klást hlavní důraz na prevenci HIV/AIDS. Cílem této deklarace bylo o 75 % snížit počet škol, které byly pod správou ministerstev školství, ale neměly do učebních osnov zahrnutou ucelenou sexuální výchovu. Dalším cílem bylo

⁶² Vzdělávací oblast Health and Physical Education se zaměřuje především na oblast bezpečného užívání léků, oblast jídla a výživy, zdravotních výhod plynoucích z fyzické aktivity, oblast mentálního zdraví a pohody, oblast vztahů či oblast bezpečnosti.

o 50 % snížit počet těch mladistvých, kteří neměli dostupnou zdravotní péči v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví (UNESCO OFFICE IN SANTIAGO, 2013). Cíli deklarace bylo mimo jiné snížení nechtěných těhotenství adolescentních dívek, snížení výskytu nebezpečných potratů, zabránění školní šikaně z důvodu HIV/AIDS a z důvodu homosexuality.

Na základě regionálních iniciativ vznikla „Regionální komunita zaměřující se na sexuální výchovu“ („*Regional Community on Sexuality Education Practices*“), která byla výsledkem projektu usilujícího o harmonii v oblasti veřejné politiky zaměřené na sexuální výchovu ve školách v tématu prevence HIV/AIDS a drogové závislosti. V současné době „Regionální komunita zaměřující se na sexuální výchovu“ („*Regional Community on Sexuality Education Practices*“) zahrnuje představitele ministerstev zdravotnictví a školství z 12 zemí, stejně jako regionální zástupce pro rozvojovou spolupráci a systém Spojených národů („United Nations System“) (UNESCO OFFICE IN SANTIAGO, 2013).

V současné době Mesoamerická koalice pro sexuální výchovu („*Mesoamerican Coalition for Comprehensive Sex Education*“) spolupracuje s více než 50 místními organizacemi a členskými asociacemi IPPF („*IPPF Member Associations*“) v 19⁶³ zemích Latinské Ameriky a Karibiku, přičemž šíří povědomí o Ministerské deklaraci. Přestože se vznikem „Ministerské deklarace“ nastal výrazný pokrok v oblasti ucelené sexuální výchovy, stále má pouze polovina zemí zařazený do programu sexuální výchovy otázky genderových rozdílů, sexuality, ale i vědecké otázky, týkající se sexuálně přenosných chorob a HIV, prevence pohlavního zneužívání a interpersonálních vztahů (Hunt, Castagnaro, Castrejón-Monterossas, 2014).

V Guatemale se 1 z 5 dětí narodí matce ve věku 10 – 19 let. Také Guatemala od vzniku Ministerské deklarace klade důraz na osvětu v oblasti vnímání těla, zdraví a práv, proto sexuální výchovu zavedla již v 9 regionech země. V roce 2006 vydalo ministerstvo v Peru trestní zákoník („*Criminal Code*“), kdy za trestný čin označil nejen veškeré sexuální zneužívání minorit, ale také jakékoli sexuální aktivity mezi mladistvými. Vydání tohoto zákona mělo negativní dopad na zdraví a psychickou pohodu mladistvých, proto v roce 2013 byly sexuální aktivity mezi mladistvými dekriminlizovány, čímž došlo k odstranění

⁶³ Z 19 zemí Latinské Ameriky a Karibiku byl největší pokrok v oblasti sexuální výchovy zaznamenán na Kubě, Ekvádoru, Argentíně, Kostarice, Kolumbii a Uruguai (od 99 do 71 %). Střední pokrok v implementaci Ministerské deklarace byl zaznamenán v Brazílii, Mexiku, Guatemale, Nikarague, El Salvadoru, Hondurasu a Peru (od 69 % do 51 %). Nejmenší pokrok v implementaci „Ministerské deklarace“ byl zachycen v Panamě, Chile, Venezuele, Paraguay, Dominikánské republice a Bolívii (od 40% do 24%).

bariér pro ucelenou sexuální výchovu a prevenci. V roce 2012 byl v Costa Rice poprvé do vzdělávacích osnov zařazen národní sexuální program, který se zaměřuje na rozličná témata sexuální výchovy (IPPF, 2014).

5.1.5 Důvody k výuce sexuální výchovy ve Spojených státech amerických

V současné době žije ve Spojených státech amerických 42 milionů adolescentů, kteří tvoří 13 % z celkového počtu obyvatel, dívky se podílí na celkovém počtu adolescentů 49%. Celkem 18 % adolescentů mezi 10 – 19 lety žije v chudobě (Adolescent in United States).

Antikonceptci užívá ve Spojených státech amerických 70 % žen ve věku 25 – 49 let. Nejoblíbenější antikoncepční metodou je pilulka, následovaná ženskou sterilizací.

Mezi sexuálně aktivními ženami ve věku 15 – 44 let se nejméně chrání proti pohlavním nemocem a nechtěnému těhotenství právě adolescentní dívky ve věku 15 – 19 let (Office of Adolescent Health, 2016). Většina žen ve věku 15 – 44 let již někdy měla pohlavní styk bez použití antikoncepce, ale 10 % žen, které v současné době nechtějí otěhotnět, nepoužívá žádnou antikoncepci. Největší podíl mezi těmito ženami tvoří dívky mezi 15 – 19 lety (Guttmacher Institute, 2015). Kondom jako prostředek ochrany před nechtěným těhotenstvím a sexuálně přenosnými chorobami používá v současné době 59 % amerických středoškolských studentů. Používání kondomu se mezi lety 1991 – 2003 zvýšilo o 17 %, avšak od roku 2003 do roku 2013 se jeho užívání o 4% snížilo (ChildTrendsDataBank, 2014).

V roce 2011 žilo ve Spojených státech amerických 3 tisíce provdaných dívek před 18. rokem věku (Girls Not Brides, online). V roce 2014 poklesla porodnost mezi adolescentními matkami ve věku 15 – 19 let o 9 %, avšak celkově se narodilo těmto matkám téměř 250 tisíc dětí. Ačkoli došlo k poklesu počtu těhotenství adolescentním matek, stále je toto číslo vyšší než v jiných ekonomicky rozvinutých státech (Adolescent pregnancy in United States)

Ve Spojených státech amerických žije v současné době více než 1,2 milionů osob nakažených virem HIV, v roce 2013 přibýlo 43 tisíc nově infikovaných osob. Velký podíl nakažených osob tvoří obdobně jako v jiných světadílech muži, kteří mají sex s muži a osoby s odlišnou barvou pleti. (AVERT, 2016). Mladí lidé ve věku 13 – 24 let tvoří 1 z 5 nově diagnostikovaných HIV případů v roce 2014. K tomuto tvrzení se připojuje také Centrum pro

prevenci a kontrolu nemocí („Centers for Disease Control and Prevention“ - CDC⁶⁴, 2016), které zjistilo, že mladí lidé tvořili v roce 2014 rovných 22 % ze všech diagnostikovaných osob.

Dle Národního odboru pro státní legislativu („National Conference of State Legislatures“) musí ve Spojených státech amerických do veřejného vzdělání všechny státy nějakým způsobem začlenit sexuální výchovu. Distrikt Kolumbia („District of Columbia“) a 24 států ve Spojených státech amerických vyžadují, aby sexuální výchova byla povinnou součástí osnov a 33 států a distrikt Kolumbia vyžadují, aby žáci v rámci vzdělávání obdrželi informaci týkající se HIV/AIDS. Rodiče chce do sexuální výchovy zapojit 38 států a distrikt Kolumbia, 4 státy vyžadují souhlas rodičů před tím, než dítěti podají patřičné informace (NCLS⁶⁵, 2016). Podle Guttermacher Institute 18 států a distrikt Kolumbia také vyžadují, aby byly žákům předávány informace o antikoncepci, 19 států vyžaduje, aby škola žáky učila, že sexuální aktivity mají žáci provozovat pouze v souvislosti s manželstvím, 13 států požaduje, aby žáci diskutovali o sexuální orientaci a 13 států požaduje, aby byli žáci seznámeni s negativními dopady adolescentního sexu a rodičovství (Guttermacher Institute, 2016).

5.1.6 Důvody k výuce sexuální výchovy v Evropě

Dle WHO Europe region v roce 2015 byla ve 13 zemích Evropy prevalence antikoncepce okolo 70 % podobně jako ve Spojených státech amerických a Kanadě. Tři země Evropy mají prevalenci antikoncepce pod 50 %: Bosna a Hercegovina, Montenegro a Makedonie.

Co se týče rané sňatečnosti 11 % dívek ve východní Evropě a střední Asii vstoupí do manželství před 18. rokem věku (Girls not Brides). Mezi lety 2000 – 2009 bylo 19 % dívek ve věku 20 – 24 let zasnoubeno či vdáno před 18. rokem věku. Nejvyšší míra adolescentních sňatků byla v Moldávii, Gruzii, Turecku a Tádžikistánu (WHO, UNFPA, 2016).

V Evropě byla sexuální výchova začleněna do vzdělávacího systému před více než stoletím, přičemž první zemí, která do svých osnov implantovala sexuální výchovu, bylo v roce 1955 Švédsko, následované několika dalšími zeměmi (např. Německo, Rakousko, Nizozemí a Švýcarsko) mezi lety 1970 – 1980.

⁶⁴ CDC – Centers for Disease Control and Prevention

⁶⁵ NCSL - National Conference of State Legislatures

Rozmach sexuální výchovy pokračoval koncem 20. století a počátkem 21. století nejprve ve Francii a Spojeném království, následovaném Portugalskem, Španělskem, Estonskem, Ukrajinou a Arménií. V Irsku se sexuální výchova stala povinnou součástí vzdělávání v roce 2003⁶⁶. Sexuální výchova má být zaměřena na tělesné a duševní zdraví, informace z oblasti sexuálně-reprodukčního zdraví, ale v žádném případě nemá mladistvé podněcovat k pohlavnímu styku. V 60. a 70. letech 20. století se sexuální výchova zaměřovala zejména na nechtěné těhotenství, v 80. letech na prevenci HIV, v 90. letech na pohlavní zneužívání a ve 20. letech na internetovou šikanu a šikanu z důvodu homosexuality.

V zemích s dlouhou tradicí sexuální výchovy došlo ke snížení počtu těhotenství a potratů u adolescentních dívek a snížení počtu infikovaných adolescentů s HIV (UNFPA, WHO, BZgA, 2016).

Sexuální výchova přispívá u adolescentů k toleranci odlišností, znalostem o užívání antikoncepce, kritickému myšlení a lepším vztahům mezi rodiči a dětmi. Sexuální výchovu do svého vzdělávacího programu v 70. a 80. letech začlenila většina zemí západní Evropy počínaje Německem a Rakouskem, následovalo Nizozemí a Švýcarsko. Na přelomu 20. a 21. století sexuální výchovu do vzdělávacích osnov začlenila Francie, Spojené království Velké Británie a Severního Irska a další západoevropské země. Později včlenilo do vzdělávacího programu sexuální výchovu Portugalsko a Španělsko a v roce 2003 Irsko. V současnosti nemá zavedenou sexuální výchovu jen pár zemí jižní Evropy. Co se týče zemí střední a východní Evropy, začala být sexuální výchova do vzdělávacích osnov začleňována teprve po pádu komunismu. Před tímto obdobím neexistovala sexuální výchova jako taková, ale žáci byli připravováni na manželství a rodičovství. Z důvodu komunismu tedy začala sexuální výchova v zemích střední a východní Evropy zhruba o 20 – 30 let později než na západě (BZgA, 2010).

Jak bylo v úvodu zmíněno, můžeme programy zaměřené na sexuální výchovu rozčlenit do 3 kategorií: 1. Programy, které prosazují sexuální abstinenci („*how to say no*“ nebo „*abstinence only*“), 2. Programy, které poukazují na abstinenci jako na jednu z možností („*comprehensive sexuality education*“) a 3. Programy, které nabízejí holistický přístup k sexuální výchově („*holistic sexuality education*“). Zatímco první 2 typy programů zaměřených na sexuální vzdělávání můžeme najít především ve Spojených státech amerických, v západní Evropě převažuje holistický přístup k sexuální výchově, kde je

⁶⁶ V současné době nemá sexuální výchovu integrovanou do osnov pouze několik států evropské unie.

pozornost zaměřená především na osobnostní růst, nikoli pouze na prevenci a řešení potíží. (BZgA⁶⁷, 2010).

Dle Evropského parlamentu (European parliament, 2013) mají všechny země Evropské unie právně upravenou sexuální výchovu, avšak rozdíly mezi zeměmi jsou obrovské. Obecně nejkvalitnější vzdělání v oblasti sexuální výchovy mají skandinávské země a Benelux. Například skandinávské země či Francie zvou do školy prostitutky, drogově závislé, osoby nakažené HIV či homosexuální osoby, aby se zapojili do výuky sexuální výchovy, zatímco v silně nábožensky založeném Polsku je sexualita tabu jak doma, tak ve škole (Beaumont, Maquire, 2013).

5.3 Sexuální výchova v České republice

V předchozích podkapitolách se autorka zaměřila na výuku sexuální výchovy na jednotlivých kontinentech, přičemž u každého kontinentu uvedla důvody pro výuku sexuální výchovy. Vzhledem ke skutečnosti, že autorka na řadu důvodů k výuce sexuální výchovy ve spojitosti s adolescenty v České republice poukázala v kapitole věnující se adolescenci, zaměří se v této kapitole na historii sexuální výchovy v České republice, obecné vymezení sexuální výchovy a postoje k výuce sexuální výchovy. Nakonec se autorka zaměřuje na Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, přičemž jej srovnává rovněž se vzdělávacím programem Základní škola, Národní škola a Obecná škola.

Dle zjištění Evropského parlamentu („*European Parliament*“) došlo v České republice v roce 1972 k zavedení sexuální výchovy vydáním Průvodce plánovaným rodičovstvím na základní devítileté škole („*Guidelines for Parenthood Education at Elementary Nine-years School*“). Sexuální výchova byla vyučována v rámci předmětu Výchova k manželství a rodičovství („*Education for Marital Life and Parenthood*“). Od konce 90. let se proti sexuální výchově často staví katolická církev. Výuka sexuální výchovy si klade za cíl poskytovat žákům informace o důležitých tématech, jako jsou užívání antikoncepce, prevence pohlavních chorob, včetně HIV/AIDS. Žáci rovněž získávají informace o sexuálních zločinech, toleranci k homosexuálům či partnerských vztazích (Beaumont, Maquire, 2013).

⁶⁷ BzGA – Federal Centre for Health Education

Historie sexuální výchovy v České republice

Již v 18. století můžeme nalézt úvahy řady osobností o vztahu mezi mužem a ženou, prostituci či pohlavním styku. Velká pozornost byla věnována osvětě v oblasti kapavky a syfilidy (Janiš, 2006), avšak dle Titzla (2010) měla být v 19. století výuka chlapců a dívek od 12. roku věku oddělena, neboť v dívkách měla být pěstována stydlivost. V 19. století byly mládeži předkládány také rizika související s onanií jako nežádoucí sexuální aktivitou. Teprve od 12. roku věku se v 19. století mělo dítě učit, jak přišlo na svět, avšak vše muselo být v souladu s pravidly církve.

Koncem 20. let 20. století, byl vydán „Soustavný plán převýchovy všech vrstev národa“, v rámci kterého vyšlo několik publikací pro odborníky i laickou veřejnost. Rovněž nesprávné je tvrzení, že v tomto období nebyla realizována sexuální výchova. Dle Janiše (2006) byly v období první republiky cíl, obsah a funkce sexuální výchovy ztotožňovány s pohlavní výchovou, přičemž hlavním cílem bylo redukovat pohlavní pud. Hlavní roli v oblasti pohlavní výchovy měla hrát rodina, avšak škola ji měla doplňovat. Pohlavní výchova chápe sexuální výchovu pouze jednostranně, přičemž je orientována výhradně biologicky a medicínsky. Na vyšší úrovni než pohlavní výchova byla výchova k partnerství, avšak ta není v literatuře příliš rozpracována. Přestože může být výchova k partnerství chápána jako mezistupeň mezi pohlavní výchovou a výchovou k manželství, chybí vymezení jejích cílů a principů. Nad výchovou k partnerství stojí výchova k rodičovství, která stála před rokem 1989 v popředí stranických a vládních zájmů a koordinovala ji Vládní populační komise. Nad výchovou k manželství stojí výchova k rodičovství, která byla realizována v rámci Specifické přípravy dívek, avšak navzdory jejímu působení vzrostl počet svobodných matek a do roku 1989 vzrostl i počet interrupcí. Až polovina sňatků před rokem 1989 byla motivována těhotenstvím snoubenky. Posledním stupněm, který stojí nad výchovou k rodičovství, je rodinná výchova, kterou můžeme chápat jako výchovu realizovanou v rámci konkrétní rodiny, ale také jako výchovu, která připravuje dospívající na určité role v rodině či jako jeden z krajních typů pojetí sexuální výchovy. Jednotlivá témata sexuální výchovy byly začleněny zejména do výchovy k rodičovství (Janiš, 2006).

V roce 2010 rozpoutalo velkou diskusi mezi rodiči, politiky, církví a propagátory sexuální výchovy vydání příručky „Sexuální výchova – vybraná témata“ a „Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách“. Proti těmto dvěma publikacím se postavil Výbor na ochranu rodičovských práv, Hnutí Pro Život, Národní centrum pro rodinu,

kněží římskokatolické církve a řada dalších institucí a jednotlivců. Na základě silných tlaků byla příručka „Sexuální výchova – vybraná témata“ stažena a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo Desatero MŠMT k sexuální výchově, ve kterém stojí: „1. Nic neměníme – sexuální výchova se bude na školách vyučovat dále jako doposud; 2. Sexuální výchova se vyučuje a bude vyučovat v celé škále předmětů (Člověk a jeho svět, Výchova ke zdraví, Rodinná výchova, Občanská výchova, Přírodopis, Biologie); 3. Rodina je prvním místem, kde se žák dozvídá o sexu. Vztah matky a otce, hierarchie, rodinné vztahy, to vše patří k sexuální výchově; 4. Učitel je po rodině další osobou, která má žáka o vztazích a sexualitě poučit. Sex je důležitou součástí života každého z nás; 5. Distancujeme se od „sexuálního businessu“; 6. Chceme bránit zneužívání žáků a studentů soukromými firmami, které se všemi prostředky snaží získat přístup do škol; 7. Peníze, které chtějí soukromé firmy získat skrze výuku sexuální výchovy, mají lepší využití (platy učitelů, zlepšení podmínek výuky...); 8. Jsme otevřeni různým názorům na výuku sexuální výchovy. Zrušili jsme doporučení MŠMT pro příručku Sexuální výchova – vybraná témata. Necháváme však na školách, jestli ji použijí, nebo ne; 9. Učitelé jsou ti, kdo rozhodnou, ne soukromé firmy. Jestli je příručka tak skvělá, jak o ní její partneři hovoří, pak ji jistě školy k výuce použijí; 10. Ministerstvo školství v tomto pohledu nenavazuje na aktivity ministra Lišky a nepodléhá lobbingu“ (MŠMT, 2011).

Pro zavedení sexuální výchovy na základních školách je Výzkumný ústav pedagogický v Praze, který ve svém Stanovisku k Prohlášení Výboru na ochranu rodičovských práv ze dne 24. 6. 2010 uvádí: „sexuální výchova na základních školách byla vždy koncipována jako součást širšího vzdělávání směřujícího k rozvoji přirozených a zdravých vztahů mezi lidmi (v rodině, v manželství, mezi partnery), k uplatňování zdravého životního stylu, k odpovědnému chování v běžném životě i v situacích ohrožujících zdraví a k získání dovedností pro osobnostní a sociální rozvoj. Přejít od Rodinné výchovy k Výchově ke zdraví byl ovlivněn materiály Světové zdravotnické organizace (WHO), která upozorňovala na širší holistické pojetí zdraví, které zahrnuje nejen prevenci zdraví člověka, ale i zdravé vztahy, zdravé prostředí atd. Je také zřejmé, že se nikdy neusilovalo o samostatný vyučovací předmět „sexuální výchova“ (Neklapilová, 2010).

Dle Janiše, Loudové, Andršové (2013) se všechny hlavní důvody pro výuku sexuální výchovy koncipovaly již počátkem 90. let 20. století. K hlavním důvodům zavedení sexuální výchovy patřilo snížení výskytu nežádoucího těhotenství, interrupcí, omezení sexuálního zneužívání dětí a zamezení dalšího šíření pandemie HIV/AIDS. Ve velkém měřítku se do škol dostávala sexuální osvěta, která byla zaměřena na primární prevenci v oblasti HIV/AIDS.

Jak uvádí Janiš (2012) v 90. letech došlo k nárůstu zájmu o teoretické vymezení sexuální výchovy. O teoretické vymezení sexuální výchovy se pokusili např. Janiš, Tábner, Uzel či Zvěřina a došlo k vymezení principů, motivů a cílů zavedení sexuální výchovy do škol. Šilerová (2012) uvádí, že za posledních 20 let se v České republice zvýšila zodpovědnost mladých lidí v oblasti užívání antikoncepce a postupně klesá počet umělého přerušování těhotenství, avšak v kontrastu těchto událostí se zvyšuje počet sexuálního zneužívání a zvyšuje se počet nakažených virem HIV. Přestože je sexuální výchova jedním z hlavních nástrojů v oblasti prevence HIV, je třeba upozornit na přeceňování dopadu sexuální výchovy. V souvislosti se sexuální výchovou lze poukázat na určitý pokles zájmu o témata spojená s HIV/AIDS, neboť jsou žáci i učitelé zahlceni rozmanitými zdroji, které se týkají dané problematiky (Janiš, 2010). Dalším důvodem proč učit sexuální výchovu je stoupání rozvodovosti a přibývání dětí v ústavní péči. Jarkovská (2012) uvádí, odlišné přístupy k výuce sexuální výchovy u dívek a chlapců, neboť zaznamenala, že sexuální osvěta dívek je často prezentována v kontextu rizik a problémů. Přestože je prezentováno dostatečné množství informací o mužském a ženském těle, soustředí se často školy pouze na prezentaci ženství ve spojitosti s reprodukcí. Také Janiš (2010) upozorňuje, že sexuální výchova je jen zřídka pojímána holisticky, ale často je zaměřena pouze na oblast sexuálně reprodukčního zdraví, prevenci HIV a nechtěného těhotenství, a také dodává, že chlapce nemusí v oblasti sexuální výchovy zajímat stejná témata jako dívky. Štěrbová (2010) ve vztahu k osobám se zdravotním postižením poukazuje na skutečnost, že jsou tyto osoby málo poučeny o sexualitě, proto jejich chování může působit nevhodně. Z tohoto důvodu je třeba osoby s handicapem poučit o vhodném sexuálním chování, neboť se může vlivem neznalosti dopouštět v souvislosti se sexuálním chováním až trestného činu a zabránit odepírání sexuální osvěty ze strany rodiny, učitelů či zařízení sociální péče. Janiš (2012) vyzdvihuje význam školy v souvislosti se sexuální výchovou, neboť je dle něj škola jediné místo, kde je možnost předávat žákům informace z oblasti sexuálně – reprodukčního zdraví pohromadě, neboť žáci v posledních ročnících základní školy se již ve velké míře zajímají o sexualitu a otázky s ní spojené. Škola často hraje stěžejní roli v otázkách sexuálně – reprodukčního zdraví také z důvodu neúplných, dysfunkčních rodin, absence znalostí rodičů z oblasti sexuální výchovy, nedostatku objektivních informací či strachu rodičů. Dle zjištění projektu SAFE II hraje rodina dle mladých lidí klíčovou roli v oblasti sexuální výchovy a to i přes to, že mladí lidé nemají často s otázkou sexuální výchovy v rodině pozitivní zkušenosti. Štěrbová (2012) podotýká, že ačkoli by měla rodina hrát klíčovou roli na poli sexuální výchovy, u osob se zdravotním postižením se do sexuální osvěty zapojuje málo či vůbec. Organizace Obhájci

mladistvých („Advocates for Youth“) poukazuje na to, že stěžejní roli na poli sexuální výchovy by měli hrát především rodiče, kteří by měli začít se sexuální osvětou již od 3 let věku dítěte. Již kolem 3 let se chlapec či dívka učí vyjadřovat svou sexualitu často nezáměrným způsobem, jako je výběr oblečení a hraček a začíná si uvědomovat rozdíly mezi chlapci a děvčaty. Ze strany rodičů je především důležité, aby dítěti odpověděli nejen přiměřeně k věku, ale také pravdivě a otevřeně. S nástupem do školy by již dítě mělo vědět, jak přišlo na svět, jak se jmenují a fungují jednotlivé části těla a znát rozdíly mezi chlapci a děvčaty (Advocates for youth, online). Shtakshall, Santelli, Hirsch (2007) rovněž vidí rodinu jako stěžejního činitele sexuální výchovy. Prostřednictvím rodiny by dítěti měly být vštěpovány sociální, kulturní a náboženské hodnoty a rodiče by měli dětem poskytovat odpovědi v oblasti sexuality. Malé děti se nezajímají o mechanismus pohlavního styku nebo sexuálně přenosné choroby, ale zajímají se o to, jak přišly na svět, učí se pojmenovávat své tělesné pocity. Velmi důležitá je otevřená komunikace rodičů s dětmi především v období adolescence, neboť pokud mají rodiče a děti otevřený vztah, častěji se jim svěří s jinými problémy, jako jsou šikana, deprese, užívání alkoholu či drog (Kaufman, 2011). S otázkami sexuální výchovy mají rodiče často potíže, neboť se stydí mluvit s dětmi o sexu. Rodičům dělá problémy vysvětlování tělesných funkcí, objasňování otázek sexuálně-reprodukčního zdraví, avšak pro dítě je sexualita přirozená, neboť se učí již od narození, jak se cítí, jaké má tělesné pocity, jaké slova používají členové rodiny v souvislosti s částmi těla, osvojuje si mužskou a ženskou roli a sledují vztahy kolem sebe (Teaching sexual health, online). Otázka zavedení výuky sexuální výchovy od určitého ročníku je velice diskutabilní, avšak dle výzkumu tohoto autora z roku 1996 se řada rodičů domnívá, že sexuální výchova by měla být do školních osnov zahrnuta již od 1. třídy. Podobné výsledky uvádí Kadlčíková (2012), podle které učitelé považují za nejlepší období pro zavedení sexuální výchovy do školy 4. – 5. ročník. Dle učitelů by žáci měli získat především informace z oblasti lidského těla a péče o zdraví, informace o přátelství a lásce, vývoji dítěte, početí a sexualitě. Hřivnová (2012) zjistila, že většina škol vyučuje na 2. stupni Výchovu ke zdraví, přičemž témata výchovy ke zdraví jsou vyvážená. Téměř všichni učitelé jsou přesvědčeni, že by na základních školách měla být vyučována sexuální výchova a učitelé zároveň nemají žádné požadavky na eliminaci sexuální výchovy ze strany rodičů. Podle Cabrnchové (2010) získali mladí lidé do 24 let nejvíce informací z oblasti sexuálně-reprodukčního zdraví z internetu, od kamarádů a z odborných článků. Rodina hrála v souvislosti se sexuální výchovou větší roli než škola.

Dle Šilerové (2012) jsou rodiče v otázkách sexuální výchovy často velmi pasivní a školy realizují sexuální výchovu s různou mírou kvality. Objevily se i snahy o její zrušení. Výzkum v rámci projektu SAFE II ukázal, že mladí lidé se o otázky spojené se sexuální výchovou zajímají a hlavními zdroji informací z oblasti sexuální výchovy je škola a rodina, následovaná internetem, odborníky a vrstevníky. V současné době je pro účely sexuální výchovy vydávána řada materiálů, zaměřených na určité téma (antikoncepce, prevence HIV/AIDS) zejména v cizím jazyce, avšak chybí kvalitní didaktické materiály pro učitele a rodiče, neboť dostupné cizojazyčné publikace nejsou implementovány na české prostředí (Janiš, 2012). Podle Neklapilové (2010) vyučuje témata sexuální výchovy většinou učitel biologie či obdobné aprobace, nejčastěji jsou žákům předávány poznatky z oblasti sexuální výchovy prostřednictvím společných diskuzí mezi učitelem a žákem či výkladem učitele s důrazem na přírodovědné, sociální a osobnostně – zkušenostní hledisko.

Štěrbová (2007) poukazuje na nedostatečné vzdělání učitelů v oblasti sexuální výchovy osob se zdravotním postižením nejen v rámci pregraduálního vzdělávání, ale i dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Zároveň upozorňuje, že chybí výzkumy zaměřené na sexualitu žáků s postižením, které by byly realizovány na školách pro tyto žáky, neboť upozorňuje, že na školách pro žáky s postižením se mohou vyskytovat určitá specifika, se kterými je třeba při realizaci sexuální výchovy počítat. V roce 1998 realizovali Getch, Young a Denny dotazníkové šetření na 92 školách, které vzdělávaly žáky se sluchovým postižením. Výzkumníci zjistili, že učitelé se potýkají s nedostatkem materiálů pro žáky a studenty se sluchovým postižením či kombinovanými vadami. Hlavní důraz v oblasti sexuální výchovy byl kladen především na informace z oblasti HIV/AIDS a většina materiálů byla předkládána v tištěné podobě.

V současné době je v České republice vzdělávání všech žáků realizováno na státní úrovni dle příslušných Rámcových vzdělávacích programů. *„Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen "ministerstvo") zpracovává Národní program vzdělávání, projednává jej s vybranými odborníky z vědy a praxe, s příslušnými ústředními odborovými orgány, příslušnými organizacemi zaměstnavatelů s celostátní působností a s kraji a předkládá jej vládě k projednání. Vláda předkládá Národní program vzdělávání Poslanecké sněmovně a Senátu Parlamentu ke schválení. Národní program vzdělávání rozpracovává cíle vzdělávání stanovené tímto zákonem a vymezuje hlavní oblasti vzdělávání, obsahy vzdělávání a prostředky, které jsou nezbytné k dosahování těchto cílů. Národní program vzdělávání ministerstvo zveřejňuje vždy způsobem umožňujícím dálkový přístup. Pro každý obor vzdělání*

v základním a středním vzdělávání a pro předškolní, základní umělecké a jazykové vzdělávání se vydávají rámcové vzdělávací programy (§3, odst. 1, 2, 3, Školský zákon ve znění zákona 82/2015 Sb.) Rámcové vzdělávací programy vymezují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání; jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů, hodnocení výsledků vzdělávání dětí a žáků, tvorbu a posuzování učebnic a učebních textů a dále závazným základem pro stanovení výše finančních prostředků přidělovaných podle § 160 až 162. Vzdělávání v jednotlivé škole a školském zařízení se uskutečňuje podle školních vzdělávacích programů. Rámcové vzdělávací programy stanoví zejména konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, a to všeobecného a odborného podle zaměření daného oboru vzdělání, jeho organizační uspořádání, profesní profil, podmínky průběhu a ukončování vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů, jakož i podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a nezbytné materiální, personální a organizační podmínky a podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví. Podmínky ochrany zdraví pro uskutečňování vzdělávání stanoví ministerstvo v dohodě s Ministerstvem zdravotnictví (§4, odst. 1, Školský zákon ve znění zákona č. 82/2015 Sb.). Dle Zprávy o vývoji českého školství začala od roku 2005 probíhat kurikulární či školská reforma. Hlavním cílem školské reformy jsou takzvané klíčové kompetence, které rozvíjí dovednosti, vědomosti či osobnostní vlastnosti, které jsou široce uplatnitelné. Nově zavádějící se rámcové vzdělávací programy nastavily nový model vzdělávání a nahradily klasické vyučovací osnovy, které vycházely z určitého průměru podmínek, průměru úrovně žáků a z tradičního nastavení vyučovacích předmětů, přičemž tyto osnovy byly na všech školách stejné. Rámcové vzdělávací programy oproti tomu dávají školám větší volnost, školy již nekladou hlavní důraz na učivo, ale očekávané výstupy. Školy si požadavky zakotvené v RVP upravují na míru dle úrovně žáků, dle podmínek školy či zkušenostem učitelů (MSMT, online).

Dle Rámcového vzdělávacího programu existují kurikulární dokumenty na 2 úrovních: státní a školní úroveň. Státní úroveň zahrnuje Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy⁶⁸, na školní úrovni jsou to školní vzdělávací programy.

⁶⁸ V současné době existuje Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální, Rámcový vzdělávací program pro gymnázia, Rámcový vzdělávací program pro gymnázia se sportovní přípravou, Rámcový vzdělávací program pro dvojjazyčná gymnázia, Rámcové vzdělávací programy pro střední odborné vzdělávání, Rámcový vzdělávací program pro střední umělecké vzdělávání, Rámcový vzdělávací program pro jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání v kontextu sexuální výchovy

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání navazuje svým pojetím na výchovu v rodině a na předškolní vzdělávání, přičemž má přispívat k utváření a rozvoji klíčových kompetencí⁶⁹ a poskytnout a rozvíjet spolehlivý základ všeobecného vzdělávání. Vzdělávací obsah základního vzdělávání je zakotven do 9 vzdělávacích oblastí, které jsou tvořeny dvěma či více obsahově příbuznými vzdělávacími obory. Konkrétně se jedná o těchto 9 vzdělávacích oblastí: **JAZYK A JAZYKOVÁ KOMUNIKACE** (český jazyk, první cizí jazyk, další cizí jazyk), **MATEMATIKA A JEJÍ APLIKACE** (matematika a její aplikace), **INFORMAČNÍ A KOMUNIKAČNÍ TECHNOLOGIE** (informační a komunikační technologie), **ČLOVĚK A JEHO SVĚT** (člověk a jeho svět), **ČLOVĚK A SPOLEČNOST** (dějepis, výchova k občanství), **ČLOVĚK A PŘÍRODA** (fyzika, chemie, přírodopis, zeměpis), **UMĚNÍ A KULTURA** (hudební výchova, výtvarná výchova), **ČLOVĚK A ZDRAVÍ** (výchova ke zdraví, tělesná výchova), **ČLOVĚK A SVĚT PRÁCE** (člověk a svět práce). Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny charakteristikou vzdělávací oblasti, cílovým zaměřením vzdělávací oblasti a vzdělávacím obsahem⁷⁰ vzdělávacích oborů.

Na 1. stupni je vzdělávací obsah členěn na 1. období (1. – 3. ročník) a 2. období (4. – 5. ročník). Na konci 3. ročníku mají očekávané výstupy na 1. stupni nezávaznou úroveň, avšak na konci 5. ročníku je již jejich charakteristika závazná. Kromě vzdělávacích oblastí obsahuje Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání tzv. průřezová témata. Každé průřezové téma obsahuje tzv. charakteristiku průřezového tématu a přínos průřezového tématu. Obsah průřezového tématu je pak rozčleněn do tematických okruhů, které obsahují nabídku témat. Průřezová témata jsou povinnou součástí vzdělávání a škola musí na 1. a 2. stupni zařadit všechna průřezová témata, avšak průřezová témata nemusí být zastoupeny v každém ročníku. Škola rovněž musí žákům v průběhu vzdělávání nabídnout všechny tematické okruhy, které jsou obsaženy v průřezových tématech. Žák základní školy musí být ve škole seznámen s těmito průřezovými tématy: osobnostní a sociální výchova; výchova demokratického občana; výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech; multikulturní výchova; environmentální výchova a mediální výchova. Pokud

⁶⁹ Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání utváří a rozvíjí tyto klíčové kompetence: kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální, kompetence občanské a kompetence pracovní.

⁷⁰ Vzdělávací obsah vzdělávacích oborů je tvořen očekávanými výstupy a učivem.

jsou ve škole vzdělávání žáci se speciálními vzdělávacími potřebami⁷¹, upravuje jejich vzdělávání § 16, ods. 1, 2, 3 Školského zákona, který stanovuje: „*Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění a užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Děti, žáci a studenti mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření z výčtu uvedeného v § 16 školského zákona. Podpůrná opatření⁷² realizuje škola a školské zařízení.*“ Při vzdělávání žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními je třeba mít na paměti, že se žáci ve svých individuálních vzdělávacích potřebách a možnostech liší. Pro žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními prvního stupně je ŠVP podkladem pro vypracování PLPP (Plánu pedagogické podpory) a pro žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními druhého až pátého stupně je ŠVP podkladem pro vypracování IVP. Na úrovni IVP je možné upravit očekávané výstupy, případně upravit vzdělávací obsah tak, aby byl spojnicí mezi vzdělávacími požadavky a skutečnými možnostmi konkrétního žáka. Škola ve ŠVP stanoví například specifikaci provádění podpůrných opatření a úprav vzdělávacího procesu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, jakými jsou dělení a spojování hodin, prodloužení základního vzdělávání žáků na 10 let, odlišná délka vyučovacích hodin a zařazení předmětů speciálněpedagogické péče⁷³. Mezi předměty speciálněpedagogické péče dle vyhlášky č. 27/2016 patří tyto předměty: „*řečová výchova, rozvoj grafomotorických schopností, rozvoj vizuálněpercepčních dovedností, zdravotní tělesná výchova, nácvik sociální komunikace, zraková stimulace, bazální stimulace u žáků s mentálním postižením, práce s optickými pomůckami, logopedická péče, rozvíjení sluchového vnímání, odezírání, rozumění mluvené řeči a její produkci, český znakový jazyk, prostředky alternativní a augmentativní komunikace, prostorová orientace, Braillovo písmo atd.*“

Jak bylo v předchozích odstavcích zmíněno, Rámcový vzdělávací plán pro základní vzdělávání obsahuje celkem 9 vzdělávacích oblastí, které jsou tvořeny učivem a očekávanými

⁷¹ Novela školského zákona s účinností od 1. 9. 2016 ustupuje ke kategorizaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na žáky se zdravotním postižením, žáky se zdravotním znevýhodněním a žáky se sociálním znevýhodněním.

⁷² Podpůrná opatření se podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti člení do pěti stupňů. Podpůrná opatření prvního stupně uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení školského poradenského zařízení na základě plánu pedagogické podpory (PLPP). Podpůrná opatření druhého až pátého stupně lze uplatnit pouze s doporučením ŠPZ. Začlenění podpůrných opatření do jednotlivých stupňů stanoví Příloha č. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.

⁷³ Školy a třídy, kterou jsou zřízeny dle § 16 odst. 9 školského zákona a škol profilujících se jako školy vzdělávající žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními jsou v ŠVP vždy uváděny předměty speciálně pedagogické péče, ostatní školy tak činí v případě poskytování tohoto podpůrného opatření konkrétnímu žákovi.

výstupy. Vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním či více příbuznými vzdělávacími obory. Rámcový vzdělávací program obsahuje instrukce k tzv. rámcovému učebnímu plánu. Rámcový učební plán je tvořen vzdělávacími oblastmi, které obsahují příslušné vzdělávací obory. Ke každému vzdělávacímu oboru je přiřazena pro 1. a 2. stupeň minimální časová dotace⁷⁴. Při konstrukci rámcového učebnímu plánu musí být dodržena tato pravidla: 1. musí být dodržena celková povinná časová dotace na daném stupni vzdělávání (na 1. stupni – 118 hodin; na 2. stupni – 122 hodin); nesmí být překročena maximální týdenní hodinová dotace stanovená pro jednotlivé ročníky základního vzdělávání školským zákonem; současně se stanovuje minimální týdenní hodinová dotace pro jednotlivé ročníky základního vzdělávání. Kromě minimální časové dotace je v rámcovém učebním plánu stanovena také disponibilní časová dotace. Disponibilní časová dotace je pro 1. stupeň stanovena na 16 hodin a na 2. stupni v rozsahu 18 hodin. U žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními je možné využít disponibilní časovou dotaci k realizaci předmětů speciálně pedagogické péče (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013).

Vymezení vzdělávacích oborů vzdělávacích oblastí spojených se sexuální výchovou

I přes to, že dle některých autorů je možné témata sexuální výchovy realizovat v každém vzdělávacím oboru ve všech vzdělávacích oblastech na 1. i 2. stupni základního vzdělávání, většinou jsou témata spojena se sexuální výchovou zařazena na 1. stupni do vzdělávací oblasti člověk a jeho svět a na 2. stupni do vzdělávací oblasti člověk a společnost (vzdělávací obor výchova k občanství); člověk a zdraví (vzdělávací obor výchova ke zdraví) a člověk a příroda (vzdělávací obor přírodopis).

Níže si uvedeme charakteristiku jednotlivých vzdělávacích oblastí a těch vzdělávacích oborů, ve kterých je realizována sexuální výchova, rovněž si nastíníme učivo a očekávané výstupy, které se vztahují k sexuální výchově.

⁷⁴ Minimální časová dotace znamená, kolik hodin týdně musí škola věnovat dané vzdělávací oblasti (vzdělávacím oborům) na příslušném stupni základního vzdělávání. Pokud se podíváme na vzdělávací obory související s tématy sexuální výchovy, patří mezi ně především vzdělávací oblast člověk a příroda, kterou ve vztahu k sexuální výchově reprezentuje především vzdělávací obor přírodopis, přičemž je třeba zdůraznit, že v 6. – 9. ročníku připadá pro tuto vzdělávací oblast celkem 21 hodin. Do této vzdělávací oblasti patří kromě vzdělávacího oboru přírodopis také vzdělávací obor fyzika, chemie a zeměpis. Pro realizaci témat z oblasti sexuální výchovy jsou vhodné také vzdělávací oblasti Člověk a společnost a Člověk a zdraví. Vzdělávací oblast Člověk a společnost je reprezentován vzdělávacími obory dějepis a výchova k občanství, přičemž těmto vzdělávacím oborům patří v 6. – 9. ročníku minimální časová dotace 11 hodin. Vzdělávací oblast Člověk a zdraví je tvořena vzdělávacími obory Výchova ke zdraví a Tělesná výchova, kterým je přidělena minimální časová dotace v 6. – 9. ročníku 10 hodin.

Vzdělávací oblast ČLOVĚK A SPOLEČNOST

- Pomáhá u žáků vytvářet dovednosti a postoje, které jsou důležité pro aktivní využívání poznatků o společnosti nebo mezilidských vztazích v občanském životě
- Tuto oblast reprezentují vzdělávací obory dějepis a výchova k občanství
- Svým vzdělávacím obsahem navazuje na vzdělávací oblast na 1. stupni, která je zastoupena vzdělávacím oborem člověk a jeho svět

(Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013)

Vzdělávací obor výchova k občanství

- ⇒ Pomáhá žákům poznat sebe i druhé
- ⇒ Učí žáky vztahům k rodině a širšímu společenství
- ⇒ Ukazuje žákům, jak působí významné instituce
- ⇒ Napomáhá žákům s tvorbou pozitivního hodnotového systému

(Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013)

V rámci vzdělávacího oboru výchova k občanství je žák seznámen s tematickými okruhy člověk ve společnosti; člověk jako jedinec; člověk, stát a hospodářství; člověk, stát a právo; mezinárodní vztahy, globální svět.

Vzdělávací oblast ČLOVĚK A ZDRAVÍ

- Napomáhá žákům navodit stav tělesné, duševní a sociální pohody
- Pozitivně působí na zdraví žáků pomocí rozličných podnětů
- Ukazuje žákům rizikové situace a zároveň působí preventivně
- Propojuje teoretické znalosti a vytváří u žáků praktické dovednosti, které jsou schopni aplikovat do běžného život

(Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013)

Vzdělávací obor výchova ke zdraví

- Napomáhá žáků vybudovat návyky zdravého životního stylu
- Prohlubuje u žáků dovednost v interpersonálních vztazích

Z hlediska sexuální výchovy, do které bezesporu patří i vztahy mezi lidmi a vztahy žáka s jinými lidmi, by měl být žák schopen vysvětlit pojmy jako jedinec, skupina, společnost. Vysvětlit, proč je důležité respektovat pravidla a normy společnosti, rozlišit jakou hraje on sám roli v rodině, ve třídě, škole a společnosti (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013).

Výchova ke zdraví pomáhá žákům budovat takové chování, které přispívá k lepším přátelským vztahům. Na základě působení Výchovy ke zdraví bude žák schopen uvést klady a zápory jednotlivých modelů chování, např. sexuálního chování, zdravé výživy, pochopí obsah pojmu rizikové chování a bude schopen si uvědomit, jaké chování pro něj může být rizikové. Výchova ke zdraví uvede také negativní dopady rizikového chování, včetně nechtěného těhotenství, rizikového sexuálního chování či nákazy pohlavně přenosnou chorobou (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013).

Jedním z hlavních cílů Výchovy ke zdraví, je seznámit žáky s prevencí a jejím dopadem na tělesnou, duševní a sociální složku. V rámci prevence seznámí Výchova ke zdraví žáky se způsoby prevence, kterými se žák může chránit proti sexuálně přenosným chorobám, seznámí žáka s obdobím dospívání, seznámí žáka s biologickými změnami v období dospívání, charakterizuje graviditu, pomáhá žákovi pochopit proces gravidity, učí žáka, jak použít svůj rozum a vůli v oblasti sexuality, poučí žáka o způsobech sexuálního chování, které odpovídá normě, seznámí žáky s riziky předčasného pohlavního styku, popíše souvislost mezi volným vztahem a partnerským vztahem z hlediska životní perspektivy, poučí žáky o rizicích pohlavně přenosných chorob, rizicích předčasného těhotenství, rizicích nechráněného pohlavního styku (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013).

Charakteristika vzdělávací oblasti ČLOVĚK A PŘÍRODA

- Vzdělávací oblast člověk a příroda pomáhá žákovi pochopit přírodní zákonitosti
- Představuje žákům nové poznatky z oblasti přírody a učí žáky experimentovat

Vzdělávací obor přírodopis

V rámci vzdělávacího oboru Přírodopis jsou žákům prezentovány tematické oblasti: Obecná biologie a genetika, biologie rostlin, biologie hub, biologie živočichů, biologie člověka, základy ekologie a praktické poznávání přírody. Téma spojena se sexuální výchovou jsou zastoupena ve vzdělávací oblasti biologie člověka, ve které se žáci seznamují

s orgánovými soustavami, učí se vysvětlit vznik a vývoj plodu, umí objasnit péči o novorozence či se seznamují s jednotlivými etapami lidského života (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2013).

Před zavedením rámcových vzdělávacích programů probíhalo vzdělávání podle tzv. vzdělávacích programů, přičemž dle článku z učitelských novin z roku 2003 školy nejčastěji vybíraly z 3 vzdělávacích programů (Základní škola; Obecná škola a Národní škola). Školy ve většině případů vyučovaly podle vzdělávacího programu Základní škola. Daleko za vzdělávacím programem Základní škola byl vzdělávací program Obecná škola, který se nejčastěji omezoval na 1. stupeň a realizace vzdělávacího programu Národní škola se čítala na desítky (Učitelské noviny, 2003).

Vzdělávací program Základní škola obsahoval tzv. učební osnovy, které byly uspořádány dle pořadí jednotlivých předmětů. Každý předmět obsahoval charakteristiku daného předmětu, specifické vzdělávací cíle, přístupy k organizaci a obsahu výuky a učivo, které bylo uspořádáno do témat (obsahových okruhů). Stěžejní rozdíl oproti současnému Rámcovému vzdělávacímu programu pro základní vzdělávání spočívá v tom, že učební osnovy pro každý předmět obsahovaly vymezení učiva a toho, co by měl žák umět pro konkrétní ročníky, zatímco současný Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání obsahuje učivo a očekávané výstupy ke konkrétnímu vzdělávacímu oboru vždy pro první a druhý stupeň, ale učivo není rozčleněno do jednotlivých ročníků. Témata spojená se sexuální výchovou byla na 1. stupni realizována v rámci předmětu Prvouka, posléze v rámci předmětu Vlastivěda a Přírodověda. Na 2. stupni souvisela témata sexuální výchovy s předmětem Přírodopis, Rodinná výchova a Občanská výchova.

Níže si uvedeme, s jakými tematickými oblastmi se žáci v jednotlivých předmětech seznámili, přičemž si nastíníme také učivo a ročník, ve kterém žáci byli s tímto vzdělávacím obsahem seznámeni.

Vzdělávací program Základní škola				
Předmět	Téma	Učivo	Co by měl žák umět	Ročník
Prvouka	Moje rodina	Vztahy mezi příbuznými Vztahy mezi členy rodiny Život rodiny Události v rodině	Rozlišovat typy příbuzenských vztahů Charakterizovat rozdělení rolí Orientovat se v profesi rodičů	1. – 3.
	Člověk	Etapy lidského života Základní životní potřeby		
	Člověk a zdraví	Základní hygienické návyky Intimní hygiena Péče o zevnějšek	Znát zásady osobní a intimní hygieny	
	Základy rodinné a sexuální výchovy	Lidská rodina Vztahy mezi lidmi Vznik a vývoj jedince Tělesný vzhled		
Výchova ke zdraví	Zdraví, osobní hygiena, režim dne, první pomoc	Osobní intimní hygiena dívek a chlapců	Dbát o pravidelnou osobní a intimní hygienu	4. – 5.
	Základy rodinné a sexuální výchovy	Rodina Komunikace v rodině, mezi lidmi Etika dospívání Vznik života a narození dítěte Sexuální chování Pohlavně přenosné choroby Sexualita zneužívání Sexualita násilí ve sdělovacích prostředcích	Chápat význam dobrého soužití Uvědomovat se, že složení rodiny se mění Znát rozdíly ve stavbě těla u chlapců a dívek Uvědomovat si, že lidé, kteří se mají rádi, se často líbají, hladí, objímají Znát informace o HIV/AIDS Vědět, že to co vidíme v televizi, často neodpovídá skutečnosti Vědět, že pohlavní styk s dítětem mladším 15. let je trestný čin	
Přírodopis	Stavba těla a funkce jednotlivých orgánů člověka	Rozmnožovací soustava, odpovědné rodičovství, pohlavní choroby, AIDS		8. – 9.

Občanská výchova	Člověk a dospívání	Fáze lidského života, vývoj člověka Proměny člověka v období dospívání Osobní vlastnosti, dovednosti, schopnosti Charakter člověka	Charakterizovat etapy života člověka Umět rozlišit známky tělesné, duševní a sociální pohody	6. – 7.
	Člověka a citový život	Citové stavy, nálady Vyšší city, podoby citů Chování, jednání a prožívání	Popsat pozitivní city Uvést, jak mohou city ovlivňovat vývoj člověka	8. – 9.
	Člověk a rodinný život	Předpoklady pro uzavření manželství Vztahy rodičů a dětí Zodpovědné rodičovství Konfliktní vztahy Příčiny rozvodovosti Důsledky rozvodu Náhradní rodičovská péče	Vysvětlit podmínky pro uzavření manželství Pochopit význam zodpovědné volby partnera Popsat práva nezletilých dětí v rodině	
Rodinná výchova	Rodina a širší sociální prostředí	Rodina Potřeby dospívajících v rodině Změny v rodině Předčasná těhotenství Faktory ovlivňující stabilitu rodiny Potřeby rodiny vzhledem k bydlení Hygiena provozu domácnosti	Chápat, že se s příchodem dítěte změní struktura rodiny Znát důvody rozpadu nezralých manželství Uvědomovat si faktory, které přispívají ke stabilitě manželství	6. – 9.
	Rozvoj osobnosti	Osobnost člověka Typy osobnosti Situace ohrožující vývoj osobnosti	Chápat pojem osobnost Orientovat se ve zvláštích vývoje osobnosti	
	Péče o zdraví, hygiena, režim dne	Osobní hygiena, intimní hygiena chlapců a dívek	Chránit se před nakažlivými nemocemi, včetně viru HIV Orientovat se v prostředí osobní a intimní hygieny	

	Sexuální výchova	Vztahy mezi lidmi Plánování rodičovství Nekoitální aktivity Metody antikoncepce Umělé přerušení těhotenství Sexualita a zákon Nemoci přenosné pohlavním stykem Postoje k sexualitě, sexuálnímu chování	Chápat rozdíly mezi zamilovaností a láskou Uplatňovat na veřejnosti v citových projevech vhodnou míru studu Uvědomovat si rizika při volbě partnera Uvědomovat si rizika pohlavních chorob, chránit se před nimi Vědět, kam a na koho se obrátit v případě sexuálního zneužití	
Vzdělávací program Obecná škola 1 – 5				
Prvouka, Vlastivěda, Přírodověda	Jsem školák	Domov – členové rodiny, vztahy mezi nimi		1.
	Prostředí mého života	Lidé kolem nás	Blízký člověk, příbuzný, kamarád Vztahy k lidem, soucit, láska	2.
Vzdělávací program Obecná škola 6 – 9				
Přírodopis	Biologie člověka	Orgánové soustavy Rozmnožování, vývin jedince, těhotenství (stavba a funkce pohlavních orgánů, nebezpečí pohlavních chorob, AIDS, těhotenství, porod, funkce rodiny, biologické, sociální principy)		8.
Občanská výchova	Domov a rodina	Domov Rodina (rodina, láska, projevy lásky, vztahy v rodině, širší rodina, funkce rodiny) Rodina a právo (manželství, rodičovství, náhradní péče)		
	Rodina, národ, vlast	Fáze lidského života Vztahy generací		
	Člověk a dospívání	Člověk jako člen rodiny Samostatnost Hledání nového života Osvobození se od		8.

		rodičovské autority		
	Člověk jako muž a žena	Odlišnost, přitažlivost, touha Sexualita jako projev lásky Hledání partnera Manželství		
Rodinná výchova	Na cestě za zdravím	Sexuální zneužívání, etická stránka sexuality, přenos HIV, nemoc AIDS		7.
	Zdravý životní styl	Sexuální chování, vyloučení rizikového chování, antikoncepce, interrupce, nemoci přenosné stykem		8.
	Budeme rodiči	Manželství, početí, těhotenství Péče o novorozence Hygiena o novorozence Handicapované dítě Výchova dítěte		9.
		Vzdělávací program Národní škola		
Prvouka	Moje rodina	Moje rodina, příbuzenské vztahy		1.
Přírodověda	Člověk	Stavba lidského těla, zodpovědnost za zdraví		5.
Občanská a rodinná výchova	Rodina	Role členů rodiny, širší rodina, vztahy mezi členy rodiny,		6.
	Dospívání	Puberta, vztahy mezi vrstevníky, kamarádství, láska, konflikty s rodiči, osobní hygiena		
	Rodina	Zákon o rodině, výběr partnera, manželství, rodičovství, sexuální vztahy, Předpoklady úspěšného manželství, nákaza HIV, zánik manželství, rozpad rodiny		8.

	Péče o dítě	Novorozenec, kojeneček, vztah matka, otec, dítě, péče o dítě do 1 roku života, péče o batole, předškoláka, výchova dětí v rodině		9.
--	-------------	--	--	----

Tabulka 4: Vzdělávací program Základní škola a vzdělávací program Obecná škola(zdroj: NUV⁷⁵)

⁷⁵ NUV – Národní ústav pro vzdělávání

Empirická část

6 Současný stav řešení poznání

V rámci kapitoly „Současný stav řešení poznání“ jsou především představeny jednotlivé výzkumy týkající se sexuality a sexuálně – reprodukčního chování adolescentů. Výsledky zahraničních výzkumů jsou také zakotveny v teoretické části práce do jednotlivých podkapitol.

6.1 Sexualita osob se sluchovým postižením

Obecně existuje málo informací na téma sexuální výchovy osob se sluchovým postižením a většina z nich je součástí zahraničních zdrojů. Řada studií se převážně zaměřuje na sexuální znalosti neslyšících v porovnání s jejich vrstevníky. V rámci realizovaných výzkumných šetření bylo v minulosti zjištěno, že žáci se sluchovým postižením uměli statisticky méně významně pojmenovat jednotlivé části těla a měli nízké znalosti z oblasti anatomie člověka, sexuálně přenosných chorob, emocí. Sexuální výchovu učí neslyšící převážně žena ve věku 40 – 49 let. Tato žena byla většinou slyšící a měla magisterský titul. Za extrémně důležité považují učitelky sexuální výchovy, aby se žáci se sluchovým postižením dozvěděli informace o AIDS/HIV a sexuálně přenosných chorobách. Z důvodu sluchového postižení používají učitelky v rámci výchovy materiály převážně vizuálního charakteru. Vzhledem k nedostatku materiálů pro sexuální výchovu muselo až 56% učitelek materiály pro výuku modifikovat a touto činností strávilo přes dvě hodiny (Getch, Young, Denny, 1998).

Osoby se sluchovým postižením jsou rizikovou skupinou pro infekci HIV/AIDS (Mall, Swarz, 2012) nejen z důvodu nízké informovanosti o dané problematice, ale rovněž z důvodu brzkého pohlavního styku. Výzkum Iqbala, Dolana a Monteiro (2004) ukázal, že 20% mužů se sluchovým postižením bylo sexuálně aktivní již před 15. rokem života.

Se sluchovým postižením je spojena řada stereotypů, které často vedou k tomu, že jsou tyto osoby vnímány z hlediska postižení, nikoli z hlediska pohlavní role. Tato skutečnost vede často k opomíjení sexuální výchovy u této skupiny osob, a proto tyto osoby mají jen malé množství informací o dané problematice. Je rovněž třeba poukázat na to, že osoby se sluchovým postižením vyžadují používání specifických zdrojů informací více než jejich vrstevníci. Děti se sluchovým postižením, které vyrůstají v rodinách, kde se nepoužívá znakový jazyk, získávají většinu informací od vrstevníků, učitelů nebo přátel. Překážkou

například je, že návštěva gynekologické ambulance za účelem testování na pohlavní choroby, potvrzení či vyvrácení těhotenství nebo předepsání antikoncepce vyžaduje doprovod rodiče, tlumočníka či jiné osoby, která ovládá znakový jazyk. Velkým problémem při výuce sexuální výchovy neslyšících je často nízká úroveň slovní zásoby, která způsobuje problémy v přístupu k informacím. Pro neslyšící a těžce sluchově postižené je důležitá nejen správná znalost jednotlivých pojmů, ale i existence jednotlivých znaků v národním znakovém jazyce. Ideální je při výuce použít obrázky, kresby nebo video materiál. Sexuální výchova by měla zahrnovat nejen informace o různých kulturách, etnických skupinách, náboženství, ale měla by se zaměřit i na osoby se zdravotním postižením a to nejen u nich samotných, ale i ve vztahu k majoritní společnosti (Gannon, 1998).

6.2 Sexualita intaktních adolescentů v České republice – výsledky výzkumných šetření

Přestože rovných 83 % adolescentů (žáků 9. tříd a 1. ročníků středních škol) zná HIV/AIDS jako sexuálně přenosnou chorobu (Marádová, 2004), myslí si 34,5 % děvčat a 38,7 % chlapců mezi 13 – 20 lety, že nejsou osobami, kterých by se tato choroba mohla týkat (Vernarcová, 2006). Poměrně velké znepokojení vyvolává zjištění Marádové (2004), která zjistila, že při prvním pohlavním styku použilo kondom jen 51 % respondentů, avšak výzkum Střelcové, Tellingorové (2007) ukazuje, že při sexu používá ochranu 81 % mladistvých. Zajímavým zjištěním je, že 58 % chlapců a 35 % děvčat věří, že může dostat HIV/AIDS i po kousnutí hmyzem (Vernarcová, 2006). Přestože adolescenti znají chorobu HIV/AIDS poměrně dobře, ostatní pohlavní choroby (syfilis, kapavku) znají jen 4 % žáků (Marádová, 2004).

Sexuální život adolescentů by měl dle zjištění začínat mezi 15. – 17. rokem věku, přičemž partneři by před tím spolu měli chodit 3,2 měsíce (Marádová, 2006). Tomu odpovídá i zjištění Králové (online), která zjistila, že 88 % adolescentních dívek a chlapců považuje za ideální dobu pro pohlavní styk věk mezi 16 – 18 lety. Dle zjištění Marádové (2004) mělo 66 % adolescentů mezi 18 – 19 lety pohlavní styk, přičemž nejvíce z nich mělo pohlavní styk v 17 letech. Celkem 71 % adolescentů ve věku 18 – 22 let odsuzuje náhodný sex, přičemž tyto respondenti začali se sexuálním životem mezi 17. – 18. rokem věku (45 %) (Švihelová, 2003). Ideálu doby pohlavního styku mezi 16. – 18. rokem věku odpovídá výsledek Střelcové, Tellingorové (2006), které zjistily, že dívky zahajují svůj pohlavní život v 16,1 letech a chlapci v 16,7 letech.

Přestože se dnes dle různých výzkumů rozvádí každé druhé manželství, přemýšlí o něm již děti předškolního věku. Z výzkumu Raškové (2004) vyplynulo, že by se jednou chtělo vdát 75 % dětí. V budoucnu by respondenti měli rádi dvě děti (Janiš, 2001, Rašková, 2004, Švarcová, 2002). U adolescentů z 9. tříd a 1. ročníků středních škol Marádová (2006) zjistila, že manželství chce více než polovina z nich, přičemž muži chtějí sňatek ve 30 letech a ženy ve 27 letech. Mezi 27 – 28 lety chtějí manželství uzavřít i slovenští adolescenti, kterým je v současnosti 17 – 18 let (Vernacová, 2006). Dnešní adolescenti jsou tolerantní k předmanželské sexualitě (Švíhelová, 2003).

Z výzkumu Tichotové, Parmy (2013), který byl zaměřen na pedagogy, vyplývá, že by 94 % učitelů uvítalo kurz zaměřený na výuku sexuální výchovy, přičemž by rádi měli k dispozici více odborných materiálů. Sexuální výchova je dle zjištění Janoušková (2010) vyučována spíše až na 2. stupni základní školy (67 %). V mateřské škole se se sexuální výchovou setkalo jen 3,59 % respondentů.

Mladí lidé se o sexuální problematiku intenzivně zajímají, přičemž se nejvíce zaměřují na otázky týkající se anatomických rozdílů mezi pohlavím, pohlavním stykem a ochranou před sexuálně přenosnými chorobami (Šilerová, Fridrichovská, Prouzová, 2012). V České republice jsou otázky sexuální výchovy zakotveny převážně do předmětu Výchova ke zdraví. Dle zjištění Hřivnové (2012) je tento předmět vyučován na 82,76 % z 87 oslovených škol. V 37 % případů tento předmět učí neaprobovaný učitel. Téměř 100 % oslovených učitelů si uvědomuje nutnost vzdělávat žáky v tématech sexuálně – reprodukčního zdraví. Proti výuce těchto témat nejsou ani rodiče, neboť 76 % škol nezaznamenalo konflikt s rodiči v otázkách sexuálně - reprodukčního zdraví. Kadlčková (2012) doplňuje, že témata sexuality učí převážně ženy, přičemž 84% z nich si myslí, že by měla být sexuální výchova vyučována již od 4. třídy základní školy. Důležité je podle učitelů zařadit do výuky témata zaměřená na lidské tělo a zdraví, zatímco okrajovou vnímají oblast sexuality. Na I. stupni jsou určité prvky sexuální výchovy zařazeny do oblasti „prvouky“ a učitelé využívají v rámci tohoto předmětu nejčastěji obrazové pomůcky.

Výstupy z aktuálních výzkumných šetření

V roce 2013 bylo v rámci projektu IGA PdF s názvem „*Iniciační analýza podmínek inkluze se specifickými potřebami*“ autorkou této práce realizováno výzkumné šetření, kterého se zúčastnili žáci základních škol pro sluchově postižené a žáci běžných základních škol. Konkrétně se jednalo o 23 žáků se sluchovým postižením a 31 žáků slyšících 8. a 9. tříd.

Výzkumný soubor žáků se sluchovým postižením zahrnoval 11 dívek a 12 chlapců. Věk respondentů se pohyboval mezi 15 – 17 lety. Výzkumný soubor žáků bez sluchového postižení zahrnoval 16 dívek a 15 chlapců. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký mají žáci se sluchovým postižením názor na manželství, partnerství a rodičovství. Jako výzkumná metoda byl použit dotazník.

V rámci výzkumného šetření se nepotvrdila hypotéza, že žáci se sluchovým postižením preferují manželství více než žáci bez sluchového postižení. Můžeme tedy říci, že mezi preferencí manželství žáky se sluchovým postižením a žáky intaktními není statisticky významný rozdíl. Žáci se sluchovým postižením by chtěli ve 39,13 % případů vstoupit do manželství mezi 18. – 25. rokem života, 30,43 % žáků se sluchovým postižením chce vstoupit do manželství mezi 30. – 35. rokem života a stejný počet žáků se sluchovým postižením ještě o vstupu do manželství neuvažovalo. Oproti žákům se sluchovým postižením chce 64,52 % žáků vstoupit do manželství mezi 25. – 30. rokem věku.

Další otázka zjišťovala životní hodnoty žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících. Žáci měli na výběr celkem ze 7 položek, přičemž ke každé položce byla přiřazena 5 bodová škála, která vyznačovala důležitost (5 = velmi důležitá až 1 = velmi nedůležitá).

ŽÁCI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM			ŽÁCI BEZ SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ		
1.	Zdraví	4,8	1.	Zdraví	4,7
2.	Rodina	4,6	2.	Rodina	4,6
3.	Přátelé	4,3	3.	Přátelé	4,5
4. – 6.	Zájmy	4,2	4.	Zájmy	4,4
4. – 6.	Partner	4,2	5.	Partner	4,1
4. – 6.	Vzhled	4,2	6.	Vzhled	3,6
7.	Školní prospěch	3,1	7.	Školní prospěch	3,5

Tabulka 5: Životní hodnoty žáků se sluchovým postižením a žáků bez sluchového postižení (zdroj: Švecová, 2013)

Žáci se sluchovým postižením byli v rámci dotazníku dotázáni, zdali preferují partnera slyšícího, sluchově postiženého nebo zdali nemají vyhraněný názor. Rovných 47,83 % z nich odpovědělo, že by raději partnera slyšícího, 30,43 % nemá na tento dotaz vyhraněný názor a jen 13,04 % žáků preferuje partnera se sluchovým postižením. Žáci se sluchovým postižením se cítí být při hledání partnera znevýhodněni, neboť s tímto výrokem souhlasí 67,74 %. Největší překážku způsobují obtíže v komunikaci, v komunikaci prostřednictvím

znakového jazyka, sluchové postižení jako takové či nepochopení otázek ze strany slyšící společnosti. Z intaktních žáků chce mít v budoucnu dítě 96,77 %, zatímco ze strany sluchově postižených chce mít dítě 69,57 %.

V roce 2014 bylo v rámci projektu IGA s názvem „*Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*“ realizováno pilotní šetření, zaměřené na partnerské vztahy žáků se sluchovým postižením na sekundárním stupni vzdělávání. Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo pouhých 11 žáků 1. ročníku střední školy pro sluchově postižené, přestože žáci navštěvovali 6 různých studijních a učebních oborů. Vzhledem k této skutečnosti byly výsledky popsány pouze v rovině četnosti a nebyly hlouběji porovnávány. Navzdory okolnostem jsou tyto výsledky zdrojem podnětných informací a podkladů pro další práci. Pro účely výzkumného šetření byl použit dotazník, který obsahoval celkem 19 otázek. Použity byly otázky uzavřené, otevřené i Likertovy škály. Mezi žáky se nacházeli převážně žáci nedoslýchaví či žáci se zbytky sluchu, kteří komunikovali orální cestou. Odpověď na otázku, kdy je možné v České republice po právní stránce uzavřít manželství (tedy 18 let), uvedlo správně jen 7 žáků. Mezi odpověďmi se objevil i věk 15 let, 17 let, ale i 20 let. Podobně jako u slyšící populace můžeme hovořit o jakési „akceptaci“ manželství, neboť v budoucnu by se chtělo oženit či vdát 5 žáků, avšak 4 žáci na manželství nemají vyhraněný názor. Stejně jako žáci intaktní se i tito přiklánějí k tvrzení, že mít pohlavní styk před svatbou je naprosto v pořádku. S pohlavním stykem před svatbou naprosto nesouhlasí pouze dva žáci. Na výrok „v budoucnu chci mít děti“ nemá vyhraněný názor téměř polovina respondentů. Dle respondentů je ideální dobou pro početí prvního dítěte věk 25 let, poslední dítě by měla mít žena nejpozději ve 40 letech. Otázky týkající se sexuality probírají respondenti zejména s rodiči či kamarády. Zajímavé je, že tuto problematiku neřeší se svými sourozenci. Dle respondentů by měli mít mladí lidé pohlavní styk většinou v 15 letech. Převážná většina respondentů naprosto souhlasí s tvrzením, že by měli při sexu používat ochranu, přičemž všichni respondenti se shodli na použití kondomu jako metody antikoncepce. Z pohlavních chorob zná 10 žáků HIV/AIDS, 5 žáků syfilis a 4 žáci kapavku (Švecová, Langer, 2014)

Na přelomu prosince 2015 a ledna 2016 bylo realizováno mezi studenty speciálněpedagogických oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci výzkumné šetření, kterého se zúčastnilo 127 respondentů. Nejprve byli osloveni studenti prezenční formy studia prostřednictvím společných e-mailových adres, avšak vzhledem k nízké návratnosti byli následně zapojeni do výzkumného šetření i studenti kombinované formy studia. Jako výzkumná metoda byl použit dotazník, který obsahoval celkem

28 otevřených a uzavřených otázek, ale použity byly rovněž i Likertovy škály. Dotazník byl zaměřen na dvě výzkumné oblasti a to vzdělávání a socializaci osob se sluchovým postižením. Osoby se sluchovým postižením jsou limitovány v různých oblastech života. Tabulka 4 zobrazuje jednotlivé oblasti života osob se sluchovým postižením, kde jsou tyto osoby limitovány.

Oblast	n _i
Zaměstnání	106
Vztahy s vrstevníky	75
Vzdělání	53
Přístup k informacím	51
Rodičovství	21
Manželství	19
Volnočasové aktivity	13

Tabulka 6: Oblasti, kde jsou osoby se sluchovým postižením limitovány (zdroj: Švecová)

Z výsledků výzkumného šetření mimo jiné vyplynulo, že osoby se sluchovým postižením jsou limitovány při volbě partnera, neboť s tímto výrokiem souhlasí 47,24 % osob se sluchovým postižením. Studenti speciálněpedagogických oborů (47,67 %) se dále domnívají, že osoby se sluchovým postižením preferují rovněž sluchově postižené partnery, což odporuje zjištění Uhrové (2013) a Švecové (2013), které zjistily, že osoby se sluchovým postižením preferují partnery slyšící nebo nemají na tuto otázku vyhraněný názor.

7 Formulace výzkumných cílů, problémů a hypotéz

Výzkum v rámci disertační práce je realizován jako kvantitativní a kvalitativní. Na základě prostudování odborné literatury vyvstanul ze zjištěných informací jeden globální výzkumný problém: „*Jaké jsou determinanty a jejich role při utváření partnerských vztahů osob se sluchovým postižením?*“ Na základě výzkumného problému byly stanoveny z něj vyplývající cíle. Tyto cíle jsou dále operacionalizovány do několika dílčích oblastí (4 větve výzkumu), jejichž vyřešením se dostaneme zpět k řešení celého výzkumného problému. Vzhledem k tomu, že adolescenti zahrnují poměrně širokou skupinu, byly vzhledem k jazykovým a kognitivním schopnostem, ale také vzhledem k probíranému učivu na základních školách zahrnuti do výzkumného šetření žáci 8. – 9. (res. 9. – 10. tříd) základních škol pro sluchově postižené a žáci 1. – 4. ročníků středních škol pro žáky se sluchovým postižením⁷⁶.

4 větve výzkumu

- Adolescenti (8. třída základních škol – 4. ročník středních škol, žáci a studenti se sluchovým postižením i žáci a studenti intaktní)
- Učitelé na druhém stupni základních škol pro žáky se sluchovým postižením
- Dospělé osoby se sluchovým postižením
- Dospělé osoby bez sluchového postižení

Při formulaci výzkumných cílů, problémů a hypotéz se autorka snažila postupovat obzvláště citlivě a respektovat jednotlivá vývojová období, kulturní, mravní a morální normy. **Přestože je oblast „sexuální výchova“ již díky svému názvu vnímaná často pejorativně, autorka zdůrazňuje, že je třeba na tuto oblast nahlížet v celé její šíři jako na disciplínu, která učí kromě témat sexuálního a reprodukčního zdraví, také morálním hodnotám, kulturním rozdílům, učí vnímat vlastní tělo, pocity, emoce a učí spokojenosti se sebou samotným.** Svým rozsahem se sexuální výchova zaměřuje rovněž na vztahy přátelské, různé druhy lásky, manželství a rodičovství. Jednotlivé výzkumné cíle, problémy a hypotézy byly formulovány po prostudování řady výzkumů, které se této oblasti věnují. Východiskem pro formulaci výzkumných cílů, problémů a hypotéz byly rovněž Standardy pro sexuální výchovu v Evropě a Standardy pro sexuální výchovu dle organizace UNESCO, ale také Rámcový

⁷⁶ Podrobnější charakteristika cílové skupiny adolescentů bude nastíněna v charakteristice výzkumného souboru.

vzdělávací program pro základní vzdělávání, učebnice občanské a rodinné výchovy pro žáky 8. a 9. tříd a výsledky tuzemských a zahraničních výzkumných šetření.

7.1 Výzkumné cíle, problémy a hypotézy u žáků základních škol pro sluchově postižené a žáky běžných základních škol

Při formulaci výzkumných cílů se u žáků se sluchovým postižením i u žáků slyšících autorka zaměřila na tyto výzkumné oblasti:

- ⇒ Vnímání vlastního těla
- ⇒ Pohlavní identita
- ⇒ Sexuální vyjadřování
- ⇒ Homosexualita
- ⇒ Antikoncepce
- ⇒ Pohlavní choroby

Vzhledem k věkovému rozložení respondentů a citlivosti daných oblastí byly výzkumné cíle, problémy a hypotézy zaměřeny zejména teoreticky a respondenti nebyli dotazováni na konkrétní sexuální zkušenosti.

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností s vlastním tělem a přítomností či absencí sluchového postižení.

Výzkumný problém č. 1: Existuje vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a přítomností či absencí sluchového postižení?

H1: „Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících existuje statisticky významný rozdíl.“

H0: „Míra spokojenosti s vlastním tělem je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

HA: „Míra spokojenosti s vlastním tělem je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zdali u žáků se sluchovým postižením existuje vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a spokojeností s vlastní váhou.

Výzkumný problém č. 2: Existuje u žáků se sluchovým postižením vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a spokojeností s vlastní váhou?

H2: „Existuje vztah mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením.“

H0: „Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením neexistuje statisticky významná závislost.“

HA: „Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením existuje statisticky významná závislost.“

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zdali existuje vztah mezi přítomností a absencí sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“

Výzkumný problém č. 3: Existuje vztah mezi přítomností a absencí sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná?“

H3: „Existuje vztah mezi přítomností a absencí sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“

H0: „Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ je u žáků se sluchovým postižením i žáků slyšících stejná.“

HA: „Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ je u žáků se sluchovým postižením i žáků slyšících různá.“

Výzkumný cíl č. 4: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení.

Výzkumný problém č. 4: Existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce mezi jednotlivými kategoriemi osob se sluchovým postižením?

H4: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

H0: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategorií sluchového postižení neexistuje statisticky významná závislost.“

HA: *„Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategorií sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“*

Výzkumný cíl č. 5: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení.

Výzkumný problém č. 5: Existuje vztah mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení?

H5: *„Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“*

H0: *„Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení neexistuje statisticky významná závislost.“*

HA: *„Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“*

Výzkumný cíl č. 6: Zjistit, zdali existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ a přítomností či absencí sluchového postižení.

Výzkumný problém č. 6: Existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ a přítomností či absencí sluchového postižení?

H6: *Existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ a absencí či přítomností sluchového postižení.*

H0: *„Míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

Výzkumný cíl č. 7: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením.

Výzkumný problém č. 7: Existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením?

H7: Existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením.

H0: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením neexistuje statisticky významná závislost.“

HA: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením existuje statisticky významná závislost.“

Výzkumný cíl č. 8: Zjistit, zdali existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení.

Výzkumný problém č. 8: Existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení.

H8: Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl.

H0: „Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení neexistuje statisticky významný rozdíl.“

HA: „Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl.“

Výzkumný cíl č. 9: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný problém č. 9: Liší se četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících?

H9: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

HA: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

Výzkumný cíl č. 10: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný problém č. 10: Liší se četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících?

H10: **Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.**

H0: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

Výzkumný cíl č. 11: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný problém č. 11: Liší se četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících?

H11: **Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.**

H0: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

Výzkumný cíl č. 12: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný problém č. 12: Liší se četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících?

H12: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

HA: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“

Výzkumný cíl č. 13: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení.

Výzkumný problém č. 13: Existuje statisticky významná závislost mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení?

H13: Existuje statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení.

H0: „Mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení neexistuje statisticky významný rozdíl.“

HA: „Mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl.“

7.2 Výzkumné cíle u dospělých osob bez sluchového postižení

Na základě častých rozhovorů o tématu sexuální výchovy v souvislosti se sluchovým postižením jak s kolegy, tak s laickou veřejností autorka zaznamenala značný zájem o tuto problematiku, přičemž se často rozpoutala diskuse na toto téma. Dle autorky je téma sexuální výchovy specifické, neboť každá osoba se v rámci své povinné školní docházky s tímto tématem setkala. Ve vztahu k osobám se sluchovým postižením často však slyšící osoby tápaly a nedovedly si partnerský vztah osob se sluchovým postižením představit. Názory slyšících osob se v průběhu debat přirozeně dělily na dvě poloviny.

První skupina názorů se zaměřovala na vztahy nedoslýchavých, přičemž převládalo mínění, že tyto vztahy jsou naprosto normální a neslyšící nemají z hlediska sluchového postižení ve vztahu žádné problémy.

Druhá skupina názorů se zaměřovala na osoby neslyšící, přičemž převažoval názor, že neslyšící mají vztahy pouze mezi sebou z důvodu problémů, které by způsobila komunikace se slyšícími.

Na základě těchto podnětů se autorka rozhodla zaměřit se na problematiku sexuální výchovy a problematiku vztahů u osob se sluchovým postižením z pohledu majoritní dospělé veřejnosti. Z odpovědí respondentů autorka vytvořila klíčové kategorie a následně navrhla dotazník, který může být po řádném provedení předvýzkumu použit jako nástroj k zjištění názorů majoritní společnosti na sexuální výchovu a sexualitu osob se sluchovým postižením.

V rámci výzkumného šetření si autorka kladla za cíl zjistit odpovědi na tyto výzkumné problémy:

- ⇒ Co si respondenti představí pod pojmem sexuální výchova?
- ⇒ Jaký mají respondenti názor na výuku sexuální výchovy na základních školách?
- ⇒ Jaká témata z oblasti sexuální výchovy by měla být ve škole žákům předkládána?
- ⇒ Od kterého ročníků by měla být sexuální výchova na základní škole vyučována?
- ⇒ O jakých tématech z oblasti sexuální výchovy se respondenti jako žáci učili na základní škole? Byla po ně tyto témata přínosná?
- ⇒ Jaké jsou výhody partnerského vztahů, kde mají oba partneři sluchové postižení?
- ⇒ Jaké jsou podle respondentů nevýhody, pokud mají oba partneři sluchové postižení?
- ⇒ Jaké jsou výhody vztahu, kde má jeden partner sluchové postižení a druhý je slyšící?
- ⇒ Jaké jsou nevýhody vztahu, kdy má jeden partner sluchové postižení a druhý partner je slyšící?

7.3 Kvalitativní část disertační práce

Kromě kvantitativní části disertační práce, která zahrnovala formulaci výzkumných cílů, výzkumných problémů a hypotéz u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících, obsahuje disertační práce také část kvalitativní, která se skládá ze 4 částí.

7.3.1 Ohnisková skupina u žáků se sluchovým postižením

Kvantitativní část disertační práce obsahovala celkem 32 otázek, ať již v podobě Likertových škál, numerických škál, výčtových či výběrových otázek. Jako výzkumná metoda byl využit dotazník, který jak již z charakteristiky výzkumného nástroje vyplývá, umožňuje rychlý sběr velkého množství dat, avšak zjišťuje pouze to, na co se respondenta ptáme a nepřináší žádné informace navíc.

V rámci projektu IGA byly do dotazníků, které respondenti vyplňovali, zařazeny také otevřené otázky, zaměřené např. na zjištění vlastností ideálního partnera a ideální partnerky, ideálního věku pro početí prvního dítěte, vlastností ideální matky a ideálního otce nebo názorů na rozvod. Výsledky však ukázaly, že otevřené otázky žáci ve většině případů nezodpovídali, nepochopili zadání, nerespektovali pokyny k zadání či odpovídali stručně. Na základě těchto výsledků se autorka rozhodla z kvantitativní části disertační práce u žáků se sluchovým postižením otevřené otázky vyřadit. Otevřené otázky autorka následně položila dvěma skupinám žáků se sluchovým postižením prostřednictvím ohniskové skupiny, přičemž výsledky doplňovaly údaje zjištěné z kvantitativní části disertační práce.

Ohnisková skupina si kladla za cíl zjistit tyto informace:

- Jak si žáci představují ideálního kluka či holku. Jaké má mít tento chlapec či dívka vlastnosti.
- Co by žáci se sluchovým postižením v žádném případě u svého partnera netolerovali.
- Zdali žáci se sluchovým postižením preferují mladšího či staršího partnera.
- Zdali by žáci se sluchovým postižením chtěli chodit spíše s partnerem slyšícím nebo s partnerem se sluchovým postižením.
- Jaké jsou dle žáků výhody vztahu, kde jsou oba partneři sluchově postižení.
- Jaké jsou výhody vztahu, kdy je jeden z partnerů slyšící a druhý má sluchové postižení.
- Proč podle žáků dospělí lidé uzavírají manželství.
- Jaký je ideální věk pro vstup do manželství.
- Proč se podle žáků lidé rozvádí.
- Kolik chtějí mít žáci dětí.
- Jaký je podle žáků ideální věk pro narození prvního dítěte.
- Zda je dle žáků nutné uzavřít manželství, pokud chtějí partneři dítě.

- Jak si žáci představují ideální rodinu. Co má dělat matka či otec.

7.3.2 Rozhovor s učiteli základních škol pro žáky se sluchovým postižením

Významnými činiteli v procesu sexuální výchovy nejen u žáků se sluchovým postižením, ale i u žáků intaktních jsou učitelé. V souvislosti s učitelskou rolí se často vede diskuse, kdo má na vzdělávání žáků v oblasti sexuální výchovy větší vliv, zdali právě učitel, nebo rodiče. Jak ukazují četné tuzemské i zahraniční výzkumy, hledají žáci řadu informací z oblasti sexuální výchovy na internetu, což s sebou přináší řadu problémů. Žáci se sluchovým postižením často neumí informace správně interpretovat nebo si vybírají nevhodné internetové zdroje. Riziko v současné době představují nejen sociální sítě, ale také stránky s pornografickou tematikou, které mohou žákům zkreslit pohled na sexualitu. Vzhledem k množství času, který žáci ve škole stráví, jsou učitelé nejen ze strany rodičů považováni za klíčové činitele v oblasti sexuální výchovy.

Rozhovor s učiteli se zaměřoval na tyto výzkumné problémy:

- Jaké mají učitelé názory na výuku sexuální výchovy. Proč by se podle nich sexuální výchova měla nebo neměla učit?
- Považují učitelé spojení „sexuální výchova“ za vhodné? Pokud ne, jakým termínem by toto označení nahradili?
- Od kolikátého ročníku by podle učitelů měli být žáci seznamováni s tématy sexuální výchovy?
- Jaké témata sexuální výchovy by měla být žákům ve škole předkládány?
- Kdo by měl sexuální výchovu na škole vyučovat? Je třeba, aby měli učitelé speciální aprobaci pro výuku tohoto předmětu?
- Jak jsou žáci se sluchovým postižením informováni v otázkách sexuální výchovy?

7.3.3 Didaktická analýza učebnice

Z rozhovorů s učiteli, kteří vyučují problematiku sexuální výchovy v předmětech Výchova k občanství a Výchova ke zdraví, následně vyplynulo, že mají nedostatek materiálů k této problematice. Učitelé často poukazovali na to, že si materiály pro žáky musí připravovat sami, a že stále není adekvátně vysvětlen vzdělávací obsah, který má být v souvislosti se sexuální výchovou žákům předkládán. I přes tyto obtíže všichni učitelé považují informovanost žáků v otázkách sexuální výchovy za velmi důležitou. Někteří učitelé

používají pro výuku nově vydané učebnice, kterou jsou v souladu s RVP ZV, jiní učitelé si podklady zpracovávají sami. Někteří učitelé jako zdroj inspirace používají např. učebnici občanské výchovy pro žáky se sluchovým postižením, která však byla vydaná již v roce 1999. Na základě těchto poznatků se autorka rozhodla realizovat didaktickou analýzu 5 vybraných učebnic občanské výchovy, přičemž se rozhodla použít hodnocení strukturních komponentů učebnic dle Průchy.

Didaktická analýza učebnice byla realizována dle Průchy, a zaměřovala se na tyto komponenty:

- => Aparát prezentace učiva (verbální komponenty, obrazové komponenty)
- => Aparát řídicí učení (verbální komponenty, obrazové komponenty)
- => Aparát orientační (verbální komponenty)

7.3.4 Rozhovor s dospělými osobami se sluchovým postižením o jejich partnerském vztahu

Poslední část kvalitativní části, a zároveň celé disertační práce, byla zaměřena na konkrétní partnerské vztahy osob se sluchovým postižením, přičemž se rozhovorů zúčastnila jak osoba neslyšící, tak osoby s různým stupněm nedoslýchavosti.

Pro účely rozhovoru s dospělými osobami se sluchovým postižením byly stanoveny tyto výzkumné cíle.

1. Zjistit, zdali je sluchové postižení překážkou při vytváření partnerského vztahu.
2. Zjistit, jak partner reagoval na sluchové postižení (v případě smíšeného páru).
3. Zjistit, kde se partneři seznámili.
4. Zjistit, zdali se ve vztahu vyskytují překážky vyplývající ze sluchového postižení.
5. Zjistit, zdali sluchová vada hrála roli při plánování rodičovství.

8 Charakteristika cílových skupin

Empirická část disertační práce je primárně zaměřena na žáky a osoby se sluchovým postižením. Tato heterogenní skupina obsahuje žáky a osoby s vrozenou i získanou sluchovou vadou sluchu, osoby neslyšící, nedoslýchavé, ohluchlé, ale i osoby se zbytky sluchu, osoby s prelingvální i postlingvální sluchovou ztrátou, osoby, které preferují komunikaci prostřednictvím mluvené řeči i znakového jazyka. Z hlediska vývojového období spadají respondenti do období adolescence a dospělosti.

V rámci disertační práce bylo osloveno 5 cílových skupin:

1. Žáci základních a středních škol pro sluchově postižené

Do výzkumného šetření se zapojili tyto základní a střední školy:

- Základní škola pro sluchově postižené v Olomouci⁷⁷
- Základní škola pro sluchově postižené v Brně
- Střední škola pro sluchově postižené v Brně.
- Základní škola pro sluchově postižené v Ostravě
- Základní škola pro sluchově postižené v Kyjově
- Základní škola a střední škola pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí
- Základní škola a střední škola pro sluchově postižené Praha – Holečkova
- Základní škola a střední škola pro sluchově postižené Praha – Ječná ulice

Jak lze vidět na výše uvedeném přehledu škol, zapojilo se do výzkumného šetření celkem 8 škol pro žáky se sluchovým postižením, přičemž dohromady se výzkumného šetření zúčastnilo **celkem 134 žáků se sluchovým postižením**. Tento počet zahrnoval celkem 87 chlapců a 47 dívek. Přestože bylo na základě testu dobré shody chí-kvadrát zjištěno, že chlapců se sluchovým postižením je statisticky významně více než dívek se sluchovým postižením, na základě analýzy hypotéz ani v jednom případě neexistuje statisticky významný rozdíl mezi posuzovanými proměnnými ve vztahu k pohlaví.

Z hlediska **věkového rozpětí** výzkumné šetření zahrnovalo respondenty **od 13 do 25 let**. Průměrný věk respondentů činil 17,27 let.

⁷⁷ Konkrétní a přesné názvy základních a středních škol budou uvedeny v příloze.

Kategorie sluchového postižení zahrnovala **všechny skupiny sluchového postižení**. Konkrétně se jednalo o 41,79 % nedoslýchavých, 39,55 % neslyšících, 13,43 % žáků s kochleárním implantátem a 5,22 % žáků se zbytky sluchu.

Většina (83,58 %) respondentů má slyšící rodiče, 88,06 % respondentů má rovněž sourozence.

Z hlediska ročníků se do výzkumného šetření zapojili **žáci 8. – 9. (resp. 9. – 10. ročníků) základních škol pro sluchově postižené a žáci středních škol pro sluchově postižené**. Přestože se může zdát cílová skupina z hlediska jednotlivých ročníků značně široká, rozhodla se autorka brát žáky se sluchovým postižením jako jednu velkou skupinu, kterou determinuje sluchové postižení, bez ohledu na skutečnost, zdali žáci navštěvují základní nebo střední školu. Do výzkumného šetření byli zapojeni žáci od 8. ročníku, kdy se začínají s touto problematikou seznamovat, avšak většina žáků se již v tomto ročníku v dané problematice orientuje. U žáků středních škol se naopak znalosti v dané problematice předpokládají, neboť znalost dané problematiky tvoří součást očekávaných výstupů Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.

1a. Žáci se sluchovým postižením jako účastníci ohniskové skupiny

V rámci kvantitativní části disertační práce byl žákům se sluchovým postižením předložen dotazník, který obsahoval celkem 32 otázek. Tento výzkumný nástroj obsahoval 30 uzavřených otázek a pouze 2 otevřené otázky, týkající se věku a počtu sourozenců. Více otevřených otázek nebylo do dotazníku zahrnuto. Vzhledem k záměru autorky, která chtěla detailnější informace týkající se partnerských vztahů žáků se sluchovým postižením, rozhodla se autorka použít pro sběr dat ohniskovou skupinu.

V rámci disertační práce autorka realizovala dvě ohniskové skupiny. První ohnisková skupina byla realizována u žáků se sluchovým postižením, kteří studovali obory středního vzdělání zakončené výučním listem. Druhé ohniskové skupiny se zúčastnili žáci se sluchovým postižením, kteří studovali obory zakončené maturitní zkouškou. Volba účastníků proběhla na základě doporučení zástupce ředitele tak, aby byli v každé skupině zastoupeni nejen neslyšící a nedoslýchaví, dívky a chlapci, ale aby byly brány v úvahu i vztahové vazby mezi účastníky.

Číslo účastníka	A	B	C	D	E	F	G
1.	dívka	SOU	nedoslýchavá	sluchadlo	Mluvená čeština	rodiče	ANO
2.	chlapec	SOU	neslyšící	KI	Oba způsoby	rodiče	ANO
3.	chlapec	SOU	neslyšící	žádná	ZNJ	rodiče	ANO
4.	chlapec	SOU	nedoslýchavý	sluchadlo	Oba způsoby	Mamka, přítel	ANO
5.	chlapec	SOŠ	nedoslýchavý	sluchadlo	Oba způsoby	rodiče	ANO
6.	dívka	SOŠ	nedoslýchavá	žádná	Oba způsoby	Rodiče + sourozenci	ANO

Tabulka 7: Charakteristika účastníků 1. ohniskové skupiny

Legenda k tabulce 5:

A – Pohlaví (dívka x chlapec)

B – Třída

C – Kategorie sluchové ztráty (neslyšící, nedoslýchavý, osoba se zbytky sluchu, ohluchlý)

D – Kompenzační pomůcka (sluchadlo, kochleární implantát, žádná)

E – Způsob komunikace (znakový jazyk, mluvená řeč, oba způsoby)

F – S kým bydlíš v jednom domě?

G – Sourozenci (ANO x NE)

Jak vidíme z vyobrazené tabulky, první ohniskové skupiny se zúčastnilo celkem 6 žáků se sluchovým postižením, z toho 2 dívky a 4 chlapci. Většina účastníků navštěvovala střední odborné učiliště, avšak 2 účastníci navštěvovali střední odbornou školu. Z hlediska sluchového postižení převažovali účastníci nedoslýchaví, avšak všichni účastníci až na jednoho aktivně používali znakový jazyk. Zajímavé bylo, že ačkoli všichni účastníci měli sourozence, na otázku „S kým žiješ v jednom domě“ uvedla většina z nich pouze rodiče.

Číslo účastníka	A	B	C	D	E	F	G
1.	dívka	SOŠ	neslyšící	sluchadlo	Oba způsoby	rodiče	ANO
2.	dívka	SOŠ	neslyšící	sluchadlo	Oba způsoby	rodiče	ANO
3.	dívka	SOŠ	nedoslýchavý	sluchadlo	Oba způsoby	Mamka, ségra	ANO
4.	chlapec	SOŠ	nedoslýchavý	sluchadlo	Oba způsoby	rodiče	ANO
5.	dívka	SOŠ	neslyšící	KI	Oběma způsoby	rodiče	ANO
6.	chlapec	1SOŠ	neslyšící	KI	Mluvená řeč	rodiče	NE

Tabulka 8: Charakteristika respondentů 2. ohniskové skupiny

Legenda k tabulce 6:

A – Pohlaví (dívka x chlapec)

B – Třída

C – Kategorie sluchové ztráty (neslyšící, nedoslýchavý, osoba se zbytky sluchu, ohluchlý)

D – Kompenzační pomůcka (sluchadlo, kochleární implantát, žádná)

E – Způsob komunikace (znakový jazyk, mluvená řeč, oba způsoby)

F – S kým bydlíš v jednom domě?

G – Sourozenci (ANO x NE)

Druhá ohnisková skupina čítala podobně jako první ohnisková skupina 6 respondentů. Tito účastníci studovali střední školu zakončenou maturitní zkouškou. V rámci ohniskové skupiny dominovaly dívky, z hlediska sluchového postižení převládali neslyšící. Každý účastník měl nějakou kompenzační pomůcku, avšak většina účastníků komunikovala nejen mluvenou řečí, ale i znakovým jazykem.

2. Žáci bez sluchového postižení, kteří navštěvují běžnou základní a střední školu

Pro účely komparace byli do výzkumného šetření zapojeni také žáci střední školy v Rožnově pod Radhoštěm a základní školy v Brně. Střední škola byla vybrána tak, aby byl

rozdíl mezi žáky středních škol pro sluchově postižené a žáky běžné střední školy co nejmenší z hlediska typu střední školy.

Výzkumného šetření se zúčastnilo **95 žáků běžné základní a střední školy**, přičemž soubor zahrnoval 66 chlapců a 29 dívek. Průměrný věk respondentů činil 16,68 let, přičemž věkové rozpětí bylo mezi 14 – 19 lety.

3. Dospělé osoby bez sluchového postižení

Pro účely výzkumného šetření zaměřujícího se na sexuální výchovu a partnerské vztahy osob se sluchovým postižením z pohledu dospělých osob bez sluchového postižení se výzkumného šetření zúčastnilo celkem **19 respondentů**. Protože do výzkumného šetření byli vybíráni respondenti, kteří měli odpovídat na otevřené otázky, vybrala autorka respondenty prostřednictvím aplikace facebook, kde měla na výběr celkem 232 osob. Z těchto osob autorka následně náhodně oslovila celkem 24 osob.⁷⁸

Autorka nezahrnovala do výzkumného šetření vyšší počet respondentů, neboť po oslovení prvních respondentů zjistila, že se jednotlivé odpovědi opakují a jsou dostačující k vytvoření jednotlivých klíčových kategorií.

Výzkumného šetření se zúčastnily **převážně ženy** (84,20%). Průměrný věk respondentů byl 27,52 let, nejmladší respondent měl 21 let, nejstarší respondent měl 34 let. V odborné literatuře jsou tyto respondenti nazýváni jako **Generace Y** či tzv. **millenians**, neboť se jedná o respondenty narozené mezi lety 1980 – 2000. Z hlediska dosaženého vzdělání převažovali respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním, tyto respondenty následovali respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou a vysokoškolským bakalářským vzděláním. Z hlediska povolání byli zastoupeni učitelé, vychovatelé, sociální pracovníci, ale i lékař, zdravotní sestra, dispečer a evangelický kazatel.

4. Dospělé osoby se sluchovým postižením

Za účelem komplexnosti disertační práce byly další cílovou skupinou dospělé osoby se sluchovým postižením, se kterými byl realizován hloubkový rozhovor. Konkrétně se jednalo o 5 osob se sluchovým postižením. Pro účely rozhovoru autorka oslovila 10 osob se sluchovým postižením, avšak některé osoby vyjádřily souhlas s účastí ve výzkumném šetření

⁷⁸ Více informací je uvedeno v kapitole 9 Metodologie, realizace výzkumu a limity

pouze pod podmínkou, pokud dostanou otázky v elektronické podobě, přičemž na tyto otázky záhy odpoví. Tento postup autorka zkusila využít ve dvou případech, avšak záhy se ukázala komplikovanost tohoto postupu, neboť chyběla dynamika a interakce mezi autorkou a účastníkem interview. Autorka nemohla utvářet otázky v závislosti na povaze respondenta a jeho odpovědi. Velkou nevýhodou také bylo, že respondenti odpovídali na otázky příliš stručně. Z tohoto důvodu autorka preferovala interview „face to face“. Pro účely interview byly záměrně vybráni účastníci se sluchovým postižením, kteří se již zapojili do jiných výzkumných šetření autorky. Rovněž byla použita technika sněhové koule, kdy byli účastníci požádáni, aby doporučili další osobu se sluchovým postižením, která by se mohla rozhovoru zúčastnit.

První účastnicí rozhovorů byla **paní Lenka**⁷⁹. Paní Lenka je **24 letá maminka** na mateřské dovolené, která je **nedoslýchavá**. V době realizace rozhovoru byla paní Lenka zasnoubená, přičemž měla 2 týdny před svatbou. Svého manžela poznala paní Lenka již na základní škole, ale dohromady se dali mnohem později. Paní Lenka si svého manžela vzala po 7 leté známosti, roce společného bydlení a narození syna.

Druhou účastnicí rozhovoru byla **nedoslýchavá paní Pavla (29 let)**. Paní Pavla byla v době konání rozhovoru 1 rok vdaná, s manželem stavěli dům a očekávali narození prvního potomka. Svého manžela si paní Pavla vzala po 10 letém vztahu a 3 letech společného bydlení.

Třetí účastnicí rozhovoru byla **neslyšící paní Adéla (42 let)**. Paní Adéla poznala manžela před 23 lety a vzala si jej po roce. Paní Adéla v průběhu realizace rozhovoru **komunikovala prostřednictvím znakového jazyka**. Děti paní Adély byly v době realizace rozhovoru již dospělé.

Čtvrtým účastníkem byl **pan Pavel**, který byl **nedoslýchavý** a měl v době konání rozhovoru lehce nedoslýchavou přítelkyni. Pan Pavel byl se svou přítelkyní teprve krátce, avšak v září je čeká společné bydlení na koleji.

Posledním účastníkem interview byla **paní Linda (24 let)**. Paní Linda je **těžce sluchově postižená** žena, která se se svým přítelem seznámila prostřednictvím webové seznamky. Paní Linda v inzerátu uvedla, že je neslyšící a přítel se jí ozval také z toho důvodu, že jej zajímala kultura neslyšících a znakový jazyk.

⁷⁹ Pro účely zachování anonymity byla jména respondentů změněna.

5. Učitelé základních škol pro žáky se sluchovým postižením

Jak bylo v teoretické části disertační práce zmíněno, v České republice vyvolala otázka zavedení povinné sexuální výchovy bouřlivou diskusi, která vedla k tomu, že se od zavedení předmětu upustilo. V současné době jsou témata sexuální výchovy zakomponovány především do předmětu „Výchova ke zdraví, Přírodopis či Občanská nauka.“ Škola, konkrétně učitelé, jsou jedni z činitelů, kteří ovlivňují, jaké vědomosti, dovednosti a postoje v otázkách sexuální výchovy a příbuzných témat žáci načerpají.

Prostřednictvím rozhovorů byly otázky položeny celkem 8 učitelům, kteří na školách pro žáky se sluchovým postižením vyučovali předměty, ve kterých jsou žáci se sluchovým postižením seznamováni s tématy sexuální výchovy. Jednalo se především o předmět „Výchova k občanství.“ Mezi účastníky rozhovorů převažovaly ženy, což není pro autorku překvapivé, neboť tato situace odráží současnou feminizaci ve školství. Rozhovory s účastníky byly realizovány přímo na školách, které autorka navštívila v souvislosti s realizací výzkumu u žáků se sluchovým postižením. Oslovení učitelé vyučovali na základních školách pro žáky se sluchovým postižením, neboť právě na základních školách jsou témata sexuální výchovy integrovány do vzdělávacích oblastí rámcového vzdělávacího programu.

Jméno účastníka ⁸⁰	Věk	Délka praxe
paní Věra	32 let	6 let
paní Anna	30 let	3 roky
paní Alena	30 let,	5 let
paní Ivana	45 let	15 let
paní Petra	37 let	12 let
pan Karel	60 let	36 let
paní Jana	50 let	25 let
paní Eva	43 let	20 let

Tabulka 9: Charakteristika učitelů sexuální výchovy

⁸⁰ Za účelem anonymity byla jména respondentů změněna.

9 Metodologie výzkumu, realizace a limity

Jako výzkumné metody byly v rámci disertační práce použity dotazník, ohnisková skupina, didaktická analýza učebnice a rozhovor.

9.1 Dotazník jako výzkumný nástroj

Dotazník je dle Švece (2009, s. 122) „výzkumný (resp. průzkumný), vývojový a vyhodnocovací (zejména diagnostický) nástroj k hromadnému a poměrně rychlému zjišťování informací o znalostech, názorech nebo postojích dotazovaných osob k aktuální nebo potenciální skutečnosti prostřednictvím písemného dotazování se“.

9.2 Dotazník pro žáky se sluchovým postižením a žáky slyšící

Dotazník použitý pro účely disertační práce byl sestaven autorkou a obsahoval celkem **32 položek**, přičemž byl rozdělený do 3 sekcí. Sekce č. 1 obsahovala celkem 10 položek a zaměřovala se na **oblast vnímání vlastního těla**, ale také na toleranci k druhým lidem. Druhá oblast dotazníku se věnovala **oblastem sexuality a sexuálně-reprodukčního zdraví**, přičemž obsahovala celkem 9 položek. Poslední oblast dotazníku se věnovala **manželství, rodičovství a partnerství** a žáci odpovídali celkem na 5 položek. V závěru dotazníku žáci vyplňovali **sociodemografické charakteristiky**, které se zajímaly o pohlaví, věk, kategorii sluchového postižení a zjišťovaly, zdali jsou rodiče slyšící nebo mají sluchové postižení, ale věnovaly se také sourozeneckým charakteristikám. V rámci sourozeneckých charakteristik zjišťovaly položky zejména počet sourozenců, pořadí sourozenců či přítomnost nebo absenci sluchového postižení u sourozenců.

V rámci dotazníku byly použity tyto položky:

- Numerická škála: položka č. 1, 2, 3, 4, 11, 14
- Likertova škála: položka č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21
- Výběrová položka: 22, 23, 24 (dichotomická), 25, 27, 28, 29, 31, 32
- Výčtová položka: 12, 15
- Otevřená položka: 26, 30

Položky reprezentované **numerickou škálou** obsahovaly ve všech případech 5 bodovou stupnici, přičemž vedle každého čísla byl rovněž verbální komentář.

Příklad numerické položky 1:

„Jak jsi spokojený s tím, že jsi chlapec/dívka?“

- 1 – naprosto spokojen
- 2 – spíše spokojen
- 3 – ani spokojen, ani nespokojen
- 4 – spíše nespokojen
- 5 – naprosto nespokojen

Příklad numerické položky 2:

„Jakou známkou bys ohodnotil své znalosti antikoncepce?“ Oznamkuj jako ve škole.

- 1 – výborně
- 2 – chvalitebně
- 3 – dobře
- 4 – dostatečně
- 5 – nedostatečně

Položky reprezentované **Likertovou škálou** byly dvojího typu.

A. Likertova škála 1. typu:

V rámci prvního typu položek byl respondentům předložen výrok, ke kterému měli respondenti vyjádřit na 5 stupňové škále míru souhlasu s daným výrokem:

Příklad Likertovy škály prvního typu:

Vyjádři, do jaké míry souhlasíš s touto větou (daným výrokem): **„Masturbace je špatná.“**

- 1 – naprosto souhlasím (Masturbace **je špatná.**)
- 2 – spíše souhlasím (Masturbace je **spíše špatná.**)
- 3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím (Masturbace **není ani dobrá, ani špatná**)
- 4 – spíše nesouhlasím (Masturbace **je spíše dobrá/přirozená**)
- 5 – naprosto nesouhlasím (Masturbace **je dobrá/přirozená**)

B. Likertova škála 2. typu:

Druhý typ Likertovy škály zjišťoval nikoli míru souhlasu s daným výrokem, ale do jaké míry respondent souhlasí s pravdivostí předloženého výroku. Na rozdíl od Likertových škál prvního typu měl respondent k dispozici 4 možnosti: 1 – naprosto pravdivý; 2 – spíše pravdivý; 3 – spíše nepravdivý; 4 – naprosto nepravdivý. V tomto případě z Likertovy škály zmizela položka „nemám vyhraněný názor“. Respondentům rovněž nebyla nabídnuta ani možnost „nevím“, neboť cílem autorky bylo, aby se respondenti nad otázkou zamysleli i v tom případě, že si nejsou jisti odpovědí. Na rozdíl od 1. typu Likertovy škály, kdy respondent volil míru souhlasu s daným výrokem, ale žádná ze zvolených možností nebyla správná, ani špatná, neboť odpověď vyjadřovala subjektivní pohled respondenta, lze na základě zakroužkování míry pravdivosti/či nepravdivosti dané položky určit počet správných a špatných odpovědí.

Příklad Likertovy škály druhého typu:

„AIDS může být přenášeno pomocí slin.“ (Ohodnot' pravdivost této věty).

1 – pravdivé

2 – spíše pravdivé

3 – spíše nepravdivé

4 – nepravdivé

Jak je uvedeno v teoretické části disertační práce, AIDS nemůže být přenášeno pomocí slin, proto ti respondenti, kteří zvolili možnost č. 1, 2 mají o dané problematice špatné informace, neboť odpověděli špatně, zatímco respondenti, kteří zvolili možnost č. 3, 4 odpověděli správně. Tento typ otázky zjišťuje zejména znalosti respondentů o dané problematice, přičemž autorka zvolila tento typ položek záměrně jako alternativu dichotomické položce ANO – NE; případně SPRÁVNĚ – ŠPATNĚ. V případě dichotomických položek by žák měl nejen větší možnost tipovat z nabízených možností, ale zejména by mohlo pociťovat nervozitu v souvislosti s tím, že je testován.

Grafická úprava dotazníku pro žáky základních a středních škol

Dříve než byla sestavena finální verze dotazníku, byl dotazník jako výzkumný nástroj testovaný prostřednictvím předvýzkumu mezi žáky se sluchovým postižením.⁸¹ Na základě předvýzkumu realizovaného mezi žáky se sluchovým postižením bylo zjištěno, že původní verze dotazníku byla pro žáky složitá, a to zejména v případě Likertových škál, kdy žáci měli vyjadřovat míru souhlasu s daným výrokiem. U některých položek, prezentovaných prostřednictvím Likertových škál, byly formulace příliš složité zejména na jazykové a kognitivní funkce žáků. Jako příklad lze uvést výrok: „Masturbace je špatná“, neboť žák, který s daným výrokiem nesouhlasí, považuje masturbaci vlastně za dobrou či přirozenou, avšak toto uvědomění si dané skutečnosti činilo některým žákům značné potíže. Z tohoto důvodu byly položky upraveny následujícím způsobem:

Verze položky pro předvýzkum:

„Masturbace je špatná.“

Naprostou souhlasím	1	2	3	4	5	Naprostou nesouhlasím
----------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Upravená verze položky:

„Masturbace (onanie, dráždění pohlaví rukou) je špatná.“

- 1 – naprostou souhlasím (= Masturbace **je špatná**)
- 2 – spíše souhlasím (=Masturbace **je spíše špatná**)
- 3 – nemám vyhraněný názor (=Masturbace **není ani dobrá, ani špatná**)
- 4 – spíše nesouhlasím (= Masturbace **je spíše dobrá/přirozená**)
- 5 – naprostou nesouhlasím (= Masturbace **je dobrá/přirozená**)

Na základě předvýzkumu byly doplněny a vysvětleny abstraktní pojmy, protože někteří žáci měli potíže s chápáním termínů „antikoncepce, pohlavní choroby či masturbace“, avšak konkrétním příkladům rozuměli.

Příklady upravených položek:

⁸¹ Více informací o předvýzkumu je na následující straně.

„Jak bys oznámkoval své znalosti antikoncepce?“ (Všech způsobů, které chrání před nechtěným těhotenstvím? – např. kondom, pilulky, spermicidní krém.)

„Osoby stejného pohlaví (homosexuálové – 2 ženy, 2 muži) mají právo uzavřít manželství.“

U žáků základních škol a žáků středních škol pro sluchově postižené, ale i žáků běžné základní a střední školy byla použita stejná verze dotazníku, která obsahovala celkem 32 otázek. Drobnou obměnu obsahovaly pouze položky, věnující se sociodemografickým charakteristikám.

Předvýzkum kvantitativní části disertační práce

Před samotným sestavením dotazníku, který byl následně testován v rámci předvýzkumu, bylo nejprve zjišťováno, co si žáci představují pod klíčovými pojmy, které měly být zahrnuty do dotazníku. K odpovědím na jednotlivé otázky se vyjadřovalo celkem 7 žáků se sluchovým postižením, kteří navštěvovali 10. ročník základní školy pro žáky se sluchovým postižením a byli seznámeni s tématy sexuální výchovy v rámci vyučovacích hodin. Žáci vyplňovali otázky samostatně, avšak vždy jim byly jednotlivé otázky podrobně vysvětleny. Jeden žák byl neslyšící, proto mu byly otázky překládány do znakového jazyka.

Konkrétně žáci měli zodpovědět tyto otázky:

- „Co je to antikoncepce?“ Vysvětli prosím tento pojem.
- Jaké znáš druhy antikoncepce?
- Která antikoncepce je podle tebe vhodná pro mladé páry?
- Jaké znáš druhy ženské antikoncepce?
- Jaké znáš druhy mužské antikoncepce?
- Co jsou to pohlavní choroby/nemoci? Jak bys vysvětlil tento pojem?
- Jaké znáš pohlavní choroby?
- Jakou nemoc způsobuje virus HIV?
- Jak se virus HIV přenáší?
- Jak bys vysvětlil pojem masturbace?
- Co je to homosexualita, jak bys vysvětlil tento pojem?

Na základě analýzy odpovědí vyplynulo, že pro žáky se sluchovým postižením představuje antikoncepce zejména ochranu proti otěhotnění, jeden žák rovněž uvedl, že antikoncepce představuje ochranu proti pohlavním chorobám. Z hlediska druhů antikoncepce

se ukázalo, že žáci znají pouze kondom a antikoncepční pilulky. Přestože nejnovější učebnice vydané v souladu s RVP obsahují informace nejen o kondomech či antikoncepčních pilulkách, ale také o spermicidních čípcích, gelech, krémech nebo nitroděložním tělísku. Přestože tyto antikoncepční metody jsou v učebnicích zmíněny, není překvapivé, že žáci znají zejména kondom a antikoncepční pilulky, neboť tyto formy antikoncepce představují pro mladé sexuálně aktivní jedince nejvhodnější řešení. V souvislosti s hormonální antikoncepcí se nejčastěji objevovaly pojmy „pilulky, prášky a léky“, přičemž někteří žáci nepovažovali tyto pojmy za synonyma, ale uváděli je jako odlišné formy antikoncepce. V případě otázky, kdy měli žáci vysvětlit pojem „pohlavní choroby“ se ukázalo, že většině žáků dělал tento termín problémy. Žáci nedovedli termín pohlavní choroby obecně vysvětlit, avšak uváděli konkrétní příklady. Mezi pohlavními chorobami převažovala nemoc HIV/AIDS. Zde je potřeba zdůraznit, že ne každý žák umí rozlišit rozdíl mezi HIV a AIDS. S touto situací se setkáváme také v řadě zahraniční literatury, kde je často uváděno spojení „HIV/AIDS“. Kromě pohlavní choroby AIDS uváděli žáci ojedinele také syfilis či kapavku. Pojem masturbace žákům nečinil potíže, žáci jej nejčastěji vymezovali jako sebeukájení, ale objevila se rovněž odpověď „rande s rukou; když si ji někdo honí či radost s rukou.“ Pojem „homosexualita“ žáci vysvětlovali jako chození mezi osobami stejného pohlaví, ale objevilo se také označení gay a lesba. Na základě odpovědí žáků, analýzy učebnic, Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání či Standardů pro sexuální výchovu byly posléze sestaveny jednotlivé položky dotazníku.

Původní verze dotazníku, ověřována prostřednictvím předvýzkumu, obsahovala celkem 28 otázek, přičemž převládaly Likertovy a numerické škály. Do předvýzkumu bylo zapojeno 14 žáků střední školy, 9 z nich bylo neslyšících, 2 žáci byli nedoslýchaví a 3 žáci měli zbytky sluchu. Dříve než žáci začali vyplňovat dotazník, byli seznámeni s jednotlivými položkami dotazníku a bylo jim vysvětleno, jak postupovat při jeho vyplňování. Po celou dobu realizace předvýzkumu byla autorka žákům k dispozici, aby jim objasnila případné nejasnosti. Po vyplnění položek dotazníku byl celý dotazník s žáky prodiskutován, autorka se zaměřovala především na problémové položky, chápání jednotlivých pojmů a grafickou úpravu dotazníku. Na základě analýzy předvýzkumu bylo zjištěno, že jednotlivé položky nedělaly žákům, až na výjimky, problémy, ale po poradě s vyučujícími i samotnými žáky se autorka rozhodla změnit grafickou podobu dotazníku, neboť především neslyšící žáci měli problém s Likertovými škálami. Na základě

předvýzkumu také byla odstraněna otázka „Může žena otěhotnět při menstruaci.“, protože na ni ani v odborné literatuře neexistuje jednoznačná odpověď.

Průběh realizace výzkumného šetření

Jak již bylo v charakteristice výzkumného souboru uvedeno, do kvantitativní části výzkumného šetření se zapojilo celkem 8 škol pro žáky se sluchovým postižením. Prosba o zapojení se do výzkumu byla rozeslána prostřednictvím e-mailového kontaktu, přičemž v příloze e-mailu byl zaslán nejen informovaný souhlas pro rodiče, ale také vzor dotazníku. Zároveň e-mail obsahoval charakteristiku a cíl výzkumného šetření a zdůvodnění volby výzkumného souboru. Preferováni byli žáci posledních dvou ročníků základní školy a všech ročníků střední školy. Konečné rozhodnutí, týkající se toho, jaké třídy se do výzkumného šetření zapojí, záleželo na zvážení jednotlivých učitelů či ředitelů škol. Autorka rovněž v e-mailu uvedla, že by ráda každou školu navštívila a realizovala tam výzkum osobně. Díky osobní účasti přímo při realizaci výzkumného šetření poznala autorka nejen jednotlivé žáky, ale také mohla pohovořit o problematice sexuální výchovy přímo s jednotlivými učiteli. Rovněž se díky osobní účasti autorka vyhnula složitému přeposílání dotazníků od autorky do škol a zpět. Osobní účast zároveň zaručila rychlý sběr dat. Průměrná délka při vyplňování dotazníku závisela na jednotlivých ročnících. Obecně u žáků základních škol probíhalo vyplňování dotazníku celou vyučovací hodinu, žáci středních škol pak měli dotazník vyplněn v průměru za 25 minut. V rámci jedné základní školy byli do výzkumného šetření zahrnuti také žáci 7. – 8. ročníku, avšak záhy se ukázala realizace výzkumu u této věkové skupiny značně problematická, neboť žáci ještě neprobírali v rámci vyučovacích hodin témata sexuální výchovy a nerozuměli jednotlivým pojmům, které se jim musely nejdříve vysvětlit. Vyplňování dotazníku u těchto žáků zabralo zhruba 2 vyučovací hodiny. Z tohoto důvodu byli do výzkumného šetření zařazeni žáci jen těch ročníků, které již za sebou měly hodiny občanské výchovy, výchovy ke zdraví a jiných předmětů, kde se tato témata probíraly.

Dříve než žáci začali vyplňovat dotazník, byli seznámeni s cílem výzkumného šetření, na příkladě jim bylo vysvětleno, jak mají při vyplňování dotazníku postupovat, a rovněž byli požádáni, aby na otázky odpovídali každý samostatně. V rámci vyplňování dotazníku nebyla vytvořena verze dotazníku ve znakovém jazyce, neboť by to bylo nejen časově, ale i technicky náročné. Z důvodu toho, že výzkumné šetření zahrnovalo celou řadu neslyšících žáků, byla každá položka a její jednotlivé možnosti tlumočeny do znakového jazyka. Žákům byla vždy nejdříve překládána otázka, následně byly překládány jednotlivé možnosti,

a poté byli žáci vždy vyzváni, aby zvolili patřičnou odpověď. Otázky do znakového jazyka překládala buď sama autorka, anebo učitelé a tlumočníci pracující na školách. Žák byl rovněž upozorněn, že pokud nějaké položce nerozumí nebo neví, jak má postupovat, může se kdykoli na autorku obrátit. Obecně žákům jednotlivé položky nedělali potíže, mladší žákům musel být někdy vysvětlen pojem masturbace.

Na běžné základní a střední škole vyplňovali dotazník žáci samostatně, přičemž dotazník byl na školy zaslán poštou a žáci jej vyplňovali společně s učiteli. Dotazník pro žáky se sluchovým postižením byl administrován v časovém úseku duben – květen 2016. Dotazník pro slyšící žáky byl administrován počátkem června 2016.

9.3 Dotazník pro dospělé osoby bez sluchového postižení

Dotazník pro dospělé osoby bez sluchového postižení obsahoval na rozdíl od dotazníku určeného žákům se sluchovým postižením a žákům slyšícím pouze otevřené otázky, neboť odpovědi respondentů měly sloužit jako podklad pro vytvoření klíčových kategorií a následného dotazníku. Respondenti pro účely výzkumného šetření byli osloveni prostřednictvím facebooku, přičemž autorka v prvním kole prostřednictvím možnosti zpráv oslovila 10 respondentů bez sluchového postižení s žádostí o účast ve výzkumném šetření. Do zprávy připojila také odkaz na elektronickou verzi dotazníku. Z důvodu potvrzení uvažovaných kategorií autorka zvolila náhodně z adresáře dalších 14 respondentů, které požádala o účast ve výzkumném šetření. Protože se odpovědi respondentů záhy začaly opakovat, autorka již dále nepokračovala v oslovování respondentů. Autorka se snažila vybírat respondenty z adresáře náhodně, přičemž volila účastníky z 232 osob. Tento postup získávání respondentů autorka zvolila v důsledku otevřených otázek v dotazníku, které jsou u většiny respondentů značně nepopulární. Autorka uvažovala, že pokud k distribuci dotazníku použije facebook a prostřednictvím zpráv osloví vybrané účastníky ze svého adresáře, je větší pravděpodobnost, že se tito respondenti výzkumného šetření zúčastní a na otázky odpoví. V rámci dotazníku bylo respondentům položeno 5 otevřených otázek. Dotazník byl sestrojen pomocí nástroje google.docs a byl připojen jako příloha k jednotlivým zprávám. Nevýhodu tohoto postupu autorka spatřuje ve větším zastoupení žen a respondentů s vysokoškolským magisterským vzděláním, což je dáno převažujícím zastoupením těchto kategorií v adresáři autorky. Elektronická verze dotazníku byla respondentům rozesílána v červenci 2016.

9.4 Ohnisková skupina jako metoda sběru dat

Ohniskovou skupinu můžeme vymezit jako malou skupinu 6 – 10 lidí, která má moderátora. Tato skupina musí být dostatečně široká, aby mezi účastníky mohla probíhat interakce, avšak ne moc široká, aby se v ní účastníci neztratili. Během moderování ohniskové skupiny se moderátor snaží, aby panovala otevřenost a spontánnost. Zároveň se snaží podnítit diskusi tak, aby v určitém čase získal co největší množství odlišných nápadů. Ohnisková skupina trvá mezi 45 – 90 minutami, přičemž by měl mít moderátor předem připravené otázky, které se týkají daného tématu.

Dle Freitas, Oliveira, Jenkins (eds., 1998) byla stěžejním místem pro realizace ohniskové skupiny oblast marketingu, avšak dnes se používá také ve vzdělávání, zdravotnictví a jiných oblastech, kde potřebujeme zjistit, jak účastníci myslí, co cítí, a jak reagují na určitá témata. Morgan (1997) in Miovský (2006, s. 175) vymezuje ohniskovou skupinu jako *„výzkumnou metodu, jejímž prostřednictvím získáváme kvalitativní data za využití skupinové interakce vzniklé a probíhající v debatě na téma určené badatelem.“*

Dle Calderón, Baker, Wolf (2000) je ohnisková skupina vhodná tam, kde chceme zkoumat, jak je daná oblast ovlivněna skupinovými fenomény. Ohniskovou skupinu můžeme použít ke zjištění klíčových témat a ke generování hypotéz. Její výhodou je také, že přináší poměrně rychle výsledky. Limity ohniskové skupiny lze spatřit v často nepřírozené atmosféře, v tom, že moderátor dopředu neví, jaká bude interakce mezi jednotlivými účastníky a vyžaduje poměrně velké dovednosti moderátora.

V průběhu ohniskové skupiny dodržujeme obvykle tato pravidla:

1. Hovoří jen jeden účastník, ostatní musí počkat, dokud tento účastník nedomluví.
2. Ostatní účastníci spolu nekomunikují, pokud někdo hovoří.
3. Každý názor je správný, každý svůj názor může sdělit.
4. K názoru jiného účastníka se může další účastník vyjádřit, avšak nezesměšňuje názor jiného.
5. Pokud je některému z účastníků otázka nepříjemná, nemusí na ni odpovědět. Účastník rovněž není povinen dokončit svou odpověď nebo ukončit svou účast v ohniskové skupině.

Klíčovým tématem ohniskové skupiny u žáků se sluchovým postižením byla jako v případě kvantitativní části sexuální výchova, přičemž se autorka zaměřovala především na oblast partnerství, manželství a rodičovství.

Realizace a limity ohniskové skupiny

Ohnisková skupina byla realizována na střední škole pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí. Ohniskové skupiny se zúčastnilo celkem 12 žáků, kteří byli rozděleni do 2 skupin. Ohnisková skupina byla realizována v místnosti, která sloužila zároveň jako knihovna. Ve středu místnosti byl umístěn stůl, okolo kterého stály židle.

V první ohniskové skupině vedle sebe seděli neslyšící dívka, neslyšící dívka, nedoslýchavá dívka, nedoslýchavý chlapec, neslyšící dívka a neslyšící chlapec.

Ve druhé ohniskové skupině byli vedle sebe nedoslýchavá dívka, neslyšící chlapec, neslyšící chlapec, nedoslýchavý chlapec, nedoslýchavý chlapec a nedoslýchavá dívka, přičemž žáci byli rozesazeni dle doporučení tlumočnic.

Po usazení žáků na místa moderátorka žákům sdělila, že byli vybráni jako účastníci ohniskové skupiny, přičemž jim vysvětlila, že ji zajímá jejich pohled na různé oblasti týkající se partnerství, manželství a rodičovství, přičemž žádná odpověď není ani správná ani špatná. Dále byli žáci upozorněni na to, že po položení otázky a po jejím překladu do znakového jazyka musí odpovídat tak, jak sedí a nikdo nikomu neskáče do řeči. Autorka také dodala, že pokud chce k danému tématu nějaký z žáků něco doplnit, počkat až odpoví jeho spolužák a on se přihlásí o slovo. Moderátorkou diskuze byla autorka disertační práce, která nejen pokládala otázky, ale rovněž zaznamenávala odpovědi. Spolumoderátory pak byly 2 tlumočnice znakového jazyka, kdy jedna tlumočnice měla sluchové postižení a druhá tlumočnice byla slyšící.

Ohnisková skupina probíhala tak, že autorka – moderátorka položila otázku a zaznamenávala odpovědi nedoslýchavých žáků. Neslyšícím žákům byla otázka s pomocí tlumočnic převedena do znakového jazyka a jejich odpověď byla ze znakového jazyka tlumočnicemi přeložena do mluvené řeči tak, aby autorka měla jistotu, že zaznamenané informace jsou co nejvíce přesné. Žáci nedoslýchaví odpovídali ve většině případů mluvenou řečí, následně byly jejich informace přeloženy do znakového jazyka, aby i žáci neslyšící byli seznámeni s obsahem odpovědi.

Limity ohniskové skupiny

Dominantní účastník ohniskové skupiny – Jak již bylo v charakteristice výzkumného souboru uvedeno, každá ohnisková skupina zahrnovala neslyšící i nedoslýchavé dívky a chlapce. V rámci první skupiny převažovali žáci, kteří navštěvovali střední školu ukončenou výučním listem. Ve srovnání s druhou skupinou žáků byly jejich odpovědi žáků spíše strohé a jednoslovné. Žáci měli často velké problémy formulovat své myšlenky. V rámci druhé skupiny, kde navštěvovali všichni účastníci střední odbornou školu, autorka shledala, že v rámci skupiny dominovala neslyšící dívka. Navzdory skutečnosti, že byla tato dívka neslyšící, měla poměrně dobrou slovní zásobu a úroveň kognitivních funkcí. Autorka může říci, že její odpovědi se vyznačovaly propracovaností a převyšovaly odpovědi ostatních účastníků ohniskové skupiny.

Komunikace mezi účastníky ohniskové skupiny – Přestože všem žákům bylo před samotnou realizací ohniskové skupiny sděleno, že nemají v průběhu odpovědí jiných účastníků komunikovat mezi sebou, objevovaly se u neslyšících účastníků tendence komunikovat mezi sebou prostřednictvím znakového jazyka, když jejich spolužák odpovídal na otázku.

Rozdíly v oblasti slovní zásoby mezi jednotlivými účastníky – Někteří účastníci, kteří neměli dostatečně bohatou slovní zásobu, nedovedli vyjádřit své myšlenky, nebo neznali vhodný termín, proto se často uchýlovali k jednoslovným odpovědím.

Nedodržování pořadí odpovídání na otázky – Před samotnou realizací ohniskové skupiny byli všichni žáci upozorněni, aby odpovídali popořadě. Tato instrukce byla žákům několikrát zopakována i během samotné realizace ohniskové skupiny. Přesto u některých otázek nejdříve odpovídali žáci nedoslýchaví, žáci, kteří měli dostatečnou slovní zásobu a nakonec ostatní.

Interakce mezi žáky – během realizace ohniskové skupiny se ukázalo, že mezi žáky první ohniskové skupiny, ve které převládali žáci navštěvující středního odborného učiliště, nepodněcovala skupinová interakce žáky k tomu, aby na základě podnětů jiných žáků své odpovědi rozvíjeli, ale spíše, aby je po žácích opakovali.

Odlíšný komunikační systém – do ohniskové skupiny byli zapojeni jak žáci neslyšící, tak žáci nedoslýchaví. I přes to, že téměř všichni žáci uvedli, že komunikují jak ve znakovém jazyce, tak prostřednictvím mluvené řeči, měli žáci v rámci ohniskové skupiny tendenci odpovídat mluvenou řečí. Z tohoto důvodu jejich odpověď musela být překládána do znakového jazyka, aby jí porozuměli i ostatní žáci.

9.5 Didaktická analýza učebnice dle Průchy jako výzkumná metoda

Průcha (1998) in Průcha, Walterová, Mareš (2003, s. 258 – 259) vymezuje učebnici jako „*druh knižní publikace uzpůsobené k didaktické komunikaci svým obsahem a strukturou. Má řadu typů, z nichž nejrozšířenější je školní učebnice. Ta funguje 1. Jako prvek kurikula, tj. prezentuje výsek plánovaného obsahu vzdělání; 2. Jako didaktický prostředek, tj. je informačním zdrojem pro žáky a učitele, řídí a stimuluje učení žáků. Výzkumu učebnice se v zahraničí věnují specializovaná vědecká pracoviště (text book research). Analýza učebnic se zaměřuje na strukturu didaktického textu, jeho obsah, rozsah, obtížnost, didaktickou vybavenost aj.*“

Dle Průchy (1998) rozlišujeme v rámci didaktické analýzy učebnic celkem 36 komponentů, které jsou rozděleny do 3 kategorií: 1. Aparát prezentace učiva; 2. Aparát řídicí učení; 3. Aparát orientační.

1. Aparát prezentace učiva

A. Verbální komponenty

1. Výkladový text prostý
2. Výkladový text zpřehledněný (přehledová schémata, tabulky, aj.)
3. Shrnutí učiva k celému celku
4. Shrnutí učiva k tématům (kapitolám, lekcím)
5. Shrnutí učiva k předchozímu ročníku
6. Doplnující texty (dokument, citace materiálů z pramenů, tabulky aj.)
7. Poznámky a vysvětlivky
8. Podtexty k vyobrazením
9. Slovníčky pojmů cizích slov aj.

B. Obrazové komponenty

1. Umělecká ilustrace
2. Nauková ilustrace (schematické kresby, modely aj.)
3. Fotografie
4. Mapy, kartogramy, kartodiagramy, plánky, grafy...
5. Obrazová prezentace barevná (tj. použití nejméně jedné barvy odlišné od textu)

EI – koeficient využití aparátu prezentace učiva

V rámci aparátu prezentace učiva hodnotíme 9 verbálních komponentů a 5 obrazových komponentů. Na základě součtu zjištěných verbálních a obrazových komponentů vypočítáme hodnotu $X = A + B$; tuto hodnotu dosadíme do vzorce $EI = (X/14) \cdot 100$

II. Aparát řídicí učení

C. Verbální komponenty

1. *Předmluva (úvod do předmětu, ročníku pro žáky)*
2. *Návod k práci s učebnicí (pro žáky nebo učitele)*
3. *Stimulace celková (podněty k zamyšlení, otázky aj. před celkovým učivem ročníku)*
4. *Stimulace detailní (podněty k zamyšlení, otázky aj. před nebo v průběhu lekcí, témat)*
5. *Odlišení úrovní učiva (základní – rozšiřující, povinné – nepovinné apod.)*
6. *Otázky a úkoly za témata*
7. *Otázky a úkoly k celému ročníku (opakování)*
8. *Instrukce a úkoly k předchozímu ročníku*
9. *Instrukce k úkolům komplexnější povahy (návodů k pokusům, pozorováním apod.)*
10. *Náměty pro mimoškolní činnosti s využitím učiva (aplikace)*
11. *Explicitní vyjádření cílů učení pro žáky*
12. *Prostředky a/nebo instrukce k sebehodnocení pro žáky (testy a jiné způsoby hodnocení výsledků učení)*
13. *Výsledky úkolů a cvičení (správná řešení, správné odpovědi apod.)*
14. *Odkazy na jiné zdroje informací (bibliografie, doporučená literatura aj.)*

D. Obrazové komponenty

1. *Grafické symboly vyznačující určité části textu (poučky, pravidla, úkoly, cvičení aj.)*
2. *Užití zvláštní barvy pro určité části textu*
3. *Užití zvláštního písma (kurzíva, tučné aj.) pro urč. části verbálního textu*
4. *Využití přední nebo zadní obálky (předsádky) pro schémata, tabulky, aj.*

EII – koeficient využití aparátu prezentace řídicí učení

Podobně jako využití aparátu prezentace učiva lze vypočítat i využití aparátu řídicí učení, kdy dohromady sečteme počet verbálních a obrazových komponentů ($Y = C + D$). Tento výsledek dosadíme do vzorce $EII = (Y/18) \cdot 100$

Poslední kategorií, kterou v rámci didaktické analýzy učebnice hodnotíme, je využití aparátu orientačního, u kterého v tomto případě hodnotíme pouze verbální komponenty.

III. Aparát orientační

E. Verbální komponenty

1. *Obsah učebnice*
2. *Členění učebnice na tematické bloky, lekce aj.*
3. *Marginálie, výhmaty, živá záhlaví aj.*
4. *Rejstřík (věcný, jmenný, smíšený)*

E III – koeficient využití orientačního aparátu

Počet verbálních komponentů v případě orientačního aparátu udává hodnotu $Z = E$, pomocí které můžeme vypočítat koeficient využití orientačního aparátu (EIII), kdy $EIII = (Z/4)*100$.

Ev – koeficient využití verbálních komponentů

Kromě výše zmíněných koeficientů lze v rámci didaktické analýzy učebnice vypočítat také využití verbálních komponentů EIV, kdy nejprve sečteme počet verbálních komponentů v sekci $V = A + C + E$, následně tuto hodnotu dosadíme do vzorce $Ev = (V/27)*100$

Eo – koeficient využití obrazových komponentů

Využití obrazových komponentů můžeme vypočítat po sečtení hodnoty $W = B + D$, kdy toto číslo dosadíme do vzorce $Eo = (W/9)*100$

Celkový koeficient didaktické vybavenosti učebnice E lze vypočítat ze vzorce

$$E = [(V+W)/36]*100$$

9.6 Interview s učiteli žáků se sluchovým postižením

Další výzkumnou metodou, která doplňovala výše uvedené výzkumné metody je individuální interview. Tato metoda umožňuje položit otázky, které doplní položky zahrnuté v dotazníku.

Interview je „*přímá interpersonální interakční situace sociálních rolí, ve které se jedna osoba, interviewer, ptá druhé osoby, respondenta, otázkami určenými k získání*

odpovědí vhodných k řešení výzkumného problému“ (Kerlinger, 1972, s. 459 in Zelina, 2009, s. 114).

Interview s učiteli žáků se sluchovým postižením obsahovalo celkem 8 otázek, které se zaměřovaly na sexuální výchovu žáků se sluchovým postižením. Do rozhovorů byli zapojeni ti učitelé žáků se sluchovým postižením, kteří vyučovali na základních školách především Výchovu k občanství. Otázky obsažené v rozhovoru se zaměřovaly na postoj k sexuální výchově, témata sexuální výchovy, informovanost žáků se sluchovým postižením v oblasti sexuální výchovy, realizaci sexuální výchovy a osobnost učitele ve vztahu k sexuální výchově. Rozhovory s učiteli byly realizovány bezprostředně po vyplnění dotazníku žáky.

9.7 Interview u dospělých osob se sluchovým postižením

V rámci interview u dospělých osob se sluchovým postižením položila autorka respondentům otázky, které měly nejen doplnit informace zjištěné v kvantitativní části disertační práce, ale zejména zjistit postoje a názory k danému tématu. V rámci interview autorka usilovala nejen o deskripci a analýzu informací, ale především o zachycení individuality jedince. V souladu s požadavky autorky, která se chtěla nejen změřit na téma partnerských vztahů, ale především zachytit individualitu jedince, preferovala v rámci interview menší počet respondentů a osobně realizované rozhovory. Ve dvou případech autorka pověřila realizací interview osobu, která s neslyšícími respondenty studuje, avšak v tom o případě se ukázala nevýhoda tohoto postupu, neboť tyto respondenti na téma odpovídali příliš stručně, což neodpovídalo autorčiným požadavkům.

Všechny rozhovory, realizované autorkou, byly se souhlasem jednotlivých účastníků nahrávány na mobilní telefon a následně přepsány. Rozhovory byly realizovány s jednotlivými účastníky osobně a doba realizace trvala 60 – 90 minut. Do rozhovorů se zapojili ti respondenti, kteří již v minulosti byli zapojeni do jiných výzkumných šetření realizovaných autorkou. Tito respondenti měli k autorce velmi vřelý a otevřený vztah, což se projevilo mimo jiné na jednotlivých odpovědích. Autorka měla předem připraven seznam témat, na která se chtěla respondentů zeptat, přičemž témata autorka zužovala či rozšiřovala v závislosti na odpovědích respondentů.

10 Analýza a deskripce výzkumných dat

10.1 Analýza dotazníku pro žáky se sluchovým postižením a žáky slyšící

Po sesbírání dat mezi žáky se sluchovým postižením a žáky bez sluchového postižení byla jednotlivá data kódována tak, že se ke každé položce v dotazníku nebo každé kategorii odpovědí přiřadil číselný kód. Dalším krokem bylo takzvané třídění. „*Třídění je postup, pomocí něhož zjišťujeme, kolik respondentů má společný jeden, případně více znaků.*“ (Chráska, s. 177). Výsledky třídění I. stupně byly zobrazeny pomocí přehledných tabulek, případně grafů. Posledním krokem při analýze dotazníku bylo ověřování hypotéz. Hypotézy byly testovány pomocí těchto statistických metod:

- ⇒ Test nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku
- ⇒ Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku
- ⇒ U - test Manna a Whitneyho
- ⇒ Spearmanův koeficient pořadové korelace

Jak již bylo v charakteristice výzkumného souboru uvedeno, výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 134 žáků se sluchovým postižením a 95 žáků slyšících. Věk žáků se sluchovým postižením se pohyboval mezi 13 – 26 lety, věk slyšících žáků se pohyboval mezi 13 – 17 lety. Z hlediska kategorie sluchového postižení bylo 56 žáků nedoslýchavých, 53 žáků neslyšících, 7 žáků mělo zbytky sluchu a 18 žákům byl implantován kochleární implantát. Většina žáků se sluchovým postižením (83,58 %) měla slyšící rodiče, 14,83 % žáků mělo oba rodiče sluchově postižené. Jen 1,49 % žáků mělo jednoho rodiče slyšícího a druhého rodiče sluchově postiženého. Většina žáků se sluchovým postižením, kteří uvedli, že mají sourozence, měla také slyšící sourozence. Níže uvedená tabulka uvádí sociodemografické charakteristiky respondentů se sluchovým postižením. Tyto sociodemografické charakteristiky byly prostřednictvím dotazníku zjišťovány pomocí položek 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32.

Sociodemografické charakteristiky respondentů se sluchovým postižením		
	Abs.	Rel. (%)
POHLAVÍ		
<i>Dívka</i>	87	64,93
<i>Chlapec</i>	47	35,07
Celkem	134	100,00
KATEGORIE SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ		
	Abs.	Rel. (%)
<i>Nedoslychavý</i>	56	41,79
<i>Osoba se zbytky sluchu</i>	7	5,22
<i>Neslyšící</i>	53	39,55
<i>Ohluchlý</i>	0	0
<i>Osoba s KI</i>	8	13,43
<i>Slyšící</i>	0	0
Celkem	134	100,00
RODIČE		
<i>Slyšící</i>	112	83,58
<i>Sluchové postižení</i>	20	14,93
<i>Jeden slyšící, druhý sluchově postižený</i>	2	1,49
Celkem	134	100,00
SOUROZENCI		
<i>Ano</i>	118	88,06
<i>Ne</i>	16	11,94
Celkem	134	100,00
SOUROZENCI JSOU:		
<i>Mladší</i>	47	39,83
<i>Starší</i>	45	38,14
<i>Mladší i starší</i>	26	19,40
Celkem	118	100,00
SOUROZENCI JSOU:		
<i>Slyšící</i>	90	67,16
<i>Sluchově postižení</i>	19	14,18
<i>Slyšící i sluchově postižení</i>	9	6,72
Celkem	118	100,00

Tabulka 10: Sociodemografické charakteristiky žáků se sluchovým postižením

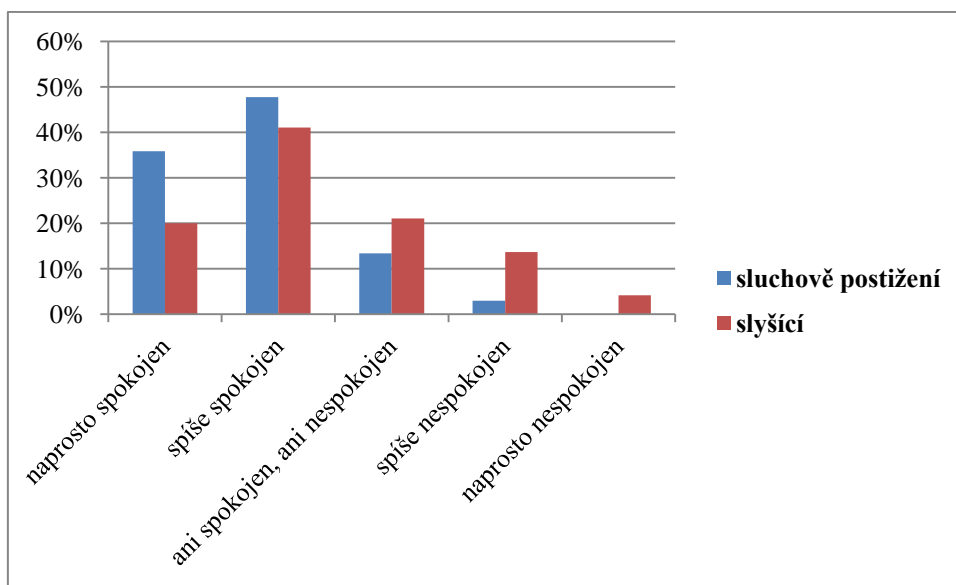
A) Otázky týkající se vnímání vlastního těla

První část dotazníku obsahovala celkem 10 položek, které se zabývaly vnímáním vlastního těla a tolerancí k různým projevům sexuálního chování či tolerancí k homosexualitě.

Spokojenost s vlastním tělem zjišťovala v rámci dotazníku položka č. 1. V rámci této položky byla žákům se sluchovým postižením nabídnuta numerická škála, prostřednictvím které se žáci vyjadřovali k tomu, jak jsou spokojeni s vlastním tělem. Na základě níže vyobrazené tabulky je celkem 83,58 % žáků se sluchovým postižením se svým tělem spíše či naprosto spokojeno. Kladný postoj ke svému tělu má rovněž 61,05 % slyšících žáků.

Spokojenost s vlastním tělem	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto spokojen	48	35,82	19	20,00
2 – spíše spokojen	64	47,76	39	41,05
3 – ani spokojen, ani nespokojen	18	13,43	20	21,05
4 – spíše nespokojen	4	2,99	13	13,68
5 – naprosto nespokojen	0	0	4	4,21
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 11: Spokojenost s vlastním tělem

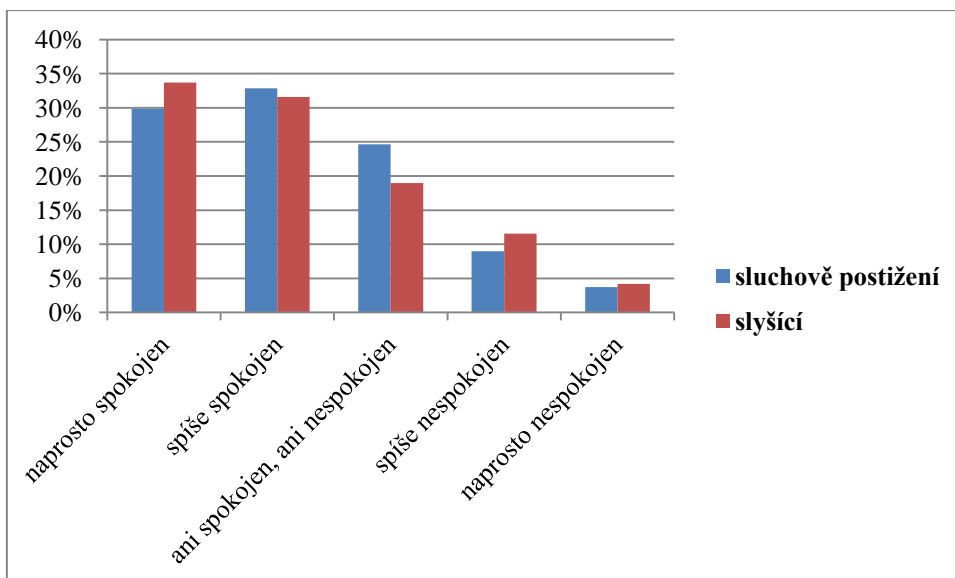


Graf 4: Spokojenost s vlastním tělem

Na podobném principu byla postavena také položka č. 3, prostřednictvím které žáci hodnotili **spokojenost se svou váhou**. Podobně jako v případě spokojenosti se svým tělem jsou žáci spokojeni také se svou váhou. Rovných 62,69 % žáků se sluchovým postižením v rámci odpovědi na tuto položku zvolilo možnost „naprosto spokojen či spíše spokojen“, stejné možnosti z odpovědí zvolilo také 65,26% slyšících žáků.

Spokojenost s vlastní váhou	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto spokojen	40	29,85	32	33,68
2 – spíše spokojen	44	32,84	30	31,58
3 – ani spokojen, ani nespokojen	33	24,63	18	18,95
4 – spíše nespokojen	12	8,96	11	11,58
5 – naprosto nespokojen	5	3,73	4	4,21
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 12: Spokojenost s vlastní váhou

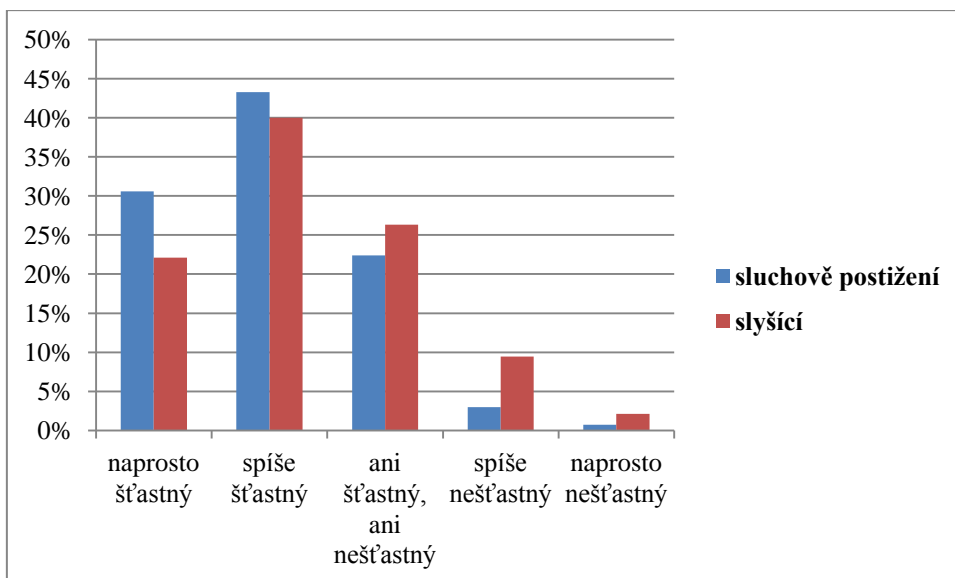


Graf 5: Spokojenost s vlastní váhou

V rámci dotazníků životní spokojenosti jsou respondenti z nejrůznějších kategorií dotazování na to, jak jsou v životě šťastni či spokojeni. Také autorka se rozhodla tuto položku zařadit do dotazníku. Ačkoli je pojem „štěstí“ poněkud abstraktní, a každý si pod tímto pojmem může představit něco jiného, jedná se o široce využívaný pojem, kterému rozuměli všichni dotazovaní. Proto jej autorka preferovala před pojmem spokojenost. Nad **mírou štěstí** se měli v rámci položky č. 4 zamyslet nejen žáci se sluchovým postižením, ale i žáci slyšící. Žákům byla opět nabídnuta 5 stupňová numerická škála. Jak výsledky ukázaly, 73,78 % žáků se sluchovým postižením se cítí být šťastných, neboť zvolilo odpověď „naprosto šťastný či spíše šťastný“, šťastní jsou i žáci slyšící neboť na tuto položku odpovědělo pozitivně 62,11 % z nich. Neutrálně se cítí 22,39 % žáků se sluchovým postižením a 26,32 % žáků bez sluchového postižení.

Míra štěstí	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto šťastný	41	30,60	21	22,11
2 – spíše šťastný	58	43,28	38	40,00
3 – ani šťastný, ani nešťastný	30	22,39	25	26,32
4 – spíše nešťastný	4	2,99	9	9,47
5 – naprosto nešťastný	1	0,75	2	2,11
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 13: Míra štěstí u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících

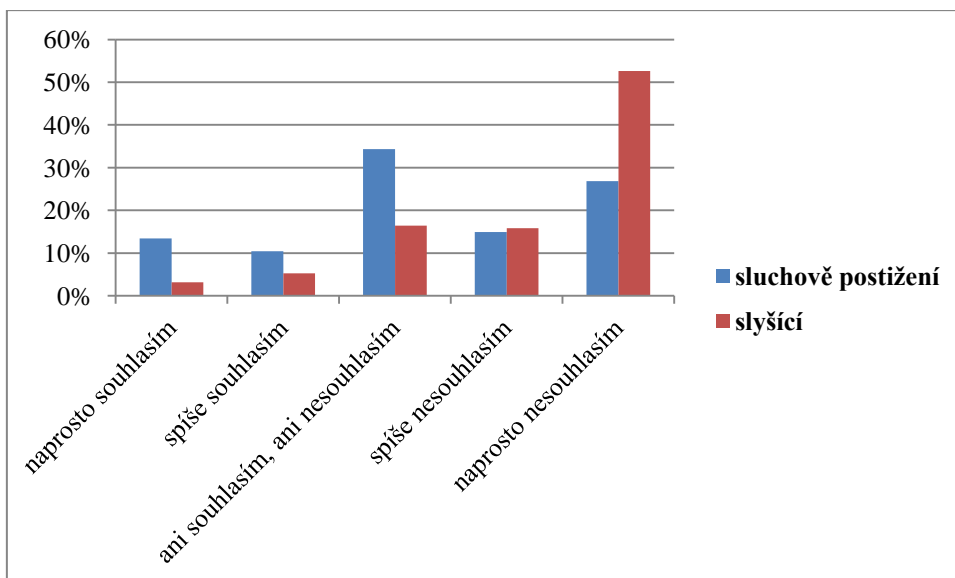


Graf 6: Míra štěstí u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících

Další položky v dotazníku, které souvisely s vnímáním vlastního těla, se zaměřovaly na toleranci k nejrůznějším sexuálním projevům. **Postoj** slyšících a sluchově postižených žáků **k masturbaci** zjišťovala položka č. 6, kdy žáci měli prostřednictvím Likertovy škály vyjádřit míru svého souhlasu s výrokem „*Masturbace je špatná.*“ Dle výsledků negativně pohlíží na masturbaci 23,88 % žáků se sluchovým postižením a pouhých 8,41 % žáků slyšících. U slyšících žáků převládá pozitivní názor na masturbaci, neboť 68,42 % slyšících žáků považuje masturbaci za normální a přirozenou. U žáků se sluchovým postižením považuje masturbaci za přirozenou 41,80 % žáků a rovných 34,33 % z nich má k masturbaci neutrální postoj.

„Masturbace je špatná“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto souhlasím	18	13,43	3	3,15
2 – spíše souhlasím	14	10,45	5	5,26
3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím	46	34,33	22	16,42
4 – spíše nesouhlasím	20	14,93	15	15,79
5 – naprosto nesouhlasím	36	26,87	50	52,63
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 14: Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“



Graf 7: Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“

Prostřednictvím položky č. 7 a položky č. 8 bylo zjišťováno, jaký mají žáci se sluchovým postižením a žáci slyšící **postoj k vodění se za ruce na veřejnosti** a **postoj k líbání na veřejnosti**. Dle níže vyobrazených tabulek mají žáci se sluchovým postižením a žáci slyšící k oběma aktivitám pozitivní vztah. Vodění se za ruce na veřejnosti vadí pouze 12,69 % žáků se sluchovým postižením a 7,37 % žáků slyšících. K líbání na veřejnosti se pak negativně vyjádřilo 16,41 % žáků se sluchovým postižením a 15,79 % žáků slyšících. Naopak vodění se za ruce na veřejnosti nevadí 79,58 % žáků se sluchovým postižením a 75,79 % žáků slyšících. Podobně tolerantní jsou žáci také k líbání na veřejnosti, neboť 65,67 % žáků se sluchovým postižením a 64,21 % slyšících žáků je k této aktivitě tolerantní.

„Vadí mi, když vidím na ulici dvě osoby, jak se vedou za ruce“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto souhlasím	12	8,96	4	4,21
2 – spíše souhlasím	5	3,73	3	3,16
3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím	10	7,46	16	16,84
4 – spíše nesouhlasím	21	15,67	13	13,68
5 – naprosto nesouhlasím	86	64,18	59	62,11
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 15: Míra souhlasu s výrokem „Vadí mi, když vidím na ulici dvě osoby, jak se vedou za ruce.“

„Vadí mi, když vidím na ulici dvě osoby, jak se líbají“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto souhlasím	7	5,22	5	5,26
2 – spíše souhlasím	15	11,19	10	10,53
3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím	24	17,91	19	20
4 – spíše nesouhlasím	22	16,42	20	21,05
5 – naprosto nesouhlasím	66	49,25	41	43,16
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 16: Míra souhlasu s výrokem „Vadí mi, když vidím na ulici dvě osoby, jak se líbají“

První sekci dotazníku, věnující se vnímání vlastního těla a toleranci k projevům náklonnosti na veřejnosti, uzavřely položky č. 9, 10, kde žáci vyjádřili svůj **postoj ke sňatku homosexuálů a jejich právu vychovávat děti**. Jak bylo uvedeno v teoretické části disertační práce, v České republice není povolen sňatek homosexuálů, ale je jim povoleno uzavřít registrované partnerství. Vzhledem ke skutečnosti, že autorka předpokládala, že by žáci nerozuměli pojmu „registrované partnerství“, vyjadřovali se žáci ke sňatku homosexuálů.

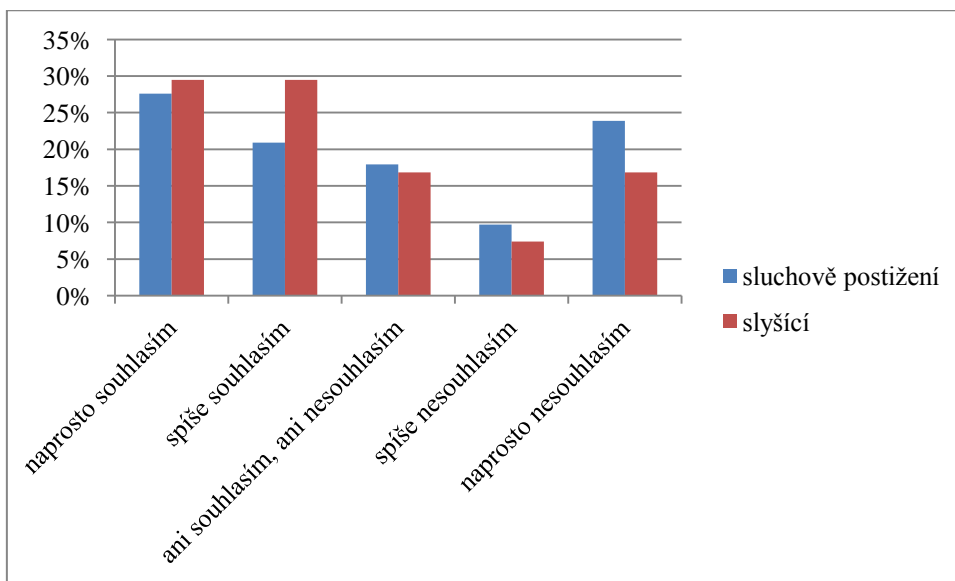
„Osoby stejného pohlaví mají mít právo uzavřít manželství“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto souhlasím	40	29,85	32	22,68
2 – spíše souhlasím	9	6,72	14	14,74
3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím	30	22,39	26	27,37
4 – spíše nesouhlasím	13	9,70	9	9,47
5 – naprosto nesouhlasím	42	31,34	14	14,73
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 17: Míra souhlasu s výrokem „Osoby stejného pohlaví mají mít právo uzavřít manželství.“

Jak ukazuje výše zobrazená tabulka, postoje žáků se sluchovým postižením k uzavření manželství mezi homosexuály, jsou poměrně vyrovnané. Negativně nahlíží na sňatky homosexuálů 41,04 % žáků se sluchovým postižením, avšak tolerantní je k tomuto aktu 36,57 % žáků se sluchovým postižením. Nevyhraněný názor na uzavření manželství mezi homosexuály má 22,39 % žáků se sluchovým postižením. Právo na uzavření manželství mezi osobami stejného pohlaví má podle 37,42 % slyšících žáků, 27,37 % žáků má k tomuto aktu neutrální postoj a 24,20 % těchto žáků není tolerantní k sňatku homosexuálů.

„Osoby stejného pohlaví mají mít právo vychovávat děti“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – naprosto souhlasím	37	27,61	28	29,47
2 – spíše souhlasím	28	20,90	28	29,47
3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím	24	17,91	16	16,84
4 – spíše nesouhlasím	13	9,70	7	7,37
5 – naprosto nesouhlasím	32	23,88	16	16,84
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 18: Míra souhlasu s výrokem „Osoby stejného pohlaví mají právo vychovávat děti.“



Graf 8: Míra souhlasu s výrokem „Osoby stejného pohlaví mají právo vychovávat děti.“

Zajímavým zjištěním jsou výsledky výše znázorněné tabulky a grafu je, které ukázaly, že téměř polovina žáků se sluchovým postižením (48,51 %) souhlasí s tím, aby homosexuálové vychovávali děti. Stejně se vyjádřila více než polovina (58,94 %) žáků slyšících. Negativně nahlíží na výchovu dětí homosexuály 33,58 % žáků se sluchovým postižením a 24,21 % slyšících žáků.

B) Oblast sexuality a sexuálně-reprodukčního zdraví

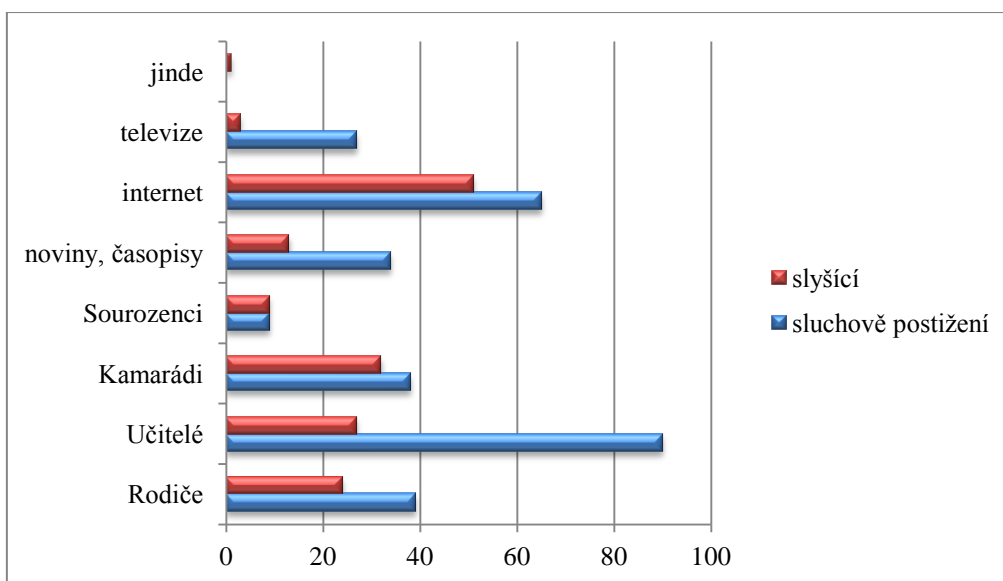
Druhá oblast dotazníku se zabývala otázkami sexuality a sexuálně-reprodukčního zdraví. Touto oblastí se zabývaly položky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19.

Z hlediska **subjektivního hodnocení znalostí antikoncepce** lze konstatovat, že více než 88,06 % žáků se sluchovým postižením hodnotí své znalosti antikoncepce známkou 1 – 3, přičemž procentuální zastoupení jednotlivých známek je poměrně vyvážené. Podobně jako žáci se sluchovým postižením hodnotí své znalosti antikoncepce také žáci slyšící, kteří zvolili známku 1 – 3 v 89, 8% případech, přičemž převládající známkou byla známka 2.

„Hodnocení znalostí antikoncepce“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – výborně	45	33,58	21	22,11
2 – chvalitebně	40	29,85	43	45,26
3 – dobře	33	24,63	21	22,11
4 – dostatečně	6	4,48	8	8,42
5 – nedostatečně	10	7,46	2	2,11
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 19: Hodnocení znalostí antikoncepce

Položku č. 11, která se zabývala znalostmi antikoncepce, doplňovala položka č. 12, prostřednictvím které se měli žáci vyjádřit, **z jakých zdrojů čerpají znalosti o antikoncepci**. Tato položka byla nabízena jako výčtová, přičemž žáci mohli zvolit více možností. Jak dokládá níže vyobrazený graf, žáci se sluchovým postižením se dozívají nejvíce znalostí v rámci školní výuky od učitelů, velkým zdrojem znalostí je také internet a rodiče samotných žáků. Pro žáky bez sluchového postižení je naopak hlavním zdrojem informací již jednou zmíněný internet, následovaný kamarády. Je třeba upozornit, že obě skupiny žáků považují za důležitý zdroj informací internet, přičemž u žáků se sluchovým postižením může tento zdroj představovat problém, neboť žáci si mohou informace uvedené na internetu špatně interpretovat.



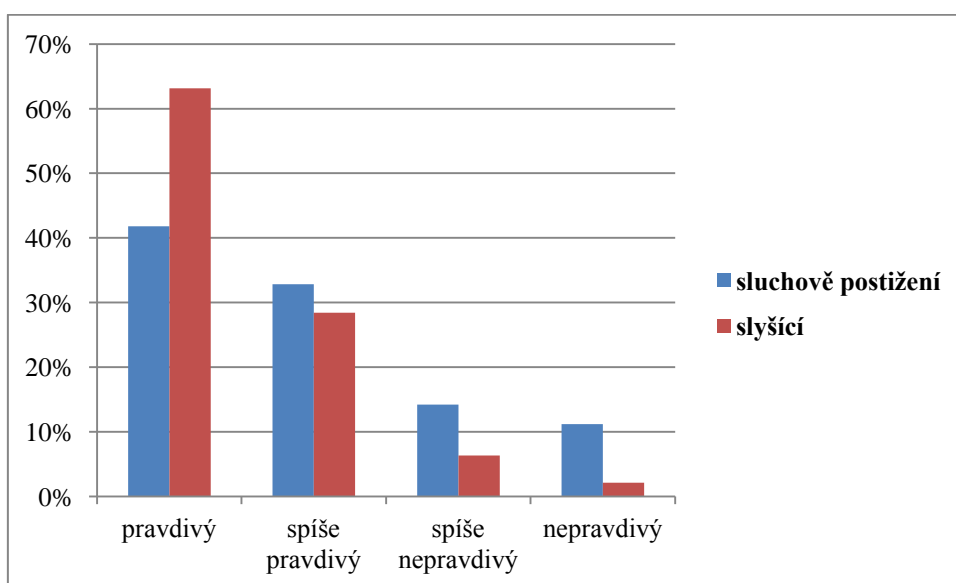
Graf 9: Zdroje informací o antikoncepci z pohledu žáků

Prostřednictvím položky č. 13 se žáci vyjadřovali k tomu, zdali **může dívka otěhotnět při prvním pohlavním styku**. V rámci této položky žáci vybírali nikoli míru souhlasu s nabízenou položkou, ale míru pravdivosti předkládané položky. Žákům byla předložena 4 stupňová škála, přičemž byla vynechána možnost „nevím“. Tato položka zjišťovala nejen míru pravdivosti, ale také umožňovala určit procentuální zastoupení správných a špatných

odpovědí. Pokud žáci zvolili možnost 1 až 2, lze na základě této volby uvažovat o tom, že jsou srozuměni s tím, že dívka opravdu může otěhotnět i při prvním pohlavním styku. Naopak pokud žáci zvolili možnost 3 a 4, myslí si, že se takto stát nemůže, což může být především pro učitele varováním a podnětem ke zvýšení informovanosti v této otázce.

„Žena může při prvním pohlavním styku otěhotnět.“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – pravdivý	56	41,79	60	63,16
2 – spíše pravdivý	44	32,84	27	28,42
3 – spíše nepravdivý	19	14,18	6	6,32
4 – nepravdivý	15	11,19	2	2,11
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 20: Hodnocení pravdivosti výroku „Může žena při prvním pohlavním styku otěhotnět?“



Graf 10: Hodnocení pravdivosti výroku „Může žena při prvním pohlavním styku otěhotnět?“

Jak ukazují výše znázorněná tabulka a graf 74,63 % žáků se sluchovým postižením a 91,58 % slyšících žáků je seznámeno s tím, že i při prvním pohlavním styku, který je bez ochrany, může dívka otěhotnět. Z tohoto důvodu je třeba i při prvním pohlavním styku používat ochranu. V souvislosti s odpovědí na tuto otázku je třeba poukázat na skutečnost, že ¼ žáků se sluchovým postižením se domnívá, že při prvním pohlavním styku otěhotnět nelze.

Na podobném principu jako položka č. 11, ve které žáci se sluchovým postižením subjektivně hodnotili své znalosti antikoncepce, zjišťovala položka č. 15 **subjektivní hodnocení znalostí pohlavních chorob**. Jak můžeme vidět ve znázorněné tabulce, hodnotí své znalosti pohlavních chorob známkou 1 – 3 celkem 63,43 % žáků se sluchovým postižením, ale rovných 80 % slyšících. Poměrně negativním zjištěním je, že 36,43 % žáků se sluchovým postižením považuje své znalosti o pohlavních chorobách za dostatečné či dokonce

nedostatečné. Z tohoto důvodu je třeba věnovat informacím žáků se sluchovým postižením o pohlavních chorobách náležitou pozornost.

„Hodnocení znalostí o pohlavních chorobách“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – výborně	16	11,94	12	12,63
2 – chvalitebně	40	29,85	31	32,63
3 – dobře	29	21,64	33	34,74
4 – dostatečně	24	17,91	16	16,84
5 – nedostatečně	25	18,66	3	3,16
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 21: Hodnocení znalostí pohlavních chorob

Zajímavé zjištění přinesla položka č. 17, u které žáci prostřednictvím 4 stupňové škály hodnotili pravdivost jednotlivých způsobů přenosu viru HIV. U této položky je třeba upozornit, že **všechny nabízené výroky**, ke kterým se žáci vyjadřovali, **byly nepravdivé**. Jako zdroj informací pro formulaci výroků byly použity závěry týkající se největších mýtů o nemoci AIDS z teoretické části disertační práce.

„AIDS může být přenášen pomocí slin“	Sluchově postižení		Slyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
1 – pravdivá	31	23,13	28	29,47
2 – spíše pravdivá	27	20,15	21	22,11
3 – spíše nepravdivá	29	21,64	14	14,74
4 – nepravdivá	47	35,07	32	33,68
Celkem	134	100,00	95	100,00
„AIDS může být přenášen pomocí WC sedátka.“				
1 - pravdivá	17	12,69	5	5,26
2 – spíše pravdivá	29	21,64	12	12,63
3 – spíše nepravdivá	36	26,87	24	17,91
4 – nepravdivá	52	38,81	54	56,84
Celkem	134	100,00	95	100,00
„AIDS může být přenášen pomocí nádobí.“				
1 – pravdivá	11	8,21	3	3,16
2 – spíše pravdivá	12	8,96	6	6,32
3 – spíše nepravdivá	34	25,37	24	25,26
4 – nepravdivá	77	57,46	62	65,26
Celkem	134	100,00	95	100,00
„AIDS může být přenášen kousnutím komára.“				
1 – pravdivá	26	19,40	17	17,89
2 – spíše pravdivá	20	14,93	33	34,74
3 – spíše nepravdivá	28	20,90	18	18,95
4 – nepravdivá	60	44,78	27	28,42
Celkem	134	100,00	95	100,00

Tabulka 22: Způsoby přenosu HIV/AIDS

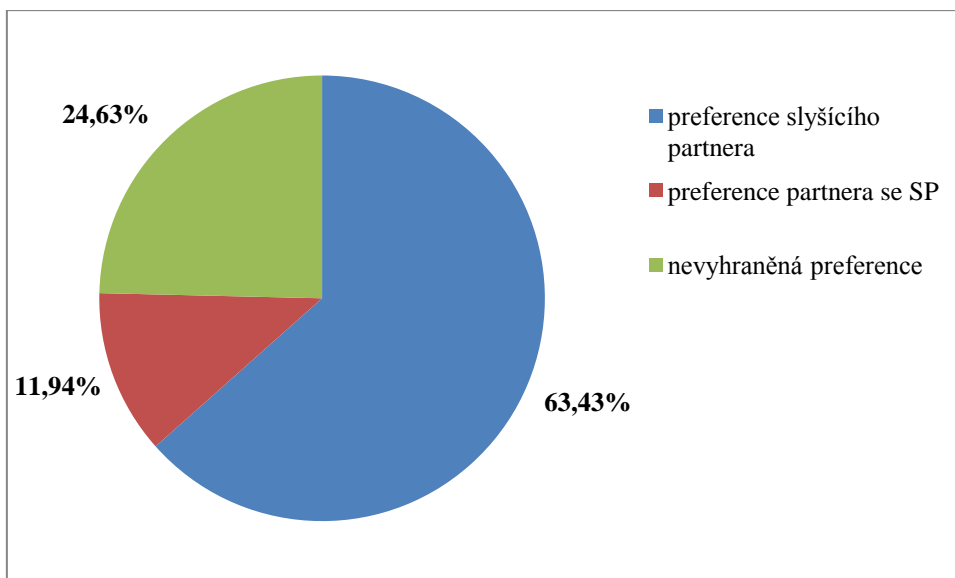
Jak ukazuje tabulka 21, vyjadřovali se žáci se sluchovým postižením i žáci slyšící k pravdivosti přenosu onemocnění AIDS prostřednictvím slin, WC sedátka, nádobí

a kousnutí komára. Poměrně překvapivý závěr přinesla položka, ve které se žáci vyjadřovali k pravdivosti přenosu onemocnění AIDS prostřednictvím slin, neboť více než 43,28 % žáků se sluchovým postižením, a dokonce více než polovina (51,58 %) slyšících žáků hodnotí tuto položku jako pravdivou či spíše pravdivou a můžeme tedy říci, že považuje tento způsob přenosu onemocnění AIDS za možný. V porovnání se slyšícími žáky si také 33,34 % žáků se sluchovým postižením myslí, že onemocnění AIDS může být přenášeno prostřednictvím WC sedátka. Velké procento nesprávných odpovědí se vyskytlo ve vztahu k výroku: „**AIDS může být přenášeno kousnutím komára**“, kdy si 34,33 % žáků se sluchovým postižením a dokonce 52,63 % slyšících žáků myslí, že tímto způsobem onemocnění AIDS mohou dostat. Na základě těchto zjištění je třeba apelovat na učitele, aby věnovali náležitou pozornost způsobům přenosu HIV/AIDS a vyvraceli mýty s tímto onemocněním spojené.

Onemocnění HIV/AIDS se věnovala také položka č. 18. V rámci této položky byla žákům nabídnuta klasická 5 stupňová Likertova škála, ve které se žáci měli vyjádřit k výroku: „**AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel.**“ Je poměrně nepříjemným zjištěním, že téměř polovina (48,51 %) žáků se sluchovým postižením naprosto souhlasí či spíše souhlasí s tímto výrokem, neboť se vlastně domnívají, že jich se onemocnění HIV/AIDS naprosto netýká. Ze skupiny slyšících s tímto výrokem naprosto souhlasí či spíše souhlasí 16,84 % slyšících žáků.

C) Oblast manželství, rodičovství a partnerství

Třetí část dotazníku se věnovala oblasti manželství, partnerství a rodičovství. Výsledky ukázaly, že do **manželství** by chtělo vstoupit 68,65 % žáků se sluchovým postižením a 69,47 % žáků slyšících. **Obě skupiny rovněž plánují v budoucnu mít dítě.** K této otázce se kladně vyjádřilo 73,88 % žáků se sluchovým postižením a 70,53 % slyšících žáků. V otázce vyjadřující se k **volbě partnera** je 63,43 % žáků se sluchovým postižením jedno, zdali partner bude slyšící či sluchově postižený a 24,63 % žáků preferuje partnera slyšícího. U žáků slyšících se názor „Je mi to jedno“ objevil v 22,1 % případů.



Graf 11: Preference partnera ze strany žáků se sluchovým postižením

10.1.1 Vyhodnocení hypotéz⁸²

H1: „Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících existuje statisticky významný rozdíl.““

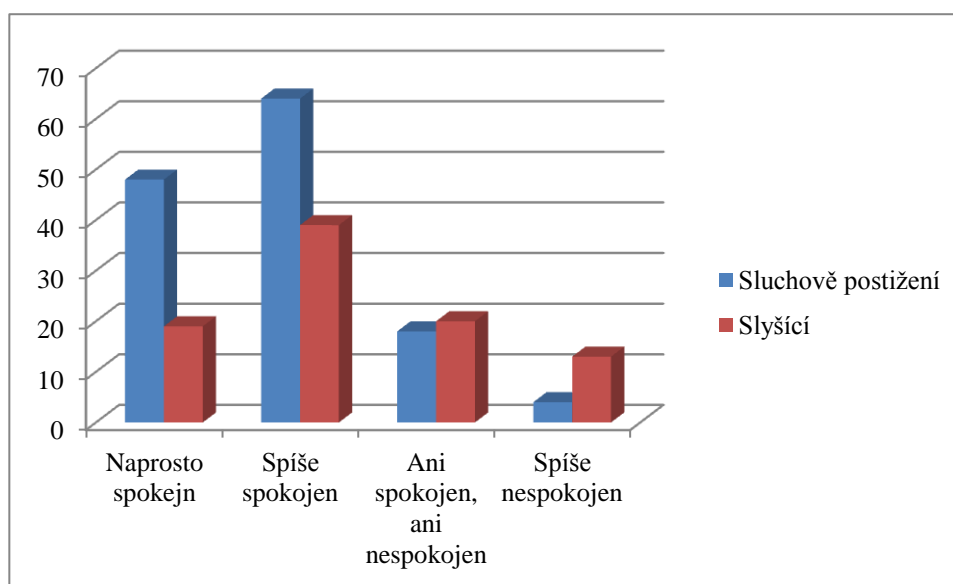
H0: „Míra spokojenosti s vlastním tělem je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.““

HA: „Míra spokojenosti s vlastním tělem je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.““

Vzhledem ke skutečnosti, že autorka pracovala s dvěma výběrovými soubory a ordinárními daty, byla hypotéza ověřována prostřednictvím neparametrického **U-testu Manna a Whitneyho**. Cílem tohoto testu bylo zjistit, zdali přítomnost či absence sluchového postižení ovlivňuje míru spokojenosti s vlastním tělem. Zvolená hladina významnosti byla 0,05. Vypočítaná hodnota $U_1 = 8248$, vypočítaná hodnota $U_2 = 4482$. Protože U test Manna a Whitneyho byl v tomto případě použit u souboru o velikosti > 20 , byla vypočítána hodnota tzv. *normované normální veličiny*. Testovým kritériem byla menší z obou hodnot $U = 4482$. **Vypočítaná hodnota normované normální veličiny byla $|\mu| = 3,881$.** Tato hodnota byla srovnána s kritickou hodnotou normované normální veličiny 1,96 pro hladinu významnosti 0,05. Vzhledem k tomu, že je **vypočítaná hodnota normované normální veličiny větší než kritická hodnota, přijímáme HA**. Z výsledků tedy vyplývá, že **mezi hodnocením**

⁸² Hypotézy byly vyhodnoceny prostřednictvím programu Social Science Statistics

spokojenosti s vlastním tělem u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících existuje statisticky významný rozdíl.



Graf 12: Míra spokojenosti s vlastním tělem v závislosti na přítomnosti či absenci sluchového postižení

H2: „Existuje vztah mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a spokojeností s váhou u žáků se sluchovým postižením.“

H0: „Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením neexistuje statisticky významná závislost.“

HA: „Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením existuje statisticky významná závislost.“

Tato hypotéza byla ověřována prostřednictvím položek „Jak jsi spokojený s vlastním tělem?“ (č. 1) a „Jak jsi spokojený se svou váhou?“ (č. 3), přičemž k ověření hypotézy byl použit **Spearmanův koeficient pořadové korelace**. Spearmanův koeficient pořadové korelace je v tomto případě $r_s = 0,337$. Z výsledku vyplývá, že mezi hodnocením spokojenosti s vlastním tělem a hodnocením spokojenosti s vlastní **váhou existuje nízká závislost**. Výsledek můžeme interpretovat tak, že vyšší hodnoty v prvním případě odpovídají vyšším hodnotám v druhém případě, a naopak nižší hodnoty v prvním případě odpovídají spíše nižším hodnotám v druhém případě. Podobně jako v řadě tuzemských i zahraničních výzkumů i tato hypotéza dokazuje, že tělesná váha má na spokojenost se svým tělem vliv. Je tedy třeba, aby i tomuto tématu věnovali pedagogové žáků v rámci sexuální výchovy pozornost a učili žáky pozitivně

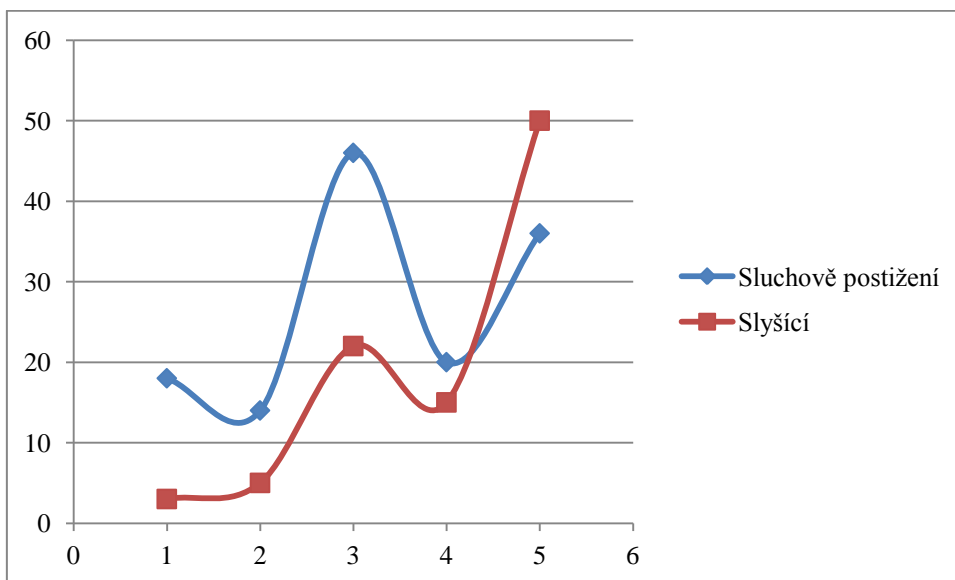
přijímat vlastní tělo, i přes jeho nedostatky. V opačném případě mohou žáci nejen své tělo odmítat, ale jsou ohroženi rovněž poruchami příjmu potravy.

H3: „Existuje vztah mezi přítomností a absencí sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.““

H0: „Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ je u žáků se sluchovým postižením i žáků slyšících stejná.“

HA: „Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ je u žáků se sluchovým postižením i žáků slyšících různá.“

Pro potvrzení či vyvrácení H0 byl v tomto případě použit neparametrický **U-test Manna a Whitneyho**. Pro oba soubory byla vypočítána hodnota testového kritéria U, kdy $U_1 = 8482$ a $U_2 = 4248$. Pro testování byla použita menší z obou hodnot, tedy $U = 4248$. Pomocí této hodnoty byla vypočítána **normovaná normální veličina, která vyšla $|\mu| = 4,284$** . Tato hodnota byla větší než kritická hodnota 1,96 pro zvolenou hladinu významnosti 0,05. Můžeme tedy říci, že **mezi absencí a přítomností sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ existuje statisticky významná závislost.**“



Graf 13: Míra souhlasu s výrokem: „Masturbace je špatná“ u žáků se sluchovým postižením a žáků bez sluchového postižení

H4: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategorií sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

H0: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategorií sluchového postižení neexistuje statisticky významná závislost.“

HA: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategorií sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

Tato hypotéza byla testována prostřednictvím **testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku**, přičemž jako proměnné sloužily kategorie sluchového postižení (položka č. 27) a hodnocení znalostí antikoncepce (položka č. 11). Z důvodu nízkých četností byly sloučeny možnosti osoby se zbytky sluchu a osoby s KI. Proměnná sluchové postižení tedy obsahovala možnost (nedoslýchavý, neslyšící, osoby se zbytky sluchu a KI). V rámci proměnné hodnocení znalostí antikoncepce pak byly opět z důvodu nízkých četností sloučeny hodnoty 4 a 5.

Kategorie SP	Míra hodnocení znalostí antikoncepce				Celkem
	1	2	3	4+5	
Nedoslýchaví	19(18,81)	17(16,72)	17(13,79)	3(6,69)	56
Zbytky sluchu a KI	7(8,40)	9(7,46)	6(6,16)	3(2,99)	25
Neslyšící	19(17,80)	14(15,82)	10(13,05)	10(6,33)	53
Celkem	45	40	33	16	134

Tabulka 23: Kontingenční tabulka k hypotéze: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí-kvadrát byla $X^2 = 6,473$. Tato hodnota byla srovnávána s hodnotou testového kritéria pro 6 stupňů volnosti a hladinu významnosti 0,05. Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší než kritická hodnota chí-kvadrát pro 6 stupňů volnosti a hladinu významnosti 0,05, která činí $X^2 = 12,592$. Ve výsledku **přijímáme H0**. Můžeme tedy říci, že **mezi hodnocením znalostí antikoncepce a jednotlivými kategoriemi osob se sluchovým postižením není statisticky významný rozdíl**.

H5: „Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

H0: „Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení neexistuje statisticky významná závislost.“

HA: „Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

Jako podklad pro tuto hypotézu sloužily položky: „Jakou známkou bys ohodnotil své znalosti o pohlavních chorobách?“ (č. 14) a „Kategorie sluchového postižení“ (č. 27). Hypotéza byla ověřována prostřednictvím **testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku** a to na hladině významnosti 0,05.

Kategorie SP	Míra hodnocení znalostí pohlavních chorob					Celkem
	1	2	3	4	5	
Nedoslýchaví	9(6,69)	15(16,72)	14(12,12)	13(10,03)	5(10,45) -	56
Zbytky sluchu a KI	2(2,99)	10(7,46)	6(5,41)	5(4,48)	2(4,66)	25
Neslyšící	5(6,33)	15(15,82)	9(11,47)	6(9,49)	18(9,89) +++	53
Celkem	16	40	29	24	25	134

Tabulka 24: Kontingenční tabulka k ověření hypotézy: „Existuje vztah mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení

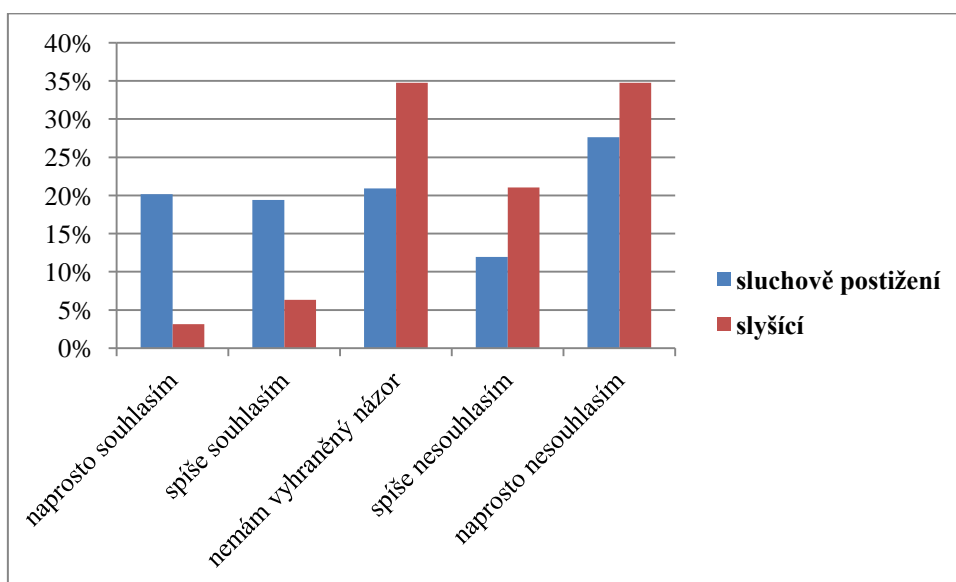
Výpočty ukázaly, že testová hodnota chí-kvadrát je rovna $X^2 = 16,617$. Kritická hodnota chí-kvadrát pro 8 stupňů volnosti a hladinu významnosti 0,05 činí $X^2 = 15,507$. Hodnota testová hodnota chí-kvadrát 16,617 je větší než kritická hodnota chí-kvadrát 15,507. Na základě tohoto zjištění **odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní**. Můžeme tedy říci, že existuje statisticky významná závislost mezi jednotlivými kategoriemi sluchového postižení a hodnocením znalostí pohlavních chorob. Znaménkový test ukázal, že neslyšící častěji hodnotily své znalosti pohlavních chorob známkou 5, na rozdíl od jiných kategorií osob se sluchovým postižením.

H6: Existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ a absencí či přítomností sluchového postižení.

H0: „Míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících je stejná.“

HA: „Míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“

Tato hypotéza byla ověřována prostřednictvím neparametrického **U-testu Manna a Whitneyho**. Zvolená hladina významnosti byla 0,05. Pro první soubor vyšla hodnota $U_1 = 8083$, pro druhý soubor vyšla hodnota $U_2 = 4647$. Testovým kritériem je menší z obou hodnot $U = 4647$. Pomocí testového kritéria $U = 4647$ byla vypočítaná normovaná normální veličina, která činila $|\mu| = 3,477$. Tato hodnota byla srovnána s kritickou hodnotou pro hladinu významnosti 0,05, která činila 1,96. Výsledky jasně ukazují, že vypočítaná normovaná normální veličina je větší než kritická hodnota. Na základě tohoto zjištění **odmítáme H_0 a přijímáme H_A** , která stanovuje, že míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ se u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících liší. Výrok „AIDS je nemoc homosexuálů“ je nepravdivý, neboť z dostupné literatury víme, že virus HIV a následně onemocnění AIDS může dostat kdokoli, kdo nedodrží zásady bezpečného pohlavního styku. Níže zobrazený graf však ukazuje, že 39,55 % žáků se sluchovým postižením se nesprávně domnívá, že AIDS je nemoc homosexuálů, neboť tyto žáci zvolili v souvislosti s výrokem možnost „naprosto souhlasím či spíše souhlasím.“ Slyšící žáci na rozdíl od žáků se sluchovým postižením zvolili možnost „naprosto souhlasím či spíše souhlasím“ v 9,48 %.



Graf 14: Míra souhlasu s výrokem: „AIDS je nemoc homosexuálů“ u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících

H7: Existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením.

H0: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením neexistuje statisticky významná závislost.“

HA: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením existuje statisticky významná závislost.“

Tato hypotéza byla testována prostřednictvím **Spearmanova koeficientu pořadové korelace**. Jako proměnná byla použita položka č. 11 („Hodnocení znalostí antikoncepce“) a položka č. 14 („Hodnocení znalostí pohlavních chorob“). Výsledná hodnota Spearmanova koeficientu korelace $r_s = 0,186$ **přijímáme tedy HA**, neboť výsledek dokazuje, že mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob existuje u žáků se sluchovým postižením statisticky významná závislost. Koeficient korelace se pohybuje v rozmezí $0,20 > Rho \geq 0,00$. Mezi sledovanými jevy **existuje velmi nízká závislost**.

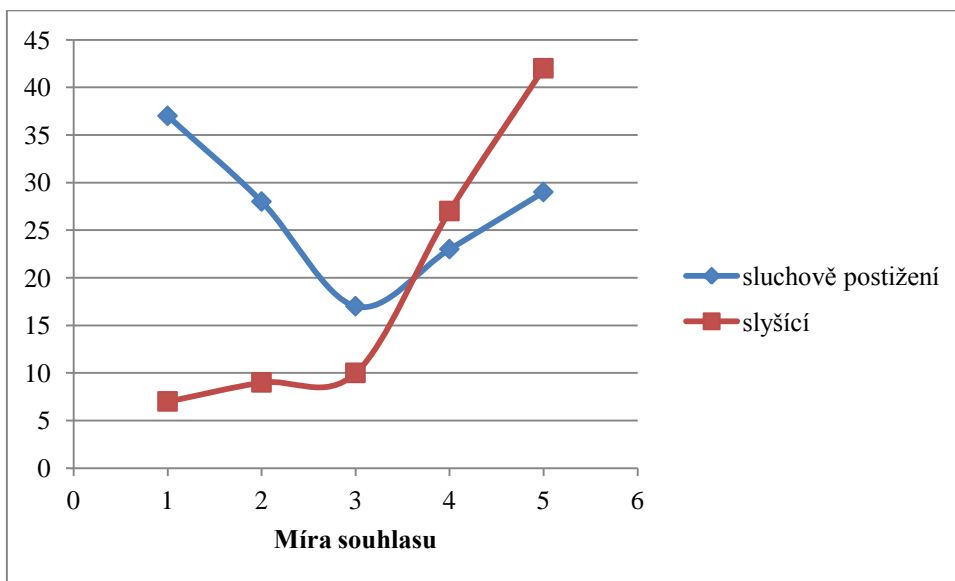
H8: Existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení.

H0: „Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení neexistuje statisticky významný rozdíl.“

HA: „Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl.“

Tato hypotéza byla ověřována prostřednictvím neparametrického **U-testu Manna a Whitneyho** na hladině významnosti 0,05. Vypočítaná hodnota pro 1. soubor $U_1 = 8867$. Vypočítaná hodnota pro 2. soubor $U_2 = 3863$. Jako testové kritérium byla použita menší z obou hodnot $U = 3863$, pomocí kterého se vypočítala normovaná normální veličina. Normovaná normální veličina je $|\mu| = 5,064$. Tato hodnota byla srovnána s kritickou hodnotou normované normální veličiny pro 0,05 stupňů volnosti, která je rovna $|\mu| = 1,96$. **Protože je vypočítaná hodnota normované normální veličiny větší než kritická hodnota normované normální veličiny, odmítáme H0 a přijímáme HA**. Můžeme tedy říci, že míra souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ je u žáků se sluchovým

postižením a žáků slyšících různá. Podobně jako v souvislosti s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ je i výrok „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny (prostitutky, narkomani)“ nepravdivý. Jak zobrazuje níže znázorněný graf, žáci se sluchovým postižením častěji než žáci slyšící volili v souvislosti s tímto výrokem možnost „naprosto souhlasím nebo spíše souhlasím.“ Procentuálně se mezi žáky se sluchovým postižením vyskytuje 48,51 % těch, kteří volili možnost „naprosto souhlasím či spíše souhlasím“. Tyto možnosti volilo jen 16,84 % slyšících žáků.



Graf 15: Míra souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ u osob se sluchovým postižením a osob bez sluchového postižení

H9: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

HA: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“

Tuto hypotézu ověříme pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, přičemž pro účely testování hypotézy H9 byly sloučeny možnosti pravdivá + spíše nepravdivá = PRAVDA a možnosti spíše nepravdivá + nepravdivá = NENÍ TO PRAVDA. Jako podklad pro hypotézu sloužila položka 17a.

Skupina	„AIDS může být přenášeno pomocí slin.“		
	Pravda	Není to pravda	Celkem
Sluchově postižení	58 (62,61)	76 (71,39)	134
Slyšící	49 (44,39)	46 (50,61)	95
Celkem	107	122	229

Tabulka 25: Čtyřpolní tabulka pro hypotézu „Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.“

Vypočítaná hodnota chí-kvadrát $X^2 = 1,5367$. Kritická hodnota $X^2_{0,05}(1) = 3,841$. Protože je vypočítaná hodnota chí-kvadrát menší než kritická hodnota, **přijímáme H0**. Můžeme tedy říci, že četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.

H10: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

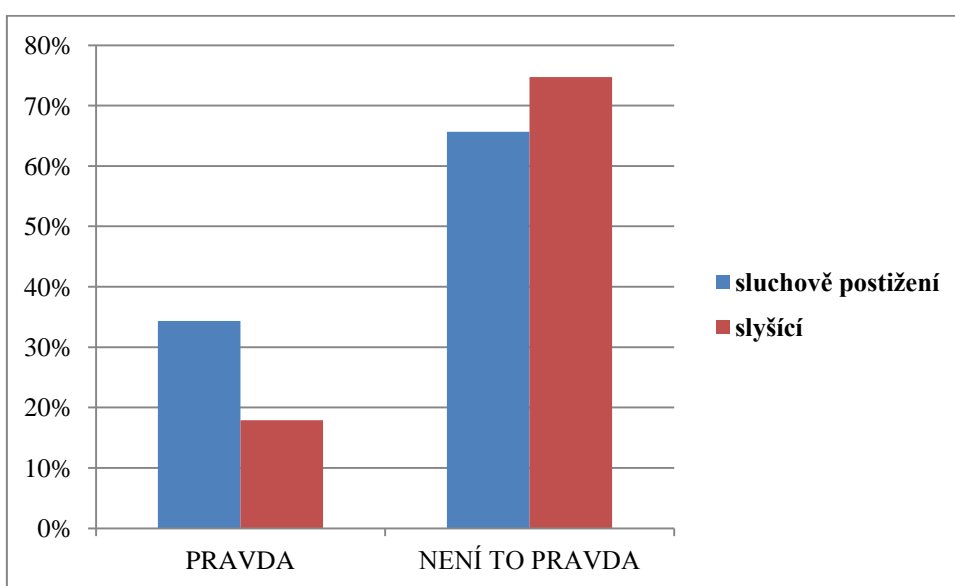
HA: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“

Jako podklad k hypotéze sloužila položka č. 17b, ve které se žáci vyjadřovali k tomu, zdali považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka za pravdivý“, přičemž měli nabízené možnosti „pravdivý; spíše pravdivý; spíše nepravdivý a nepravdivý.“ Pro účely ověření hypotézy byly sloučeny možnosti pravdivý+spíše pravdivý = PRAVDIVÝ a možnosti spíše nepravdivý a nepravdivý = NEPRAVDIVÝ. Před sloučením možností si autorka ověřila, zdali nedojde ke zkreslení výsledků. Tato hypotéza byla ověřována pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku na hladině významnosti 0,05.

Skupina	„AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka.“		
	Pravda	Není to pravda	Celkem
Sluchově postižení	46 (36,88)	88 (97,14)	134
Slyšící	17 (26,14)	78 (68,86)	95
Celkem	63	166	229

Tabulka 26: Čtyřpolní tabulka pro hypotézu „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka.“

Vypočítaná hodnota chí-kvadrát $X^2 = 7,528$. Kritická hodnota $X^2_{0,05}(1) = 3,841$. Protože je vypočítaná hodnota větší než kritická hodnota, **odmítáme H₀ a přijímáme H_A**. Můžeme říci, že četnost žáků, kteří považují výrok: „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá. Jak je patrné z teoretické části disertační práce, jedná se o jeden z mýtů, které jsou v souvislosti s touto pohlavní chorobou spojeny, neboť tímto způsobem virus HIV a následně onemocnění AIDS nelze dostat. Špatně na tento výrok odpovědělo 34,33 % žáků se sluchovým postižením, ale o polovinu méně žáků slyšících (17,89 %). Tito žáci v souvislosti s výrokem „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ volili možnost „pravdivá, nebo spíše pravdivá.“



Graf 16: „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka.“

H₁₁: Mezi četnostmi žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H₀: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

H_A: „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“

Také tato hypotéza byla podobně jako hypotéza H₉ a H₁₀ ověřována pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, přičemž jako podklad pro hypotézu sloužila položka 17c.

Skupina	„AIDS může být přenášeno pomocí nádobí.“		
	Pravda	Není to pravda	Celkem
Sluchově postižení	23 (18,72)	111 (115,28)	134
Slyšící	9 (13,28)	86 (81,72)	95
Celkem	32	197	229

Tabulka 27: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

Vypočítaná hodnota chí-kvadrát $X^2 = 2,735$. Kritická hodnota chí-kvadrát $X^2_{0,05}(1) = 3,841$. Protože vypočítaná hodnota je menší než kritická hodnota chí-kvadrát, přijímáme H_0 a odmítáme H_A . Na základě výsledků lze tedy říci, že četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.

H12: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H_0 : „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

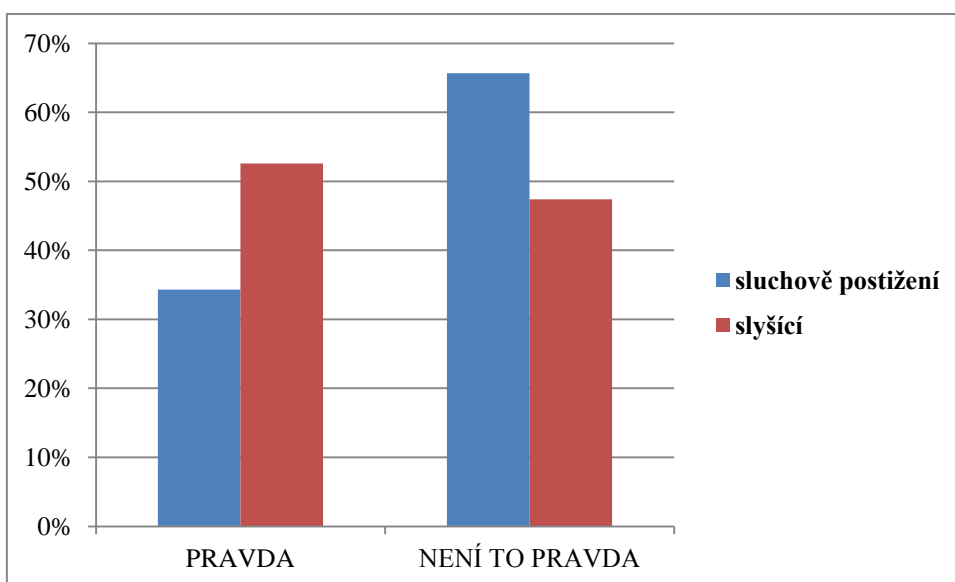
H_A : „Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“

Tato hypotéza byla podobně jako H_9 , H_{10} a H_{11} testována pomocí textu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Jako podklad k hypotéze sloužila položka 17d, přičemž podobně jako u položky 17b byla sloučena možnost pravdivá+spíše pravdivá = Pravda a možnost spíše nepravdivá+nepravdivá = Není to pravda.

Skupina	„AIDS může být přenášeno kousnutím komára.“		
	Pravda	Není to pravda	Celkem
Sluchově postižení	46 (56,17)	88 (77,83)	134
Slyšící	50 (39,83)	45 (55,17)	95
Celkem	96	133	229

Tabulka 28: Čtyřpolní tabulka pro hypotézu „Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.“

Vypočítaná hodnota chí-kvadrát $X^2 = 7,649$, kritická hodnota $X^2_{0,05}(1) = 3,841$. Protože je vypočítaná hodnota větší než kritická hodnota chí-kvadrát, **odmítáme H₀ a přijímáme H_A**. **Na základě tohoto výsledku lze říci, že mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí komára“ za pravdivý, existuje statisticky významný rozdíl.** Podobně jako v předchozích případech se také v souvislosti s tímto výrokem objevila v odpovědích žáků řada nepravdivých odpovědí, neboť žáci v odpovědi na daný výrok volili odpovědi „pravdivá nebo spíše pravdivá“, ačkoli nikdy nebyl zaznamenán způsob přenosu viru HIV pomocí kousnutí komára. Co je však překvapivé, že na tuto otázku odpověděli lépe žáci se sluchovým postižením, neboť možnost „spíše nepravdivá nebo nepravdivá“ zakroužkovalo 65,68 % z nich. Žáci slyšící tyto možnosti zvolili jen ve 47,37 % případů.



Graf 17: „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“

H13: „Existuje vztah mezi volbou partnera a kategorií sluchového postižení.“

H₀: „Mezi volbou partnera a kategorií sluchového postižení neexistuje statisticky významná závislost.“

H_A: „Mezi volbou partnera a kategorií sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

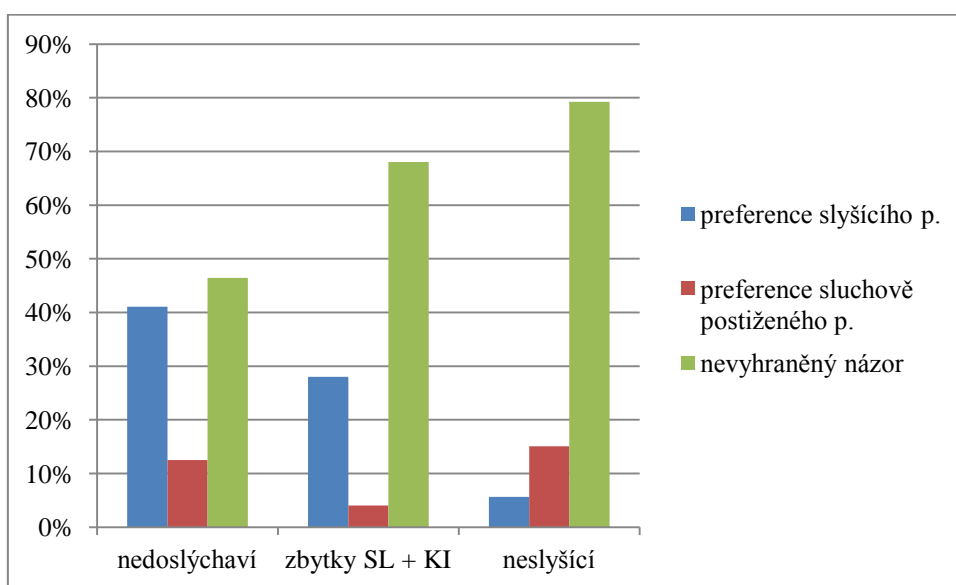
Tato hypotéza byla ověřována prostřednictvím **testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku** na hladině významnosti 0,05. V rámci položky bylo zjišťováno, zdali se liší preference partnera mezi jednotlivými kategoriemi osob se sluchovým postižením. Pro účely analýzy dat byly vytvořeny tři kategorie žáků se sluchovým postižením:

1) nedoslýchaví; 2) osoby se zbytky sluchu a kochleárním implantátem; 3) neslyšící. Všichni žáci se sluchovým postižením měli na výběr možnosti: slyšící partner; sluchově postižený partner; je mi to jedno. Pro přehlednější orientaci v grafu byly názvy upraveny na preferenci slyšícího partnera, preferenci partnera se sluchovým postižením a nevyhraněný názor.

Kategorie SP	Volba partnera			
	Slyšící	Sluchově p.	Je mi to jedno	Celkem
Nedoslýchaví	23(13,79) +++	7(6,69)	26(35,52) ---	56
Zbytky SL + KI	7(6,16)	1(2,99)	17(15,86)	25
Neslyšící	3(13,05) ---	8(6,33)	42(36,62) ++	53
Celkem	33	16	85	134

Tabulka 29: Kontingenční tabulka k hypotéze: „Existuje vztah mezi volbou partnera a kategoriemi sluchového postižení.“

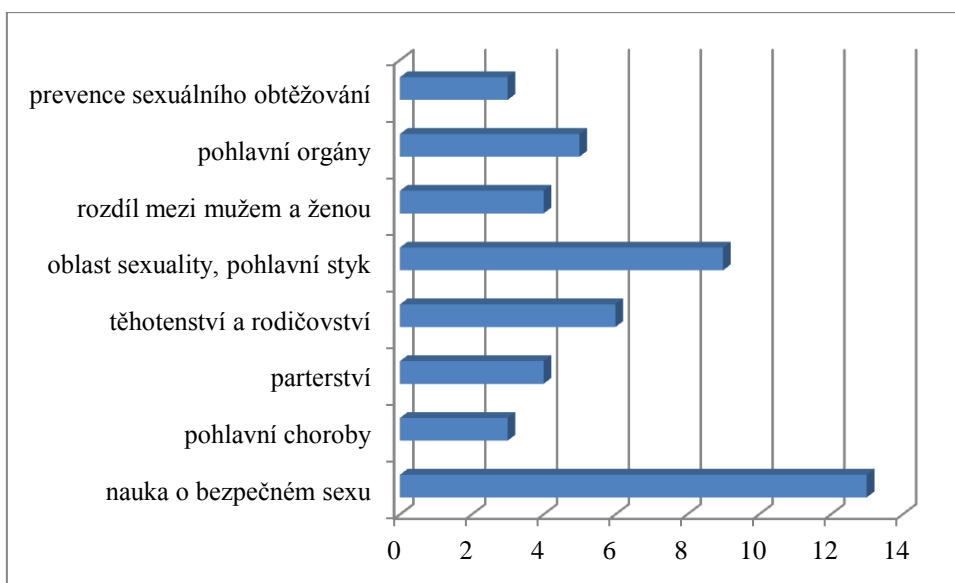
Výsledná hodnota testového kritéria chí-kvadrát je 20,507. Tuto hodnotu srovnáme s kritickou hodnotou chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a počet stupňů volnosti 4, která je 9,483. Vypočítaná hodnota testového kritéria je větší než kritická hodnota, na základ tohoto zjištění odmítáme H_0 a **přijímáme H_A , neboť existuje vztah mezi volbou partnera a jednotlivými kategoriemi sluchového postižení.** Vypočítáme z-skóre a přiřadíme znaménka. Jak ukazuje výše znázorněná tabulka a níže vyobrazený graf, osoby nedoslýchavé výrazně více oproti dalším skupinám preferují partnera slyšícího. Tyto osoby nejméně preferují partnera neslyšícího. Neslyšící osoby nejvíce z ostatních kategorií osob se sluchovým postižením nepreferují ani partnera slyšícího, ani partnera se sluchovým postižením, ale nejvíce volili monožnost „je mi to jedno.“



Graf 18: Volba partnera v závislosti na sluchovém postižení

10.2 Analýza výsledků dotazníku pro dospělé osoby bez sluchového postižení

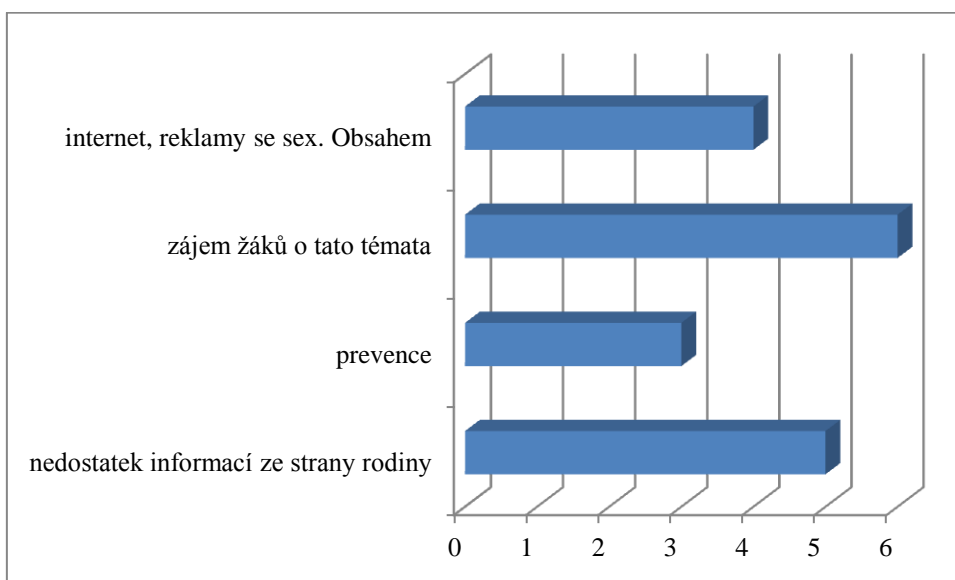
První položka dotazníku se zabývala otázkou, co si dospělé osoby představí pod pojmem sexuální výchova. Dospělé osoby bez sluchového postižení si pod pojmem sexuální výchova nejčastěji představují nauku o bezpečném sexu a antikoncepci. Velký význam přikládají rovněž oblasti sexuality a otázkám pohlavního styku. Jak vidíme z jednotlivých klíčových kategorií, jsou tato klíčová témata v oblasti sexuální výchovy v souladu s tématy RVP ZV. Níže uvádíme vybrané odpovědi na téma „vymezení sexuální výchovy.“



Graf 19: Vymezení termínu „sexuální výchova“

Komentář respondentů k termínu „sexuální výchova“: „Pod pojmem sexuální výchova si představuji vše, co se týká lidského těla po stránce intimní. Zařadila bych tam rozdíl mezi ženou a mužem, vše co se týká sexu, početí, vzniku nového života.“ (žena, 29 let, úředník samosprávy); „Především osvětu, která by měla studenty poučit, jak naše tělo funguje, a co vše obnáší sexuální život, jaké jsou rizika a jak jim lze předejít. To vše nestranně, nezávisle na názoru či životním stylu. Jen tak se může sexuální výchova odlišit od rodičovských rad.“ (žena, 28 let, speciální pedagog). „Představím si tu nedostatečnost v době, kdy jsme na ZŠ byli my. A pak všechno, co by se učit mělo. Rozdíl mezi mužem a ženou, úloha správné hygieny, jak říct „ne, to už se mi nelíbí“, předcházení sexuálnímu obtěžování, bezpečnost při sexu i po něm, pomůcky hygieny atd., preventivní kontroly, mateřství a rodičovství, jak mluvit s dětmi o sexu atd.“ (žena, 29 let, mateřská dovolená).

V souvislosti s **důvody pro výuku sexuální výchovy** slyšící respondenti poukazují, že sexuální výchova by se měla učit z důvodu zájmu žáků o toto téma, rovněž poukazují na nedostatek informací ze strany rodiny a také na sexuální materiály, které kolují na internetu či v reklamách.

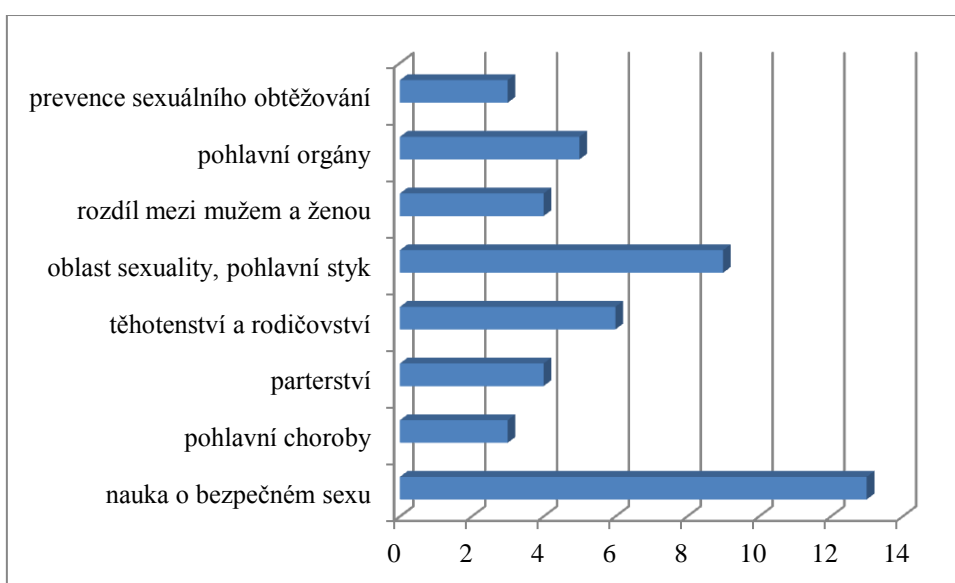


Graf 20: Důvody pro výuku sexuální výchovy

Komentář respondentů k důvodům pro výuku „sexuální výchovy“: „Ano, ale je potřeba to velmi citlivě žákům podat. A důvod: děti v dnešní době čím dál tím dříve dospívají a zajímají se o sexuální život. Riziko nemocí a nechtěného těhotenství.“ (žena, 28 let, učitelka). „Ano, protože v dnešní době děti přijdou do styku s reklamami, jak na internetu, tak v seriálech, kde slyší o sexu, a pak některé věci mohou použít, když s někým mluví a vůbec neví, co to znamená.“ (žena, 26, zdravotní sestra). „Jsem toho názoru, že je to důležité. V dnešní době se děti s touto tematikou seznámí již dříve např. od kamaráda apod. Je proto důležité, aby jim bylo ve škole vše důkladně vysvětleno a popsáno. Na základní škole již děti mají dostatek rozumu, aby vše pochopily.“ (žena, 29, úředník samosprávy). „Ano, protože mi nepřijde vhodné, aby tato otázka zůstala pouze na rodičích (ne vždy se s dětmi o tom baví) nebo internetu (ne vždy podává informace vhodně)“; (žena, 34, učitelka). „Ano, je to podle mě velmi vhodné. Je důležité děti informovat o těchto záležitostech. Zvláště, když v období puberty mnozí experimentují s nejrůznějšími věcmi a sbírají různé zkušenosti. Jsem názoru, že neplánovaná těhotenství na základní škole nebo různé pověry mezi dětmi (například, že při prvním styku nelze otěhotnět, apod.) jsou produktem nevědomosti. Studenti se zajímají o otázky týkající se lidské sexuality a je důležité, aby na ně dostali správné odpovědi ve správnou dobu. Pak je podle mě důležitá i oblast intimní hygieny. V některých rodinách jsou

témata sexu tabu, a proto si myslím, že je dobré, aby žáci měli nějaký základ ze školy a nebyli se svými otázkami sami.“ (žena, 21 let, student+lektor).

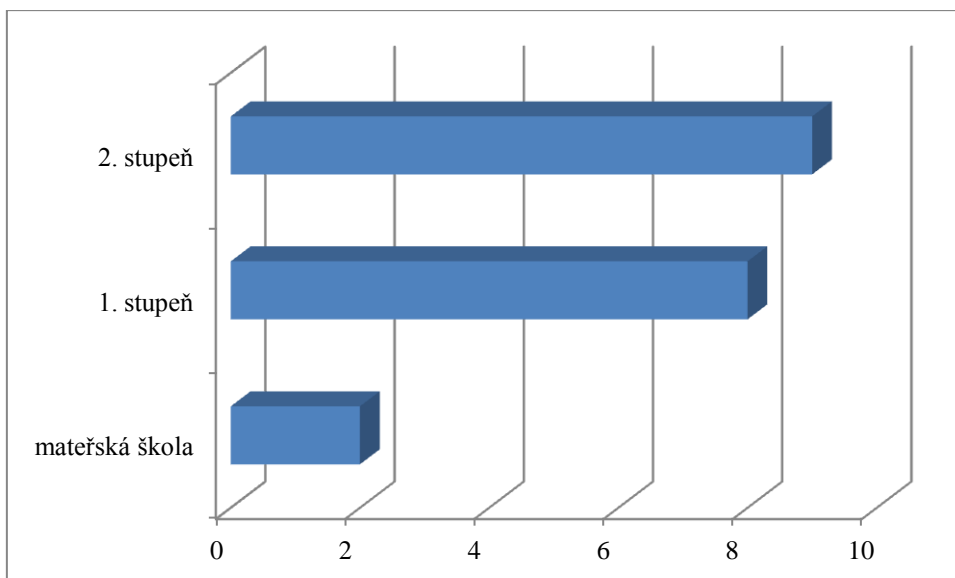
Jak lze vidět z výše vyobrazeného grafu, **obsah sexuální výchovy** koresponduje s tématy, která jsou obsažena v disertační práci. Velká pozornost by měla být zaměřena zejména na nauku o bezpečném sexu, oblast sexuality a pohlavní styk, ale také na oblast těhotenství či následného rodičovství. V rámci osvěty týkající se sexuální výchovy by neměl učitel zapomínat ani na témata anatomie pohlavních orgánů či rozdílů mezi mužem a ženou.



Graf 21: Obsah sexuální výchovy

Komentář respondentů k obsahu sexuální výchovy: „Měli by pochopit, jak funguje jejich tělo a co pro člověka sexualita znamená, o fyziologických procesech, které vyžíváním lidského organismu souvisejí. Měli by být poučeni o rizicích přenosu pohlavních nemocí a nechtěného otěhotnění.“ (Žena, 28 let, speciální pedagog). „Intimita, sexualita, sex, nemoci, mateřství.“ (muž, 27 let, kazatel). „Všichni by měli rozhodně vědět o možných pohlavních nemocech, jak se bránit před jejím nakažením a šířením.“ (muž, 28 let, asistent pobočky).

Z hlediska **realizace sexuální výchovy** autorka zjistila, že co respondent, to jiný názor, avšak mezi názory respondentů mírně převládala preference sexuální výchovy na 2. stupni základní školy (v odpovědích byl nejčastěji zmiňován 7. ročník). Jiní respondenti považovali za vhodné, aby žáci získávali informace z hlediska sexuální výchovy již na 1. stupni, ale objevil se i názor, že s určitými tématy mohou být žáci seznámeni již v předškolním období.



Graf 22: Realizace sexuální výchovy

Komentář respondentů k realizaci sexuální výchovy: *„Záleží asi, jakým tématem se začne... začala bych dřív než v pubertě, dokud se ještě nestydí zeptat... dnešní děti na ZŠ neznám, tak nemám přesně představu, od 4. třídy? Nebála bych se i dřív, záleží na podání.“* (žena, 31 let, sociální pracovník). *„Do jisté míry jsou děti zvědavé už ve školce a ani tam by to nemělo zůstat tabu. Otázkou je, zda to můžeme už nazvat sexuální výchovou.“* (žena, 28 let, speciální pedagog). *„Od 7. třídy bych zvolila výuku výše zvolených témat, ale myslím, že v zúžené formě by se mohly informovat i menší děti. Například co se týče témat funkce pohlavních orgánů nebo hygieny.“* (Žena, 21 let, student + lektor)

Co se týče odpovědí respondentů na otázku, **s jakými tématy byli seznámeni, když chodili na základní školu** v rámci předmětů občanská výchova, rodinná výchova a přírodopis, byli respondenti nejčastěji seznámeni s anatomíí pohlavních orgánů, menstruací, ochranou, těhotenstvím a antikoncepcí, což jsou témata, která respondenti považují za důležitá i v současné době. Z hlediska přínosu, který měla výuka výše uvedených témat pro samotné respondenty, lze přínos rozdělit do kategorií **„přínosné; spíše přínosné; málo přínosné; nepřínosné a nepamatuji se.“**

Komentář respondentů k přínosu sexuální výchovy: *„V rámci přírodopisu jsme se učili o tom, jak funguje naše tělo, jak probíhá těhotenství... tato témata jsou určitě přínosná.“* (žena, 25 let, sociální pracovník). *„Nevzpomínám si. Spíše si myslím, že jsme sexuální výchovu neměli a v předmětu přírodopis se vyučovaly pohlavní orgány.“* (žena, 26 let, zdravotní sestra). *„Menstruace, jinak si nevzpomínám, bylo to trapné. Všechno už jsme věděli“*

a styděli jsme se (asi 6. třída).“ (žena, 31 let, sociální pracovník). „Popis lidského těla, rozdíl mezi ženským a mužským tělem, funkce ženských a mužských pohlavních orgánů. Přínosná nebyla, již dříve jsem byla s tímto tématem seznámena prostřednictvím rodičů.“ (žena, 26 let, úředník samosprávy). „Pokud zapátrám v paměti, tak ve škole bylo hlavním tématem, jaké jsou druhy ochrany, a jak se používají.“ (muž, 28 let, asistent pobočky). „Menstruační cyklus, antikoncepce, pohlavní choroby. Ano, bylo to přínosné, ale učili nás to jako vyjmenovaná slova: "A tohle si zapamatujte." Moc jsme nediskutovali a nebyla ve třídě dobrá atmosféra, takže se ani nikdo na nic neptal.“ (žena, 28 let, speciální pedagog). „Stavba těla, pohlavní styk, partnerské vztahy. Ano, poprvé jsem se dověděla ve škole, jak se opravdu dělají děti.“ (žena, 34 let, učitelka). „Na ZŠ jsme měli tuším přímo asi půl roku rodinnou výchovu. Nepamatuji si, že bych se dozvěděla něco zásadního, myslím, že to bylo spíše koupání panenky a možná základ o menstruaci. Pamatuji si, že ale na gymnáziu jsme měli nějakou přednášku (jednorázová od pozvaných lektorů), která mi přišla přínosná. Bylo to o různých hygienických potřebách a hlavně o jejich využití a použití - to bylo pro mě dost přínosné. Možnosti ochrany, včetně informací o antikoncepci a jiných lécích...“ (žena, 24 let, osobní asistent). „Byla, ale bylo jich málo a informace byly velmi opatrně a povrchně přednášeny. Hlavně šlo o oddělenou hodinu, ve které jsme řešily hygienické potřeby pro děvčata. A dostaly balíček. Na tu si pamatuji velmi živě. Jinak opravdu nic extra.“ (žena, 29 let, mateřská dovolená).

V oblasti **partnerství dvou osob se sluchovým postižením** vidí slyšící respondenti výhody především ve **vzájemném pochopení**. Výhodu vztahu vidí respondenti také ve **společném komunikačním systému**, přičemž je třeba podotknout, že se zmiňují nejčastěji o znakovém jazyce. Z odpovědí lze vyvodit, že pod pojmem vztah „dvou osob se sluchovým postižením“ si slyšící respondenti představí často vztah dvou neslyšících, kteří komunikují znakovým jazykem.

Výhody partnerského vztahu dvou osob se sluchovým postižením
1. Vzájemné pochopení
<i>„Myslím si, že výhodou je, že se člověk dokáže do druhého (tedy svého partnera) vcítit. Ví, jak s takovým člověkem komunikovat, je mu to samotnému přirozené.“ – žena, 29 let, úředník samosprávy.</i>
<i>„Porozumění v handicapu.“ – žena, 24 let, lékař</i>
<i>„Mohou spolu sdílet trable a problémy, které mohou být někdy způsobené společným postižením.“ – žena, 21 let, student + lektor</i>
2. Společný komunikační systém
<i>„Je to pro ně jednodušší v tom, že není u nich bariéra ve znakové řeči. Jinak si myslím, že je to jedno.“ – žena,</i>

26 let, zdravotní sestra

„Nevzniká mezi nimi tak velká komunikační bariéra.“ – žena, 28 let, speciální pedagog.

„Stejný komunikační kód (předpokládám, že oba mají mateřský jazyk znakový jazyk). Jsou ze stejné komunity, tedy ze stejného prostředí, mohou se více pochopit.“ – žena, 24 let, osobní asistent

„Společný mateřský jazyk v případě, že jsou uživateli ZJ. Příslušnost k n/Neslyšícím. Jinak mají výhodu, pokud si zároveň rozumí i beze slov a znaků.“ – žena, 29 let, mateřská dovolená.

Tabulka 30: Výhody partnerského vztahu dvou osob se sluchovým postižením

Kromě výhod vztahu dvou osob se sluchovým postižením autorku zajímalo, zdali vnímají respondenti také **nevýhody ve vztahu dvou osob se sluchovým postižením**. Nevýhody vztahu dvou osob se sluchovým postižením vidí respondenti zejména v **izolaci od ostatních osob, problematickém vyjádření emocí a problémech v komunikaci**.

Nevýhody partnerského vztahu dvou osob se sluchovým postižením

1. Izolace od ostatních

„Setkávání se stejnými lidmi (preferance osob se sluchovým postižením. Menší potřeba integrace.“ – žena, 27 let, student

„Nevýhodou by mohlo být nezačlenění se do kolektivu. Pár si vystačí sám a nemá vlastně ani potřebu stýkat se se zdravými lidmi.“ – žena, 29 let, úředník samosprávy

„Uzavřenost v komunitě a mnohdy radikálnější názory vztahující se k Neslyšícím s velkým N.“ – žena, 21 let, student + lektor

2. Problém s vyjádřením emocí

„Vyjádření emocí je složitější.“ – muž, 31 let, vychovatel

„Neschopnost vyjádřit svoje pocity přesně slovy, intonací, hlasitostí. Běžné problémy v životě vyplývající z tohoto postižení.“ – žena, 34 let, učitelka

3. Problém v komunikaci

„Problémy v komunikaci a nepochopení druhého.“ – žena, 28 let, učitelka

„Nemohou vyjádřit slovně cit k tomu druhému.“ – žena, 28 let, dispečerka

„Můžou mít problémy s komunikací na místech, kde s nimi nemají lidé zkušenosti. V zahraničí na dovolené si vyřídí různé věci atd.“ – žena, 29 let, analytička prodeje

Téma 31: Nevýhody vztahu dvou osob se sluchovým postižením

V tématu disertační práce se často objevila preference slyšících partnerů ze strany nedoslýchavých účastníků. Na **výhody a nevýhody vztahu smíšených párů** se autorka zaměřila také v rámci otevřených otázek pro slyšící účastníky. Co se týče **výhod** vztahu, kdy je **jeden respondent slyšící a druhý má sluchové postižení**, ne všichni respondenti dovedli pro tento vztah najít pozitiva. Ostatní respondenti vidí výhodu ve vztahu osoby se sluchovým postižením a osoby slyšící **ve vzájemném obohacení, integraci slyšícího do majoritní společnosti či v pomoci slyšícího sluchově postiženému partnerovi**.

Výhody smíšeného partnerství
1. Pomoc partnerovi se sluchovým postižením
<p>„Slyšící je provázející osobou.“ – muž, 27 let, kazatel</p> <p>„Pomoc druhému.“ – žena, 24 let, lékař</p> <p>„Někdy je pár otevřenější světu. Větší míra vzájemné empatie a možnost vzájemné pomoci, opory a podpory.“ – žena, 21 let, student + lektor</p>
2. Vzájemné obohacení
<p>„Navzájem se mohou doplňovat a učit se od sebe.“ – muž, 31 let, vychovatel</p> <p>„Mohou se navzájem obohacovat a inspirovat. Každý žije ve své komunitě a ve svém komunikačním světě.“ – žena, 28 let, speciální pedagog</p> <p>„Mohou si navzájem pomoci v komunikaci s "druhými stranami" (slyšící se slyšícími, neslyšící s neslyšícími), ale neberu to jako hlavní výhodu...“ – žena, 29 let, mateřská dovoznice</p>
3. Integrace sluchově postiženého do společnosti slyšících a naopak
<p>„Někdy je pár otevřenější světu. Větší míra vzájemné empatie a možnost vzájemné pomoci, opory a podpory.“ – žena, 21 let, student + lektor</p> <p>„Výhodu shledávám v tom, že se člověk trpící sluchovým postižením stýká i se zdravými lidmi, začlení se snáze do kolektivu. V případě potřeby mu může být zdravý člověk nápomocen.“ – žena, 29 let, úředník samosprávy</p>

Tabulka 32: Výhody smíšeného partnerství

Nevýhody ve vztahu mezi slyšícími a sluchově postižením vidí slyšící respondenti **především v komunikaci a vzájemném nepochopení.**

Nevýhody vztahu, kdy je jeden partner slyšící a druhý má sluchové postižení
1. Komunikace
<p>„Jen pouze v případě, kdy slyšící partner neovládá 100 % znakovou řeč.“ – žena, 26 let, zdravotní sestra</p> <p>„Může vážnout komunikace, komunikační šumy.“ – žena, 31 let, sociální pracovník</p> <p>„Slyšící partner se někdy musí naučit znakovou řeč? Nevím.“ – muž, 27 let, kazatel</p> <p>„Komunikační a kulturní bariéry.“ – žena, 28 let, speciální pedagog</p>
2. Problémy s pochopením druhého
<p>„Někdy možné nepochopení problému druhého a možné omezení při výběru aktivit.“ – žena, 21 let, student + lektor</p>

Tabulka 33: Nevýhody smíšeného partnerství

Analýza výsledků kvalitativní části

10.3 Analýza a výsledky ohniskových skupin

Pro analýzu ohniskové skupiny byla použita metoda prostého výčtu a metoda zachycení vzorců („gestaltů“).

Na otázku, *jaký má být ideální partner či partnerka*, uvádí účastníci zahrnutí do první ohniskové skupiny především *osobnostní vlastnosti*, přičemž za nejdůležitější je pro ně důvěra, ale také ochota pomáhat druhým. Účastníkům druhé ohniskové skupiny také záleží na osobnostních vlastnostech partnera, ale i na slušné výchově či komunikaci.

Tato otázka podhalila, že mají žáci se sluchovým postižením poměrně nízký rozsah slovní zásoby, co se týče osobnostních vlastností, neboť téměř každý žák na tuto otázku uvedl jednu či dvě osobnostní vlastnosti.

Jaký má být tvůr partner, jaké má mít vlastnosti?			
První ohnisková skupina		Druhá ohnisková skupina	
D ned.	<i>Důvěra, ochota pomáhat</i>	D nesl.	<i>Skromný</i>
CH nesl.	<i>Důvěra, upřímnost</i>	D nesl.	<i>Hodná, šikovná</i>
CH nesl.	<i>Ochota, pravdomluvnost</i>	D ned.	<i>Slušný</i>
CH ned.	<i>Laskavost</i>	CH ned.	<i>Šikovná</i>
CH ned.	<i>Komunikace</i>	D nesl.	<i>Hodná, roztomilá, smysl pro humor, pracovitá, skromná,</i>
D ned.	<i>Milá, důvěra, společné zájmy</i>	CH nesl.	<i>slušná výchova, úcta, otevřená, komunikativní</i>

Tabulka 34: Vlastnosti ideálního partnera

Účastníci první ohniskové skupiny by svému partnerovi netolerovali negativní osobnostní vlastnosti, nevěru, lež, ale také negativní projevy vychování a prohřešky spojené se vzhledem. Také účastníci druhé ohniskové skupiny uvádí především osobnostní vlastnosti, nevěru a kouření.

Co by ti na tvém partnerovi, partnerce vadilo?			
První ohnisková skupina		Druhá ohnisková skupina	
D ned.	<i>Nevrlý, neochota, flegmatik</i>	D nesl.	<i>Nevěra, zloděj</i>
CH nesl.	<i>Lhostejný, špatná výchova</i>	D nesl.	<i>Agresivní</i>
CH nesl.	<i>Namyšlená holka, nemá se oblíkat jako kluk</i>	D ned.	<i>Aby nelhal</i>
CH ned.	<i>Potvora, nadávat, sprostá</i>	CH ned.	<i>Pýcha</i>
CH ned.	<i>Nevěrná, lhářka</i>	D nesl.	<i>Kdyby smrděl – např. od kouře</i>
D ned.	<i>Lhaní, nevěrný, aby nesmrděl, tvrdohlavost</i>	CH nesl.	<i>Kouření, nevěra, výbušnost</i>

Tabulka 35: Co by žákům na partnerovi vadilo

Věk partnera není rozhodující

Co se týče stáří partnera, všem účastníkům první ohniskové skupiny je jedno, zdali bude partner či partnerka mladší nebo starší. Pouze nedoslýchavá dívka č. 6 k tomu tento názor nesdílí: „*Chci, aby byl můj kluk starší, nemohla bych chodit se stejně starým, starší kluci mají rozum.*“ Také respondenti ve druhé ohniskové skupině sdílí podobný názor, neboť je jim jedno, zdali bude partner mladší, či starší. Podobně jako v první ohniskové skupině 2 nedoslýchavé dívky č. 2, 5 preferují partnera staršího.

Chtěl bys, aby tvůj kluk či holka byli slyšící, sluchově postižení, nebo je ti to jedno?			
První ohnisková skupina		Druhá ohnisková skupina	
<i>D ned.</i>	Je mi to jedno	<i>D nesl.</i>	Je mi to jedno
<i>CH nesl.</i>	Je mi to jedno	<i>D nesl.</i>	Je mi to jedno
<i>CH nesl.</i>	Neslyšící nebo nedoslýchavý	<i>D ned.</i>	Je mi to jedno
<i>CH ned.</i>	Slyšící	<i>CH ned.</i>	Je mi to jedno
<i>CH ned.</i>	Slyšící	<i>D nesl.</i>	Je mi to jedno
<i>D ned.</i>	Slyšící	<i>CH nesl.</i>	Nepřemýšlel jsem o tom

Tabulka 36: Partner z hlediska sluchového postižení

Zvýšená preference slyšících partnerů mezi neslyšícími

Účastníkům druhé ohniskové skupiny je jedno, zdali jejich partner bude slyšící či sluchově postižený, tento názor se objevuje i u nedoslýchavé dívky a neslyšícího chlapce v první ohniskové skupině, avšak v rámci ní se u třech nedoslýchavých účastníků objevuje preference slyšícího partnera.

Na otázku, jaké jsou výhody vztahu, ve kterém mají oba partneři sluchové postižení, uvádí účastníci první i druhé ohniskové skupiny především komunikaci, znakový jazyk, ale i společnou kulturu. Neslyšící chlapec č. 6 z druhé ohniskové skupiny k tomu dodává: „*Budou si rozumět, pochopí.*“

Vzájemné obohacení jako pozitivní aspekt smíšeného partnerství

K výhodám vztahu mezi neslyšícím a sluchově postiženým patří dle účastníků první ohniskové skupiny pomoc při komunikaci prostřednictvím mobilního telefonu, vzájemné obohacení v komunikaci prostřednictvím znakového jazyka, kdy partner se sluchovým postižením může svého slyšícího partnera učit znakový jazyk. Neslyšící chlapec č. 2 k tomu dodává „*My neslyšící mluvíme znakovým jazykem, učili bychom ho znakový jazyk.*“ Téma

pomoci ze strany slyšících vůči sluchově postiženým se objevuje také mezi účastníky druhé ohniskové skupiny, partneři ve smíšeném vztahu se mohou rovněž vzájemně obohatit.

Na otázku „Jaké máš názory na **manželství**“ se mezi účastníky první ohniskové skupiny objevuje **téma zbytečnosti**. Neslyšící chlapec č. 2 k tomu dodává: „*Manželství je zbytečné, nechci se vázat.*“ Podobný názor má i nedoslýchavý chlapec č. 4 a neslyšící chlapec č. 3, který k tomu dodává: „*V případě rozvodu zbytečné problémy, soud, je těžké se rozvést.*“ Opačný názor má nedoslýchavá dívka č. 6, která tvrdí: „*Nejlepší je pořádně poznat partnera, ale potom se vzít a je to závazek, že někomu patříš, na okolí to působí solidně, v případě smrti je důležité manželství.*“ V druhé skupině, ve které převládají **dívky**, převažuje pozitivní názor na manželství, přičemž kromě **realistických důvodů k manželství**, jako je „společná domluva“ (neslyšící dívka č. 1) a „společný majetek“ (neslyšící dívka č. 2), hraje u dívek ve vztahu k manželství roli také **citová stránka**. Neslyšící dívka č. 3 k tomu dodává: „*Protože chtějí být spolu.*“ Stejný názor má také nedoslýchavý chlapec č. 4, který považuje za důvod k manželství: „*Dají se dohromady, aby byli navždy spolu.*“

Za **příčiny rozpadu manželství** považují účastníci první ohniskové skupiny **hádky, nevěru, nedostatek peněz a dluhy**, ale neslyšící chlapec č. 3 poukazuje i na problematiku závislosti v podobě alkoholu. Na časté hádky, které vedou k rozpadu manželství, poukazují také účastníci druhé ohniskové skupiny. Mezi těmito účastníky se také jako příčina rozpadu manželství objevuje nevěra, finanční problémy a problémy v komunikaci.

Účastníci první ohniskové skupiny by chtěli mít 2 – 3 děti, přičemž si myslí, že nejlepší věk pro narození prvního dítěte je 25 – 30 let. Účastníci druhé ohniskové skupiny považují za nejlepší věk pro uzavření manželství 25 let a chtějí 2 – 3 děti. Ale například neslyšící dívka č. 2 chce mít 5 dětí. Neslyšící dívka č. 1 ji doplňuje: „*1 – 4 děti, podle peněz muže.*“

Účastníci první ohniskové skupiny odpovídali na otázku: „*Je nutné, aby se dítě narodilo v manželství*“ pozitivně, neboť považují **manželství ve vztahu k dětem za velmi důležité**. Nedoslýchavá dívka k otázce, když se dítě narodí mimo manželství, dodává: „*Nesouhlasím, nelíbí se mi to, dítě neví, komu patří, nemá otce, je nemanželské.*“ Také neslyšící chlapec č. 4 souhlasí s významem manželství: „*Je lepší, když se dítě narodí v manželství, protože dítě společně vychovávají.*“ Důležitost manželství přisuzují také účastníci druhé ohniskové skupiny, přičemž někteří poukazují na to, že je důležité, aby se dívka a chlapec před početím dítěte napřed vzali.

U účastníků první ohniskové skupiny převládá ve vztahu k **činnostem matky a otce tradiční rozdělení rolí**. Chlapec č. 2 uvádí „*Matka by měla vařit a prát.*“, podobně hovoří i chlapec č. 4: „*Stará se o rodinu, pere, vaří, když jsou děti, bude s nimi doma.*“ Dívka č. 6 hovoří o otci: „*Autorita, měli by si ho vážit.*“ Odlišně hovoří účastníci ohniskové skupiny č. 2, která je tvořena převážně dívkami. **Dívky oproti chlapcům poukazují spíše na společně strávený čas**, na dovolené, výlety rodičů s dětmi než na tradiční rozdělení rolí.

10.4 Strukturální komponenty učebnic občanské výchovy – analýza didaktických komponentů učebnic

Dříve než bude představena analýza strukturálních komponentů jednotlivých učebnic občanské výchovy, je třeba upozornit na skutečnost, že mezi jednotlivými autorkou analyzovanými učebnicemi, které jsou v současné době dostupné na trhu, existuje rozdíl z hlediska roku vydání i 18 let. Při hodnocení je tedy potřeba brát v úvahu nejen výsledky jednotlivých strukturálních komponentů učebnic. Autorka by rovněž ráda zdůraznila, že moderní učebnice, která splňuje náležité požadavky, nemusí být vždy vhodná pro práci s žáky se sluchovým postižením.

Pro didaktickou analýzu se autorka rozhodla použít tyto učebnice (učebnice jsou seřazeny od nejnovějšího roku vydání po nejstarší):

Titul: *Výchova k občanství – doporučujeme pro 8. ročník základní školy a tercie víceletého gymnázia*



Obrázek 1: Výchova k občanství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP (zdroj:skolnibrasnicka.cz)

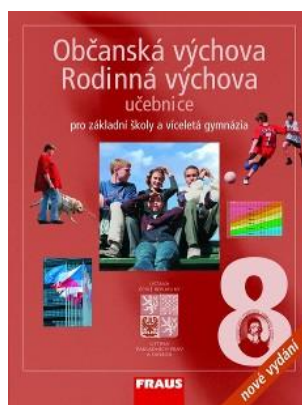
Autoři: Lunerová, Jitka; Štěbra, Radim; Svobodová, Monika

Rok vydání: 2015

Nakladatelství: NOVÁ ŠKOLA

Doložka MŠMT: Schválilo MŠMT čj. 4260/2011-22 dne 7. dubna 2011 k zařazení do seznamu učebnic pro základní školy jako součást ucelené řady učebnic pro vzdělávací obor Výchova k občanství s dobou platnosti 6 let.

Titul: *Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8 – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia*



Obrázek 2: Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8 – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia (zdroj:učebnice.fraus.cz)

Autoři: Janošková, Dagmar; Ondráčková, Monika; Čábalová, Dagmar, a kol.

Rok vydání: 2011, 2. Aktualizované vydání

Nakladatelství: Fraus

Doložka MŠMT: Schválilo MŠMT čj. 8088/2011 – 22 dne 28. července 2011 k zařazení do seznamu učebnic pro základní školy jako součást ucelé řady učebnic pro vzdělávací obory Člověk a společnost a Člověk a zdraví s dobou platnosti 6 let.

Titul: *Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy*



Obrázek 3: Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy (zdroj: ucebnice.com)

Autoři: Dudák, Vladislav; Horská, Viola.

Rok vydání: 2005

Nakladatelství: Fortuna

Doložka MŠMT: Schválilo MŠMT ČR dne 8. září 1998 pod čj. 22 393/98 – 22 k zařazení do seznamu učebnic pro základní školy

Titul: *Občanská výchova pro 8. ročník ZŠ a víceletá gymnázia*



Obrázek 4: *Občanská výchova pro 8. ročník ZŠ a víceletá gymnázia*

Autoři: Bezchlebová, Maria; Cetkovská, Vladimíra; Dobita, Miroslav, a kol.

Rok vydání: 2005

Nakladatelství: Olomouc

Doložka MŠMT: Schválilo MŠMT čj. 28 911/04-22 dne 8. listopadu k zařazení do seznamu učebnic pro základní školy jako součást řady učebnic pro vyučovací předmět Občanská výchova s dobou platnosti dvou let.

Titul: *Občanská výchova pro 8. ročník základní školy pro sluchově postižené*

Autoři: Čech, Jaromír, Weisová, Jaroslava

Rok vydání: 1999

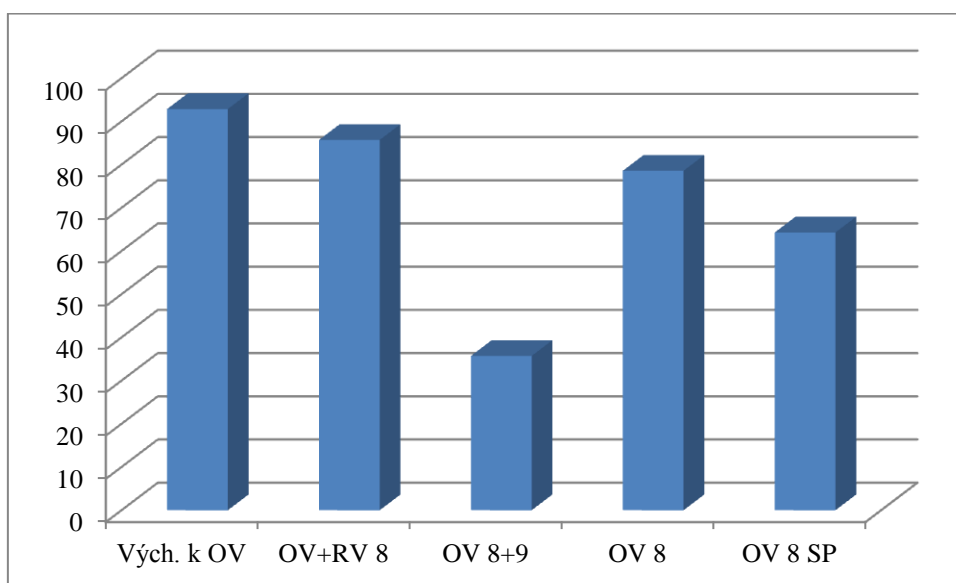
Nakladatelství: Septima

Schvalovací doložka MŠMT: Schválilo MŠMT ČR, čj. 22 253/99-24 dne 25. 6. 1999 k zařazení učebnic pro základní školy pro sluchově postižené jako součást ucelené řady učebnic pro vyučovací předmět občanská výchova s dobou platnosti 6 let.

Níže zobrazená tabulka nabízí přehled jednotlivých verbálních a obrazových komponentů za účelem výpočtu EI (koeficient využití aparátu prezentace učiva).

Aparát prezentace učiva	Vých. k OV	OV+RV 8.	OV 8+9	OV 8.	OV 8. SP
A. Verbální komponenty					
1. Výkladový text prostý	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
2. Výkladový text zřehledněný (schémata, tabulky)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
3. Shrnutí učiva k celému celku	NE	NE	NE	NE	NE
4. Shrnutí učiva k tématům (kapitolám, lekcím)	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
5. Shrnutí učiva k předchozímu ročníku	ANO	NE	NE	NE	NE
6. Doplnující texty (dokumenty, citace, tabulky)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
7. Poznámky a vysvětlivky	ANO	ANO	NE	ANO	NE
8. Podtexty k vyobrazením	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
9. Slovníčky pojmů, cizích slov, aj.	ANO	ANO	ANO	ANO	NE
Celkem verbálních komponentů A	8	7	3	6	5
B. Obrazové komponenty					
1. Umělecká ilustrace	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
2. Nauková ilustrace (schematické kresby, modely aj.)	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
3. Fotografie	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
4. Mapy, plány, grafy	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
5. Obrazová prezentace barevná	ANO	ANO	NE	ANO	NE
Celkem obrazových komponentů	5	5	2	5	4
EI (koeficient využití aparátu prezentace učiva)	92,86	85,71	35,71	78,57	64,29

Tabulka 37: Aparát prezentace učiva



Graf 23: EI – využití aparátu prezentace učiva

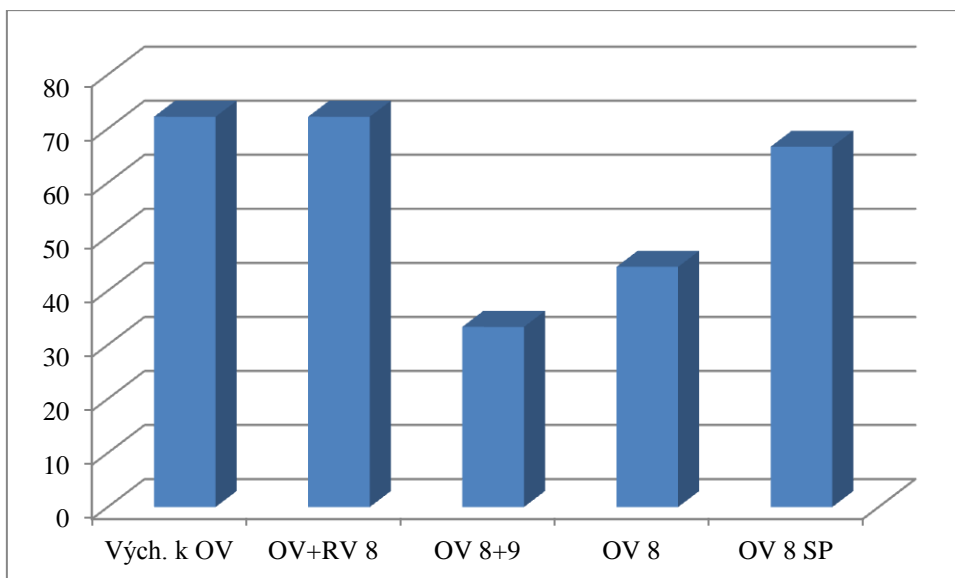
Komentář k EI – využití aparátu prezentace učiva: Jak znázorňuje výše vyobrazená tabulka i graf, učebnice „*Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8 – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia*“ a „*Výchova k občanství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP*“, které jsou v souladu s RVP ZV, **mají nejvyšší koeficient aparátu prezentace učiva.** Obě učebnice jsou přehledně uspořádány, text je barevně odlišen, na začátku učebnic jsou podrobně vysvětleny jednotlivé symboly, se kterými učebnice pracují. V zápatí učebnice „*Výchova k občanství pro 8. ročník*“ se nachází rovněž cizojazyčný slovník klíčových výrazů. Učebnice „*Občanská výchova 8 a Rodinná výchova 8*“ na bocích pracuje s doplňujícími úkoly nebo uvádí další pojmy, se kterými by měli být žáci seznámeni, a které dané učivo rozšiřují. Obě učebnice obsahují rovněž kvalitní ilustrace, diagramy, tabulky či fotografie. Učebnice „*Výchova k občanství pro 8. ročník*“ ztrácí v hodnocení pouze u položky „shrnutí učiva k celému ročníku“, které tato učebnice neobsahuje, avšak závěrem obsahuje souhrnné opakování. Podobně shrnutí učiva celého ročníku neobsahuje ani učebnice „*Občanská výchova 8, rodinná výchova 8*“. Vysoký koeficient aparátu prezentace učiva měla rovněž učebnice „*Občanské výchovy pro 8. ročník ZŠ a víceletá gymnázia*“, kterou vydalo nakladatelství Olomouc. Tato učebnice podobně jako výše zmíněné učebnice obsahuje četné obrázky, tabulky, vysvětlivky, avšak jejím negativem je beze sporu její černobílé provedení. Tato učebnice rovněž obsahuje přešlapaný text, který je v učebnici doslova nahuštěn od první do poslední stránky. Z tohoto důvodu lze učebnici doporučit spíše učitelům jako podnět pro inspiraci, nikoli pro práci samotných žáků. Poměrně dobře vyšla v hodnocení také „*Učebnice občanské výchovy pro 8. ročník základních škol pro sluchově postižené*“. Tato učebnice je poměrně dobře členěná, obsahuje shrnutí učiva za každým probíraným tématem. Rovněž obsahuje vysvětlení pojmů, u kterých je zřejmé, že jim žáci se sluchovým postižením nebudou rozumět. Tato učebnice je na rozdíl od modernějších učebnic chudší na obrazové komponenty, avšak autorka se domnívá, že oproti modernějším učebnicím je tato učebnice pro žáky se sluchovým postižením snadnější na orientaci.

Kromě aparátu prezentace učiva, je dle Průchy hodnocen rovněž aparát řídicí učení. Podrobná analýza tohoto aparátu je představena v níže vyobrazené tabulce a grafu.

Aparát řídicí učení	Vých. k OV	OV+RV 8.	OV 8+9	OV 8.	OV 8. SP
C. Verbální komponenty					
1. Předmluva (úvod do předmětu, ročníku pro žáky)	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
2. Návod k práci s učebnicí (pro žáky nebo učitele)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO

3. Stimulace celková (podněty k zamyšlení, otázky aj. před celkovým učivem ročníku)	ANO	ANO	NE	NE	ANO
4. Stimulace detailní (podněty k zamyšlení, otázky aj. před nebo v průběhu lekcí, témat)	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
5. Odlišení úrovní učiva (základní – rozšiřující, povinné – nepovinné)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
6. Otázky a úkoly za témata	ANO	NE	ANO	NE	ANO
7. Otázky a úkoly k celému ročníku	ANO	NE	NE	NE	ANO
8. Instrukce a úkoly k předchozímu ročníku	NE	NE	NE	NE	ANO
9. Instrukce k úkolům komplexnější povahy (návody k pokusům, pozorováním apod.)	ANO	ANO	NE	ANO	NE
10. Náměty pro mimoškolní činnosti s využitím učiva (aplikace)	NE	ANO	NE	NE	NE
11. Explicitní vyjádření cílů učení pro žáky	NE	NE	NE	NE	NE
12. Prostředky a/nebo instrukce k sebehodnocení pro žáky (testy aj.)	ANO	ANO	NE	ANO	NE
13. Výsledky úkolů a cvičení (správná řešení, odpovědi)	ANO	NE	NE	NE	NE
14. Odkazy na jiné zdroje informací (bibliografie, doporučená literatura)	ANO	ANO	NE	NE	NE
Celkový počet verbálních komponentů C	10	9	3	6	8
D. Obrazové komponenty					
1. Grafické symboly vyznačující určité části textu (poučky, pravidla, úkoly, cvičení aj.)	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
2. Užití zvláštní barvy pro určité části verbálního textu	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
3. Užití zvláštního písma (kurzíva, tučné aj.) pro určité části verbálního textu	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
4. Využití přední nebo zadní obálky pro schémata, tabulky	NE	ANO	NE	NE	ANO
Celkový počet komponentů D	3	4	3	2	4
EII (využití aparátu řídicího učení)	72,22%	72,22%	33,33%	44,44%	66,67%

Tabulka 38: Aparát řídicí učení



Graf 24: EII – koeficient využití aparátu řídicího učení

Komentář k EII – koeficient využití aparátu řídicího učení: Co se týče hodnocení využití aparátu řídicího učení, dosahují všechny analyzované učebnice nižších hodnot než v případě využití aparátu prezentace učiva, přičemž příčinou nízkých hodnot jsou především verbální komponenty. Ve starších učebnicích chybí například odkazy na literaturu a doplňující informace. Z hlediska testových úloh a úkolů k procvičení obsahuje pouze učebnice „*Výchova k občanství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP ZV*“ také správné odpovědi a klíč k jednotlivým úkolům. Nově vydané učebnice obsahují pokyny k sehrání nejrůznějších scének a jiné zajímavé úkoly. Co se týče otázek k probíranému učivu, novější učebnice bohatě vkládají různé úkoly či otázky přímo do probíraného učiva. Téměř všechny učebnice obsahují pro učitele či žáky návod, jak s nimi pracovat, přičemž některé obsahují na začátku učebnice legendu, která vysvětluje jednotlivé symboly používané v učebnici. Každá učebnice, s výjimkou učebnice „*Občanské výchovy pro 8. ročník ZŠ a víceletá gymnázia*“, která je černobílá, obsahuje barevně odlišený klíčový či doplňující text. I přes to, že v této sekci dosahují verbální komponenty v učebnici nízkých hodnot, je třeba říci, že nelze tyto učebnice považovat za nekvalitní nebo nevhodné pro použití ve výuce. Autorka by chtěla například upozornit na skutečnost, že učebnice „*Výchova k občanství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP ZV*“, obsahuje celkem 8 používaných obrazových symbolů, které slouží jako vysvětlivky pro určité části textu, avšak autorka se domnívá, že takový počet symbolů může být pro žáky matoucí a obtížný k zapamatování. Vysoký počet grafických symbolů obsahuje také učebnice „*Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8*“, přičemž tyto symboly jsou vyobrazeny jednou barvou.

Orientaci v učebnici usnadňuje adekvátně zvolený orientační aparát, který analyzuje tabulka 36.

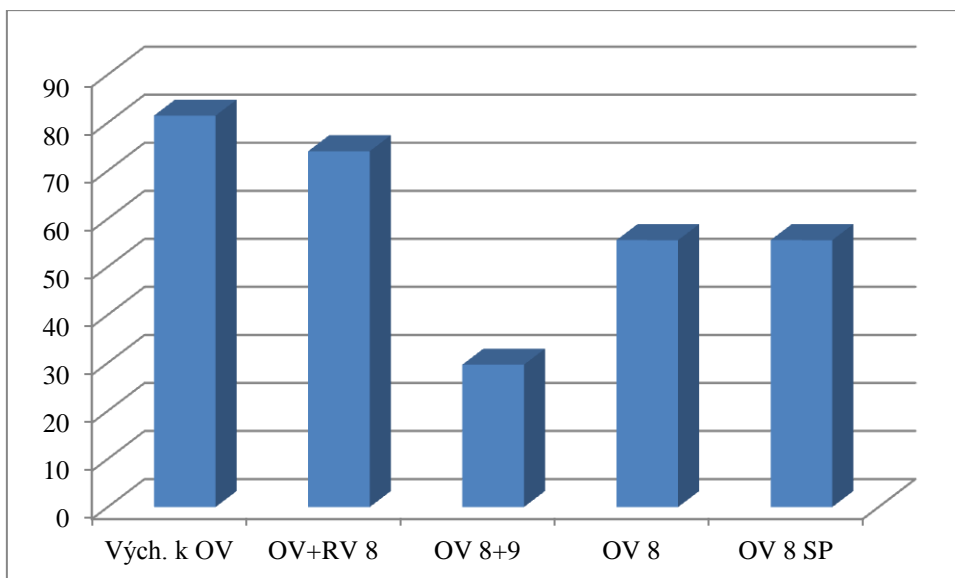
Aparát orientační	Výchova k OV	OV+RV 8	OV 8+9	OV 8	OV 8 SP
E. Verbální komponenty					
1. Obsah učebnice	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
2. Členění učebnice na tematické bloky, kapitoly, lekce aj.	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
3. Marginálie, výhmaty, živá záhlaví	ANO	ANO	NE	NE	NE
4. Rejstřík (věcný, jmenný, smíšený)	ANO	ANO	NE	ANO	NE
Celkový počet komponentů E	4	4	2	3	2
EIII (využití aparátu orientačního)	100	100	50	75	50

Tabulka 39: Aparát orientační

Komentář k EIII – koeficient využití orientačního aparátu: Co se týče orientačního aparátu, poskytují novější učebnice vydané v souladu s RVP ZV snadnou orientaci v učebnici, neboť obsahují obsah, jsou členěny na tematické bloky a kapitoly, bohatě pracují především se záhlavím a s bočními částmi učebnice. Obsahují také jmenný, věcný či smíšený rejstřík. O něco hůře vychází dříve vydané učebnice, které nepracují se záhlavím a zápatím a neobsahují rejstřík.

Využití verbálních komponentů	Výchova k OV	OV+RV 8	OV 8+9	OV 8	OV 8 SP
Celkový počet komponentů V	22	20	8	15	15
Ev (využití verbálních komponentů)	81,48	74,07	29,63	55,56	55,56

Tabulka 40: Využití verbálních komponentů



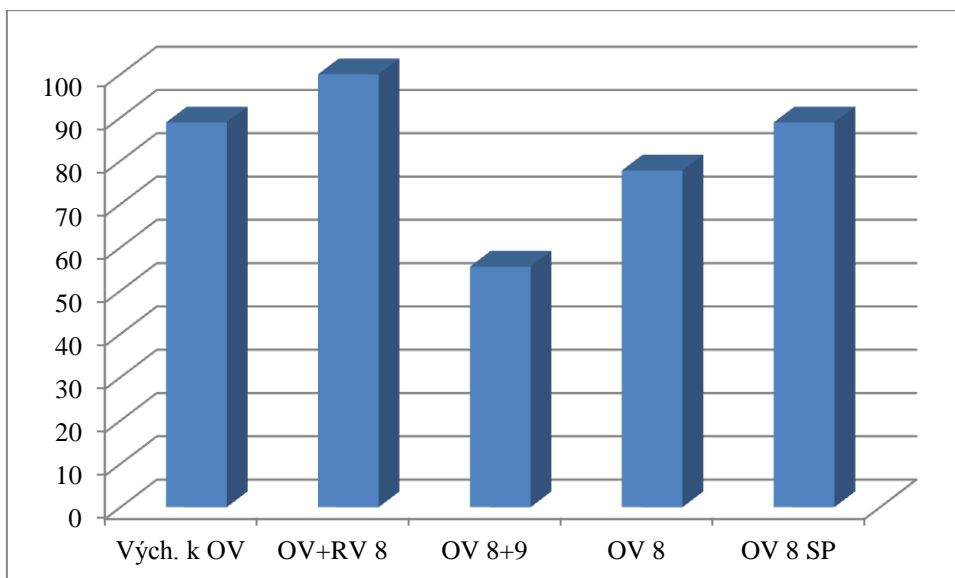
Graf 25: Ev – koeficient využití verbálních komponentů

Komentář k Ev – koeficient využití verbálních komponentů: Z hlediska verbálních komponentů vyšly v rámci hodnocení nejlépe novější učebnice, které jsou značně propracované. Relativně dobře vyšla v hodnocení také učebnice „*Občanské výchovy pro 8. ročník základní školy pro sluchově postižené*“, která sice nemá tak vysoké hodnocení jako výše uvedené učebnice, avšak autorka podotýká, že tato učebnice je zpracována přehledně, obsahuje úkoly k zamyšlení, vysvětlení vybraných pojmů a barevně odlišený text, který usnadňuje práci s učebnicí. V rámci hodnocení verbálních komponentů vyšla nejhůře „*Učebnice občanské výchovy pro 8. a 9. ročník základních škol*“, avšak autorka by ráda poukázala na to, že tato učebnice není nekvalitně zpracovaná, pouze obsahuje velké množství učebního textu, proto podle autorky je tato učebnice vhodná spíše pro učitele než pro samotné žáky.

Poslední analyzovanou oblastí byla oblast obrazových komponentů.

Využití obrazových komponentů	Výchova k OV	OV+RV 8	OV 8+9	OV 8	OV 8 SP
Celkový počet komponentů W	8	9	5	7	8
Ew (využití obrazových komponentů)	88,89	100,00	55,56	77,78	88,89

Tabulka 41: Využití obrazových komponentů



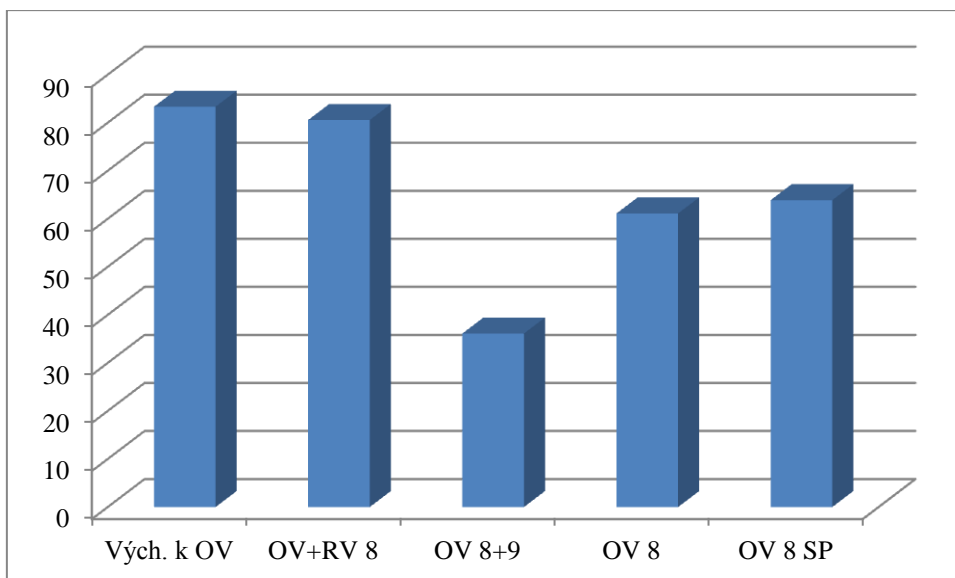
Graf 26: Ew - Využití obrazových komponentů

Komentář k Ew – koeficient využití obrazových komponentů: Co se týče využití obrazových komponentů, můžeme říci, že všechny učebnice jsou zpracovány velmi kvalitně, obsahují řadu obrázků, kreseb, fotografií, diagramů či tabulek. Nevýhodou učebnice „Občanské výchovy pro 8. ročník vydané ZŠ a víceletá gymnázia“ vydané v nakladatelství Olomouc je, že jsou obrázky vyobrazeny černobíle, což dle autorky zbytečně snižuje kvalitu učebnice.

Poslední, a patrně nejdůležitější koeficient, který lze v rámci didaktické analýzy učebnice vypočítat, je celkový koeficient její didaktické vybavenosti E, který uvádí níže zobrazená tabulka.

Celkový koeficient didaktické vybavenosti učebnice E	
<i>Výchova k občanství (8) – učebnice vytvořená v souladu s RVP ZV</i>	83,33
<i>Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8 – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia</i>	80,56
<i>Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy</i>	36,11
<i>Občanská výchova pro 8. ročník ZŠ a víceletá gymnázia</i>	61,11
<i>Občanská výchova pro 8. ročník základní školy pro sluchově postižené</i>	63,88

Tabulka 442: Celkový koeficient didaktické vybavenosti učebnice E



Graf 27: Celkový koeficient didaktické vybavenosti učebnice E

Komentář autorky k učebnici „Výchova k občanství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP ZV“.

Učebnice „*Výchova k občanství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP ZV*“ je nově vydaná učebnice z roku 2015 nakladatelstvím NOVÁ ŠKOLA. Učebnice se na celkem 74 stranách věnuje oblastem občanské výchovy, které doporučuje k zařazení na 8. ročník základní školy.

Z oblasti sexuální výchovy se učebnice věnuje na celkem 10 stranách tématům „*Láska; Metody antikoncepce; Nebezpečí sexuálního života; Manželství – základ rodiny a Vznik lidského života.*“

V rámci tématu „*Láska*“ vymezuje učebnice lásku a zamilovanost, sexuální život, přičemž upozorňuje na skutečnost, že se sexuálním životem je možné v České republice legálně začít od 15. roku. V rámci učiva vysvětluje rozdíl mezi láskou heterosexuální a homosexuální. V učebnici se setkáme rovněž s pojmem transsexualita a transvestitismus.

Téma „*Metody antikoncepce*“ se věnuje antikoncepčním metodám, přičemž nejprve vysvětluje pojem antikoncepce a cíle antikoncepce. Antikoncepci pak podrobně dělí na bariérové prostředky (kondom), chemické metody (spermicidy), hormonální metody (pilulky) a nitroděložní metody (nitroděložní tělísko).

Téma „*Nebezpečí sexuálního života*“ je věnováno pohlavním chorobám, příznakům pohlavních chorob, přičemž největší pozornost se věnuje onemocnění AIDS. V souvislosti

s tímto tématem upozorňuje, že virus HIV lze přenést prostřednictvím nechráněného pohlavního styku, z matky na dítě či krevní cestou. Další pohlavní chorobou, které je věnována v učebnici pozornost, je syfilis a kapavka.

Téma „*Manželství – základ rodiny*“ vysvětluje pojem manželství, upozorňuje na překážky uzavření manželství, dále se věnuje založení rodiny, neshodám v manželství a rozvodu.

V tématu „*Vznik lidského života*“ se pozornost zaměřuje na proces oplození, přičemž je v něm zmíněna i metoda asistované reprodukce. V učebnici jsou zmíněny rovněž formy náhradní rodinné péče, jako jsou adopce či péče pěstounská.

Na začátku učebnice jsou vysvětleny použité symboly, kterých je celkem 9. Tyto symboly upozorňují na „*úkoly k opakování; tvořivé úkoly; práci s mapou; skupinovou práci; zajímavosti; práci s internetem; mezipředmětové vztahy; ukázkou z krásné literatury a průřezová témata.*“ Autorka pozitivně hodnotí, že učebnice usiluje o mezipředmětové vazby a úkoly v učebnici aktivně zapojují žáky do hodiny, ale zdůrazňuje, že žáci se sluchovým postižením mohou mít problém zapamatovat si jednotlivé symboly. Za problém autorka také považuje příliš mnoho symbolů na jedné stránce. Například při náhodném nalistování strany 25 je na této straně zobrazeno celkem 7 symbolů a sama autorka se musela vrátit k úvodní legendě, aby si připomněla, co jednotlivé symboly znamenají.

Každá kapitola obsahuje název kapitoly a dále jednotlivá témata, kterým se věnuje pozornost. Názvy témat jsou napsány velkým tiskacím písmem a jsou začleněny do zelených rámečků. Důležité části učiva jsou zvýrazněny tučně, doplňující či vysvětlující učivo je označeno kurzívou. Pro lepší zapamatování učiva pracuje učebnice s různými grafickými prvky a tabulkami. Velmi zdařilý je výběr fotografií, maleb či karikatur, které dané téma doplňují. Učebnice využívá rovněž zápatí, kde jsou vybrané klíčové pojmy uvedeny v anglickém a německém jazyce. Před číslem příslušné strany se nachází odkaz na učebnice, které se používají v jiných předmětech, aby učitel mohl propojit mezipředmětové vztahy. Na konci každé kapitoly se nachází shrnutí, které poukazuje na nejdůležitější témata k zapamatování. Za každým tematickým celkem následuje souhrnné opakování, přičemž na konci učebnice nechybí závěrečné opakování, ke kterému jsou na konci učebnice uvedeny i správné odpovědi. Pro učitele obsahuje učebnice návrhy projektů, charakteristiku klíčových kompetencí a očekávaných výstupů. Navzdory použití přílišného množství grafických symbolů, které mají podpořit orientaci v učebnici, hodnotí autorka učebnici velmi zdařile. Dle

autorky se v učebnici střídá adekvátní poměr obrázků a textu, učebnice podporuje mezipředmětové vztahy, ale i spolupráci mezi žáky. Své znalosti si žáci mohou ověřit nejen na četných úkolech, které jsou včleněny do jednotlivých témat, ale i v rámci závěrečného opakování.

Komentář autorky k učebnici „Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8 – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia“

Tato učebnice je podobně jako předchozí učebnice vydaná v souladu s RVP ZV. Učebnice je rozdělena na 2 části: Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8, přičemž tématům z oblasti sexuální výchovy se věnuje část druhá.

V rámci rodinné výchovy jsou žáci seznamováni s tématy „*Rodina a lidská sexualita, aneb co je to láska?*“ Téma „*Rodina*“ žáky seznamuje s úmluvou o právech dítěte, žák má přemýšlet např. nad ideální rodinou, rovněž se má zamyslet nad ideálním partnerem či partnerkou, nad věkovým rozdílem mezi partnery, ideálním věkem vstupu do manželství atd. Téma žáky seznamuje také s předpoklady, které podporují šťastné manželství, a rovněž upozorňuje na neuvážené uzavření manželství. Samostatou kapitolu věnuje téma neshodám v manželství.

V rámci tématu „*Lidská sexualita aneb co je to láska?*“ jsou žáci seznamováni s rozdílem mezi láskou, zamilovaností a vášní. Také tato učebnice upozorňuje na zákonný věk pro první pohlavní styk a podobně jako „*Výchova k občanství 8*“ se věnuje otázce homosexuality, bisexuality a transsexualismu. Z oblasti reprodukčního zdraví jsou žáci upozorněni na problematiku předčasného zahájení pohlavního života, rizika brzkého těhotenství a rizika prostituce. Okrajově se učebnice věnuje také otázce antikoncepce, která je rozdělena na přirozené prostředky, bariérové metody, chemické metody a nitroděložní tělísko.

Oblasti sexuální výchovy se věnuje i učebnice „*Občanská výchova 9, Rodinná výchova 9*“ opět v rámci části „*Rodinná výchova 8*“. Tento díl učebnice se znovu věnuje tématu „*rodiny*“, kdy rozebírá rodinu v minulosti a současnosti, upozorňuje na problematiku rodinné krize, problémy současné rodiny, životní úroveň dnešní rodiny, rodičovské předpoklady a problematiku rozvodů. V oblasti „*sexuální výchova*“ se žáci zamýšlí nad tím, co se jim líbí v partnerství rodičů, přemýšlí nad důvody prvního pohlavního styku, ale také nad jeho negativy. V oblasti sexuální výchovy jsou žáci seznámeni rovněž s problematikou interrupce, prostituce a pornografie. Velká pozornost je věnována také tématu těhotenství.

Učebnice „*Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8*“ pracuje na rozdíl od jiných učebnic již s vazbou učebnice, kde vysvětluje, co žák v učebnici najde. Podobně jako předchozí učebnice i tato učebnice pracuje s obrazovými symboly, avšak velkým negativem je nejen vyšší počet symbolů, ale zejména znázornění symbolů jednou barvou, což ještě více žákům znesnadňuje zapamatování si jednotlivých symbolů. Symboly v učebnici označují „*otázky a úkoly; text k zapamatování; písemnou práci s folií či test; zajímavosti; shrnutí; zamyšlení nad tématem; praktický úkol; diskusi; hledání souvislostí; pokus, hru a domácí úkol.*“ Tato učebnice na rozdíl od předchozí analyzované učebnice nepracuje se zápatím, avšak pracuje s okraji jednotlivých stránek, na kterých jsou vysvětleny jednotlivé pojmy, ale také pojmy, které si mají žáci vyhledat. Také tato učebnice obsahuje fotografie, kresby a nejrůznější grafy. Na rozdíl od předchozí učebnice připomíná tato učebnice spíše pracovní sešit, neboť obsahuje minimum učebního textu, ale výrazně podněcuje žáky k přemýšlení prostřednictvím nejrůznějších úkolů. V závěru učebnice nechybí obrazový a jmenný rejstřík, ale také rejstřík pojmů. Autorka považuje tuto učebnici za velice zdařilou především z důvodu jednotlivých úkolů, které se v učebnici nachází. Z hlediska zdroje informací však autorka kladněji hodnotí první zmíněnou učebnici.

Komentář autorky k učebnici „Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy

Učebnice „*Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy*“ nakladatelství Fortuna vyšla z hlediska didaktické analýzy nejhůře v důsledku nízkého hodnocení v oblasti verbálních, ale i obrazových komponentů.

Po důkladném prostudování této učebnice by se autorka ke struktuře učebnice ráda vyjádřila podrobněji, neboť na základě jejího mínění učebnice není nepřehledná nebo didakticky nevhodná. Učebnice má celkem 215 stran, na kterých se věnuje 9 tématickým oblastem. Z oblasti sexuální výchovy se učebnice věnuje především tématu rodiny v kapitole „*Člověk a rodinný život*“. Na začátku kapitoly se učebnice věnuje vymezení pojmu rodiny, vývoji rodinných práv a povinností, emancipaci žen, právnímu významu manželství a rodiny a důsledkům podcenění manželství. Kromě manželství se učebnice zabývá také příbuzenskými vztahy. Pozornost je věnována také tématu „manželství“, přičemž jsou právní důvody, které vylučují uzavření manželství. Podkapitola se zabývá také vznikem manželství, otázkami neplatnosti uzavřeného manželství, vztahy mezi manželi a majetkovými právy manželů. Třetí kapitola je věnována vymezení rodičovské zodpovědnosti, péči o dítě, vlivu rodičů na děti, ale také vyživovací povinnosti mezi rodiči a dětmi. Čtvrtá podkapitola se

věnuje tématu „rozvodu manželství“. Tato podkapitola se zabývá nezralým rodičovstvím, spory v rodině, příčinami rozpadu manželství, podmínkami rozvodu, ale také rozvodovým řízením, právními následky rozvodu, otázkami bydlení a vypořádáním společného jmění manželů. Poslední podkapitola je věnována tématu náhradní rodinné výchovy, které definuje druhy náhradní výchovy, druhy osvojení, rozdíly mezi typy osvojení, pěstounskou péčí a ústavní výchovu. Na začátku učebnice je zobrazen přehledný obsah s názvy jednotlivých podkapitol. Každá podkapitola obsahuje pod svým názvem modře znázorněný text, který objasňuje cíle dané kapitoly. Autorka velmi pozitivně hodnotí, že každý odstavec obsahuje v rámečku „slovo či pojem“, o kterém daný odstavec pojednává. Každý odstavec rovněž obsahuje tučný text, který zdůrazňuje důležité pasáže. Text, psaný kurzívou, zobrazuje příběh či vyprávění k danému tématu. Na konci každé podkapitoly jsou otázky a úkoly, které mají žáci řešit. Na konci každého tematického celku (kapitoly) nechybí shrnutí, které je zobrazeno v modrém rámečku. Názvy kapitol, otázky a úkoly a shrnutí k jednotlivým kapitolám vyvedené v modré barvě, činí celou učebnici poměrně přehlednou a jednoduchou na orientaci i pro žáky se sluchovým postižením.

Z hlediska jednotlivých textů autorka považuje za negativní aspekt poměrně dlouhé odstavce, které obsahují velké množství textu. Tento text autorka hodnotí jako příliš náročný pro žáky se sluchovým postižením. Autorka by také v textu uvítala více grafů či tabulek, které by žákům umožnily lépe pochopit dané učivo. Z pohledu autorky by text mohl být doplněn také větším množstvím praktických úkolů, které by u žáků podněcovaly větší aktivitu.

Komentář autorky k učebnici „Občanská výchova pro 8. ročník základní školy“

Učebnice „*Občanská výchova pro 8. ročník základní školy*“ nakladatelství Olomouc obsahuje celkem 190 stran textu ve formátu A4. Celá učebnice je členěna do 6 kapitol, které se věnují tématům: „*člověk jako osobnost; člověk a citový život; umění rozhovoru – komunikace; člověk a právo; člověk a občanský život a člověk a rodinný život.*“ Tématům z oblasti sexuální výchovy se věnuje především kapitola „*člověk a rodinný život.*“ Tato kapitola se zabývá manželstvím, přičemž nechybí ani statistické údaje, dále se věnuje otázce ideálního partnera či partnerky, jejich hledání, vlastnostem ideálního partnera a partnerky a předpokladům úspěšného partnerství. V kapitole nechybí ani téma manželství z právního hlediska, kouzlo svatebního dne a téma rodiny s dětmi.

Autorka považuje celou učebnici za velice podnětnou a stimulující nejen pro žáky, ale i pro učitele. Například v podkapitole „*Každý svého štěstí strůjcem*“ mají žáci popsat, jakým

způsobem by si vyhledali ideálního partnera, mají ze slov vybrat, jaká slova by přiřadili k lásce, uvést věk ideálního partnera či partnerky. Žáci mají rovněž z nabízených možností zvolit předpoklady pro kvalitní partnerský vztah a ohodnotit pravdivost nejrůznějších výroků. Žáci si mají také představit, co by dělali, kdyby se stali rodiči. V souvislosti s touto otázkou se mají žáci rozmyslet nejen nad klady a zápory situace, ale také nad tím, co by měli nejrychleji vyřešit v souvislosti s danou situací. Žáci se mají rovněž vyjádřit k otázkám lásky, a k tomu, jak by žáci lásku popsali. Autorka se domnívá, že výše znázorněné případy dokazují, jak stimulující může tato učebnice pro žáky být. Učebnice rovněž obsahuje řadu fotografií, tabulek, map či obrázků, které doplňují uvedený text. Dle mínění autorky kvalitu učebnice zbytečně snižuje její provedení v recyklované verzi a fotografie v černobílém vyobrazení. Tuto učebnici by autorka učitelům doporučila především jako zdroj úkolů pro žáky, kterými by učitelé mohli učivo doplnit.

Komentář k učebnici „Občanská výchova pro 8. ročník základní školy pro sluchově postižené“

Učebnice „*Občanské výchovy pro 8. ročník základní školy pro sluchově postižené*“ nakladatelství Septima je poslední analyzovanou učebnicí. Tato učebnice formátu A5 obsahuje celkem 135 stran, které jsou členěny do 7 kapitol. Tématům z oblasti sexuální výchovy se učebnice věnuje v kapitolách „*dospívání; přátelství; láska; manželství a rodina.*“ Kapitola „*láska*“ se věnuje především vztahům mezi muži a ženami. Tato kapitola vymezuje pojem „*city*“, zabývá se city dlouhodobými i krátkodobými. Dále je v kapitole věnována pozornost tématu lásky, žárlivosti, hledání partnera, tématu zdraví a rodinnému prostředí.

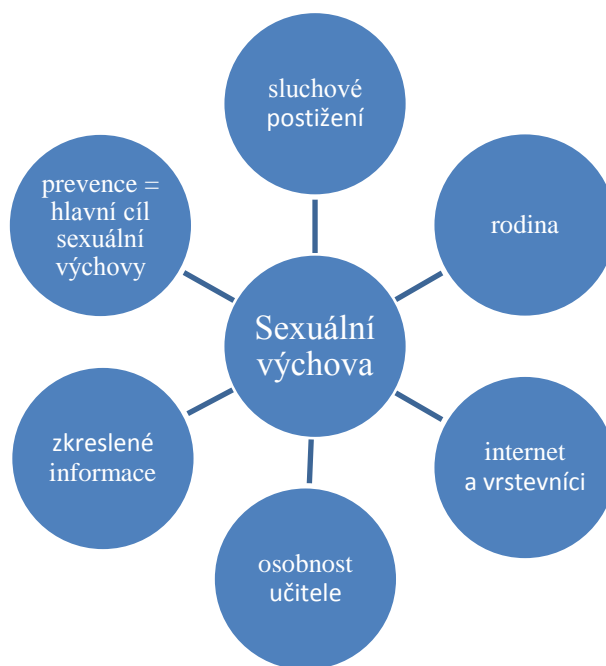
V rámci kapitoly se žáci mají zabývat také věkovým rozdílem mezi partnery, vzhledem partnera a vlastnostmi ideálního partnera. Tato učebnice se věnuje rovněž tématu sexuality v lásce a bez lásky, definuje pohlavní zneužití, vysvětluje pojmy jako „*necking; petting; promiskuita; prostituce; pohlavní styk a znásilnění.*“ Důležitá pozornost je věnována také tématu „*antikoncepce,*“ která je v učebnici členěna na přirozené metody antikoncepce, bariérovou antikoncepci, chemickou antikoncepci, hormonální antikoncepci, zmiňuje se také o nitroděložních tělíscích pro ženy a operaci. Z „*pohlavních chorob*“ jsou v učebnici uvedeny tři nejznámější pohlavní choroby, tedy kapavka, syfilis a onemocnění HIV/AIDS. Kapitola „*manželství*“ vymezuje podmínky pro uzavření manželství, překážky znemožňující uzavření manželství, popisuje svatební obřad a svatební slib. V kapitole nechybí ani podkapitola zmiňující se o důležitých dokladech v manželství, jako jsou žádost o uzavření

manželství, dále doklady, které snoubenci potřebují k uzavření manželství, doklady při narození dítěte, ale také doklady při úmrtí. Téma „rodina“ se zabývá funkcí a strukturou rodiny, zákonem o rodině, rozpadem manželství a rodiny, příčinami rozpadu manželství či péčí o rodinu a děti. Každá kapitola je uvedena černým tučným písmem, důležité části textu jsou v růžovém rámečku. Slova, která by mohla být pro žáky obtížně srozumitelná, jsou vyobrazena s hvězdičkou. Tato slova je nutné pro snadnější pochopení textu žákům vysvětlit. V rámci podkapitoly jsou uvedeny otázky, které podněcují aktivitu žáků. Na konci podkapitoly jsou uvedeny otázky, které slouží k zopakování lekce. V rámci učebnice jsou vyobrazeny obrázky a fotografie, které pomáhají pochopit uvedený text. Autorka shledává tuto učebnici velice vhodnou pro práci se žáky se sluchovým postižením, avšak některé texty jsou nyní trochu zastaralé, proto je třeba s učebnicí pečlivě pracovat.

10.5 Analýza interview s učiteli základních škol pro sluchově postižené

Jak již bylo v charakteristice výzkumného souboru uvedeno, autorka realizovala rozhovor s 8 učiteli, kteří působí na základních školách pro žáky se sluchovým postižením, a kteří v současné době vyučují předměty, do kterých jsou zakomponována témata z oblasti sexuální výchovy.

Rozhovor s každým respondentem trval přibližně 10 – 15 minut, přičemž jednotlivé odpovědi byly zapisovány přímo v průběhu rozhovoru. Odpovědi respondentů byly po realizaci rozhovorů podrobeny důkladné analýze a pečlivě zakódovány. Následně byly kódům přiřazeny abstraktnější, nadřazenější tematické celky. Přehled tematických celků, které ovlivňují sexuální výchovu, přináší níže zobrazený graf. Jednotlivé tematické celky jsou následně detailněji analyzovány.



Graf 28: Sexuální výchova – pohled učitelů základních škol

Pozitivní postoj učitelů k výuce sexuální výchovy

Jak ukázala analýza jednotlivých rozhovorů, klíčovým tématem je **pozitivní postoj učitelů k výuce sexuální výchovy**. Učitelé považují sexuální výchovu u žáků se sluchovým postižením za nezbytnou, nutnou a stěžejní. Mezi hlavní důvody pro výuku sexuální výchovy žáků se sluchovým postižením patří nízká informovanost žáků se sluchovým postižením o daném tématu, nebezpečí internetu a malá angažovanost rodičů na poli sexuální výchovy. Paní Věra (6 let praxe) k výuce sexuální výchovy podotýká: „*tato oblast je velmi důležitá při vzdělávání sluchově postižených, mají hodně zkreslené informace.*“ Podobný názor na výuku sexuální výchovy má také paní Alena (5 let praxe), která v souvislosti se sexuální výchovou poukazuje na neznalost tohoto tématu ze strany žáků „*...děti přijdou do 9. třídy a neví vůbec nic, jsou to věci, které děti budou potřebovat do budoucna.*“ Zajímavý pohled na výuku sexuální výchovy sdílí také paní Ivana (15 let praxe), která podotýká: „*V každém případě učit přiměřeně rozpoznávacím schopností dětí, aby se poznatky staly pevnou součástí mravních hodnot a nebyly ohroženy závadnými informacemi z internetu a motivovaných osob.*“ Pan Karel (46 let) poukazuje na nutnost sexuální výchovy u žáků se sluchovým postižením, přičemž v souvislosti s tímto postojem poukazuje na skutečnost, že rodina žáků se sluchovým postižením je v řadě případů na nízké mentální úrovni.

Zařazení sexuální výchovy

Co se týče vhodné doby, kdy má být vyučována sexuální výchova, můžeme respondenty v souvislosti s tématem rozdělit na dvě skupiny. První skupina účastníků interview preferuje zařazení informací z oblasti sexuální výchovy na 1. stupeň základní školy. K této skupině patří například paní Petra (12 let praxe), která v souvislosti se zařazením výuky sexuální výchovy na 1. stupni poukazuje: „*Už od 3. třídy, protože ve 4. třídě už většinou dívky menstruuji.*“ Podobný názor má také pan Karel: „*Děti o tom vědí někdy kolem 6 let. Je třeba začít co nejdříve.*“ (Karel, 46 let praxe). Pan Karel (46 let praxe) rovněž poukazuje na rozdílné znalosti chlapců a dívek vzhledem k věku: „*Je rozdíl mezi sexuální výchovou u chlapců a dívek. Dívky ví ve stejném věku více informací než chlapci. Je to choulostivá otázka, pokud vyučující nemá např. rodinu.*“ Proti výuce sexuální výchovy na prvním stupni se staví paní Anna (3 roky praxe), která uvádí: „*Od 6. třídy, pokud by se nasadila dříve, mohlo by to děti vyděsit, mohlo by se to pro ně stát návodem.*“

Sexuální výchova jako prostředek prevence

V souvislosti se sexuální výchovou účastníci často skloňovali téma prevence, neboť dle účastníků má mít sexuální výchova především preventivní charakter. V rámci prevence sexuální výchovy by měla být pozornost zaměřena především na otázky antikoncepce, pohlavních chorob, ale také pohlavního styku, přičemž účastníci v souvislosti s pohlavním stykem poukazovali také na pohlavní zdrženlivost a riziko předčasného zahájení pohlavního styku „*antikoncepcí, samozřejmě se jim snažím předat informaci i o pohlavním styku, proč je lepší např. počkat, proč je nutné se chránit a jaké může mít neuvážený pohlavní styk následky.*“ (Věra, 6 let praxe). Na riziko nechráněného pohlavního styku poukazuje také paní Anna (3 roky praxe): „*Prevence přenosu pohlavních chorob, výchova k trvalejším vztahům, dnes časté střídání partnerů, problém v posílání nahých fotek.*“ Zajímavý názor připojila také paní Eva, která poukazuje na předčasné těhotenství dívek se sluchovým postižením a nízkou informovanost v oblasti péče o dítě. „*...dříve se učily dívky, to si myslím, bylo velmi přínosné. Někdy mají dívky dítě brzy, ale zároveň nemají hodně informací, neví, jak se mají o dítě starat.*“ „*Kam sex patří, v jakém věku by bylo rozumné se do sexu pouštět. Jaké choroby mohou dostat. Rizika nechráněného sexu. Důležitost sexu. Aby si uvědomili, že sex patří do života.*“ (žena, 37 let, 12 let praxe).

Rodina jako klíčový prvek sexuální výchovy – ideál vs. realita

Výrazné téma, které se v rozhovorech s učiteli neustále opakovalo, byla stěžejní role rodiny ve výuce sexuální výchovy. Všichni učitelé se shodli na tom, že by rodina měla být pro samotné žáky hlavním zdrojem poznatků z oblasti sexuální výchovy, avšak zároveň připouští, že se tomu tak neděje. Učitelé jako zástupci škol mají rodinu pouze doplňovat, nikoli hrát stěžejní roli v procesu vzdělávání žáků se sluchovým postižením. Bohužel z pohledu samotných učitelů se tak často neděje a rodina se na osvětě žáků v oblasti sexuální výchovy podílí nedostatečně. Například paní Petra k tomuto tématu podotýká: *„Informovanost je veliká, ale rodiče se s dětmi vůbec nebaví. A než se dozvědět nějaké sprostárny[...]. Role rodiny by měla být mnohem větší, snad i větší než ve škole, ale rodina deleguje povinnosti na školu.“* (Anna, 28 let, 3 roky praxe). *„Role rodiny by měla být stěžejní, ale rodiny bývají neúplné, rozpadlé, mentálně nízké. Dívka se často dozvídá informace od okolí. Hlavní roli hraje máma.“* (Karel, 46 let praxe). *„Rodina je při výuce sexuální výchovy hodně, hodně důležitá. Měla by hrát při výuce stěžejní roli, bohužel někteří rodiče se svými dětmi o těchto tématech vůbec nemluví“* (Petra, 25 let praxe). *„Rodina by měla být na prvním místě, bohužel to tak není, rodiče si myslí, že se dítě vše dozví ve škole“* (Alena, 30 let, 5 let praxe).

Zkreslená informovanost žáků se sluchovým postižením v oblasti sexuální výchovy

Ačkoli učitelé považují rodinu za klíčový aspekt na poli sexuální výchovy, připouští, že působení rodičů v této oblasti je přinejmenším nízké, proto se žáci uchylují k náhradním, ne vždy zcela adekvátním zdrojům informací z oblasti sexuální výchovy. Potíže s informovaností v oblasti sluchového postižení souvisí především s omezeným rozsahem slovní zásoby, problémy se čtením s porozuměním a problémy se zpracováním a filtrováním informací. *„Informovanost žáků na poli sexuální výchovy je často bohužel hodně nízká, žáci nechtou[...]. nemají takovou slovní zásobu a často vůbec nerozumí tomu, o čem se píše.“* (Věra, 32 let, 6 let praxe). S tímto názorem souhlasí také paní Anna: *„...informace se k nim dostávají brzy a neumí s nimi naložit.“* (Anna, 28 let, 3 roky praxe). Zkreslenost informací v oblasti sexuální výchovy připouštějí také paní Alena a Jana: *„Malá informovanost, deformované informace...“* (Alena, 30 let, 5 let praxe); *„Žáci se sluchovým postižením mají velmi zkreslené informace, co se týče sexuality.“* (Jana, 50 let, 25 let praxe).

Internet a vrstevníci jako hlavní zdroj informací v oblasti sexuální výchovy

V souvislosti s informovaností žáků se sluchovým postižením považují učitelé za hlavní zdroj informací v oblasti sexuální výchovy internet. Dle učitelů je práce s internetem pro žáky se sluchovým postižením často velmi problematická, neboť žáci neumí informace vytřídit a je pro ně velmi obtížné porozumět informacím, které prezentuje internet. „*Hodně informací hledají na internetu, avšak neví, jestli tyto informace jsou pravdivé, hledají např. na WIKIPEDII. Hodně se o těchto věcech baví mezi s sebou, ale to je taky často nepravdivé, zkreslené*“ (Jana, 50 let, 25 let praxe). „*Na internetu a u vrstevníků hledají informace*“ (Anna, 28 let, 3 roky praxe). „*Malá informovanost, internet, facebook, kamarádi*“ (Petra, 37 let, 12 let praxe).

Osobnost učitele jako jeden z klíčových činitelů sexuální výchovy

V souvislosti s učiteli, kteří mají vyučovat sexuální výchovu, nestaví námi oslovení učitelé do popředí profesní aprobaci, ale především osobnostní předpoklady. Paní Petra (37 let, 12 let praxe) poukazuje ve vztahu k učiteli na jeho otevřenost k dětem a cit pro výuku sexuální výchovy: „*Sexuální výchovu má učit ten, kdo má pro to největší cit. Ne každý má pro to vlohy, koho děti nejvíce berou.*“ S tímto názorem souhlasí také paní Věra (32 let, 6 let praxe), která považuje za důležité, aby sexuální výchovu vyučoval ten, koho děti nejvíce berou, kdo si s dětmi rozumí, neboť je dle ní důležité, aby se děti nebály obrátit se na učitele i mimo vyučování. „*Myslím, že je jedno, jaké předměty bude učitel vyučovat, důležité je, aby žáci měli k učiteli důvěru, také je velmi důležité, aby učitelé byli k žákům otevření*“ (Petra, 25 let praxe).

Sexuální výchova jako součást několika předmětů

Přestože paní Petra (37 let, 12 let praxe) by nebyla proti, aby sexuální výchova byla realizovaná jako samostatný předmět. „*Sexuální výchovu bych klidně zařadila jako předmět...*“, zbývající učitelé se přiklánějí k názoru, začlenit sexuální výchovu do řady předmětů, které jsou ukotveny v RVP ZV. Tento způsob výuky sexuální výchovy preferuje například paní Věra, která v souvislosti s touto otázkou odpověděla: „*Já bych určitě zařadila tato témata do občanské výchovy, výchovy ke zdraví, ale je důležité, jak jsem říkala, aby se žáci nebáli zeptat*“ (Věra, 32 let, 6 let praxe). Také paní Ivana sdílí podobný názor a v souvislosti se sexuální výchovou konstatuje: „*Do biologie člověka – výuka o reprodukci; do občanské výuky – výuka o společnosti a rodině*“ (Ivana, 45 let, 15 let praxe). „*Já bych tato*

témata vyučovala tak, jak jsou. Vyučovala bych témata v přírodopise, občanské výchově, výchově ke zdraví. Nemyslím si, že by byl nutný speciální předmět“ (Jana, 25 let praxe). Jinou cestou pro realizaci sexuální výchovy může být realizace sexuální výchovy prostřednictvím volitelného předmětu. K realizaci tímto způsobem se přiklání například pan Karel (46 let praxe), který v souvislosti s dotazem na způsob realizace sexuální výchovy uvedl tuto odpověď: „Myslím, že například 1x za 14 dní. Samostatný předmět + integrace do různých vzdělávacích oblastí, zvláště u sluchově postižených“ (Karel, 46 let praxe).

10.6 Interview s dospělými respondenty se sluchovým postižením

Jak již autorka avizovala v souvislosti s výzkumnými cíly, v interview s respondenty se sluchovým postižením zajímal autorku nejen obsah samotného interview, ale také obsah interview v souvislosti s jednotlivými respondenty. Jako metodu pro účely analýzy autorka zvolila tématickou analýzu interview.

Pro účely tematické analýzy interview autorka přepsala jednotlivé odpovědi respondentů, kterým následně přidělila kódy. Autorka několikrát přečetla jednotlivá interview, neboť zkoumala vhodnost jednotlivých kódů. Následně autorka přečetla další interview, kdy odpovědím respondentů opět přidělila kódy. Autorka jednotlivé kódy porovnávala a sdružovala je do tzv. významových témat. Vzhledem ke skutečnosti, že autorku zajímaly také odpovědi jednotlivých respondentů, analyzovala nejen hlavní témata, která se vyfiltrovala z odpovědi účastníků interview, ale zároveň analyzovala jednotlivá interview, přičemž z odpovědí respondentů na jednotlivé otázky k tématu partnerských vztahů autorka analyzovala každé interview zvlášť.

Vztah jako odraz vývoje společnosti

Jak bylo zmíněno v rámci teoretické části disertační práce, předchozí generace uzavíraly manželství krátce po dovršení zletilosti, přičemž příčinou uzavření manželství bylo často těhotenství partnerky. V současné době partneři manželství často odkládají do pozdějšího věku, přičemž až polovina dětí se rodí před svatbou. Partneři si chtějí užívat, cestovat, nechtějí převzít odpovědnost jeden za druhého.

Toto zjištění potvrdily i rozhovory s respondenty, ze kterých vyplynulo téma „partnerský vztah jako odraz vývoje společnosti.“ *Když jsme spolu začali chodit, tak já měla 19 a on byl o 8 měsíců starší[...], já měla 20 let, už děcko, nic jsem si neužila[...]. No pravda je, že u nás to po manželství nebylo taky ideální, ale já jsem měla dceru a my oba jsme se*

museli starat, jinak to nešlo, hádali jsme se, ale museli jsme se starat a mít peníze“ (Adéla, 42 let, komentuje sňatek po roční známosti). „Známe se od základní školy, známe se strašně dlouho“ (Lenka, 25 let, sňatku předcházelo narození dítěte a 7 letá známost). „Jsem vdaná, manželé jsme spolu rok, před tím jsme spolu 10 let chodili. Teda, takže jste téměř 11 let spolu. Ano, ano, budeme spolu 11 let“ (Pavla, 29 let, sňatku předcházela 10 letá známost). „Dle mého názoru do manželství asi nepůjdu, stačí mít společné dítě a považuji to za rodinu“ (Pavel, 24 let, komentuje význam manželství).

Komunikace jako klíč ke spokojenému vztahu

Všichni respondenti považují za klíčový prostředek úspěšného partnerského vztahu komunikaci, neboť ta může partnerský vztah nejen zlepšit, ale také přispět k jeho zániku „Protože lidi si mezi sebou věci často neříkají, věci stagnují a dochází k problémům“ (Pavla, 29 let, komentuje význam komunikace). „Můžeme si povídat[...], já si myslím, že kdybych chodila se slyšícím, nefungovalo by to“ (Adéla, 42 let, komentuje výhodu neslyšícího partnerství). „No myslím, že musí mít důvod, ale velkým problémem je špatná komunikace [...], když ti něco vadí, říct mu to hned nebo za chvíli nebo pokud mu to nechci říct, tak radši to v sobě dusit, ale tak, aby partner nepoznal, že mi něco schází, takže mlčeti zlato, ale[...]]já si myslím, že spíše mluvit zlato. A né, že tě něco trápí, ale partner neví proč.“ (Lenka, 24 let, komentuje význam komunikace)

Slyšící partner jako pomocník a tlumočník

Dalším tématem, které z odpovědí sluchově postižených respondentů vyplynulo, bylo, že vnímají slyšícího partnera jako tlumočníka a pomocníka. „Vzájemná pomoc, inkluze a pomáhá sluchově postiženému (třeba upozornění aut, telefonování atd....“ (Pavel, 24 let, nedoslýchavý). „No když to řeknu podle sebe, tak když jdeme společně někam, kde je hodně lidí, tak se ztrácím, ptám se Rostíka, jestli jsem to správně pochopila a jestli jsem slyšela to, co jsem slyšet měla. Zjišťuji, jestli jsem všechno dobře slyšela, jestli mi něco neuniklo. Hodně v tom cítím nevýhodu“ (Pavla, 29 let, nedoslýchavá). „Například může tomu neslyšícímu pomoci, např. při vyřizování. Já a manžel jsme oba neslyšící, když něco vyřizujeme, musí nám pomoci tlumočník, rodiče, manželovi rodiče ze Studénky, ale i když naši rodiče jsou staří, tak já za nimi musím jít a požádat o pomoc“ (Adéla, 42 let, neslyšící, komentuje výhody smíšeného partnerství).

Partner jako spřízněná duše a smysl života

V rozhovorech s nedoslýchavými účastnicemi se objevuje často odkaz na partnera jako na spřízněnou duši či parťáka pro život. Autorka vnímá, že takovým způsobem mluvily o svém partnerovi především mladší účastnice, zatímco paní Adéla, která spadá do střední věkové kategorie, popisovala svůj vztah a počátky manželství mnohem střízlivěji. Autorka usuzuje, že vnímání partnera z pohledu mladých žen je jedním z odrazů vývoje společnosti, neboť četné výzkumy ukazují, že ženy již nevstupují do manželství pod nátlakem společnosti a z ekonomických důvodů, ale partner pro ně hraje roli milence, kamaráda i terapeuta. Paní Linda (25 let, komentuje význam partnerského vztahu) *„Výhoda je, že nejsi sama, něha tam je. Byla jsem svobodná několik let (krátké vztahy nepočítám) a na chvíli je to fajn, mně už to stačilo. Už jsem potřebovala mít někoho u sebe...“* *„Já ten partnerský vztah beru jako takový smysl života, proč být sama. Často jsou to sice nervy, hádky, ale přece jen je ten partner takový tvůj společník“* (Lenka, 25 let, komentuje význam partnerského vztahu). *„Já jsem jakoby vždycky toužila mít svého přítele a posléze partnera, nedokázala bych si jakoby představit být sama, své problémy a své radosti prožívám se svým partnerem...“* (Pavla, 29 let).

Manželství jako tradice

Především u žen hrají v souvislosti s manželstvím roli tradiční, romantické důvody ke vstupu do manželství, na základě odpovědí žen se vykrystalizovalo téma manželství jako tradice. *„A bereme se taky, že se máme rádi, a proto, že chci být v bílém a jsem na tu svatbu připravená[...]. Ano, určitě. Není to tak, že bychom si řekli, jsme spolu 2 roky, tak se vezmeme nebo máme spolu dítě, tak se vezmeme, ale prostě chceme“* (Paní Lenka, 25 let, komentuje důvody vstupu do manželství). Paní Pavla (29 let) komentuje význam manželství následovně: *„Jednak z toho, abychom partnerský vztah posunuli dopředu, ale taky z hlediska toho, že chceme mít rodinu, takže pro mě bylo důležité, aby než založím rodinu, abych to dítě přivedla do úplné rodiny.“*

Manželství z ekonomických důvodů

Kromě tradičních důvodů autorka zjistila, že u respondentů hrají ve vztahu k manželství svou roli také ekonomické důvody, které usnadňují vzájemné soužití manželů. *„Výhoda je vlastně závazek a papíry pro bankovní produkty - jako hypotéka“* (Pavel, 24 let, komentuje význam manželství). *„Bereme to i z toho majetkového hlediska, kdy chceme*

v budoucnu společné bydlení a nedostali bychom hypotéku, muselo by se řešit, jak to nakonec bude poměrově napsané atd“ (Lenka, 25 let).

Transformace vztahů

V průběhu rozhovorů s účastníky si autorka všimla, že především ženy popisují svůj vztah před svatbou a po svatbě jinak. V souvislosti s manželstvím či společným bydlením popisovaly účastnice, že jim najednou přibyly nejen povinnosti, ale paradoxně ubylo společně stráveného volného času. Na úskalí předčasného manželství upozorňuje paní Adéla (42 let), dle které po sňatku často nastávají hádky a konflikty vlivem nezralé osobnosti manželů. Zároveň paní Adéla poukazuje na skutečnosti, že po svatbě zábava ustupuje povinnostem a nastává realita všedního života. „...*u nás to po manželství nebylo taky ideální, ale já jsem měla dceru a my oba jsme se museli starat, jinak to nešlo, hádali jsme se, ale museli jsme se starat a mít peníze.*“ „*No musím říct, že tehdy jsme spolu trávili nejvíc volného času, protože to byla taková zkouška toho našeho vztahu, jestli to vydržíme. To byla taková zkouška našeho vztahu, víkendy jsme trávili hodně spolu*“ (Paní Lenka, 29 let, popisuje vztah na dálku před společným soužitím). „...*když bydlíte s rodiči, i když spolu chodíte, tak na prvním místě je ta tvoje původní rodina, maminka, tatínek, sourozenci, ale když spolu bydlíte, tak se ten Tvůj partner dostane na první místo, pak jsou např. vaše děti, rodiče, ale do popředí se dostane ta tvá vlastní rodina*“ (Paní Pavla, 24 let, komentuje změnu žebříčku hodnot v souvislosti se společným bydlením).

Sluchové postižení „jen tak mimochodem“

V průběhu rozhovorů s nedoslýchavými účastníky si autorka všimla, že tito účastníci měli často tendenci své sluchové postižení zlehčovat, snižovat jeho dopady. Účastnice většinou uměly pojmenovat dopady sluchového postižení na kvalitu života, avšak často hovořily o těchto věcech, jakoby se týkaly někoho jiného.

Paní Lenka (24 let, popisuje dopady sluchového postižení) „... *sluchové postižení není až tak velká tragédie, pokud se jedná o nedoslýchavost, že se to dá, pokud to řeknu blbě zamaskovat[...]* Bavili jsme se o tom, že můžeme mít sluchově postižené dítě, takže jsme to ještě vyhráli, že by mohlo mít například mentální postižení, a to by pak podle mne byla úplná katastrofa, to už radši i zrakové postižení. (vyjadřuje se k možnému sluchovému postižení dítěte). Paní Pavla (29 let, popisuje seznámení s rodiči) „...*myslím si, že i přes to sluchové postižení jsem schopná, komunikativní, soběstačná, takže myslím, že to brali tak, že i přes*

určitý nedostatek jej dovedu kompenzovat[...], ale jinak musím říct, že to vůbec nevědí někteří naši kamarádi“ (Paní Pavla komentuje, jak vnímají její sluchové postižení společní přátelé). Také pan Pavel (24 let, komentuje sluchové postižení své přítelkyně) „...spíše je slyšící, jen lehký problém se sluchem, jenže to není poznat.“

Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením z pohledu paní Lenky

První účastnicí, se kterou bylo realizováno interview, byla paní Lenka. Paní Lenka je nedoslýchavá žena ve věku 24 let, tohoto času je na rodičovské dovolené s půl ročním synem. Paní Lenka má sluchové postižení od narození, přičemž toto postižení má jako jeden ze symptomů Usherova syndromu. Paní Lenka od dětství navštěvovala běžnou mateřskou, základní a střední školu, přičemž se stýkala převážně se slyšícími vrstevníky. Také manžel paní Lenky je slyšící.

Vztahu paní Lenky předcházelo přátelství, neboť paní Lenka znala svého partnera již od základní školy. *„Známe se od základní školy, známe se strašně dlouho, ale dohromady jsme se dali, až jsme spolu začali stárkovat, ale až ten druhý rok, co jsem ho učila stárkovat, tak jsme se dali dohromady.“*

Svého manžela si paní Lenka vzala po **dlouhodobé (7 leté) známosti**, přičemž sňatku předcházela zhruba roční pauza v podobě rozchodu, po kterém si oba partneři uvědomili, že chtějí být i nadále spolu a posunout svůj vztah na další úroveň. Sama paní Lenka k tomuto období dodává: *„I když jsme se rozešli, tak to nemělo vztah k tomu, že bychom si nerozuměli, ale šlo o jednu životní fázi, ve které jsem se necítila dobře. Já jsem se v té fázi necítila dobře, ale on to nedával, nevěděl, co chce...“*

Jak vyplynulo z rozhovoru, jednou z příčin rozpadu partnerství byl **nedostatek volného času ze strany manžela**, přičemž autorku zajímalo, zdali se něco změnilo narozením dítěte. *„Ano, byl by to problém a byl by to veliký problém, protože on to dříve problém byl.“* Touto odpovědí paní Lenka poukazuje na problém s nedostatkem volného času ze strany manžela, avšak zároveň přiznává, že problém s nedostatkem volného času stále trvá, avšak změnilo se vnímání vztahu ze strany manžela. *„Jenže teď jak spolu bydlíme, tak vnímá tu naši novou rodinu jinak, ten vztah je teď o něčem úplně jiném.“* Z odpovědí paní Lenky autorka usuzuje, že problém s nedostatkem volného času ze strany manžela je stále přítomný, avšak díky synovi jej paní Lenka tolik nevnímá, neboť je plně zaměstnána výchovou syna. *„No, můj*

manžel je hodně v práci, já si teda musím volný čas naplánovat, v podstatě si přes den mohu dělat, co chci, takže mám dost volnosti.“ Také svému manželovi se paní Lenka snaží dopřát dostatek volného času pro jeho vlastní aktivity, neboť si uvědomuje, že každý z partnerů by měl dělat také to, co ho baví, a nejen se realizovat prostřednictvím partnerství. *„On si dělá, co má rád, já si dělám, co mám ráda. Navzájem se neomezujeme, ale jsme spolu[...], někdy je potřeba, aby si Martin jen tak užil, že je sám doma, takže nenutím ho pořád něco dělat, podnikat[...]on teď má svou partu mezi kováři, kterou jsem párkrát viděla[...] ale já tam prostě nějak neumím zapadnout. Pak má velkou partu lidí z tábora...“*

Paní Lenka přiznává, že velký podíl na zkvalitnění partnerského vztahu mělo **společné bydlení, těhotenství, narození syna a následný sňatek**, přičemž tyto čtyři prvky lze považovat za **hlavní činitele transformace partnerského vztahu**, neboť dávají partnerům jistý závazek, partnerství již nebude nikdy jako před tím. *„Když bydlíte s rodiči, i když spolu chodíte, tak na prvním místě je ta tvoje původní rodina, maminka, tatínek, sourozenci, ale když spolu bydlíte, tak se ten tvůj partner dostane na první místo, pak jsou např. vaše děti, rodiče, ale do popředí se dostane ta tvá vlastní rodina[...] Když jsem nebyla těhotná, ale bydleli jsme spolu, my dva si zašli např. do hospody na pivo a nemuseli se ohlížet na rodiče, co mají v plánu oni. Nemuseli jsme být potichu, protože někdo, něco, nějak. Já měla svoji práci, on měl svoji práci. Taky jsem byla v práci např. 10 hodin denně, ale velmi nám pomohlo, že jsme se oba odpoutali od svých vlastních rodin a začali se vnímat jako rodina...“*

Pro paní Lenku je manželství velice důležité, neboť již samotné **partnerství považuje za smysl života**. Zároveň však na partnerství paní Lenka nahlíží realisticky, neboť si uvědomuje, že ve vztahu se vyskytují i problémy, které je třeba řešit. Neshody v partnerství musela v minulosti paní Lenka řešit radikálním způsobem v podobě rozchodu, neboť již nebyla schopna tyto neshody nadále snášet. *„No, když jsme se před 2 lety rozešli, tak se mi ulevilo, protože to nebyl ten život, jaký jsem chtěla. Teď mám ten život, který jsem chtěla a jsem spokojená.“* Partnerství má podle paní Lenky cenu, i pokud se v něm vyskytují potíže, avšak pozitiva musí převažovat nad negativy. *„Já ten partnerský vztah beru jako takový smysl života, proč být sama. Často jsou to sice nervy, hádky, ale přece jen je ten partner takový tvůj společník[...], že každý jsme jakoby jiný, ale klape nám to.“* Za hlavní klíč ke spokojenému partnerskému vztahu považuje Lenka komunikaci. *„No myslím, že musí mít důvod, ale velkým problémem je špatná komunikace[...] určitě, nic jiného na tom není, protože když ti něco vadí, říct mu to hned, nebo za chvíli, nebo pokud mu to nechci říct, tak radši to v sobě dusit,*

ale tak, aby partner nepoznal, že mi něco schází, takže mlčeti zlato, ale[...]já si myslím, že spíše mluví zlato. A né, že Tě něco trápí, ale partner neví proč.“

Jak vyplývá z rozhovoru s paní Lenkou, kopíruje Lenka současný trend, kdy manželství předchází několikaletý vztah, někdy i narození dítěte. Také Lence se narodilo dítě před vstupem do manželství a Lenka se přiznala, že ji i jejího partnera trápily obavy, zdali dítě bude mít sluchové postižení. „...bavili jsme se o tom, že může mít sluchové postižení, takže jsme to ještě vyhráli, že by mohlo mít například mentální postižení, a to by pak podle mne byla úplná katastrofa, to už radši i zrakové postižení[...] protože jsme na to určitým způsobem připraveni[...] spousta postižených lidí, kteří mají zdravé děti, takže tohle nikdy nikdo dopředu nemůže odhadnout, je to tak složitý proces[...] v průběhu těhotenství jsme to neřešili a těšili se na miminko.“

Důvodů, proč chtěla Lenka vstoupit do manželství, bylo hned několik. Vzhledem k tomu, že měla Lenka první dítě již před svatbou, vedly k cestě do **manželství** logicky **pragmatické důvody**. „...abych měla stejné příjmení jako mé dítě a můj budoucí manžel... Svatba rovněž vyřeší majetkové záležitosti, což je v dnešní době velmi podstatné, protože peníze a majetek jsou často největší zádrhel, který způsobí rozkol v rodině[...] Bereme to i z toho majetkového hlediska, kdy chceme v budoucnu společné bydlení a nedostali bychom hypotéku, muselo by se řešit, jak to nakonec bude poměrově napsané atd.“ Lenka a její partner rovněž cítí, že k manželství uzrál ten správný čas a oba by chtěli vstoupit do manželství a tím posunout vztah na jinou úroveň. „A bereme se taky, že se máme rádi[...] Není to tak, že bychom si řekli, jsme spolu 2 roky, tak se vezmeme nebo máme spolu dítě, tak se vezmeme, ale prostě chceme.“

V průběhu rozhovoru si autorka všimla, že Lenka měla **tendenci sluchové postižení zlehčovat**, hovořila o něm „jakoby mimochodem“, často poukazovala na dopady jiných zdravotních postižení. Autorka usuzuje, že Lenka nepovažuje sluchové postižení za součást své identity. Ačkoli si Lenka uvědomuje, že má sluchové postižení, které ji omezuje v řadě věcí a přináší s sebou negativní dopady, v důsledku toho, že Lenka pochází ze slyšící rodiny a v průběhu svého dospívání se setkávala pouze se slyšícími vrstevníky (Lenčin bratr je o 7 let mladší), neměla vedle sebe vzor osoby se sluchovým postižením, se kterou by se mohla ztotožnit, která by jí mohla být inspirací. „Myslím si, že sluchové postižení není až tak velká tragédie, pokud se jedná o nedoslýchavost, že se to dá, pokud to řeknu blbě zamaskovat[...] je řada dalších ch postižení, které na tom záviset mohou, například zrakové postižení[...] pokud má

*dítě sluchově postižené, a jiné je to, pokud se narodí hluché dítě... Ta nedoslýchavost se dá velmi dobře korigovat, takže to podle mě není taková tragédie v tom, jak to mohou lidé vnímat[...]*Moje mamka měla hrozně dobrou partu mamin s miminkama[...] *snažila, abychom zapadly mezi zdravé děti.“* (Lenka se vyjadřuje k překážkám ve vztahu sluchově postižení a slyšící partner) „...*Dívali se na mně jako klasicky na cizího člověka[...]* není v tom, že by mně nebrali... *ale není to určitě takové to, ona je sluchově postižená, s tou se bavit nebudeme. Lenka se vyjadřuje k přátelům svého partnera)...“* V souvislosti s případným sluchovým postižením svého syna můžeme u Lenky najít určitou copingovou strategii, která má v tomto případě charakter úniku, vytěsnění. „*Snažila jsem se to neřešit, hodně jsem se to snažila neřešit[...]* sluchové postižení podle mě není taková tragédie[...] *je spousta postižených lidí, kteří mají zdravé děti[...]* nemám moc informací, takže ani nevím, jestli je to dědičné.“ (Lenka hovoří o dědičnosti Usherova syndromu ve vztahu k narození dítěte) „...*necháám to na osudu[...]* pro mne bylo ještě horší, protože co se má stát, tak se stane. Z této výpovědi je dle autorky u Lenky patrné vnímání sluchového postižení jako „něčeho osudového“, proti čemu nelze bojovat, je zde také vidět jistá dávka rezignace.“

Partnerské vztahy z pohledu paní Pavly

Paní Pavla byla druhou účastnicí, se kterou byl realizován hloubkový rozhovor. Paní Pavle je v současné době 29 let, je od narození nedoslýchavá, avšak podobně jako paní Lenka navštěvovala běžnou základní, střední i vysokou školu. V současné době působí paní Lenka jako učitelka na základní škole pro žáky s mentálním postižením. Paní Pavla má slyšícího manžela, kterého poznala již v průběhu mládí prostřednictvím společné přítelkyně. *Seznámili jsme se přes kamarádku, bylo to na diskotéce. Oba dva jsme studovali střední školu, takže to byla víkendová diskotéka. Kamarádka, ona Rostika znala, takže mne představila, zatančili jsme si spolu 1 tanec, Rostík se mně zeptal, jak se jmenuji, já jsem se zeptala jeho. On potom říkal, že musí odejít, že spěchá domů, no pak mi asi za 2 dny volal, že přes tu kamarádku zjistil moje číslo. Teda vlastně mi nevolal, ale napsal smsku.* Také paní Pavla kopíruje současný **trend odkládání manželství do pozdějšího věku**, neboť si svého manžela vzala po 10leté známosti. V současnosti je paní Pavla 1 rok vdaná, s manželem nyní staví dům na vesnici a v březnu čekají narození prvního potomka.

U paní Pavly si autorka všimla **vnímání vztahu jako smyslu života**, avšak zároveň paní Pavla hodnotí vztahy realisticky. V souvislosti s partnerským vztahem se u paní Pavly objevuje také **téma strachu ze samoty**. „*Já jsem jakoby vždycky toužila mít svého přítele*

a posléze partnera, nedokázala bych si jakoby představit být sama, své problémy a své radosti prožívám se svým partnerem a neuznávám takové to jakoby rozchody, scházení se, rozchody[...] Tak tak, určitě bych usilovala o to, abych si někoho našla a nějaký ten vztah měla. Já jsem pro partnerský vztah.“ Svou silnou spjatost s manželem dokládá paní Pavla také společným trávením volného času, neboť s partnerem tráví téměř veškerý volný čas, avšak zároveň přiznává, že po společném bydlení a svatbě tráví s manželem paradoxně méně času než před svatbou. „*No musím říct, že tehdy jsme spolu trávili nejvíc volného času, protože to byla taková zkouška toho našeho vztahu, jestli to vydržíme. To byla taková zkouška našeho vztahu, víkendy jsme trávili hodně spolu, až někdy rodiče nám vyčítali, že se nevěnujeme rodičům, ale že jsme pořád spolu.*“

V souvislosti s manželstvím paní Pavla kopíruje trendy moderní doby, neboť se nevdávala záhy po seznámení, ale sňatek s partnerem uzavřela teprve 10 let poté, avšak **vnímání manželství** z pohledu paní Pavly je **velmi tradiční**. Paní Pavla velmi toužila po dítěti, avšak nechtěla jej přivést do neúplné rodiny, manželství mělo její vztah s přítelem nejen posílit, ale také posunout vpřed. „*Jednak z toho, abychom partnerský vztah posunuli dopředu, ale taky z hlediska toho, že chceme mít rodinu, takže pro mě bylo důležité, aby než založím rodinu, abych to dítě přivedla do úplné rodiny.*“ (Paní Pavla komentuje důvody uzavření manželství). V rámci rozhovoru se paní Pavla poměrně rozhořčila nad trendem současných „mamánků“, přičemž připustila, že pokud by byl její partner velmi fixovaný na matku, negativně by tato situace ovlivnila jejich partnerský vztah a mohla by vést až k rozchodu.

Přestože je paní Pavla nedoslýchavá, není na ní sluchové postižení příliš patrné. Paní Pavla přiznává, že ačkoli má sluchové postižení, partner si na ní zpočátku ničeho nevšiml, zároveň připouští, že se u ní objevil **strach z odmítnutí v souvislosti se sluchovým postižením**. „*No měla jsem strach, to je pravda, mu to říct, ale nechtěla jsem to dlouho protahovat, takže jsem to Rosťovi sdělila, na 3., nebo 4. schůzce, no a přijal to jakože dobře, myslím, že byl trošku překvapený, ale nezalekl se a neutekl[...]*já jsem nechtěla, aby se do mě jakoby zamiloval dříve, než by to věděl?“

Pro paní Pavlu je **komunikace klíčovou součástí partnerského stavu**, přičemž na začátku seznámila svého partnera se zásadami, které je třeba dodržovat při společné komunikaci a seznámila je s dopady sluchového postižení. „*Já mu všechno vysvětlila, řekla jsem mu, že na mně nemá mluvit, když jsem otočená zády, že na mně nemá mluvit, když je moc*

velký hluk, popsala jsem mu, jak jsem chodila k lékařům[...] to sluchové postižení jsem schopná, komunikativní, soběstačná, takže myslím, že to brali tak, že i přes určitý nedostatek jej dovedu kompenzovat...“ Paní Pavla připouští, že u nedoslýchavých může komunikace způsobovat značné problémy v souvislosti s integrací do společnosti, avšak zajímavé je, že také u paní Pavly se objevuje tendence své sluchové postižení obhajovat a vysvětlovat. To se projevilo také u otázky, zabývající se postojem společných přátel, k jejímu sluchovému postižení. Paní Pavla se potýká v důsledku sluchového postižení zejména s problémy v souvislosti s komunikací ve větší společnosti, ale někteří společní přátelé ani neví, že má sluchové postižení. *„No když to řeknu podle sebe, tak když jdeme společně někam, kde je hodně lidí, tak se ztrácím, ptám se Rostíka, jestli jsem to správně pochopila a jestli jsem slyšela to, co jsem slyšet měla. Zjišťuji, jestli jsem všechno dobře slyšela, jestli mi něco neuniklo. Hodně v tom cítím nevýhodu[...] kamarádi, se kterými máme dobrý vztah, tak těm jsme to řekli, ale jinak musím říct, že to vůbec neví, někteří naši kamarádi. Tak určitě by to na mě nepoznali, pokud nejsme v nějaké hlučné společnosti a oni si uvědomí, že např. tak rychle nereagují.“*

Vzhledem ke skutečnosti, že je paní Pavla v současnosti těhotná, dotkla se autorka tématu strachu ze sluchového postižení dítěte. Paní Pavla připouští **obavy ze sluchového postižení dítěte**, ale zároveň přiznává, že má strach také z jiných postižení. *„No určitě jsem měla a mám obavy z toho, že dítě bude špatně slyšet. Obavy tam jsou nejen, co se týče sluchového postižení, ale celkově, jestli nebude mít dítě nějaké jiné problémy, nějaké jiné postižení.“*

Partnerské vztahy z pohledu paní Adély

Další účastníci, se kterou byl realizován rozhovor, týkající se partnerských vztahů, byla paní Adéla, které je v současné době 42 let. Paní Adéla má zbytky sluchu a umí výborně odezírat, avšak pohybuje se mezi neslyšícími, proto raději komunikuje ve znakovém jazyce. Paní Adéla má neslyšícího manžela a dvě slyšící děti.

Sňatku paní Adély předcházelo krátké období chození, kdy si paní Adéla svého manžela **po roční známosti** vzala. Na případu paní Adély lze sledovat trend brzkých, často nezralých manželství, která byla typická pro tzv. Husákovy děti. Autorka vidí trend tehdejších brzkých sňatků nejen ve vlivu společnosti, ale také v éře „bez mobilů, internetu a jiných vymožeností“, které sice usnadňují vztah na dálku, ale zároveň způsobují spoustu problémů, se kterými se Husákovy děti nemusely potýkat. Sama paní Adéla považuje své manželství

v počáteční fázi za nezralé a poukazuje na problémy, se kterými se musela potýkat. Ze slov paní Adély je patrna mírná rezignace, ve stylu „nedá se nic dělat.“ *„Já byla z Olomouce a jeho rodiče bydleli u Ostravy ve Studénce[...] A on bydlel tam a my za sebou jezdili každý týden v sobotu. On přijel ze Studénky do Olomouce, já přijela z Olomouce do Studénky, a tak to bylo každý týden[...] Když jsme spolu začali chodit, tak já měla 19 a on byl o 8 měsíců starší[...] tak bum, výbušná povaha, oba dva výbušní, já byla taková jako taková soutěživá, já prohrála, on chtěl vyhrát, já chtěla vyhrát, oba jsme chtěli vyhrát, já chytrá, on taky chytrá. Kdyby starší, tak dobře, dobře, uznám to, on má zkušenosti, já bych byla nezkušená, tak bych jeho pravdu uznala[...] No pravda je, že u nás to po manželství nebylo taky ideální, ale já jsem měla dceru a my oba jsme se museli starat, jinak to nešlo, hádali jsme se, ale museli jsme se starat a mít peníze.“*

Paní Adéla je ráda, že má neslyšícího manžela, neboť je spojuje především **společná kultura a znakový jazyk**. *„Můžeme si povídat[...] já si myslím, že kdybych chodila se slyšícím, nefungovalo by to. Například, myslím, že kdybych s ním byla ve větší společnosti, musel by mi pořád říkat, o čem se bavíme a bylo by to velmi nepříjemné. Kdežto když jsou neslyšící, pořád spolu můžeme mluvit, ale kdybych byla já neslyšící a manžel slyšící, pořád bych musela čekat, co manžel řekne, musel by mi překládat, co říká např. kamarád.“* Manžel je pro paní Alenu rovněž spojenec mezi slyšícími, neboť oba prochází ze slyšící rodiny *“[...]jsem neslyšící, rodiče jsou slyšící, manželovi rodiče jsou taky slyšící, manžel má slyšící sestru i bratra, moje sestra je neslyšící, ale mladší. Můj bratr ten je slyšící. My si můžeme s manželem povídat, můžeme jít spolu do města.“* I přes pozitiva, která paní Adéla vidí v manželství se stejně postiženým partnerem, připouští, že sluchově postižení působí rovněž bariéry, které oba partneři musejí překonávat. *„Já a manžel jsme oba neslyšící, když něco vyřizujeme, musí nám pomoci tlumočník, rodiče, manželovi rodiče ze Studénky, ale i když naši rodiče jsou staří, tak já za nimi musím jít a požádat o pomoc...“* Sluchové postižení představovalo také problém při výchově slyšících dětí, k čemuž paní Adéla doplňuje... *„Ale problém byl, že já špatně vyslovovala, tak ji to pak musela učit babička a dědeček[...] manžel vůbec neslyší, nemluví, takže když děti něco potřebovaly, nešly za ním, ale za mnou, já byla unavená, vyčerpaná, já ukazovala, mluvila, mluvila, chtěla jsem, aby šly děti za tátou, ale ony šly za mnou.“*

Autorka zjistila, že u paní Adély se ve vztahu ke slyšícím partnerům objevil strach z odmítnutí, neboť paní Adéla připouští, že v mládí chtěla zkusit vztah se slyšícím klukem, ale nenašla k tomu odvahu. Svou roli v tom mohla sehrát i středoškolská docházka mezi

slyšící, kdy mezi ně paní Adéla nedokázala zapadnout. Zároveň k tomu neměla příležitost, neboť z jejích slov vyplývá, že pokud neslyšící chodí na akce s neslyšícími, nemají šanci seznámit se se slyšícími. Slova paní Adély jen potvrzují skutečnost, že celá řada Neslyšících na sebe nazírá jako na jazykovou a kulturní minoritu. *„Já jsem chtěla, chtěla jsem to zkusit, ale já se styděla, že by byl trapas, nevěděla jsem ho, jak jej oslovit, nevím, nevím. Třeba, když já mluvím nahlas, tak všichni na mě koukají, ale když znakuji, tak mi to nevadí... potom jsem chodila 3 roky na školu pro slyšící, kde jsem se učila na švadlenu, ale to bylo těžké, protože všichni mluvili, ale já byla sama, pořád jsem se musela ptát, co říkala? Já jsem si chtěla povídat, ale nešlo to, proto já se teď cítím spokojená.“*

Paní Adéla v souvislosti s partnerskými vztahy poukazuje na několik **specifik, které vyplývají z osobnosti neslyšících**, přičemž se zmiňuje především o neschopnosti vyjádřit city, dát najevo své emoce či problémy se zvládnutím agresivity ze strany neslyšících. *„Neslyšící mají hodně problémy s city, nerozumí citům, neumí dát city najevo, vyjádřit co cítí, neslyšící jsou hodně agresivní občas. Někdy se může stát, že manžel manželku bije, protože on neumí vyjádřit city, nebo naopak nechápe, co po něm protějšek chce, tak se urazí, vybuchne a dá mu facku.“* V rozhovoru paní Adéla zdůrazňuje rovněž odlišné vnímání partnerů ze strany neslyšících, přičemž zmiňuje, že neslyšící používají ke vznímání partnera více smyslů. *„Neslyšící se na partnera hodně dívají, hodně ho vnímají, pokud na ně působí v pohodě, tak jdou do vztahu s ním, ale pokus si myslí, že ne, tak jdou od toho, nebo mají jen nějaký románek.“* Dle paní Adély hraje velkou roli především původní rodina, přičemž pokud se narodí neslyšící dítě do slyšící rodiny, je to dle paní Adély velký zásah pro rodiče, kteří se s tím musí srovnat a ne každému se to podaří. Paní Adéla mluví rovněž o komunikační bariéře v případě, že se narodí do neslyšící rodiny slyšící dítě. *„Někteří neslyšící mají problém s láskou, hlavně v původní rodině, měli například slyšící rodiče, a oni jim neuměli dát najevo ty city, tu lásku, neslyšící se pak cítí sami, a jsou uzavřeni. Neumí dát najevo, co cítí. Například někdy mamka, táta, děti, tak nečtou jim pohádky, nešímají si jich, děti jsou osamělé, trápí se, my když spolu začali chodit, bylo všechno krásně, ale potom jsme se vzali a nebylo vše tak růžové[...] Já myslím, že neslyšící mladí, často je chyba ve výchově, chybí tam výchova, láska, komunikaci, je třeba být pořád spolu, být spolu, mít se rád, mluvit spolu. Dneska se například některé maminky chodí učit znakový jazyk, ale stále to není ideální.“*

Paní Adéla se zmiňuje o svém dětství ve slyšící rodině, přičemž autorka si všimla, že klíčovou postavou pro ni byla babička. *„nejvíce se mi věnovala babička, ona mi vyprávěla, když jsem plakala, mně to strašně bavilo, babička vyprávěla o životě, o svých rodičích, s ní*

byla legrace a já se smála, ona mi o všem vyprávěla, my spolu pracovali například na zahradě, ale ona pořád vyprávěla, ona se mi věnovala, pravda, tatka chodil do práce, ale mamka, ta se starala o sestru[...]. Například babička mi vysvětlila, proč nemůžu jít večer sama na procházku, nebo o práci[...]. Když sem poznala manžela, přivedla jsem jen k babičce a ona nechtěla, abychom se vzali, pak jsme se vzali, byl problém a babička mi říká, vidíš to?“

Paní Adéla vnímá **v současné době přelétavost ve vztazích, neochotu se vázat**, která je patrná nejen u neslyšících. *„Já měla 20 let, už děcko, nic jsem si neužila, ale dneska mají děti pozdě, berou se pozdě, to je taky špatně[...]. Dneska neslyšící jsou spolu, ale hned spolu spí, a pak se zase rozejdou, takže zase naopak.“*

Přestože je paní Adéla neslyšící a má neslyšícího manžela, objevily se u ní v souvislosti s těhotenstvím obavy z možného sluchového postižení u dětí. *„Za nás nic takového nebylo, já se hrozně bála, že nebude slyšet, já nevěděla, jak to dopadne, a potom po porodu, asi 5 dnů po porodu, doktorka zkoušela pomocí klíčů, jestli dcera slyší nebo neslyšící, a ona se za těmi klíči otáčela a já byla šťastná, že se za nimi otáčí“.*

Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením z pohledu pana Pavla

Pan Pavel, 24 let, je nejmladším účastníkem našeho rozhovoru. Pan Pavel je neslyšící student vysoké školy, přičemž se svou přítelkyní chodí teprve krátce, půl roku. Pan Pavel poznal svou přítelky na vysoké škole, na společné přednášce. *„Nyní je to 6 měsíců, je to spolužačka na VŠ. Společně jsme se připravovali na zkoušky, navzájem zkoušeli a příjemně komunikovali, po zkouškových jsme spolu.“* Od září se chystá pan Pavel posunout vztah na další úroveň, neboť plánuje s přítelkyní společné bydlení na koleji.

Protože je pan Pavel ve vztahu teprve krátce, o manželství neuvažuje a podotýká, že o něm neuvažuje ani v budoucnosti. Důvodem pro uzavření manželství mohou být dle pana Pavla zejména ekonomické výhody. *„Výhoda je vlastně závazek a papíry pro bankovní produkty - jako hypotéka.“*

Pan Pavel vidí **výhody partnerství především ve společných volnočasových aktivitách, společném trávení volného času a vzájemné opoře**. Výhodu partnerství dvou osob se sluchovým postižením vidí pan Pavel především ve společném sdílení problémů a vzájemném pochopení. *„Společné rozumění, chápání problematiky sluchového postižení - praktický zná“* (zažívají to oba dva).

Pro pana Pavla je **slyšící** partner především **průvodce**, někdo kdo mu pomůže zvládnout obtížné situace především v oblasti komunikace, ačkoli uznává, že právě komunikace se slyšícím partnerem je pro něj někdy obtížná. *„Při sdělování informací občas neporozumím, žádám o opakování. Jenže někdy z únavy kývnu, že jsem jí rozuměl a následně zjistí, že jsem jí nerozuměl a z toho si dělá „vědu“.*

11 Interpretace výsledků a diskuse

Disertační práce s názvem „Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením v kontextu formujících vlivů“ je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část disertační práce obsahuje kapitoly 1. Úvod do problematiky sluchového postižení; 2. Vývojové období adolescence; 3. Vývojové období dospělosti; 4. Sexuální výchova jako zdroj poznatků a prevence a 5. Sexuální výchova v zahraničí a tuzemsku, přičemž jednotlivá témata obsažená v teoretické části disertační práce jsou propojena s poznatky v části empirické.

Empirická část disertační práce je pojatá jako kvantitativní a kvalitativní. Do empirické části disertační práce bylo zapojeno celkem **5 cílových skupin**: 1. Žáci se sluchovým postižením; 2. Žáci bez sluchového postižení; 3. Učitelé žáků se sluchovým postižením; 4. Dospělé osoby bez sluchového postižení a 5. Dospělé osoby se sluchovým postižením, které jsou v současné době v partnerském vztahu.

V rámci empirické části disertační práce byla značná pozornost věnována sexuální výchově žáků se sluchovým postižením, neboť jak výsledky ukázaly, sexuální výchova je bezesporu jednou z determinant psychosexuálního vývoje žáků se sluchovým postižením.

Kvantitativní části disertační práce, zaměřené na oblast sexuální výchovy, se zúčastnilo celkem **134 žáků se sluchovým postižením a 95 žáků slyšících**. Jak výsledky ukázaly, se svým tělem jsou žáci se sluchovým postižením ve většině případů naprosto spokojeni, či spíše spokojeni. Spokojeni se svým tělem jsou rovněž žáci slyšící, avšak hypotéza H1, která byla ověřována prostřednictvím U-testu Mann a Whitney, ukázala, že **mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a absencí či přítomností sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl**, neboť žáci se sluchovým postižením jsou se svým tělem spokojenější než slyšící žáci. Svou roli na tomto výsledku může hrát typ školy pro žáky se sluchovým postižením, neboť všichni žáci se sluchovým postižením navštěvovali základní a střední školy určené pro tyto žáky a bylo by jistě zajímavé porovnat mezi sebou porovnat skupinu žáků se sluchovým postižením, kteří jsou integrováni, skupinu žáků se sluchovým postižením, kteří navštěvují školy pro žáky se sluchovým postižením a skupinu žáků intaktních. Rozdíl ve spokojenosti s vlastním tělem mohou ovlivňovat i sdělovací prostředky a internet. Přestože žáci se sluchovým postižením podobně jako jejich slyšící vrstevníci využívají internet jako jeden ze zdrojů informací v oblasti sexuální výchovy, lze

předpokládat, že z důvodu problémů se čtením s porozuměním nejsou žáci se sluchovým postižením vystaveni tak silnému vlivu masmédií jako žáci bez sluchového postižení. Studie Sztainer-Neumark, Paxton, Hannan (2006) či studie Ozmen, Ozmen, Ergin, eds. (2007) ukázala, že spokojenost s vnímáním těla je ovlivněna spokojeností s váhou, podobné zjištění přinesla také hypotéza H2, která pomocí Spearmannova koeficientu pořadové korelace zjistila, že mezi spokojeností s vlastním tělem a spokojeností s vlastní váhou existuje nízká závislost, přičemž z výsledků lze vyvodit, že spíše vyšší spokojenost s vlastním tělem odpovídá spíše vyšší spokojenosti s vlastní váhou a naopak. Vzhledem k faktu, že se v sobě disertační práce snažila postihnout všechna témata sexuální výchovy, dotkla se také názoru na masturbaci a toleranci k manželství a rodičovství homosexuálů.

Co se týče postoje žáků slyšících a žáků se sluchovým postižením k masturbaci, můžeme říci, **že mezi mírou souhlasu s výroke, „Masturbace je špatná“ u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících existuje statisticky významný rozdíl.** Detailnější analýza ukázala, že masturbaci považuje za špatnou 23,88 % respondentů se sluchovým postižením, ale pouhých 8,41 % žáků slyšících. Slyšící žáci tuto aktivitu považují naopak v 68,42% případů za naprosto přirozenou a normální aktivitu. Výsledky slyšících respondentů jsou srovnatelné například s výsledky Robbins, Schick, Peece (2011). Také na vnímání masturbace mohou mít u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících vliv sdělovací prostředky, neboť především magazíny pro mladé a nejrůznější internetové portály posouvají vnímání sexuality u adolescentů a masturbaci prezentují jako zcela běžnou a normální věc. Svou roli může hrát také postoj učitelů k masturbaci, neboť z pohledu žáků se sluchovým postižením, ale i z pohledu učitelů, je škola jedním z hlavních činitelů, které ovlivňují sexuálně reprodukční zdraví u žáků se sluchovým postižením. Neméně důležitá je také skutečnost, jak se k masturbaci staví vrstevníci a rodiče.

Z hlediska názorů žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících na sňatky homosexuálů, můžeme říci, že podíl zastánců a odpůrců mezi skupinami je poměrně vyrovnaný. K tomuto aktu se staví pozitivně 36,57 % žáků se sluchovým postižením a 37,42 % slyšících žáků. Naopak negativně se k tomuto aktu staví 41,04 % žáků se sluchovým postižením a 24,20 % slyšících žáků. Poměrně zajímavých zjištěním je názor žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících na výchovu dětí homosexuály, neboť **téměř polovina (48,51 %) žáků se sluchovým postižením a více než polovina (58,94 %) žáků slyšících spíše souhlasí, nebo naprosto souhlasí s tím, aby homosexuálové vychovávali děti.** Přestože v dnešní době je homosexualita prezentována jako přirozená součást osobnosti

člověka, je poměrně překvapivé vysoké procento žáků, kteří souhlasí s tím, aby homosexuálové vychovávali děti. Tyto výsledky jsou podobné výsledkům veřejnosti, neboť dle výsledků Cetra pro výzkum veřejného mínění, Sociologického ústavu AV ČR, které realizovalo v roce 2014 šetření mezi 1049 osobami, vyšlo najevo, že 58 % občanů se vyjádřilo kladně ke skutečnosti, aby homosexuálové adoptovali dítě svého partnera/partnerky a 45 % osob souhlasí s tím, aby homosexuální osoby adoptovaly děti z institucionální péče, konkrétně z dětských domovů (Čadová, 2014). Také dle společnosti STEM/MARK (2015), která realizovala v únoru 2015 šetření, kterého se zúčastnilo 510 respondentů ve věku 15 – 59 let, 56 % respondentů souhlasí s tím, aby si homosexuál adoptoval dítě svého partnera, 51 % se kladně staví k umělému oplodnění páru složeného ze dvou homosexuálních žen a 47 % má pozitivní postoj k adopci dětí z dětského domova homosexuálními páry.

Velká pozornost v rámci disertační práce byla věnována tématu antikoncepce, neboť antikoncepce je nejen prevencí nechtěného těhotenství, ale kondom jako jediná antikoncepční metoda chrání proti pohlavním chorobám. Všechny učebnice občanské výchovy věnují tématu antikoncepce značnou pozornost, přičemž antikoncepci dělí na bariérové metody, hormonální metody, chemické metody a chirurgické metody. Význam antikoncepci přikládají také učitelé žáků se sluchovým postižením a dospělé osoby bez sluchového postižení, neboť antikoncepce byla jedním témat, kterým by se měla výuka sexuální výchovy u žáků se sluchovým postižením zabývat. Ačkoli je antikoncepce jedním z klíčových témat sexuální výchovy, při utváření pojmového aparátu žáků pro účely sestavení dotazníku bylo zjištěno, že většina žáků se sluchovým postižením zná z hlediska metod antikoncepce pouze kondom a hormonální antikoncepci. Tento výsledek potvrzuje zjištění organizace IPPFEN (2010), která uvedla, že kondom je nejrozšířenější formou antikoncepce u mladých lidí. Pro mladé lidi je kondom výhodný také vzhledem k pořizovací ceně, dostupnosti, či ochraně před pohlavními chorobami (Planned Parenthood, online). Výsledky, zjištěné dle výzkumu Weisse a Zvěřiny (2008) ukázaly, že se snížil počet adolescentů, kteří při 1. pohlavním styku nepoužili kondom o 12 %, avšak v roce 2008 stále existovalo 45 % adolescentů, kteří se při 1. pohlavním styku nechránili. Z hlediska hodnocení antikoncepce mezi jednotlivými kategoriemi sluchového postižení neexistuje statisticky významný rozdíl. Přestože znají žáci se sluchovým postižením zejména kondom a pilulky, hodnotí 88,06 % žáků se sluchovým postižením své znalosti antikoncepce známkou 1 – 3. Podobně hodnotí znalosti antikoncepce také 89,8 % žáků slyšících.

Za hlavní zdroje znalostí antikoncepce jsou pro žáky se sluchovým postižením učitelé, následování internetem a překvapivě rodiči. Z rozhovorů s učiteli vyplynulo, že učitelé věnují výuce sexuální výchovy u žáků se sluchovým postižením značnou pozornost, což potvrzují také samotní žáci se sluchovým postižením. Zajímavé je, že možnost „učitelé“ jako zdroj sexuální výchovy zakroužkovali žáci se sluchovým postižením v 90 případech, ale žáci slyšící v 25 případech. Vysoká preference učitelů může souviset nejen s formou vzdělání, kdy žáci se sluchovým postižením jsou vzděláváni ve třídě v nižším počtu a více díky tomu komunikují s učiteli, ale také z důvodu obtíží s porozuměním, kdy učitelé v průběhu vzdělávání pomáhají vytvářet slovní zásobu žáků. Za důležitý zdroj sexuální výchovy považují žáci také rodiče, což odporuje tvrzení učitelů, kteří si myslí, že ze strany rodičů dochází k malé osvětě sexuální výchovy. Na podobné výsledky jako učitelé poukazuje rovněž projekt SAFE II, který považuje rodinu za stěžejní činitel sexuální výchovy. Organizace „Advocates for Youth“ poukazuje na skutečnost, že rodina by měla se sexuální výchovou začít již od 3. roku věku. Štěrbová (2012) však dodává, že rodiče bohužel poskytují sexuální výchovu žákům se zdravotním postižením nedostatečně či dokonce vůbec. Na klíčovou roli rodiny v oblasti sexuální výchovy poukazuje také Shtakshall, Santielli, Hirsch (2007) nebo Kaufman (2011), kteří uvádí, že škola má sexuální výchovu v rodině pouze doplňovat, nikoli nahrazovat, jak se často děje. Škola často nahrazuje rodinu především z důvodů obtíží v komunikaci mezi rodiči a dětmi se sluchovým postižením. Na tuto situaci poukazuje také paní Adéla, která zmiňuje, že především mezi slyšícími rodiči a neslyšícími dětmi může být komunikace obtížná, zejména v důsledku odlišného komunikačního systému, který představuje znakový jazyk. Druhým nejčastějším zdrojem informací o antikoncepci je u žáků se sluchovým postižením internet. Učitelé varují před používáním internetu jako informačního zdroje, neboť upozorňují především na obtíže se čtením s porozuměním v souvislosti s používáním internetu. Přestože své znalosti antikoncepce žák se sluchovým postižením hodnotí pozitivně, je poměrně negativním zjištěním, že se **mezi žáky se sluchovým postižením nachází ¼ těch, kteří se domnívají, že nemohou otěhotnět při 1. nechráněném pohlavním styku.**

Ve vztahu k sexuálním chorobám probírají učebnice občanské výchovy především syfilis, kapavku a AIDS. Přestože jsou tyto pohlavní choroby jistě závažné, nebylo by od věci zmínit také chlamydie, neboť ty jsou jednou z nejrozšířenějších pohlavních chorob u adolescentů, přičemž ohroženy jsou především dívky. Z hlediska hodnocení není statisticky významný rozdíl mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým

postižením a žáků slyšících, **avšak existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení znalostí antikoncepce u jednotlivých kategorií sluchového postižení. Znaménkový test ukázal, že neslyšící osoby statisticky významně více hodnotily své znalosti pohlavních chorob známkou 5.** Především u neslyšících, kteří jsou nejvíce ohroženi zkreslením přijímaných informací z důvodu problémů se čtením s porozuměním a ztrátou schopnosti přijímat informace akustickou cestou, je třeba vést intenzivní osvětlu v oblasti prevence pohlavních chorob, neboť dle posledních informací (ke dni 3. 10. 2016) v České republice stále přibývá osob nakažených pohlavními chorobami, a to zejména z toho důvodu, že Češi ztratili z pohlavních chorob přirozený respekt a obavy.

Velká pozornost v rámci disertační práce byla věnována také onemocnění HIV/AIDS. Poměrně negativním zjištěním je potvrzení hypotéz H6 a H8, které zjistily, že mezi mírou souhlasu s výroky: „**AIDS je nemoc homosexuálů**“ a „**AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel**“ existuje statisticky významný rozdíl u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících. Výsledky ukázaly, že 39,55 % žáků se sluchovým postižením se domnívá, že „AIDS je nemoc homosexuálů“ a téměř polovina (48,51 %) těchto žáků se kladně vyjadřuje k výroku: „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel.“ Oba tyto výroky jsou nesprávné, neboť v teoretické části disertační práce je uvedeno, že virus HIV může být přenášen prostřednictvím nechráněného pohlavního styku, krví a z matky na dítě. Tato zjištění jsou poměrně alarmující a v souvislosti s druhým výrokiem, korespondují tyto výsledky s aktuálními zprávami o pohlavních chorobách, neboť poslední zprávy poukazují na skutečnost, že lidé přestávají mít strach z pohlavních chorob. Především u žáků se sluchovým postižením je důležité, aby byla zdůrazňována skutečnost, že virus HIV může dostat kdokoli, kdo provozuje nechráněný pohlavní styk. Výsledky těchto hypotéz u žáků se sluchovým postižením mohly ovlivnit také novinové titulky a články, které často zdůrazňují, že virus HIV více dostávají homosexuálové a ohroženy jsou také prostitutky. Další příčinu můžeme spatřit v „tabuizaci“ tématu viru HIV/AIDS. Přestože se vyskytuje dostatečné množství informací o HIV/AIDS, je tato pohlavní choroba často odřezána od reality, neboť lze předpokládat, že mladí lidé se nikdy nesečkali s žádnou osobou, která by byla HIV pozitivní (pokud nepočítáme osvětové akce ve škole).

V souvislosti s tématem HIV/AIDS se žáci vyjadřovali rovněž k přenosu HIV/AIDS prostřednictvím slin, WC sedátka, nádobí a kousnutím komára. V teoretické části disertační práce je uvedeno, že tyto způsoby přenosu AIDS nejsou pravdivé. Mylné informace mají žáci se sluchovým postižením také v oblasti způsobu **přenosu AIDS pomocí WC sedátka**, neboť

test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku ukázal, že četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá. Při bližší analýze bylo zjištěno, že možnost „pravdivý; spíše pravdivý“ zvolilo 34,33 % žáků se sluchovým postižením, ale jen 17,89 % žáků slyšících.

Statisticky významný rozdíl ukázal test nezávislosti chí-kvadrát pro pro čtyřpolní tabulku také v souvislosti s **přenosem HIV/AIDS pomocí kousnutí komára**, neboť bylo zjištěno, že četnost žáků, kteří považují výrok: „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá. Tento výrok považovalo za pravdivý 34,33 % žáků se sluchovým postižením, ale dokonce 52,63 % žáků slyšících. Na základě těchto výsledků je třeba věnovat zvýšenou pozornost osvětě v oblasti pohlavních chorob a zejména zaměřit se na vyvrácení mýtu, které jsou spojené s přenosem onemocnění HIV/AIDS. Podobně jako námi realizované výzkumné šetření zjistili také Gupta, Anjum, Bhardwaj (eds., 2010), že žáci považují za možný způsob přenosu sdílení společných nožů, bodavý hmyz a líbání. Také na základě zjištění Schweta, Mundkur, Chaitany (2011) si více než polovina respondentů myslí, že virus HIV je přenášen pomocí společných sklenic, používáním společného bazénu a použitím WC sedátka a více než polovina žáků se domnívá, že je možné virus HIV dostat líbáním. Až 30 % žáků považovalo za možný přenos kousnutí hmyzu. Také Holušková (2013) zjistila, že se někteří žáci domnívají, že se virus HIV přenáší líbáním. Nesprávný přenos viru HIV uvedlo také 18 % dívek a 16 % chlapců ve výzkumu Josefíkové (2014), kdy se adolescenti domnívali, že virus HIV může být přenášen kýčáním, podáním ruku či líbáním. S podobnými závěry přišla rovněž Špelinová (2007) či Hvězdová (2013). Je zajímavé, že nejen námi realizovaný výzkum, ale řada dalších výzkumů ukazuje na zkreslení informací v oblasti šíření viru HIV/AIDS. Současné zprávy hovoří o skutečnosti, že dochází k podceňování rizika pohlavních chorob, avšak řada výzkumů ukazuje na strach z nereálných způsobů přenosu. V souvislosti s přenosem prostřednictvím líbání, WC sedátka a nádobí lze usuzovat, že si žáci představují líbání s osobou nemocnou AIDS nebo použití WC sedátka a nádobí po této osobě. Zarážející je však skutečnost, kolik slyšících žáků se domnívá, že může onemocnění AIDS dostat kousnutím komára, ačkoli tito žáci mají správné informace o tom, že nakazit se může každá osoba, nejen homosexuálové a rizikové skupiny obyvatel. Rovněž je třeba zauvažovat, zdali se podle žáků jedná o specifický druh komára jako v případě malárie (komár rodu *Anopheles*).

Co se týče manželství a rodičovství žáků se sluchovým postižením, vnímají žáci tyto jevy pozitivně, avšak v rámci ohniskové skupiny bylo zjištěno, že ne všichni chlapci, považují manželství za důležité. Za důležité však považují manželství v souvislosti s dětmi, neboť děti by se měly narodit do úplné rodiny. V souvislosti s partnery bylo zjištěno, že u žáků nedoslýchavých dochází ke zvýšené preferenci slyšícího partnera, zatímco neslyšící žáci slyšícího partnera preferují nejméně. V rámci analýzy ohniskových skupin si autorka rovněž všimla, že nedoslýchaví žáci preferovali slyšící partnery. Také dospělé osoby se sluchovým postižením, které jsou v současné době v partnerském vztahu, měly slyšícího partnera. Na zvýšenou preferenci slyšícího partnera ze strany nedoslýchavých má bezesporu vliv schopnost komunikace mluvenou řečí a schopnost přijímat informace akustickou cestou. Sníženou preferenci slyšících ze strany neslyšících ovlivňuje také způsob komunikace, neboť pokud neslyšící preferuje komunikaci ve znakovém jazyce, lze předpokládat, že by mu komunikace se slyšícím partnerem, který znakový jazyk neumí, činila značné potíže. Na výhody vztahu dvou neslyšících poukazuje rovněž paní Adéla, která je sama neslyšící a má neslyšícího manžela.

Co se týče manželství, mezi dospělými respondenty se sluchovým postižením bylo zjištěno, že k manželství vedou nejen tradiční, ale i ekonomické faktory. Zároveň se zjistilo, že dochází po svatbě či společném bydlení k transformaci partnerského vztahu.

Jak ukázaly výsledky rozhovorů s učiteli, všichni učitelé považovali **sexuální výchovu žáků se sluchovým postižením za stěžejní**, přičemž zmiňovali, že se snaží v oblasti sexuální výchovy na žáky značně působit. Učitelé rovněž poukazovali, že často musí v oblasti sexuální výchovy žáků se sluchovým postižením nahradit rodinu, neboť ne vždy je sexuální osvěta ze strany rodiny adekvátní. Důležitá je role učitelů v oblasti sexuální výchovy také z pohledu samotných žáků se sluchovým postižením, neboť ti uvedli, že učitelé jsou pro ně hlavním zdrojem informací o antikoncepci. Podle učitelů, ale i z pohledu dospělých osob bez sluchového postižení, jsou v rámci sexuální výchovy **klíčová** především **témata** „antikoncepce; pohlavních chorob; pohlavního styku, těhotenství, ale i anatomie pohlavních orgánů a puberty.“ Učitelé rovněž poukazovali, že žáci se sluchovým postižením mají v oblasti sexuální výchovy nedostatečné či zkreslené informace, přičemž za hojně využívaný **zdroj informací považují učitelé internet**. Učitelé poukázali především na problém čtení s porozuměním a nedůvěryhodnost některých zdrojů. Zkreslení informací potvrzují rovněž výsledky žáků se sluchovým postižením v oblasti informovanosti HIV/AIDS, neboť řada žáků má špatné informace a domnívá se, že AIDS mohou dostat jen

homosexuálové a rizikové skupiny obyvatel (narkomani, prostitutky), a že AIDS může být přenášeno prostřednictvím líbání, WC sedátka, nádobí a kousnutím komára.

Co se týče partnerských vztahů dospělých osob se sluchovým postižením, zmiňovaly tyto osoby jako časté téma komunikaci. **Komunikace prostřednictvím znakového jazyka** je jednou z výhod vztahu dvou neslyšících osob podle účastníků ohniskových skupin, dospělých osob se sluchovým postižením a dospělých osob bez sluchového postižení. Samotní respondenti se sluchovým postižením přiznávají, že v důsledku sluchového postižení mají problémy v komunikaci především v hlučném prostředí, přičemž často využívají slyšícího partnera jako svého tlumočníka. Dospělé osoby se sluchovým postižením také považují komunikaci za klíčový činitel partnerského vztahu, neboť je podle těchto osob důležité mluvit o problémech ve vztahu. V rámci rozhovoru s učiteli žáků se sluchovým postižením se objevily poznámky, že v současné době nejsou kvalitní učebnice pro žáky se sluchovým postižením. Autorka prostřednictvím analýzy didaktických komponentů učebnice dle Průchy (1998) analyzovala učebnice občanské výchovy, které jsou v současné době na trhu, přičemž analyzovala také učebnici „Občanské výchovy pro 8. ročník základních škol pro sluchově postižené.“ Autorka zjistila, že ačkoli byla tato učebnice vydaná již v roce 1998, je vhodně uzpůsobena pro práci se žáky se sluchovým postižením.

12 Doporučení pro praxi

Disertační práce zaměřená na partnerské vztahy osob se sluchovým postižením, usilovala o komplexní analýzu této oblasti, přičemž hlavní pozornost směřovala k sexuální výchově žáků se sluchovým postižením.

Na základě komplexní analýzy dat autorka doporučuje věnovat sexuální výchově žáků se sluchovým postižením náležitou pozornost a poskytovat žákům informace přiměřené jejich věku a rozumovým schopnostem. Vzhledem k zjištění, že žáci používají internet jako jeden z hlavních zdrojů informací, doporučuje autorka seznámit žáky s nástrahami internetu, s problematikou pornografických stránek, učit žáky pracovat s informacemi, které jsou na internetu dostupné, ale upozornit je i na rizika sociálních sítí.

Hypotéza H3 přinesla zjištění, že žáci se sluchovým postižením častěji než žáci slyšící souhlasí s výrokem „Masturbace je špatná.“ Na postoji k masturbaci se samozřejmě odráží subjektivní pohled každého žáka na tuto problematiku, avšak v praxi se ukázalo, že ne každý žák se s termínem „masturbace“ setkal. Z tohoto důvodu je žádoucí, aby učitel žákům se sluchovým postižením tento termín objasnil.

Náležitou pozornost je dle výsledků třeba věnovat také sexuální výchově ve vztahu k antikoncepci a pohlavnímu styku, neboť se mezi žáky najde dost těch, kteří si myslí, že při prvním pohlavním styku nemohou otěhotnět. Weiss a Zvěřina se v rámci svých výzkumů věnovali motivům, které vedly k prvnímu pohlavnímu styku, přičemž tyto motivy a jejich vhodnost může učitel s žáky v rámci vyučovací hodiny rozebrat. Učitel by měl také žákům vysvětlit nejrůznější mýty, které jsou spojeny s těhotenstvím a upozornit je na pohlavní styk pod vlivem alkoholu a jiným omamných látek. Učitel by měl žáky naučit říkat ne. V souvislosti s antikoncepcí je třeba žáky seznámit nejen s druhy antikoncepce, ale apelovat na žáky, aby antikoncepci užívali při každém pohlavním styku, neboť pouze tak antikoncepce splní svůj účel a zabrání nejen nechtěnému těhotenství, ale v případě kondomu i přenosu pohlavních chorob.

Podle výsledků, je třeba věnovat se také otázce pohlavních chorob, přičemž autorka doporučuje k informacím o syfilis, kapavce a AIDS přidat rovněž informace o chlamydiích. Detailnější analýza pomocí znaménkového testu mezi jednotlivými kategoriemi osob se sluchovým postižením ukázala, že neslyšící hodnotí své znalosti pohlavních chorob výrazně více známkou 5 než ostatní kategorie žáků se sluchovým

postižením. Vzhledem ke skutečnosti, že jsou neslyšící osoby více ohroženy zkreslením informací z důvodu své sluchové ztráty, je třeba postavit u nich výuku těchto témat na vizuálním způsobu a vytvořit videa či obrazové prezentace, ve kterých se žáci dozvědí dostatečné množství informací o pohlavních chorobách. Především je důležité, aby byli žáci seznámeni s projevy pohlavních chorob, způsoby přenosu pohlavních chorob a prevencí pohlavních chorob. Hypotézy H6 a H8 ukázaly, že se řada žáků se sluchovým postižením souhlasí s výroky „AIDS je nemoc homosexuálů“ a „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel.“ Proto lze školám doporučit besedy, které povede HIV pozitivní lektor. Rovněž lze doporučit, aby učitel žákům ukázal novinové články nebo internetové nadpisy, které podávají zkreslené informace týkající se pohlavních chorob. Přestože je velká pozornost v rámci výuky věnována onemocnění AIDS, najde se stále řada žáků, kteří si myslí, že onemocnění AIDS může žák dostat kousnutím komára, slinami či WC sedátkem. V tomto případě lze doporučit vytvoření výukových videí, které by nejen seznamovaly se způsoby přenosu této pohlavní choroby, ale zároveň by vyvracely mýty, které ohledně HIV/AIDS panují.

V rámci výchovy k občanství je pozornost věnována také tématům manželství, partnerství a rodičovství. Žáci se sluchovým postižením mohou v průběhu výuky debatovat s učitelem o výhodách a nevýhodách single života a partnerského vztahu, o důvodech ke vstupu do manželství a o nezralých manželstvích. Rovněž mohou učitelé s žáky diskutovat, jaké vlastnosti má mít ideální otec a ideální matka, a co by žáci u svých partnerů rozhodně netolerovali. V souvislosti s narůstající rozvodovostí je třeba, aby učitel s žáky probral příčiny rozpadu manželství a možnosti, jak lze rozpadu manželství zabránit. Na základě hypotézy H13 bylo zjištěno, že mezi preferencí partnera a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost, kdy nedoslýchaví preferují slyšící partnery výrazně více než jiné kategorie žáků se sluchovým postižením a neslyšící preferují slyšící partnery nejméně. Proto je třeba, aby se učitelé věnovali také tématu výhod a nevýhod partnerství, kde jsou oba partneři sluchově postižení a výhod a nevýhod partnerství, kdy je jeden partner slyšící a druhý má sluchové postižení. Pozornost je třeba věnovat také vlastnímu přijetí sluchového postižení, neboť autorka zjistila, že se především u nedoslýchavých dospělých žen objevují problémy s přijetím sluchového postižení. Proto autorka doporučuje učitelům, aby byli průvodci žáků a spojovací článkem mezi světem slyšících a sluchově postižených, a pomáhali jim integrovat sluchové postižení od jejich osobnosti.

Závěr

Disertační práce na téma „Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením v kontextu formujících vlivů“ usilovala o komplexní pojetí problematiky partnerských vztahů osob se sluchovým postižením.

Teoretická část disertační práce se věnovala postupně tématům sluchového postižení, vývojovému období adolescence, vývojovému období dospělosti, vymezení sexuální výchovy a sexuální výchově v tuzemsku a zahraničí. Témata obsažená v teoretické části disertační práce korespondují svým obsahem s empirickou částí.

Empirická část disertační práce byla pojatá jako kvantitativní a kvalitativní. Disertační práce se zúčastnili žáci základních a středních škol pro žáky se sluchovým postižením, žáci běžné základní a střední školy, učitelé žáků se sluchovým postižením, dospělé osoby se sluchovým postižením a dospělé osoby bez sluchového postižení.

Empirická část disertační práce byla realizována prostřednictvím dotazníku pro žáky se sluchovým postižením a žáky bez sluchového postižení, prostřednictvím dotazníku pro dospělé osoby bez sluchového postižení, pomocí ohniskových skupin, analýzy didaktických komponentů učebnice dle Průchy a prostřednictvím interview s učiteli žáků se sluchovým postižením a s dospělými osobami se sluchovým postižením.

Jak ukázaly výsledky disertační práce, výraznou roli ve formování partnerských vztahů žáků se sluchovým postižením hraje sexuální výchova. V České republice není sexuální výchova realizována jako samostatný předmět, ale je součástí vzdělávací oblasti člověk a společnost, člověk a zdraví, případně člověk a příroda. Na důležitost sexuální výchovy u žáků se sluchovým postižením poukazují nejen učitelé těchto žáků, ale i dospělé osoby z řad majoritní společnosti. Učitelé hrají při vzdělávání žáků v oblasti sexuální výchovy důležitou roli, neboť pro samotné žáky jsou učitelé klíčovým zdrojem informací v otázkách antikoncepce. Důležitou roli na poli sexuální výchovy hraje rovněž rodina, neboť ta dává žákům prvotní informace z oblasti sexuální výchovy a pomáhá žákům utvářet zdravý pohled na sexualitu, avšak samotní učitelé se shodují, že rodina často nechává povinnosti související se sexuální výchovou na škole. V rámci sexuální výchovy žáků se sluchovým postižením je třeba věnovat důležitou pozornost tématům antikoncepce a pohlavních chorob, neboť se řada žáků domnívá, že při prvním pohlavním styku nemohou otěhotnět, a že AIDS je nemoc homosexuálů nebo rizikových skupin obyvatel. Z tohoto důvodu je třeba seznámit žáky nejen

se způsoby přenosu pohlavních chorob a s možností ochrany, ale i seznámit je s nejčastějšími mýty, které panují kolem přenosu pohlavních chorob a antikoncepce především na internetu.

Seznam bibliografických zdrojů

1. ADMIRAAL, R. J. C., SZYMKO, Y. M., GRIFFITH, A. J., eds. 2002. Hearing Impairment in Stickler Syndrome. In: CREMERS, W. R. J., SMITH, R. *Genetic hearing impairment: its clinical presentations*. Basel : S. Kager. ISBN 3-8055-7449-5.
2. Africa WHO. 2012. *Report on the Commission on Womens Health in the African Region*. Africa : WHO. ISBN 978-929-023-1943.
3. AHRENS, W., PIGEOT, I., POHLABELN, H., eds. 2014. Prevalence of Overweight and Obesity European Children Below the Age of 10. In: *International Journal of Obesity*. Vol. 38, p. 99 – 107. ISSN 0307-0565.
4. ARNETT, J., J. 2012. *Adolescent Psychology Around The World*. New York : Psychology Press, Taylor & Francis. ISBN 978-1-84872-888-2.
5. BARKER, D. H., QUITTNER, A. L., FINK, N. E., eds. 2009. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influence of language, attention, and parent-child communication. In: *Development and Psychopathology*, 21(2), 373 – 392. EISSN 1469-2198.
6. BEAUMONT, K., MAQUIRE, M. 2013. *Policies for Sexuality Education in the European Union*. Brussels : European Parliament. ISBN 978-92-823-4253-4.
7. BEZCHLEBOVÁ, M., CETKOVSKÁ, V., DOPITA, M., a kol. 2005. *Občanská výchova pro 8. ročník základních škol a víceletá gymnázia*. Olomouc : Nakladatelství Olomouc. ISBN 978-80-7182-186-1.
8. BHARATI, M., BHARATI, L. A Study on Knowledge of HIV/AIDS among adolescents of higher secondary school in Jajarkot District of Nepal. In: *Journal of Chitwan Medical College*. 4(9), 43 – 45. ISSN 2091-2889.
9. BINAROVÁ, I. 2005. Období adolescence. In: J. ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, I., BINAROVÁ, K., HOLÁSKOVÁ, a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0629-2.
10. BRICE, P. J., STRAUSS, G.. 2016. Deaf adolescents in hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. In: *Adolescent Health Medicine and Therapeutics*. 7, 67 – 76. ISSN 1179-318X.
11. BROMBERG, D. S., O'DONOHUE, W. T. 2013. *Handbook of child and adolescent sexuality: developmental and forensic psychology*. Oxford : Academic Press.

12. BROWN, J., eds. 2008. *Managing the Media Monster : The Influence of Media (From Television to text messages) on Teen Sexual Behavior Attitudes*. Washington DC : National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. ISBN 1-58671-071-0.
13. BRUESS, C. E., GREENBERG, J. S. 2004. *Sexuality Education : Theory and Practice*. 4th ed. London : Jones & Barlett. ISBN 0-7637-4759-9.
14. BUCCHIANERI, M., ARIKIAN, A. J., HANNAN, P., J., eds. 2013. Body Dissatisfaction from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-year Longitudinal Study. In: *Body Image*. 10(1). ISSN 1740-1445.
15. BULOVÁ, A. 1998. Uvedení do surdopedie. In: J. PIPEKOVÁ, a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido. ISBN 80-85931-65-6.
16. BZgA, 2010. *Standards for Sexuality Education in Europe*. WHO. ISBN 978-3-937707-82-2.
17. CABRNOCHOVÁ, E. 2010. Marketingový výzkum se zaměřením na sexuální výchovu u mladých. In: *4. Moravský regionální kongres: sborník referátů*. ISBN 978-80-904290-1-7.
18. CALDERÓN, J. L., BAKER, R. S., WOLF, K. E. 2000. Focus Groups: A qualitative Method Complementing Quantitative Research for Studying Culturally Diverse Groups. In: *Education for Health*. 13(1), 91-95.
19. CAMPOS, D. 2002. *Sex, Youth and Sex Education : a reference handbook*. Santa Barbara : ABC – CLIO. ISBN 1-57607-776-4.
20. CARLSSON, P. L., DANERMARK, B., BORG, E. Marital status and birthrate of deaf people in two Swedish counties: the impact of social environment in terms of deaf community. In: *American Annals of Deaf*. 149(5), 415 – 420. ISSN 0002-726X.
21. CONTIERO SAN MARTINI, M., DE ASSUMPCÃO, D., BERTI DE AZEVEDO BARROS, M., eds. Are normal weight adolescent satisfied with their weight? In: *Salo Paulo Medical Journal*. 134(3). ISSN 1806-9460.
22. CURRIE, C., ZANOTTI, C., MORGAN, A., eds. 2012. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
23. DA SILVA BRETAS, J. R., DA SILVA OHARAS, C. V., PEREIRA JARDIM, D., eds. 2009. Knowledge of STD/AIDS among adolescent students. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(3). ISSN 1980-220X.
24. ČECH, J., WEISOVÁ, J. *Občanská výchova pro 8. ročník základní školy pro sluchově postižené*. SEPTIMA.

25. DELLAR, R. C., DIAMINI, S., KARIM, A. Q. 2015. Adolescent girls and young women: key population for HIV epidemic control. In: *Journal of international AIDS society*. 18(2). EISSN 1758-2652.
26. DICLEMENTE, R. E., WINGOOD, G. M., eds. 2009. The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. In: *Archives of Pediatrics & adolescent medicine*. 163(1), 61 – 64.
27. DUDÁK, V., HORSKÁ, V. 2005. *Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy*. Fortuna. ISBN 80-7168-641-7.
28. DOHERTY, W. J., GALSTON, W. A., GLENN, N. D., eds. (neuvedeno). *Twenty-one Reasons Why Marriage Matters*. Australia : National Marriage Coalition.
29. DUDOVÁ, R. 2009. „Práce jako řešení? Strategie obživy osamělých matek v ČR.“ In: *Sociologický časopis*. 45(4), 753–789. EISSN 2336-128X.
30. DUFFY, B., FOTINATOS, N., SMITH, A., eds. 2013. Puberty, health and sexual education in Australian regional primary schools : Year 5 and 6 teacher perception. In: *Sex Education*. 13(2), 186 – 203. EISSN 1472-0825.
31. DUGAN, M. B. 2003. *Living with Hearing Loss*. Washington : Gallaudet University. ISBN 1-56369-8-134-X.
32. DWORKIN, S. L. 2007. Do Abstinence – Plus Intervention Reduce Sexual Risk Behavior Among Youth? In: *PLOS Medicine*. 102(11), 2582 – 2583.
33. DYREMYHR, A. E., DIAZ, E., MELAND, E. 2014. How adolescent subjective health and satisfaction with weight and body shape are related to participation in sports. In: *Journal of Environmental Public Health*. ISSN 851932.
34. ECDC. 2014. Sexually transmitted infections in Europe. Stockholm : ECDC. ISBN 978-92-9193-579-6.
35. ENHIS. 2009. *Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescence*. World Health Organisation Europe.
36. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. 2010. *Guidance Report : HIV testing – increasing uptake and effectiveness in the European Union*. Stockholm : ECDC. ISBN 978-92-9193-223-8.
37. FALAKOFLAKI, S., HORMOZI, K., ATOUSA, K. 2015. A Comparative Study of Identity Style in Deaf and Normal Adolescents. In: *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 6(2), 662 – 667. ISSN 2039-2117.
38. FIALA, T., JURČOVÁ, D., LANGHAMROVÁ, J., a kol. 2014. *20 let samostatnosti z pohledu demografie ČR, SR, ČSR*. Bratislava : Infostat.

39. FOLDÝNOVÁ, V. 2012. *Současná úroveň vědomostí žáků 8. a 9. tříd základních škol o onemocnění AIDS*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
40. FREITAS, H., OLIVEIRA, M., JENKINS, M., eds. 1998. The Focus Group, a qualitative research method. In: *WP ISRC*. No. 010298, 22 p.
41. FRIEDMAN, T. B., GRIFFITH, A. J. 2002. Autosomal and X – Linked Auditory Disorders. In: KEATS, B. J.; POPPER, A. N.; FAY, R. R. *Genetics of Auditory Disorders*. New York : Springers. ISBN 0-387-98501-8.
42. FURMAN, W., BROWN, B., FEIRING, C. 1999. *The development of romantic relationships in adolescence*. Edinburg : Cambridge University Press. ISBN 0-521-59156-2.
43. GANNON, CH. L. 1998. The Deaf Community and Sexuality Education. In: *Sexuality and Disability*. 16(4), 283-293. EISSN 1573-6717.
44. GAVORA, P. 2009. Metoda pozorování v edukačním výzkumu. In: ŠVEC, Š.; a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 978-80-7315-192-8.
45. GERŽOVÁ, H. 2007. Antikoncepce a adolescentka. In: *Pediatric pro praxi*. 2007(1), 20 – 23. EISSN 1803-5264.
46. GECKOVÁ-MADARASOVÁ, A., TAVEL, P., GAJDOŠOVÁ, B., a kol. Socioekonomické a psychosociální faktory zmyslu pre integritu u adolescentov. In: *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 52(2), 132 – 144. ISSN 0009-062X.
47. GOLDMAN, J. D. G., COLEMAN, S. J. 2013. Primary school puberty/sexuality education : student's teacher's past learning, present professional education and insention to teach these subject. In: *Sex Education*. 13(3), 270 – 290. EISSN 1472-0825.
48. GOLDMAN, J. D. G. 2010. The new sexuality education curriculum for Queensland primary schools. In: *Sex Education*. 10(1), 47 – 66. EISSN 1472-0825.
49. GREIF, A. 2005. "Family Structure, Institutions, and Growth: The Origin and Implications of Western Corporatism." Access date: Dec. 15, 2006.
50. GUPTA, P., ANJUM, F., BHARDWAJ, P., eds. 2013. Knowledge About HIV/AIDS Among Secondary School Students. In: *North American Journal of Medical Sciences*. 5(2), 119 – 123.

51. GURALNICK, M. J. 2010. Early intervention approaches to enhance the peer-related social competence of youth children with developmental delays: A historical perspective. In: *Infants Young Children*. 23, 78 – 83. EISSN 1550-5081.
52. HABARTOVÁ, P. 2014. Singles tvoří již pětinu domácností jednotlivců. In: *Statistika & My*, 4(5). Praha : Český statistický úřad. ISSN 1804-7149.
53. HAHN, A.; ŠEJNA, I. 2007. Anatomie ucha. In: HAHN, A.; a kol. *Otorhinolaryngologie v současné praxi*. Praha : Grada. ISBN 978-80-4-247-0529-3.
54. HARTL, P. 2004. Stručný psychologický slovník. Praha : Portál. ISBN 80-7178-803-1.
55. HERBENICK, D., eds. 2010. “Sexual Behavior in the United States: Results from a National Probability Sample of Men and Women Ages 145-94,” In: *Journal of Sexual Medicine*, 7(Suppl 5):255, 145 – 94. ISSN 1743-6109.
56. HLOŽEK, Z. 2012. *Základy audiologie pro speciální pedagogy*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3437.
57. HOLUŠOVÁ, P. 2013. *Úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ v otázkách prevence a přenosu viru HIV a nemoci AIDS*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
58. HOFMANN, A. D., GREYDANUS, D. E. 1997. *Adolescent medicine*. Stamford , CT : Appleton & Lange.
59. HRUBÝ, J. 1998. *Velký ilustrovaný průvodce světem neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 2. Díl*. Praha : FRPSP. ISBN 80-7216-075-3.
60. HRUBÝ, J. 1999. *Velký ilustrovaný průvodce světem neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 1. Díl*. Praha : FRPSP. ISBN 80-7216-096-6.
61. HŘIVNOVÁ, MICHAELA. 2012. Realizace výuky Výchovy ke zdraví na ZŠ a ve vybraných krajích ČR s důrazem na oblast sexuální výchovy. In: *Sborník Moravský regionální kongres 2012*. SPRSV. ISBN 978-80-904290-7-9.
62. HUNT, F., CASTAGNARO, K., CASTREJÓN-MONTEROSSAS, E. 2014. *Evaluation of the implementation of the ministerial declaration: Preventing to Education*. New York : IPPF.
63. HUNTER, J., PHILLIPS, S. 2000. *Sex Education*. 2nd ed. Folens : Dublin. ISBN 1.86202566-5.
64. CHEN, G. E. 2014. Influential Factors of Deaf Identity Development. In: *Electronic Journal for Inclusive Education*. 3(2), 1 – 12.
65. ICRW. 2013. *Child marriage paper in South Africa 2013*.

66. IPPF FRAMEWORK. 2010. *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*. London : IPPF.
67. IQBAL, S., DOLAN, M., MONTEIRO, B. 2004. Characteristics of Deaf Sexual Offenders Referred To a Specialist Mental Health Unit In The UK. In: *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 15(3), 494 – 510. EISSN 1478-9957.
68. JANDOUREK, J. 2003. *Sociologický slovník*. Praha : Portál.
69. JANIŠ, K. 2010. Představy veřejnosti o sexuální výchově. In: Mitlöhner, M., Prouzová, Z. *Sborník referátů 2010 z 18. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice*. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.
70. JANIŠ, K., TÄUBNER, V. 1999. *Didaktika sexuální výchovy*. – Gaudeamus, Hradec Králové.
71. JANOŠKOVÁ, D., ONDRÁČKOVÁ, M., ČÁBALOVÁ, D., eds. 2011. *Občanský výchova 8, Rodinná výchova 8*. Focus. ISBN 978-80-7238-317-7.
72. JANOŠOVÁ, P. 2008. *Dívčí a chlapecká identita : vývoj a úskalí*. Praha : Grada. ISBN 8024722849.
73. JANIŠ, K., LOUDOVÁ, I., ANDRŠOVÁ, J. 2013. Motivy k zavedení sexuální výchovy do škol. In: *Sborník referátů 2013*. ISBN 978-80-905386-1-0.
74. JANIŠ, K. 2012. Limity sexuální výchovy. In: *Sborník referátů 2012*. ISBN 978-80-904290-8-6.
75. JANIŠ, K. 2001. Příspěvek k sexuálnímu chování středoškoláků. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2001*. SPRSV. ISBN 80-86559-5.
76. JANÝŠKOVÁ, A., KONEČNÝ, Š. 2012. Tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení u obézních pacientů v souvislosti s redukcí tělesné hmotnosti. In: *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha : Česká společnost J.E.Purkyně. 239 – 244. ISSN 1212-0383.
77. JARKOVSKÁ, L. 2012. *O dívkách či pro dívky? aneb Sexuální výchova a gender*. In: *Sborník 2012*. ISBN 978-80-904290-8-6.
78. JEFFRIES, W. L., DODGE, B., BANDIERA, F. C., REECE, M. 2010. *Beyond abstinence – only : Relationships between abstinence education and comprehensive topic instruction*. Sex Education, Vol. 10., no. 2. S. 171 – 185. EISSN 1472-0825.
79. JOSEFÍKOVÁ, L. 2014. *Informovanost žáků 8. a 9. tříd základních škol o problematice a prevenci HIV/AIDS*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.

80. IPPF EUROPEAN NETWORK. 2015. *Barometer of Women's Access to modern contraceptive choice in 16 EU Countries*. Brussels : IPFEN.
81. KABÁTOVÁ, Z.; PROFANT, M.; a kol. *Audiológia*. Bratislava : Grada Slovakia. ISBN 978-80-8090-603-8.
82. KADLČÍKOVÁ, K. 2012. Postoje učitelů k výuce sexuální výchovy. In: Sborník *Moravský regionální kongres 2012*. SPRSV. ISBN 978-80-904290-7-9.
83. KALMAN, MICHAL, SIGMUND, ERIK, SIGMUNDOVÁ, DAGMAR, a kol., 2011. *Národní zpráva o Zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2985-4.
84. KENG, B. A. Identity Issues of for Hard-of-Hearing Adolescents Aged 11,12,13 and 15 in Mainstream Setting. In: *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 8(3), 315 – 324. EISSN 1081-4159.
85. The Kirby Institute. 2014. *HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2014 HIV Supplement*. The Kirby Institute, UNSW, NSW 2052
86. KOLIBIKI, H. M. 2014. A Study of emotional relationships among deaf adolescents. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 114, 399 – 402. ISSN 1877-0428.
87. KONTULA, O. 2010. The evolution of sex education and student's sexual knowledge in Finland in the 2000s. In: *Sex Education*. 10(4), 373 – 386. EISSN 1472-0825.
88. KRCH, F. D. 2000. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. In: *Psychiatrie pro praxi*. 4. ISSN 1803-5272.
89. KUBICOVÁ, M. 2015. Pohlavně přenosné nemoci u dospívajících. In: *Pediatric pro praxi*. 16(6), 404-409. ISSN 1803-5264.
90. KUBRICHTOVÁ, L. 2000. Sexuální chování mládeže v České republice a ve světě. In: *8. celostátní kongres k sexuální výchově České republice*. Praha: SPRSV. s. 41 – 55
91. KYEI, K., ADESI, S., D. 2014. Knowledge on HIV/AIDS among high school students Ghana. In: *World Journal of Basic and Applied Science*. 2. EISSN 1927-5129.
92. LANGER, J., KUČERA, P. 2012. Základy surdopedie. In: LUDÍKOVÁ, L.; KOZÁKOVÁ, Z., a kol. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3092-8.
93. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

94. LAUMANN-BILLINGS, L., EMERY, R. E. 2000. Distress among young adults from divorced families. In: *Journal of Family Psychology*. 14, 671-687. EISSN 1939-1293.
95. LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální řeči a foniatrie*. Brno : Paido. ISBN 80-7315-038-7.
96. LEJSKA, M. 1994. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. Brno : Paido. ISBN 80-7013-178-0.
97. LOAIZA, ADILBERTO, LIANG, MENGIJA, 2013. *Adolescent Pregnancy*. New York : UNFPA.
98. LOEB, ROGER, C., SARIGIANI, PAMELA, 1970. The impact of hearing impairment on self-perceptions of children. In: *The Volta Review*. 88, p. 89 – 100.
99. LONGMAN, R. E. 2012. *Charge syndrome*. In: COPEL, J. A. *Obstretic Imaging*. Philadelphia : Elsevier Saunders. ISBN 978-1-4377-2556-8.
100. LUNEROVÁ, J., ŠTĚRBA, R., SVOBODOVÁ, M. 2015. *Výchova k občaství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP*. Nová Škola. ISBN 978-80-7289-427-7.
101. MACKAY, A. P., GAVIN, L., BROWN, K., eds. 2009. Sexual and Reproductive Health of Persons Aged 10 – 24 Years – United States, 2002 – 2007. In: *Surveillance Summaries*. 58(S S06), 1 – 58.
102. MAGOON, K. 2009. *Sex Education in Schools*. Minnesota : ABDO. ISBN 978-1-60453-536-5.
103. MALONE, P., RODRIGUEZ, M. 2011. Comprehensive Sex Education vs. Abstinence – Only – Until – Marriage Programs. In: *Humang Rights Magazine Home*. 38(2). ISSN 1475-4835.
104. MANLOVE, J., IKRAMULLAH, E., TERRY-HUMEN, E. 2008. Condom use and consistency among male adolescents in the United States. In: *Journal Adolescence Health*. 43(4), 325–333.
105. MARHÁNKOVÁ-HASMANOVÁ, J. 2011. *Matky samoživitelky a jejich situace v ČR*. In: *GenderStudies*. 3 – 10. EISSN 1805-7632.
106. MARSCHARCK, M., SPENCER, P., E. 2003. *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education*. New York : Oxford University Press. ISBN 0-19-514997-1.
107. MARTINEZ, G. M., ABMA, J. C. 2015. Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing of Teenagers Aged 15–19 in the United States. In: *NCHS Data Brief*. 209.
108. MARTINEZ, G., COPEN, C. E., ABMA, J. C. 2011. Teenagers in the United States: Sexual Activity Contraceptive Use, and Childbearing, 2006 – 2010 National Survey of Family Growth. In: *Vital and Health Statistics*. 23(31). Washington : U.S. Government Printing Office.

109. MARTINEZ, G., ATMA, J., CASEY, C. 2010. *Education teenagers about sex in the United States*. In: *NCHS Data brief*. No. 44.
110. MATOUŠEK, O. 1997. *Dospívání chlapců v Čechách a na Moravě*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-121-5.
111. MCCURDY, R. J., SCHNATZ, P. F., WEINBAUM, P. J., eds. 2014. *Contraceptive use in adolescents in Sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys*. In: *Connecticut Medicine*. 78(5), 261 – 272.
112. MCINTOSH, A. 2006. *Marital Satisfaction and Conflict Styles in Deaf-Hearing Couples*. 5th annual Hawai International Conference on Social Sciences.
113. MCNEELY, C., BLANCHARD, J. 2009. *The Teens Years Explained*. Baltimore : Center for Adolescent Health at the John Hopkins Bloomberg School of Public Health. ISBN 978-0-615-30246-1.
114. MEYERHOFF, W. L. *Hearing loss*. New York : Thieme Medical Publishers. ISBN 0-86577-623-7.
115. MITCHELL, A., PATRICK, K., HEYWOOD, W. eds. 2014. *National Survey of Australian Students and Sexual Health 2013*. La Trobe University. ISBN 978-192-191-5512.
116. MLČÁK, Z., MIKULIČKOVÁ, P. 1997. *Postoje k sexualitě u středoškolské mládeže*. In: *5. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*.
117. MOOG, J. S., GEERS, A., E., GUSTUS, CH. eds. 2011. *Psychosocial Adjustment in Adolescents Who Have Used Cochlear Implants Since Preschool*. In: *Ear Hear*. 32(1), 75S – 83S. EISSN 1538-4667.
118. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada. ISBN 80-247-1362-4.
119. MOORE, S., ROSENTHAL, D. 1993. *Sexuality in adolescence*. London and New York : Routledge. ISBN 0-415-07527-0.
120. MOST, T., 2007. *Speech intelligibility, loneliness, and sense of coherence among deaf and hard-of-hearing children in individual inclusion and group inclusion*. In: *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 12, 495 – 503. EISSN 1465-7325.
121. MOŽNÝ, IVO. 2002. *Sociologie rodiny*. Praha : SLON. ISBN 80-86429-05-9.
122. MRÁZKOVÁ, E. 2006. *Základy audiologie a metod objektivního vyšetření sluchu*. Ostrava : VŠB. ISBN 80-248-1129-4.

123. MUSICK, K., MEIER, A. 2010. Are both parents always better than one? Parental conflict and youth adults well-being. In: *Social Science Research*. 39(5), 814 – 830. ISSN 0049-089X.
124. NAPOLI, D. J., MELLON, N. K., NIPARKO, J. K., eds. 2015. Should all deaf children learn sign language? In: *Pediatrics*. 136(1), 170–176 . ISSN 0022-3476.
125. NIKOLARAIZI, M. 2007. Analysing the concept of deaf identity. In: *Hellenic Journal of Psychology*. 4, 185 – 204. ISSN 1790-1391.
126. NIVEN, D. 2004. *100 tajemství uspokojivých partnerských vztahů*. Praha : Portál. ISBN 80-717-8823-6.
127. NEKLAPILOVÁ, V. 2010. *Sexuální výchova v základních školách*. In: *Sborník 2010*. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.
128. NETZER, O. K., GROSS, O., JUNG, CH., eds. 1997. *Alport syndrome : Clinical and Genetic Correlation in a Type IV Callagen Disease*. In: SESSA, A.; CONTE, F.
129. MESONI, M., eds. *Hereditary Kidney Diseases*. Basel : Karger. ISBN 3-8055-6551-8.
130. NORTHERN, J. L., DOWNS, M. P. 2002. *Hearing in Children*. Maryland : Lippincott Williams&Wilkins. ISBN 0-683-30764-9.
131. NOVÁK, A. 2004. *Protetická péče pro sluchově postižené*. V Praze : Alexej Novák. Bez ISBN.
132. OGDEN, C. L., CAROLL, M. D., CURTIN, L. R., 2006. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1994 – 2004. In: *The Journal of the American Medical Association*. 295(13), 1549 – 1555. ISSN 1538-3598.
133. OLUKUNLE, O. 2007. *Adolescents Transition : The Challenges and the Way Out (African Perspective)*. African Population Conference 10 – 14, 2007. Africa, Tanzania.
134. O'KEEFE, F., FORBES, L. 2013. *HIV Australia*. 11(1). ISSN 1446-0319.
135. FACET THE FACT BRIEFING, 2014. *Young Australians and Sexual Health*. Sandy Bay (Australia) : ACYS. ISSN 2200-2667.
136. OYO-ITA, A., IKPEME, B. M., ATOKIDE, A., eds. 2005. Knowledge of HIV/AIDS among secondary school adolescent in Calabar – Nigeria. In: *Annal of African Medicine*, 4(1). ISSN 1596-3519.
137. PAXTON, S. J., SZTAINER-NEUMARK, D., EISENBERG, M., eds. 2006. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: five-year longitudinal study. In: *Developmental Psychology*. 42(5), 888 – 899. EISSN 1939-0599.

138. PECH, J. 1999. Stav sexuální výchovy na Středních odborných učilištích. In: *7. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*. Brno : SPRSV.
139. POPENOE, D. 2004. *Ten Important Research Findings on Marriage and Choosing a Marriage Partner: Helpful Facts for Young Adults*. New Brunswick, N. J.: National Marriage Project at Rutgers University.
140. POTMĚŠIL, M., a kol. 2012. *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3379.
141. POTMĚŠIL, M. 2011. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina. In: MICHALÍK, J., a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
142. PROFANT, O., DURISIN, M. 2012. Anatomia a fyziológia sluchového orgánu. In:
143. PRŮCHA, J. 1998. Učebnice: teorie a analýzy edukačního média. Brno : Paido. ISBN 80-8593-1494.
144. PŘÍHODA, VÁCLAV. 1967. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha : SPN. ISBN 1691767.
145. PRŮCHA, J., MAREŠ, J., WALTEROVÁ, E. 2003. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-772-8.
146. PULDA, M. 1992. *Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-190-4.
147. RAŠTICOVÁ, M. 2009. *Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci*.
148. READ, P. A. 2007. *Understanding the genotype basic concepts*. Hampshire : Thomson Publishing Services. ISBN – 10: 0415 38359 5.
149. REDDY, C. L., RAMAR, R., KUSUMA, A. 2004. *Hearing impairment an Education Consideration*. Delhi : Tarum Offset Printers. ISBN 81-7141-800-7.
150. RIDEONT, J. V. 2010. *Generation M2 : Media in the Lives of 8 to 18 – Years – Old*. CA : Kaiser Family Foundation.
151. ROBBINS, C. L., SCHICK, V., REECE, M. 2011. Prevalence, Frequency, and Association of Masturbation With Partnered Sexual Behaviors Among US Adolescents. In: *JAMA Pediatrics*. 165(12), 1087-93. ISSN 2168-6211.
152. RUFFIN, N. 2009. *Adolescent Growth and Development*. Virginia Cooperative Extension.

153. SARDAR, E. H., KADIR, R. A. 2012. Mother's Attitudes and Self-Esteem among Deaf Children in Iranian High Schools. In: *Asian Social Science*. 8(2), 147 – 152. E-ISSN: 1911-2025.
154. SHELLEY, L. M. 2012. *Student Handbook to psychology: Developmental psychology*. New York : Fact on File inc. ISBN 978-0-8160-8280-3.
155. SHTARSHALL, R. A., SANTELLI, J. S., HIRSCH, J. S. 2007. Sex Education and Sexual Socialization: Roles for Educators and Parents. In: *Perspectives on sexual and reproductive health. A journal peer-reviewed research*. 39(2), 116 – 119. ISSN 1931-2393.
156. STANG, J., STORY, M., eds. 2005. *Adolescent growth and development*. Guidelines for Adolescent Nutrition Services. Minnesota : University of Minnesota.
157. STEINBECK, K., KOHN, M. 2013. *A Clinical Handbook in Adolescent Medicine: A Guide for Health Professionals Who Work with Adolescent and Young Adults*. New Jersey : World Scientific Publishing. ISBN 978-981-4374-03-3.
158. STRNADOVÁ, V. 2002. *Úvod do surdopedie*. Liberec : Technická univerzita. ISBN 80-7083-564-8.
159. ŠILEROVÁ, L., FRIDRICHOVSKÁ, D., PROUZOVÁ, Z. 2012. Projekt SAFE II v České republice – mladí lidé a informace o sexualitě. In: *SAFE II – Sborník referátů*. SPRSV. ISBN 978-80-904290-7-9.
160. STŘELCOVÁ, H., TELLINGEROVÁ, D. 2006. Zahájení pohlavního života mládeže. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2006*.
161. ŠTĚRBOVÁ, D. 2012. Rizika v sexuálním vzdělávání osob se zdravotním postižením. In: *SAFE II – sborník referátů*. Olomouc. ISBN 978-80-904290-7-9.
162. ŠTĚRBOVÁ, D. 2010. Potřeba sexuální výchovy u osob s handicapem. In: *Sborník 2010*. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.
163. ŠTĚRBOVÁ, D. 2007. Základy sexuální výchovy na školách pro žáky se sluchovým postižením a žáky s hluchoslepotou, spolupráce s rodinou. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2007*.
164. SZTAINER-NEUMARK, D., PAXTON S. J., HANNAN, P. J., eds. 2006. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfactions and health behaviors in adolescent female and males. In: *The Journal of adolescent health*. 39(2), 244 – 51. ISSN 1054-139X.
165. ŠÁNDOROVÁ, Z. 2003. *Vybrané kapitoly z komprehenzivní surdopedie*. Hradec Králové : Gaudeamus. ISBN 80-7041-605-X.

166. ŠILEROVÁ, L. 2012. *Závěry projektu SAFE II v ČR – sexuální výchova v rodině*. In Sborník 2012. ISBN 978-80-904290-8-6.
167. ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. 1999. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno : Paido. ISBN 80-85931-67-2.
168. ŠPELINOVÁ, T. 2007. *Prevence HIV/AIDS na základních školách v Plzeňském kraji*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce: MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.
169. ŠTYGLEROVÁ, T., KAČEROVÁ, E. 2013. Obrat v rozvodech. In: *Statistika & MY*. 4(10). ISSN 1804-7149.
170. ŠTYGLEROVÁ, T., NĚMEČKOVÁ, M. 2015. Spolu, s dětmi, ale bez oddacího listu. In: *Statistika & MY*. 5(1). s. 22 – 24. ISSN 1804-7149.
171. ŠVARCOVÁ, EVA. 2002. Pohled současné mládeže na rodičovství. Sborník z kongresu Pardubice 2002. SPRSV. ISBN 80-86559-12-2.
172. ŠVEC, Š. 2009. Metoda dotazníku v edukačním výzkumu. In: Š., ŠVEC, a kol. *Metodologie věd o výchově : Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 978-80-7315-192-8.
173. ŠVECOVÁ, V. 2013. Partnerské vztahy očima žáků se sluchovým postižením. In *Ph.D. existence III: česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 1 – 9. ISBN 978-80-244-3777-4.
174. ŠVECOVÁ, V., LANGER, J. 2014. Partnerské vztahy očima žáků se sluchovým postižením na sekundárním stupni vzdělávání. In: FINKOVÁ, D., LANGER, J., a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 43 – 59. ISBN 9780-244-4303-4.
175. ŠVÍHELOVÁ, D. 2003. Postoje adolescentov k předmanželskej sexualitě. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2003*. Brno : SPRV. ISBN 80-86559-23-8.
176. TARCSIOVÁ, D. 2010. Základy pedagogiky sluchovo postihnutých. In: A., VANČOVÁ, a kol. *Základy intergratívnej špeciálnej pedagogiky*. Bratislava : IRIS. ISBN 978-80-
177. TÄUBNER, V., JANIŠ, K. 1998. *Na pomoc studentům a učitelům v sexuální výchově*. Hradec Králové : Gaudeamus.
178. THEUNISSEN, S. C., RIEFFE, C., NETTEN, A. P., eds. Self – Esteem in Hearing-Impaired Children: The Influence of Communication, Education, and Audiological Characteristics. In: *PLoS One*. 9(4), e94251. ISSN 1932-6203.

179. THOROVÁ, K. 2015. *Vývojová psychologie : Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
180. TITZL, BORIS. 2010. *Sexuální výchova a její časová proměna*. In Sborník referátů 2010. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.
181. TORIELLO, H. V., SMITH, S. D. 2013. *Hereditary hearing loss ist syndromes*. New York : Oxford. ISBN 978-0-19-973196. TĀUBNER, V. 2001. Vybrané otázky sexuality postižených dětí a možnosti sexuální výchovy. In: *9. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*. Brno : SPRSV. ISBN 80-86559-02-5.
182. THANAVANH, B., HARUN-OR-RASHID, K. H., eds. 2013. Knowledge, attitudes, and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic. In: *Journal of the International AIDS Society*. 16. ISSN 1758-2652.
183. UHROVÁ, E. 2013. Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.
184. UNESCO. 2012. *Sexuality Education in Asia and the Pacific*. Bangkok : UNESCO. ISBN 978-92-9223-381-5.
185. UNESCO. 2010. *Levers of Success : Case studies of national sexuality education programmes*. Paříž : UNESCO. ED-2010/WS/29.
186. UNESCO. 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence – informed approach for school, teachers and health educators*. Paříž : UNESCO. ED-2009/WS/36 REV3.
187. UNFPA. 2015. *The Evaluation Comprehensive Sexuality Education Programmes : A Focus on Comprehensive Sexuality Education Programmes : A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes*. New York : United Nations Population Funds.
188. UNFPA. 2014. *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education*. New York : UNFPA.
189. UNFPA. 2015. *Sexual and reproductive health young people in Asia and the Pacific*. Bangkok : UNFPA.
190. UNFPA, WHO. 2012. *Child marriage. In Entre Nous : The Europe Magazine for Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen : WHO Regional office for Europa. ISSN 1014-8485.
191. UNICEF. 2016. *A profile of child marriage in Africa*. New York : UNICEF.
192. UNICEF. 2011. *The State of the World's Children : Adolescence An Age of Opportunity*. New York, USA. ISBN 978-92-806-4555-2.

193. UNICEF. 2002. *Adolescence : A time the matters*. New York.
194. UNICEF EAST ASIA AND PACIFIC REGIONAL OFFICE. 2015. *Adolescence under the radar in the Asia-Pacific AIDS response*. Bangkok : UNICEF EAPRO. ISBN 978-974-680-397-7.
195. UNITED NATIONS. 2015. *Trends Contraceptive Use 2015*. New York : United Nations. ISBN 978-92-1-151546-6.
196. UNESCO. 2009. *International technical guidance on sexuality education*. France : UNESCO. Paříž : Unesco. ED-2009/WS/36 ERW.
197. UNICEF Regional Office for Latin America and Caribbean. 2007. Teenage motherhood in Latin America and the Caribbean. In: *Challenges : Newsletters on progress towards the Millenium Development Goal from child and rights perspective*. 4. ISSN 1816-7543.
198. VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5., rozšířené a přepracované vydání. Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
199. VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie I. – dětství a dospívání*. Praha : Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
200. VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. – dospělost a stáří*. Praha : Karolinum. ISBN 978-246-1318-5.
201. VAŠUTOVÁ, M., PANÁČEK, M. 2013. *Mezi dětstvím a dospělostí : vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava : Ostravská Univerzita. ISBN 978-80-7464-125-1.
202. VOHLÍDALOVÁ, M. 2010. Kdo podává žádost o rozvod a jaké jsou příčiny rozpadu partnerských vztahů? In: *Gender, rovné příležitosti a výzkum*. 12(2), 48 – 56. ISSN 1805-7632.
203. VOMASTEK, P. 2001. Masturbační aktivita. In: *9. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*. ISBN 80-86553-02-5.
204. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. neveden. Masturbační aktivita obyvatel České republiky : Výsledky národního průzkumu. Sexuologický ústav 1. LF UK, Praha. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/1999/01/07weiss.pdf>>.
205. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2009. Sexuální chování české populace. In: *Urologie pro praxi*. 10(3), 160 – 163. EISSN 1803-5299.
206. WESTWOOD, J., MULLAN, B. 2006. Knowledge of secondary school pupils regarding sexual health education. In: *Sex Education*. 6(2), 151 – 162. EISSN 1472-0825.
207. WHO. 2013. *HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV*. Geneva : WHO. ISBN 978-92-4-150616-8.

208. WHO/EUROPE. 2013. *Health 2020 : A European policy Framework and strategy for the 21th century*. Denmark : WHO Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-0279-0.
209. WIESNEROVÁ, EMA. 2016. Singles mají problém oddělit volný čas a práci. In: *online.muni.cz*. 12. Brno : Masarykova Univerzita v Brně. ISSN 1805-9759.
210. WILLOUGHBY – FITTS, J., KATSON, K. jr. 2013. „Can you get pregnant when u r in the pool?“ : young people’s information seeking from sexual health text line. In: *Sex Education*. 13(1), 96 – 106. EISSN 1472-0825
211. WONG, L. D., WILSON, D., WHALEY F. L. 1995. *Whaley & Wong’s nursing care of infant and children*. St. Louis : Mosby.
212. ZELINA, M. 2009. Interview v edukačním výzkumu. In: Š., ŠVEC, a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 979-80-7315-192-8._
213. ZEMKOVÁ, D., ŠNAJDEROVÁ, M. 2009. *Puberta v ambulanci pediatra*. In: *Pediatric pro praxi*. 10(5), 289 – 293.
214. ŽAMPACHOVÁ, M. 2006. *Sexuální chování adolescentů a nebezpečí HIV/AIDS*. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce: prof. PhDr. Ladislav Rabušic, CSc.

Seznam elektronických zdrojů

1. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *Comprehensive Sex Education*. © 2008, [cit. 2015-10-18]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/1487>>
2. UNFPA. 2014. *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education*.
3. ADVOCATES FOR YOUTH. *Abstinence – Only – Until – Marriage Programme*. [online]. © 2008, [cit. 2014-10-18]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.advocatesforyouth.org/topics-issues/abstinenceonly>>.
4. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *The Truth About Abstinence – Only Programs*. © 2008, [cit. 2015-10-18]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/409-the-truth-about-abstinence-only-programs>>.
5. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *The Truth about Abstinence Only Programms*. © 2008, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/409-the-truth-about-abstinence-only-programs>>.

6. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *1st grade*. © 2003, [cit. 2016-08-05]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.advocatesforyouth.org/component/content/577?task=view>>.
7. AIDS-HIV [online]. *Podrobný popis HIV/AIDS*. © 2011 – 2013, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.aids-hiv.cz/html/popis.html>>.
8. AIDS Blog. [online]. *Stručná historie HIV/AIDS*. © 2008 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://aids.alms.cz/novinky/statistiky/strucna-historie-hiv-aids.htm>>.
9. „AllDeaf“. [online]. *Deaf-Hearing Marriage*, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.alldeaf.com/threads/deaf-hearing-marriage.35025/>>.
10. ALPORT SYNDROME FOUNDATION. *What is Alport syndrome?* [online]. © 2010, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.alportsyndrome.org/what-is-alport-syndrome/>>.
11. American Psychological Association, 2002. [online]. *Developing Adolescence : A reference for Professionals*. © 2002, [cit. 2016-07-31]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.apa.org/pi/families/resources/>>.
12. AMERICA SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *Hearing Loss at Birth (Congenital Hearing Loss)*. [online]. © 1997 – 2014, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.asha.org/public/hearing/Congenital-Hearing-Loss/>>.
13. ARKOWITZ, HALL, LILIENFELD, SCOTT, O., 2013. *Is Divorce Bad for Children?* © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.scientificamerican.com/article/is-divorce-bad-for-children/>>.
14. AUSTIN, B. S., HAINES, J., VEUGELERS, P. J. 2009. *Body Satisfaction and Body Weight: gender differences and sociodemographics determinants*. Bio Med Central Public Health. Dostupné na World Wide Web: <<http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-313>>.
15. AVERT, 2016. [online]. *HIV and AIDS in the United States of America (USA)*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/western-central-europe-north-america/usa>>.
16. AVERT, 2016. *HIV and AIDS in Asia & the Pacific Regional Overview*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/asia-pacific/overview>>.

17. AVERT, 2016. [online]. *HIV and AIDS in sub-Saharan Regional Overview*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/overview>>.
18. AVERT, 2016. [online]. *Myths about HIV and AIDS*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web:
19. AVERT, 2016. [online]. *HIV and AIDS in Latin America Regional Overview*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/overview>>.
20. AVERT, 2016. *HIV around the world*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world>> .
21. AVERT, 2016. [online]. *What are HIV and AIDS?*, © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.avert.org/about-hiv-aids/what-hiv-aids>>
22. AVERT, 2016. [online]. *Stages on HIV infection*, © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.avert.org/professionals/hiv-science/stages-infection#footnote3_awykrq>.
23. BAOCHANG, GU, YAN, CHE. 2013. [online]. *Contraception, a family planning imperative*. [cit. 2016-08-05]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.eastasiaforum.org/2013/05/07/contraception-a-family-planning-imperative/>>.
24. BERKE, J. 2012. *Toxoplasmosis and Hearing Loss*. [online]. © 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web: <http://deafness.about.com/od/diseasesandsyndromes/g/toxoplasmosis_hearing_loss.htm>
25. BERKE, JAMIE, 2014. [online]. *Marriage Between Deaf and Hearing people*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.verywell.com/deaf-culture-big-d-small-d-1046233>>.
26. BERKE, J. 2009. *Growing Up Deaf – Rubella*. [online]. © 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web:<<http://deafness.about.com/cs/featurescauses/a/rubella.htm>>.
27. BRIGHT FUTURES. [online]. *Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality*. © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/9-Sexuality.pdf>>.
28. BZgA, 2016. [online]. *Sexuality education : Policy Brief No. 1*. © 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web:

- <file:///C:/Users/Pavel%20%C5%A0vec/Downloads/Sexuality_education_Policy_brief_N_o_1.pdf>.
29. CALIFORNIA EAR INSTITUTE. *Connexin 26*. [online]. © California Ear Institute, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.californiaearinstitute.com/ear-disorders-connexin-26-bay-area.php>>.
30. CAMBRIDGE DICTIONARY. [online]. *Nuclear family*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/nuclear-family>>.
31. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016. [online]. *About HIV/AIDS*, © 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>>.
32. Centers for Disease Control and Prevention, 2016. [online]. *HIV among Youth*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/>>.
33. COLLINS, LOIS, M., 2015. [online]. *U. S. marriage rate hits new low and may continue to decline*, © 2015, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://national.deseretnews.com/article/21813/harley-quinn-a-symbol-of-domestic-abuse.html>>.
34. ČADOVÁ, N. 2014. [online]. *Postoje veřejnosti k právům homosexuálů – červen 2014*. © 2016, [cit. 2016-10-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://cvvm.soc.cas.cz/vztahy-a-zivotni-postoje/postoje-verejnosti-k-pravum-homosexualu-cerven-2014>>.
35. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. [online]. *Jaké je složení domácností v ČR?* © 2013, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <https://www.czso.cz/csu/czso/jake_je_slozeni_domacnosti_v_cr20130307>.
36. DERRER, DAVID, T., 2014. [online]. *The Top 10 Myths and Misconceptions About HIV and AIDS*. © 2014, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.webmd.com/hiv-aids/top-10-myths-misconceptions-about-hiv-aids?page=2>>.
37. DICTIONARY.[online]. *Masturbation*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.dictionary.com/browse/masturbation>>.
38. DIDIER, SUZANNA. 2013. [online]. *What are the benefits of two-parents household?* © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.livestrong.com/article/560652-what-are-the-benefits-of-a-two-parent-household/>>.

39. DIVORCEINFO. [online]. *Disadvantages of divorce*, © 1996 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://divorceinfo.com/disadvantages.htm>>.
40. DIVORCESCIENCE. [online]. *World Divorce Statistics*, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<https://divorcescience.org/for-students/world-divorce-statistics-comparisons-among-countries/>>.
41. DOHERTY, WILLIAM, H. [online]. *How common is divorce and what are the reasons?*, © 2015, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.divorce.usu.edu/htm/lesson-3>>.
42. EMEDICINE HEALTH (online). *Sexually Transmitted Diseases*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.emedicinehealth.com/sexually_transmitted_diseases/article_em.htm>.
43. ENCYKLOPEDIA OF CHILDREN'S HEALTH. [online]. *Masturbation*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthofchildren.com/M/Masturbation.html>>.
44. ENGEL, PAMELA, 2014. *MAP: Divorce Rates Around The World*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.businessinsider.com/map-divorce-rates-around-the-world-2014-5>>.
45. EUROPA.EU, 2016. [online]. *Marriage*, © nevedeno, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <http://europa.eu/youreurope/citizens/family/couple/marriage/index_en.htm>.
46. EUROPEAN COMMISSION, 2016. [online]. *Property effects on marriage and registered partnership*. © neveden, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <http://ec.europa.eu/justice/civil/family-matters/marriage/index_en.htm>.
47. EUROPEAN STATISTICS EXPLAINED, [online]. *Marriage and divorce statistics*. ISSN 2443-8219.
48. EUROSTAT, 2016. [online]. *Marriage and divorce statistics*. Dostupný na World Wide Web: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics>.
49. FamilyFacts.org. [online]. *Benefits of Family for Children and Adults*. © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupné na World Wide Web: <<http://familyfacts.org/briefs/6/benefits-of-family-for-children-and-adults>>.
50. FOWLER, K. B.; ROSS, D. S. 2008. *Cytomegalovirus: A Major Cause of Hearing Loss in Children*. [online]. © 1997 – 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web:<

51. FPA, 2011. *Teenagers: sexual health behaviour*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.fpa.org.uk/factsheets/teenagers-sexual-health-behaviour>>
52. GIRLS NOT BRIDES. [online]. Sub-Saharan Africa. © 2002 – 2016, [cit. 2016-10-3]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.girlsnotbrides.org/region/sub-saharan-africa/>>.
53. GIRLS NOT BRIDES. [online]. *Children Brides in United States*. © 2002 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/united-states/>>.
54. GIRLS NOT BRIDES. [online]. *Easter Europe and Central Asia*, © 2002 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.girlsnotbrides.org/region/central-eastern-europe-commonwealth-of-independent-states/>>.
55. GUTTMACHER INSTITUT, 2015. [online]. *Contraceptive Use in the United States*. © 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <
56. GUTTMACHER INSTITUTE, 2016. [online]. *Sex and HIV education*. Dostupné na World Wide Web: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/spibs/spib_SE.pdf>.
57. HARVARD HEALTH PUBLICATIONS. [online]. *Marriage and Men's Health*, © 2010 – 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/marriage-and-mens-health>.
58. HEALTHY HEARING, 2009. [online]. *Love, Marriage and Hearing Loss: Listen to me Dear!* © 2016, [2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthyhearing.com/content/articles/Buying/Benefits/41667-Marriage-and-hearing-loss>>.
59. HIV PREVENANCE, 2014. [online]. *Příznaky a stádia HIV infekce*, © 2014, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.hiv-prevence.cz/priznaky-a-stadia-hiv-infekce.html>>.
60. HIV PREVENANCE, 2014. [online]. *Čeho se nebát?*, © cit. 2016-08-02, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.hiv-prevence.cz/ceho-se-nebat.html>>.
61. HEARING LOSS GLOSSARY AND ACRONYMS. *Hearing Impaired*. [online]. © nevedeno, [cit. 2014-05-13]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.nchearingloss.org/hi.htm>>.

62. HEARING LOSS GLOSSARY AND ACRONYMS. *Congenital (deafness or hearing loss)*. [online]. © 2003 – 2012, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.nchearingloss.org/gloss.htm?fromncshhh>>.
63. HOLLAND, KIMBERLEY, 2013. [online]. *The History of HIV*, © 2005 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthline.com/health/hiv-aids/history#ReadThisNext0>>.
64. HUMAN RIGHTS WATCH, 2015. [online]. *Ending Child Marriage in Africa*, © 2016 [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.hrw.org/news/2015/12/09/ending-child-marriage-africa>>.
65. CHILD TRENDS DATA BANK, 2014. [online]. *Condom Use : indicators on children and youth*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2012/07/28_Condom_Use.pdf>.
66. INSTITUTE OF HUMAN VIROLOGY [online]. *AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)*, © 2016, [2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.ihv.org/education/AIDS.html>>.
67. INTERNATIONAL CENTER FOR RESEARCH ON WOMEN. [online]. *Child Marriages Facts and Figures*, © 2015, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>>.
68. IPPF, 2014. [online]. *Five Sex Education Success in Latin America*. © 2014, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.ippfwhr.org/en/blog/five-sex-education-successes-in-latin-america>>.
69. JANIŠ, KAMIL, 2006. *Sexuální výchova a škola*. In Moravský regionální kongres. Dostupné na World Wide Web: <<http://planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006082901>>.
70. JONES, GAVIN, W., 2013. *Marriage in Asia*. In East Asia Forum, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.eastasiaforum.org/2013/04/26/marriage-in-asia/>>.
71. WHO. *Deafness and Hearing Loss*. [online]. © 2014, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>>.
72. AMERICA SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. [online]. *Ototoxic Medication (Medication Effects)*. © 1997 – 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.asha.org/public/hearing/Ototoxic-Medications/>>.
73. KAUFMAN, MIRIAM, 2011. [online]. *Sex Education for children: Why parents should talk to their kids about sex*. © 2004 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupné na World Wide

Web:<<http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/FamilyandPeerRelations/Sexuality/Pages/Sex-Education-for-Children-Why-Parents-Should-Talk-to-their-Kids-About-Sex.aspx>>.

74. King, M. Rosalyn. [online]. *Adolescence-Overview, History, Theories*. © 2004, [cit. 2016-07-29]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.psyking.net/id183.htm>>.
75. KRAMULOVÁ, DANIELA, 2010. *Krise středního věku*, © 1999 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.rodina.cz/clanek7766.htm>>
76. KUCHAROVÁ, VĚRA. (2007): „Lone mothers at the labour market: Their requirements and their entitlement to social protection measures.“ (Dostupné z <http://praha.vupsv.cz/>, cit. 26. 4. 2011.).
77. LEMOUSE, MACK. [online]. *Cause of Marriage Failure: Money, Sex and Communication*, © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthguidance.org/entry/15263/1/Causes-of-Marriage-Failure-Money-Sex-and-Communication.html>>.
78. LIPKA, MICHAEL, 2014. [online]. *Many Africans see contraception as immoral*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/04/16/africans-among-the-most-morally-opposed-to-contraception/>>.
79. MANDAL, ANANYA, 2014. [online]. *History of AIDS*, © 2000 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS.aspx>>.
80. MAPS OF WORLD. [online]. *Countries with lowest divorce rate – world top ten*, © 2002 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.mapsofworld.com/world-top-ten/countries-with-lowest-divorce-rate.html>>.
81. MARÁDOVÁ, EVA, 2006. [online]. K aktuálním otázkám pojetí rodinné a sexuální výchovy v transformované škole, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=62>>.
82. MARÁDOVÁ, EVA, 2004. [online]. Postoje středoškolské mládeže k otázkám manželství, partnerství a rodičovství jako východisko pro koncepci sexuální výchovy, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=36&stromhmenu=0&urpod=1>>.

83. MEDLINE PLUS (online). *Sexually Transmitted Diseases*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://medlineplus.gov/sexuallytransmitteddiseases.html>>.
84. MERRIAM WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Divorce*, © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/divorce>>.
85. MERRIAM-WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Masturbation*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/masturbation>>.
86. MERRIAM-WEBSTER SINCE 1828 [online]. *Contraception*, ©2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.merriam-webster.com/dictionary/contraception>>.
87. MERRIAM WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Nuclear family*, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/nuclear%20family>>.
88. MERRIAM-WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Sexual intercourse*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/sexual%20intercourse>>
89. MEYER, CATHY, 2016. [online]. *3 Major Cause of Divorce*, © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://divorcesupport.about.com/od/romanceafterdivorce/fl/6-Things-Needed-For-Second-Marriages-To-Succeed.htm>>.
90. MEYER, CATHY, 2016. [online]. *10 Marital Problems That May Cause Divorce*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <http://divorcesupport.about.com/od/isdivorcethesolution/qt/marital_discord.htm>.
91. Ministry for Foreign Affairs Sweden, 2015. *Strategy for sexual and reproductive health and rights in Sub-saharan Africa 2015 – 2019*. Sweden : Government Office of Sweden.
92. MPSV, 2007. [online]. *Krize středního věku*, © neuveden, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.mpsv.cz/cs/3809>>.
93. MPSV. [online]. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině.
94. MZCR. [online]. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*, [cit. 2016-08-02]. Dostupné na World Wide Web: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=45178&nr=48~2F1997&rpp=15#local-content>>.

95. MZCR. [online]. Zákon č. 267/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Dostupný na World Wide Web: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zakon-c267/2015-sb-kterym-se-meni-zakon-c258/2000-sb-o-ochrane-verejneho_10910_11.html.
96. MZCR, 2003. *Řešení problematiky infekce HIV/AIDS*. In Věstník 8/2003. Dostupný na World Wide Web: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3659_1782_11.html.
97. NÁRODNÍ CENTRUM PRO RODINU, 2012. [online]. *Komentář k přípravným katechezím VII. Světového setkání rodin v Miláně 2012*. Dostupné na World Wide Web: http://www.rodiny.cz/f/file/Fakta_o_rodine_web.pdf.
98. NATIONAL CONFERENCE OF STATES LEGISLATURES, 2016. [online]. *State policies on sex education in schools*. © 2016,
99. NDTV. 2016. Philippines Only Country in Asia Where Teen Pregnancy Rising. [cit. 2016-10-11]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.ndtv.com/world-news/philippines-only-country-in-asia-where-teen-pregnancy-rising-1428928>.
100. NĚMEČKOVÁ, MICHAELA, KURKIN, ROMAN, ŠTYGLEROVÁ, TEREZIE, 2015. *Rodinné chování v České republice: první děti později a mimo manželství*. Dostupný na World Wide Web: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriages_and_births_in_the_Czech_Republic/cs.
101. NEMKO, 2016. The Peter Pan Syndrome, © 1991 – 2016, [cit. 2016-10-11]. Dostupný na World Wide Web: <https://www.psychologytoday.com/blog/how-do-life/201605/the-peter-pan-syndrome>.
102. NUV. [online]. *Vzdělávací program Základní škola 1 – 9*. © 2011 – 2016, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.nuv.cz/t/vzdelavaci-programy-platne-v-zakladnim-vzdelavani-pred>.
103. OECD FAMILY DATABASION, 2015. [online]. *Marriage and divorce rates*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.oecd.org/social/family/database.htm>.
104. OECD, 2011. *Families are changing*. Dostupný na World Wide Web: <https://www.oecd.org/els/soc/47701118.pdf>.
105. OECD Family Database, 2015. [online]. *Marriage and divorce rates*. [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: https://www.oecd.org/els/family/SF_3_1_Marriage_and_divorce_rates.pdf

106. OFFICE OF ADOLESCENT HEALTH, 2016. [online]. *Contraceptive and Condom Use*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/reproductive-health/contraceptive-use.html>>.
107. OPTIONS FOR SEXUAL HEALTH, 2009. [online]. *Abstinence*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web: <<https://www.optionsforsexualhealth.org/birth-control-pregnancy/birth-control-options/natural-methods/abstinence>>
108. OSBORNA, HANNAH, 2013. [online]. *Condom Use Falls in Sub-saharan Africa, Says HIV and AIDS Report*, © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.ibtimes.co.uk/hiv-aids-united-nations-report-condom-use-508309>>.
109. OZMEN, DILEK, OZMEN, EROL, ERGIN, DILEK, eds., 2007. *The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents*. BMC Public Health. Dostupné na World Wide Web: <<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-80>>.
110. PLAN INTERNATIONAL, 2015. [online]. *Nicaragua : Latin Americas Teen Pregnancy Capital*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<https://plan-international.org/news/2015-08-04-nicaragua-latin-americas-teen-pregnancy-capital>>.
111. PLANNED PARENTHOOD [online]. *What are the benefits of condom?*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/condom/what-are-the-benefits-of-condoms>> .
112. PLANNED PARENTHOOD [online]. *The ten biggest myths about sex*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.plannedparenthood.org/teens/sex/the-ten-biggest-myths-about-sex>>.
113. PLANNED PARENTHOOD. [online]. *Implementing Sex Education*. © 2014, [cit. 2015 – 10 - 18]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.plannedparenthood.org/educators/implementing-sex-education>>.
114. PSYCHOLOGY TODAY. [online]. *Adolescence*, © 1991 – 2016, [cit. 2016-07-29].
115. RAŠKOVÁ, MILUŠE. 2004. [online]. Děti předškolního věku a jejich představa o lásce. Sborník z kongresu Pardubice 2004, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=36>>.

116. S dětmi proti obezitě [online]. *Prevalence dětské nadváhy a obezity*, © 2013, [cit. 2016-07-31]. Dostupné na World Wide Web: <<http://sdetmiprotiobezite.cz/prosponzory/prevalence-detske-nadvahy-a-obezity/>>.
117. SHIMER-BOWERS, ELIZABETH, 2016. *The Truth about 8 Masturbation Myths*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.everydayhealth.com/erectile-dysfunction/the-truth-about-masturbation-myths.aspx>>.
118. SCHWETA, C., MUNDKUL, SUNEEL, CHAITANYA, V., 2011. *Knowledge and Beliefs About HIV/AIDS among adolescents*, [online], © WebmedCentral, 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <https://www.webmedcentral.com/article_view/2830>.
119. STEM/MARK. 2015. [online]. Polovina Čechů by homosexuálům povolila adoptovat dítě jejich registrovaného partnera. [cit. 2016-10-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.stemmark.cz/polovina-cechu-by-homosexualum-povolila-adoptovat-dite-jejich-registrovaneho-partnera/>>.
120. STŘELCOVÁ, HANA; TELLINGEROVÁ, DAGMAR. 2006. [online]. Zahájení pohlavního života mládeže. Sborník z kongresu Pardubice 2006. © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=62>>.
121. SUKL, 2010. *Terapie HIV/AIDS infekce : Léčba a situace v ČR*, © 2010. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.sukl.cz/prevence-a-lecba-1>>.
122. Sutter Health Palo Alto Medical Foundation. [online]. *Abstinence*. © 2015, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.pamf.org/teen/sex/birthcontrol/abstinence.html>>.
123. SZÚ [online]. *Průběžná zpráva o výskytu HIV/AIDS v ČR u příležitosti Světového dne AIDS 2015*, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocnizpravy/2015/Prubeznozprava_ovyskytu_HIV_AIDS_v_CR_u_prilezitosti_Svetoveho_dne_AIDS_2015.pdf>.
124. ŠAMANOVÁ, GABRIELA, 2011. *Rodinné hodnoty a postoje k manželství – listopad 2011*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://cvvm.soc.cas.cz/vztahy-a-zivotni-postoje/rodinne-hodnoty-a-postoje-k-manzelstvi-listopad-2011>>.

125. ŠVÍHELOVÁ, DAGMAR. 2003. [online]. Postoje adolescentov k předmanželské sexualitě. Sborník z kongresu Pardubice 2003, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=40>>.
126. TEACHING SEXUAL HEALTH. [online]. *The Parent's role*. © 2002 – 2016. Dostupné na World Wide Web: <<http://parents.teachingsexualhealth.ca/education/parents-role>>.
127. The free dictionary by farlex [online]. *Contraceptive*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/contraception>>.
128. The Healthy Teen Project [online]. *Adolescent Eating Disorders such as Anorexia, Bulimia and Binge Eating Disorders are treatable*. © 2015, [cit. 2016-07-31]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.healthyteenproject.com/adolescent-eating-disorders-ca>>.
129. THOMAYEROVA NEMOCNICE. [online]. *Tinnitus*. © Thomayerova nemocnice, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/oddeleni-usni-nosni-krcni/co-to-je-kdyz-se-rekne/tinnitus/>>.
130. TICHOTOVÁ, L., PARMA, P. 2013. [online]. Sexuální výchova na školách. © neuveden, [cit. 2016-10-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2013.htm>>.
131. UČITELSKÉ NOVINY. 2003. [online]. *Proč je Základní škola nejrozšířenějším vzdělávacím programem?* © 2010 – 2016, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <[UČITELSKÉ NOVINY. 2003. Proč je Základní škola nejrozšířenějším vzdělávacím programem?](http://ucitelske.noviny.cz/ucitelske-noviny/2003/proc-je-zakladni-skola-nejrozsi-renej-sim-vzdelavacim-programem/)>.
132. UNESCO OFFICE IN SANTIAGO, 2013. [online]. *Eleven countries revisit regional agreements on sexuality education*. © 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.unesco.org/new/en/santiago/press-room/single-new/news/doce_paises_dan_seguinto_a_acuerdos_regionales_sobre_educacion_en_sexualidad/#.V6SvDtSLTXp>.
133. UNFPA, 2015. *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes*.
134. UNFPA, 2014. *Investing in Sexual and Reproductive Health in Latin America and Caribbean*. New York : UNFPA.

135. UNICEF, 2016. *Turning the tide against AIDS will require more concentrated focus on adolescents and youth people*, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://data.unicef.org/hiv-aids/adolescents-young-people.html>>.
136. UNICEF, 2015. [online]. *Asia-Pacific region facing a hidden epidemic of HIV among adolescents, new report finding*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.unicef.org/media/media_86395.html>.
137. VENEROLOGIE. [online]. Kapavka, © 2016, [cit. 2016-10-11]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.venerologie.cz/onemocneni/kapavka/>>.
138. VERNARCOVÁ, JANA. 2006. [online]. Postoje mladých k otázkám sexuality ako východisko pro realizácii sexuálnej výchovy na školách. Sborník z kongresu Pardubice 2006, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=62>>.
139. VLÁDA ČR, 2015. [online]. *Analýza ekonomických důsledků rozvodu pro ženy a pro muže*, © 2009 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/pri-uradu-vlady/jiri-dienstbier/tiskove-informace/analyza-ekonomicky-ch-dusledku-rozvodu-pro-zeny-a-muze-134412/>>.
140. VZP ČR. [online]. *V jakých případech hradí zdravotní pojišťovna testování na AIDS*, © 2015, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/v-jakych-pripadech-hradi-zdravotni-pojistovna-testovani-na-aids>>.
141. WebMD [online]. *Birth Control and Contraceptive Myths*, © 2005 – 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.webmd.com/sex/birth-control/birth-control-contraceptive-myths>>.
142. WEISS, PETR, ZVĚŘINA, JAROSLAV, 2009.[online]. *Sexuální chování v ČR : srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003, 2008*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://documents.tips/documents/sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vyzkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.html>>.
143. WELTI, KATE, WILDSMITH, ELISABETH, MANLOVE, JENNIFER, 2011. *Trends and recent estimates: Contraceptive use among U.S. Teens and Youth Adults*. Trends Child Research Brief, © 2011, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2011/12/Child_Trends-2011_12_01_RB_ContraceptiveUse.pdf>.
144. WHO/EUROPE. (online). *Key facts on youth people and reproductive health*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web.<<http://www.euro.who.int/en/health->

[topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/young-people/key-facts-on-young-people-and-reproductive-health](http://www.who.int/topics/life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/young-people/key-facts-on-young-people-and-reproductive-health)>.

145. WHO. [online]. *Adolescent development*, © 2016, [cit. 2016-07-29]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/>.
146. WHO, 2016. *HIV/AIDS.*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.who.int/gho/hiv/en/>>.
147. WHO, 2015. *Sexually transmitted infections*, © 2016, [cit. 2016-08-01].
148. WHO. [online]. *International Classification of Diseases – ICD*. © 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>.
149. WORLD FAMILY MAP 2015. [online]. Family structure, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://worldfamilymap.ifstudies.org/2015/articles/world-family-indicators/family-structure>>.
150. MSMT. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění zákona č. 82/2015 Sb.
151. MSMT. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání.
152. MSMT. Zpráva o vývoji českého školství od listopadu 1989 (v oblasti regionálního školství)
153. MSMT. Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách
154. MSMT. Desatero MŠMT k sexuální výchově
155. Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění pozdějších předpisů
156. MZCR. Vyhláška č. 299/2010 Sb., o očkování proti infekčním nemocem
Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

SEZNAM ZKRATEK

WHO – Světová zdravotnická organizace

DCN – dorzální část kochleárního jádra

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

ENHIS – Environment and Health Information Systém

BMI – Body Mass Index

APA – American Psychological Association

AASECT – American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapist

FPA – Family Planning Association

UN – United Nations

IPPFEN – International Planned Parenthood Federation European Network

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EU/EEA – European Union/European Economic Area

ICD – International Classification of Diseases and Related Health Problems

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizations

UNICEF – United Nations International Childrens Emergency Fund

HIV - Human Immunodeficiency Virus

BZgA – Federal Centre for Health Education

IPPF – International Planned Parenthood Federation

UNFPA – United Nations Population Fund

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome,

SUKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development

ČSÚ – Český statistický úřad

ICRW – International Center for Research on Women

UNICEF EAPRO – UNICEF East Asia and Pacific Regional Office

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

NCLS – National Conference of State Legislatures

Seznam příloh

Příloha 1: Adresář škol pro sluchově postižené

- 1. Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené Olomouc,**
tř. Kosmonautů 881/4
779 00 Olomouc
- 2. Mateřská škola a základní škola pro sluchově postižené**
Novoměstská 21
621 00 Brno
- 3. Střední škola pro sluchově postižené Brno, příspěvková organizace**
Gellnerova 1
637 00 Brno – Jundrov
- 4. Základní škola pro sluchově postižené a Mateřská škola pro sluchově postižené**
Spartakovců 1153
708 00 Ostrava – Poruba
- 5. Mateřská škola a Základní škola Kyjov**
Školní 3208/51
697 01 Kyjov
- 6. Mateřská škola, základní škola a střední škola pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí**
Vsetínská 454
757 14 Valašské Meziříčí
- 7. Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené Holečkova**
Holečkova 4
150 00 Praha 5, Praha – Smíchov
- 8. Gymnázium, Střední odborná škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené**
Ječná 27
120 00 Praha

Příloha č. 2: Test pro žáky základních škol – vytváření pojmového aparátu dotazníku

- 1) *Co je antikoncepce? Můžeš mi vysvětlit tento pojem?*
- 2) *Jaké znáš druhy antikoncepce?*
- 3) *Která antikoncepce je podle Tebe vhodná pro mladé páry?*
- 4) *Jaké znáš druhy ženské antikoncepce?*
- 5) *Jaké znáš druhy mužské antikoncepce?*
- 6) *Co jsou podle Tebe pohlavní choroby/nemoci? Jak bys vysvětlil tento pojem?*
- 7) *Jaké znáš pohlavní choroby?*
- 8) *Jak se můžeš chránit proti pohlavním chorobám?*
- 9) *Jakou nemoc způsobuje virus HIV?*
- 10) *Jak se virus HIV přenáší?*
- 11) *Můžeš mi prosím vysvětlit pojem masturbace? Jak bys vysvětlil tento pojem?*
- 12) *Můžeš mi prosím vysvětlit pojem homosexualita? Kdo je podle Tebe homosexuál?*
- 13) *Jaká témata podle Tebe spadají do oblasti sexuální výchovy?*
- 14) *O jakých tématech z oblasti sexuální výchovy jsi slyšel ve škole?*
- 15) *Z jakých zdrojů čerpáš informace z oblasti sexuální výchovy?*

Příloha č. 3:

Dotazník pro adolescenty – verze pro předvýzkum

Milí žáci,

Právě se Vám dostává do rukou dotazník, který je zaměřen na témata, jako jsou vnímání vlastního těla, manželství, partnerství a rodičovství, antikoncepce či pohlavně přenosné choroby. Ačkoli se některá témata mohou zdát velmi kontroverzní, snažili jsme se tyto otázky formulovat s co největší citlivostí a respektem. Cílem tohoto dotazníku rozhodně není kovatovat, poučovat, ani vyvolávat nepřiměřené reakce, ale především zjistit, jaký je Váš postoj k dané problematice. Pokud na některou otázku nebudete chtít odpovědět, nechte prosím tuto otázku nezodpovězenou.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Mgr. Veronika Švecová

A) Otázky týkající se vnímání vlastního těla a tolerance k partnerským vztahům

Ohodnot' jako ve škole

Příklad: „Dnes je hezky“

Naprostou souhlasím	1	2	3	4	5	Naprostou nesouhlasím

Ohodnot' tuto otázku jako ve škole (1 = naprostou spokojen, 2 = spíše spokojen, 3 = ani spokojen, ani nespokojen, 4 = spíše nespokojen, 5 = naprostou nespokojen)

1. „Jak jsi spokojený se svým tělem?“

Naprostou souhlasím	1	2	3	4	5	Naprostou nesouhlasím

2. „*Jak jsi spokojen/a s tím, že jsi chlapec/dívka?*“

Naprosto spokojen	1	2	3	4	5	Naprosto nespokojen

3. „*Jsi šťastný?*“

Naprosto šťastný	1	2	3	4	5	Naprosto nešťastný

Vyjádři míru svého souhlasu s následujícími výroky (1 = naprosto souhlasím, 2 = spíše souhlasím, 3 = ani souhlasím, ani nesouhlasím, 4 = spíše nesouhlasím, 5 = naprosto nesouhlasím)

4. „*Rád se dotýkám svého těla.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

5. „*Masturbace je špatná.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

6. „*Vadí mi, když vidím na ulici dvě osoby, jak se líbají.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

7. „*Osoby stejného pohlaví (2 muži nebo 2 ženy) mají mít právo uzavřít manželství.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

8. „Osoby stejného pohlaví (2 muži nebo 2 ženy) mají mít právo vychovávat děti.“

Naprostou souhlasím	1	2	3	4	5	Naprostou nesouhlasím

B) Oblast sexuality a sexuálně – reprodukčního zdraví

9. „Jak hodnotíš svou informovanost o antikoncepci?“

Výborně	1	2	3	4	5	Nedostatečně

10. „Od koho získáváš informace o antikoncepci?“

- a) od rodičů
- b) od učitelů
- c) od spoužáků
- d) od sourozenců
- e) z knih a časopisů
- f) z internetu
- g) jinak...

11. „Může žena při prvním pohlavním styku otěhotnět?“

- a) ANO
- b) NE
- c) nevím

12. „Může žena otěhotnět při menstruaci?“

- a) ANO
- b) NE
- c) Nevím

13. „*Jak hodnotíš svou informovanost o pohlavních chorobách?*“

Výborně	1	2	3	4	5	Nedostatečně

Vyjádři míru svého souhlasu s následujícími výroky (1 = naprosto souhlasím, 2 = spíše souhlasím, 3 = ani souhlasím, ani nesouhlasím, 4 = spíše nesouhlasím, 5 = naprosto nesouhlasím)

14. „*AIDS je nemoc homosexuálů.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

15. „*AIDS může být přenášeno pomocí slin, WC sedátka a nádobí.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

16. „*AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel, do těch já nepatřím.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

17. „*Pokud člověk dostane pohlavní chorobu, okamžitě to pozná.*“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

18. „*Jaké znáš pohlavní choroby?*“

.....

19. „*Z jakých zdrojů čerpáš informace o pohlavních chorobách?*“

- a) od rodičů
- b) od učitelů

- c) od kamarádů
- d) od sourozenců
- e) z novin a časopisů
- f) z internetu
- g) z televize

C) Oblast manželství, rodičovství, partnerství

Vyjádři míru svého souhlasu s následujícími výroky (1 = naprosto souhlasím, 2 = spíše souhlasím, 3 = ani souhlasím, ani nesouhlasím, 4 = spíše nesouhlasím, 5 = naprosto nesouhlasím)

20. „V budoucnu se chci oženit/vdát se.“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

21. „V budoucnu chci mít dítě.“

Naprosto souhlasím	1	2	3	4	5	Naprosto nesouhlasím

22. „Jaký by měl být dle Tebe Tvůj partner?“

- a) mladší
- b) starší
- c) je mi to jedno

24. „Dozvěděl ses ve škole informace o těchto tématech?“

Zakroužkuj prosím ANO – NE:

Jednotlivé části těla ANO x NE

Antikoncepce ANO x NE

Pohlavní choroby ANO x NE

Těhotenství ANO x NE

Masturbace ANO x NE

Něco o Tobě:

Pohlaví: Dívka x Chlapec

Věk:

Třída:

Kategorie sluchového postižení:

- a) osoby nedoslýchavá
- b) osoba se zbytky sluchu
- c) osoba neslyšící

Kompenzační pomůcka:

- a) sluchadlo
- b) kochleární implantát
- c) žádná

Jak nejraději komunikuješ?

- a) mluvenou řečí
- b) znakovým jazykem
- c) mluvenou řečí i znakovým jazykem

Příloha č. 4

Dotazník pro adolescenty

Milí žáci,

právě se Vám dostává do rukou dotazník, který je zaměřen na témata, jako jsou „vnímání vlastního těla a jeho jednotlivých částí, manželství, partnerství a rodičovství, antikoncepce či pohlavně přenosné choroby.“ Pokud na některou otázku nebudete chtít z nějakého důvodu odpovědět, nechte prosím tuto otázku nezodpovězenou. Celý dotazník je anonymní.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Mgr. Veronika Švecová

Příklad: „**Dnes je hezky**“ (Do jaké míry souhlasíš s touto větou?)

- a) 1 – naprosto souhlasím (= Dnes je hezky)
- b) 2 – spíše souhlasím (= Dnes je spíše hezky)**
- c) 3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím
- d) 4 – spíše nesouhlasím (= Dnes je spíše škaredě)
- e) 5 – naprostou nesouhlasím (= Dnes je škaredě)

Příklad: „**Jak máš rád svou maminku?**“ (Ohodnot' jako ve škole)

- a) 1 – velmi rád
- b) 2 – spíše rád**
- c) 3 – průměrně, neutrálně
- d) 4 – spíše ji nemám rád
- e) 5 – nemám ji rád

A) Otázky týkající se vnímání vlastního těla

1. „Jak jsi spokojený se svým tělem?“ (Ohodnot' jako ve škole a vyber číslo od 1 do 5)

- a) **1** – naprosto spokojený
- b) **2** – spíše spokojený
- c) **3** – ani spokojený, ani nespokojený
- d) **4** – spíše nespokojený
- e) **5** – naprosto nespokojený

2. „**Jak jsi spokojen/a s tím, že jsi chlapec/dívka?**“ (Ohodnot' jako ve škole a vyber číslo od 1 do 5)

- a) **1** – naprosto spokojený
- b) **2** – spíše spokojený
- c) **3** – ani spokojený, ani nespokojený
- d) **4** – spíše nespokojený
- e) **5** – naprosto nespokojený

3. „**Jak jsi spokojen/a se svou váhou?**“ (Ohodnot' jako ve škole a vyber číslo od 1 do 5)

- a) **1** – naprosto spokojen
- b) **2** – spíše spokojen
- c) **3** – ani spokojen, ani nespokojen
- d) **4** – spíše nespokojen
- e) **5** – naprosto nespokojen

4. „**Jsi šťastný?**“ (Ohodnot' jako ve škole a vyber číslo od 1 do 5)

- a) **1** – naprosto šťastný
- b) **2** – spíše šťastný
- c) **3** – ani šťastný, ani nešťastný
- d) **4** – spíše nešťastný
- e) **5** – naprosto nešťastný

5. „**Rád se dotýkám svého těla.**“ (Zakroužkuj, do jaké míry souhlasíš s touto větou)

- a) **1** – naprosto souhlasím (= **Rád** se dotýkám svého těla.)
- b) **2** – spíše souhlasím (= **Spíše rád** se dotýkám svého těla.)
- c) **3** – nemám vyhraněný názor (= Svého těla se **dotýkám ani rád, ani nerad.**)
- d) **4** – spíše nesouhlasím (= **Spíše nerad** se dotýkám svého těla.)
- e) **5** – naprosto nesouhlasím (= **Nerad** se dotýkám svého těla.)

6. „**Masturbace (dráždění svého pohlaví rukou) je špatná.**“ (Zakroužkuj, do jaké míry souhlasíš s touto větou).

- a) **1** – naprosto souhlasím (= Masturbace **je špatná.**)
- b) **2** – spíše souhlasím (= Masturbace **je spíše špatná.**)
- c) **3** – nemám vyhraněný názor (= Masturbace není **ani dobrá, ani špatná.**)

d) **4** – spíše nesouhlasím (= Masturbace **je spíše dobrá/přirozená.**)

e) **5** – naprosto nesouhlasím (= Masturbace **je dobrá/přirozená.**)

7. „Vadí mi, když vidím na ulici dva lidi, jak se vedou za ruce.“ (Zakroužkuj, do jaké míry souhlasíš s touto větou.)

a) **1** – naprosto souhlasím (= **Vadí mi**, když vidím na ulici 2 lidi, jak se vedou za ruce.)

b) **2** – spíše souhlasím (= **Spíše mi vadí**, když vidím na ulici 2 lidi, jak se vedou za ruce.)

c) **3** – nemám vyhraněný názor (= **Nemám vyhraněný názor** na to, když vidím na ulici 2 lidi, jak se vedou za ruce.)

d) **4** – spíše nesouhlasím (= **Spíše mi nevadí**, když vidím na ulici 2 lidi, jak se vedou za ruce.)

e) **5** – naprosto nesouhlasím (= **Naprosto mi nevadí**, když vidím na ulici 2 lidi, jak se vedou za ruce.)

8. „Vadí mi, když vidím na ulici dvě osoby, jak se líbají.“ (Ohodnot', do jaké míry souhlasíš s touto větou.)

a) **1** – naprosto souhlasím (= **Vadí mi**, když vidím na ulici 2 osoby, jak se líbají.)

b) **2** – spíše souhlasím (= **Spíše mi vadí**, když vidím na ulici 2 osoby, jak se líbají.)

c) **3** – nemám vyhraněný názor (= **Nemám vyhraněný názor** na to, když vidím na ulici 2 osoby, jak se líbají.)

d) **4** – spíše nesouhlasím (= **Spíše mi nevadí**, když vidím na ulici 2 osoby, jak se líbají.)

e) **5** – naprosto nesouhlasím (= **Nevadí mi**, když vidím na ulici 2 osoby, jak se líbají.)

9. „Osoby stejného pohlaví (2 muži nebo 2 ženy) mají mít právo uzavřít manželství.“ (Ohodnot', do jaké míry souhlasíš s touto větou.)

a) **1** – naprosto souhlasím (= Osoby stejného pohlaví **mají mít právo** uzavřít manželství.)

b) **2** – spíše souhlasím (= Osoby stejného pohlaví **spíše mají mít** právo uzavřít manželství.)

c) **3** – nemám vyhraněný názor (= **Nemám vyhraněný názor** na to, jestli osoby stejného pohlaví mají mít právo uzavřít manželství.)

d) **4** – spíše nesouhlasím (= Osoby stejného pohlaví **spíše nemají mít** právo uzavřít manželství.)

e) **5** – naprosto nesouhlasím (= Osoby stejného pohlaví **nemají mít** právo uzavřít manželství.)

10. „Osoby stejného pohlaví (2 muži nebo 2 ženy) mají mít právo vychovávat děti.“ (Zakroužkuj, do jaké míry souhlasíš s touto větou.)

- a) **1** - naprosto souhlasím (= Osoby stejného pohlaví **mají mít** právo vychovávat děti.)
- b) **2** – spíše souhlasím (= Osoby stejného pohlaví **spíše mají mít** právo vychovávat děti.)
- c) **3** – nemám vyhraněný názor (= **Nemám vyhraněný názor** na to, že osoby stejného pohlaví mají mít právo vychovávat děti.)
- d) **4** – spíše nesouhlasím (= Osoby stejného pohlaví **spíše nemají** mít právo vychovávat děti.)
- e) **5** – naprosto nesouhlasím (= Osoby stejného pohlaví **nemají mít** právo vychovávat děti.)

B) Oblast sexuality a sexuálně – reprodukčního zdraví

11. „Jak bys oznámkoval své znalosti o antikoncepci (o všech způsobech, které chrání před nechtěným těhotenstvím – např. pilulky, kondom, spermicidní gely, přerušovaná soulož)?“ (Oznámkuj jako ve škole.)

- a) **1** – výborně
- b) **2** – chvalitebně
- c) **3** – dobře
- d) **4** – dostatečně
- e) **5** – nedostatečně

12. „Kde se dozvídáš informace o antikoncepci (např. o kondomech, pilulkách, spermicidních gelech)?“ (Můžeš zakroužkovat více možností.)

- a) od rodičů
- b) od učitelů
- c) od spolužáků
- d) od sourozenců
- e) z knih, časopisů
- f) z internetu
- g) jinak (Kde: _____)

13. Do jaké míry je pravdivá tato věta: „Může žena při prvním pohlavním styku otěhotnět?“ (Vyber správnou odpověď.)

- a) **1** - pravdivá
- b) **2** - spíše pravdivá
- c) **3** - spíše nepravdivé

e) **4** – nepravdivé

14. „Jakou známkou bys ohodnotil své znalosti o pohlavních chorobách? (např. AIDS, kapavka, syfilis)“ (Oznámkuj jako ve škole.)

a) **1** – výborně

b) **2** – chvalitebně

c) **3** – dobře

d) **4** – dostatečně

e) **5** – nedostatečně

15. „Z jakých zdrojů čerpáš informace o pohlavních chorobách?(např. AIDS, kapavka, syfilis)“ (Můžeš zakroužkovat více možností.)

a) od rodičů

b) od učitelů

c) od kamarádů

d) od sourozenců

e) z novin a časopisů

f) z internetu

g) z televize

h) Jinde (Kde ? _____)

16. „AIDS je nemoc homosexuálů.“ (Zakroužkuj, do jaké míry souhlasíš s touto větou.)

a) **1** - naprosto souhlasím

b) **2** – spíše souhlasím

c) **3** – nemám vyhraněný názor

d) **4** – spíše nesouhlasím

e) **5** – naprosto nesouhlasím

17. Ohodnot' pravdivost těchto vět:

AIDS může být přenášen pomocí:	SLIN	WC SEDÁTKA	NÁDOBÍ	KOUSNUTÍ M KOMÁRA
Pravdivá	1	1	1	1
Spíše pravdivá	2	2	2	2
Spíše nepravdivá	3	3	3	3
Nepravdivá	4	4	4	4

18. AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel (prostitutky, narkomani). (Do jaké míry souhlasíš s touto větou?)

- a) **1** – naprosto souhlasím
- b) **2** – spíše souhlasím
- c) **3** – nemám vyhraněný názor
- d) **4** – spíše nesouhlasím
- e) **5** – naprosto nesouhlasím

19. Ohodnot' pravdivost této věty. ***Pokud člověk dostane pohlavní chorobu, okamžitě to pozná.***

- a) **1** - naprosto pravdivé
- b) **2** - spíše pravdivé
- c) **3** - spíše nepravdivé
- d) **4** - nepravdivé

C) Oblast manželství, rodičovství, partnerství

20. „ **V budoucnu se chci oženit/vdát se.**“ (Zakroužkuj, do jaké míry souhlasíš s touto větou).

- a) **1** – naprosto souhlasím
- b) **2** – spíše souhlasím
- c) **3** – nemám vyhraněný názor (= nevím)
- d) **4** – spíše nesouhlasím
- e) **5** – naprosto nesouhlasím

21. „**V budoucnu chci mít dítě.**“ (Zakroužkuj, do jaké míry souhlasíš s touto větou.)

- a) **1** – naprosto souhlasím
- b) **2** – spíše souhlasím
- c) **3** – nemám vyhraněný názor (= nevím)
- d) **4** – spíše nesouhlasím
- e) **5** – naprosto nesouhlasím

22. „Jaký by měl být Tvůj partner?“ (Zakroužkuj 1 možnost.)

- a) mladší
- b) starší
- c) je mi to jedno

24. „Přemýšlel jsi, jakého by si chtěl partnera?“ (Zakroužkuj 1 možnost.)

- a) slyšícího
- b) sluchově postiženého
- c) je mi to jedno

25. „Dozvěděl ses ve škole informace o těchto tématech?“

Antikoncepce (pilulky, kondom, spermicidní krém, přerušovaná soulož)	ANO x NE
Pohlavní choroby (AIDS, kapavka, chlamydie, syfilis)	ANO x NE
Těhotenství	ANO x NE
Masturbace	ANO x NE

Sociodemografické údaje:

1) Pohlaví

- a) chlapec
- b) dívka

2) Věk

3) Do jaké kategorie sluchového postižení patříš?

- a) Nedoslýchavý
- b) Osoba se zbytky sluchu

- c) Neslyšící
- d) Ohluchlý
- e) Osoba s kochleárním implantátem
- f) slyšící

4) Tví rodiče jsou:

- a) Slyšící
- b) Sluchově postižení
- c) Jeden slyšící, druhý sluchově postižený

5) Máš sourozence?

- a) ANO
- b) NE

6) Pokud máš sourozence, kolik?

7) Tví sourozenci jsou:

- a) Mladší
- b) Starší
- c) Mladší i starší

8) Tví sourozenci jsou:

- a) Slyšící
- b) Sluchově postižení
- c) Slyšící i sluchově postižení

Příloha č. 5

Dotazník na téma sexuální výchova – otevřené otázky pro dospělé osoby bez sluchového postižení

1. V současné době jsou témata sexuální výchovy vyučovány v rámci vzdělávacích oblastí „Člověk a zdraví; Člověk a společnost a Člověk a příroda.“ Co si představíte pod termínem sexuální výchova?
2. Je podle Vás vhodné, aby se sexuální výchova učila na základních školách?
3. O jakých tématech z oblasti sexuální výchovy by se měli žáci ve škole učit?
4. Od které třídy by se podle Vás měli žáci učit o tématech sexuální výchovy?
5. Pokud zavzpomínáte na svá školní léta, o jakých tématech jste se na základní škole učili? Byla pro Vás tato témata přínosná?
6. Jaké jsou podle Vás výhody vztahu, kdy mají oba partneři suchové postižení?
7. Jaké jsou podle Vás nevýhody vztahu, kdy mají oba sluchové postižení?
8. Jaké jsou podle Vás výhody vztahu, kdy je jeden partner slyšící a druhý má sluchové postižení?
9. Jaké jsou podle Vás nevýhody vztahu, kdy je jeden partner slyšící a druhá má sluchové postižení?

Pohlaví:

Žena x muž

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské s výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné

e) vysokoškolské bakalářské

f) vysokoškolské magisterské

g) jiné

Povolání:

Příloha č. 6

Ohnisková skupina – žáci se sluchovým postižením

1. Jaké vlastnosti má mít tvůj kluk, nebo holka? Co by se ti na Tvém klukovi, nebo holce líbilo?
2. Co bys u svého kluka, nebo holky netoleroval? Co by Ti rozhodně vadilo, kdyby dělal Tvůj kluk, nebo holka?
3. Chtěl bys kluka, nebo holku mladší, starší, nebo je ti to jedno?
4. Chtěl bys raději kluka/holku slyšící, sluchově postiženou, nebo je ti to jedno?
5. Jaké jsou podle Tebe výhody vztahu, kdy spolu chodí kluk a holka se sluchovým postižením?
6. Jaké jsou podle Tebe výhody vztahu, kdy spolu chodí např. slyšící holka a sluchově postižený kluk?
7. Jaký máš názor na manželství? Je podle Tebe manželství důležité?
8. Jaký je podle Tebe nejlepší věk pro vstup do manželství?
9. Proč se podle Tebe lidé rozvádějí?
10. Chtěl bys jednu děti? Kolik dětí bys v budoucnu chtěl?
11. Jaký je podle Tebe nejlepší věk, aby žena měla 1. dítě?
12. Dneska se hodně dětí rodí mimo manželství. Myslíš, že je důležité, aby se dítě narodilo do manželství?
13. Jaký by měl být podle Tebe ideální otec, nebo ideální matka?

Příloha č. 7

Strukturální komponenty učebnice dle Průchy

I. Aparát prezentace učiva	
A. Verbální komponenty	
1. Výkladový text prostý	
2. Výkladový text zpřehledněný (schémata, tabulky)	
3. Shrnutí učiva k celému celku	
4. Shrnutí učiva k tématům (kapitolám, lekcím)	
5. Shrnutí učiva k předchozímu ročníku	
6. Doplnující texty (dokumenty, citace, tabulky)	
7. Poznámky a vysvětlivky	
8. Podtexty k vyobrazením	
9. Slovníčky pojmů, cizích slov, aj.	
<i>Celkem verbálních komponentů A</i>	
B. Obrazové komponenty	
1. Umělecká ilustrace	
2. Nauková ilustrace (schematické kresby, modely aj.)	
3. Fotografie	
4. Mapy, plánky, grafy	
5. Obrazová prezentace barevná	
<i>Celkem obrazových komponentů</i>	
II. Aparát řídicí učení	
C. Verbální komponenty	
1. Předmluva (úvod do předmětu, ročníku pro žáky)	
2. Návod k práci učebnicí (pro žáky nebo učitele)	
3. Stimulace celková (podněty k zamyšlení, otázky aj. před celkovým učivem ročníku)	
4. Stimulace detailní (podněty k zamyšlení, otázky aj. před nebo v průběhu lekcí, témat)	
5. Odlišení úrovní učiva (základní – rozšiřující, povinné – nepovinné)	
6. Otázky a úkoly za témata	

7. Otázky a úkoly k celému ročníku	
8. Instrukce a úkoly k předchozímu ročníku	
9. Instrukce k úkolům komplexnější povahy (návody k pokusům, pozorováním apod.)	
10. Náměty pro mimoškolní činnosti s využitím učiva (aplikace)	
11. Explicitní vyjádření cílů učení pro žáky	
12. Prostředky a/nebo instrukce k sebehodnocení pro žáky (testy aj.)	
13. Výsledky úkolů a cvičení (správná řešení, odpovědi)	
14. Odkazy na jiné zdroje informací (bibliografie, doporučená literatura)	
D. Obrazové komponenty	
1. Grafické symboly vyznačující určité části textu (poučky, pravidla, úkoly, cvičení aj.)	
2. Užití zvláštní barvy pro určité části verbálního textu	
3. Užití zvláštního písma (kurzíva, tučné aj.) pro určité části verbálního textu	
4. Využití přední nebo zadní obálky pro schémata, tabulky	
Celkový počet komponentů D	
III. Aparát orientační	
E. Verbální komponenty	
1. Obsah učebnice	
2. Členění učebnice na tematické bloky, kapitoly, lekce aj.	
3. Marginálie, výhmaty, živá záhlaví	
4. Rejstřík (věcný, jmenný, smíšený)	
Celkový počet komponentů E	

Příloha č. 8

Učitelé – rozhovor v oblasti sexuální výchovy

1) Poslední roky se neustále řeší otázka, jestli učit na školách sexuální výchovu, od kdy ji učit, kdo ji má učit. Témata sexuální výchovy jsou nyní zahrnuta v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání do vzdělávacích oblastí „Člověk a jeho svět; Člověk a společnost či Člověk a zdraví“, jaké máte názory na výuku sexuální výchovy ve školách? (Důvody proč sexuální výchovu učit x neučit)

2) Co se týče samotného termínu sexuální výchova, často tento termín vyvolává negativní představy a je spojován pouze s otázkami sexuality, ačkoli do témat sexuální výchovy patří i oblast manželství, partnerství, rodičovství, vztahu k sobě samému, tolerance k odlišnostem atd. Jaký vhodnější termín by podle Vás mohl slovní spojení „sexuální výchova“ nahradit?

3) Od kolikátého ročníku se podle Vás mají žáci seznamovat s tématy, které spadají do oblasti sexuální výchovy?

4) S jakými oblastmi sexuální výchovy mají být žáci ve škole seznámeni. Proč považujete za důležité tyto oblasti?

5) Jaká by měla být podle Vás role rodiny při výuce sexuální výchovy?

6) Jak jsou na tom podle Vás s informovaností na poli sexuální výchovy samotní žáci se sluchovým postižením? Kde podle Vás žáci kromě školy získávají informace?

7) Kdo by podle Vás měl sexuální výchovu ve školách vyučovat? Co se týče aprobovanosti, např. učitel přírodopisu musí mít z tohoto předmětu státní závěrečné zkoušky a musí své vědomosti umět uplatnit v praxi. Jak by to mělo být podle Vás s aprobovaností učitele sexuální výchovy?

8) Jakým způsobem by bylo podle Vás vhodné zařadit do výuky sexuální výchovu?

2	119		
2	119		
2	119		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
3	189.5		
4	217		
4	217		
4	217		
4	217		

Podklady k hypotéze H2: „Existuje vztah mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a spokojeností s váhou u žáků se sluchovým postižením.“

X hodnoty	Y hodnoty	X _{RA}	X _{RA} - M _x	Y _{RA}	Y _{RA} - M _y	Sum Diff
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
1	5	24.50	-43.00	132.00	64.50	-2773.50
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
3	3	121.50	54.00	101.00	33.50	1809.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	4	24.50	-43.00	123.50	56.00	-2408.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
4	4	132.50	65.00	123.50	56.00	3640.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	4	80.50	13.00	123.50	56.00	728.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00

3	3	121.50	54.00	101.00	33.50	1809.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	4	80.50	13.00	123.50	56.00	728.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
4	4	132.50	65.00	123.50	56.00	3640.00
3	2	121.50	54.00	62.50	-5.00	-270.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
3	5	121.50	54.00	132.00	64.50	3483.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
3	4	121.50	54.00	123.50	56.00	3024.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
3	2	121.50	54.00	62.50	-5.00	-270.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
3	4	121.50	54.00	123.50	56.00	3024.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
3	3	121.50	54.00	101.00	33.50	1809.00
3	4	121.50	54.00	123.50	56.00	3024.00
4	4	132.50	65.00	123.50	56.00	3640.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00

3	2	121.50	54.00	62.50	-5.00	-270.00
2	5	80.50	13.00	132.00	64.50	838.50
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
3	1	121.50	54.00	20.50	-47.00	-2538.00
3	3	121.50	54.00	101.00	33.50	1809.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
1	5	24.50	-43.00	132.00	64.50	-2773.50
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
3	3	121.50	54.00	101.00	33.50	1809.00
1	4	24.50	-43.00	123.50	56.00	-2408.00
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
4	4	132.50	65.00	123.50	56.00	3640.00
3	5	121.50	54.00	132.00	64.50	3483.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
3	4	121.50	54.00	123.50	56.00	3024.00
3	3	121.50	54.00	101.00	33.50	1809.00
2	3	80.50	13.00	101.00	33.50	435.50
1	3	24.50	-43.00	101.00	33.50	-1440.50
1	2	24.50	-43.00	62.50	-5.00	215.00
3	2	121.50	54.00	62.50	-5.00	-270.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00
2	1	80.50	13.00	20.50	-47.00	-611.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
2	2	80.50	13.00	62.50	-5.00	-65.00
3	3	121.50	54.00	101.00	33.50	1809.00
1	1	24.50	-43.00	20.50	-47.00	2021.00

Podklady k hypotéze H3: „Existuje vztah mezi přítomností a absencí sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“

S1 hodnoty - SP	S1 - pořadí	S2 hodnoty - SL	S2 - pořadí
1	11	1	11
1	11	1	11
1	11	1	11
1	11	2	31
1	11	2	31

Podklad k hypotéze H7: **Existuje závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením.**

X hodnoty	Y hodnoty	\bar{X}_{RA}	$\bar{X}_{RA} - M_x$	\bar{Y}_{RA}	$\bar{Y}_{RA} - M_y$	Sum Diff
3	5	67.50	0.00	120.00	52.50	0.00
1	4	14.00	-53.50	94.00	26.50	-1417.75
2	1	40.50	-27.00	19.00	-48.50	1309.50
1	5	14.00	-53.50	120.00	52.50	-2808.75
1	3	14.00	-53.50	74.00	6.50	-347.75
1	5	14.00	-53.50	120.00	52.50	-2808.75
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
2	1	40.50	-27.00	19.00	-48.50	1309.50
4	1	89.50	22.00	19.00	-48.50	-1067.00
4	1	89.50	22.00	19.00	-48.50	-1067.00
3	3	67.50	0.00	74.00	6.50	0.00
3	5	67.50	0.00	120.00	52.50	0.00
1	2	14.00	-53.50	51.50	-16.00	856.00
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
3	4	67.50	0.00	94.00	26.50	0.00
1	3	14.00	-53.50	74.00	6.50	-347.75
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
2	5	40.50	-27.00	120.00	52.50	-1417.50
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
2	5	40.50	-27.00	120.00	52.50	-1417.50
2	4	40.50	-27.00	94.00	26.50	-715.50
2	5	40.50	-27.00	120.00	52.50	-1417.50
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00
1	5	14.00	-53.50	120.00	52.50	-2808.75
1	5	14.00	-53.50	120.00	52.50	-2808.75
4	5	89.50	22.00	120.00	52.50	1155.00
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
4	4	89.50	22.00	94.00	26.50	583.00
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
1	4	14.00	-53.50	94.00	26.50	-1417.75
2	3	40.50	-27.00	74.00	6.50	-175.50
1	3	14.00	-53.50	74.00	6.50	-347.75
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
3	2	67.50	0.00	51.50	-16.00	0.00
4	3	89.50	22.00	74.00	6.50	143.00
4	2	89.50	22.00	51.50	-16.00	-352.00
2	1	40.50	-27.00	19.00	-48.50	1309.50
2	1	40.50	-27.00	19.00	-48.50	1309.50
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
1	5	14.00	-53.50	120.00	52.50	-2808.75
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
2	5	40.50	-27.00	120.00	52.50	-1417.50
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00
2	3	40.50	-27.00	74.00	6.50	-175.50
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00

3	3	67.50	0.00	74.00	6.50	0.00
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
3	2	67.50	0.00	51.50	-16.00	0.00
3	2	67.50	0.00	51.50	-16.00	0.00
1	3	14.00	-53.50	74.00	6.50	-347.75
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00
5	2	116.00	48.50	51.50	-16.00	-776.00
1	1	14.00	-53.50	19.00	-48.50	2594.75
1	2	14.00	-53.50	51.50	-16.00	856.00
3	3	67.50	0.00	74.00	6.50	0.00
1	1	14.00	-53.50	19.00	-48.50	2594.75
4	1	89.50	22.00	19.00	-48.50	-1067.00
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
4	4	89.50	22.00	94.00	26.50	583.00
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
5	1	116.00	48.50	19.00	-48.50	-2352.25
4	2	89.50	22.00	51.50	-16.00	-352.00
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
1	1	14.00	-53.50	19.00	-48.50	2594.75
1	2	14.00	-53.50	51.50	-16.00	856.00
1	2	14.00	-53.50	51.50	-16.00	856.00
4	3	89.50	22.00	74.00	6.50	143.00
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
3	2	67.50	0.00	51.50	-16.00	0.00
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
5	1	116.00	48.50	19.00	-48.50	-2352.25
5	1	116.00	48.50	19.00	-48.50	-2352.25
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
5	5	116.00	48.50	120.00	52.50	2546.25
2	1	40.50	-27.00	19.00	-48.50	1309.50
4	1	89.50	22.00	19.00	-48.50	-1067.00
1	3	14.00	-53.50	74.00	6.50	-347.75
3	4	67.50	0.00	94.00	26.50	0.00
4	2	89.50	22.00	51.50	-16.00	-352.00
5	4	116.00	48.50	94.00	26.50	1285.25
1	1	14.00	-53.50	19.00	-48.50	2594.75
5	3	116.00	48.50	74.00	6.50	315.25
4	5	89.50	22.00	120.00	52.50	1155.00
2	1	40.50	-27.00	19.00	-48.50	1309.50
5	3	116.00	48.50	74.00	6.50	315.25
1	4	14.00	-53.50	94.00	26.50	-1417.75
5	1	116.00	48.50	19.00	-48.50	-2352.25
1	3	14.00	-53.50	74.00	6.50	-347.75
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
3	3	67.50	0.00	74.00	6.50	0.00
2	2	40.50	-27.00	51.50	-16.00	432.00
5	2	116.00	48.50	51.50	-16.00	-776.00
5	1	116.00	48.50	19.00	-48.50	-2352.25
3	5	67.50	0.00	120.00	52.50	0.00
2	5	40.50	-27.00	120.00	52.50	-1417.50
3	2	67.50	0.00	51.50	-16.00	0.00
1	1	14.00	-53.50	19.00	-48.50	2594.75
4	4	89.50	22.00	94.00	26.50	583.00
3	1	67.50	0.00	19.00	-48.50	0.00
3	4	67.50	0.00	94.00	26.50	0.00
1	1	14.00	-53.50	19.00	-48.50	2594.75
1	1	14.00	-53.50	19.00	-48.50	2594.75

Podklady ke grafu k hypotéze H13: „Existuje vztah mezi volbou partnera a kategorií sluchového postižení.“

Volba partnera	Kategorie SP					
	Nedoslýchaví		Zbytky sluchu a KI		Neslyšící	
	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)	Rel.	Abs. (%)
Slyšící partner	23	41,07	7	28	3	5,67
Sluchově postižený p.	7	12,5	1	4	8	15,09
Je mi to jedno	26	46,43	17	68	42	79,25
Celkem	56	100,00	25	100,00	53	100,00

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Míra sluchového postižení (převzato z WHO)

Tabulka 2: Fyzické změny v období puberty

Tabulka 3: Důležitost životních cílů – průměrné hodnoty

Tabulka 4: Vzdělávací program Základní škola

Tabulka 5: Životní hodnoty žáků se sluchovým postižením a žáků bez sluchového postižení

Tabulka 6: Oblasti, kde jsou osoby se sluchovým postižením limitovány

Tabulka 7: Charakteristika účastníků 1. ohniskové skupiny

Tabulka 8: Charakteristika respondentů 2. ohniskové skupiny

Tabulka 9: Charakteristika učitelů sexuální výchovy

Tabulka 10: Sociodemografické charakteristiky žáků se sluchovým postižením

Tabulka 11: Spokojenost s vlastním tělem

Tabulka 12: Spokojenost s vlastní váhou

Tabulka 13: Míra štěstí u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících

Tabulka 14: Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“

Tabulka 15: Míra souhlasu s výrokem „Vadí mi, když vidím na ulici 2 osoby, jak se vedou za ruce.“

Tabulka 16: Míra souhlasu s výrokem, „Vadí mi, když vidím na ulici dvě osoby, jak se líbají.“

Tabulka 17: Míra souhlasu s výrokem „Osoby stejného pohlaví mají mít právo uzavřít manželství.“

Tabulka 18: Míra souhlasu s výrokem „Osoby stejného pohlaví mají mít právo vychovávat děti.“

Tabulka 19: Hodnocení znalostí antikoncepce

Tabulka 20: Hodnocení pravdivosti výroku „Může žena při prvním pohlavním styku otěhotnět?“

Tabulka 21: Hodnocení znalostí pohlavních chorob

Tabulka 22: Způsoby přenosu HIV/AIDS

Tabulka 23: Kontingenční tabulka k hypotéze: „Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“

Tabulka 24: Kontingenční tabulka k ověření hypotézy: „Existuje vztah mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení.“

Tabulka 25: Čtyřpolní tabulka k hypotéze: „Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, existuje u žáků slyšících a žáků se sluchovým postižením statisticky významný rozdíl.“

Tabulka 26: Čtyřpolní tabulka pro hypotézu: „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka.“

Tabulka 27: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

Tabulka 28: Čtyřpolní tabulka pro hypotézu: „Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.“

Tabulka 29: Kontingenční tabulka k hypotéze „Existuje vztah mezi volbou partnera a kategoriemi sluchového postižení.“

Tabulka 30: Výhody partnerského vztahu dvou osob se sluchovým postižením

Tabulka 31: Nevýhody partnerského vztahu dvou osob se sluchovým postižením

Tabulka 32: Výhody smíšeného partnerství

Tabulka 33: Nevýhody smíšeného partnerství

Tabulka 34: Vlastnosti ideálního partnera

Tabulka 35: Co by žákům na partnerovi vadilo?

Tabulka 36: Partner z hlediska sluchového postižení

Tabulka 37: Aparát prezentace učiva

Tabulka 38: Aparát řídicí učení

Tabulka 39: Aparát orientační

Tabulka 40: Využití verbálních komponentů

Tabulka 41: Využití obrazových komponentů

Tabulka 42: Celkový koeficient didaktické vybavenosti učebnice

Seznam grafů

Graf 1: Věk první soulože v České republice mezi roky 1993 – 2008

Graf 2: Případy HIV infekce v České republice

Graf 3: Míra rozvodovosti a míra sňatečnosti mezi roky 1970 – 2011, EU-28

Graf 4: Spokojenost s vlastním tělem

Graf 5: Spokojenost s vlastní váhou

Graf 6: Míra štěstí u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících

Graf 7: Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“

Graf 8: Míra souhlasu s výrokem „Osoby stejného pohlaví mají právo vychovávat děti.“

Graf 9: Zdroje informací o antikoncepci z pohledu žáků

Graf 10: Hodnocení pravdivost výroku „Může žena při prvním pohlavním styku otěhotnět?“

Graf 11: Preference partnera ze strany žáků se sluchovým postižením

Graf 12: Míra spokojenosti s vlastním tělem v závislosti na přítomnosti či absenci sluchového postižení

Graf 13: Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ u žáků se sluchovým postižením a žáků bez sluchového postižení

Graf 14: Míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících

Graf 15: Míra souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny“ u osob se sluchovým postižením a osob bez sluchového postižení

Graf 16: „AIDS může být přenášeno pomocí sedátka.“

Graf 17: „AIDS může být přenášeno kousnutím komára.“

Graf 18: Volba partnera v závislosti na sluchovém postižení

Graf 19: Vymezení termínu „sexuální výchova“

Graf 20: Důvody pro výuku sexuální výchovy

Graf 21: Obsah sexuální výchovy

Graf 22: Realizace sexuální výchovy

Graf 23: EI – využití aparátu prezentace učiva

Graf 24: EII – využití aparátu řídicího učení

Graf 25: Ev – využití verbálních komponentů

Graf 26: Ew – využití obrazových komponentů

Graf 27: Celkový koeficient didaktické vybavenosti učebnice E

Graf 28: Sexuální výchova – pohled učitelů základních škol

Seznam obrázků

Obrázek 1: Výchova k občanství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP

Obrázek 2: Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8 – učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia

Obrázek 3: Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy

Obrázek 4: Občanská výchova pro 8. ročník ZŠ

Summary

Dissertation focuses on partner relationships of people with hearing impairment. The theoretical part includes topic as definition of hearing impairment, developmental period of adolescence, a developmental period of adulthood, theoretical definition of sex education and sex education issues at home and abroad.

The empirical part of the dissertation is conceived as a quantitative and qualitative. The target groups are students with hearing disabilities and students without hearing impairment, teachers of students with hearing disabilities, adults with hearing impairments and adults without hearing impairment.

As the research methods were used questionnaire for students with hearing disabilities and students without hearing impairment questionnaire for adults without hearing impairment, focus groups of pupils with hearing impairment analysis of didactic components textbooks according Prucha and interviews with teachers of hearing impaired pupils and adults with hearing disabilities.

The results showed that sex education plays an important role in the formation of relationships of people with hearing disabilities, the key enablers are teachers, but according to the pupil's parents. In the context of sex education it is necessary to pay particular attention to the topic of contraception and STDs, since there are still pupils who thinks at first sexual intercourse can not become pregnant, or souhlastí in sentences: AIDS is a gay disease; AIDS can only get risk populations.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Veronika Švecová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce/školitel:	doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Partnerské vztahy vztahy osob se sluchovým postižením v kontextu formujících vlivů
Název v angličtině:	Partner relationships of people with hearing impairment in the context of the formative influences
Anotace práce:	<p>Disertační práce se věnuje partnerským vztahům osob se sluchovým postižením. Teoretická část disertační práce svým pojetím obsahově kopíruje empirickou část a věnuje se vymezení sluchového postižení, vývojovému období adolescence, vývojovému období dospělosti, teoretickému vymezení sexuální výchovy a problematice sexuální výchova v tuzemsku a zahraničí. Empirická část disertační práce je pojatá jako kvantitativní a kvalitativní. Cílovou skupinu disertační práce tvořili osoby žáci se sluchovým postižením a žáci bez sluchového postižení, učitelé žáků se sluchovým postižením, dospělé osoby se sluchovým postižením a dospělé osoby bez sluchového postižení. Jako výzkumné metody byly použity dotazník pro žáky se sluchovým postižením a žáky bez sluchového postižení, dotazník pro dospělé osoby bez sluchového postižení, ohniskové skupiny u žáků se sluchovým postižením, analýza didaktických komponentů učebnice dle Průchy a interview s učiteli žáků se sluchovým postižením a dospělými osobami se sluchovým postižením. Výsledky ukázaly, že sexuální výchova hraje důležitou roli při utváření partnerských vztahů osob se sluchovým postižením, přičemž stěžejními činiteli jsou učitelé, ale dle žáků také rodiče. V rámci sexuální výchovy je třeba věnovat pozornost především tématu antikoncepce a pohlavních chorob, neboť stále existují žáci, kteří si myslí, že při prvním pohlavním styku nemohou otěhotnět, či souhlasí v větami: AIDS je nemoc homosexuálů; AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel.</p>
Klíčová slova:	Sluchové postižení, vývojové období adolescence, vývojové období dospělosti, sexuální výchova
Anotace v angličtině:	<p>Dissertation focuses on partner relationships of people with hearing impairment. The theoretical part includes topic as definition of hearing impairment, developmental period of adolescence, a developmental period of adulthood, theoretical definition of sex education and sex education issues at home and abroad. The empirical part of the dissertation is conceived as a quantitative and qualitative. The target groups are students with hearing disabilities and students without hearing impairment, teachers of students with hearing disabilities, adults with hearing impairments and adults without hearing impairment. As the research methods were used questionnaire for students with hearing disabilities and students without</p>

	hearing impairment questionnaire for adults without hearing impairment, focus groups of pupils with hearing impairment analysis of didactic components textbooks according Prucha and interviews with teachers of hearing impaired pupils and adults with hearing disabilities. The results showed that sex education plays an important role in the formation of relationships of people with hearing disabilities, the key enablers are teachers, but according to the pupil's parents. In the context of sex education it is necessary to pay particular attention to the topic of contraception and STDs, since there are still pupils who thinks at first sexual intercourse can not become pregnant, or souhlasí in sentences: AIDS is a gay disease; AIDS can only get risk populations.
Klíčová slova v angličtině:	Hearing impairment, developmental period of adolescence, developmental adulthood, sex education
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Adresář škol pro sluchově postižené Příloha 2: Test pro žáky se sluchovým postižením Příloha 3: Dotazník pro adolescenty – verze pro předvýzkum Příloha 4: Dotazník pro adolescenty Příloha 5: Dotazník na téma sexuální výchova – otevřené otázky pro dospělé osoby bez sluchového postižení Příloha 6: Ohnisková skupina – žáci se sluchovým postižením Příloha 7: Strukturální komponenty učebnice dle Průchy Příloha 8: Učitelé – rozhovor v oblasti sexuální výchovy Příloha 9: Podklady k hypotéze Seznam tabulek Seznam grafů Seznam obrázků
Rozsah práce:	243s.
Jazyk práce:	český

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením v kontextu
formujících vlivů**

Autoreferát disertační práce

Mgr. Veronika Švecová

Školitel: doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Olomouc 2016

Předkladatel: **Mgr. Veronika Švecová**

Ústav speciálněpedagogických studií

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Školitel: **doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.**

Ústav speciálněpedagogických studií

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Oponenti: **prof. PaedDr. Darina Tarcsiová, Ph.D.**

Katedra speciálnej pedagogiky

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

doc. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Místo a termín obhajoby:

Místo, kde bude vystavena práce: PdF Univerzity Palackého v Olomouci

S podrobnosti o termínu konání obhajoby disertační práce je možno seznámit se na Referátu vědy a výzkumu Pedagogické fakulty UP v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 771 40 Olomouc.

Úvod

Partnerským vztahům je v současnosti věnována značná pozornost nejen z řad odborné, ale i laické veřejnosti. Na trhu je k dostání řada odborných, ale i populárních tuzemských a zahraničních publikací, které se tomuto tématu věnují. Téma partnerských vztahů tvoří širokou základnu rovněž v domácích a zahraničních časopisech a na webových stránkách. Zejména na internet jsou každý den přidávány výsledky nových výzkumů, které se na problematiku partnerských vztahů zaměřují. Aktuální výzkumy se věnují například oblasti manželství, partnerství, rodičovství, narůstající rozvodovosti a fenoménu „singles“, ale opomíjena není ani oblast sexuálně-reprodukčního zdraví, která zahrnuje výzkumy, věnující se prvnímu pohlavnímu styku, antikoncepci nebo pohlavním chorobám. Přestože jsou dnes informace týkající se výše zmíněné problematiky dostupné široké veřejnosti, lze předpokládat, že se tyto poznatky dotýkají především intaktní populace.

Ačkoli především v zahraniční literatuře najdeme výzkumy, které se věnují osobám se zdravotním postižením, často se tyto výzkumy zaměřují pouze na jedno téma a jsou koncentrovány na značně odlišnou geografickou oblast. Disertační práce s názvem: *„Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením v kontextu formujících vlivů“* je věnována osobám se sluchovým postižením, přičemž je třeba upozornit, že se jedná o značně heterogenní skupinu, která se od sebe liší dobou vzniku sluchového postižení, lokalizací sluchového postižení, úrovní komunikace, preferovaným komunikačním systémem, stupněm sluchové ztráty, volbou vzdělávacího systému nebo příslušností k jazykové a kulturní minoritě „Neslyšících“. V rámci disertační práce je značná pozornost věnována sexuální výchově žáků se sluchovým postižením, přičemž je třeba vnímat sexuální výchovu v jejím holistickém pojetí, jako výchovu, která se nejen věnuje tradičním otázkám, které souvisejí se sexuálně-reprodukčním zdravím, ale také jako disciplínu, která pomáhá žákům utvářet zdravý pohled na vlastní sexualitu, informuje žáky nejen o pozitivních, ale také o negativních sexuálního života a pomáhá z žáka formulovat osobnost, která je schopna se na základě vlastního názoru i na základě dostupných informací adekvátně rozhodovat. U žáků se sluchovým postižením je sexuální výchova obzvláště důležitá, neboť zejména žáci s těžšími stupni sluchového postižení mají omezený rozsah slovní zásoby a problémy se čtením s porozuměním, což těmto žákům znesnadňuje přístup k informacím.

Disertační práce je členěna na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část disertační práce vychází svým obsahem z dostupné tuzemské a zahraniční literatury a je členěna do 5 kapitol.

První kapitola disertační práce je věnována osobám se sluchovým postižením a problematice sluchového postižení. Druhá a třetí kapitola disertační práce jsou věnovány klíčovým cílovým skupinám.

V rámci druhé kapitoly je komplexně pojata problematika adolescence, přičemž je pozornost věnována zejména biologickým změnám v období adolescence, socializaci v období adolescence, partnerským vztahům mladistvých v období adolescence a klíčovými kategoriím z oblasti partnerských vztahů. Konkrétně je pozornost věnována masturbaci, pohlavnímu styku, antikoncepci a pohlavním chorobám.

Třetí kapitola disertační práce zaměřuje pozornost na vývojové období dospělosti, přičemž nejen definuje danou etapu života, ale zabývá se i manželstvím, partnerstvím, rodinnou, rozvody a fenoménem „singles“.

Čtvrtá kapitola disertační práce věnuje pozornost teoretickému vymezení sexuální výchovy, kde se zabývá definicí sexuální výchovy, úkoly, cíly sexuální výchovy a pracuje se Standardy pro sexuální výchovu v Evropě.

Poslední část teoretické části disertační práce se věnuje realizaci sexuální výchovy v Africe, Asii, Austrálii, Severní a Jižní Americe a Evropě. Zvýšená pozornost je věnována sexuální výchově v České republice.

Empirická část disertační práce se věnuje cílům disertační práce, charakteristice výzkumného souboru, charakteristice výzkumných metod, analýze a deskripci výzkumných dat a interpretaci výsledků.

1 Obsah disertační práce

Úvod

1 Úvod do problematiky sluchového postižení

1.1 Terminologické vymezení v oblasti sluchového postižení

1.2 Klasifikační systémy v oblasti sluchového postižení

1.2.2 Klasifikace sluchového postižení dle MKN – 10

1.2.3 Klasifikace sluchového postižení dle hloubky sluchové ztráty

1.2.4 Kategorizace osob se sluchovým postižením

2 Vývojové období adolescence jako klíčová kategorie partnerských vztahů

2.1 Vymezení pojmu adolescence v tuzemské i zahraniční literatuře

2.1.1 Periodizace adolescence

2.2 Biologické změny v období adolescence

2.3 Socializace v období adolescence se zaměřením na partnerské vztahy

2.4 Sexualita v období adolescence

2.5 Jednotlivé klíčové oblasti sexuální výchovy ve výzkumech – zaměření na adolescenci

2.5.1 Masturbace jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

2.5.2 Pohlavní styk jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

2.5.3 Antikoncepce jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

2.5.4 Pohlavně přenosné choroby jako klíčové téma v oblasti adolescentních vztahů

2.5.5 Klíčová fakta o nemoci HIV/AIDS

3 Vývojové období dospělosti jako klíčová kategorie partnerských vztahů

3.1 Manželství jako klíčová kategorie partnerských vztahů

3.1.1 Klíčová fakta o manželství napříč světem

3.2 Rozvod jako klíčová kategorie partnerských vztahů

4 Sexuální výchova jako zdroj poznatků i prevence partnerských vztahů

4.1 Vymezení sexuální výchovy

4.1.1 Typy programů sexuální výchovy

4.1.2 Důvody k výuce sexuální výchovy

4.1.3 Úkoly sexuální výchovy

4.2 Tematické oblasti sexuální výchovy dle klíčových dokumentů

5 Sexuální výchova v zahraničí a tuzemsku

5.1 Sexuální výchova ve vybraných zemích světa

5.1.1 Důvody k výuce sexuální výchovy v Africe

5.1.2 Důvody k výuce sexuální výchovy v Asii

5.1.3 Důvody k výuce sexuální výchovy v Austrálii

5.1.4 Důvody k výuce sexuální výchovy v Latinské Americe

5.1.5 Důvody k výuce sexuální výchovy ve Spojených státech amerických

5.2 Sexuální výchova v České republice

6 Současný stav řešení poznání

6.1 Sexualita osob se sluchovým postižením

6.2 Sexualita intaktních adolescentů v České republice – výsledky výzkumných šetření

7 Formulace výzkumných cílů, problémů a hypotéz

7.1 Výzkumné cíle, problémy a hypotézy u žáků základních škol pro sluchově postižené a žáky běžných základních škol

7.2 Výzkumné cíle u dospělých osob bez sluchového postižení

7.3 Kvalitativní část disertační práce

7.3.1 Ohnisková skupina u žáků se sluchovým postižením

7.3.2 Rozhovor s učiteli základních škol pro žáky se sluchovým postižením

7.3.3 Didaktická analýza učebnice

7.3.4 Rozhovor s dospělými osobami se sluchovým postižením o jejich partnerském vztahu

8 Charakteristika cílových skupin

9 Metodologie výzkumu, realizace a limity

9.1 Dotazník jako výzkumný nástroj

9.2 Dotazník pro žáky se sluchovým postižením a žáky slyšící

9.3 Dotazník pro dospělé osoby bez sluchového postižení

9.4 Ohnisková skupina jako metoda sběru dat

9.5 Didaktická analýza učebnice dle Průchy jako výzkumná metoda

9.6 Interview s učiteli žáků se sluchovým postižením

9.7 Interview u dospělých osob se sluchovým postižením

10 Analýza a deskripce výzkumných dat

10.1 Analýza dotazníku pro žáky se sluchovým postižením a žáky slyšící

10.1.1 Vyhodnocení hypotéz

10.2 Analýza dotazníku pro dospělé osoby bez sluchového postižení

10.3 Analýza a výsledky ohniskové skupiny

10.4 Strukturální komponenty učebnic občanské výchovy – analýza didaktických komponentů učebnic

10.5 Interview s učiteli základních škol pro sluchově postižené

10.6 Interview s respondenty se sluchovým postižením

11 Interpretace výsledků a diskuse

12 Doporučení pro praxi

Závěr

Seznam literatury

Seznam zkratk

Seznam příloh

Summary

2 Uvedení problematiky

Aktuálně existuje na tuzemském trhu málo dostupné literatury, která je věnována partnerským vztahům osob se sluchovým postižením. Více informací o dané problematice lze nalézt v zahraniční literatuře, avšak ne vždy jsou výsledky aplikovatelné na české poměry. Partnerskými vztahy osob se sluchovým postižením se věnovali např. Getch, Young a Denny (1998), kteří se zabývali sexuální výchovou žáků se sluchovým postižením a zjistili, že sexuální výchovu žáků se sluchovým postižením učí zejména učitelky ve věku 40 – 49 let, které mají patřičné magisterské vzdělání, ale samy jsou slyšící. Učitelky, které vyučují sexuální výchovu u neslyšících, považují za obzvláště důležité, aby byly neslyšícím žákům předány informace, které se týkají sexuality, sexuálně-reprodukčního zdraví, antikoncepce a pohlavních chorob. Osvěta z oblasti sexuálně-reprodukčního zdraví je důležitá také z pohledu Iqabala, Dolana a Monteiro, kteří zjistili, že někteří neslyšící měli pohlavní styk již před 15. rokem věku. Gannon (1998) v souvislosti se sexuální výchovou neslyšících upozorňuje, že jsou tyto osoby často limitovány svým sluchovým postižením, neboť jsou vnímány spíše jako osoby s postižením, nikoli z hlediska pohlavní role. Z tohoto důvodu je sexuální výchova u neslyšících často opomíjena a k neslyšícím se dostávají zkreslené informace. Problémy s navazováním partnerských vztahů mohou neslyšícím způsobovat rovněž specifické rysy jejich osobnosti, které se pojí s problémy s vyjadřováním emocí a se zvýšenou impulzivitou. Neslyšící mají rovněž problém vyjádřit city, které souvisejí s pojmy s emocionálním obsahem, jako jsou láska, být ve vztahu a s pojmy, které vystihují sexuální pocity (Markschark, Spencer, 2003).

Po prostudování odborné literatury bylo zjištěno, že v České republice je partnerským vztahům osob se sluchovým postižením věnována pouze okrajová pozornost, a to především v rámci bakalářských a diplomových prací. Zároveň chybí komplexní pojetí dané problematiky, neboť se tyto práce zaměřují většinou na konkrétní partnerské vztahy jednotlivých osob.

3 Metodologie výzkumu

Disertační práce je koncipována jako kvantitativní a kvalitativní s cílem obsahnout co nejkomplexněji problematiku partnerských vztahů osob se sluchovým postižením.

Stěžejní roli v rámci disertační práce zaujímá kvantitativní výzkum reprezentovaný výzkumnými cíly, výzkumnými problémy a příslušnými hypotézami. V rámci disertační práce byl stanoven jeden globální výzkumný problém: „*Jaké jsou determinanty a jejich role při utváření partnerských vztahů osob se sluchovým postižením?*“ Na základě stanoveného globálního výzkumného problému byly stanoveny z něj vyplývající výzkumné cíle, které byly následně operacionalizovány do 4 větví výzkumu.

1. Adolescenti (8. – 9. ročník ZŠ pro sluchově postižené a běžné ZŠ; žáci 1. – 4. ročníků středních škol)
2. Učitelé předmětů integrujících sexuální výchovu na 2. stupni základních škol pro sluchově postižené
3. Dospělé osoby se sluchovým postižením, které jsou v partnerském vztahu
4. Dospělé osoby bez sluchového postižení

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy u adolescentů se sluchovým postižením

V rámci disertační práce bylo stanoveno několik oblastí, souvisejících se sexuální výchovou, ke kterým se žáci se sluchovým postižením v rámci výzkumu vyjadřovali. Konkrétně se jednalo o tyto výzkumné oblasti: vnímání vlastního těla; tolerance k projevům sexuálního chování na veřejnosti; homosexualita; antikoncepce a pohlavní choroby.

V rámci výzkumu zaměřujícího se na sexuální výchovu u adolescentů byly stanoveny tyto výzkumné cíle:

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností s vlastním tělem a absencí či přítomností sluchového postižení.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zdali u žáků se sluchovým postižením existuje vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a spokojeností s vlastní váhou.

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zdali existuje vztah mezi absencí a přítomností sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“

Výzkumný cíl č. 4: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení.

Výzkumný cíl č. 5: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení.

Výzkumný cíl č. 6: Zjistit, zdali existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ a absencí či přítomností sluchového postižení.

Výzkumný cíl č. 7: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením.

Výzkumný cíl č. 8: Zjistit, zdali existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení.

Výzkumný cíl č. 9: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný cíl č. 10: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný cíl č. 11: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný cíl č. 12: Zjistit, zdali se liší četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících.

Výzkumný cíl č. 13: Zjistit, zdali existuje statisticky významná závislost mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení.

Na základě výzkumných cílů byly stanoveny příslušné hypotézy:

H1: „Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících existuje statisticky významný rozdíl.“

H0: „Míra spokojenosti s vlastním tělem je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“

HA: *„Míra spokojenosti s vlastním tělem je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

H2: **„Existuje vztah mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením.“**

H0: *„Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením neexistuje statisticky významná závislost.“*

HA: *„Mezi mírou spokojenosti s vlastním tělem a mírou spokojenosti s vlastní váhou u žáků se sluchovým postižením existuje statisticky významná závislost.“*

H3: **„Existuje vztah mezi absencí a přítomností sluchového postižení a mírou souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná.“**

H0: *„Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ je u žáků se sluchovým postižením i žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Míra souhlasu s výrokem „Masturbace je špatná“ je u žáků se sluchovým postižením i žáků slyšících různá.“*

H4: **„Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“**

H0: *„Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení neexistuje statisticky významná závislost.“*

HA: *„Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“*

H5: **„Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“**

H0: *„Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení neexistuje statisticky významná závislost.“*

HA: *„Mezi hodnocením znalostí pohlavních chorob a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významná závislost.“*

H6: Existuje vztah mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ a absencí či přítomností sluchového postižení.

H0: *„Míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících je stejná.“*

HA: *„Míra souhlasu s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

H7: Existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením.

H0: *„Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením neexistuje statisticky významná závislost.“*

HA: *„Mezi hodnocením znalostí antikoncepce a hodnocením znalostí pohlavních chorob u žáků se sluchovým postižením existuje statisticky významná závislost.“*

H8: Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl.

H0: *„Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a přítomností či absencí sluchového postižení neexistuje statisticky významný rozdíl.“*

HA: *„Mezi mírou souhlasu s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ a absencí či přítomností sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl.“*

H9: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí slin“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

H10: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

H11: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí nádobí“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

H12: Mezi četností žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl.

H0: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících stejná.“*

HA: *„Četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno kousnutím komára“ za pravdivý je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá.“*

H13: Existuje statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení.

H0: *„Mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení neexistuje statisticky významný rozdíl.“*

HA: *„Mezi četností odpovědí na otázku „Přemýšlel jsi, jakého bys chtěl partnera“ a kategoriemi sluchového postižení existuje statisticky významný rozdíl.“*

3.2 Výzkumné cíle ohniskové skupiny u žáků se sluchovým postižením

V rámci předvýzkumu k disertační práci, ale také v rámci účasti ve výzkumných šetřeních autorka zjistila, že žáci se sluchovým postižením neradi vyplňují otevřené otázky, především ty s abstraktním obsahem. Tyto otázky žáci se sluchovým postižením nechávali ve většině případů nevyplněné nebo odpovídali na příslušné otázky příliš stručně. Přestože v rámci dotazníku pro adolescenty byla obsažena rozličná témata, uvědomovala si autorka úskalí dotazníku, který zjišťuje jen to, na co je zaměřen a žáci vybírají pouze z odpovědí, které jsou jim předkládány. Na základě těchto zjištění byly u žáků se sluchovým postižením realizovány 2 ohniskové skupiny. Ohniskové skupiny byly zaměřeny na vlastnosti ideálního chlapce nebo dívky, na to, co by žáci u svých partnerů netolerovali, na vlastnosti ideálního otce a matky, vztah dvou osob se sluchovým postižením a vztah, kde má jedna osoba sluchové postižení a druhá osoba je slyšící.

3.3 Výzkumné cíle u dospělých osob bez sluchového postižení

V průběhu realizace disertační práce si autorka všimla zvýšeného zájmu o problematiku sexuální výchovy nejen z řad svých kolegů, ale také z řad širší majoritní společnosti. Z tohoto důvodu se autorka rozhodla v rámci disertační práce oslovit rovněž dospělé osoby bez sluchového postižení, u kterých byla také zkoumána problematika sexuální výchovy. U dospělých osob bez sluchového postižení byla pozornost směřována k postojům k sexuální výchově, k obsahu sexuální výchovy, ideální době pro zahájení výuky sexuální výchovy, vlastní zkušenosti se sexuální výchovou, výhodám a nevýhodám partnerského vztahu dvou osob se sluchovým postižením a nakonec k výhodám a nevýhodám partnerského vztahu, kdy je jedna osoba slyšící a druhá osoba má sluchové postižení.

3.4 Výzkumné cíle u učitelů žáků se sluchovým postižením

Jak bylo zjištěno z řady tuzemských a zahraničních zdrojů, které se zaměřovaly na problematiku sexuální výchovy, učitelé jsou důležitým činitelem sexuální výchovy, přičemž v řadě případů nahrazují osvětlu ze strany rodičů. V rámci disertační práce byli učitelé dotázáni, jaký mají názor na výuku sexuální výchovy, jak chápou pojem sexuální výchova, jak hodnotí informovanost žáků se sluchovým postižením v oblasti sexuální výchovy, od kolikátého ročníku by měla být sexuální výchova žáků se sluchovým postižením vyučována, kdo má učit sexuální výchovu, a jakým způsobem má být sexuální výchova vyučována.

3.5 Výzkumné cíle u dospělých osob se sluchovým postižením

Pro komplexní doplnění problematiky partnerských vztahů byly v rámci disertační práce osloveny také dospělé osoby se sluchovým postižením, u nichž byla pozornost věnována jejich partnerskému vztahu. Z tohoto důvodu bylo nutné cíle volit nejen globálně, ale rovněž s ohledem na konkrétní partnerské vztahy těchto osob. V rámci výzkumu byla pozornost zaměřena na historii partnerského vztahu, přičemž se otázka soustředila například na historii seznámení, aktuální partnerskou situaci, výhody vztahu dvou osob se sluchovým postižením, ale také ke vztahu osob slyšících a sluchově postižených. Vzhledem ke skutečnosti, že některé dospělé osoby byly v době realizace rozhovoru v manželství, byla pozornost věnována také důvodům vstupu do manželství.

4 Charakteristika cílových skupin a výzkumných metod

V souladu s cíli disertační práce bylo do výzkumu zahrnuto 5 cílových skupin.

4.1 Adolescenti se sluchovým postižením

Stěžejní cílovou skupinu v rámci disertační práce tvořili adolescenti se sluchovým postižením. Konkrétně se výzkumu zúčastnilo 134 žáků se sluchovým postižením, kteří navštěvovali školy pro sluchově postižené v Olomouci, Brně, Ostravě, Kyjově, Valašském Meziříčím, Praze – Holečkově a Praze – Ječné ulici. V rámci pohlaví se zúčastnilo 87 chlapců a 47 dívek. Z hlediska věkového rozpětí zahrnovalo šetření žáky se sluchovým postižením od 13 do 25 let, přičemž průměrný věk respondentů činil 17,27 let. Z hlediska kategorie sluchového postižení byly do výzkumu zahrnuty všechny kategorie osob se sluchovým postižením. Nejvíce byli ve výzkumu zastoupeni nedoslýchaví a neslyšící, následování žáky s kochleárním implantátem a žáky se zbytky sluchu.

Jako výzkumná metoda, která se zaměřovala na problematiku sexuální výchovy u žáků se sluchovým a žáků slyšících, byl použit dotazník. Dotazník obsahoval celkem 32 otázek, které byly rozděleny do 3 sekcí. První sekce dotazníku se věnovala oblasti vnímání vlastního těla, druhá sekce se zaměřovala na oblast sexuality a třetí sekce se věnovala otázkám sexuálně-reprodukčního zdraví. V rámci dotazníku byly použity numerické škály, Likertovy škály, výběrové položky, výčtové položky a otevřené položky.

Adolescenti se sluchovým postižením byli zastoupeni rovněž v rámci ohniskové skupiny. Konkrétně se do ohniskové skupiny zapojilo 12 žáků se sluchovým postižením, kteří byli rozdělení do 2 skupin po 6 žácích. Do první ohniskové skupiny byly zapojeny 2 dívky a 4 chlapci. V první skupině kromě dvou žáků, kteří navštěvovali střední odbornou školu, chodili všichni žáci na střední odborné učiliště. Z hlediska kategorie osob se sluchovým postižením byli v rámci první skupiny 4 žáci nedoslýchaví a 2 žáci neslyšící. Mezi žáky byla hojně zastoupena komunikace prostřednictvím znakového jazyka. Druhá ohnisková skupina zahrnovala rovněž 6 žáků se sluchovým postižením, avšak všichni žáci navštěvovali střední odbornou školu, která byla zakončena maturitní zkouškou. Na rozdíl od první ohniskové skupiny zahrnovala druhá ohnisková skupina 4 dívky a 2 chlapce. Z hlediska sluchového postižení byli 4 žáci neslyšící a 2 žáci nedoslýchaví. Z 6 žáků 5 z nich komunikovalo ve znakovém jazyce i mluvenou řečí.

4.2 Adolescenti bez sluchového postižení

Pro účely komparace dat byli do výzkumného šetření zahrnuti rovněž adolescenti bez sluchového postižení, konkrétně se jednalo o 95 adolescentů bez sluchového postižení. Podobně jako u žáků se sluchovým postižením zahrnoval výzkum více chlapců než dívek (konkrétně 66:29). Tito žáci navštěvovali 8. a 9. třídu základní školy v Brně a střední školu v Rožnově pod Radhoštěm.

U adolescentů bez sluchového postižení byl použit stejný výzkumný nástroj jako u adolescentů se sluchovým postižením.

4.3 Učitelé žáků se sluchovým postižením

V rámci disertační práce bylo osloveno 8 učitelů žáků se sluchovým postižením. Konkrétně se jednalo o 7 žen a 1 muže. Problematika sexuální výchovy byla zkoumána prostřednictvím individuálních interview, přičemž jednotlivé otázky korespondovaly s cíli disertační práce.

Jméno účastníka ⁸³	Věk	Délka praxe
paní Věra	32 let	6 let
paní Anna	30 let	3 roky
paní Alena	30 let,	5 let
paní Ivana	45 let	15 let
paní Petra	37 let	12 let
pan Karel	60 let	36 let
paní Jana	50 let	25 let
paní Eva	43 let	20 let

Tabulka 1: Charakteristika učitelů sexuální výchovy

4.4 Dospělé osoby bez sluchového postižení

Cílová skupina dospělých osob zahrnovala celkem 19 dospělých, které tvoří převážně ženy. Průměrný věk respondentů činil 27,52 let. Všichni respondenti patřili do Generace Y, neboť byli narozeni mezi lety 1980 – 2000. Jako výzkumný nástroj byl použit elektronický dotazník, který obsahoval celkem 5 otevřených otázek.

4.5 Dospělé osoby se sluchovým postižením

Poslední cílovou skupinu tvořily dospělé osoby se sluchovým postižením, které byly v době realizace rozhovoru v partnerském vztahu. Konkrétně se zapojilo do výzkumného šetření

⁸³ Za účelem anonymity byla jména respondentů změněna.

celkem 5 dospělých osob se sluchovým postižením. Sběr dat byl realizován prostřednictvím hloubkového interview.

5 Analýza a interpretace výsledků

Kvantitativní část disertační práce zaměřená na sexuální výchovu zahrnovala celkem 134 žáků se sluchovým postižením a 95 žáků bez sluchového postižení. Celkově bylo do disertační práce zapojeno 5 cílových skupin: 1. žáci se sluchovým postižením; 2. žáci bez sluchového postižení; 3. učitelé žáků se sluchovým postižením; 4. dospělé osoby bez sluchového postižení a 5. dospělé osoby se sluchovým postižením.

Jak ukázaly výsledky výzkumu, žáci se sluchovým postižením jsou se svým tělem naprosto spokojeni či spíše spokojeni. Spokojeni se svým tělem byli rovněž žáci slyšící, avšak hypotéza H1, která byla ověřována prostřednictvím U-testu Manna a Whitneyho ukázala, že mezi spokojeností s vlastním tělem existuje u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících statisticky významný rozdíl. Detailnější analýza odhalila, že žáci se sluchovým postižením častěji než žáci slyšící volili možnosti „naprosto spokojen; spíše spokojen.“ U žáků se sluchovým postižením může v rámci kladného vztahu ke svému tělu hrát roli nejen typ školy, kterou žáci se sluchovým postižením navštěvovali, ale úsudek žáků mohou ovlivnit i obtíže se čtením s porozuměním. Z důvodu obtíží se čtením s porozuměním lze vyvodit, že žáci se sluchovým postižením nečtou v takové míře časopisy, které jsou určeny mladistvým, a kde je pod vlivem modního průmyslu často propagována až nezdravá štíhlost. Spokojenost s vlastním tělem beze sporu souvisí také se spokojeností s vlastní váhou. Tato zjištění potvrdil například výzkum Sztainer-Neumark, Paxton, Hannan (2006) nebo studie Ozmen, Ozmen, Ergins (2007), ale i výsledek hypotézy H2, která byla zjišťována prostřednictvím Spearmannova koeficientu pořadové korelace. Spearmannův koeficient pořadové korelace ukázal, že mezi spokojeností s vlastní váhou a spokojeností s vlastním tělem existuje nízká závislost a z výsledku lze tedy vyvodit, že spíše vyšší spokojenosti s vlastním tělem odpovídá spíše vyšší spokojenost s vlastní váhou.

Protože se disertační práce snažila postihnout co nejvíce témat z oblasti sexuální výchovy, byl v rámci disertační práce zjišťován také postoj žáků k masturbaci a to prostřednictvím výroku: „Masturbace je špatná.“ V souvislosti s daným výrokiem žáci vyjadřovali míru souhlasu. Hypotéza H3 ukázala, že u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících existuje statisticky významný rozdíl v míře souhlasu s výrokiem: „Masturbace je špatná.“ Detailnější analýza ukázala, že masturbaci považuje za špatnou 23,88 % sluchově postižených žáků, ale ze slyšících ji považuje za špatnou pouze 8,41 % žáků. Postoj žáků se

sluchovým postižením k masturbaci může ovlivňovat nejen subjektivní vnímání dané aktivity, ale také postoj učitelů a rodičů.

V současné době je velká pozornost věnována zjišťování názorů majoritní společnosti na sňatky homosexuálů a adopci dětí homosexuály. V rámci disertační práce byl zjišťován názor žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících na sňatky homosexuálů a právo homosexuálů vychovávat děti. Výsledky ukázaly, že ke sňatku homosexuálů se pozitivně staví 36,57 % žáků se sluchovým postižením a 37,43 % žáků bez sluchového postižení. Poměrně zajímavým zjištěním je skutečnost, že více než polovina slyšících žáků a téměř polovina sluchově postižených žáků je pozitivně nakloněna tomu, aby homosexuálové vychovávali děti. Tyto výsledky jsou podobné zjištění Centra pro výzkum veřejného mínění, Sociologického ústavu AV ČR (Čadová, 2014) a výsledkům průzkumu společnosti STEM/MARK (2015). Pozitivní postoj ke sňatku homosexuálů a k právu homosexuálů vychovávat děti může být ovlivněn nejen tolerantnějším veřejným míněním, ale také zdůrazňováním skutečnosti, že homosexualita není něco, za co by se měl homosexuální člověk stydět, ale je přirozenou součástí jeho osobnosti.

V rámci disertační práce byla pozornost směřována také k tématu antikoncepce, protože antikoncepce představuje nejen prevenci nechtěného těhotenství, ale kondom zároveň zabraňuje přenosu pohlavních chorob. Tématu antikoncepce přikládají značnou váhu nejen učebnice občanské výchovy, ale také samotní učitelé žáků se sluchovým postižením a dospělé osoby bez sluchového postižení. V průběhu sestavování dotazníku pro žáky se sluchovým postižením bylo zjištěno, že žáci znají ve většině případů pouze dva antikoncepční prostředky: hormonální antikoncepci a kondom. Toto zjištění je logické, neboť kondom je nejen nejlevnějším, ale i nejdostupnějším antikoncepčním prostředkem pro mladé. V oblasti antikoncepce čerpají žáci se sluchovým postižením informace především od učitelů. Je třeba poukázat na skutečnost, že žáci se sluchovým postižením čerpají v oblasti antikoncepce výrazně častěji informace od učitelů než jejich slyšící vrstevníci. Na tuto skutečnost může mít vliv především snížený počet žáků ve třídě ve školách pro žáky se sluchovým postižením, neboť tato situace způsobuje, že žáci se sluchovým postižením jsou více v kontaktu s učiteli a nebojí se učitelů zeptat na témata, kterým nerozumí. Z důvodu vysoké preference učitelů ze strany žáků je třeba, aby učitelé podávali žákům dostatečné množství informací o dostupných antikoncepčních prostředcích. Ve spolupráci s učiteli by vhodné informace měli žákům poskytovat také rodiče, avšak učitelé poukazují na skutečnost, že ze strany rodičů dochází k nedostatečné osvětě žáků v oblasti sexuální výchovy a učitelé musejí suplovat jejich roli. Na

nízkou angažovanost rodičů v oblasti sexuální výchovy poukazuje rovněž Štěrbová (2012), která dodává, že ve vztahu k žákům se zdravotním postižením se rodiče věnují sexuální osvětě nedostatečně, ba dokonce vůbec. Stěžejní roli rodiny v oblasti sexuální výchovy vidí také Shtakshall, Santielli, Hirsch (2007) nebo Kaufman (2011), kteří zdůrazňují, že škola má osvětlu v oblasti sexuální výchovy pouze doplňovat, nikoli nahrazovat. Významnou osvětovou roli může škola hrát především u neslyšících žáků, neboť pokud mají tito žáci slyšící rodiče, nemusí jim být rodiče schopni předat adekvátní informace z důvodu obtíží v komunikaci. Řadu informací z oblasti antikoncepce čerpají žáci se sluchovým postižením také na internetu.

Velká pozornost v rámci disertační práce byla věnována pohlavním chorobám. V rámci učebnic, které byly analyzovány pro účely disertační práce, se nejčastěji objevovaly pohlavní choroby jako syfylis, kapavka a AIDS. Na základně studia teoretických podkladů k disertační práci by bylo vhodné, aby učitelé upozornili žáky také na pohlavní chorobu chlamydie. Prostřednictvím testu nezávislosti chí-kvadrát a následně znaménkového testu, kterým byla ověřována hypotéza H5, bylo zjištěno, že neslyšící žáci mají potíže s informovaností v oblasti pohlavních chorob, neboť častěji než jiné kategorie žáků se sluchovým postižením hodnotí své znalosti pohlavních chorob známkou 5. Nízké hodnocení v oblasti pohlavních chorob může souviset s neschopností přijímat informace akustickou cestou, komunikací prostřednictvím znakového jazyka, omezeným rozsahem slovní zásoby a problémy se čtením s porozuměním. Zvýšenou pozornost tématu pohlavních chorob je třeba věnovat také z toho důvodu, že v posledních letech stoupá v České republice výskyt pohlavních chorob, neboť lidé mají často pocit, že se jich pohlavní choroby netýkají. Podobné zjištění přinesly také hypotézy H6 a H8 které ukázaly, že žáci se sluchovým postižením častěji než jejich slyšící vrstevníci souhlasí s výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ a „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel.“ S výrokem „AIDS je nemoc homosexuálů“ souhlasí 39,55 % žáků se sluchovým postižením a s výrokem „AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel“ téměř polovina žáků se sluchovým postižením (48,51 %). Tyto výsledky mohou být ovlivněny mimo jiné zkreslením informací ze strany médií, která často zdůrazňují, že AIDS je přenášeno především mezi muži, kteří mají sex s muži či zkreslenými novinovými titulky, které často předkládají nikoli pravdivé informace, ale informace vytržené z kontextu. Žáci se sluchovým postižením tak mohou mít skutečně pocit, že AIDS se týká jen prostitutek, homosexuálů, narkomanů a osob z rozvojových zemí. Další příčinou, proč žáci se sluchovým postižením nahlíží na onemocnění HIV/AIDS zkresleně, je odtržení tohoto onemocnění od reality. Kromě besed, které mohou být

organizovány ve škole, je tato pohlavní choroba stále velkým tabu a žáci se běžně s nemocnými, kteří trpí touto pohlavní chorobou, nesetkávají. Tato skutečnost může mít vliv také na mylný způsob přenosu HIV/AIDS. Jak již bylo uvedeno v teoretické části disertační práce, virus HIV je možné přenést prostřednictvím nechráněného pohlavního styku, z matky na dítě a krví. Hypotéza H10, která se zabývala možností přenosu HIV/AIDS pomocí WC sedátka však prostřednictvím testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku zjistila, že četnost žáků, kteří považují výrok „AIDS může být přenášeno pomocí WC sedátka“ za pravdivý, je u žáků se sluchovým postižením a žáků slyšících různá. Podrobnější analýza přinesla zjištění, že možnost „pravdivý či spíše pravdivý“ zvolilo 34,33 % žáků se sluchovým postižením, ale jen 17,89 % žáků slyšících. Je na zvážení, zdali si žáci se sluchovým postižením představují použití WC sedátka po kterékoli osobě, nebo zdali si představí použití WC sedátka po osobě, která je nakažena virem HIV. Poměrně zajímavý je výsledek výroku, který se zabýval způsobem přenosu viru HIV/AIDS kousnutím komára. Tuto cestu přenosu považuje za pravdivou 34,33 % žáků se sluchovým postižením, ale dokonce více než polovina slyšících žáků (52,63 %). Velkou mírou chybných odpovědí ze strany slyšících žáků lze dát do souvislosti s tím, že žáci si pod pojmem komár mohou představit specifický druh komára, jako je tomu například v případě malárie. Mýty, týkající se přenosu viru HIV/AIDS, byly zkoumány také ve výzkumech Gupta, Anjum, Bhardwaj (eds., 2010), kteří zjistili, že žáci považují za možný způsob přenosu HIV/AIDS bodavý hmyz, líbání, nebo použití společných nožů. Ve výzkumu Schweta, Mundkur, Chaitan (2011) se zase žáci pozitivně vyjádřili ke způsobu přenosu prostřednictvím společných sklenic, WC sedátka a líbáním. Také zde řada žáků souhlasila s tvrzením, že virus HIV/AIDS lze dostat pomocí hmyzu. V českém prostředí se přenosem viru HIV/AIDS zabývala Josefíková (2014), která zjistila, že žáci považují za možný způsob šíření viru líbání, kýchání a podání ruky. Podobné závěry se objevují také ve výzkumu Špelinové (2007) a Hvězdové (2013).

Žáci se sluchovým postižením podobně jako žáci slyšící vyjádřili pozitivní postoj k budoucímu manželství a rodičovství, avšak v rámci ohniskové skupiny bylo zjištěno, že ne všichni chlapci se sluchovým postižením vnímají manželství jako důležité. Zajímavé výsledky přineslo téma partnerství žáků se sluchovým postižením, neboť hypotéza H13, která byla analyzována prostřednictvím testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku ukázala, že neslyšící žáci výrazně méně preferují slyšící partnery než ostatní skupiny žáků se sluchovým postižením, zatímco nedoslýchaví žáci tyto partnery preferují výrazně více. Preference slyšícího partnera se objevuje také v případě nedoslýchavých žáků zapojených do

ohniskové skupiny a rovněž nedoslýchavé osoby, které jsou v současné době v partnerském vztahu, mají slyšící partnery. Tato zjištění dokazují, že sluchové postižení nemusí být vždy překážkou, ale naopak se partneři mohou vzájemně ovlivňovat a být si zdrojem inspirace. V případě neslyšících žáků jejich odmítání slyšícího partnera ovlivňuje bezesporu odlišný komunikační systém, odlišná kultura a neschopnost přijímat informace akustickou cestou. V případě žáků nedoslýchavých hraje míra sluchové ztráty také vliv, neboť u žáků s lehčími stupni nedoslýchavosti nemusí být sluchové postižení vůbec patrné.

6 Doporučení pro praxi

V rámci disertační práce byla provedena komplexní analýza oblasti partnerských vztahů osob se sluchovým postižením, přičemž největší pozornost byla věnována sexuální výchově žáků se sluchovým postižením.

Po provedení analýzy dat autorka doporučuje, aby školy věnovaly otázce sexuální výchovy náležitou pozornost a poskytovali žákům takové informace, které jsou přiměřené jejich rozumovým schopnostem i věku. Jak bylo v rámci výzkumu zjištěno, nejen žáci slyšící, ale i žáci se sluchovým postižením používají internet jako důležitý zdroj informací. Protože žáci se sluchovým postižením, především žáci neslyšící, mají z důvodu své sluchové ztráty obtíže se čtením s porozuměním, což může mimo jiné způsobovat zkreslenou interpretaci přijímaných informací, doporučuje autorka učitelům, aby poučili žáky o nástrahách internetu, problematice pornografických stránek, učili žáky pracovat s informacemi, které jsou na internetu dostupné a informovali je o nástrahách sociálních sítí.

V rámci předmětů jako výchova ke zdraví či výchova k občanství je žádoucí, aby učitelé probrali s žáky antikoncepci, přičemž by žáci měli být poučeni o typech antikoncepce, dostupnosti antikoncepce a mýtech, které jsou s antikoncepcí spojeny. Rovněž je nutné seznámit žáky se zásadami bezpečného pohlavního styku a upozornit je na negativa předčasného zahájení pohlavního života. Motivy pro první pohlavní styk zjišťovali ve výzkumu například Weiss se Zvěřinou, přičemž učitelka může žákům pomoci zamyslet se nad jednotlivými motivy, které souvisí s prvním pohlavním stykem. Učitelka by měla rovněž žáky upozornit na rizika, která jsou spojena s pohlavním stykem pod vlivem alkoholu a jiným omamných látek.

Jak ukázaly výše uvedené výsledky, velkým tématem na poli sexuální výchovy jsou pohlavní choroby. Protože učitel je pro žáky se sluchovým postižením hlavním zdrojem informací o pohlavních chorobách, měl by žákům předat dostatečné množství informací takovým způsobem, aby žáci těmito informacím porozuměli z hlediska obsahu. Učitel musí žáky seznámit s nejčastějšími druhy pohlavních chorob, se způsoby přenosu pohlavních chorob, ale zejména s prevencí pohlavních chorob. K tomu učitelé mohou sloužit nejrůznější výuková videa, prezentace, ale vhodné jsou i besedy s osobami, které jsou HIV pozitivní. Protože žáci hledají řadu informací na internetu, je vhodné, aby jim učitel ukázal internetové

stránky, kde mohou najít vhodné informace, rovněž je důležité, aby učitel ukázal žákům zkrácené novinové titulky a upozornil je, že ne vše, co se píše v nadpisech, musí být pravda.

V rámci předmětů, které vyučují témata spojená se sexuální výchovou, je velká pozornost věnována již tradičně manželství a rodině. Je vhodné, aby učitel s žáky diskutoval o tom, jak si představují svého ideálního partnera či partnerku a co by u svého partnera netolerovali. Následně se může učitel s žáky bavit o předpokladech vstupu do manželství, o nezralých manželstvích, pozornost by měl věnovat také stoupající rozvodovosti a příčinám rozvodů. Jak ukázala hypotéza H13, objevily se mezi žáky se sluchovým postižením rozdíly v preferencích partnera. Zatímco nedoslýchaví žáci výrazně více preferují slyšící partnery než jiné kategorie osob se sluchovým postižením, neslyšící žáci preferují slyšící partnery nejméně. V rámci výuku může učitel diskutovat, jaké mohou být výhody a nevýhody vztahu, kde je jeden partner slyšící a druhý sluchově postižený, a jaké mohou být výhody a nevýhody vztahu, kde jsou oba partneři sluchově postižení.

Seznam bibliografických zdrojů

1. ADMIRAAL, R. J. C., SZYMKO, Y. M., GRIFFITH, A. J., eds. 2002. Hearing Impairment in Stickler Syndrome. In: CREMERS, W. R. J., SMITH, R. *Genetic hearing impairment: its clinical presentations*. Basel : S. Kager. ISBN 3-8055-7449-5.
2. Africa WHO. 2012. *Report on the Commission on Womens Health in the African Region*. Africa : WHO. ISBN 978-929-023-1943.
3. AHRENS, W., PIGEOT, I., POHLABELN, H., eds. 2014. Prevalence of Overweight and Obesity European Children Below the Age of 10. In: *International Journal of Obesity*. Vol. 38, p. 99 – 107. ISSN 0307-0565.
4. ARNETT, J., J. 2012. *Adolescent Psychology Around The World*. New York : Psychology Press, Taylor & Francis. ISBN 978-1-84872-888-2.
5. BARKER, D. H., QUITTNER, A. L., FINK, N. E., eds. 2009. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influence of language, attention, and parent-child communication. In: *Development and Psychopathology*, 21(2), 373 – 392. EISSN 1469-2198.
6. BEAUMONT, K., MAQUIRE, M. 2013. *Policies for Sexuality Education in the European Union*. Brussels : European Parliament. ISBN 978-92-823-4253-4.
7. BEZCHLEBOVÁ, M., CETKOVSKÁ, V., DOPITA, M., a kol. 2005. *Občanská výchova pro 8. ročník základních škol a víceletá gymnázia*. Olomouc : Nakladatelství Olomouc. ISBN 978-80-7182-186-1.
8. BHARATI, M., BHARATI, L. A Study on Knowledge of HIV/AIDS among adolescents of higher secondary school in Jajarkot District of Nepal. In: *Journal of Chitwan Medical College*. 4(9), 43 – 45. ISSN 2091-2889.
9. BINAROVÁ, I. 2005. Období adolescence. In: J. ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, I., BINAROVÁ, K., HOLÁSKOVÁ, a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0629-2.
10. BRICE, P. J., STRAUSS, G.. 2016. Deaf adolescents in hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. In: *Adolescent Health Medicine and Therapeutics*. 7, 67 – 76. ISSN 1179-318X.
11. BROMBERG, D. S., O'DONOHUE, W. T. 2013. *Handbook of child and adolescent sexuality: developmental and forensic psychology*. Oxford : Academic Press.
12. BROWN, J., eds. 2008. *Managing the Media Monster : The Influence of Media (From Television to text messages) on Teen Sexual Behavior Attitudes*. Washington DC : National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. ISBN 1-58671-071-0.
13. BRUESS, C. E., GREENBERG, J. S. 2004. *Sexuality Education : Theory and Practice*. 4th ed. London : Jones & Barlett. ISBN 0-7637-4759-9.
14. BUCCHIANERI, M., ARIKIAN, A. J., HANNAN, P., J., eds. 2013. Body Dissatisfaction from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-year Longitudinal Study. In: *Body Image*. 10(1). ISSN 1740-1445.
15. BULOVÁ, A. 1998. Uvedení do surdopedie. In: J. PIPEKOVÁ, a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido. ISBN 80-85931-65-6.
16. BZgA, 2010. *Standards for Sexuality Education in Europe*. WHO. ISBN 978-3-937707-82-2.

17. CABRNOCHOVÁ, E. 2010. Marketingový výzkum se zaměřením na sexuální výchovu u mladých. In: 4. Moravský regionální kongres: sborník referátů. ISBN 978-80-904290-1-7.
18. CALDERÓN, J. L., BAKER, R. S., WOLF, K. E. 2000. Focus Groups: A qualitative Method Complementing Quantitative Research for Studying Culturally Diverse Groups. In: *Education for Health*. 13(1), 91-95.
19. CAMPOS, D. 2002. *Sex, Youth and Sex Education : a reference handbook*. Santa Barbara : ABC – CLIO. ISBN 1-57607-776-4.
20. CARLSSON, P. L., DANERMARK, B., BORG, E. Marital status and birthrate of deaf people in two Swedish counties: the impact of social environment in terms of deaf community. In: *American Annals of Deaf*. 149(5), 415 – 420. ISSN 0002-726X.
21. CONTIERO SAN MARTINI, M., DE ASSUMPCÃO, D., BERTI DE AZEVEDO BARROS, M., eds. Are normal weight adolescent satisfied with their weight? In: *Salo Paulo Medical Journal*. 134(3). ISSN 1806-9460.
22. CURRIE, C., ZANOTTI, C., MORGAN, A., eds. 2012. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
23. DA SILVA BRETAS, J. R., DA SILVA OHARAS, C. V., PEREIRA JARDIM, D., eds. 2009. Knowledge of STD/AIDS among adolescent students. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(3). ISSN 1980-220X.
24. ČECH, J., WEISOVÁ, J. *Občanská výchova pro 8. ročník základní školy pro sluchově postižené. SEPTIMA*.
25. DELLAR, R. C., DIAMINI, S., KARIM, A. Q. 2015. Adolescent girls and young women: key population for HIV epidemic control. In: *Journal of international AIDS society*. 18(2). EISSN 1758-2652.
26. DICLEMENTE, R. E., WINGOOD, G. M., eds. 2009. The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. In: *Archives of Pediatrics & adolescent medicine*. 163(1), 61 – 64.
27. DUDÁK, V., HORSKÁ, V. 2005. *Občanská výchova pro 8. a 9. ročník základní školy*. Fortuna. ISBN 80-7168-641-7.
28. DOHERTY, W. J., GALSTON, W. A., GLENN, N. D., eds. (neuvedeno). *Twenty-one Reasons Why Marriage Matters*. Australia : National Marriage Coalition.
29. DUDOVÁ, R. 2009. „Práce jako řešení? Strategie obživy osamělých matek v ČR.“ In: *Sociologický časopis*. 45(4), 753–789. EISSN 2336-128X.
30. DUFFY, B., FOTINATOS, N., SMITH, A., eds. 2013. Puberty, health and sexual education in Australian regional primary schools : Year 5 and 6 teacher perception. In: *Sex Education*. 13(2), 186 – 203. EISSN 1472-0825.
31. DUGAN, M. B. 2003. *Living with Hearing Loss*. Washington : Gallaudet University. ISBN 1-56369-8-134-X.
32. DWORKIN, S. L. 2007. Do Abstinence – Plus Intervention Reduce Sexual Risk Behavior Among Youth? In: *PLOS Medicine*. 102(11), 2582 – 2583.

33. DYREMYHR, A. E., DIAZ, E., MELAND, E. 2014. How adolescent subjective health and satisfaction with weight and body shape are related to participation in sports. In: *Journal of Environmental Public Health*. ISSN 851932.
34. ECDC. 2014. Sexually transmitted infections in Europe. Stockholm : ECDC. ISBN 978-92-9193-579-6.
35. ENHIS. 2009. *Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescence*. World Health Organisation Europe.
36. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. 2010. *Guidance Report : HIV testing – increasing uptake and effectiveness in the European Union*. Stockholm : ECDC. ISBN 978-92-9193-223-8.
37. FALAKOFLAKI, S., HORMOZI, K., ATOUSA, K. 2015. A Comparative Study of Identity Style in Deaf and Normal Adolescents. In: *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 6(2), 662 – 667. ISSN 2039-2117.
38. FIALA, T., JURČOVÁ, D., LANGHAMROVÁ, J., a kol. 2014. *20 let samostatnosti z pohledu demografie ČR, SR, ČSR*. Bratislava : Infostat.
39. FOLDÝNOVÁ, V. 2012. *Současná úroveň vědomostí žáků 8. a 9. tříd základních škol o onemocnění AIDS*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
40. FREITAS, H., OLIVEIRA, M., JENKINS, M., eds. 1998. The Focus Group, a qualitative research method. In: *WP ISRC*. No. 010298, 22 p.
41. FRIEDMAN, T. B., GRIFFITH, A. J. 2002. Autosomal and X – Linked Auditory Disorders. In: KEATS, B. J.; POPPER, A. N.; FAY, R. R. *Genetics of Auditory Disorders*. New York : Springer. ISBN 0-387-98501-8.
42. FURMAN, W., BROWN, B., FEIRING, C. 1999. *The development of romantic relationships in adolescence*. Edinburg : Cambridge University Press. ISBN 0-521-59156-2.
43. GANNON, CH. L. 1998. The Deaf Community and Sexuality Education. In: *Sexuality and Disability*. 16(4), 283-293. EISSN 1573-6717.
44. GAVORA, P. 2009. Metoda pozorování v edukačním výzkumu. In: ŠVEC, Š.; a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 978-80-7315-192-8.
45. GERŽOVÁ, H. 2007. Antikoncepce a adolescentka. In: *Pediatric pro praxi*. 2007(1), 20 – 23. EISSN 1803-5264.
46. GECKOVÁ-MADARASOVÁ, A., TAVEL, P., GAJDOŠOVÁ, B., a kol. Socioekonomické a psychosociální faktory zmyslu pre integritu u adolescentov. In: *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 52(2), 132 – 144. ISSN 0009-062X.
47. GOLDMAN, J. D. G., COLEMAN, S. J. 2013. Primary school puberty/sexuality education : student's teacher's past learning, present professional education and insention to teach these subject. In: *Sex Education*. 13(3), 270 – 290. EISSN 1472-0825.
48. GOLDMAN, J. D. G. 2010. The new sexuality education curriculum for Queensland primary schools. In: *Sex Education*. 10(1), 47 – 66. EISSN 1472-0825.
49. GREIF, A. 2005. "Family Structure, Institutions, and Growth: The Origin and Implications of Western Corporatism." Access date: Dec. 15, 2006.

50. GUPTA, P., ANJUM, F., BHARDWAJ, P., eds. 2013. Knowledge About HIV/AIDS Among Secondary School Students. In: *North American Journal of Medical Sciences*. 5(2), 119 – 123.
51. GURALNICK, M. J. 2010. Early intervention approaches to enhance the peer-related social competence of youth children with developmental delays: A historical perspective. In: *Infants Young Children*. 23, 78 – 83. EISSN 1550-5081.
52. HABARTOVÁ, P. 2014. Singles tvoří již pětinu domácností jednotlivců. In: *Statistika & My*, 4(5). Praha : Český statistický úřad. ISSN 1804-7149.
53. HAHN, A.; ŠEJNA, I. 2007. Anatomie ucha. In: HAHN, A.; a kol. *Otorhinolaryngologie v současné praxi*. Praha : Grada. ISBN 978-80-4-247-0529-3.
54. HARTL, P. 2004. Stručný psychologický slovník. Praha : Portál. ISBN 80-7178-803-1.
55. HERBENICK, D., eds. 2010. "Sexual Behavior in the United States: Results from a National Probability Sample of Men and Women Ages 145-94," In: *Journal of Sexual Medicine*, 7(Suppl 5):255, 145 – 94. ISSN 1743-6109.
56. HLOŽEK, Z. 2012. *Základy audiologie pro speciální pedagogy*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3437.
57. HOLUŠOVÁ, P. 2013. *Úroveň znalostí žáků 2. stupně ZŠ v otázkách prevence a přenosu viru HIV a nemoci AIDS*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
58. HOFMANN, A. D., GREYDANUS, D. E. 1997. *Adolescent medicine*. Stamford , CT : Appleton & Lange.
59. HRUBÝ, J. 1998. *Velký ilustrovaný průvodce světem neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 2. Díl*. Praha : FRPSP. ISBN 80-7216-075-3.
60. HRUBÝ, J. 1999. *Velký ilustrovaný průvodce světem neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 1. Díl*. Praha : FRPSP. ISBN 80-7216-096-6.
61. HŘIVNOVÁ, MICHAELA. 2012. Realizace výuky Výchovy ke zdraví na ZŠ a ve vybraných krajích ČR s důrazem na oblast sexuální výchovy. In: *Sborník Moravský regionální kongres 2012*. SPRSV. ISBN 978-80-904290-7-9.
62. HUNT, F., CASTAGNARO, K., CASTREJÓN-MONTEROSSAS, E. 2014. *Evaluation of the implementation of the ministerial declaration: Preventing to Education*. New York : IPPF.
63. HUNTER, J., PHILLIPS, S. 2000. *Sex Education*. 2nd ed. Folens : Dublin. ISBN 1.86202566-5.
64. CHEN, G. E. 2014. Influential Factors of Deaf Identity Development. In: *Electronic Journal for Inclusive Education*. 3(2), 1 – 12.
65. ICRW. 2013. *Child marriage paper in South Africa 2013*.
66. IPPF FRAMEWORK. 2010. *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*. London : IPPF.
67. IQBAL, S., DOLAN, M., MONTEIRO, B. 2004. Characteristics of Deaf Sexual Offenders Referred To a Specialist Mental Health Unit In The UK. In: *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 15(3), 494 – 510. EISSN 1478-9957.
68. JANDOUREK, J. 2003. *Sociologický slovník*. Praha : Portál.
69. JANIŠ, K. 2010. Představy veřejnosti o sexuální výchově. In: Mitlöhner, M., Prouzová, Z. *Sborník referátů 2010 z 18. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice*. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.

70. JANIŠ, K., TÄUBNER, V. 1999. *Didaktika sexuální výchovy*. – Gaudeamus, Hradec Králové.
71. JANOŠKOVÁ, D., ONDRÁČKOVÁ, M., ČÁBALOVÁ, D., eds. 2011. *Občanský výchova 8, Rodinná výchova 8. Focus*. ISBN 978-80-7238-317-7.
72. JANOŠOVÁ, P. 2008. *Dívčí a chlapecká identita : vývoj a úskali*. Praha : Grada. ISBN 8024722849.
73. JANIŠ, K., LOUDOVÁ, I., ANDRŠOVÁ, J. 2013. Motivy k zavedení sexuální výchovy do škol. In: *Sborník referátů 2013*. ISBN 978-80-905386-1-0.
74. JANIŠ, K. 2012. Limity sexuální výchovy. In: *Sborník referátů 2012*. ISBN 978-80-904290-8-6.
75. JANIŠ, KAMIL, 2006. *Sexuální výchova a škola*. In Moravský regionální kongres. Dostupné na World Wide Web: <<http://planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006082901>.
76. JANIŠ, K. 2001. Příspěvek k sexuálnímu chování středoškoláků. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2001*. SPRSV. ISBN 80-86559-5.
77. JANYŠKOVÁ, A., KONEČNÝ, Š. 2012. Tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení u obézních pacientů v souvislosti s redukcí tělesné hmotnosti. In: *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha : Česká společnost J.E.Purkyně. 239 – 244. ISSN 1212-0383.
78. JARKOVSKÁ, L. 2012. *O dívkách či pro dívky? aneb Sexuální výchova a gender*. In *Sborník 2012*. ISBN 978-80-904290-8-6.
79. JEFFRIES, W. L., DODGE, B., BANDIERA, F. C., REECE, M. 2010. *Beyond abstinence – only : Relationships between abstinence education and comprehensive topic instruction*. Sex Education, Vol. 10., no. 2. S. 171 – 185. EISSN 1472-0825.
80. JOSEFÍKOVÁ, L. 2014. *Informovanost žáků 8. a 9. tříd základních škol o problematice a prevenci HIV/AIDS*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.
81. IPPF EUROPEAN NETWORK. 2015. *Barometer of Women's Access to modern contraceptive choice in 16 EU Countries*. Brussels : IPFEN.
82. KABÁTOVÁ, Z.; PROFANT, M.; a kol. *Audiológia*. Bratislava : Grada Slovakia. ISBN 978-80-8090-603-8.
83. KADLČÍKOVÁ, K. 2012. Postoje učitelů k výuce sexuální výchovy. In: *Sborník Moravský regionální kongres 2012*. SPRSV. ISBN 978-80-904290-7-9.
84. KALMAN, MICHAL, SIGMUND, ERIK, SIGMUNDOVÁ, DAGMAR, a kol., 2011. *Národní zpráva o Zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2985-4.
85. KENG, B. A. Identity Issues of for Hard-of-Hearing Adolescents Aged 11,12,13 and 15 in Mainstream Setting. In: *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 8(3), 315 – 324. EISSN 1081-4159.
86. The Kirby Institute. 2014. *HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2014 HIV Supplement*. The Kirby Institute, UNSW, NSW 2052
87. KOLIBIKI, H. M. 2014. A Study of emotional relationships among deaf adolescents. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 114, 399 – 402. ISSN 1877-0428.
88. KONTULA, O. 2010. The evolution of sex education and student's sexual knowledge in Finland in the 2000s. In: *Sex Education*. 10(4), 373 – 386. EISSN 1472-0825.

89. KRCH, F. D. 2000. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. In: *Psychiatrie pro praxi*. 4. ISSN 1803-5272.
90. KUBRICHTOVÁ, L. 2000. Sexuální chování mládeže v České republice a ve světě. In: *8. celostátní kongres k sexuální výchově České republiky*. Praha: SPRSV. s. 41 – 55
91. KYEI, K., ADESI, S., D. 2014. Knowledge on HIV/AIDS among high school students Ghana. In: *World Journal of Basic and Applied Science*. 2. EISSN 1927-5129.
92. LANGER, J., KUČERA, P. 2012. Základy surdopedie. In: LUDÍKOVÁ, L.; KOZÁKOVÁ, Z., a kol. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3092-8.
93. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
94. LAUMANN-BILLINGS, L., EMERY, R. E. 2000. Distress among young adults from divorced families. In: *Journal of Family Psychology*. 14, 671-687. EISSN 1939-1293.
95. LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální řeči a foniatrie*. Brno : Paido. ISBN 80-7315-038-7.
96. LEJSKA, M. 1994. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. Brno : Paido. ISBN 80-7013-178-0.
97. LOAIZA, ADILBERTO, LIANG, MENGJIA, 2013. *Adolescent Pregnancy*. New York : UNFPA.
98. LOEB, ROGER, C., SARIGIANI, PAMELA, 1970. The impact of hearing impairment on self-perceptions of children. In: *The Volta Review*. 88, p. 89 – 100.
99. LONGMAN, R. E. 2012. *Charge syndrome*. In: COPEL, J. A. *Obstetric Imaging*. Philadelphia : Elsevier Saunders. ISBN 978-1-4377-2556-8.
100. LUNEROVÁ, J., ŠTĚRBA, R., SVOBODOVÁ, M. 2015. *Výchova k občaství 8 – učebnice vytvořená v souladu s RVP*. Nová Škola. ISBN 978-80-7289-427-7.
101. MACKAY, A. P., GAVIN, L., BROWN, K., eds. 2009. Sexual and Reproductive Health of Persons Aged 10 – 24 Years – United States, 2002 – 2007. In: *Surveillance Summaries*. 58(S S06), 1 – 58.
102. MAGOON, K. 2009. *Sex Education in Schools*. Minnesota : ABDO. ISBN 978-1-60453-536-5.
103. MALONE, P., RODRIGUEZ, M. 2011. Comprehensive Sex Education vs. Abstinence – Only – Until – Marriage Programs. In: *Humang Rights Magazine Home*. 38(2). ISSN 1475-4835.
104. MANLOVE, J., IKRAMULLAH, E., TERRY-HUMEN, E. 2008. Condom use and consistency among male adolescents in the United States. In: *Journal Adolescence Health*. 43(4), 325–333.
105. MARHÁNKOVÁ-HASMANOVÁ, J. 2011. *Matky samoživitelky a jejich situace v ČR*. In: *GenderStudies*. 3 – 10. EISSN 1805-7632.
106. MARSCHARCK, M., SPENCER, P., E. 2003. *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education*. New York : Oxford University Press. ISBN 0-19-514997-1.
107. MARTINEZ, G. M., ABMA, J. C. 2015. Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing of Teenagers Aged 15–19 in the United States. In: *NCHS Data Brief*. 209.
108. MARTINEZ, G., COPEN, C. E., ABMA, J. C. 2011. Teenagers in the United States: Sexual Activity Contraceptive Use, and Childbearing, 2006 – 2010 National Survey of Family Growth. In: *Vital and Health Statistics*. 23(31). Washington : U.S. Government Printing Office.
109. MARTINEZ, G., ATMA, J., CASEY, C. 2010. *Education teenagers about sex in the United States*. In: *NCHS Data brief*. No. 44.
110. MATOUŠEK, O. 1997. *Dospívání chlapců v Čechách a na Moravě*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-121-5.

- 111.MCCURDY, R. J., SCHNATZ, P. F., WEINBAUM, P. J., eds. 2014. Contraceptive use in adolescents in Sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys. In: *Connecticut Medicine*. 78(5), 261 – 272.
- 112.MCINTOSH, A. 2006. *Marital Satisfaction and Conflict Styles in Deaf-Hearing Couples*. 5th annual Hawaii International Conference on Social Sciences.
- 113.MCNEELY, C., BLANCHARD, J. 2009. *The Teens Years Explained*. Baltimore : Center for Adolescent Health at the John Hopkins Bloomberg School of Public Health. ISBN 978-0-615-30246-1.
- 114.MEYERHOFF, W. L. *Hearing loss*. New York : Thieme Medical Publishers. ISBN 0-86577-623-7.
- 115.MITCHELL, A., PATRICK, K., HEYWOOD, W. eds. 2014. *National Survey of Australian Students and Sexual Health 2013*. La Trobe University. ISBN 978-192-191-5512.
- 116.MLČÁK, Z., MIKULIČKOVÁ, P. 1997. Postoje k sexualitě u středoškolské mládeže. In: 5. *Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*.
- 117.MOOG, J. S., GEERS, A., E., GUSTUS, CH. eds. 2011. Psychosocial Adjustment in Adolescents Who Have Used Cochlear Implants Since Preschool. In: *Ear Hear*. 32(1), 75S – 83S. EISSN 1538-4667.
- 118.MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- 119.MOORE, S., ROSENTHAL, D. 1993. *Sexuality in adolescence*. London and New York : Routledge. ISBN 0-415-07527-0.
- 120.MOST, T., 2007. *Speech intelligibility, loneliness, and sense of coherence among deaf and hard-of-hearing children in individual inclusion and group inclusion*. In: *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 12, 495 – 503. EISSN 1465-7325.
- 121.MOŽNÝ, IVO. 2002. *Sociologie rodiny*. Praha : SLON. ISBN 80-86429-05-9.
- 122.MRÁZKOVÁ, E. 2006. *Základy audiologie a metod objektivního vyšetření sluchu*. Ostrava : VŠB. ISBN 80-248-1129-4.
- 123.MUSICK, K., MEIER, A. 2010. Are both parents always better than one? Parental conflict and yout adults well-being. In: *Social Science Research*. 39(5), 814 – 830. ISSN 0049-089X.
- 124.NAPOLI, D. J., MELLON, N. K., NIPARKO, J. K., eds. 2015. Should all deaf children learn sign language? In: *Pediatrics*. 136(1), 170–176 . ISSN 0022-3476.
- 125.NIKOLARAIZI, M. 2007. Analysing the concept of deaf identity. In: *Hellenic Journal of Psychology*. 4, 185 – 204. ESSN 1790-1391.
- 126.NIVEN, D. 2004. *100 tajemství uspokojivých partnerských vztahů*. Praha : Portál. ISBN 80-717-8823-6.
- 127.NEKLAPILOVÁ, V. 2010. *Sexuální výchova v základních školách*. In: *Sborník 2010*. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.
- 128.NETZER, O. K., GROSS, O., JUNG, CH., eds. 1997. *Alport syndrome : Clinical and Genetic Correlation in a Type IV Callagen Disease*. In: SESSA, A.; CONTE, F.
- 129.MESONI, M., eds. *Hereditary Kidney Diseases*. Basel : Karger. ISBN 3-8055-6551-8.
- 130.NORTHERN, J. L., DOWNS, M. P. 2002. *Hearing in Children*. Maryland : Lippincott Williams&Wilkins. ISBN 0-683-30764-9.
- 131.NOVÁK, A. 2004. *Protetická péče pro sluchově postižené*. V Praze : Alexej Novák. Bez ISBN.

132. OGDEN, C. L., CAROLL, M. D., CURTIN, L. R., 2006. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1994 – 2004. In: *The Journal of the American Medical Association*. 295(13), 1549 – 1555. ISSN 1538-3598.
133. OLUKUNLE, O. 2007. *Adolescents Transition : The Challenges and the Way Out (African Perspective)*. African Population Conference 10 – 14, 2007. Africa, Tanzania.
134. O'KEEFE, F., FORBES, L. 2013. *HIV Australia*. 11(1). ISSN 1446-0319.
135. FACET THE FACT BRIEFING, 2014. *Young Australians and Sexual Health*. Sandy Bay (Australia) : ACYS. ISSN 2200-2667.
136. OYO-ITA, A., IKPEME, B. M., ATOKIDE, A., eds. 2005. Knowledge of HIV/AIDS among secondary school adolescent in Calabar – Nigeria. In: *Annal of African Medicine*, 4(1). ISSN 1596-3519.
137. PAXTON, S. J., SZTAINER-NEUMARK, D., EISENBERG, M., eds. 2006. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: five-year longitudinal study. In: *Developmental Psychology*. 42(5), 888 – 899. EISSN 1939-0599.
138. PECH, J. 1999. Stav sexuální výchovy na Středních odborných učilištích. In: *7. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*. Brno : SPRSV.
139. POPENOE, D. 2004. *Ten Important Research Findings on Marriage and Choosing a Marriage Partner: Helpful Facts for Young Adults*. New Brunswick, N. J.: National Marriage Project at Rutgers University.
140. POTMĚŠIL, M., a kol. 2012. *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3379.
141. POTMĚŠIL, M. 2011. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina. In: J., MICHALÍK, a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
142. PROFANT, O., DURISIN, M. 2012. Anatomia a fyziologie sluchového orgánu. In:
143. PŘÍHODA, VÁCLAV. 1967. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha : SPN. ISBN 1691767.
144. PRŮCHA, J., MAREŠ, J., WALTEROVÁ, E. 2003. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-772-8.
145. PULDA, M. 1992. *Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk*. Olomouc : Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-190-4.
146. RAŠTICOVÁ, M. 2009. *Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci*.
147. READ, P. A. 2007. *Understanding the genotype basic concepts*. Hampshire : Thomson Publishing Services. ISBN – 10: 0415 38359 5.
148. REDDY, C. L., RAMAR, R., KUSUMA, A. 2004. *Hearing impairment an Education Consideration*. Delhi : Tarum Offset Printers. ISBN 81-7141-800-7.
149. RIDEONT, J. V. 2010. *Generation M2 : Media in the Lives of 8 to 18 – Years – Old*. CA : Kaiser Family Foundation.
150. ROBBINS, C. L., SCHICK, V., REECE, M. 2011. Prevalence, Freuequency, and Association of Masturbation With Partnered Sexual Behaviors Among US Adolescents. In: *JAMA Pediatrics*. 165(12), 1087-93. ISSN 2168-6211.
151. RUFFIN, N. 2009. *Adolescent Growth and Development*. Virginia Cooperative Extension.

152. SARDAR, E. H., KADIR, R. A. 2012. Mother's Attitudes and Self-Esteem among Deaf Children in Iranian High Schools. In: *Asian Social Science*. 8(2), 147 – 152. E-ISSN: 1911-2025.
153. SHELLEY, L. M. 2012. *Student Handbook to psychology: Developmental psychology*. New York : Fact on File inc. ISBN 978-0-8160-8280-3.
154. SHTARSHALL, R. A., SANTELLI, J. S., HIRSCH, J. S. 2007. Sex Education and Sexual Socialization: Roles for Educators and Parents. In: *Perspectives on sexual and reproductive health. A journal peer-reviewed research*. 39(2), 116 – 119. ISSN 1931-2393.
155. STANG, J., STORY, M., eds. 2005. *Adolescent growth and development*. Guidelines for Adolescent Nutrition Services. Minnesota : University of Minnesota.
156. STEINBECK, K., KOHN, M. 2013. *A Clinical Handbook in Adolescent Medicine: A Guide for Health Professionals Who Work with Adolescent and Young Adults*. New Jersey : World Scientific Publishing. ISBN 978-981-4374-03-3.
157. STRNADOVÁ, V. 2002. *Úvod do surdopedie*. Liberec : Technická univerzita. ISBN 80-7083-564-8.
158. ŠILEROVÁ, L., FRIDRICHOVSKÁ, D., PROUZOVÁ, Z. 2012. Projekt SAFE II v České republice – mladí lidé a informace o sexualitě. In: *SAFE II – Sborník referátů*. SPRSV. ISBN 978-80-904290-7-9.
159. STŘELCOVÁ, H., TELLINGEROVÁ, D. 2006. Zahájení pohlavního života mládeže. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2006*.
160. ŠTĚRBOVÁ, D. 2012. Rizika v sexuálním vzdělávání osob se zdravotním postižením. In: *SAFE II – sborník referátů*. Olomouc. ISBN 978-80-904290-7-9.
161. ŠTĚRBOVÁ, D. 2010. Potřeba sexuální výchovy u osob s handicapem. In: *Sborník 2010*. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.
162. ŠTĚRBOVÁ, D. 2007. Základy sexuální výchovy na školách pro žáky se sluchovým postižením a žáky s hluchoslepou, spolupráce s rodinou. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2007*.
163. SZTAINER-NEUMARK, D., PAXTON S. J., HANNAN, P. J., eds. 2006. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfactions and health behaviors in adolescent female and males. In: *The Journal of adolescent health*. 39(2), 244 – 51. ISSN 1054-139X.
164. ŠÁNDOROVÁ, Z. 2003. *Vybrané kapitoly z komprehenzivní surdopedie*. Hradec Králové : Gaudeamus. ISBN 80-7041-605-X.
165. ŠILEROVÁ, L. 2012. Závěry projektu SAFE II v ČR – sexuální výchova v rodině. In: *Sborník 2012*. ISBN 978-80-904290-8-6.
166. ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. 1999. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno : Paido. ISBN 80-85931-67-2.
167. ŠPELINOVÁ, T. 2007. *Prevence HIV/AIDS na základních školách v Plzeňském kraji*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce: MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.
168. ŠTYGLEROVÁ, T., KAČEROVÁ, E. 2013. Obrat v rozvodech. In: *Statistika & MY*. 4(10). ISSN 1804-7149.
169. ŠTYGLEROVÁ, T., NĚMEČKOVÁ, M. 2015. Spolu, s dětmi, ale bez oddacího listu. In: *Statistika & MY*. 5(1). s. 22 – 24. ISSN 1804-7149.

- 170.ŠVARCOVÁ, EVA. 2002. Pohled současné mládeže na rodičovství. Sborník z kongresu Pardubice 2002. SPRSV. ISBN 80-86559-12-2.
- 171.ŠVEC, Š. 2009. Metoda dotazníku v edukačním výzkumu. In: Š., ŠVEC, a kol. *Metodologie věd o výchově : Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 978-80-7315-192-8.
- 172.ŠVÍHELOVÁ, D. 2003. Postoje adolescentov k předmanželskej sexualitě. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2003*. Brno : SPRV. ISBN 80-86559-23-8.
- 173.TARCSIOVÁ, D. 2010. Základy pedagogiky sluchovo postihnutých. In: A., VANČOVÁ, a kol. *Základy intergratívnej špeciálnej pedagogiky*. Bratislava : IRIS. ISBN 978-80-
- 174.TÄUBNER, V., JANIŠ, K. 1998. *Na pomoc studentům a učitelům v sexuální výchově*. Hradec Králové : Gaudeamus.
- 175.THEUNISSEN, S. C., RIEFFE, C., NETTEN, A. P., eds. Self – Esteem in Hearing-Impaired Children: The Influence of Communication, Education, and Audiological Characteristics. In: *PLoS One*. 9(4), e94251. ISSN 1932-6203.
- 176.THOROVÁ, K. 2015. *Vývojová psychologie : Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- 177.TITZL, BORIS. 2010. *Sexuální výchova a její časová proměna*. In Sborník referátů 2010. Brno : SPRSV. ISBN 978-80-904290-2-4.
- 178.TORIELLO, H. V., SMITH, S. D. 2013. *Hereditary hearing loss ist syndromes*. New York : Oxford. ISBN 978-0-19-973196. TÄUBNER, V. 2001. Vybrané otázky sexuality postižených dětí a možnosti sexuální výchovy. In: *9. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*. Brno : SPRSV. ISBN 80-86559-02-5.
- 179.THANAVANH, B., HARUN-OR-RASHID, K. H., eds. 2013. Knowledge, attitudes, and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic. In: *Journal of the International AIDS Society*. 16. ISSN 1758-2652.
- 180.UHROVÁ, E. 2013. Partnerské vztahy osob se sluchovým postižením. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.
- 181.UNESCO. 2012. *Sexuality Education in Asia and the Pacific*. Bangkok : UNESCO. ISBN 978-92-9223-381-5.
- 182.UNESCO. 2010. *Levers of Success : Case studies of national sexuality education programmes*. Paříž : UNESCO. ED-2010/WS/29.
- 183.UNESCO. 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence – informed approach for school, teachers and health educators*. Paříž : UNESCO. ED-2009/WS/36 REV3.
- 184.UNFPA. 2015. *The Evaluation Comprehensive Sexuality Education Programmes : A Focus on Comprehensive Sexuality Education Programmes : A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes*. New York : United Nations Population Funds.
- 185.UNFPA. 2014. *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education*. New York : UNFPA.
- 186.UNFPA. 2015. *Sexual and reproductive health young people in Asia and the Pacific*. Bangkok : UNFPA.

- 187.UNFPA, WHO. 2012. *Child marriage. In Entre Nous : The Europe Magazine for Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen : WHO Regional office for Europe. ISSN 1014-8485.
- 188.UNICEF. 2016. *A profile of child marriage in Africa*. New York : UNICEF.
- 189.UNICEF. 2011. *The State of the World's Children : Adolescence An Age of Opportunity*. New York, USA. ISBN 978-92-806-4555-2.
- 190.UNICEF. 2002. *Adolescence : A time the matters*. New York.
- 191.UNICEF EAST ASIA AND PACIFIC REGIONAL OFFICE. 2015. *Adolescence under the radar in the Asia-Pacific AIDS response*. Bangkok : UNICEF EAPRO. ISBN 978-974-680-397-7.
- 192.UNITED NATIONS. 2015. *Trends Contraceptive Use 2015*. New York : United Nations. ISBN 978-92-1-151546-6.
- 193.UNESCO. 2009. *International technical guidance on sexuality education*. France : UNESCO. Paříž : Unesco. ED-2009/WS/36 ERW.
- 194.UNICEF Regional Office for Latin America and Carribean. 2007. Teenage moterhood in Latin America and the Carribean. In: *Challenges : Newsletters on progress towards the Millenium Development Goal from child and rights perspective*. 4. ISSN 1816-7543.
- 195.VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5., rozšířené a přepracované vydání. Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- 196.VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie I. – dětství a dospívání*. Praha : Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
- 197.VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. – dospělost a stáří*. Praha : Karolinum. ISBN 978-246-1318-5.
- 198.VAŠUTOVÁ, M., PANÁČEK, M. 2013. *Mezi dětstvím a dospělostí : vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava : Ostravská Univerzita. ISBN 978-80-7464-125-1.
- 199.VOHLÍDALOVÁ, M. 2010. Kdo podává žádost o rozvod a jaké jsou příčiny rozpadu partnerských vztahů? In: *Gender, rovné příležitosti a výzkum*. 12(2), 48 – 56. ISSN 1805-7632.
- 200.VOMASTEK, P. 2001. Masturbační aktivita. In: *9. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice : Sborník referátů*. ISBN 80-86553-02-5.
- 201.WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2009. Sexuální chování české populace. In: *Urologie pro praxi*. 10(3), 160 – 163. EISSN 1803-5299.
- 202.WESTWOOD, J., MULLAN, B. 2006. Knowledge of secondary school pupils regarding sexual health education. In: *Sex Education*. 6(2), 151 – 162. EISSN 1472-0825.
- 203.WHO. 2013. *HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV*. Geneva : WHO. ISBN 978-92-4-150616-8.
- 204.WHO/EUROPE. 2013. *Health 2020 : A European policy Framework and strategy for the 21th century*. Denmark : WHO Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-0279-0.
- 205.WIESNEROVÁ, EMA. 2016. Singles mají problém oddělit volný čas a práci. In: *online.muni.cz*. 12. Brno : Masarykova Univerzita v Brně. ISSN 1805-9759.
- 206.WILLOUGHBY – FITTS, J., KATSON, K. jr. 2013. „Can you get pregnant when u r in the pool?“ : young people's information seeking from sexual health text line. In: *Sex Education*. 13(1), 96 – 106. EISSN 1472-0825

207. WONG, L. D., WILSON, D., WHALEY F. L. 1995. *Whaley & Wong's nursing care of infant and children*. St. Louis : Mosby.
208. ZELINA, M. 2009. Interview v edukačním výzkumu. In: Š., ŠVEC, a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 979-80-7315-192-8.
209. ZEMKOVÁ, D., ŠNAJDEROVÁ, M. 2009. *Puberta v ambulanci pediatra*. In: *Pediatric pro praxi*. 10(5), 289 – 293.
210. ŽAMPACHOVÁ, M. 2006. *Sexuální chování adolescentů a nebezpečí HIV/AIDS*. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce: prof. PhDr. Ladislav Rabušic, CSc.

Seznam elektronických zdrojů

1. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *Comprehensive Sex Education*. © 2008, [cit. 2015-10-18]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/1487>>
2. UNFPA. 2014. *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education*.
3. ADVOCATES FOR YOUTH. *Abstinence – Only – Until – Marriage Programme*. [online]. © 2008, [cit. 2014-10-18]. Dostupný na World Wide Web: < <http://www.advocatesforyouth.org/topics-issues/abstinenceonly>>.
4. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *The Truth About Abstinence – Only Programs*. © 2008, [cit. 2015-10-18]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/409-the-truth-about-abstinence-only-programs>>.
5. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *The Truth about Abstinence Only Programs*. © 2008, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/409-the-truth-about-abstinence-only-programs>>.
6. ADVOCATES FOR YOUTH. [online]. *1st grade*. © 2003, [cit. 2016-08-05]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.advocatesforyouth.org/component/content/577?task=view>>.
7. AIDS-HIV [online]. *Podrobný popis HIV/AIDS*. © 2011 – 2013, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.aids-hiv.cz/html/popis.html>>.
8. AIDS Blog. [online]. *Stručná historie HIV/AIDS*. © 2008 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://aids.alms.cz/novinky/statistiky/strucna-historie-hiv-aids.htm>>.
9. „AllDeaf“. [online]. *Deaf-Hearing Marriage*, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.alldeaf.com/threads/deaf-hearing-marriage.35025/>>.
10. ALPORT SYNDROME FOUNDATION. *What is Alport syndrome?* [online]. © 2010, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.alportsyndrome.org/what-is-alport-syndrome/>>.
11. American Psychological Association, 2002. [online]. *Developing Adolescence : A reference for Professionals*. © 2002, [cit. 2016-07-31]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.apa.org/pi/families/resources/>>.

12. AMERICA SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *Hearing Loss at Birth (Congenital Hearing Loss)*. [online]. © 1997 – 2014, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.asha.org/public/hearing/Congenital-Hearing-Loss/>>.
13. ARKOWITZ, HALL, LILIENFELD, SCOTT, O., 2013. *Is Divorce Bad for Children?* © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.scientificamerican.com/article/is-divorce-bad-for-children/>>.
14. AUSTIN, B. S., HAINES, J., VEUGELERS, P. J. 2009. *Body Satisfaction and Body Weight: gender differences and sociodemographics determinants*. Bio Med Central Public Health. Dostupné na World Wide Web: <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-313>>.
15. AVERT, 2016. [online]. *HIV and AIDS in the United States of America (USA)*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/western-central-europe-north-america/usa>>.
16. AVERT, 2016. *HIV and AIDS in Asia & the Pacific Regional Overview*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/asia-pacific/overview>>.
17. AVERT, 2016. [online]. *HIV and AIDS in sub-Saharan Regional Overview*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/overview>>.
18. AVERT, 2016. [online]. *Myths about HIV and AIDS*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web:
19. AVERT, 2016. [online]. *HIV and AIDS in Latin America Regional Overview*. © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/overview>>.
20. AVERT, 2016. *HIV around the world*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world>> .
21. AVERT, 2016. [online]. *What are HIV and AIDS?*, © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.avert.org/about-hiv-aids/what-hiv-aids>>
22. AVERT, 2016. [online]. *Stages on HIV infection*, © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.avert.org/professionals/hiv-science/stages-infection#footnote3_awayrcq>.
23. BAOCHANG, GU, YAN, CHE. 2013. [online]. *Contraception, a family planning imperative*. [cit. 2016-08-05]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.eastasiaforum.org/2013/05/07/contraception-a-family-planning-imperative/>>.
24. BERKE, J. 2012. *Toxoplasmosis and Hearing Loss*. [online]. © 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web: <http://deafness.about.com/od/diseasesandsyndromes/g/toxoplasmosis_hearing_loss.htm>
25. BERKE, JAMIE, 2014. [online]. *Marriage Between Deaf and Hearing people*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.verywell.com/deaf-culture-big-d-small-d-1046233>>.
26. BERKE, J. 2009. *Growing Up Deaf – Rubella*. [online]. © 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web: <<http://deafness.about.com/cs/featurescauses/a/rubella.htm>>.

27. BRIGHT FUTURES. [online]. *Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality*. © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/9-Sexuality.pdf>>.
28. BZgA, 2016. [online]. *Sexuality education : Policy Brief No. 1*. © 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <file:///C:/Users/Pavel%20%C5%A0vec/Downloads/Sexuality_education_Policy_brief_No_1.pdf>.
29. CALIFORNIA EAR INSTITUTE. *Connexin 26*. [online]. © California Ear Institute, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.californiaearinstitute.com/ear-disorders-connexin-26-bay-area.php>>.
30. CAMBRIDGE DICTIONARY. [online]. *Nuclear family*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/nuclear-family>>.
31. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016. [online]. *About HIV/AIDS*, © 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.cdc.gov/hiv/basics/whathiv.html>>.
32. Centers for Disease Control and Prevention, 2016. [online]. *HIV among Youth*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/>>.
33. COLLINS, LOIS, M., 2015. [online]. *U. S. marriage rate hits new low and may continue to decline*, © 2015, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://national.deseretnews.com/article/21813/harley-quinn-a-symbol-of-domestic-abuse.html>>.
34. ČADOVÁ, N. 2014. [online]. *Postoje veřejnosti k právům homosexuálů – červen 2014*. © 2016, [cit. 2016-10-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://cvvm.soc.cas.cz/vztahy-a-zivotni-postoje/postoje-verejnosti-k-pravam-homosexualu-cerven-2014>>.
35. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. [online]. *Jaké je složení domácností v ČR?* © 2013, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <https://www.czso.cz/csu/czso/jake_je_slozeni_domacnosti_v_cr20130307>.
36. DERRER, DAVID, T., 2014. [online]. *The Top 10 Myths and Misconceptions About HIV and AIDS*. © 2014, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.webmd.com/hiv-aids/top-10-myths-misconceptions-about-hiv-aids?page=2>>.
37. DICTIONARY.[online]. *Masturbation*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.dictionary.com/browse/masturbation>>.
38. DIDIER, SUZANNA. 2013. [online]. *What are the benefits of two-parents household?* © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.livestrong.com/article/560652-what-are-the-benefits-of-a-two-parent-household/>>.
39. DIVORCEINFO. [online]. *Disadvantages of divorce*, © 1996 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://divorceinfo.com/disadvantages.htm>>.
40. DIVORCESCIENCE. [online]. *World Divorce Statistics*, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<https://divorcescience.org/for-students/world-divorce-statistics-comparisons-among-countries/>>.
41. DOHERTY, WILLIAM, H. [online]. *How common is divorce and what are the reasons?*, © 2015, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.divorce.usu.edu/htm/lesson-3>>.
42. EMEDICINE HEALTH (online). *Sexually Transmitted Diseases*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.emedicinehealth.com/sexually_transmitted_diseases/article_em.htm>.

43. ENCYKLOPEDIÉ OF CHILDREN'S HEALTH. [online]. *Masturbation*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthofchildren.com/M/Masturbation.html>>.
44. ENGEL, PAMELA, 2014. *MAP: Divorce Rates Around The World*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.businessinsider.com/map-divorce-rates-around-the-world-2014-5>>.
45. EUROPA.EU, 2016. [online]. *Marriage*, © neuvvedeno, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <http://europa.eu/youreurope/citizens/family/couple/marriage/index_en.htm>.
46. EUROPEAN COMMISSION, 2016. [online]. *Property effects on marriage and registered partnership*. © neuvveden, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <http://ec.europa.eu/justice/civil/family-matters/marriage/index_en.htm>
47. EUROPEAN STATISTICS EXPLAINED, [online]. *Marriage and divorce statistics*. ISSN 2443-8219.
48. EUROSTAT, 2016. [online]. *Marriage and divorce statistics*. Dostupný na World Wide Web: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics>
49. FamilyFacts.org. [online]. *Benefits of Family for Children and Adults*. © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupné na World Wide Web: <<http://familyfacts.org/briefs/6/benefits-of-family-for-children-and-adults>>.
50. FOWLER, K. B.; ROSS, D. S. 2008. *Cytomegalovirus: A Major Cause of Hearing Loss in Children*. [online]. © 1997 – 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web:<
51. FPA, 2011. *Teenagers: sexual health behaviour*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.fpa.org.uk/factsheets/teenagers-sexual-health-behaviour>>
52. GIRLS NOT BRIDES. [online]. *Sub-Saharan Africa*. © 2002 – 2016, [cit. 2016-10-3]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.girlsnotbrides.org/region/sub-saharan-africa/>>.
53. GIRLS NOT BRIDES. [online]. *Children Brides in United States*. © 2002 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/united-states/>>.
54. GIRLS NOT BRIDES. [online]. *Eastern Europe and Central Asia*, © 2002 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.girlsnotbrides.org/region/central-eastern-europe-commonwealth-of-independent-states/>>.
55. GUTTMACHER INSTITUT, 2015. [online]. *Contraceptive Use in the United States*. © 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <
56. GUTTMACHER INSTITUTE, 2016. [online]. *Sex and HIV education*. Dostupné na World Wide Web: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/spibs/spib_SE.pdf>.
57. HARVARD HEALTH PUBLICATIONS. [online]. *Marriage and Men's Health*, © 2010 – 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/marriage-and-mens-health>.
58. HEALTHY HEARING, 2009. [online]. *Love, Marriage and Hearing Loss: Listen to me Dear!* © 2016, [2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthyhearing.com/content/articles/Buying/Benefits/41667-Marriage-and-hearing-loss>>.
59. HIV PREVENENCE, 2014. [online]. *Príznaky a stádia HIV infekce*, © 2014, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.hiv-prevence.cz/priznaky-a-stadia-hiv-infekce.html>>.
60. HIV PREVENENCE, 2014. [online]. *Čeho se nebat?*, © cit. 2016-08-02, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.hiv-prevence.cz/ceho-se-nebat.html>>.

61. HEARING LOSS GLOSSARY AND ACRONYMS. *Hearing Impaired*. [online]. © neuvedeno, [cit. 2014-05-13]. Dostupný na World Wide Web:< <http://www.nchearingloss.org/hi.htm>>.
62. HEARING LOSS GLOSSARY AND ACRONYMS. *Congenital (deafness or hearing loss)*. [online]. © 2003 – 2012, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web:< <http://www.nchearingloss.org/gloss.htm?fromnncshhh>>.
63. HOLLAND, KIMBERLEY, 2013. [online]. *The History of HIV*, © 2005 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthline.com/health/hiv-aids/history#ReadThisNext0>>.
64. HUMAN RIGHTS WATCH, 2015. [online]. *Ending Child Marriage in Africa*, © 2016 [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.hrw.org/news/2015/12/09/ending-child-marriage-africa>>.
65. CHILD TRENDS DATA BANK, 2014. [online]. *Condom Use : indicators on children and youth*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2012/07/28_Condom_Use.pdf>.
66. INSTITUTE OF HUMAN VIROLOGY [online]. *AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)*, © 2016, [2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.ihv.org/education/AIDS.html>>.
67. INTERNATIONAL CENTER FOR RESEARCH ON WOMEN. [online]. *Child Marriages Facts and Figures*, © 2015, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>>.
68. IPPF, 2014. [online]. *Five Sex Education Success in Latin America*. © 2014, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.ippfwhr.org/en/blog/five-sex-education-successes-in-latin-america>>.
69. JONES, GAVIN, W., 2013. Marriage in Asia. In East Asia Forum, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.eastasiaforum.org/2013/04/26/marriage-in-asia/>>.
70. WHO. *Deafness and Hearing Loss*. [online]. © 2014, [cit. 2014-05-14]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>>.
71. AMERICA SPEECH-LANGUAGE-HEARIN ASSOCIATION. [online]. *Ototoxic Medication (Medication Effects)*. © 1997 – 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.asha.org/public/hearing/Ototoxic-Medications/>>.
72. KAUFMAN, MIRIAM, 2011. [online]. *Sex Education for children: Why parents should talk to their kids about sex*. © 2004 – 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupné na World Wide Web:<<http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/FamilyandPeerRelations/Sexuality/Pages/Sex-Education-for-Children-Why-Parents-Should-Talk-to-their-Kids-About-Sex.aspx>>.
73. King, M. Rosalyn. [online]. *Adolescence-Overview, History, Theories*. © 2004, [cit. 2016-07-29]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.psyking.net/id183.htm>>.
74. KRAMULOVÁ, DANIELA, 2010. *Krize středního věku*, © 1999 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.rodina.cz/clanek7766.htm>>
75. KUCHAROVÁ, VĚRA. (2007): „Lone mothers at the labour market: Their requirements and their entitlement to social protection measures.“ (Dostupné z <http://praha.vupsv.cz/>, cit. 26. 4. 2011.).
76. LEMOUSE, MACK. [online]. *Cause of Marriage Failure: Money, Sex and Communication*, © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.healthguidance.org/entry/15263/1/Causes-of-Marriage-Failure-Money-Sex-and-Communication.html>>.

77. LIPKA, MICHAEL, 2014. [online]. *Many Africans see contraception as immoral*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/04/16/africans-among-the-most-morally-opposed-to-contraception/>>.
78. MANDAL, ANANYA, 2014. [online]. *History of AIDS*, © 2000 – 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS.aspx>>.
79. MAPS OF WORLD. [online]. *Countries with lowest divorce rate – world top ten*, © 2002 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.mapsofworld.com/world-top-ten/countries-with-lowest-divorce-rate.html>>.
80. MARÁDOVÁ, EVA, 2006. [online]. K aktuálním otázkám pojetí rodinné a sexuální výchovy v transformované škole, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=62>>.
81. MARÁDOVÁ, EVA, 2004. [online]. Postoje středoškolské mládeže k otázkám manželství, partnerství a rodičovství jako východisko pro koncepci sexuální výchovy, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=36&stromhmenu=0&urpod=1>>.
82. MEDLINE PLUS (online). *Sexually Transmitted Diseases*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://medlineplus.gov/sexuallytransmitteddiseases.html>>.
83. MERRIAM WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Divorce*, © 1986 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/divorce>>.
84. MERRIAM-WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Masturbation*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/masturbation>>.
85. MERRIAM-WEBSTER SINCE 1828 [online]. *Contraception*, ©2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.merriam-webster.com/dictionary/contraception>>.
86. MERRIAM WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Nuclear family*, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/nuclear%20family>>.
87. MERRIAM-WEBSTER SINCE 1828. [online]. *Sexual intercourse*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/sexual%20intercourse>>
88. MEYER, CATHY, 2016. [online]. *3 Major Cause of Divorce*, © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://divorcesupport.about.com/od/romanceafterdivorce/fl/6-Things-Needed-For-Second-Marriages-To-Succeed.htm>>.
89. MEYER, CATHY, 2016. [online]. *10 Marital Problems That May Cause Divorce*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <http://divorcesupport.about.com/od/isdivorcethesolution/qt/marital_discord.htm>.
90. Ministry for Foreign Affairs Sweden, 2015. *Strategy for sexual and reproductive health and rights in Sub-Saharan Africa 2015 – 2019*. Sweden : Government Office of Sweden.
91. MPSV, 2007. [online]. *Krise středního věku*, © neuveden, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.mpsv.cz/cs/3809>>.
92. MPSV. [online]. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině.

93. MZCR. [online]. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*, [cit. 2016-08-02]. Dostupné na World Wide Web: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=45178&nr=48~2F1997&rpp=15#local-content>.
94. MZCR. [online]. *Zákon č. 267/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*. Dostupný na World Wide Web: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zakon-c267/2015-sb-kterym-se-meni-zakon-c258/2000-sb-o-ochrane-verejneho_10910_11.html.
95. MZCR, 2003. *Řešení problematiky infekce HIV/AIDS*. In *Věstník 8/2003*. Dostupný na World Wide Web: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3659_1782_11.html.
96. NÁRODNÍ CENTRUM PRO RODINU, 2012. [online]. *Komentář k přípravným katechezím VII. Světového setkání rodin v Miláně 2012*. Dostupné na World Wide Web: http://www.rodiny.cz/f/file/Fakta_o_rodine_web.pdf.
97. NATIONAL CONFERENCE OF STATES LEGISLATURES, 2016. [online]. *State policies on sex education in schools*. © 2016,
98. NDTV. 2016. *Phillipines Only Country in Asia Where Teen Pregnancy Rising*. [cit. 2016-10-11]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.ndtv.com/world-news/philippines-only-country-in-asia-where-teen-pregnancy-rising-1428928>.
99. NĚMEČKOVÁ, MICHAELA, KURKIN, ROMAN, ŠTYGLEROVÁ, TEREZIE, 2015. *Rodinné chování v České republice: první děti později a mimo manželství*. Dostupný na World Wide Web: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriages_and_births_in_the_Czech_Republic/cs.
100. NUV. [online]. *Vzdělávací program Základní škola 1 – 9*. © 2011 – 2016, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.nuv.cz/t/vzdelavaci-programy-platne-v-zakladnim-vzdelavani-pred>.
101. OECD FAMILY DATABASE, 2015. [online]. *Marriage and divorce rates*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.oecd.org/social/family/database.htm>.
102. OECD, 2011. *Families are changing*. Dostupný na World Wide Web: <https://www.oecd.org/els/soc/47701118.pdf>.
103. OECD Family Database, 2015. [online]. *Marriage and divorce rates*. [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: https://www.oecd.org/els/family/SF_3_1_Marriage_and_divorce_rates.pdf
104. OFFICE OF ADOLESCENT HEALTH, 2016. [online]. *Contraceptive and Condom Use*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/reproductive-health/contraceptive-use.html>.
105. OPTIONS FOR SEXUAL HEALTH, 2009. [online]. *Abstinence*. © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.optionsforsexualhealth.org/birth-control-pregnancy/birth-control-options/natural-methods/abstinence>
106. OSBORNA, HANNAH, 2013. [online]. *Condom Use Falls in Sub-saharan Africa, Says HIV and AIDS Report*, © 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.ibtimes.co.uk/hiv-aids-united-nations-report-condom-use-508309>.

107. OZMEN, DILEK, OZMEN, EROL, ERGIN, DILEK, eds., 2007. *The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents*. BMC Public Health. Dostupné na World Wide Web:
<<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-80>>.
108. PLAN INTERNATIONAL, 2015. [online]. *Nicaragua : Latin Americas Teen Pregnancy Capital*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <<https://plan-international.org/news/2015-08-04-nicaragua-latin-americas-teen-pregnancy-capital>>.
109. PLANNED PARENTHOOD [online]. *What are the benefits of condom?*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/condom/what-are-the-benefits-of-condoms>> .
110. PLANNED PARENTHOOD [online]. *The ten biggest myths about sex*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.plannedparenthood.org/teens/sex/the-ten-biggest-myths-about-sex>>.
111. PLANNED PARENTHOOD. [online]. *Implementing Sex Education*. © 2014, [cit. 2015 – 10 - 18]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.plannedparenthood.org/educators/implementing-sex-education>>.
112. PSYCHOLOGY TODAY. [online]. *Adolescence*, © 1991 – 2016, [cit. 2016-07-29].
113. RAŠKOVÁ, MILUŠE. 2004. [online]. Děti předškolního věku a jejich představa o lásce. Sborník z kongresu Pardubice 2004, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=36>>.
114. S dětmi proti obezitě [online]. *Prevalence dětské nadváhy a obezity*, © 2013, [cit. 2016-07-31]. Dostupné na World Wide Web: <<http://sdetmiпротиobezite.cz/pro-sponzory/prevalence-detske-nadvahy-a-obezity/>>.
115. SHIMER-BOWERS, ELIZABETH, 2016. *The Truth about 8 Masturbation Myths*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web:
<<http://www.everydayhealth.com/erectile-dysfunction/the-truth-about-masturbation-myths.aspx>>.
116. SCHWETA, C., MUNDKUL, SUNEEL, CHAITANYA, V., 2011. *Knowledge and Beliefs About HIV/AIDS among adolescents*, [online], © WebmedCentral, 2016, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <https://www.webmedcentral.com/article_view/2830>.
117. STEM/MARK. 2015. [online]. Polovina Čechů by homosexuálům povolila adoptovat dítě jejich registrovaného partnera. [cit. 2016-10-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.stemmark.cz/polovina-cechu-by-homosexualum-povolila-adoptovat-dite-jejich-registrovaneho-partnera/>>.
118. STŘELCOVÁ, HANA; TELLINGEROVÁ, DAGMAR. 2006. [online]. Zahájení pohlavního života mládeže. Sborník z kongresu Pardubice 2006. © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupné na World Wide Web:
<<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=62>>.
119. SUKL, 2010. *Terapie HIV/AIDS infekce : Léčba a situace v ČR*, © 2010. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.sukl.cz/prevence-a-lecba-1>>.
120. Sutter Health Palo Alto Medical Foundation. [online]. *Abstinence*. © 2015, [cit. 2016-08-04]. Dostupné na World Wide Web:

- <<http://www.pamf.org/teen/sex/birthcontrol/abstinence.html>>.
- 121.SZÚ [online]. *Průběžná zpráva o výskytu HIV/AIDS v ČR u příležitosti Světového dne AIDS 2015*, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2015/Prubezna_zprava_o_vyskytu_HIV_AIDS_v_CR_u_prilezitosti_Svetoveho_dne_AIDS_2015.pdf>.
- 122.ŠAMANOVÁ, GABRIELA, 2011. *Rodinné hodnoty a postoje k manželství – listopad 2011*, © 2016, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://cvvm.soc.cas.cz/vztahy-a-zivotni-postoje/rodinne-hodnoty-a-postoje-k-manzelstvi-listopad-2011>>.
- 123.ŠVÍHELOVÁ, DAGMAR. 2003. [online]. Postoje adolescentů k předmanželské sexualitě. Sborník z kongresu Pardubice 2003, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=40>>.
- 124.TEACHING SEXUAL HEALTH. [online]. *The Parent's role*. © 2002 – 2016. Dostupné na World Wide Web: <<http://parents.teachingsexualhealth.ca/education/parents-role>>.
- 125.The free dictionary by farlex [online]. *Contraceptive*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/contraception>>.
- 126.The Healthy Teen Project [online]. *Adolescent Eating Disorders such as Anorexia, Bulimia and Binge Eating Disorders are treatable*. © 2015, [cit. 2016-07-31]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.healthyteenproject.com/adolescent-eating-disorders-ca>>.
- 127.THOMAYEROVA NEMOCNICE. [online]. *Tinnitus*. © Thomayerova nemocnice, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/oddeleni-usni-nosni-krcni/co-to-je-kdyz-se-rekne/tinnitus/>>.
- 128.TICHOTOVÁ, L., PARMA, P. 2013. [online]. Sexuální výchova na školách. © neuveden, [cit. 2016-10-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2013.htm>>.
- 129.UČITELSKÉ NOVINY. 2003. [online]. *Proč je Základní škola nejrozšířenějším vzdělávacím programem?*© 2010 – 2016, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <[UČITELSKÉ NOVINY. 2003. Proč je Základní škola nejrozšířenějším vzdělávacím programem?](http://ucitelske-noviny.cz/2003-proc-je-zakladni-skola-nejrozsi-renej-sim-vzdelavacim-programem/)>.
- 130.UNESCO OFFICE IN SANTIAGO, 2013. [online]. *Eleven countries revisit regional agreements on sexuality education*. © 2016, [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web:<http://www.unesco.org/new/en/santiago/press-room/single-new/news/doce_paises_dan_seguiimiento_a_acuerdos_regionales_sobre_educacion_en_sexualidad/#.V6SvDtSLTXp>.
- 131.UNFPA, 2015. *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes*.
- 132.UNFPA, 2014. *Investing in Sexual and Reproductive Health in Latin America and Caribbean*. New York : UNFPA.
- 133.UNICEF, 2016. *Turning the tide against AIDS will require more concentrated focus on adolescents and youth people*, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://data.unicef.org/hiv-aids/adolescents-young-people.html>>.
- 134.UNICEF, 2015. [online]. *Asia-Pacific region facing a hidden epidemic of HIV among adolescents, new report finding*. [cit. 2016-08-05]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.unicef.org/media/media_86395.html>.

- 135.VERNARCOVÁ, JANA. 2006. [online]. Postoje mladých k otázkám sexuality jako východisko pro realizaci sexuální výchovy na školách. Sborník z kongresu Pardubice 2006, © 2001 – 2013, [cit. 2016-09-23]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=62>>.
- 136.VLÁDA ČR, 2015. [online]. *Analýza ekonomických důsledků rozvodu pro ženy a pro muže*, © 2009 – 2016, [cit. 2016-08-04]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/pri-uradu-vlady/jiri-dienstbier/tiskove-informace/analyza-ekonomickych-dusledku-rozvodu-pro-zeny-a-muze-134412/>>.
- 137.VZP ČR. [online]. *V jakých případech hradí zdravotní pojišťovna testování na AIDS*, © 2015, [cit. 2016-08-02]. Dostupný na World Wide Web: <<https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/v-jakych-pripadech-hradi-zdravotni-pojistovna-testovani-na-aids>>.
- 138.WebMD [online]. Birth Control and Contraceptive Myths, © 2005 – 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.webmd.com/sex/birth-control/birth-control-contraceptive-myths>>.
- 139.WEISS, P., ZVĚŘINA, J. neveden. Masturbační aktivita obyvatel České republiky : Výsledky národního průzkumu. Sexuologický ústav 1. LF UK, Praha. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/1999/01/07weiss.pdf>>.
- 140.WEISS, PETR, ZVĚŘINA, JAROSLAV, 2009.[online]. *Sexuální chování v ČR : srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003, 2008*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://documents.tips/documents/sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vyzkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.html>>.
- 141.WELTI, KATE, WILDSMITH, ELISABETH, MANLOVE, JENNIFER, 2011. *Trends and recent estimates: Contraceptive use among U.S. Teens and Youth Adults*. Trends Child Research Brief, © 2011, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2011/12/Child_Trends-2011_12_01_RB_ContraceptiveUse.pdf>.
- 142.WHO/EUROPE. (online). *Key facts on youth people and reproductive health*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web.<<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/young-people/key-facts-on-young-people-and-reproductive-health>>.
- 143.WHO. [online]. *Adolescent development*, © 2016, [cit. 2016-07-29]. Dostupný na World Wide Web:<http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/>.
- 144.WHO, 2016. *HIV/AIDS*, © 2016, [cit. 2016-08-01]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.who.int/gho/hiv/en/>>.
- 145.WHO, 2015. *Sexually transmitted infections*, © 2016, [cit. 2016-08-01].
- 146.WHO. [online]. *International Classification of Diseases – ICD*. © 2014, [cit. 2014-05-12]. Dostupný na World Wide Web:<<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>.
- 147.WORLD FAMILY MAP 2015. [online]. Family structure, [cit. 2016-08-03]. Dostupný na World Wide Web: <<http://worldfamilymap.ifstudies.org/2015/articles/world-family-indicators/family-structure>>.
- 148.MSMT. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění zákona č. 82/2015 Sb.
- 149.MSMT. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání.
- 150.MSMT. Zpráva o vývoji českého školství od listopadu 1989 (v oblasti regionálního školství)

151.MSMT. Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách

152.MSMT. Desatero MŠMT k sexuální výchově

153.Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění pozdějších předpisů

154.MZCR. Vyhláška č. 299/2010 Sb., o očkování proti infekčním nemocem

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Přehled publikační činnosti

1. ŠVECOVÁ, V., FINKOVÁ, D., HUBIŠTOVÁ, M., KASÁČKOVÁ, J. 2016. Partnerská spokojenost osob se zrakovým postižením. In: *Andragogika*. XX(1), 12-19.
2. ŠVECOVÁ, V., LANGER, J. 2016. Psychosociální aspekty terciárního vzdělávání osob se sluchovým postižením. In: MAIEROVÁ, E., VIKTOROVÁ, L., DOLEJŠ, M., eds. *PHD EXISTENCE 2016 – Česko-slovenská psychologická konference nejen pro doktorandy a o doktorandech*. (Sborník odborných příspěvků). Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4963-0.
3. ŠVECOVÁ, V. 2015. Students of special education disciplines – issue of socializing and educating people with hearing impairment. In: LUBKINA, V., USCA, S. *Society, Integration, education. Proceedings of the International Scientific Conference May 22nd – 23rd, 2015*. Volume III. Rezekne : Rezeknes Augstskola. ISSN 1691-5887.
4. ŠVECOVÁ, V. 2014. Žák se sluchovým postižením jako partner. In: *Ph.D. existence 2014: česko – slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. s. 1 – 6. ISBN 978-80-244-4228-0.
5. ŠVECOVÁ, V., LANGER, J. 2014. Partnerské vztahy očima žáků se sluchovým postižením na sekundárním stupni vzdělávání. In: FINKOVÁ, D., LANGER, J., a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 43 – 59. ISBN 9780-244-4303-4.
6. ŠVECOVÁ, V. 2014. Presentace záměru výzkumného šetření s akcentem na partnerské vztahy. In: *Interdisciplinární pohledy na jinakost*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 352 – 356. ISBN 978-80-244-4483-3.
7. ŠVECOVÁ, V. 2014. Pupils with a hearing impairment in primary education – partner relationships. In: *Journal of Exceptional People*. Vol. 5. s. 35 – 48. Olomouc : Univerzita Palackého. ISSN 1805-4978.
8. ŠVECOVÁ, V. 2014. Výchovně – vzdělávací systém žáků se sluchovým postižením a jeho vliv na utváření vztahů s vrstevníky. In *Pedagogika, psychologie a dnešní společnost. Recenzovaný sborník příspěvků vědecké konference s mezinárodní účastí Sapere Aude 2014*. Hradec Králové : Magnanimitas. s. 499 – 506. ISBN 978-80-87952-03-0.
9. ŠVECOVÁ, V. 2014. Výzkumné šetření u žáků se sluchovým postižením: problematika realizace a finální výsledky. In *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů X*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 307 – 315. ISBN 978-80-244-4322-5.
10. ŠVECOVÁ, V. (2014). Sexualita adolescentů se sluchovým postižením na sekundárním stupni vzdělávání. In KRAJČÍ, P., LEZO, M., FUCHSOVÁ, M., a kol. *Inovácie v teorii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osob so zdravotným postihnutím*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave. s. 292 – 300. ISBN 978-80-89726-28-8.
11. ŠVECOVÁ, V. (2013). Partnerské vztahy očima žáků se sluchovým postižením a jejich intaktních vrstevníků. In FINKOVÁ, D., a kol. *Iniciační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 63 – 80. ISBN 978-80-244-3865.
12. ŠVECOVÁ, V. (2013). A hearing adolescents and a hearing impaired adolescents – a view at partnerships. In *Mezinárodní Masarykova konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky*. Hradec Králové. s. 2317 – 2323. ISBN 978-80-87952-00-9.

13. ŠVECOVÁ, V. (2013). Partnerské vztahy očima žáků se sluchovým postižením. In *Ph.D. existence III: česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 1 – 9. ISBN 978-80-244-3777-4.
14. ŠVECOVÁ, V. (2013). Žáci se sluchovým postižením a jejich intaktní vrstevníci – pohled na partnerské vztahy. In *Osoby so zdravotným znevýhodnením v kontexte súčasnej špeciálnej pedagogiky a súvtažných vied*. Bratislava : Univerzita Komenskeho v Bratislave. s. 279 – 288. ISBN 978-80-89238-87-3.
15. ŠVECOVÁ, V. (2013). Problematika pracovního uplatnění v kontextu osob se sluchovým postižením. In *Nové trendy výzkumu ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého. s. 82 – 89. ISBN 978-80-244-3823-8.

SUMMARY

Dissertation focuses on partner relationships of people with hearing impairment. The theoretical part includes topic as definition of hearing impairment, developmental period of adolescence, a developmental period of adulthood, theoretical definition of sex education and sex education issues at home and abroad.

The empirical part of the dissertation is conceived as a quantitative and qualitative. The target groups are students with hearing disabilities and students without hearing impairment, teachers of students with hearing disabilities, adults with hearing impairments and adults without hearing impairment.

As the research methods were used questionnaire for students with hearing disabilities and students without hearing impairment questionnaire for adults without hearing impairment, focus groups of pupils with hearing impairment analysis of didactic components textbooks according Prucha and interviews with teachers of hearing impaired pupils and adults with hearing disabilities.

The results showed that sex education plays an important role in the formation of relationships of people with hearing disabilities, the key enablers are teachers, but according to the pupil's parents. In the context of sex education it is necessary to pay particular attention to the topic of contraception and STDs, since there are still pupils who thinks at first sexual intercourse can not become pregnant, or souhlastí in sentences: AIDS is a gay disease; AIDS can only get risk populations.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Veronika Švecová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce/školitel:	doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Partnerské vztahy vztahy osob se sluchovým postižením v kontextu formujících vlivů
Název v angličtině:	Partner relationships of people with hearing impairment in the context of the formative influences
Anotace práce:	<p>Disertační práce se věnuje partnerským vztahům osob se sluchovým postižením. Teoretická část disertační práce svým pojetím obsahově kopíruje empirickou část a věnuje se vymezení sluchového postižení, vývojovému období adolescence, vývojovému období dospělosti, teoretickému vymezení sexuální výchovy a problematice sexuální výchova v tuzemsku a zahraničí. Empirická část disertační práce je pojatá jako kvantitativní a kvalitativní. Cílovou skupinu disertační práce tvořili osoby žáci se sluchovým postižením a žáci bez sluchového postižení, učitelé žáků se sluchovým postižením, dospělé osoby se sluchovým postižením a dospělé osoby bez sluchového postižení. Jako výzkumné metody byly použity dotazník pro žáky se sluchovým postižením a žáky bez sluchového postižení, dotazník pro dospělé osoby bez sluchového postižení, ohniskové skupiny u žáků se sluchovým postižením, analýza didaktických komponentů učebnice dle Průchy a interview s učiteli žáků se sluchovým postižením a dospělými osobami se sluchovým postižením. Výsledky ukázaly, že sexuální výchova hraje důležitou roli při utváření partnerských vztahů osob se sluchovým postižením, přičemž stěžejními činiteli jsou učitelé, ale dle žáků také rodiče. V rámci sexuální výchovy je třeba věnovat pozornost především tématu antikoncepce a pohlavních chorob, neboť stále existují žáci, kteří si myslí, že při prvním pohlavním styku nemohou otěhotnět, či souhlasit v větami: AIDS je nemoc homosexuálů; AIDS mohou dostat jen rizikové skupiny obyvatel.</p>
Klíčová slova:	Sluchové postižení, vývojové období adolescence, vývojové období dospělosti, sexuální výchova
Anotace v angličtině:	<p>Dissertation focuses on partner relationships of people with hearing impairment. The theoretical part includes topic as definition of hearing impairment, developmental period of adolescence, a developmental period of adulthood, theoretical definition of sex education and sex education issues at home and abroad. The empirical part of the dissertation is conceived as a quantitative and qualitative. The target groups are students with hearing disabilities and students without hearing impairment, teachers of students with hearing disabilities, adults with hearing impairments and adults without hearing impairment. As the research methods were used questionnaire for students with hearing disabilities and students without</p>

	<p>hearing impairment questionnaire for adults without hearing impairment, focus groups of pupils with hearing impairment analysis of didactic components textbooks according Prucha and interviews with teachers of hearing impaired pupils and adults with hearing disabilities. The results showed that sex education plays an important role in the formation of relationships of people with hearing disabilities, the key enablers are teachers, but according to the pupil's parents. In the context of sex education it is necessary to pay particular attention to the topic of contraception and STDs, since there are still pupils who thinks at first sexual intercourse can not become pregnant, or souhlasí in sentences: AIDS is a gay disease; AIDS can only get risk populations.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Hearing impairment, developmental period of adolescence, developmental adulthood, sex education
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1: Adresář škol pro sluchově postižené Příloha 2: Test pro žáky se sluchovým postižením Příloha 3: Dotazník pro adolescenty – verze pro předvýzkum Příloha 4: Dotazník pro adolescenty Příloha 5: Dotazník na téma sexuální výchova – otevřené otázky pro dospělé osoby bez sluchového postižení Příloha 6: Ohnisková skupina – žáci se sluchovým postižením Příloha 7: Strukturální komponenty učebnice dle Průchy Příloha 8: Učitelé – rozhovor v oblasti sexuální výchovy Příloha 9: Podklady k hypotéze Seznam tabulek Seznam grafů Seznam obrázků</p>
Rozsah práce:	243s.
Jazyk práce:	český