

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA



Bakalářská práce

2024

Bc. Michaela Kohoutková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Bakalářská práce

Bc. Michaela Kohoutková

Vědomosti žáků šestých a devátých ročníků základní školy
v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví v regionu Olomouc

Olomouc 2024

Vedoucí práce: doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem při jejím zpracování čerpala jen z uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 18. června 2024

Bc. Michaela Kohoutková

Poděkování

Děkuji doc. Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D., za její vedení, podněty, rady a čas, který mi poskytovala při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji spolupracujícím respondentům za poskytnutá data. Rovněž děkuji své rodině, která mi byla při studiích obrovskou podporou.

Obsah

Úvod.....	3
Cíle práce	5
1 Definice pojmu zdraví.....	5
2 Reprodukční zdraví.....	7
2.1 Definice reprodukčního zdraví.....	7
2.2 Dospívání.....	8
2.2.1 Tělesné změny	8
2.2.2 Psychické změny	9
2.3 Pohlavní ústrojí.....	10
3 Faktory poškozující reprodukční zdraví.....	12
4 Výchova k reprodukčnímu zdraví	14
4.1 Výchova k reprodukčnímu zdraví v rodině	14
4.2 Výchova v rámci školy	15
5 Sexualita	17
5.1 Sexualita dospívajících.....	18
5.2. Sexuální orientace	19
5.3. Antikoncepce.....	20
5.4 Pohlavně přenosné choroby.....	23
5.5 Prostituce a sexuální zneužívání	25
5.6 Těhotenství v dospívání.....	27
6 Legislativa v oblasti sexuální výchovy	29
7 Faktory ovlivňující sexuální vědomosti žáků.....	32
7.1 Role rodiny v oblasti sexuální výchovy.....	32
7.2 Role školy v oblasti sexuální výchovy	33
7.3 Role internetu a médií v oblasti sexuální výchovy	33
8 Prevence	35
9 Analýza RVP s ohledem na problematiku sexuálně reprodukčního zdraví.....	36
10 Metodika práce	38
11 Výsledky dotazníkového šetření.....	43
12 Diskuse.....	65
Závěr.....	67
Seznam použité literatury	69

Seznam elektronických zdrojů	70
Seznam grafů	73

Úvod

Sexualita a sexuální zdraví jako předmět školního vzdělávání na základních školách je v dnešní době pevnou součástí Rámcových vzdělávacích programů základního vzdělávání v oblasti Výchovy ke zdraví. *„Kvalitní sexuální výchova zabraňuje předčasnému naivnímu zahájení sexuálního života, je účinnou prevencí předčasných svateb, nechtěných těhotenství a interrupcí. Přispívá k prevenci rozvodů, funkčních sexuálních poruch a sexuální delikvence.“* Důležitost sexuální výchovy takto vyjadřuje Kožnar (2019, s. 63).

V historii byla sexuální výchova a některé její otázky předmětem výkladů v rodinné, občanské výchově, v biologii člověka. Dodnes převládá biologické pojetí sexuální výchovy. Učitelé se zaměřují na popis biologických funkcí pohlavních soustav, prevenci sexuálně přenosných nemocí či prevenci předčasného otěhotnění. Doplňkovým zdrojem informací jsou besedy s odborníky na dospívání. Dívky mívají povinnou besedu informující o nastupující pubertě a menstruačním cyklu (Šilerová, 2003).

Sociální aspekty sexuální výchovy zůstávají na okraji zájmu ve škole a někdy i v rodinném prostředí. Hlavním úkolem sexuální výchovy je tedy podpora citového, mravního a psychosexuálního vývoje žáků. V moderní mediální době je třeba klást důraz na rozvoj hodnotových a morálních kvalit života. Ve výstupech výchovy ke zdraví je zanesen cíl směřující k vybudování souvislostí mezi chováním jedince a složkami jeho zdraví (RVP ZV 2023, s. 93). Dospělí jsou zdrojem ověřených, přesných a pravdivých informací, na základě bohatší životní zkušenosti navíc mohou formovat vnímání citového života připravovat adolescenty na nutnost komunikace a práce na vztazích (Trojan, 1999; Kubrichtová, 2005).

Rodinné prostředí by ideálně mělo poskytovat základ pro sexuální výchovu přiměřeně věku dítěte, a to už v předškolním věku. Rodina vstupuje do života dítěte ještě před narozením. Zralí rodiče mají k dítěti kladný vztah a kladné emoce ještě před narozením dítěte, v době, kdy dítě v děloze vnímá pohyby, emoce a hlas matky. Výchova takovým vztahem zahrnuje přijetí dítěte do rodiny, jeho hluboké ocenění a základní pocit jistoty, který je naprosto nezbytný pro vytvoření zdravého vztahu k sobě a svému tělu. Pocit jistoty a přijetí vytváří základní jistotu dítěte a je podkladem pro jeho schopnost důvěřovat okolnímu světu a postupně se odpoutat od matky.

Jak dítě roste, začíná výchova příkladem, kdy dítě pozoruje a prožívá vztahy rodičů k němu, rodičů k sobě navzájem, vztahy mezi sourozenci a vztahy v širší rodině. Tyto modely přijímá dítě za své a řídí se jimi při hodnocení vnějšího světa. Často je možné, že budoucí partneři v některých aspektech kopírují naše rodiče a jejich jednání.

Poslední aspekt, výchovu poučením, může částečně zastoupit škola, v oblasti sexuality jsou statisticky významným, i když ne vždy přesným a kvalitním zdrojem informací kamarádi a spolužáci (Šilerová, 2003, s. 22).

Sexuální výchova v rodině i ve škole má edukativní a ochrannou funkci, chrání mládež před nebezpečím sexuálního zneužívání, před nechtěným těhotenstvím, před nebezpečným experimentováním s možnými trvalými zdravotními následky. Aby bylo tohoto cíle dosaženo, je třeba volit vhodné a atraktivní výchovné prostředky a metody, vyhýbat se přílišnému moralizování a zaměřit se především na kultivaci diskusního prostředí. Diskuse, v níž je dítě či dospívající rovnocenným partnerem, buduje schopnost samostatného rozhodování a ochrany vlastního zdraví a pověsti i v situacích, kdy dítě či mladistvý není pod dohledem dospělého a musí se samostatně rozhodovat, případně odolávat tlaku vrstevnické skupiny.

Cílem sexuální výchovy je zajistit dospívajícím a mladým dospělým podmínky pro informované rozhodování v otázkách sexuálního života, zakládání rodiny, budování dlouhodobého sexuálního vztahu založeného na hlubokém citu. Z celospolečenského hlediska je žádoucí, aby rodiny zakládali zralí jedinci, kteří budou schopni dlouhodobě pečovat o vzájemný vztah a narozené dítě tak, aby mu umožnili všestranný citový rozvoj a dali vzniknout životu člověka, který bude mít zdravou sebehodnotu, sebedůvěru a schopnost najít hluboký vztah a založit rodinu. Z nezralých vztahů se totiž mohou často narodit nechtěné děti, které vstupují do života značně emocionálně deprivované (Hřivnová 2020).

Cíle práce

Bakalářská práce vychází z poznatků o podobě sexuální výchovy v rodinách a na základních školách. V rámci rešerše popisuje vybrané oblasti sexuální výchovy a výchovy k reprodukčnímu zdraví zaměřené na osoby do 18 let a případně určené mladým dospělým. Na základě teoretické rešerše byl realizován terénní výzkum mezi žáky 6. a 9. ročníků základních škol.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se žáci obou věkových skupin od sebe liší úrovní znalostí a postoji k sexuální výchově.

Dílčím cílem bylo zjistit, kde dospívající získávají informace týkající se sexuální výchovy.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak žáci vnímají sexuální výchovu ve škole a zda ji považují za užitečnou.

1 Definice pojmu zdraví

Nejprve je nutné definovat pojem zdraví. Nejvhodnější definici uvádíme zde: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (WHO, 1946).

Z definice vyplývá, že zdraví je částečně subjektivní kategorie, jejíž některé parametry lze exaktně měřit analytickými metodami. Tělesné zdraví lze hodnotit podle fyziologických ukazatelů a výsledků laboratorních či jiných lékařských testů. Laboratorní testy se provádějí obvykle za použití tělesných tekutin (krve, slin, moči). Některých testů se účastní sám pacient (například měření srdeční akce, kontrola zraku, sluchu, spirometrie).

I duševní zdraví lze testovat a měřit pomocí psychologických testů vyhodnocovaných odborníkem. S psychologickým zdravím souvisí i zdraví sociální. Psychické zdraví umožňuje jedinci mít kvalitní vztah sám k sobě, znát a naplňovat své psychosociální potřeby. Zdravý jedinec zvládá organizovat svůj čas a hospodařit s energií. Naproti tomu sociální zdraví umožňuje kvalitně se stýkat s druhými lidmi, udržovat kontakty s okolními lidmi a přírodou, zažívat štěstí a spokojenost a činit šťastnými i druhé lidi. K sociálnímu zdraví významně přispívá schopnost jedince zastávat zvolené i získané sociální role (Holčík, 2012). Ze zvládnutí těchto rolí totiž plyne pocit společenského přijetí, který představuje třetí patro Maslowovy pyramidy potřeb.



Obrázek 1 Maslowov

Zdraví jako osobní i sociální hodnotu je třeba chránit před negativními vlivy prostředí. Kromě toho zahrnuje péče o zdraví i aktivní ochranu, tedy činnosti, které jedinec cíleně a pravidelně provádí v zájmu budování zdraví. Z tohoto důvodu pečujeme o hygienu, výživu, kvalitní odpočinek. V oblasti sociálního a psychického zdraví pečujeme především o vztahy s okolím. Jednotlivé úkony ochrany zdraví jsou v různém věku jedince více či méně v jeho moci. Do jaké míry dokážeme ovlivnit vlastní zdraví jednotlivými záměrnými rozhodnutími, do velké míry závisí na úrovni znalostí, schopností a dovedností. Ta se částečně odvíjí od věku a částečně od úrovně psychosociální zralosti.

Úloha základní školy v oblasti péče o zdraví navazuje na výstupy Rámcového programu pro předškolní vzdělávání a na péči a návyky, jež si dítě přináší z rodinného prostředí.

2 Reprodukční zdraví

2. 1 Definice reprodukčního zdraví

„Reprodukční zdraví je součástí zdraví tělesného, zahrnuje schopnost jedince počít a donosit a porodit zdravé dítě“ (Hřivnová, 2020). Tato reprodukční schopnost je určována biologickými, psychologickými a sociálními faktory. Některé biologické faktory jsou podmíněné geneticky, některé můžeme ovlivnit například dodržováním zdravého životního stylu s dostatkem spánku, stravou bohatou na vitamíny, minerály a vlákninu.

Psychologické faktory zahrnují především osobnostní zralost. Přípravenost jedince na partnerský a pohlavní život, včetně schopnosti plánovat rodičovství a řídit své sexuální chování. Při správném udržování pravidel společenského styku a otevřené komunikaci mezi partnery můžeme dosáhnout vhodné ochrany sexuálního a reprodukčního zdraví v každém věku. K osvojení zásad bezpečného seznamování a intimního sblížení je ale potřeba prolomit některá tabu v mezigeneračních vztazích mezi rodiči a dětmi. Pokud se podaří udržovat i mezigenerační komunikaci otevřenou a věcně správnou, lze podpořit výchovu samostatných mladých dospělých se zdravým vztahem ke svému tělu a k intimitě (Děti a jejich sexualita, 2014).

Sociální faktory reprodukčního zdraví zahrnují zejména vliv kulturních norem, rodinné zázemí, informovanost v otázkách bezpečného sexuálního chování, vliv vrstevnických tlaků jako protiváhy rodinných hodnot (Trojan, 1999, viz též Kubrichtová, 2005).

Reprodukční zdraví významně ovlivňují také projevy rizikového chování v období dospívání. Rizikové chování zahrnuje kromě užívání návykových látek také různé druhy sexuálně rizikového chování. Riziko představují jednak nemoci přenosné pohlavním stykem, jednak neplánované otěhotnění. Míra rizika nechtěného otěhotnění je nepřímo úměrná věku jedince. S ohledem na zajištění potřeb nenarozeného i novorozeného dítěte je nízký věk matky (i otce) významným rizikovým faktorem.

Rizikové chování dělíme do následujících kategorií:

- Příliš časný začátek sexuálního života (před 15. rokem věku se jedná o trestný čin podle platných zákonů). Ve věku od 15 do 18 let se stále jedná o rizikové chování z důvodu fyzické nezralosti děložního čípku u dívek. Tento fakt významně zvyšuje riziko nákazy HPV i riziko rozvoje rakoviny děložního čípku, která vážně ohrožuje další sexuální zdraví ženy.

- Střídání partnerů a pohlavní styk s osobami, jejichž sexuální život dostatečně neznáme. K extrémní podobě střídání partnerů se samozřejmě řadí prostituční chování.
- Nebezpečné sexuální praktiky, k nimž patří pohlavní styk během menstruace, kdy je poševní sliznice obnažená, a tudíž není chráněna před infekcí. Z hlediska ohrožení zdraví sliznic lze za rizikový považovat také jakýkoliv sexuální styk, při němž dochází ke kontaktu se sliznicemi trávicího traktu, bez ohledu na to, zda se jedná o dutinu ústní nebo o konečník (Hamanová a kol. 2014, s. 33–34).

2.2 Dospívání

Dospívání je přirozenou fází života jedince. Projevuje se tělesnými a psychickými změnami, jejichž cílem je přetvořit jedince v pohlavně i psychicky zralou bytost schopnou samostatného života a pohlavní reprodukce. Dospívání se dělí do několika fází a obvykle končí až po dosažení legální dospělosti. Žaloudíková (2013) rozlišuje následující tři fáze: časná adolescence 11–12 let někdy nazývána také prepuberta, střední 13–16 let puberta a pozdní 17–20 let, kdy již dochází nejen k pohlavnímu dozrání, fyzickému a duševnímu rozvoji, ale především sociální zralosti, volbě povolání, profesionální orientaci, hodnotovému a morálnímu zakotvení.

Naproti tomu Vágnerová a Lisá (2021) datují dospívání do věkového rozmezí 10–20 let, období 10–15 let nazývají raná adolescence. Následující období 15–20 let, které se vyznačuje ukončeným pohlavním zráním, nazývají pozdní adolescence. Upozorňují na to, že dospívání nastupuje vlivem civilizačních změn dříve. Upozorňují na biologické i psychosociální úkoly dospívání a uvádějí, že některé nebezpečné tendence, jako je například vysoká potřeba experimentování, jsou ve skutečnosti biologicky nutné a svým způsobem jsou známkou pozitivního sebeobrazu dospívajícího.

2.2.1 Tělesné změny

Nástup jednotlivých fází se liší podle pohlaví, u dívek obvykle nastupuje dospívání dříve. Dříve se u nich projevuje tělesný růst i pohlavní dozrávání. Průběh pohlavního zrání je do velké míry ovlivněn kulturním prostředím a vyšší životní úrovní. Proto v dnešní době nastupuje puberta u dívek dříve a první menstruace se může objevovat už okolo 10. roku života. První menstruace se někdy označuje jako menarché. Znamená nástup více či méně pravidelného menstruačního cyklu teoretickou možností otěhotnění. Hormonální změny vyvolané činností pohlavních žláz působí také na vývoj sekundárních pohlavních znaků, jako je pubické ochlupení, růst ňader a změny postavy. Tělesné změny působí na psychiku dívek,

zejména pokud zůstanou nevysvětleny. Pokud se vyhýbáme osvětě, můžeme dívku vystavit nebezpečí ostrakizace.

U chlapců se překotný růst dlouhých kostí projevuje později, ale trvá déle. Kromě toho se dospívání projevuje změnami hlasu. Hormonálně a geneticky je podmíněn výskyt sekundárního pubického ochlupení a případně vousů. Hormonální zněny mají za následek výskyt noční poluce, může se objevit erekce. Chlapci vnímají také mutování hlasu, přítomnost či nepřítomnost pubického ochlupení a vousů. Všechny změny související s tělesným zráním je vhodné přiměřeně vysvětlit a zásadně nezesměšňovat, což platí nezávisle na pohlaví dospívajícího.

2.2.2 Psychické změny

Psychické změny v dospívání mají za cíl podpořit rozvoj vlastní identity a osobní zodpovědnosti jedince, jeho samostatnost a celkovou odolnost. Puberta přináší novou kvalitu sebeuvědomování. Dospívající si výrazněji uvědomuje své prožívání a myšlení, hledá svůj vztah ke světu a své místo ve společnosti. Dospívající mění svou sociální bublinu, orientují se na vrstevnickou skupinu a budují si v ní postavení. Důležitou sociální roli hraje i sexuální atraktivita jedince. Tento fakt představuje jednu z výzev dospívání, protože dospívající často touží po dokonalém těle, ale zároveň se musejí vyrovnávat s jeho změnami a následky působení pohlavních hormonů (objevuje se například akné, proměny hmotnosti, důsledky překotného růstu).

Kognitivní vývoj se dostává do fáze abstraktního myšlení, dospívající se zlepšují v logickém uvažování, proto potřebují být směřováni logickými hranicemi, nikoli pouze příkazy a zákazy. Dospívající si přejí být bráni vážně, být slyšeni. Zlepšuje se jejich kapacita paměti a zpřesňuje se zaměření pozornosti, proto mohou být v dosahování svých zásadních cílů velmi vytrvalí. Na pozornost mají ovšem nemalý vliv i hormonální procesy, proto pozornost i soustředění osciluje, dospívající střídají zájmy a více experimentují. Do popředí obrazotvornosti vstupují erotické představy, denní snění a bohatá fantazie a tvořivost.

Vůči rodičům se dospívající vymezují buď ve zdravé diskusi, pokud je v rodinných podmínkách možná, nebo prostřednictvím systematického vzdoru a odmítání rodičovských názorů z principu. Vymezování se vůči autoritám je logickým důsledkem rozvoje kritického myšlení.

Citové zážitky se v dospívání více diferencují, přibývá více druhů a odstínů emocí. V časně adolescenci se projevuje zvýšená emoční labilita, což souvisí s hormonálními změnami, zvýšenou mírou sebereflexe a egocentrismu tzv. adolescentní egocentrismus

s vysokou potřebou sebehodnocení. Vysoká labilita a náladovost odeznívá ve střední a pozdní adolescenci. Může se projevit ve větší extraverci, menší impulzivitě, emocionální dráždivosti a vyšší stálosti v citových projevech. Temperament jedince dozrává v pubescenci. Je to období citlivé na silné prožitky. Významné jsou projevy přátelství, lásky, empatie, vytváření a udržování vztahu přátelství a partnerství. Typická je také nejistota, vztek, smutek, agrese, hostilní nepřátelské projevy, vulgární vyjadřování, ale i touha po sblížení a přijetí (Žaloudíková, 2013).

Psychické změny v dospívání jsou podmíněné změnami tělesnými a jsou částečně podpořeny vlivem pohlavních hormonů na prožívání, jednání a chování dospívajícího jedince. Vágnerová a Lisá (2021) upozorňují, že dospívajícím se významně mění struktura mozku, nepoužívané synapse zanikají, tím dochází ke zrychlení reakcí mozku. Vlivem hormonálních výkyvů v hladině dopaminu a serotoninu je posílena ochota riskovat, ale také zkoušet nové dovednosti, poznávat nové lidi a tímto způsobem se rozvíjet. Dospívající jsou v zajetí emocí, často jsou zaplaveni city, což zhoršuje jejich sebeovládání a kognitivní schopnosti. Zároveň se již v rané adolescenci rozvíjí schopnost introspekce, dospívající si uvědomují postupné změny svého těla i prožívání, ale nerozumí jim a jsou proto ve stresu. Na psychických změnách dospívajících se projevuje i změna reagování okolí, dospělí reagují na měnící se tělo a často nevidí dětskou nedospělou duši adolescenta. Problém nerovnoměrného vývoje se v dnešní době ještě zhoršuje, protože vlivem prodloužené doby studia nových možností vycestování a poznávání světa se někteří ještě v pozdní adolescenci dostávají do stádia psychosociálního moratoria, lidově je někdy popisováno jako neochota dospět.

2.3 Pohlavní ústrojí

Pohlavní ústrojí člověka je zodpovědné za produkci pohlavních hormonů, pohlavních buněk a umožňuje naplnit reprodukční funkci druhu. Pohlavní soustava produkuje pohlavní buňky, pomocí jejich DNA zajišťuje reprodukci druhu. Pohlavní buňky obsahují 23 chromozomů, které jsou nositeli genetické informace. 23. chromozom se podílí na určení pohlaví jedince. Spojením vajíčka a spermie se vytváří kompletní sada 23 párů chromozomů. Pokud se na 23. páru chromozomů vyskytne kombinace XX, biologické pohlaví novorozence bude ženské. Kombinace chromozomů XY určuje biologické pohlaví mužské (Eurofertil, 2020).

Pohlavní buňky se výrazně liší v závislosti na pohlaví jedince, u člověka se značně liší jejich velikost, počet i životnost. U člověka se také projevuje pohlavní dimorfismus. Některé hlavně sekundární pohlavní znaky lze přitom bez újmy modifikovat (k nim patří zejména

ochlupení), další doplňkové pohlavní znaky, jako například prsní žlázy, se vyvíjejí v závislosti na individuálních předpokladech a úrovních hormonů.

Lidský sexuální život přitom není vázaný na období říje, člověk je sexuálně aktivní celoročně, jeho sexuální zrání probíhá ve srovnání s jinými savci podstatně déle, jakmile však pohlavní ústrojí dozraje, je člověk sexualizován poměrně dlouhou dobu a jeho sexuální život vyjadřuje nejen potřebu reprodukce, ale také je zdrojem slasti a potvrzením intimního vztahu (Kožnar, 2019).

Zároveň je pravda, že pohlavní hormony vstupují do složitých biologických vztahů s dalšími orgánovými soustavami. Mužské pohlavní hormony mají například vliv na růst svalové hmoty nebo hloubku hlasu. Ženské pohlavní hormony se podílí na kvalitě kostní hmoty nebo poměru svalové hmoty a tukové tkáně.

3 Faktory poškozující reprodukční zdraví

Na reprodukční zdraví působí vnitřní i vnější prostředí, v němž žijeme, proto je třeba dbát na zdravý životní styl i na celkové tělesné a duševní zdraví a monitorovat odchylky od osobního normálu tak, abychom minimalizovali poškození všech faktorů zdraví, nebo se mu zcela vyhnuli. Faktory poškozující reprodukční zdraví působí na obě pohlaví, na muže i ženy, proto se ochrana zdraví i v této oblasti týká každého z nás.

Faktory poškozující sexuální zdraví mohou být biologické (vrozené či získané). Biologické faktory se liší v závislosti na pohlaví, zahrnují poruchy funkce hormonálního systému, nebo poruchy funkce sexuálních orgánů. Poškození reprodukčního zdraví lze diagnostikovat a léčit. V tomto ohledu jsou ve výhodnějším postavení dívky a ženy neboť jsou preventivně gynekologicky sledovány a případné problémy tak mohou být odhaleny dříve (Donát, Donátová, 2007).

Reprodukční zdraví žen může být narušeno následujícími faktory, hormonálními vlivy například syndromem polycystických ovarií, hormonální nerovnováhou v důsledku podvýživy nebo naopak obezity (Canadian medical, 2020).

Tubulární příčiny neplodnosti zahrnují neprůchodnost vejcovodů a neschopnost vajíčka dostat se do dělohy. Transport vajíčka ovlivňuje i kvalita děložního čípku. Další příčinou neplodnosti jsou v širokém smyslu abdominální komplikace, kam může patřit prodělaná apendicitida, operace v dutině břišní. K neplodnosti může vést i endometrióza (Hřivnová, 2020).

Plodnost muže může narušit jednak dysfunkce varlat nebo jejich nedovyvinutí, tato porucha souvisí s pohlavními hormony na úrovni hypofýzy. Dysfunkce varlat se může projevit v nekvalitě spermií, jejich nedostatku v ejakulátu nebo jejich snížené pohyblivosti. Poruchy transportu spermií mohou být zapříčiněny na úrovni průchodnosti chámovodů, zvětšení prostaty, a sekundárně o erektilní dysfunkce (Hřivnová, 2020). Reprodukční zdraví u obou pohlaví se zhoršuje s věkem a přítomností přidružených nemocí (onkologických onemocnění, obezity, prodělaných infekcí. Pro muže představuje zásadní riziko například prodělaní příušnic v adolescenci nebo po ní (Hřivnová, 2020).

Samostatnou kapitolou poruch a ohrožení reprodukčního zdraví je přítomnost pohlavně přenosných nemocí a to u obou pohlaví.

Kromě biologických faktorů působí na plodnost i faktory prostředí, k nimž patří výživa, pravidelný přiměřený pohyb, přiměřený odpočinek, funkční zvládnutí stresu, abstinence od návykových látek legálního i nelegálního charakteru. Plodnost může být

ohrožena i zneužíváním steroidů nebo působením těžkých kovů a radiace. Pro muže je rizikové i vystavování se vysokým teplotám či abdominální obezita spojená se zvýšením hladiny estrogenů (Europe IVF, 2020).

4 Výchova k reprodukčnímu zdraví

Výchova k reprodukčnímu zdraví v sobě kombinuje biologickou složku, sociální složku a psychickou složku. Všechny oblasti se prolínají a vzájemně na sebe působí. V moderní době mají děti a dospívající k dispozici mnoho informačních kanálů, to ale neznamená, že nepotřebují vedení dospělého, právě naopak. Od dospělých se očekává, že budou schopni pravdivě, klidně a adekvátně odpovídat na dětské otázky. Dítě, které se ptá, má zájem získat odpověď a zvládne ji zpracovat přiměřeně svému věku. Není třeba mít obavy ze ztráty dětské nevinnosti. Odborníci doporučují přistupovat k sexualitě bez morálních zábran a předsudků. V této souvislosti se doporučuje používat přiměřeně přesné označení pohlavních orgánů a s nimi spojených procesů, Díky znalosti správné neutrální terminologie chráníme děti před nebezpečím sexuálního zneužívání, budujeme vzájemnou důvěru mezi dítětem a dospělým. Ochota odpovídat na otázky také předává podstatnou informaci, že sexuální život je přirozený, není nečistý a má daná pravidla a hranice. Již předškolním dětem lze a je třeba vysvětlit, že nahota je intimní a dotyky, které nejsou příjemné, může dítě odmítnout (Trojan, 1999, Ježková, Machková, 20023).

U dětí a dospívajících je žádoucí přetvářet získané informace o zdraví ve zdravé návyky a použitelné dovednosti, které dětem a mladým lidem poslouží jako podklad pro zdravá, správná a bezpečná rozhodnutí týkající se sexuálního zdraví. K dosažení tohoto cíle se dobře hodí metody zážitkového učení. (Kubrichtová, 2005)

4.1 Výchova k reprodukčnímu zdraví v rodině

V rodinném prostředí se jedná především o působení osobního příkladu rodičů na formování hodnot a postojů dítěte. Je důležité si uvědomit, že děti se rodí jako sexuální bytosti. U chlapců byla pozorovatelná erekce již v nitroděložním vývoji. Objevuje se po porodu a může se objevit při kojení jako reflexivní reakce na příjemné pocity. Již v raném věku okolo 2–5 let se děti bez ohledu na pohlaví zajímají o funkce svého těla, dotýkají se pohlavních orgánů, zajímají se o všechny části svého těla bez rozdílu. Psychosexuální orientace a základní sexuální identita se utváří již před nástupem předškolního vzdělávání ve věku dvou až tří let. Okolo 5 let se děti začínají zajímat, jak přišly na svět. Již v tomto věku si zaslouží pravdivou odpověď, která potvrzuje, že sexuální život je normální a všechny části těla mají svoji funkci, nedělí se na čisté a nečisté. Rodiče by měli na dětské otázky reagovat pokud možno bez pobouření.

Další funkcí rodiny je předávání citových vzorů a vzorců chování a naplňování pohlavních rolí. Není tedy pravda, že děti nesmí být svědky intimního kontaktu rodičů, objetí, polibky a další typy kontaktu bez dráždění pohlavních orgánů a bez přítomnosti nahoty, můžeme považovat za pro vývoj dítěte neškodné. Míra přijatelné nahoty se v jednotlivých rodinách liší. Podle výchozí situace v rodině se tak může lišit i přístup adolescentů k pettingu, tedy technikám mazlení bez přítomnosti pohlavního styku a obvykle v prostředí intimní nahoty. Citová výchova vzniká v prostředí blízkých a intimních vztahů, takové prostředí má poskytovat rodina. Škola ji v tomto ohledu může svým institucionálním charakterem jen velmi obtížně nahradit.

Při předávání hodnot a postojů je rovněž velmi podstatné, aby rodiče dokázali pravdivě opovědět na dětské otázky a aby dokázali nabízet přijatelná řešení situací spojených s dospíváním a sexuálním vývojem. Proto je důležité, aby dospělí dokázali otevřeně mluvit o všech otázkách sexuality. Rodiče by v žádném případě neměli přiživovat překonané názory o škodlivosti sexu a masturbace. Démonizace sexuálních otázek je škodlivá pro zdravý vývoj dalších generací. Dospívající, kteří nemají přístup k pravdivým informacím a nemají podmínky pro kladení otázek přiměřených věku, jsou vystaveni přílišnému tlaku, jsou v nich vzbuzovány pocity studu a úzkosti, které mohou zapříčinit rozvoj psychických obtíží. Navíc se rodiče připravují o svou nezastupitelnou roli při sexuální výchově, která probíhá částečně ve škole a částečně prostřednictvím neúplných, zkreslených, či zcela nepravdivých informací od vrstevníků. Vrstevníci v tomto věku mívají navíc sklony zveličovat své zkušenosti a úspěchy, tím se vytváří další tlak a nereálná očekávání, která mohou zkomplikovat partnerský život a výchovu dětí.

4.2 Výchova v rámci školy

Problematika reprodukčního zdraví je začleněna do vzdělávací oblasti Výchova ke zdraví, kde je sledováno naplnění cílů přijetí tělesných a duševních změn souvisejících s dospíváním, vhodné reakce na opačné pohlaví a formování sebepojetí ve vztahu k ochraně reprodukčního zdraví. Cílem školní výchovy je především edukace v oblasti očekávaných proměn provázejících adolescenci, se zaměřením na vztahovou oblast včetně prvotních partnerských vztahů. K cílům patří také podpora zodpovědného rozhodování a asertivní komunikace v oblasti citových potřeb. V části základních škol se však stále klade důraz především na biologickou rovinu sexuálně reprodukčního zdraví. Z pohledu školy jako instituce je poměrně náročné předávat heterogenním skupinám žáků hodnotové orientace. Škola se však stává protiváhou vlivu vrstevnických informací a informací získaných z online

zdrojů. Hlavní devízou školy jako instituce je plošný dosah informací neboť má možnost působit na většinu populačního ročníku. Škola tak může podporovat přístupnost zdrojů na téma sexuálního zrání, budování vztahů a ochrany reprodukčního zdraví. Škola by se také měla stát zdrojem informací a včasného screeningu případného sexuálního zneužívání dětí.

K nevýhodám školy jako zprostředkovatele sexuálně reprodukční výchovy mohou patřit tabuizace některých témat, přílišné strašení riziky a také nedostatek koedukace v otázkách sexuálního zdraví a sexuálního vývoje. Cílem výchovy by měla být normalizace pohlavních odlišností a jejich projevů. V oblasti asertivní komunikace je hlavním úkolem školy vytvoření demokratického prostředí, bezpečné společnosti, kde jsou respektovány odlišné názory a preference.

Moderní uspořádání společnosti umožňuje diskusi na celou řadu témat včetně vysvětlení rovnosti pohlaví. Diskutovat je možné také o platnosti genderových rolí v oblasti péče o domácnost a potomky. K úkolům moderní školy patří také otevírání témat rovnosti lidí bez ohledu na sexuální preference a orientace.

Předpokladem úspěšné práce školy je existence a užívání vhodných neutrálních označení částí těla, biologických procesů, sexuálních preferencí atd. Ze strany pedagoga je nezbytná určitá úroveň osobní zralosti a otevřenosti k úspěšné komunikaci. Holou nutností je pak také povědomí o aktuálních otázkách, s nimiž se dospívající setkávají v mediálním prostoru.

5 Sexualita

„Sexualita je jedním ze dvou základních pudů zodpovědných za zachování druhu. Kromě sexuality je přežití řízeno agresivitou. Lidská sexualita se v některých ohledech liší od sexuality ostatních savců. Základní odlišnost tkví v tom, že lidská sexualita není čistě pudová“ (Kožnar, 2019, s. 12). U lidí slouží sexualita nejen k zachování druhu, ale také poskytuje slast a radost. „K prohloubení příjemných pocitů přispívá také existence ženského orgasmu, pocit slasti je totiž mezi ostatními savci vyhrazen pouze samcům“ (Kožnar, 2019, s. 13). To zároveň znamená, že k uspokojivému sexuálnímu životu je třeba dosáhnout mezi partnery harmonie. Intimní život partnerů se odvíjí nejen od biologických potřeb, ale i od schopnosti komunikovat o otázkách sexu, najít shodu mezi potřebami obou partnerů. Přitom je z hlediska dlouhodobého soužití výhodnější a bezpečnější, když se sexuálně náruživější partner postí nebo využívá techniky k sebeukájení, protože přesycení sexem může vyvolat nepřekonatelnou averzi vůči partnerovi (Kožnar, 2019). Na druhou stranu je třeba mít na paměti, že na kvalitu sexuálního života mají vliv i psychické faktory, nálada a postoje obou partnerů.

U mužů se psychický stav může promítat do kvality erektilní funkce a také do délky sexuálního styku. Předčasná ejakulace je definována jako doba pohybu údu v pochvě kratší než jedna minuta. Tento jev je častější u mladých mužů, kteří jsou výrazně vzrušiví a zároveň nemají dostatek zkušeností, aby mohli sexuální styk prodloužit například drážděním mimo oblast pohlavních orgánů, případně pozdržením ejakulace uchopením penisu u kořene. Vyšší vzrušivost mužů je fyziologickým faktem, současné dosažení orgasmu u obou partnerů je sice možné, ale není pravidlem, spíše se jedná o souhru partnerů dosaženou vysokým stupněm harmonie mezi partnery. Nutnou podmínkou harmonie je přitom sebepoznání i znalost sexuálních preferencí partnera. Výskyt předčasné ejakulace se snižuje při opakovaném sexuálním styku, tento krok je vhodným řešením problému v mladém věku. Kromě opakování sexuálního styku může proti předčasné ejakulaci pomoci také užití kondomu, protože nasazená ochrana spížíuje citlivost penisu a mírně tak snižuje vzrušivost muže, tím se sexuální styk přirozeně prodlouží a navíc jsou partneři chráněni před pohlavně přenosnými chorobami (Kožnar, 2019).

Komunikace, která je základem vztahu na rovině nesexuální lásky, je nutná i v oblasti sexuality, platí zásada, že partneři by měli být schopni spolu mluvit a bez zbytečného studu popsat svoje představy a potřeby. Zároveň je třeba projevit určitou dávku taktu, zejména je nutné aby se partneři vyvarovali zesměšňování sexuálních výkonů, kvality erekce nebo délky

sexuálního styku. Takzvané selhání muže mívá obvykle fyziologické příčiny, k nim patří únava, stres, oslabení tělesné kondice nemocí. „*Pokud se z ojedinělých selhání prostřednictvím výsměchu stane psychické břemeno na straně muže, je možné, že se porucha psychicky zafixuje*“ (Kožnar, 2019, s. 35).

Rozdíly v reaktivitě mužů a žen jsou patrné i ve fázi po ukončení sexuálního aktu, zatímco muž se rychle unaví, žena často vyhledává návazné něžnosti k potvrzení vzájemného vztahu partnerů. Pokud se partnerům podaří najít kompromis, mají v ruce prostředek pro udržení zdravého vzájemného vztahu.

Kromě sexuálního aktu zahrnuje sexualita i jemnější projevy blízkosti, a intimity. Patří sem doteky, mazlení, polibky a projevy náklonnosti. Tyto prvky sexuality jsou v životě potřebné a přítomné ve všech jeho fázích a mají na ně právo příslušníci všech generací. To znamená, že pro ně neexistují zákonné limity podobné jako pro sexuální styk.

Pro naši práci je podstatné, že uvedené projevy sexuality slouží dospívajícím k budování a poznávání vztahů a interpersonálních dovedností. Ve vzdělávacím procesu je pak třeba zdůrazňovat svobodu volby partnera jako jedno ze základních sexuálních práv. (Šídová, 2018)

5.1 Sexualita dospívajících

„Za projevy sexuality jsou označovány zejména takové jevy, které souvisejí s pohlavním rozmnožováním, genitální a erotickou slastí ze sblížení, blízkosti nebo styku, případně genitálním sebeuspokojováním, erotickou láskou a přitažlivostí“ (Štěrbová, s. 4).

Sexualita je vrozená funkce podmíněná faktory, biologickými, psychologickými a fyziologickými, nejedná se tedy v žádném případě o projev svobodné vůle jedince. Sexuální orientace, tedy to, ke komu je jedinec sexuálně přitahován, se částečně rozhoduje už v průběhu nitroděložního vývoje. Jinými slovy sexuální orientace je vrozená a nelze ji získat či ovlivnit výchovou. Psychosexuální orientace jedince určuje, zda je přitahován osobami ženského nebo mužského pohlaví.

Sexualita dospívajících spočívá v sebepoznávání a sebepřijímání. Dospívající se vyrovnává s hormonálními změnami a jejich vlivem na tělesnou konstituci a prožívání. Vztahy dospívajících jsou založeny na tělesné přitažlivosti i sdílených zájmech a sociálním postavení aktérů podobně jako vztahy dospělých. V mnohem větší míře se však setkáváme se vztahy platonickými. Dospívající potřebují k budování vztahů pevné zázemí v rodině, z hlediska bezpečnosti především prostředí vhodné k otevřené komunikaci, aby si zajistili bezpečí

v oblasti vztahové i sexuální. Dospívající v tomto období navazují na svou schopnost budování hranic vůči svému okolí a zároveň pod vlivem hormonálního vývoje experimentují s okamžitými dopady svého jednání a posouváním hranic směrem k vlastní autonomii. Z hlediska bezpečnosti je nutné, aby si dospívající uvědomovali existenci a význam zákonných limitů pro sexuální styk, nožných důsledků nechráněného sexuálního styku a rizik online světa v oblasti seznamování a navazování vztahů. Prostřednictvím mezipředmětových vztahů se zapojením výuky digitální gramotnosti je třeba nejen seznámit žáky s možnými riziky, ale zejména nabídnout jim vhodné strategie k rozpoznání nebezpečných situací a prezentovat praktické postupy k ochraně vlastní bezpečnosti včetně vhodného nácviku těchto strategií v bezpečném prostředí.

5.2. Sexuální orientace

Sexuální orientace jakkoliv je vrozená, musí být v průběhu dospívání nejprve definitivně objevena a přijata ve svých nových projevech. V období dospívání se pod vlivem aktivace pohlavních hormonů dozvídáme, jednak to, kým se cítíme být, a jednak to, ke kterému pohlaví jsme přitahováni. Na dospívající přitom působí jednak jejich psychosexuální orientace (daná biologicky v průběhu nitroděložního vývoje) a jednak vlivy okolí a prostředí v nukleární rodině a jejím širší okolí. Experimenty sloužící k sebepoznání by v dospělých neměly vyvolat odsudky nebo posměch, protože utvářející se identita dospívajícího je příliš křehká. Navíc pohlavní zrání probíhá individuálním tempem, proto není vhodné srovnávat dospívající mezi sebou a tlačit je do rolí, které dosud nejsou připraveni přijmout. V období dospívání je tlak dospělých z větší části vystřídán působením tlaku vrstevnické skupiny.

Míra sexuální reaktivity je rovněž individuální v souvislosti s hormonální vyspělostí, sociálním postavením ve skupině, hodnotovým nastavením v rodině. Úkolem rodiny v tomto období je podpořit rozvoj sebepřijetí jedince a podílet se na vzniku jeho vyrovnané osobnosti. Proto by rodiče ve spolupráci se školou měli přijímat informace o sexuální orientaci s otevřenou myslí a měli by si uvědomit, že převýchova není možná ani žádoucí.

Erotická a sexuální preference pohlaví a to opačného i totožného je trvalá a vrozená vlastnost, není změnitelná, i když může za cenu psychického strádání zůstat skrytá, což by neměl být cíl výchovy v demokratické otevřené společnosti. Přestože ze statistického hlediska se jedná o menšinovou orientaci, která je v populaci zastoupena asi 5 %, jedná se o vrozenou dispozici, nikoli o nemoc, jak již od roku 1992 udává i Mezinárodní klasifikace nemocí.

Po novelizaci trestního zákoníku v roce 1990 není homosexuální orientace trestná a nesmí být podkladem pro diskriminaci jedince (Braun a kol., 2003).

Přes stanovisko zákona se dosud ve společnosti setkáváme s homofobií tedy odmítáním homosexuální orientace a rovnoprávnosti. Takový názor často převládá na základě předsudečných, zkreslených názorů, případně zkreslených asociací. Navíc v důsledku názoru ve většinové společnosti rozlišujeme homofobii externalizovanou vedoucí k diskriminaci gay komunity většinovou společností. Vedle ní však existuje homofobie internalizovaná, kdy se jedinec s touto orientací obrací sám proti sobě, odmítá své pocity, projevy chování, potřeby apod. V období dospívání se internalizace homofobie posiluje biologickou potřebou zapadnout do vrstevnické skupiny a vybudovat si patřičné postavení. Pokud jedinec toto období překoná, může dlouhodobým sebepoznáním dojít ke coming outu tedy k veřejnému přiznání své přijaté orientace a začlenění se do gay komunity i do společnosti jako celku. Coming out se obvykle odehrává v jednotlivých fázích a trvá delší dobu s ohledem na osobnost jedince, jeho připravenost na změny a prostředí, které dospívajícího obklopuje. V raném dětství se obvykle odehrává fáze pre-coming outu, kterou charakterizuje nepopsatelný pocit, že je něco jinak. S rozvojem pojmového a později abstraktního myšlení se postupně umožňuje nástup další fáze, zjištění, co je jinak, jedinec si svou odlišnost i její zdroj uvědomuje, ale ještě ji odmítá, vnitřně se jí brání. Po přijetí uvědomované sexuální orientace nastupuje fáze explorační, experimentování s mělkými, krátkodobými vztahy. Následuje podobně jako u majoritní orientace fáze partnerství, která vyrovnává uspokojení sexuálních a citových potřeb. Poslední fází je fáze integrace, v níž si jedinec dotřídí hodnoty a stává se vyrovnaným začleněným členem společnosti. (Braun a kol., 2003)

Překážkou začleňování však není samotná vrozená sexuální orientace. Zásadní roli zde hrají i postoje společnosti k existenci menšin a názory (často zkreslené) které se s příslušností k sexuálním menšinám pojí. Důsledkem vnímaných nerovností mezi pohlavími je často nevhodné chování (například cat calling – nevhodné sexuální narážky na veřejnosti (LGBT zdraví.cz, 2021)).

To může být obtěžující nebo zraňující podobně jako otevřené projevy homofobie nebo zakořeněné předsudky, k nimž patří například přesvědčení, že AIDS je nemoc homosexuálů. Škola by měla v této oblasti přispívat k posilování porozumění a tolerance mezi skupinami osob.

5.3. Antikoncepce

Antikoncepce je souhrnné označení pro soubor prostředků a technik, které brání při sexuálním styku počít dítě. Antikoncepce je součástí plánovaného rodičovství. Antikoncepci někteří autoři chápou jako součást takzvaného negativního plánování, protože se jedná o prostředek bránící nechtěnému početí (koncepti) dítěte (Hřivnová, 2020). Postoj k antikoncepci se v jednotlivých kulturách liší v závislosti na hodnotách, které daná kultura uznává.

Obecně řečeno existuje přirozená antikoncepce, která vychází z fyziologických tělesných funkcí, taková antikoncepce je široce dostupná napříč kulturami, ale není vždy zcela spolehlivá. Přirozené metody antikoncepce mohou používat jak muži, tak ženy.

U mužů se jedná o takzvanou přerušovanou soulož, tedy coitus interruptus. Jde o situaci, kdy muž těsně před ejakulací soulož přeruší a ejakuluje mimo rodidla ženy. Tento způsob antikoncepce nemá žádná zdravotní rizika, ale má poměrně nízkou spolehlivost. Nebezpečí tohoto postupu spočívá v tom, že ne každý muž bezpečně odhadne, správný okamžik, kdy soulož přerušit. Navíc i před vrcholem ejakulace mohou do pochvy unikat izolované spermie a způsobit tak otěhotnění. Po přerušení styku je nutné, aby se muž vymočil a důkladně si umyl penis, teprve potom možné pokračovat ve styku. Tato antikoncepční metoda je zvláště nevhodná pro mladé páry, které nemají dostatek sexuálních zkušeností a jejich partnerky vykazují vysokou plodnost a tedy vysoké riziko otěhotnění. Navíc přirozená antikoncepce nechrání partnery před sexuálně přenosnými chorobami, takovou ochranu poskytuje pouze bariérová antikoncepce.

Přirozená antikoncepce pro ženy je použitelná pro všechny ženy v zemích třetího světa, ale rozšiřuje se i v Evropě a USA. Její výhodou je, že nemá vedlejší účinky, které se pojí s užíváním antikoncepce hormonální. Je tedy vhodná pro ženy s přidruženými zdravotními problémy, k nimž patří například vysoký stupeň obezity, nebo sklony k trombóze. Přirozená antikoncepce pro ženy vychází z biologického předpokladu, že otěhotnění je možné pouze v období po ovulaci a to v poměrně krátkém časovém okně, které se pohybuje v rozmezí několika hodin až jednoho dne. Pokud žena na základě pozorování svého menstruačního cyklu určí den své ovulace, může prostřednictvím sexuální abstinence zabránit otěhotnění. Z bezpečnostních důvodů se sexuální abstinence doporučuje tři dny před dnem ovulace, což odpovídá době životnosti spermie, a dva dny po ovulaci, což odpovídá maximální době životnosti vajíčka.

Ovulaci lze v domácích podmínkách určit takzvanou hlenovou metodou. Tato metoda je nazvána podle přirozené cyklické přítomnosti vaginálního sekretu v plodných fázích cyklu. Menstruační cyklus začíná obdobím menstruace, kdy se počítá se sexuální abstinencí

z praktických a estetických důvodů. Po ukončení menstruace následují tři suché dny bez přítomnosti hlenu. V následujících osmi dnech se hlen tvoří postupně, až dosáhne maximální vazkosti. Po 5 dnech vývoje sekrece dochází k ovulaci a žena může otěhotnět ještě v následujících dvou dnech. Po nich následuje dalších jedenáct suchých dnů.

Přítomnost hlenu hodnotí žena subjektivně. Pokud by byla potřeba stanovení ovulace opřít o exaktní metody, je možné využít měření bazální teploty, což je hodnota tělesné teploty měřená uvnitř těla ráno po probuzení. Metoda je založena na thermogenním účinku hormonu progesteronu, který se tvoří po ovulaci a zvyšuje tělesnou teplotu nejméně o 0,5 °C, ovulace je tak stanovena do období 24 hodin před zvýšení bazální teploty. Ke spolehlivému určení průběhu cyklu a tedy i data ovulace je třeba proměřit alespoň tři po sobě následující menstruační cykly. Po zjištění zvýšené bazální teploty se bezpečný pohlavní styk doporučuje až po třech dnech.

Bariérová antikoncepce představuje ochranu před otěhotněním a zároveň brání přenosu pohlavních chorob mezi partnery. Nejznámější bariérovou antikoncepcí je prezervativ (kondom), který používají zpravidla muži. Při jeho užívání je třeba dbát na dodržení několika zásad, při nasazování nesmíme kondom mechanicky poškodit a po ejakulaci je třeba dbát na to, aby kondom nesklouzl z penisu do pochvy. Je pochopitelně třeba dbát na to, že kondom je jednorázovou pomůckou a po každém styku je třeba ho vyměnit.

Na podobném principu jako kondom funguje i poševní pesar, který představuje zátku uzavírající poševní vchod a bránící proniknutí spermií do pochvy a k dalším orgánům, Velikost pesaru určuje lékař, jeho účinnost pak zvyšuje užití spermicidního gelu.

Dalším typem bariérové antikoncepce je nitroděložní tělísko, to se dlouhodobě, tj. na dobu nejčastěji tří let zavádí do dělohy. V děloze přítomnost cizího tělesa vyvolává nebakteriální zánět a tím aktivuje ochranné buňky bránící otěhotnění, účinek tělíska lze zvýšit uvolňováním měděných iontů a také uvolňováním těhotenského hormonu progesteronu. K jeho nevýhodám patří, nebezpečnost zavaděče tělíska z hlediska možného rozvoje bakteriálního zánětu.

Hormonální antikoncepce může fungovat na bázi estrogenů, progestinů nebo kombinaci obou hormonů. Estrogen působí, jako blokátor ovulace progestin působí neprostupnost děložního hlenu pro spermie. Antikoncepci lze užívat od prvního dne menstruace po dobu tří týdnů s pauzou, nebo i nepřetržitě. Aby byla hormonální antikoncepce účinná, je nutné užívat ji v pravidelnou dobu, maximální přípustné zpoždění je 12 hodin. Hormonální antikoncepce je nevhodná pro ženy s onemocněním žil, jater, trombózou, pro kuřačky či ženy trpící migrénou.

5.4 Pohlavně přenosné choroby

Reprodukční zdraví je ohrožováno některými infekčními a sexuálně přenosnými chorobami. Přestože tyto choroby jsou při dnešní stavu medicíny léčitelné, některé mohou mít závažné následky pro průběh těhotenství ženy, poškození plodu nebo reprodukční zdraví muže i ženy.

Pohlavní nemoci popsané v této kapitole jsou uspořádány podle četnosti výskytu v populaci. K nejčastějším patří kapavka (gonorrhea), ta má mírně odlišný průběh závislosti na pohlaví. Rané příznaky jsou nápadnější u mužů, čímž je chrání před nástupem rozvinutější fáze nemoci.

Kapavka se projevuje sváděním či pálením při močení a hnisavým výtokem z penisu. U žen je riziko, že prvotní fázi výtoku zamění za přirozený výtok v rámci fáze menstruačního cyklu. Neléčená kapavka postupuje pohlavním ústrojím postupně do vzdálenějších úseků. U mužů může vyvolat zánět prostaty, varlat, či nadvarlat a stát se tak příčinou neplodnosti.

U žen může infekce zasáhnout dělohu, vejcovody a v krajním případě i pobřišnici. Rozsáhlý vnitřní zánět může vést až k úmrtí pacientky. Kromě neplodnosti může zánět u žen vyvolat i mimoděložní těhotenství zpravidla ve vejcovodu. Plod vyvíjející se mimo dělohu opět při samovolném potratu může ženu ohrozit na životě, protože způsobí rozsáhlé vnitřní krvácení. Kromě toho může být neléčená infekce přenesena z matky na plod a vyvolat předčasný porod nezralého dítěte. Pokud se kapavka na novorozence přenesení při porodu, může vážně poškodit jeho zrak a dokonce způsobit slepotu.

Pokud virus kapavky není vyléčen, přechází do krve a šíří se po celém těle. V těchto případech může způsobit zánět srdečních chlopní, kapavčitý revmatismus nebo i zánět oka vedoucí až k oslepnutí (Donát, Donátová, 2007 s. 73–75).

Syfilis, choroba označovaná také názvy příjice nebo lues, byla před objevením AIDS považována za nejhorší pohlavní chorobu vůbec. Původcem syfilidy je spirochéta. Onemocnění probíhá ve třech stádiích, přičemž zcela vyléčit je můžeme pouze, pokud je zachyceno ještě v první stádiu, tedy v prvních třech týdnech od nákazy. Nemoc se projevuje tvrdým vřidkem na zevních pohlavních orgánech. Tvrdý vřed v sobě obsahuje vysoce infekční mikroby, přesto není bolestivý a dokonce se před koncem prvního stádia nemoci vstřebává, čímž vyvolává u pacientů falešný pocit uzdravení. Mikroby se v této fázi rozšíří do krevního oběhu.

Ve druhém stádiu se nemoc projevuje podobnými příznaky jako chřipka, navíc se může objevit vyrážka na ploskách nohou, dlaních či na těle, kolem konečníku a genitálu se

zpravidla tvoří mokvavé vysoce infekční pláty. Příznaky vymizí v řádu několika týdnů a nemoc přechází do období latence, po několika měsících až letech přechází onemocnění do třetího stádia.

Poslední stádium se projevuje zánětlivými ložisky ve vnitřních orgánech včetně mozku. Tato zánětlivá gumata způsobují hluboké vředy. Pacient tak ztrácí svoji osobnost, hrozí mu rovněž úrazy, komplikované zlomeniny, nebezpečné krvácení z velkých cév. Nebezpečí neléčené syfilidy spočívá v přenosu z matky na plod. Novorozenci pak přicházejí na svět s poškozením jater, ledvin, kůže, kostí, či s vysoce infekční rýmou. Kromě toho se může lues projevit i opožděně po sedmém roce života dítěte, v takových případech se mezi příznaky řadí poškození zubů, očí, vnitřních orgánů, či deformace nosu.

Chlamydiové infekce jsou způsobeny kokovitými bakteriemi, které napadají buňky lidského těla. Infekci lze prokázat po 7 dnech inkubační doby buď stěrem z pohlavních orgánů, nebo rozborem krevního vzorku. Infekce je léčitelná antibiotiky, přičemž je zásadní, aby léčbu podstoupili současně oba partneři, aby se zabránilo opakovanému přenosu infekce. Chlamydie patří k odolnějším bakteriím, proto je někdy nutné antibiotickou léčbu opakovat ve více cyklech. Bakterie opět ohrožují více ženy, protože u nich mohou způsobit neplodnost. (Sobčáková, 2019)

HPV infekce papilomavirem se projevuje vznikem pohlavních bradavic, virus může zvláště u žen způsobit nádorové bujení na napadených buňkách, patří k nejčastějším původcům rakoviny děložního čípku u mladých dívek a žen. V současné době se před započatím pohlavního života doporučuje vakcinace proti HPV. Důvodem plošné vakcinace je fakt, že se v populaci vyskytuje až u 1/3 osob (Donát, Donátová, 2007 s. 75).

Herpes neboli opar zevního pohlavního ústrojí se přenáší pouze od osob s akutním výsevem oparu, Projevuje se svěděním, puchýřky, později přecházejícími v mělké vřídky, a zduřením mízních uzlin. Nebezpečí oparu spočívá v tom, že i po zahojení přetrvává v těle v latentní formě a znovu se objevuje při oslabení organismu. Pokud se gravidní žena nakazí v posledních třech měsících těhotenství, přenáší se akutní opar z matky na plod při jeho průchodu porodními cestami. Herpes může vážně poškodit oči a dokonce mozek novorozence. Z těchto důvodů je matkám doporučován porod císařským řezem.

AIDS je dosud neléčitelné onemocnění způsobené virem HIV. Virus napadá bílé krvinky, snižuje tak jejich počet, způsobuje závažné selhání imunity. Zákeřnost tohoto onemocnění spočívá i v tom, že je infekční už v bezpříznakové fázi. V případě akutní infekce, která se rozvíjí v období tří týdnů až dvou měsíců od nákazy, se objevují příznaky podobné chřipce. Příznaky buď rychle ustoupí, nebo se neobjeví vůbec. Prostřední stádium nemoci se

označuje jako bezpříznakové, ojediněle se u nemocných může objevit zduření mízních uzlin. Třetí a poslední stádium nemoci je charakteristické projevy selhávání imunity. K nim patří opakované záněty dýchacího a pohlavního ústrojí, později se mohou projevovat opakované záněty plic, tuberkulóza ale i demence. Napadený imunitní systém může vyvolat o rakovinné bujení, nejčastěji se s AIDS pojí Kaposiho sarkom, napadá části obličeje, jako jsou nos a jazyk, případně se projevuje na vnějších pohlavních orgánech. Přenos HIV může nastat dvěma základními způsoby, a to buď pohlavním stykem, tedy, spermatem poševním sekretem, nebo krví mezi jedinci i z matky na nenarozené dítě. Přenos krví může nastávat s větší pravděpodobností mezi nitrožilními uživateli drog, při nechráněném kontaktu s infikovanou krví.

5.5 Prostituce a sexuální zneužívání

Prostituce i sexuální zneužívání patří k činnostem souvisejícím a často obchodujícím s lidskou sexualitou. Právní úprava v oblasti prostituce poskytuje pouze částečnou ochranu před prostitucí, protože ji nestaví zcela mimo zákon, ale nechává její regulaci v gesci měst a obcí prostřednictvím obecně závazné vyhlášky. Dosud platný zákon č. 241/1922 Sb., o potírání pohlavních nemocí ve svém § 14 zrušil k 22. srpnu 1922 nevěstince a zakázal jejich nové zřizování. Stávající právní úprava tedy brání zřizování oficiálních nevěstinců. Osoby, které sexuální služby organizují, k jejich provozování opatřují jiné osoby a z této činnosti kořistí, naplňují skutkovou podstatu § 204 Trestního zákona („Kuplířství“).

Stávající právní úprava však nezakazuje veřejné nabízení sexuálních služeb. Zákonodárci danou problematiku vyřešili tím, že do zákona o obcích zařadili § 10, který obcím umožňuje buď stanovit, že určité činnosti narušující veřejný pořádek nebo dobré mravy v obci lze vykonávat pouze na jasně vymezeném místě a v čase určeném obecně závaznou vyhláškou (dále jen „OZV“) nebo zakázat určité činnosti na některých veřejných, jednoznačně určitelných prostranstvích (Ministerstvo vnitra, 20024).

Zvláštní ochranu je třeba poskytnout nezletilým osobám, které mohou být vážně ohroženy ve všech oblastech zdraví a navíc může zapojení do těchto aktivit pokřivit jejich vztah k vlastní sexualitě a narušit jejich mravní vývoj. Osoby nabízející sexuální služby se pohybují na okraji společnosti, často žijí v prostředí hromadících se sociálních problémů, jsou ohroženy drogovou závislostí, pohlavními chorobami, nechtěným otěhotněním a následným rizikem potratů. V případě prostituujících mužů/chlapců může dokonce dojít k narušování sexuální identity, neboť nezřídka jsou heterosexuální orientace.

Sexuální zneužívání dítěte je jakékoli nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá (Ježková, Machková, 2023).

Sexuální zneužívání dítěte, tedy osoby mladší 18 let, může probíhat různými formami, bezkontaktně, nebo kontaktně. Obě formy zneužívání však jsou trestné a mají závažné následky na celkový vývoj dítěte. Komplikací při odhalování sexuálního zneužívání je skutečnost, že se poměrně často odehrává v rodinách nebo v prostředích, kde se mezi pachatelem a obětí naváže vzájemný vztah. Oběť se vůči pachateli ocitá v nevýhodném postavení, protože nezřídka je závislá na jeho péči nebo s ním opakovaně přichází do kontaktu. K rizikovým faktorům patří i způsob komunikace mezi rodiči a dětmi, tedy to, jestli se dítě cítí podporované, vyslechnuté a cítí možnost svěřit se. Silněji ohrožené jsou děti z dysfunkčních rodin, děti s postižením a nízkým sebehodnocením.

Stát může oběti chránit především kvalitní prevencí zneužívání. V tomto případě se nejvíce vyplatí kvalitní vzdělání v oblasti sexuální výchovy, které prochází celou vzdělávací soustavou do doby dosažení zletilosti. Zásadní dovednosti zahrnují nastavení hranic intimity, podporu asertivní komunikace v otázce obrany těchto hranic. Věku přiměřené seznámení s fungováním lidského těla, fungováním vztahů mezi pohlavím i a sociálními skupinami napomáhá rozeznat rizikové situace. Cílem předškolní a školní výchovy je nastolení podmínek pro účinnou sebeochranu v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví. Tuto schopnost dítě získá když se bude vědomo možnosti rozhodovat o svém těle, odmítat nepříjemnou manipulaci, bude znát sociální normy určující chování vhodné na veřejnosti a chování nevhodné. Dítě bude znát názvy všech částí těla, a bude je používat věcně a beze studu. Dítě bude odhodlané vyhledat pomoc na základě toho, že tato pomoc bude důvěryhodná a dostupná.

Další cílovou skupinou vzdělávání by tedy měli být dospělí pracující s dětmi mládeží a příslušníci policie, jejichž přístup k oběti by měl zabránit sekundární viktimizaci (vystavování oběti stresu ze znovu prožívání zážitku, znevažování výpovědi, vystavování oběti veřejnému posměchu, nucené setkání oběti s pachatelem).

Pedagogové by měli být obeznámeni se symptomy chování, které provázejí sexuální zneužívání dětí, aby mohli včas informovat příslušné orgány k ochraně dítěte a zastavení pachatele. V případě sexuálního zneužívání se uplatňuje oznamovací povinnost za účelem zabránění opakovaného nebo pokračujícího páchaní trestného činu. Pedagog by tedy neměl

oběti slibovat uchování tajemství, měl by však zachovat její anonymitu v nejvyšší možné míře, aby zabránil ostrakizaci a sekundární viktimizaci oběti.

Pedagogové by si mohli povšimnout následujících varovných znaků u nejmladších školáků vývojové regrese (pomocování, žvatlání) nadměrné agrese, nebo naopak poddajnosti, stranění se skupiny. Porušování hranic intimity na veřejnosti (onanie, sexuální hry) V průběhu prvního stupně se pak může přidávat somatizace problému (bolesti břicha a hlavy) kázeňské problémy související se soustředěným výkonem i s agresivitou, problémy se sebeovládáním, nepřiměřené sexuální výstřelky mezi vrstevníky, nedostatek přátel.

V období 9–13 let se přidává manipulativní chování v kolektivu, sexuální zneužívání mladších, promiskuitní chování. Adolescenti ve věku 13–15 let mohou používat jako úlevné prostředky sebepoškozování přímé nebo nepřímé prostřednictvím konzumace drog a alkoholu. Jejich vztahy se častěji promění ve vydírání a využívání druhých, což dále poškozuje jejich sociometrické postavení. Oběti se častěji vyhýbají intimitě tělesné a emocionální, mohou se objevit i sebevražedné pokusy (Braun a kol., 2003).

5.6 Těhotenství v dospívání

Těhotenství v období dospívání patří k projevům rizikového životního stylu dívek i chlapců, kteří však nejsou zasaženi na úrovni tělesné a v některých případech se nemusí o těhotenství ani dozvědět. Přestože biologicky je tělo přepraveno k otěhotnění s první menstruací, psychické zrání probíhá v mnoha případech pomaleji a dnešní dospívající také potřebují více času k dosažení ekonomické samostatnosti. V důsledku technického pokroku v euroamerické kultuře je dnes pro dospívající generaci ekonomickou nutností dosáhnout kvalitního odborného vzdělání. Navíc konzumní společnost podporuje tzv. stav psychické nezralosti, protože je ekonomicky výhodný. Ekonomicky nevyzrálý jedinec má problém s odkládáním uspokojení svých potřeb, a proto snadněji podléhá nástrahám konzumního života, čímž zvyšuje obraty firem.

Lidský mozek dozrává až okolo 20. nebo dokonce 25. roku věku. Rozhodnutí o otěhotnění se všemi jeho důsledky by tedy měli dělat zralí lidé, kteří následně budou ve stabilním prostředí vychovávat chtěné dítě. Kromě biologické zralosti je pro mateřství potřebná i zralost sociální, ta však často v současné společnosti zaostává. V současnosti si mladí prodlužují mládí, studují, cestují, poznávají svět, nejsou tedy po dosažení zletilosti ekonomicky aktivní a nemají materiální a často ani vztahové zázemí vhodné pro výchovu dítěte.

Pokud dojde v období dospívání k otěhotnění, dostává se budoucí matka pod tlak rozhodnutí, zda v těhotenství pokračovat, nebo podstoupit interrupci, to samo o sobě je traumatizující bez ohledu na konečné rozhodnutí. Pokud matka v těhotenství pokračuje, je třeba mu přizpůsobit životní styl, zejména v oblasti výživy, abstinence od všech návykových látek a úprava denního režimu v zájmu nenarozeného dítěte. To v praxi znamená, že se těhotná dívka vzdaluje svým vrstevníkům, kteří v tomto období často experimentují s návykovými látkami, mají riskantní volnočasové aktivity.

Pokud dívka musí opustit školu, komplikuje se její budoucí i současné sociální postavení. V průběhu těhotenství hrozí ztráta sociálních vazeb vrstevníky, v budoucnosti se mohou objevit problémy s uplatněním na trhu práce v důsledku chybějícího vzdělání. Při nezralém těhotenství je však ohroženo i nenarozené dítě, jednak je v této věkové skupině matek vyšší riziko předčasného porodu a následných vývojových komplikací, jednak v některých případech je dítě počato za nevhodných okolností, konzumace alkoholu nebo drog. Otěhotněním v tomto věku jsou také více ohroženy dívky, které nemají odpovídající rodinné zázemí, a tedy často ani vhodné vzory pro péči o dítě. Dále je pro dítě riziková mentální nezralost matky, protože celodenní soustavná péče o dítě je fyzicky i psychicky náročná. Tyto matky, zvláště pokud mají partnery ze své věkové skupiny, zůstávají často samoživitelkami a jsou proto přetížené.

Navíc ve většině případů je nezletilé těhotenství neplánované, dívky nemusí být vždy dostatečně seznámeny s fungováním svých pohlavních orgánů, proto se nemusí o svém těhotenství dozvědět včas. Dítě se pak po určitou dobu vyvíjí v neoptimálních podmínkách. V extrémních případech to může vést k poškození plodu (například fetálním alkoholovým syndromem, avitaminózou).

Pokud je gravidita neplánovaná a matka se o otěhotnění dozví příliš pozdě, vyvíjí se dítě pod nadměrným vlivem stresových hormonů, je nepřijímané a jeho psychické zrání je v důsledku toho ohroženo (Sojková, 2014).

6 Legislativa v oblasti sexuální výchovy

Česká republika uznává právo dítěte na přiměřené vzdělání, které je zakotvené v Listině základních práv a svobod občanů a je tedy součástí platné ústavy. Hlava čtvrtá v člancích 31, 32 a 33 zaručuje občanům právo na ochranu zdraví, právo na ochranu rodiny, dětí a mladistvých a právo na vzdělání. Pod právo na vzdělání spadá i právo na vzdělání v oblasti sexuálně-reprodukčního zdraví, tedy sexuální výchova. Vzhledem k tomu, že informace, které jsou součástí kurikula Výchovy ke zdraví, přispívají ke zvýšení osobní bezpečnosti ohrožených skupin obyvatel, zejména dětí a mladistvých, naplňuje výuka sexuální výchovy i právo dítěte na bezpečí. Veškeré uplatňování práv v oblasti sexuální výchovy se má dít se zvláštním zřetelem k zájmům dítěte a v jeho prospěch. Platí přitom zásada, že informace, představují konkurenční výhodu, samozřejmě za předpokladu, že jsou podané formou přiměřenou věku a schopnostem dítěte. Z toho vyplývá, že právo na informace z oblasti sexuální výchovy mají všichni žáci, tedy i žáci s postižením, jejichž sexualitě a vzdělávání bude věnována samostatná kapitola.

V oblasti sexuální výchovy rovněž platí, že zákon má za úkol v liteře chránit slabšího, tedy dítě. Z to tohoto důvodu je styk s dítětem mladším 15 let trestným činem bez ohledu na to, v jakém věku je pachatel tohoto činu. Zákonná hranice sexuálního styku chrání nezralé děti před sexuálním zneužíváním, traumatizující předčasnou sexuální vyspělostí a návaznými psychosociálními problémy. Rovněž napomáhá ztížit výrobu a distribuci dětské pornografie, jejíž vznik má pro nezletilé dítě často neuvědomované, avšak zásadní a traumatizující následky. To platí zejména v době rozšíření internetové kriminality, neboť téměř neomezený dosah internetu se může snadno dostat do konfliktu se soukromím jedince.

Z práva na vzdělání vyplývá v praxi další podstatné právo a to je právo na svobodné rozhodnutí v oblasti sexuálních otázek, každý jedinec má právo se svobodně a informovaně rozhodnout, zda počít dítě, kdy a s kým. Naopak nikdo nemá právo vynucovat si ani sexuální styk ani pokračování či ukončení pobíhajícího těhotenství.

Základní práva v oblasti sexuality definuje Charta sexuálních a reprodukčních práv, navržená roku 1997 IPPF, ta obsahuje celkem 12 práv seřazených tak, že každé následující právo je podmíněno uplatněním všech předchozích. Charta je celosvětově platná a nepřímo tak dokazuje, že sexuálně-reprodukční práva jsou ve světě opomíjenou složkou lidských práv. V rámci práva na soukromí je zaručeno právo na bezpečný potrat a vyjádření sexuální orientace bez obav z perzekuce. Podle bodu 6 má každý právo na pravdivé a objektivní

informace o sexuálním a reprodukčním zdraví sdělované nestereotypním a pluralistickým způsobem.

Každé dítě má právo na ochranu proti vykořisťování včetně sexuálního zneužívání, nucení k prostituci nebo k produkci pornografie.

Dále jsou děti v sexuálně-reprodukčních otázkách chráněny mlčenlivostí sociálních pracovníků, kterou ukládá §100 zákona o sociálních službách. Právní ochranu dítěti poskytuje také zákon o rodině, podle něhož má dítě právo na péči o zdraví, tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj. Výchovné prostředky by přitom neměly poškozovat důstojnost dítěte, natož pak ohrožovat jeho zdraví a všestranný rozvoj. Pokud je výchova nezletilého ohrožena, může stát využit opravné prostředky různé intenzity od napomenutí, uložení dohledu po omezení bránící škodlivým vlivům na výchovu nezletilého.

Zákon o sociálněprávní ochraně dětí chrání děti ohrožené násilím, v rodině, zahálčivým životem nebo jsou ohrožené životem nemravným případně obecně neochotou či neschopností svých rodičů vykovávat práva a povinnosti plynoucí z řádné rodičovské péče. Porušení tohoto zákona se nahlašuje na obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Zvláštní oznamovací povinnost mají lékaři a zdravotničtí pracovníci. Tímto ustanovením je sledován hlavní cíl včasného přerušování nežádoucích činností páchaných na dětech. Na výzvu OSPOD mají informační povinnost například i školy a školská zařízení. Cílem působení OSPOD je preventivní působení na děti a jejich rodiny cílem je odstraňovat příčiny vzniku problémů dostatečně včas, aby nebylo nutné odstraňovat závažné následky zanedbávání. Zákon pamatuje i na formy a stupně zanedbávání, které nejsou postižitelné podle trestního zákona, přesto však poškozují rozvoj dítěte.

Z hlediska trestního práva může dítě být obětí trestných činů týrání svěřené osoby nebo osoby žijící ve společném obydlí, pokud pachatel úmyslně hrubší necitelností působí nepříznivě na tělesnou nebo duševní stránku poškozeného. Pachatel je osoba, která má týranou osobu v péči či ve výchově.

Obchodování s dítětem za účelem jeho využití k pohlavnímu styku, otroctví, nevolnictví nebo jinému vykořisťování je postižitelné jako trestný čin obchodování s lidmi.

Ohrožování výchovy dítěte chrání děti před negativními společenskými jevy, které v sobě nesou riziko zpustnutí dítěte. Trestného činu se dopouští osoba, pokud umožňuje dítěti účast na hazardních hrách, zahálčivý a nemravný života opatřování si peněžních prostředků nelegálním nebo nemravným způsobem, k naplnění skutkové podstaty trestného činu stačí, že dítěti hrozí zpustnutí. Pokud osoba dítě k popsánému životu navádí, jedná se o trestný čin úmyslný.

Svádění k pohlavnímu styku je trestný čin, kdy pachatel nabízí za pohlavní styk dítěte, sebeukájení dítěte nebo takové chování dítěte, které vede k pohlavnímu spokojení osoby nebo osob, úplatu výhodu nebo prospěch. Dítě, které úplatu žádá nebo přijme, není trestně postižitelné. Aby se jednalo o svádění, musí být nabídka učiněna před započítí pohlavního styku nebo jiného odpovídajícího chování. Pro spáchání trestného činu je irelevantní, jestli se nabídka týká heterosexuálního nebo homosexuálního styku.

Na sexuálně motivované trestné činy se vztahují další dvě zákonné povinnosti, již umíněná povinnost překazit trestný čin, pokud má občan důvodné podezření, že se k trestnému činu schyluje. Pokud by někdo o připravovaném nebo probíhajícím trestném činu věděl, ale nekontaktoval policii, dopouští se trestného činu nepřekažení trestné činnosti. Osoba, která by neoznámila, že byl trestný čin již spáchán, může být potrestána za neoznámení trestného činu.

7 Faktory ovlivňující sexuální vědomosti žáků

V moderní informační době jsou nám k dispozici různé zdroje informací. Informace získáváme částečně v osobní komunikaci tváří v tvář, částečně se můžeme spolehnout na fyzické či online zdroje. Všechny typy informačních zdrojů mají své výhody a nevýhody. Z hlediska sexuální výchovy můžeme zdroje rozdělit podle přítomnosti informačních partnerů, podle toho, zda komunikace probíhá na vrstevnické úrovni nebo z odstupů. Podle faktografické kvality můžeme od sebe odlišit spolehlivé, recenzované zdroje a zdroje aktuální, otevřené a informačně nespolehlivé.

Ve školním prostředí pracujeme se všemi typy zdrojů nebo s důsledky jejich využití našimi žáky. Školní vědomosti se navrstvují na informace získané v rodinách, to v praxi znamená, že nemůžeme u všech žáků přepokládat stejný informační základ, protože komunikace v rodině je různě otevřená otázkám sexuality v závislosti na tom, jaký výchovný styl rodiče zvolili, jaký mají sami vztah k sexualitě, či jak se bojí, že připraví své děti o nevinnost. Míra otevřenosti rodinné komunikace dále ovlivňuje to, zda a do jaké míry žáci vyhledávají náhradní informační zdroje. Žáci se obvykle uchylují k nepřesným informacím z vrstevnické skupiny. Informace jsou nespolehlivé zejména proto, že žáci, zejména chlapci přeceňují a zveličují své sexuální zkušenosti. Navíc prizmatem svého věku nemohou zcela docenit vzájemné vztahy a význam jednotlivých změn, kterými procházejí. Pokud žáci nechtějí, nebo nemohou získat informace od vrstevníků, mohou jako informační zdroj využít internet, tím se ovšem vystavují riziku, že podvědomě převezmou některé zkreslené informace z pornografických materiálů nebo nerecenzovaných diskusí a podobně.

7.1 Role rodiny v oblasti sexuální výchovy

Rodina má v sexuální výchově primární význam. Dítě se o intimních vztazích dozvídá od útlého věku, když pozoruje vzájemné sociální vztahy a vazby rodičů, projevy náklonosti a podobně. S rodiči a širší rodinou také dítě první vztahy zažívá, už od prvních dnů života se k němu dostávají informace o intimitě a láskyplných vztazích prostřednictvím dotyků a základních rituálů, jako je kojení nebo koupání. Před nástupem předškolní výchovy začíná dítě zkoumat své tělo, i zde je důležité, jak rodiče reagují, jakým způsobem odpovídají na první otázky ohledně vzniku života. Obecně se doporučuje odpovídat pravdivě a co nejpresněji s ohledem na věk. Přílišné vytáčky a stud rodičů by mohl v tomto věku dítě zmást a narušit jeho vztah k sexualitě. Rodiče mohou při edukaci využívat dětské knihy nebo

edukační pořady a měli by se vyvarovat vyhýbavých odpovědí, typu, to není nic pro malé děti (Trojan, 1999, Kubrichtová, 2005).

V období mladšího školního věku je v oblasti sexuální výchovy kladem důraz zejména na správnou hygienu a dodržování hranic intimity i její nastavování ve vrstevnických vztazích. S nástupem puberty by rodiče měli stanovit a vysvětlit pravidla pro bezpečné schůzky a setkávání s kamarády opačného pohlaví.

7.2 Role školy v oblasti sexuální výchovy

Škola má v oblasti sexuální výchovy tu výhodu, že plošně zasahuje většinu populace. Žáci získávají možnost nabývat a rozvíjet další sociální dovednosti v kolektivu vrstevníků. Vzniká zde prostor pro vrstevnické srovnávání. První citové vztahy je možné navazovat, rozvíjet i opouštět. Škola může mít funkci korektivní, když uvádí na pravou míru nepřesné informace získané v jiných prostředích. Měla by také zaplnit informační mezery vzniklé tam, kde rodiče svým potokům neposkytnou dostatek přesných odpovědí na jejich otázky. Škola také může žáky motivovat k efektivnímu plánování budoucího života poskytováním informací a komunikačních strategií napomáhá žákům k získání informací nutných k účinné ochraně vlastní intimity a důstojnosti. Pokud učitel používá efektivní metody práce s kolektivem, může monitorovat vrstevnické vztahy ve třídě a vést žáky k jejich reflexi tak, aby zabránil vzniku sociálně nežádoucích jevů, k nimž patří předčasný začátek sexuálního života, případně vyhledávání nevhodných sexuálních zážitků

7.3 Role internetu a médií v oblasti sexuální výchovy

Role digitálních médií se s rozvojem dostupnosti internetu zvyšuje, s tím se poji snadná dostupnost informací, ale také jejich menší přehlednost. Pro dospívající může být značně obtížné kriticky vyhodnocovat zdroje, které se na internetu šíří ohledně sexuality. Sociální sítě i webové prohlížeče využívají při zobrazování výsledků vyhledávání speciální algoritmy, jejichž existenci si většina uživatelů plně neuvědomuje. Navíc pro dospívající budou pravděpodobně přitažlivější audiovizuální zdroje, které mají vedle informačního cíle i hlavní cíl pobavit, zaujmout, či šokovat a tímto způsobem zvýšit sledovanost i komerční dosah. Navíc audiovizuální zdroje často prezentují subjektivní příběhy a názory mediálně známých osob nebo takzvaných influencerů. Tyto subjektivní názory mohou vlivem potřeby dospívajících identifikovat se se sociálně úspěšnými vzory, zkreslit jejich vnímání reality. Na sociálních sítích se setkávají se zkresleným obrazem reality, který na ně může vytvářet

zbytečný tlak vlivem nepřímého srovnávání. V prostředí internetu je také pravděpodobnější, že se dospívající zapojí do experimentálního chování, aniž by si předem důkladně promysleli důsledky. Nebezpečí internetu ve vztahu k sexuální výchově spočívá v dostupnosti nových sociálních vztahů, které lze navázat pod libovolnou identitou s člověkem, jehož identitu lze snadno zfalšovat nebo utajit. Ohroženi jsou zejména ti žáci, kteří v běžném off-line světě bojují s navazováním sociálních vztahů.

8 Prevence

Odborníci z oborů medicíny i pedagogiky se shodují, že informace a informovanost muže sloužit jako účinná zbraň v boji proti závažným sociálním problémům, které mohou vyplývat z podcenění rizik předčasného začátku pohlavního života. Podle Trojana (1999) se rodiče mají mít zájem podílet na sexuální výchově svých dětí, protože tématu sexu se v dnešní době nelze vyhnout, a je výhodnější, když děti získávají informace a především hodnoty od generace rodičů, která má v této oblasti relevantní životní zkušenosti. Poskytnutím informací rodiče chrání své děti před nežádoucími experimenty (Trojan, 1999).

Škola se na prevenci v rámci sexuální výchovy může podílet zejména dobře moderovanou vrstevnickou diskusí v rámci hodin sexuální či etické výchovy. Ve škole se žáci ocitají ve známém kolektivu, který jim poskytuje relativně bezpečné prostředí pro konfrontaci osobních názorů mimo jiné oblastí sexuální výchovy. Vzhledem k tomu, že dospívající tráví velkou část pracovních dní v prostředí školy, mohou se zde účinně formovat názory. Škola představuje protiváhu k rodinnému prostředí, je příkladem vnějšího světa s vlastními pravidly. Zároveň jde o organizovanou instituci s fungující hierarchií. Dospívající zde konfrontují své názory s požadavky vrstevnické skupiny i požadavky učitelských autorit. V diskusi si v rámci osvojování asertivní komunikace vytvářejí schopnosti nutné pro případné odmítnutí nebezpečných situací.

Škola z pohledu instituce má výhodnější pozici například v oblasti zavádění správné odborné terminologie, protože zde chybí úzké rodinné vztahy a rodinný idiolekt, který je v oblasti sexuální výchovy nebezpečný tím, že zamlžuje závažné informace do infantilního nebo naopak příliš vulgárního slovníku.

Škola také může účinně poskytovat preventivní zkušenosti, například formou zážitkového učení, seznamováním s následky nezralých sexuálních rozhodnutí. Pokud se žáci seznámí s prostředím, kde je poskytována péče dětem nezletilých a nezralých natek, bude jejich rozhodování snazší, protože bude opřené o emoční prožitek, neboť jak upozorňují Vágnerová a Lisá (2021), adolescenti jsou silně pod vlivem emocí.

9 Analýza RVP s ohledem na problematiku sexuálně reprodukčního zdraví

Kapitola se zmaňuje na platný RVP ZV a postavení sexuální výchovy v něm. Otázky sexuálně reprodukčního zdraví se týkají nejen tělesného vývoje jedince, ale také a především se zaměřují na porozumění tomuto vývoji, podporu vhodných reakcí na něj a budování návyků potřebných k ochraně zdraví vlastního i dalších osob (v našem případě intimních partnerů, budoucích potomků) V nejširším možném pojetí můžeme uvažovat o ochraně zdraví jako ochraně společnosti jako celku.

Otázky sexuálně reprodukční se prolínají různými vzdělávacími oblastmi, protože na zdraví lze nahlížet z různých úhlů pohledu v závislosti na tom, na jakou složku zdraví se zaměřujeme. Toto uchopení odpovídá zaměření vzdělávací oblasti na žáky prvního stupně a zároveň potvrzuje, že sexuální výchova je součástí celého života jedince a k jejím neopominutelným složkám patří i vztahy na psychické (nefyzické) úrovni a schopnost výhodně reflektovat změny v životě vlastním i lidí kolem sebe. Žáci si osvojují dovednost nastavování a respektování hranic. Dostávají příležitosti reflektovat vlastní růst a vývoj, vztahové preference v blízkých vztazích a upevňují si předchozí znalosti a dovednosti v oblasti zdravých návyků. Je zde položen základ vnímání zdraví jako hodnoty v životě člověka.

Na druhém stupni navazuje vzdělávací obor výchova ke zdraví, který se podrobněji zaměřuje na péči o zdraví a jeho ochranu a úzce souvisí s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova. Úzce navazuje zejména na oblasti budování zdravého sebepojetí na základě sebepoznání, tato dovednost je pak základem budování zdravých vztahů v běžném reálním životě. Další překrývající (a posilující se) oblastí je psychohygienu. Společným jmenovatelem průřezového tématu a Výchovy ke zdraví je také aktivní přístup ke zdraví a jeho ochraně.

Výstupy Výchovy ke zdraví se sexuálně reprodukčního zdraví týkají zejména v těchto bodech

VZ-9-1-09 projevuje odpovědný vztah k sobě samému, k vlastnímu dospívání a pravidlům zdravého životního stylu; dobrovolně se podílí na programech podpory zdraví v rámci školy a obce

VZ-9-1-11 respektuje změny v období dospívání, vhodně na ně reaguje; kultivovaně se chová k opačnému pohlaví VZ-9-1-12 respektuje význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a pozitivními životními cíli; chápe význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování (RVP ZV, 2021, s. 92)

Cíl reflexe vlastního dospívání a vyspívání se dále překrývá se vzdělávacím obsahem vzdělávacího oboru přírodopis, zejména tematického celku biologie člověka.

Vzhledem k tomu, že součástí RVP jsou ve vztahu k sexuálně reprodukčnímu zdraví i podněty pro ochranu a budování zdraví psychického a sociálního s důrazem na sebepoznání, sebepojetí a adekvátní mezilidskou komunikaci, je možné rozvinout komplexní pohled na sexuálně reprodukční zdraví.

Jak uvádí standardy pro sexuální výchovu v Evropě: „Sexuální výchova znamená učení se o kognitivních, emocionálních, sociálních, interakčních a fyzických aspektech sexuality.“ (Standardy pro sexuální výchovu v Evropě, 2017, s. 25)

Všechny výše uvedené složky sexuální výchovy by měly být vyučovány rovnoměrně a pokud možno s důrazem na efektivitu výuky, protože přímé a nepřímé náklady výchovného selhání v této oblasti jsou velmi vysoké na materiální i nemateriální (sociální) rovině.

Překrývání biologické a sociální roviny sexuální výchovy dokládají také Machová a Hamanová (2002, 169), když uvádí mezi cíli sexuální výchovy vybudování dovedností ve vztahu k sobě jako je zdrženlivost, sebeovládání, hodnocení důležitosti jednotlivých faktorů pro výběr partnera. Mezi dovednostmi projevující se ve vztahu k druhým patří empatie, vzájemná ohleduplnost a schopnost ochránit slabšího. Nutnou složkou je také již zmíněná komunikace. Partneři by měli být schopni otevřeně komunikovat o otázkách rodičovství, ochrany před pohlavně přenosnými chorobami (STD) a samozřejmě o vzájemných pocitech.

Výchova jako taková pobíhá na třech paralelních rovinách, jedná se o rovinu citového vztahu, rovinu vzoru a rovinu vědomostí. Uvedené řazení rovin v podstatě odpovídá jejich vzájemné důležitosti a časové návaznosti v životě jedince. Na rovině vztahu vzoru je dítě vychováno již v primární rodině. Škola tradičně přidává třetí rovinu vědomostí. (Hofferníková, 2021)

V současné době umožňuje struktura RVP zdůraznit a využít ve školním prostředí i výchovu na rovině citového vztahu (citové zainteresovanosti žáků) a rovinu vzoru (simulace, exemplifikace) společně s rovinou vědomostí.

10 Metodika práce

Žákům zkoumaných ročníků byl předložen dotazník v online podobě. Předložený dotazník byl sestaven na základě podnětů vedoucí práce, otázky byly tedy validní a reliabilní. Žáci vyplňovali dotazník anonymně v online podobě. Za přítomnosti tazatele výzkumu. Vzhledem k tomu, že nebyla použita papírová forma dotazníku, je respondentům zaručena vyšší anonymita /nemohou být rozpoznáni například podle písma nebo způsobu vyjadřování. Většina z 35 dotazníkových položek byla žákům předložena ve formě tvrzení, žáci následně hodnotili tvrzení jako pravdivé/nepravdivé, tím bylo zajištěno, že výsledky šetření nebudou zkresleny nepřesným vyjadřováním respondentů, přílišným studem nebo komunikační neobratností.

Díky tomu, že dotazník obsahoval převážně zjišťovací otázky, byl pro studenty velmi krátký, stručný, vyplňování dotazníku nepřekročilo 10 minut, Tímto způsobem jsme minimalizovali nepozornost z únavy.

Data dotazníku byla uchována online a chráněna heslem, zpracování dat proběhlo v první fázi automaticky prostřednictvím programu. Následně byly vytvořeny grafy prezentující výsledky výzkumu.

Ve zvoleném výzkumu jsme prostřednictvím dotazníku zjišťovali úroveň znalostí z oblasti sexuální výchovy u žáků 6. a 9. ročníků základní školy. Dotazník návazně zkoumal také postoje respondentů k vybraným otázkám z oblasti tvory vztahů. Cílem výzkumné studie je zjistit, jak žáci ovládají poznatky z biologie člověka, které se týkají sexuálního zdraví. Dále chceme na základě získaných údajů posoudit, jaké jsou postoje žáků k rizikům spojeným se sexualitou. Zejména se budeme věnovat otázkám ochrany zdraví a prevence sexuálně přenosných nemocí. V dotazníku proto budou použity položky, které zkoumají informovanost žáků, ale také jejich postoje k prevenci.

Výzkumné předpoklady

Realizovaný výzkum má za cíl potvrdit následující hlavní výzkumný předpoklad:

Žáci 9. ročníku budou v předloženém testu vyšší skóre výchovy ve srovnání se žáky 6. ročníku.

Dále předpokládáme, že:

Žáci budou jako zdroj informací z oblasti sexuální výchovy nejčastěji uvádět internet.

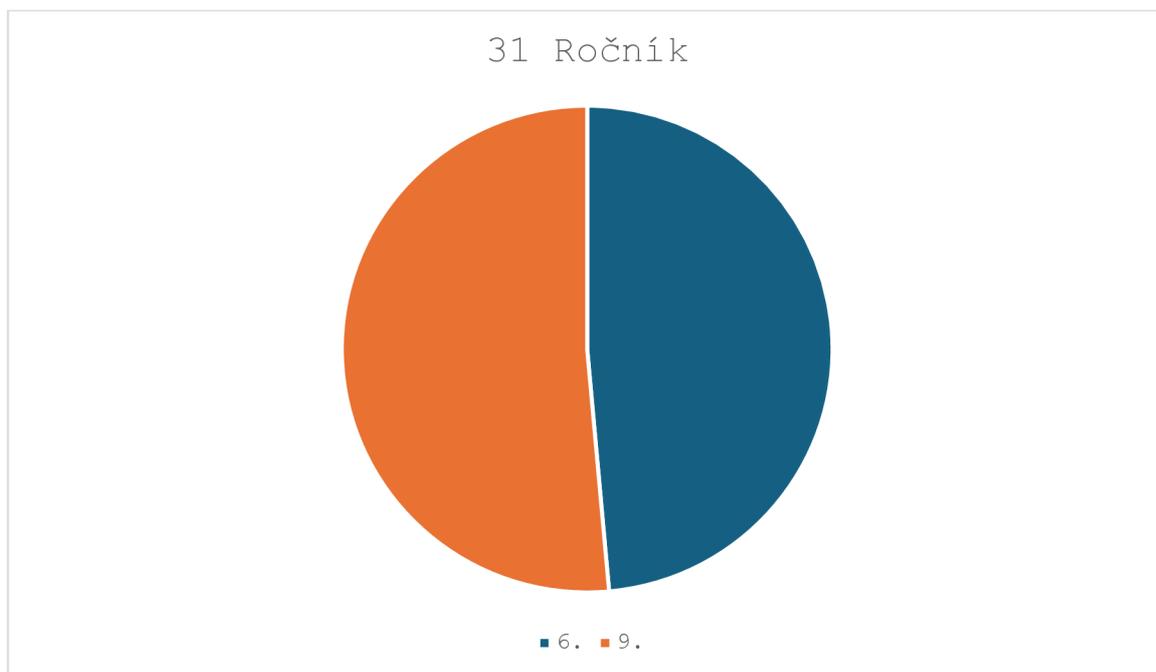
Žáci budou v rámci rodiny častěji jako zdroj informací uvádět osoby ženského pohlaví, zejména matky a sestry.

Popis výzkumné studie

Pro bakalářskou práci jsme zvolili kvantitativní výzkum realizovaný pomocí didaktického testu/dotazníku.¹ Hlavním cílem dotazníkového průzkumu bylo zjistit, jak přesnými informacemi z oblasti sexuální výchovy disponují respondenti, žáci 6. a 9. ročníků základních škol. Kvantitativní výzkum si klade za cíl zjistit či ověřit existenci určitých jevů mezi zkoumanou skupinou respondentů.

Popis realizace výzkumu a charakteristika jeho aktérů

Výzkum byl realizován na vzorku žáků základní školy FZŠ Komenium v Olomouci. Respondenti byli získáni z 6. a 9. ročníků. Vzorek respondentů by vyrovnaný z hlediska rozdělení žáků do tříd. To dokazuje graf 31, z něhož vyplývá, že žáci 6. třídy byli zastoupeni 17 respondenty (49%) a žáci 9. třídy 18 respondenty (51%).

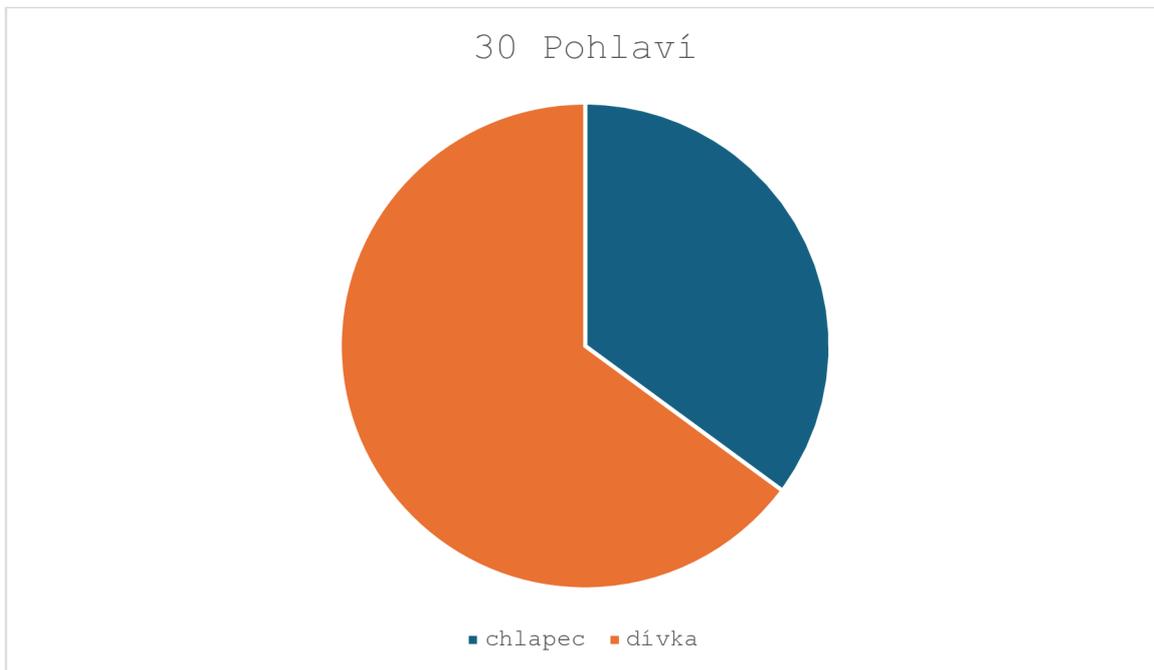


Graf 1: Ročník

Z hlediska pohlaví ve vzorku respondentů převažují dívky 24 respondentek (65 %) Chlapci tvoří 35 % respondentů, tedy 13 žáků. Vzhledem k tomu, že populace žáků

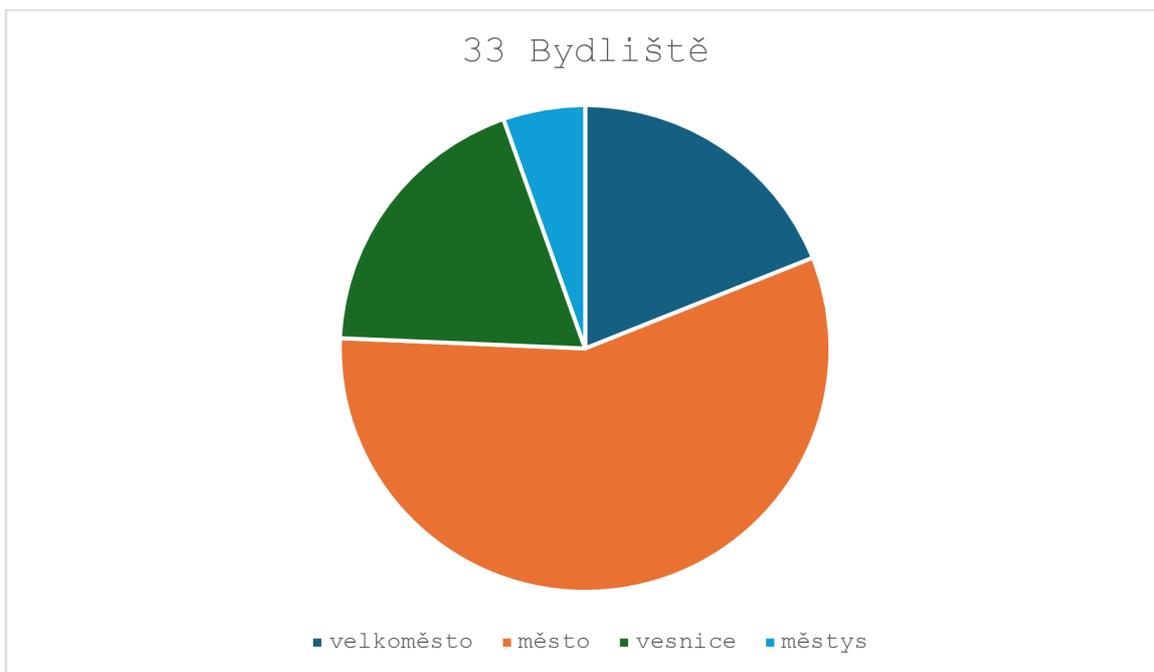
¹ Převážná část výzkumu má formu didaktického testu ověřujícího znalosti studentů formou vyhodnocování pravdivosti uzavřených otázek. Kromě toho baterie obsahuje otázky na demografické údaje a otázky zaměřené na postoje respondentů, kde respondenti reagují na základě introspekce. Sem patří např. otázka ohledně očkování, volby partnera, užitečnosti vzdělávacího obsahu sexuální výchovy.

základních škol kopíruje složení nejmladší generace, neměl by tento fakt výrazně ovlivnit výsledky výzkumu.



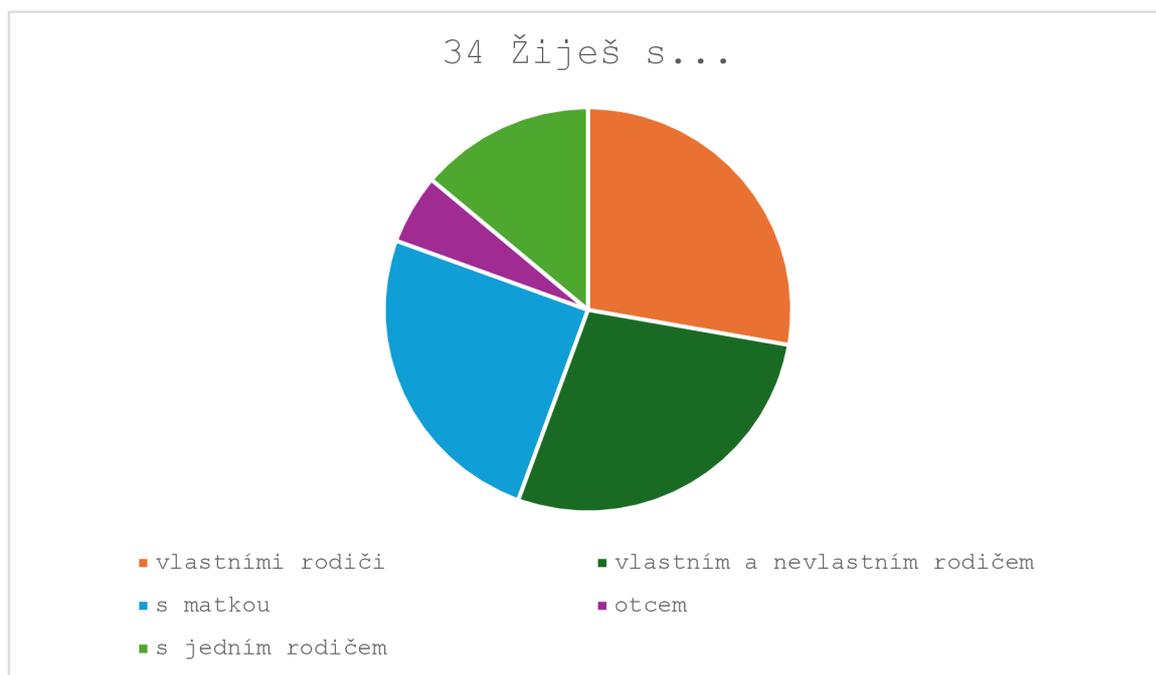
Graf 2: Pohlaví

K demografickým údajům respondentů, které jsme zajišťovali, patří i bydliště. Tento orientační údaj slouží k vytvoření orientační představy o komunitě, v níž žáci žijí a jejíž normy je ovlivňují. S velikostí místa bydliště mohou souviset faktory jako dostupnost kulturních a informačních zařízení (knihovny, divadla, kina) dodržování nepsaných norem chování, platí, že čím je komunita lidí menší, tím méně je anonymní a klade větší nároky na zachování žádoucího veřejného obrazu jednotlivce. Z následujícího grafu vyplývá, že dvě největší skupiny respondentů žijí ve větším městě (21 respondentů; 57 %) nebo velkoměstě (7 respondentů; 19 %) stejný počet respondentů uvedl jako bydliště vesnici. Pouze 2 respondenti (5 %) uvedli, že žijí v městysu.



Graf 3: Bydliště

Poslední demografickou položkou byla struktura rodiny, v níž respondenti žijí. V dotazníku jsme zjišťovali, v jaké konstelaci pečujících osob žijí respondenti ve společné domácnosti. Z dotazníkového šetření vyplynuly dvě stejně početné skupiny 10 respondentů, které obě uvedly, že žijí s oběma rodiči respektive s vlastním a nevlastním rodičem. Čtvrtina respondentů (9) uvedla, že žije pouze s matkou. Pouze 2 respondenti žijí s otcem. 5 respondentů uvedlo, že žijí pouze s jedním rodičem bez rozlišení. Tato otázka cílí na monitoring informační situace dospívajících, jinými slovy zjišťujeme, na koho se respondenti mají možnost obracet s otázkami k tématu výzkumu. Je jasné, že rodiče nejsou jediným zdrojem informací, ale v intimních otázkách přirozeně aspirují na zdroj nejdostupnější. Navíc respondenti žijící v úplné rodině s oběma vlastními rodiči, nebo vlastním a nevlastním rodičem mají optimální podmínky k pozorování vzájemných interakcí v budování blízkých vztahů mezi dospělými osobami opačného pohlaví. Stejně velká skupina respondentů potom žije s vlastním a nevlastním rodičem i oni tedy mohou v domácím prostředí pozorovat interakce mezi příslušníky opačného pohlaví v blízkých vztazích. Tyto dvě skupiny respondentů tvoří více než 50 % celkového výzkumného vzorku. S ohledem na přítomnost rodičovských párů v rodinách respondentů je pozoruhodné, že převaha respondentů uvedla, že informace z oblasti sexuální výchovy získává o matky.



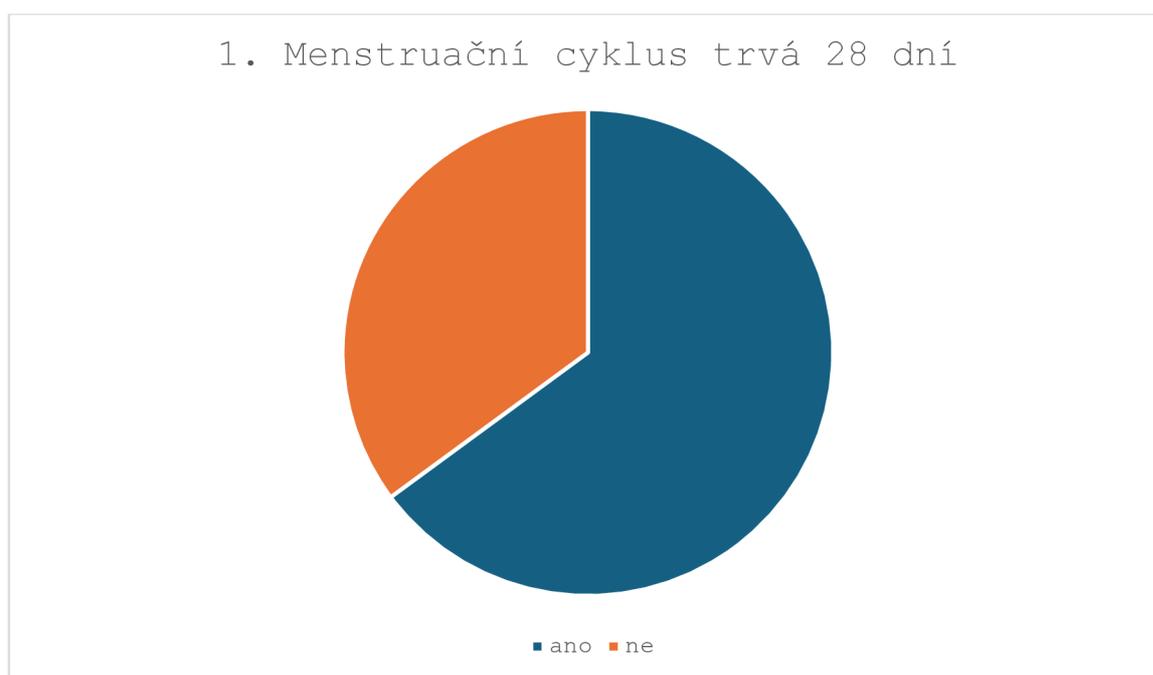
Graf 4: Rodina

Z hlediska způsobu realizace se jedná o anonymní online dotazník, který byl distribuován cílové skupině žáků. Dotazník obsahoval celkem 35 položek, z nichž většinu představovaly testové otázky uzavřené zjišťovací, u nichž žáci volili ze dvou možných odpovědí Ano/Ne. Položky 24, 28, 29, 32 a 35 se zaměřují na postoje respondentů výzkumu k ochraně zdraví a k partnerství. Kromě toho se ptáme také na hodnocení informačního přínosu sexuální výchovy samotnými respondenty. Demografickým údajům jsou věnovány položky 30, 31, 33 a 34.

11 Výsledky dotazníkového šetření

Následující kapitola představuje výsledky dotazníkového šetření mezi žáky základní školy Komenium. Žákům byl distribuován dotazník didaktický test skládající se z 35 položek. Pomocí dotazníku byly zkoumány tři oblasti, znalosti týkající se sexuální výchovy, postoje respondentů k vybraným otázkám sexuální výchovy vztahů, partnerství a ochrany zdraví, Poslední oblast dotazníku zkoumala demografické údaje respondentů, pohlaví, navštěvovaný ročník ZŠ, rodinné poměry, místo bydliště respondentů.

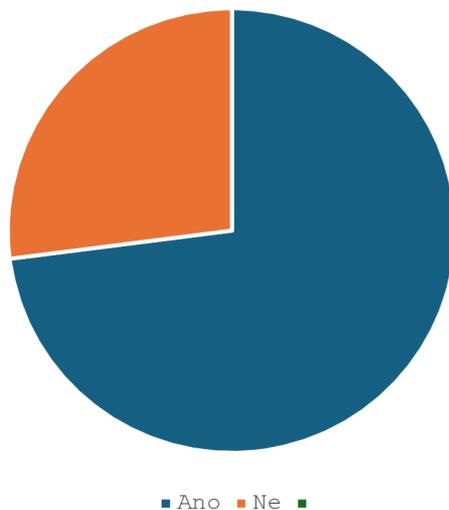
Jak ukazuje následující graf, na první otázku odpovědělo správně 65% respondentů. Mezi respondenty, kteří na otázku odpověděli nesprávně, byli pouze čtyři ze 13 chlapců ve výzkumném vzorku. Zdá se, že pohlaví respondentů zde nehraje roli.



Graf 5: Menstruační cyklus

Na druhou otázku odpovědělo správně 73 % respondentů. Tento výsledek ukazuje, že žáci mají dobré anatomické znalosti, zejména takové, které jsou podpořeny také informacemi prezentovanými v mediálním prostoru (reklama, sportovní výživa apod.)

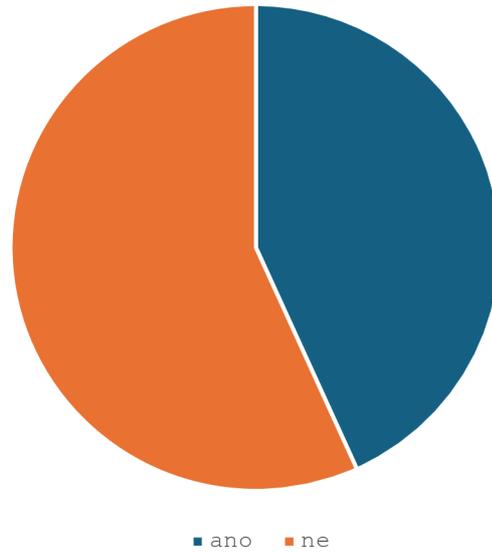
2 Mužský hormon testosteron ovlivňuje
růst vousů a svalů.



Graf 6: Vliv testosteronu

Na třetí otázku uvedlo správnou odpověď 57% respondentů. Nadpoloviční většina správných odpovědí ukazuje, že testované pojmy nejsou respondentům neznámé, přesné fungování menstruačního cyklu však nemají dosud upevněno. Mezi respondenty, kteří neodpověděli správně, bylo 9 dívek a 6 chlapců, zdá se tedy, že chybovost může být ovlivněna i pohlavím respondentů.

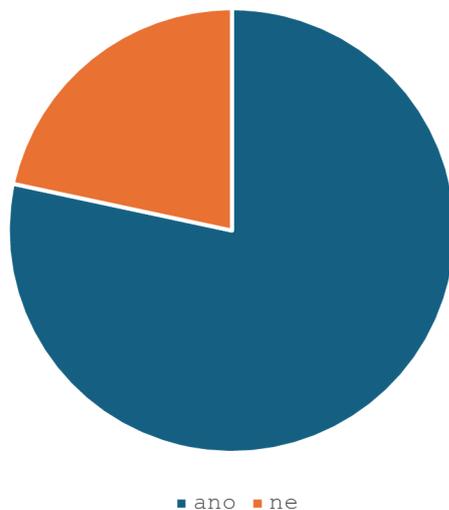
3 Ovulace je mnenstruační krvácení.



Graf 7:Ovulace

U položky číslo 4 79 % procent respondentů správně vyhodnotilo délku těhotenství ženy. Ze získaných dat vyplývá, že respondenti jsou si dobře vědomi, jak dlouho trvá těhotenství, odpovědi byly velice přesné i přesto, že v běžném životě se těhotenství často udává pouze v měsících.

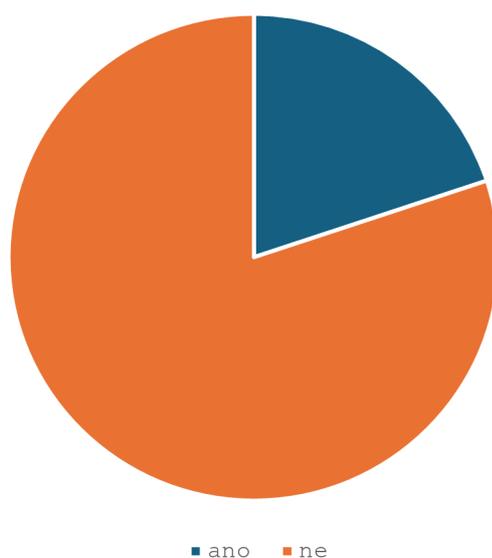
4 Těhotenství trvá asi 280 dnů tj. 40 týdnů.



Graf 8: Délka těhotenství.

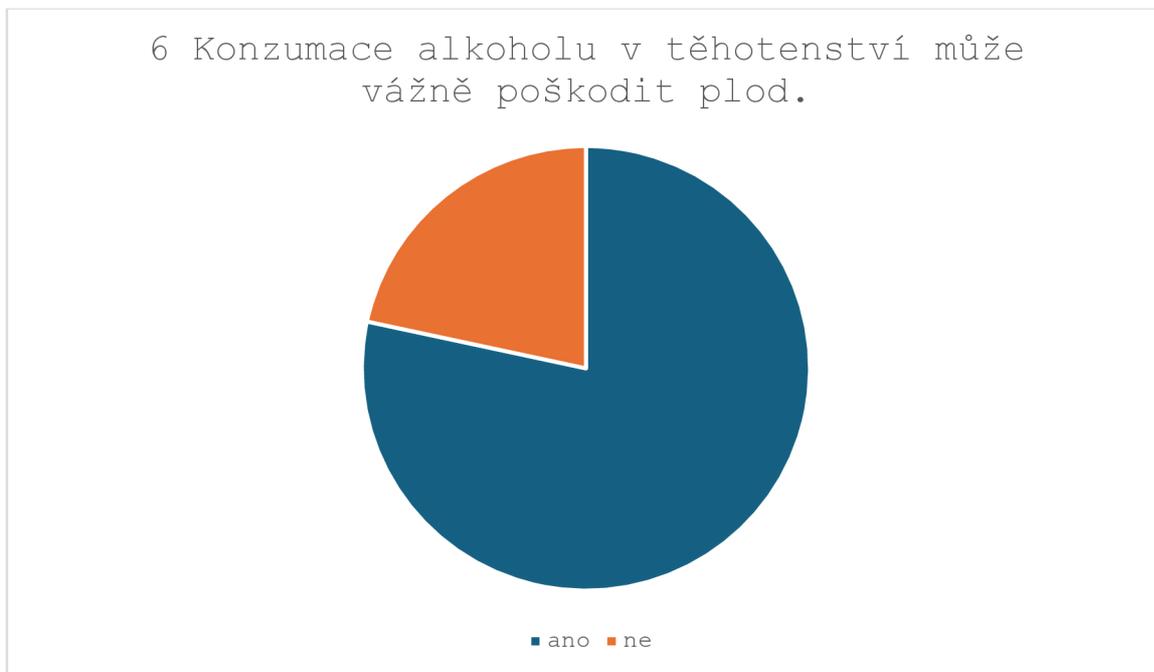
Převážná většina respondentů (89 %) správně uvedla, že intimní hygiena je důležitá pro obě pohlaví. Tento výsledek není překvapivý vzhledem k faktu, že vysoká úroveň hygieny a péče o sebe je v posledních několika desetiletích považována v evropské společnosti za normální.

5 Intimní hygiena se týká jen žen.



Graf 9: Intimní hygiena.

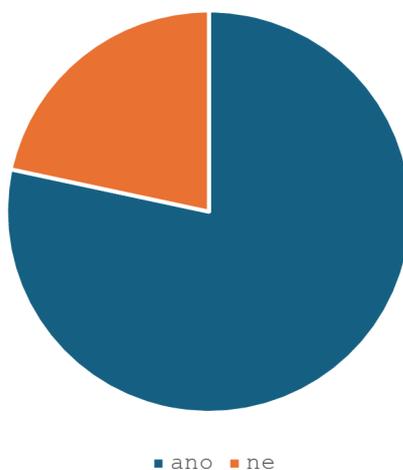
U položky číslo 6 více než $\frac{3}{4}$ respondentů (78 %) správně uvedly, že konzumace alkoholu v těhotenství představuje vážné riziko pro plod. Získaná data představují důležitý indikátor toho, jak si respondenti váží svého zdraví. Výsledek šetření je v tomto bodě příjemným překvapením zejména proto, že česká společnost je ke konzumaci alkoholu tradičně velice tolerantní a v některých případech jeho účinky na organismus bagatelizuje.



Graf 10: Alkohol v těhotenství

Stejný počet respondentů správně uvedl druhotné pohlavní znaky u dívek. Ani tento výsledek není překvapivý, protože v dnešní době, kdy pohlavní zrání začíná vzhledem k naší vyšší životní úrovni dříve, se všichni respondenti mohli v reálném každodenním životě s výskytem a růstem druhotných pohlavních znaků setkat u dívek ve svém bezprostředním okolí (v rodině, mezi vrstevníky, ve škole apod.).

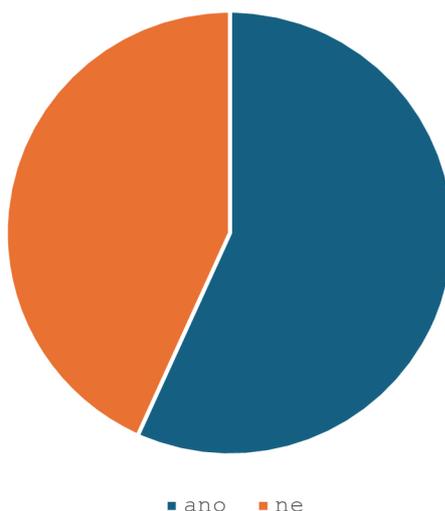
7 K zevním pohlavním znakům dívek patří ochlupení genitálu a podpaží a růst prsou.



Graf 11: Zevní pohlavní znaky dívek

U položky číslo 8 57 % respondentů uvedlo, že největší pravděpodobnost otěhotnění je v době ovulace. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli správně, mají vyšší pravděpodobnost ochrany před neplánovaným otěhotněním, za předpokladu, že oba partneři otevřeně a pravdivě komunikují o intimních otázkách.

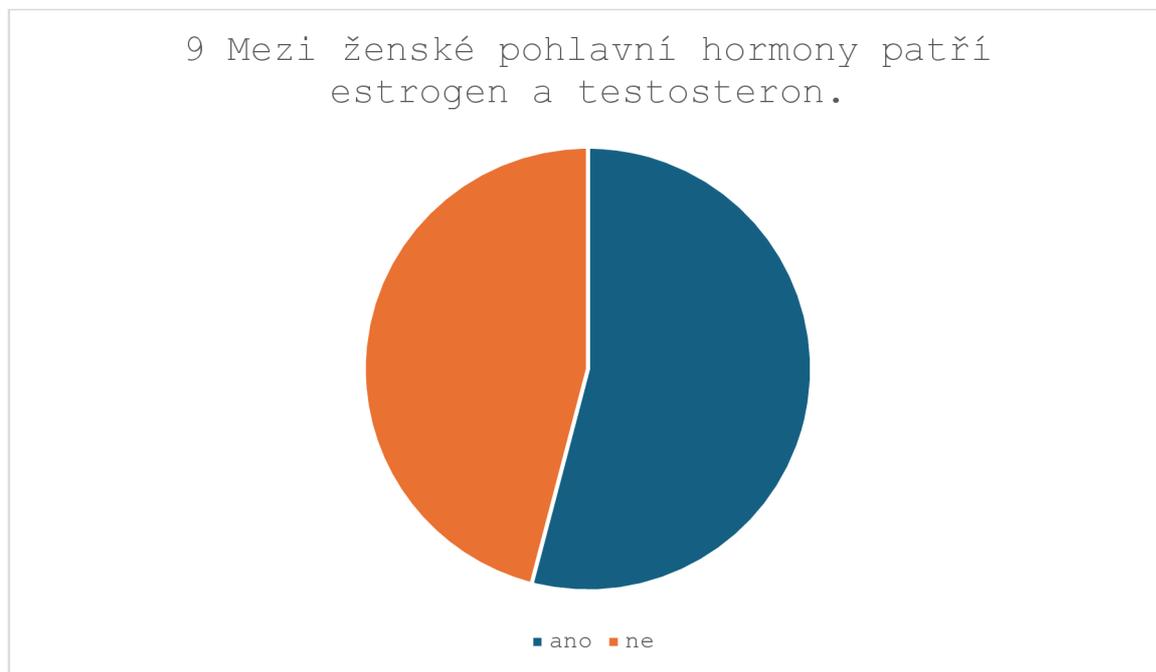
8 Největší pravděpodobnost otěhotnění je během ovulace.



Graf 12: Pravděpodobnost otěhotnění

Položka číslo 9 testovala vedle znalostí studentů také jejich schopnost pozorného čtení otázek, pravděpodobně i z tohoto důvodu na ni správně odpovědělo jen 46 % respondentů.

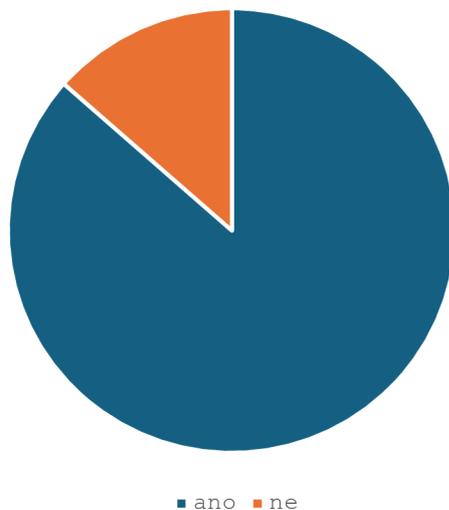
Mezi chybujícími respondenty bylo 11 dívek, to je téměř polovina výzkumného vzorku respondentek, a většina chlapců, přesně 9 z nich.



Graf 13: Ženské pohlavní hormony.

Pro položku 10 zvolilo správnou odpověď ano 86 % respondentů. Z odpovědi vyplývá, že hygienické návyky reprezentované mytím rukou má zvnitřněné většina respondentů. U této položky stojí za pozornost, že správně odpověděli všichni chlapci ve výzkumném vzorku.

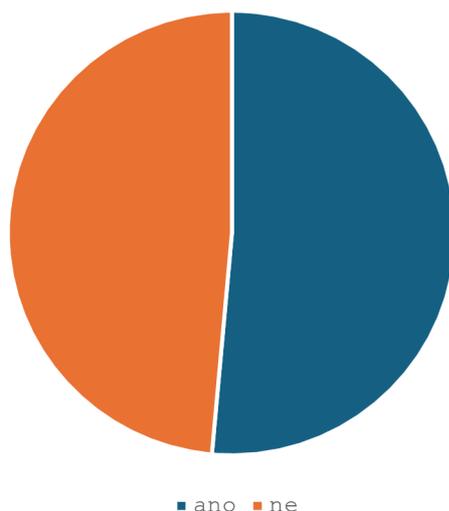
10 Před a po zavedení menstruačního tamponu je třeba si umýt ruce.



Graf 14: Zavádění tamponu.

Pro položku 11 zvolilo správnou odpověď NE 49 % respondentů. Úspěšnost odpovědi zde mohla být ovlivněna podobností termínů erekce a ejakulát a také cizím (latinským) původem obou termínů. U této otázky chybovalo 12 dívek a pět chlapců, jeví se tedy jako stejně obtížná pro obě pohlaví.

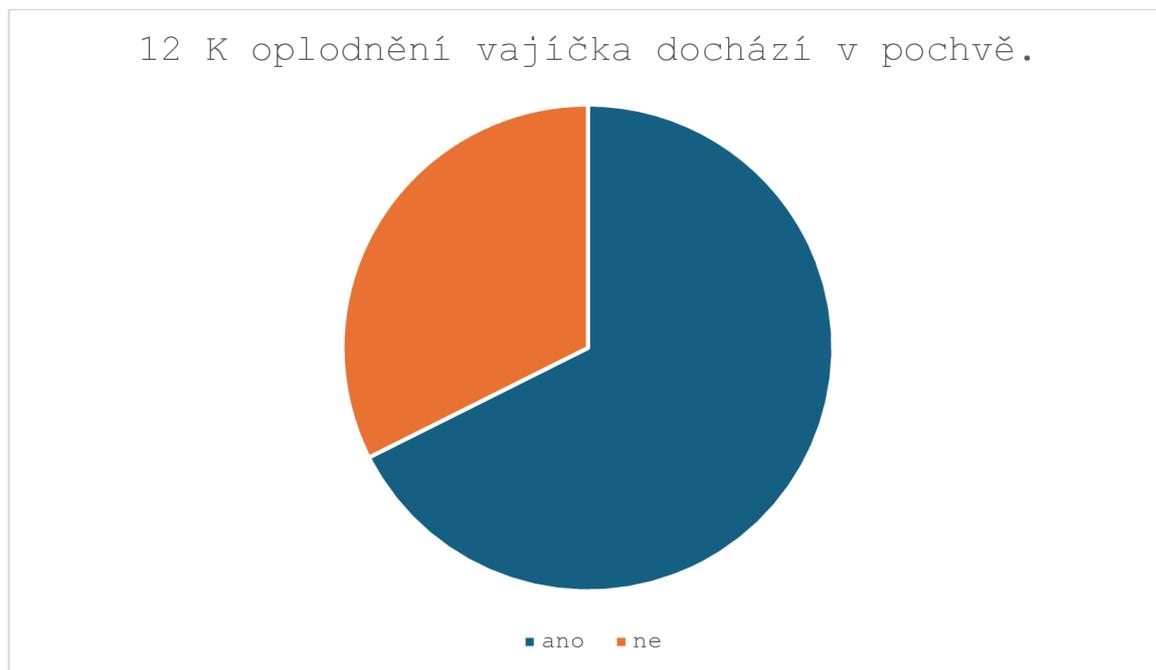
11 Tekutina vylučovaná pohlavními orgány muže při pohl. styku je erekce.



Graf 15: Erekcce.

Pro položku 12 zvolilo správnou odpověď NE pouhých 32 % respondentů. Tento fakt může být způsoben zkreslením představ o rychlosti biologických procesů, které probíhají

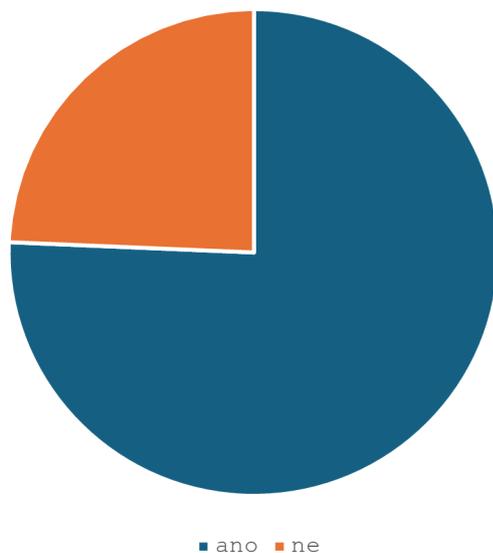
v lidském těle, nebo nedostatečně podobnou znalostí anatomie ze strany respondentů. V této otázce shodně chybovaly dvě třetiny dívek i chlapců.



Graf 16: Oplodnění vajíčka.

Celkem 76 % respondentů správně odpovědělo na otázku 13. Chybně odpověděl pouze jeden chlapec a celá třetina dívek. Schopnost zodpovědět otázku mohla být u dívek ovlivněna studem nebo nesprávně zažitou terminologií a používáním neodborných či nepřesných zástupných termínů.

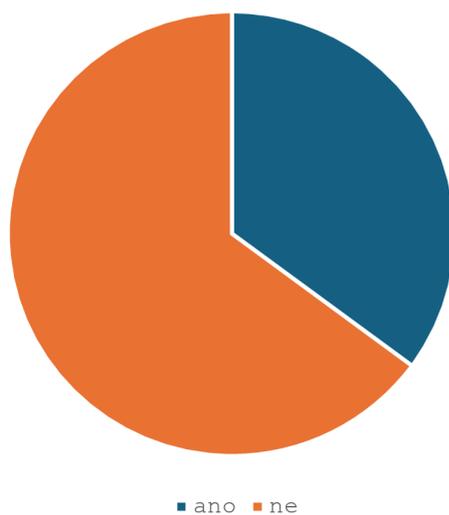
13 Mužská pohlavní buňka je spermie.



Graf 17: Mužská pohlavní buňka.

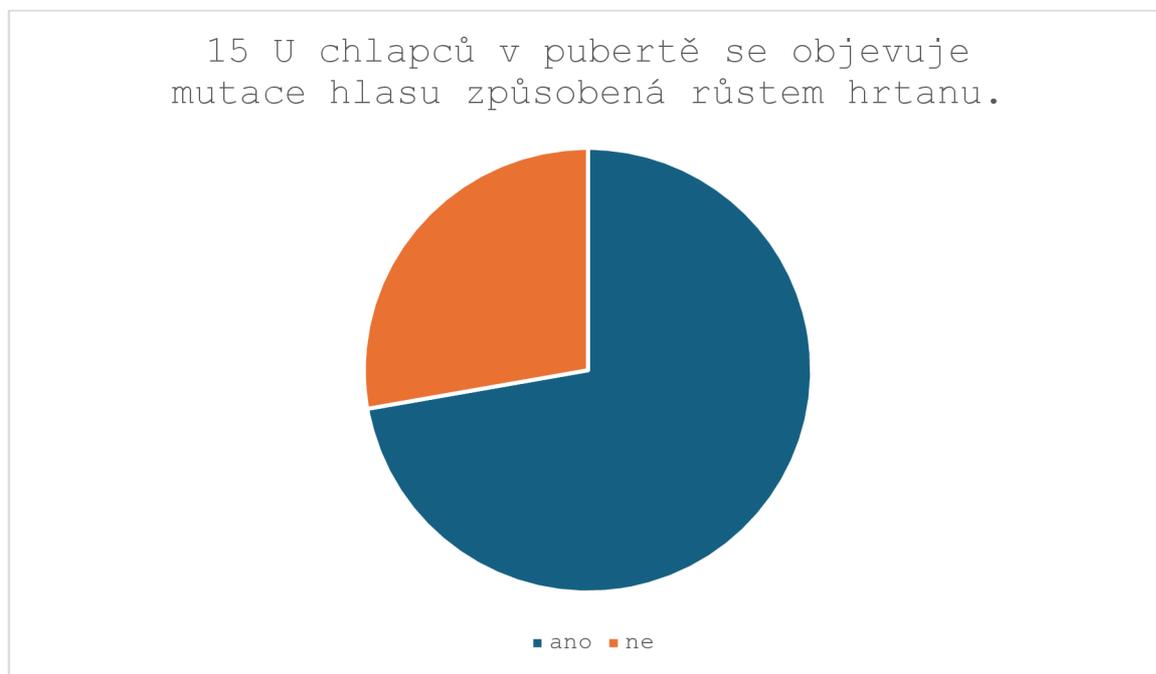
Na otázku 14 odpovědělo správně 65 % respondentů, tento výsledek mohl být ovlivněn medializací těhotenství starších matek i matek v postproduktivním věku. O neomezené možnosti otěhotnění po dosažení puberty je přesvědčeno 8 dívek a 5 chlapců z výzkumného vzorku.

14 Žena je schopna otěhotnět od puberty do konce života.



Graf 18: Schopnost otěhotnět.

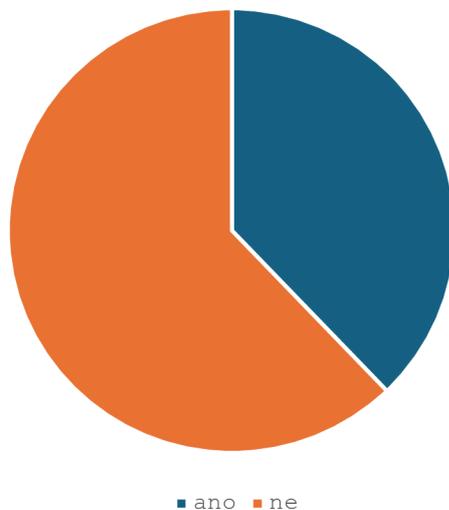
U položky 15 zvolilo správnou odpověď ANO 72 % respondentů. Mezi chybujícími respondenty jsou zastoupeni dva chlapci a celá třetina dívek zahrnutých ve výzkumném vzorku. Je možné, že respondenti neuvážili všechny potřebné souvislosti.



Graf 19: Mutace hlasu.

U položky 16 zvolilo správnou odpověď NE 62 % respondentů. V této oblasti je tedy potřeba další hlubší edukace respondentů v zájmu ochrany jejich zdraví. Chybně odpovědělo 8 dívek a 5 chlapců.

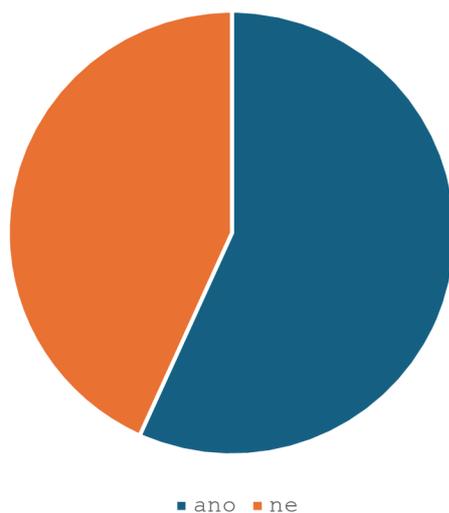
16 Před pohlavně přenosnými nemocemi chrání antikoncepce.



Graf 20: Ochrana před STD.

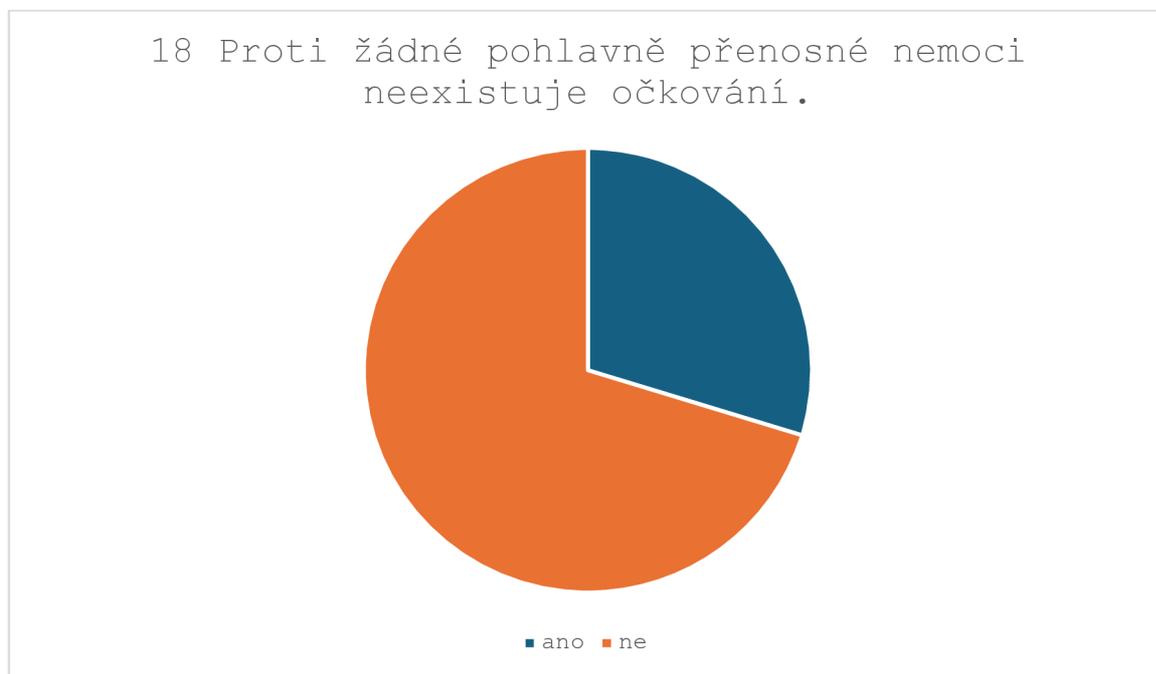
Celkem 57 % respondentů zvolilo správnou odpověď ANO i u položky 17, vidíme, že je užitečné edukovat žáky v otázkách přenosných chorob. Navíc je třeba soustavně zdůrazňovat, že kromě rizika otěhotnění existují i další důsledky nechráněného pohlavního styku.

17 Pohlavně přenosnou nemocí se lze nakazit i při orálním sexu.



Graf 21: Rizika orálního sexu.

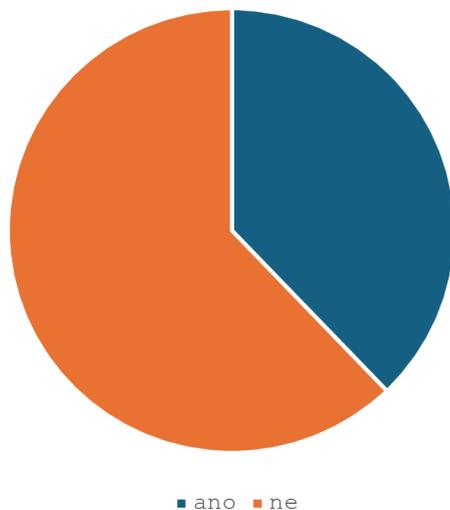
U položky 18 zvolilo správnou odpověď NE 70 % respondentů, kteří tvrzení označili jako nepravdivé. Je možné, že formulace otázky s užitím záporu, zvýšila její obtížnost. Na této položce chybovalo celkem 11 respondentů (6 dívek a 5 chlapců).



Graf 22: Očkování proti STD

Z výsledků položky 19 můžeme usoudit, že adekvátní informace o přenosu viru HIV má 62 % žáků, tento fakt přispívá ke společenské toleranci a destigmatizaci onemocnění i ochraně zdraví populace. Chybná odpověď ANO byla přitom téměř rovnoměrně zastoupena mezi dívkami a chlapci. Dívky chybovaly v 9 případech a chlapci v 5.

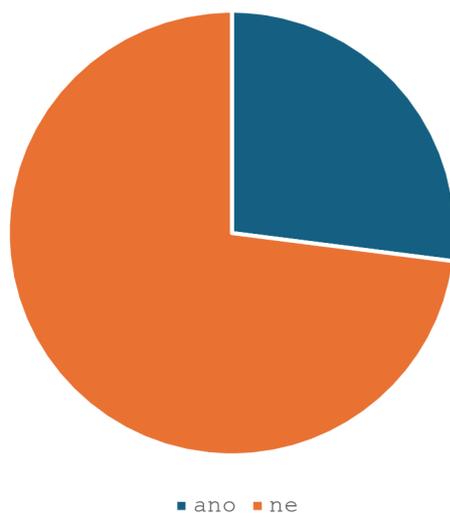
19 Když je někdo HIV pozitivní, můžu se nakazit podáním ruky.



Graf 23: Nákaza podáním ruky.

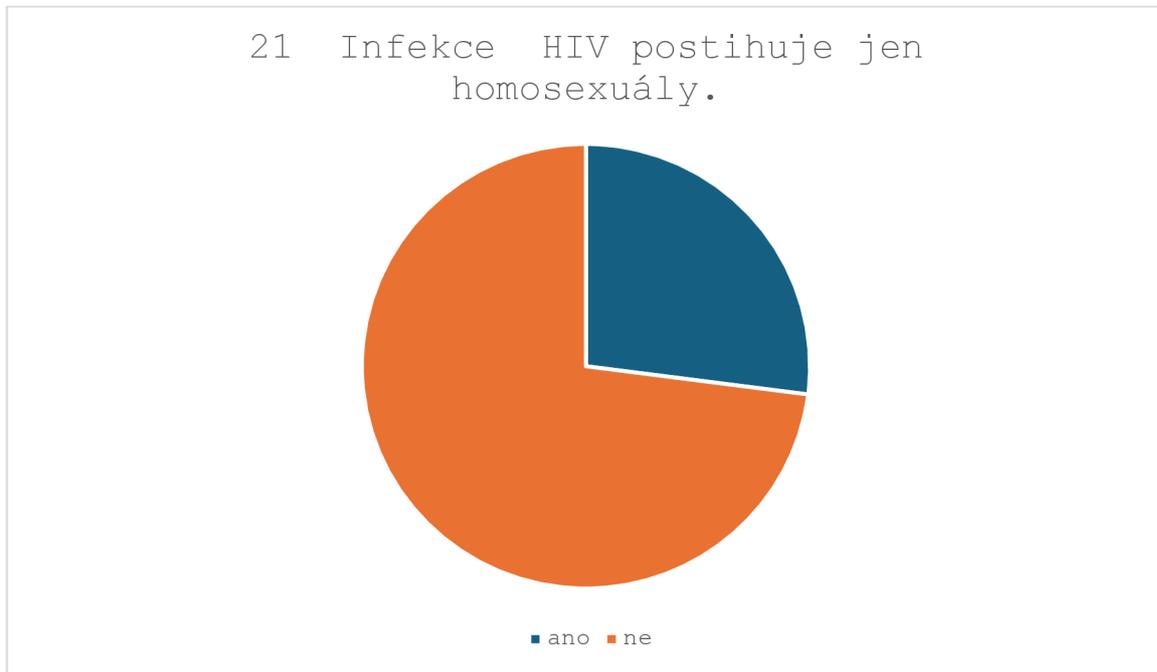
U položky číslo dvacet správnou odpověď NE zvolilo 73 % respondentů. Tento výsledek může být zapříčiněn medializací výskytu sexuálně přenosných chorob v souvislosti s migrací. Mezi respondenty, kteří tvrzení chybně považují za pravdivé, se vyskytuje stejný počet chlapců i dívek.

20 Kapavka a syfilis se v ČR už nevyskytují.



Graf 24: Kapavka a syfilis

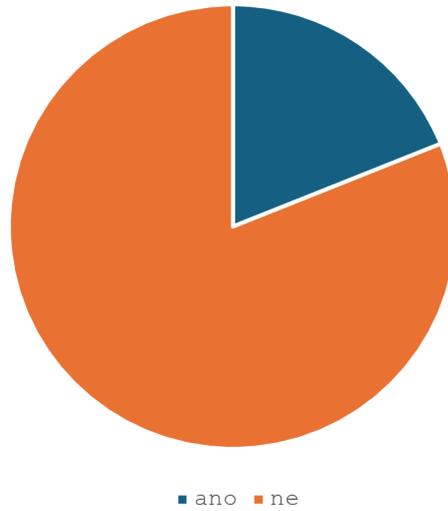
Pro položku 21 zvolilo správnou odpověď NE 73 % respondentů, tento výsledek naznačuje, že stigmatizace homosexuality ve vztahu k HIV se snižuje. Nesprávně odpovědělo 6 respondentek a 4 respondenti.



Graf 25: HIV infekce

Pro otázku 22 překvapivě zvolilo správnou odpověď ANO pouze 19 % respondentů. Výsledek mohl být ovlivněn jednak nízkou obavou respondentů z nákazy, jednak návazností otázky 22 na předchozí otázku. Respondenti mohli špatně vyhodnotit, kterých nemocí se otázka týká.

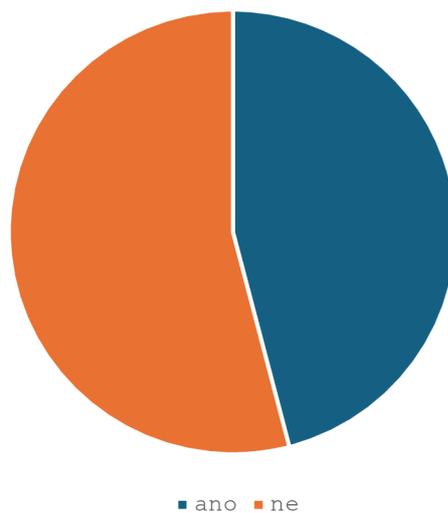
22 Kondom 100% chrání před těmito nemocemi.



Graf 26: Kondom.

Celkem 46 % respondentů správně odpovědělo, že těhotné ženy jsou plošně testovány na přítomnost viru HIV. Výsledek u této položky ukazuje, že respondenti nemají k dispozici podrobné informace o průběhu těhotenství, tento fakt může být způsoben tím, že respondenti dosud neuvažují o těhotenství a s ním spojených nutných vyšetřeních. Na otázku chybně odpověděla polovina chlapců i polovina dotázaných dívek.

23 Na přítomnost HIV se v ČR testují všechny těhotné ženy.



Graf 27: Testy HIV v těhotenství.

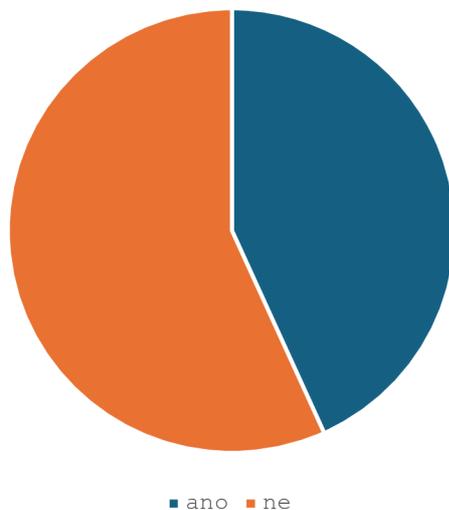
Naopak 68 % respondentů v postojové položce 24 uvedlo, že uvažuje o očkování jako ochraně před sexuálně přenosnými chorobami. Odpovědi ukazují snahu respondentů o zodpovědný přístup k ochraně vlastního zdraví a zdraví intimního partnera.



Graf 28: Očkování proti HPV.

U položky 25 uvedlo správnou odpověď ANO 43 % respondentů. Důvodem může být skutečnost, že žáci nedokážou přesně rozlišit mezi virem jako původcem onemocnění a samotným onemocněním AIDS. Na tuto otázku opovědělo chybně 6 chlapců a 15 dívek.

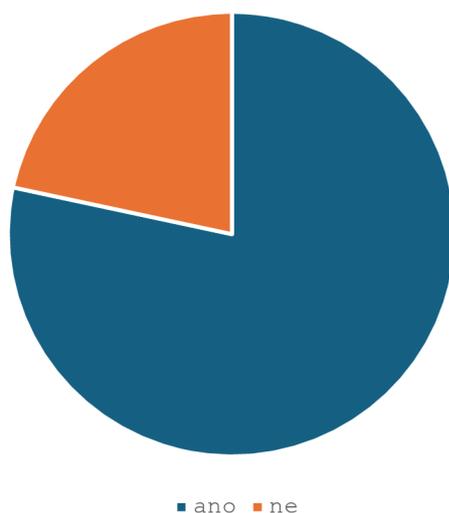
25 Nemoc AIDS se projeví až o letech od nákazy HIV.



Graf 29: Projevy AIDS.

78 % respondentů správně uvedlo, že mezi pohlavně přenosná onemocnění patří i hepatitida B a C, tím žáci prokázali znalosti nutné k účinné ochraně svého a partnerova zdraví.

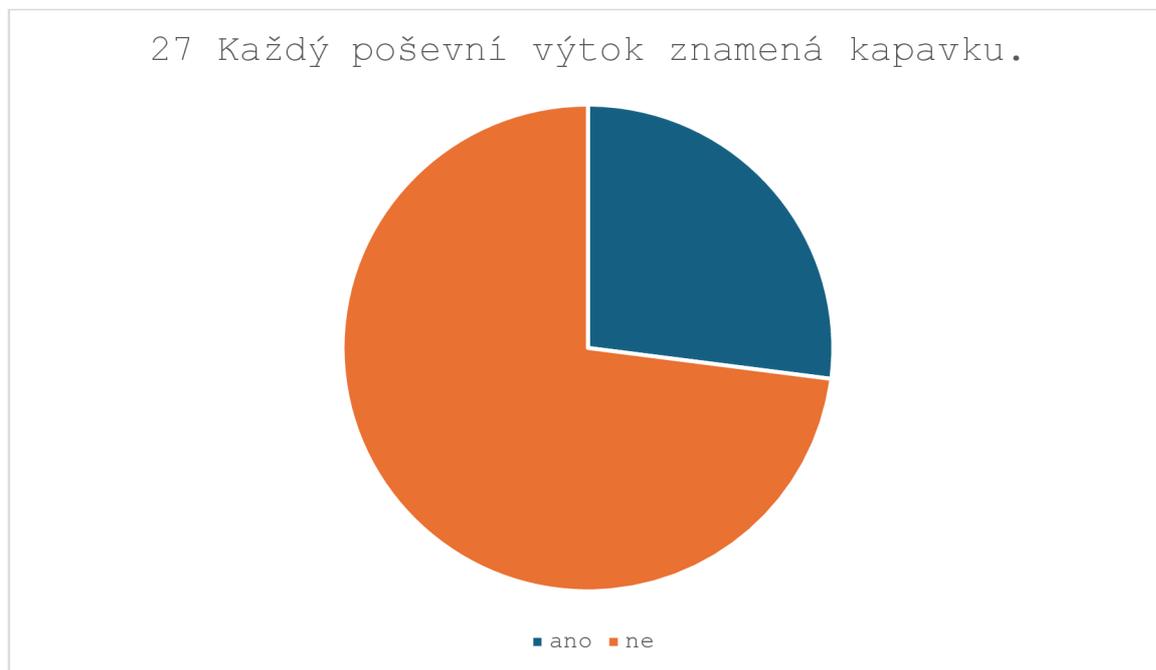
26 Pohlavním stykem se přenáší také žloutenka typu B/C.



Graf 30: Přenos žloutenky B/C.

U položky 27 celých 73 % respondentů správně uvedlo, že ne každý poševní výtok je příznakem kapavky. Z toho vyplývá, že většina žáků si uvědomuje existenci fyziologického (zdravotně nezávadného) poševního sekretu. U respondentů, kteří zvolili nesprávnou

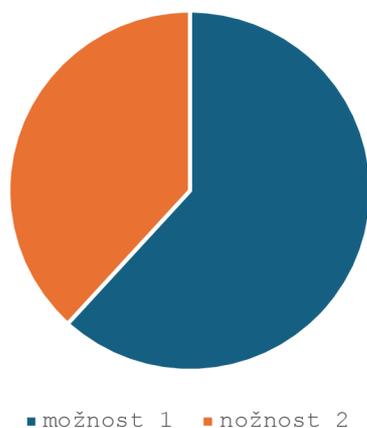
odpověď, mohlo dojít k opomenutí faktu, že se otázka zaměřuje na ženské sexuální zdraví. Na danou otázku odpovědělo chybně 6 dívek a 4 chlapci.



Graf 31: Poševní výtok.

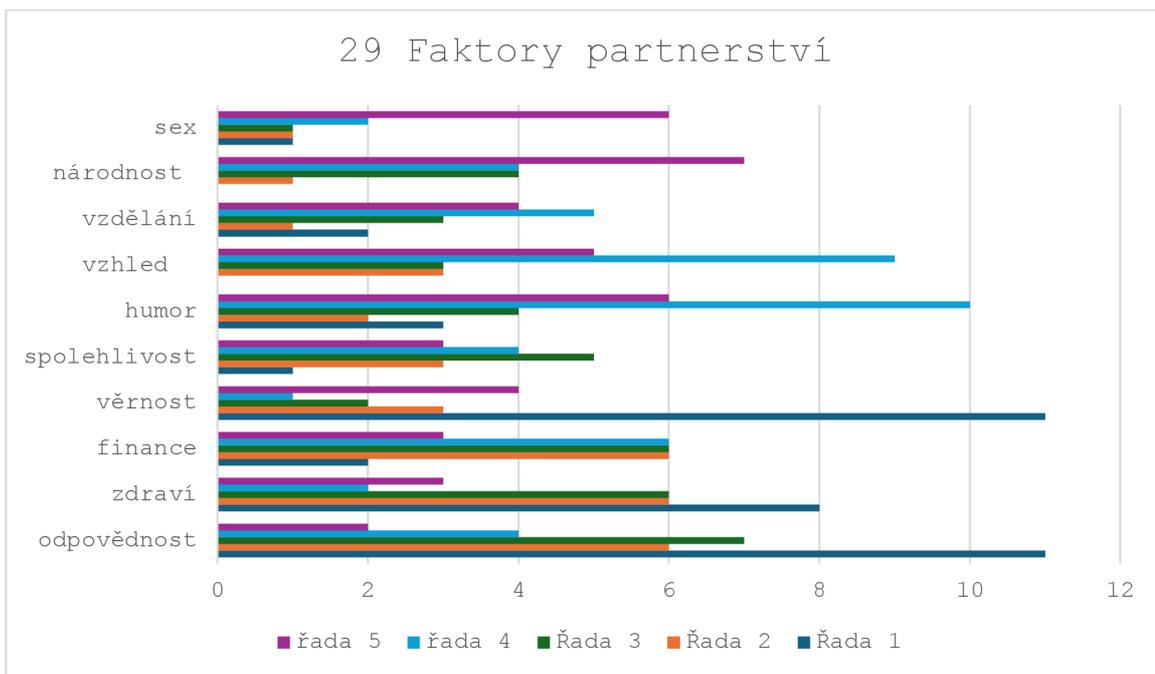
U položky 28 se respondenti rozdělili na dvě skupiny. Převaha respondentů, 21 žáků, tj. 62 % označila za nejdůležitější faktor odpovědnost. Zbývajících 38% respondentů označilo za nejdůležitější faktor zdravotní stav, což dokazuje, že vnímají zdraví jako podstatnou hodnotu ve svém životě. Takový výsledek můžeme považovat za velmi uspokojivý, protože dokazuje naplnění vzdělávacího cíle budování povědomí o hodnotě zdraví.

28 Z následujících faktorů pro volbu životního partnera vyber 5 a seřad' je od 1 (nejdůležitější) po 5 (nejméně důležitý).



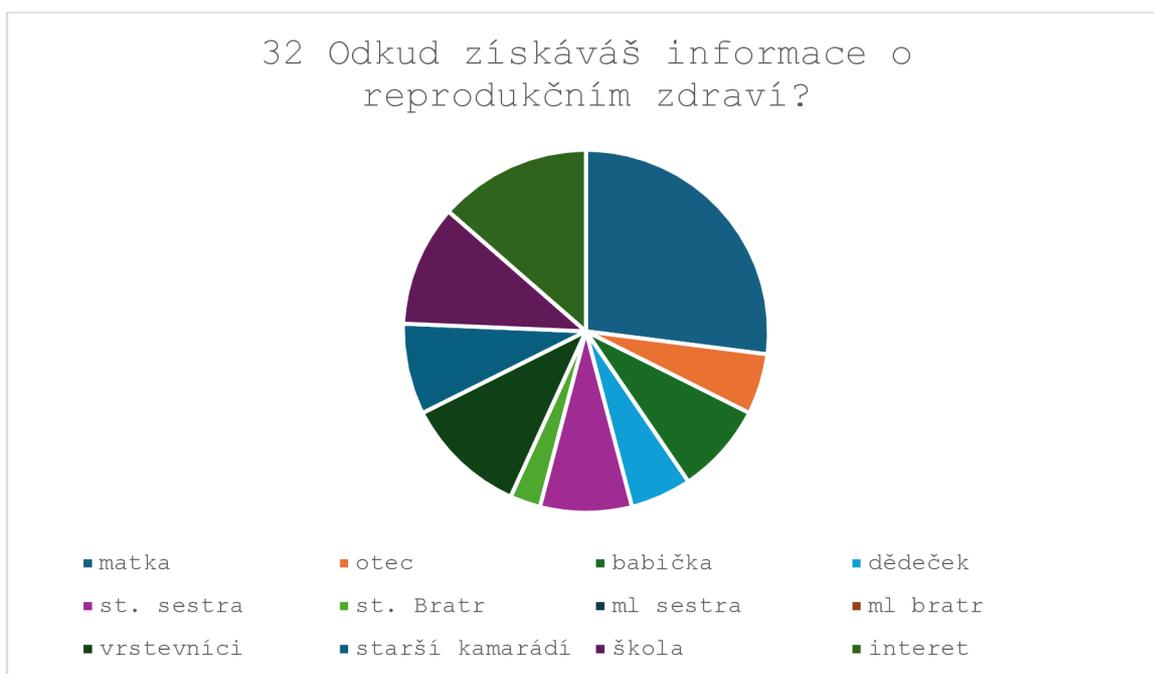
Graf 32:Faktory volby partnera

U položky 29 uvedlo nejvíce respondentů, že zásadní vlastností partnera je odpovědnost, z toho můžeme usuzovat, že respondenti si uvědomují důležitost plánování rodiny. S odpovědí souvisí další uvedené položky, zdravotní stav a finanční zajištění. Překvapivým zjištěním bylo, že fyzická atraktivita se umístila na sedmém místě žebříčku a na posledním 10. místě figuruje sex. Odpovědi respondentů na tuto postojovou otázku mohly být do jisté míry stylizované. Je možné, že spíše odrážejí idealizovaný sebeobraz respondentů. Na druhou stranu nedůležitost sexu může poukazovat na to, že dospívající odkládají první sexuální zkušenosti na později a více plánují založení budoucí rodiny.



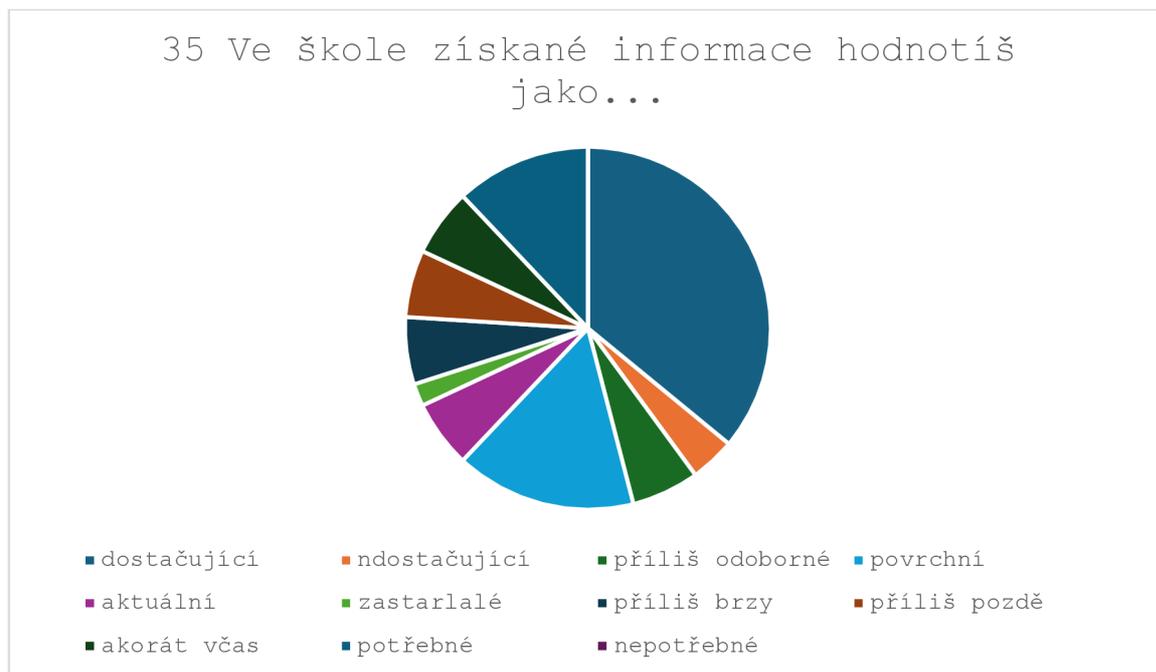
Graf 33: Faktory partnerství.

Z odpovědí uvedených v položce 32 vyplývá, že největší podíl na sexuální výchově mají matky respondentů. Z grafu dále vyplývá, že matky v otázkách sexuální výchovy edukují většinu dcer i synů. Muži všech generací se na edukaci podílejí méně než ženy. Nikdo z respondentů nečerpá informace od mladších. Více respondentů čerpá informace od příslušníků vlastní generace mimo rodinu než od pedagogů ve škole. Více respondentů uvedlo jako zdroj internet než školu, rozdíl je však tvořen pouze jedinou odpovědí.



Graf 34: Zdroje informací o reprodukčním zdraví.

Poslední položka dotazníku vypovídá, že největší část respondentů považuje informace získané ve školní sexuální výchově za dostačující. Při vyhodnocování této položky však musíme vzít v úvahu, že naprostá převaha respondentů zvolila pouze jednu z možných odpovědí, proto nelze vytvořit detailní evaluaci sexuální výchovy očima žáků. Navíc, někteří žáci zvolili současně vzájemně se vylučující odpovědi, především v kombinaci dostačující nedostačující, aktuální a zastaralé. U těchto odpovědí neexistuje spolehlivé vodítko k jejich vyhodnocení.



Graf 35: Hodnocení informací získaných ve škole.

12 Diskuse

Na základě dat získaných od respondentů můžeme konstatovat, že oslovení respondenti prokázali dobré faktické znalosti v oblasti základních pojmů a mají dobře osvojená základní fakta. Znalosti žáků se sice lišily na základě navštěvovaného ročníku, ale nepotvrdil se výzkumný předpoklad, že žáci 9. ročníku budou mít ve znalostních otázkách výrazně vyšší skóre. U tří otázek (číslo 8, 21 a 27 byl dokonce poměr chybujiících respondentů z hlediska ročníku vyrovnaný. Převaha žáků 6. ročníku chybovala v otázkách číslo 1, 5, 6, 10, 13, 15, 17, 19, 20, 25, 26. Převaha žáků 9. ročníku chybovala ve zbývajících otázkách. Výsledek je tedy velmi těsný.

Otázky, které nesprávně zodpověděli žáci 6. ročníku, mají některé společné vlastnosti a lze s výjimkou jedné charakterizovat jako položky, na něž většina respondentů (tj celkově více než 50 %) odpověděla správně. Jedinou výjimkou z této charakteristiky je otázka týkající se propuknutí onemocnění AIDS, kde byl podíl nesprávných odpovědí 57 %, k dalším problematičtější otázkám patřila položka zjišťující možnost nákazy STD při orálním sexu, možnost nákazy virem HIV při běžném kontaktu a délka menstruačního cyklu. všechny ostatní otázky, v nichž chybovali převážně žáci 6. ročníku, mají celkovou chybovost odpovědí mezi 14 a 28 %, na základě toho je můžeme označit za pro respondenty spíše snadné.

Z hlediska obsahu se chybové otázky zaměřují na oblasti s přesahem do rozhodnutí ovlivňujících jednání jednotlivce. Zaměřují se tedy převážně na vyhodnocování rizik určitého jednání. Na základě testovaných informací by tedy respondenti měli být schopni dělat informovaná rozhodnutí (např. budu/nebudu pít alkohol v těhotenství) chybovost v těchto otázkách pak můžeme vysvětlit i nižší osobnostní zralostí ve srovnání se staršími žáky.

Z postojových otázek nehodnocených ve znalostním testu vyplývá, že žáci preferují charakterové vlastnosti spíše než proměnlivé charakteristiky partnera. Odpovědnost a věrnost získaly 30% podporu respondentů. na pomyslném druhém místě byl zaznamenán zdravotní stav (22% respondentů). Na opačné konci škály se překvapivě umístil sex, nejvíce, tj. 25% respondentů ho uvedlo jako osmou volbu. Tuto skutečnosti lze vysvětlit tím, že respondenti mohou ve svém věku vnímat sexuální soulad buď jako přirozený výsledek romantického vztahu, nebo tím, že sex jako takový považují za dosud vzdálenou zkušenost. Překvapivé je umístění vzhledu na děleném 8. a 9. místě důležitosti. Tento fakt může vypovídat o tom, jak respondenti vnímají vlastní vzhled jako citlivou záležitost, za niž si nepřejí být kritizováni.

Tento směr uvažování se jeví jako překvapivý vzhledem k faktu, že z hlediska vývojové psychologie je vzhled důležitou složkou identity dospívajícího a prostředkem společenské prestiže.

Závěr

Bakalářská práce představuje sondu do znalostí žáků základní školy z oblasti sexuální výchovy a reprodukčního zdraví. Na základě teoretické rešerše a sestaveného dotazníku byla ověřena úroveň vybraných znalostí mezi žáky 6. a 9. třídy základní školy. Dotazníkové šetření bylo navrženo s cílem vyhodnotit úroveň znalostí žáků a porovnat mezi sebou skupinu starších a mladších žáků. Kromě znalostí byly předmětem zkoumání také zdroje informací, které žáci nejčastěji či v nejvyšší míře používají.

Provedené dotazníkové šetření poskytlo zajímavé výsledky ve vztahu k výzkumným předpokladům. Hlavním výzkumným předpokladem práce bylo, že žáci 9. ročníků budou v dané oblasti vykazovat lepší úroveň znalostí (vyjádřenou počtem správných odpovědí v dotazníku) než žáci mladší, navštěvující 6. ročník. Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil, neboť z 26 hodnocených otázek dotazníku chybovali převážně žáci 6. ročníku v 11 případech. U tří otázek byla chybovost v obou věkových skupinách totožná. Převážně žáci 9. ročníku tedy chybovali u 12 vyhodnocovaných otázek dotazníku.

Byly formulovány dva dílčí výzkumné předpoklady:

- 1.) Žáci budou jako hlavní zdroj informací nejčastěji uvádět internet.
- 2.) Žáci se budou při získávání informací z oblasti sexuální výchovy a zdraví nejčastěji obracet na osoby ženského pohlaví.

První dílčí předpoklad vychází, že zjištění dřívějších studií a z celospolečenského boomu informačních technologií. V našem výzkum se tento předpoklad nepotvrdil, neboť žáci na absolutně prvním místě uváděli jako zdroj informací matky (10 hlasů). Internet se sice umístil na druhém místě žebříčku, získal však proti matkám poloviční počet hlasů (5 hlasů).

Druhý dílčí předpoklad se potvrdil, ukázalo se, že v každé generaci převažují jako zdroj informací osoby ženského pohlaví (matky, babičky a starší sestry převažují nad otci, dědečky i staršími bratry). Je třeba ještě podotknout, že kategorie mladší sestra mladší bratr nebyla v odpovědích respondentů zastoupena vůbec, proto ji nebudeme hodnotit.

Celkově můžeme říci, že realizovaný průzkum přinesl užitečné informace, i když jeho zobecnitelnosti by jistě prospěl větší vzorek respondentů. Z výzkumu vyplynuly i podněty pro pedagogickou praxi, potvrdila se zejména potřeba provazovat předávané znalosti s osobními zkušenostmi žáků, aby docházelo k jejich trvalejšímu zvnitřnění. Takto nabyté vědomosti,

dovednosti a postoje se dále mohou stát základem informovaného a odpovědného přístupu k vlastnímu zdraví.

Seznam použité literatury

1. BRAUN, Richard. *Sexuální výchova: problematika dětské pornografie a její prevence na škole: (příručka pro učitele)*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT, 2003.
2. *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. Brno: CPress, 2014. ISBN 978-80-264-0290-9.
3. DONÁT, Josef a DONÁTOVÁ, Nora. *Důvěrně a otevřeně o sexualitě: sexuální výchova pro základní školu a pro nižší ročníky víceletých gymnázií*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-990-4.
4. HAMANOVÁ, Jana. *Na cestě k dospělosti, aneb, Na co se nejčastěji ptáte: (pro 11–15leté)*. 2., aktualiz. vyd. Ostrava: Centrum pro rodinu a sociální péči, 2014. ISBN 978-80-260-6812-9.
5. HŘIVNOVÁ, Michaela. *In time: kognitivní a afektivní dimenze mladých dospělých ve vztahu k těhotenství a rodičovství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5919-6.
6. HOFFERÍKOVÁ, Nikola. *Návrh metodického materiálu k výuce výchovy k sexuální reprodukčnímu zdraví na 2. stupni základní školy*. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví, 2021. Vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Jitka Slaná Reissmannová, Ph.D.
7. KOŽNAR, Jan. *Sexuální a partnerská výchova, aneb, Jak Honza osvětu šířil*. [Česko]: [nakladatel není známý], [2019]. ISBN 978-80-270-5962-1.
8. MACHOVÁ, Jitka a HAMANOVÁ, Jana. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.
9. ŠÍDOVÁ, Lucie. Sexualita jako základní životní potřeba. *Sociální služby*, roč. 20, 2018, č. 3, s. 18–19.
10. ŠILEROVÁ, Lenka. *Mladí lidé a informace o sexualitě - informační potřeby a informační zdroje: výsledky kvalitativního výzkumu*. Ostrava: CAT Publishing, 2013. ISBN 978-80-905386-0-3.
11. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a společné vzdělávání: průvodce studiem*. Olomouc, Univerzita Palackého. Studijní opora.
12. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova: multidisciplinární přístup: medicína, psychologie, pedagogika, právo, demografie*. Odborná publikace. Ostrava: CAT Publishing ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2012. ISBN 978-80-904290-5-5.

13. TROJAN, Ondřej. *O čápech, vránách a dětech: [výuková pomůcka pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol]*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-821-0.
14. VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

Seznam elektronických zdrojů

1. ČESKO. *Úplné znění č. 210/1998 Sb. Zákon o rodině (úplné znění, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění)*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-210#> [cit. 2024-04-01].
2. ČESKO. Zákon č. 359/1999 Sb., *o sociálně-právní ochraně dětí*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359#cast2> [cit. 2024-04-01].
3. JEŽKOVÁ, Zuzana a MACHKOVÁ, Alexandra. *Mýty a fakta o sexuální zneužívání dětí*. Online. In: Šance dětem. c2011–2024. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/myty-fakta-o-sexualnim-zneuzivani-deti>. [cit. 2024-04-29].
4. KUBRICHTOVÁ, Lenka. Sexuální výchova. Metodický portál: Články Online. 22. 06. 2005. [cit. 2024-04-08]. Dostupný z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/247/SEXUALNI-VYCHOVA.html>.
5. LGBT ZDRAVÍ. *Terminologie*. Online. LGBT zdraví. C 2023. Dostupné z: <https://lgbt-zdravi.cz/slovník-pojmu/>. [cit. 2024-06-16].
6. *MaslowCZ*. Online. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/static-155/uploads/blog/illustrations/maslowCZ.png>. [cit. 2024-04-10]
7. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Úmluva o právech dítěte*. Online. 2016. Dostupné z: <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf> [cit. 2024-04-01]
8. *Neplodnost*. Online. In: Canadian medical. c2020. Dostupné z: <https://www.canadian.cz/cs/clanky-a-novinky/neplodnost/>. [cit. 2024-04-29].
9. POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. *Listina základních práv a svobod*. Online. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>. [cit. 2024-04-01]

10. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání 2023. Online. In: Edu.cz. c 2022. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani-rvp-zv/>. [cit. 2024-04-08].
11. SOBČÁKOVÁ, Ľubica. *Co jsou chlamydie a jak je poznat?* Online. In: Benu.cz. Dostupné z: <https://www.benu.cz/co-jsou-chlamydie-a-jak-je-poznat>. [cit. 2024-04-29].
12. SOJKOVÁ, Zita. *Současná rodina a výchova dětí předškolního věku*. Vedoucí Sýkora, František. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Katedra pedagogiky a psychologie, 2014. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/29292>.
13. Standardy pro sexuální výchovu v Evropě. Online. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu: Praha, 2017 [cit. 2024-06-14]. ISBN 978-80-905696-6-9. Dostupné z: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Standards_Czech.pdf
14. ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva. Změny v psychice a chování u dospívajících ve věku 11-15 let. *Duha: Informace o knihách a knihovnách* [online]. 2013, 27(1) [cit. 2024-02-29]. ISSN 1804-4255. Dostupné z: <https://duha.mzk.cz/clanky/zmeny-v-psychice-chovani-u-dospivajicich-ve-veku-11-15-let>

Anotace

Jméno a příjmení	Bc. Michaela Kohoutková
Katedra	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce	doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Rok obhajoby	2024

Název práce	Vědomosti žáků šestých a devátých ročníků základní školy v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví v regionu Olomouc
Název práce v angličtině	Knowledge of sexual reproductive health in elementary school students at grades 6 and 9 in the Olomouc region
Anotace práce	Bakalářská práce na základě dotazníkového šetření hodnotí vědomosti žáků 6. a 9. ročníku ZŠ v regionu Olomouc.
Klíčová slova	Sexuální zdraví, základní škola žáci dotazník, výzkum
Anotace v angličtině	The thesis researches the knowledge of sexual reproductive health in grade 6 and 9 students of elementary schools in the Olomouc region.
Klíčová slova v angličtině	Sexual reproductive health, elementary school, students, questionnaire, survey
Přílohy vázané v práci	žádné
Rozsah práce	64 stran
Jazyk práce	čeština

Seznam grafů

Graf 1: Ročník	39
Graf 2: Pohlaví	40
Graf 3: Bydliště	41
Graf 4: Rodina	42
Graf 5: Menstruační cyklus	43
Graf 6: Vliv testosteronu	44
Graf 7: Ovulace	45
Graf 8: Délka těhotenství	46
Graf 9: Intimní hygiena	46
Graf 10: Alkohol v těhotenství	47
Graf 11: Zevní pohlavní znaky dívek	48
Graf 12: Pravděpodobnost otěhotnění	48
Graf 13: Ženské pohlavní hormony	49
Graf 14: Zavádění tamponu	50
Graf 15: Erektce	50
Graf 16: Oplodnění vajíčka	51
Graf 17: Mužská pohlavní buňka	52
Graf 18: Schopnost otěhotnět	52
Graf 19: Mutace hlasu	53
Graf 20: Ochrana před STD	54
Graf 21: Rizika orálního sexu	54
Graf 22: Očkování proti STD	55
Graf 23: Nákaza podáním ruky	56
Graf 24: Kapavka a syfilis	56
Graf 25: HIV infekce	57
Graf 26: Kondom	58
Graf 27: Testy HIV v těhotenství	58
Graf 28: Očkování proti HPV	59
Graf 29: Projevy AIDS	60
Graf 30: Přenos žloutenky B/C	60
Graf 31: Poševní výtok	61
Graf 32: Faktory volby partnera	62
Graf 33: Faktory partnerství	63
Graf 34: Zdroje informací o reprodukčním zdraví	63
Graf 35: Hodnocení informací získaných ve škole	64