

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Kateřina Vojtíšková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Znalosti studentů středních škol v problematice
reprodukčního zdraví**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

.....

Bc. Kateřina Vojtíšková

Chtěla bych tímto poděkovat paní Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení, spolupráci a ochotu pomoci při psaní této práce.

Dále bych chtěla poděkovat vedení všech zúčastněných škol, pedagogům a studentům za ochotu spolupracovat.

V neposlední řadě děkuji celé své rodině, která je mi oporou při mém studiu.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 Dospívání	8
1.1.1 Psychosexuální vývoj	9
1.1.2 Dospívání dívek	12
1.1.3 Dospívání chlapců.....	13
1.1.4 Sexualita v rané adolescenci	14
1.2 Reprodukční a sexuální zdraví	16
1.2.1 Základní pilíře reprodukčního zdraví	17
1.2.2 Poruchy reprodukčního zdraví	17
1.2.3 Rizikové faktory ovlivňující reprodukční zdraví	19
1.2.4 Rizikové sexuální chování	19
1.2.5 Vztah dospívajících ke zdraví	25
1.3 Plánované rodičovství	27
1.3.1 Antikoncepce pro mladistvé	27
1.3.2 Prekoncepce	30
1.4 Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví	31
1.4.1 Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví v rodině vs. ve škole.....	32
1.4.2 Sexuální výchova v současném českém školství	37
2 EMPIRICKÁ ČÁST	43
2.1 Cíle práce a stanovené hypotézy	43
2.2 Metodika práce.....	45
2.2.1 Dotazník.....	45
2.2.2 Výběr respondentů.....	46
2.2.3 Organizace výzkumu	46
2.3 Analýza dat a interpretace výsledků	47
2.4 Statistické testování a ověřování hypotéz	84
3 DISKUZE.....	90
ZÁVĚR	93
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	95
SOUHRN.....	97
SUMMARY	98
REFERENČNÍ SEZNAM	99

SEZNAM TABULEK	105
SEZNAM GRAFŮ	107
SEZNAM PŘÍLOH.....	109
ANOTACE	

ÚVOD

Reprodukční zdraví je téma, které mě zajímá již dlouhou dobu a jako porodní asistentka se s problémy týkajícími se této oblasti setkávám velmi často. Předčasná nebo nechtěná těhotenství, nepříjemné infekce pohlavního ústrojí, ale také neplodnost a neschopnost donosit a porodit zdravé dítě jsou témata, se kterými se setkávám běžně i ve svém okolí a myslím si, že asi každý během svého života nějaký ten problém v reprodukční oblasti řeší. Přesto ale zůstává reprodukce a sexualita obecně jakýmsi tabu, věcí, o které není slušné se bavit a když, tak jediné šeptem, někde v ústraní.

Reprodukčním zdravím jsem se zabývala už ve své bakalářské práci, kde jsem edukovala dospívající o pohlavně přenosných infekcích. Když jsem si před samotnou edukací testovala, jaké mají mladí lidé vědomosti, překvapilo mě, jak velké nedostatky ve znalostech mají někteří z nich. Velmi často jsem se setkávala s názorem, že hormonální antikoncepce brání přenosu pohlavních chorob. Narazila jsem i na chlapce, který zastával názor, že interrupce je vlastně něco jako metoda antikoncepce, že když existuje potrat, není třeba používat žádnou antikoncepci. Běžné jsou i otázky dívek, zda mohou jít s tamponem močit. Doopravdy si myslí, že pochva a močová trubice je jedno a totéž? Právě tyto zjištěné nevědomosti mě přivedly k tomu, že je třeba více prozkoumat tuto oblast.

Nemůžeme se divit, že jsou znalosti adolescentů nedostatečné, pokud toto téma zůstává ve společnosti tabuizováno. Stud, náboženské vyznání nebo jiné přesvědčení často brání rodičům, aby o reprodukci hovořili se svými dětmi. Ani učitelé mnohdy nevědí, jak se k sexuální výchově postavit, pokud tento předmět není v jejich aprobaci nebo pokud o něj sami nemají hlubší zájem. Mladí lidé pak zůstávají odkázáni na internet, odkud často čerpají zkreslené, neúplné a mylné informace. A přitom právě mladí lidé jsou nejohroženější skupinou. Podle Centra pro kontrolu a prevenci nemocí je polovina nových případů pohlavně přenosných infekcí diagnostikována u mladých lidí ve věku 15-24 let (Parmar 2018). Právě k dospívajícím by tedy měly být, podle mého názoru, směřovány všechny preventivní snahy, jejichž výsledkem může být jak snižování výskytu předčasných a nežádoucích těhotenství, tak i ochrana zdraví mladých před pohlavně přenosnými infekcemi a dalšími onemocněními a jevy, které mohou vést k poškození reprodukčního zdraví a neplodnosti.

Cílem této práce je proto zmapování úrovně vědomostí studentů středních škol. Mojí snahou je také zjistit, jaké mají studenti zkušenosti se sexuální výchovou ve škole a v rodině, jestli se obecně zajímají o reprodukci a sexualitu a dále které oblasti ovládají, a ve kterých projevují deficit vědomostí. Chtěla bych se i nadále zabývat problematikou reprodukčního zdraví v souvislosti s dospívajícími a věřím, že jako porodní asistentka a učitelka v jedné osobě budu mít dostatek příležitostí předávat informace potřebné k podpoře reprodukčního zdraví a prevenci nežádoucích jevů, k čemuž mi dopomůže i tato práce.

Práce je koncipována jako teoreticko-praktická a zaměřuje se na znalosti studentů v problematice reprodukčního zdraví.

Hlavní cíl práce:

Zmapovat úroveň vědomostí studentů vybraných středních škol v Moravskoslezském kraji v problematice reprodukčního zdraví a porovnat zjištěná data.

Výzkumná otázka:

Jaká je úroveň vědomostí o reprodukčním zdraví u studentů vybraných středních škol v Moravskoslezském kraji?

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č.1: Zjistit a porovnat vědomosti o reprodukčním zdraví u dívek a u chlapců.

Dílčí cíl č.2: Porovnat vědomosti o reprodukčním zdraví podle věku respondentů.

Dílčí cíl č. 3: Porovnat úroveň znalostí studentů s ohledem na jejich studijní obor.

Dílčí cíl č.4: Porovnat úroveň znalostí studentů, kteří o problematice reprodukčního zdraví hovoří s rodiči a těch, kteří se o tomto tématu s rodiči nebaví.

Dílčí cíl č.5: Porovnat úroveň vědomostí studentů na základě toho, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Dospívání

Z klinického hlediska je dospívání charakterizováno jako období, kdy hormonální změny stimulují tělesný růst, vývoj pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních znaků a způsobují změny chování. U obou pohlaví rovněž dochází ke změnám v psychice a emočním prožívání. Celkově jsou tyto hormonální změny odstartovány ve chvíli, kdy začne hypotalamus tvořit gonadotropin uvolňující hormon, který působí na hypofýzu.

Období dospívání neboli adolescence je přechodnou fází ve vývoji jedince, kdy člověk ještě není plně dospělý, ale není už ani dítětem. Stále se vyvíjí a mění. Právě proto, že se v tomto období člověk poměrně rychle a velice radikálně mění v celé své bio-psycho-sociální sféře, jedná se o jedno z nejrizikovějších období lidského života. Správný a zdravý tělesný i duševní vývoj tvoří základy pro celý budoucí život. Z hlediska formování osobnosti je dospívání, ve kterém dochází k nejdynamičtější komplexní přeměně osobnosti, srovnatelné s nejranějším dětstvím, kdy obě tato vývojová období mají zásadní vliv na budoucí život jedince. Dospívající se stávají uzavřenějšími a samostatnějšími, jejich samostatné jednání ale často bývá nepromyšlené a ne zcela správné, v mnohých případech i rizikové. Stávají se skupinou, jejichž chování je pro zbytek společnosti složité a nepochopitelné, zároveň také zvýšeně zranitelnou sociálně patologickými vlivy.

Dnešní moderní svět, stojící na technologiích, a zejména jeho rychlé proměny znesnadňují období vývoje člověka a období dospívání víc než v dřívějších dobách, kdy nejnebezpečnějším obdobím bylo časně dětství (což zůstává platným v méně rozvinutých částech světa). Dospívání se stalo na cestě ke zdravé dospělosti nejrizikovějším obdobím vůbec, a i proto světová zdravotnická organizace na počátku 90.let dvacátého století označila dospívající jako samostatnou ohroženou populační skupinu, která vyžaduje zvláštní preventivní péči. Zdraví dospívajících, a to nejen reprodukční, je ohroženo nejvíce samotným chováním mládeže, ale také riziky v oblasti biologické. (Machová, Hamanová 2002)

Různí autoři dělí období dospívání do různých fází, dle různých hledisek např. psychologie, medicíny, pedagogiky. Tyto fáze jsou ve většině případů vztaženy ke kalendářnímu věku jedince, který ale mnohdy neodpovídá biologickému věku, proto se jedná pouze o orientační hledisko. Období adolescence bývá zhruba vymezeno od deseti do dvaceti let věku (v některých případech dvaadvaceti let). Toto období lze dále rozdělit

dle Žaloudíkové (2013) na tři fáze. Časná adolescence probíhající mezi desátým až dvanáctým rokem, někdy nazývána také prepuberta, střední adolescence ve věku třináct až šestnáct let, označovaná jako puberta a pozdní adolescence ve věku sedmnácti až dvaceti let. Zatím co v prvních polovině dochází zejména k růstu a vývoji po stránce biologické a somatologické, v druhé dochází nejen k pohlavnímu dozrávání, fyzickému a duševnímu rozvoji, ale především k budování sociální zralosti, profesionální orientace a žebříčku životních hodnot.

1.1.1 Psychosexuální vývoj

Pojem lidská sexualita znamená mnohem více, než je samotný pohlavní styk. Zahrnuje sebezpojetí jedince jako muže či ženy, jeho vztahy k ostatním, ke společnosti celkově i intimní vztah k partnerovi. K porozumění všem aspektům sexuality v období dospívání ale i během celého života člověka je třeba ji chápat jako biologicko-psycho-sociálně morální a etický celek. Předpokladem normální funkce sexuality v dospělosti je její správný vývoj na zralou úroveň, je proto důležité zajistit možnost správného vývoje zejména v oblasti dospívání. (Machová, Hamanová 2002)

Proces formování sexuality je komplexním procesem, založeným na vzájemné součinnosti biologických, psychologických a sociálních determinant. Psychosexuální vývoj jedince je určen konstitučními faktory a dále modifikován vlivem výchovy a učení. Biologický základ sexuality tvoří zejména pohlavní dimorfismus. Ten je určen chromozomálním pohlavím, gonadální diferenciací, rozdílností hormonálních poměrů, morfologií zevních a vnitřních pohlavních orgánů. Ve druhém a počátkem třetího trimestru těhotenství probíhá u plodu vlivem této hormonální regulace feminizace nebo maskulinizace genitálu. Nejdůležitějším determinujícím faktorem pro sexuální diferenciaci je hormon testosteron, při jeho přítomnosti se genitál vyvíjí mužským směrem, pokud k jeho sekreci nedojde, pak směrem ženským. Působením fetálních androgenů také dochází v hypotalamu k utvoření základu pohlavní identity. To úzce souvisí s tzv. neurohypotalamickým pohlavím (rozdílným vylučováním řídicích pohlavních hormonů – gonadotropinů, lišícím se u žen a mužů.) Po narození jedince dále dochází k rozvoji sexuálních struktur vzniklých během embryonálního vývoje. Tělesný pohlavní vývoj je pak základem pro anatomické a funkční předpoklady pro sexuální diferenciaci myšlení, citění a chování. (Weiss 2010) Pohlavní dimorfismus se především projevuje v pohlavních znacích primárních. K těm se řadí chromozomální pohlaví (XX a XY) a gonadální pohlaví (mužský a ženský typ pohlavních orgánů). Dále se projevuje ve znacích sekundárních a terciárních. Mezi

sekundární znaky pohlavního dimorfismu patří rozdíly v somatických znacích (tělesná konstituce, typ ochlupení, hlas atd.) K terciárním se pak řadí rozdíly mezi ženami a muži v myšlení, chování a cítění, které mají vliv i na samotné chování sexuální. (Fraňková, Klein 1997)

K základním determinantám psychosexuálního vývoje se řadí vývoj sexuální identity, sexuální role, sexuální preference a sexuální chování.

Sexuální identifikace (identita), jinak řečeno pocit příslušnosti k určitému pohlaví, je subjektivně vnímaný pocit jedince o sounáležitosti či rozporu s vlastním tělem, jeho primárními i sekundárními pohlavními znaky, ale i se sociální rolí danému pohlaví přisouzenou. Je utvářena na základě genetických a fetálně gonadálních determinant, které jsou zprostředkovány vlivem sexuálních steroidů na mozek ve druhém trimestru prenatálního vývoje a její definitivní formování pak probíhá reakcí této predispozice s vnějšími vlivy, rozhodující je pravděpodobně věk do 18 měsíců po porodu.

Vnější projevem sexuální identity je sexuální role. Předpokládá se, že schopnost uvědomit si a projevit svou pohlavní identitu navenek formou pohlavní role je přítomna u dětí již v předškolním věku okolo čtvrtého roku života, za kritické lze považovat období jejího dotváření už okolo druhého roku. Ve školním věku je vědomí pohlavní role potvrzováno vyhledáváním přátel stejného pohlaví a odmítáním či ignorací pohlaví opačného. Charakteristické je i vyhledávání aktivit a zájmů pohlavně typických. Dívky si spíše hrají s panenkami, zajímají se o ruční práce, módu a neagresivní sporty. Chlapci naopak upřednostňují technické zájmy a agresivnější druhy sportů jako například hokej nebo zápas. Typický je i nezájem o aktivity, které jsou tradičně přiřazovány opačnému pohlaví. Tyto postoje se částečně mění v období puberty, vlivem rozvoje sexuálního cítění, do jisté míry ale rozdíly v zájmech mezi pohlavími zůstávají zachovány po celý život.

Sexuální preference je upřednostňování způsobu, kterým jedinec dosahuje sexuálního uspokojení a objektu, jež ho sexuálně přitahuje. Mechanismus vývoje sexuálních preferencí a poruch v této oblasti (parafilií) není doposud znám. Hlavní roli pravděpodobně hrají vrozené (konstituční) faktory a specifické nastavení příslušných mozkových sexuálních center v prenatálním vývoji. Neúspěšné jsou proto všechny terapeutické postupy změřené na změnu sexuální orientace.

Sexuální chování člověka je procesem komunikace, který zprostředkovává harmonizaci a stabilizaci partnerských vztahů. V oblasti vývoje sexuálního chování je období dětství až

do puberty považováno za období klidové. I zde se však objevují prvky sexuálního chování, i když ještě ne ve vztahu k opačnému pohlaví. Poměrně běžná je u dětí masturbace a sexuální hry, které spočívají zejména ve vzájemném zkoumání intimních partií nebo napodobování sexuálních aktivit dospělých, téměř výhradně ale v nekoitální formě. Tyto hry, stejně jako masturbace jsou běžným, neškodným projevem dětské zvědavosti a jejich trestání nebo zakazování může mít negativní vliv na psychosexuální vývoj jedince. (Weiss 2010)

V časně adolescenci dochází k probuzení sexuálního chování v pravém slova smyslu. Projevuje se intenzivním zájmem o druhé pohlaví, sexuálními fantaziemi, představami partnera apod. Ve střední adolescenci stále dochází k formování mužské a ženské role, vznikají první romantické vztahy a dochází k prvním zkušenostem s pohlavním stykem, který je ale v této fázi předčasný a přináší s sebou řadu rizik. Období pozdní adolescence je typické vývojem schopnosti vytvářet a udržovat dlouhodobější a hlubší, zralé partnerské vztahy, schopnost sdílení intimity apod. Podmínkou je však vytvoření potřebného základu v předcházejících fázích vývoje, tj. zejména poznání identity vlastní osobnosti.

Z hlediska vývoje sexuální aktivity rozeznávají sexuologové pět vývojových stupňů. Jsou to:

1. Spíše ojedinělé kontakty dospívajících mezi sebou.
2. Líbání, stimulace prsů přes oděv (necking).
3. Stimulace prsů přímo, hlazení genitálií, přikládání genitálií (petting).
4. První pohlavní styk (koitarché).
5. Pravidelný pohlavní styk, styk s více partnery.

Kromě sexuologů se sexuálním chováním zabývá také etologie (nauka o chování). Tato věda považuje sexuální chování člověka za složitý psychologický fenomén, jehož neoddělitelnou součástí je biologická složka. K. Freund vysvětluje sexuální chování jako chování směřující k určitému cíli a strukturoval sexuálně motivační stav do čtyř fází:

1. výběr partnera,
2. fáze pretaktilní (předdotyková) – vzájemné poznávání tělesného kontaktu,
3. fáze taktilní (dotyková) – hlazení, objetí, líbání,
4. fáze genitální – koitální aktivity.

Freund dále uvádí, že vynechání prvních fází vzájemného postupného poznávání a přímý přechod do genitální fáze může být příčinou dnešních nestabilních vztahů a rozpadajících se partnerství. (Fraňková, Klein, 1997)

Zatím co u chlapců je v období puberty v popředí biologická pudová složka sexuality, u dívek má větší vliv složka citová. Dívky proto jsou a měly by být přirozenou brzdou předčasného zahájení pohlavního života, které s sebou může přinášet mnoho rizik ať už v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Průměrný věk při prvním pohlavním styku se v České republice dlouhodobě neliší a v posledních desetiletích se pohybuje na rozmezí 17. a 18. roku života. Zatím co většina chlapců by první pohlavní styk označila za příjemný, velká část dívek svůj první styk popsala jako nepříjemný nebo i bolestivý. Příčinou tohoto zjištění může být i fakt, že maximální sexuální reaktivita dosahují muži kolem 18. roku života, zatímco ženy až okolo 25. – 30. roku. (Machová, Hamanová 2002)

1.1.2 Dospívání dívek

Puberta je období pohlavního dospívání, jedná se o hormonálně podmíněný proces fyzického i psychického zrání, během něhož se dítě mění v jedince schopného reprodukce. U dívek dochází k růstu a vývoji všech tkání, které jsou senzitivní a reagují na ženské pohlavní hormony. Tento složitý proces se uskutečňuje zejména díky součinnosti hypotalamu a hypofýzy. Výsledkem této činnosti je řada jak fyzických, tak psychických změn. Regulační mechanismy centrální nervové soustavy dospívají a produkují gonadotropiny, řídicí hormony ženských pohlavních žláz (vaječnicků). Ve vaječnicích následně startuje tvorba estrogenů. Ty ovlivňují celkový tělesný růst a vývoj, který se projevuje zejména rozvojem sekundárních pohlavních znaků a zevních rodidel ženy. Mimo to svou funkci nastupují také vnitřní pohlavní orgány a tkáně.

Zevní rodidla v pubertě prosakují vlivem estrogenů, panenská blána se rozšiřuje a mění svůj tvar. Pochva se prodlužuje, stěny se ztlušťují a řasí, celkově se pochva stává prostornější. Děloha mění svůj tvar a vyvíjí se do dospělého tvaru tzv. obrácené hrušky, nakloněné dopředu a ohnuté dopředu. Roste sliznice v těle děložním, v krčku děložním se aktivují žlázy produkující hlen, které spolu s odloupanými epitelii pochvy tvoří pubertální sekret, odtékající z těla skrze otvor v panenské bláně. Ve vaječnicích vlivem působení hormonů dozrávají vajíčka a vznikají hormony estrogenu. Kromě těchto uvedených změn na hormonech závisí růst a vyzrávání kostry (celková tělesná konfigurace), rozložení tělesného tuku, rozvoj svalové hmoty, vzhled obličeje, typ vlasů,

produkce kožního mazu atd. Nejlépe pozorovatelným znakem ve vývoji sekundárních pohlavních znaků je růst prsů a růst ochlupení na zevních rodidlech a v podpaží. K posouzení jejich rozvoje je zpravidla využívána Tannerova stupnice pro vývoj prsů a vývoj ochlupení. Hlavním a nejdůležitějším znakem puberty je menarche (první menstruace), která se objevuje obvykle mezi 10. a 15. rokem. V České republice je průměrný věk první menstruace 12 let a 7 měsíců. Nástup menstruace je ovlivněn mnoha faktory jako jsou genetické predispozice, výška, hmotnost, množství tělesného tuku nebo úroveň bazálního metabolismu. První menstruační období končí období puberty a začíná období pozdní adolescence.

Menstruační cyklus (doba od začátku jedné menstruace do začátku druhé) je ze začátku nepravidelný a ustálí se zpravidla do dvou let. Objevují se také anovulační cykly, ve kterých se dostaví krvácení, bez uvolnění vajíčka (ovulace). Činnost pohlavních žláz a řídicích center v mozku se postupně synchronizuje a dozrává. Tělesné a psychosexuální zrání je dokončeno mezi 17. a 18. rokem života. V tomto věku je již plně rozvinutá koncepční schopnost a tělesná zralost pro těhotenství a mateřství. Psychosociálně jsou ovšem mladé ženy na mateřství připraveny až po několika dalších letech. K problémům tohoto období, které, pokud jsou opomíjené, ohrožují zdravý vývoj dospívajících dívek patří zejména předčasná či opožděná (nebo chybějící) puberta, poruchy menstruačního cyklu, poruchy příjmu potravy, záněty zevních rodidel a pochvy, záněty děložních adnex, předčasné zahájení pohlavního života a těhotenství dospívajících dívek. (Skřenková 2011)

1.1.3 Dospívání chlapců

Tak jako dospívání dívek, i dospívání chlapců je komplexním dynamickým procesem. Z klinického hlediska dochází ke zrychlení růstu a dozráváním druhotných pohlavních znaků ke zvýraznění jejich rozdílů. Současně s rozvojem tělesným ale dochází k psychickému zrání, které ovlivňuje i potřeba poznávání vlastního těla, potřeba lásky a sexuality. Proces dospívání chlapců probíhá obvykle mezi 10. a 17. rokem života.

Ke snadno pozorovatelným znakům dospívání patří růst postavy a změna tvaru těla chlapců. Ramena se rozšiřují, svaly a tělo celkově mohutní. Růstové tempo chlapců je jiné než u dívek. U dívek je nastává pubertální růstový výšvih v 10 letech, u chlapců ve 12 letech, rostou ale delší dobu. V období tohoto růstového výšvihu povyroste chlapci o 5-12 cm za rok.

V návaznosti na růst dochází také k rozvoji druhotných pohlavních znaků. Gonadotropiny a gonadoliberiny uvolňované hypofýzou zvyšují produkci androgenů ve varlatech a kůře nadledvin. Hormony ovlivňují jak fyzické, tak emocionální změny, ke kterým v pubertě dochází. Během puberty dochází u chlapců k růstu penisu i varlat. Délka penisu se zvětšuje z průměrných 6,2 cm na zhruba 7,5-15,5 cm. Z původních 3 ml zvětší varlata svůj objem na 15-25 ml. Šourek ztmavne a jeho kůže se ztenčí. K měření vývoje varlat se v praxi využívá Praderův orchidometr, pro kontrolu rozvoje pubertálních znaků je stejně jako u dívek využívána Tannerova stupnice. Ochlupení se nejdříve objevuje v podpažních jamkách, poději v oblasti genitálu, naposledy se objevují vousy v obličeji, které začínají rašit od horního rtu. Růst hrtanu a změna hlasivek, způsobené vlivem dospělých hladin testosteronu vznikajícího ve vyzrálých varlatech, je příčinou prohloubení hlasu a tzv. mutování (přeskakování výšky hlasu), které ovlivňují svaly hrtanu. K dalším změnám patří zahájení činnosti nových potních žláz v podpaží a okolo genitálu, které zůstává i v dospělosti. Přejídným jevem je pak zvýšená funkce mazových žláz, které zapříčiňují problémy s akné a maštění vlasů. Vyvrcholením puberty jsou poluce, tedy samovolné ejakulace během nočních erekcí při erotickém snění. Tento ejakulát ovšem ještě neobsahuje sperma. První poluce chlapců je často přirovnávána k první menstruaci dívek. (Lancmanová 2011)

1.1.4 Sexualita v rané adolescenci

Jakousi primitivní formou probíhá sexuální aktivita již v dětství. Některé děti projevují zájem o své genitálie, prohlížejí si je, osahávají se a příjemné doteky se snaží opakovat a to ještě před pubertou. V časně adolescenci však dochází k nárůstu frekvence a diferenciaci aktivit. Sexuální puzení je ovlivněno jak fyziologickými hormonálními změnami, tak i výchovou a kulturními normami společnosti. Kabíček (2014) vyvozuje ze studiích o sexualitě několik obecných závěrů:

- Masturbace a autoerotické praktiky jsou mezi dospívajícími široce rozšířeny a představují určitý předstupeň pozdější heterosexuální aktivity. Na konci adolescence přiznává zkušenost s masturbací až 57 % dívek a až 92 % chlapců.
- První zkušenost s heterosexuální aktivitou adolescenti získávají většinou mezi 14. a 16. rokem.
- Věk, ve kterém dochází k prvnímu pohlavnímu styku je u české mládeže průměrně 18 let, existuje však určitá část populace, u které dochází ke koitarché mnohem dříve, často

již před dosažením 15. roku života (až 15 % dívek). Tento fakt poukazuje na důležitost včasné sexuální výchovy a měl by být zohledněn při zavádění preventivních opatření v oblasti reprodukčního zdraví. (Kabiček 2014, Šulová 1995)

Vývoj sexuálního chování jedince je podmíněn rozvojem sexuálních emocí, ke kterému dochází právě v období puberty a adolescence. Jedná se o schopnost sexuálního vzrušení, dosažení orgasmu a sexuální satisfakce, ale také o rozvoj emoce zamilovanosti jako erotické fascinace sexuálním objektem. (Weiss 2010)

1.2 Reprodukční a sexuální zdraví

Zdraví je obsáhlým, neustále se měnícím a vyvíjejícím se pojmem. Obecná definice Světové zdravotnické organizace zdraví definuje jako: "*A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*". Tedy *stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a ne jen nepřítomnost choroby či vady.*" (Jakab 2011, s.1). Jako součást této definice zdraví vznikla v Káhiře, na populační konferenci, v roce 1994 definice reprodukčního zdraví, která říká že: "*Reprodukční zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne jen nepřítomnost nemoci či vady, ve všech případech vztahujících se k reprodukčnímu systému, jeho funkcím a procesům. Reprodukční zdraví předpokládá vést plnohodnotný a bezpečný sexuální život, právo mužů a žen být patřičně informován a mít přístup k metodám plánování rodičovství a to včetně zdravotní péče související s reprodukcí.*" (Vandasová 2008, s. 45) Zahrnuje uspokojení přinášející sexuální život, schopnost rozmnožovat se a svobodu rozhodnout kdy a jak často tak učinit. (Vránová 2010)

Reprodukční zdraví lze konkrétně definovat jako schopnost muže oplodnit ženu a schopnost ženy otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě. (Vránová 2010) Pojem reprodukční zdraví lze tedy chápat jako zdraví v oblasti lidského rozmnožování. Je ale třeba připomenout, že zdraví sexuální je jeho nedílnou součástí, jelikož lidská reprodukce se neváže výhradně na sexuální život, stejně tak jako sexualita neslouží výhradně k plození dětí. (Urbanová 2010)

Reprodukční zdraví je ovlivněno širokým spektrem individuálních, komunitních i celospolečenských faktorů (věk, zvyky, úroveň zdravotní péče, dostupnost metod plánovaného rodičovství atd.). Celosvětově má reprodukční zdraví význam pro zvyšování hodnoty lidských vztahů a života jedince.

Reprodukční zdraví lze sledovat a hodnotit podle mnoha ukazatelů, které mohou být rozděleny do zhruba tří skupin, a to:

- ukazatele, které souvisejí s dostupností metod plánovaného rodičovství (antikoncepce, umělá reprodukce, interrupce),
- ukazatele, které souvisejí s těhotenstvím, porodem, zdravím dítěte a matky po porodu a v prvním roce života (kojenecká úmrtnost, mateřská úmrtnost, mrtvorozenost aj.),

- ukazatele, které souvisejí s výskytem sexuálně přenosných infekcí (incidence, prevalence, úmrtnost).

Ve většině vyspělých zemí je úroveň reprodukčního zdraví na vysoké úrovni, metody plánování rodičovství a zdravotní péče jsou dostupné pro většinu obyvatelstva. Oproti tomu v rozvojových zemích zůstává reprodukční zdraví na nízké úrovni a rizikové sexuální chování zde představuje, po podvýživě, druhou nejčastější hrozbu pro zdraví jedince. (Vandasová 2008)

1.2.1 Základní pilíře reprodukčního zdraví

Každá země, která chce zabezpečit a udržet reprodukční zdraví své populace, musí vytvářet aktivity vycházející z pěti základních pilířů reprodukčního a sexuálního zdraví, které byly ustanoveny v Akčním programu OSN o populaci a rozvoji na konferenci v Káhiře (1994). K těmto pilířům patří:

- Plánované rodičovství
- Prevence pohlavně přenosných chorob
- Prevence a léčba sterility a infertility
- Péče o matku
- Péče o novorozence a děti

(Urbanová 2010 s. 11-12)

1.2.2 Poruchy reprodukčního zdraví

Jako porucha reprodukčního zdraví, dle definice tohoto pojmu, je označována sterilita (neplodnost) a infertilita a ostatní nepravidelnosti či patologie těhotenství, kam se řadí spontánní abortus (potrat), gravidita extrauterina (mimoděložní těhotenství), partus praematurus (předčasný porod), ale také vícečetné těhotenství, porod mrtvého dítěte a porod dítěte s vrozenou vývojovou vadou. V dnešní době 15-20 % párů naráží na problémy s početím a tento počet se nadále zvyšuje. Tato situace je ovlivněna více faktory, je ale důležité, aby o možných poruchách reprodukčního zdraví a jejich prevenci byli dostatečně informováni právě zejména dospívající, jejichž sexuální chování je dosud formováno a jejichž reprodukční zdraví je nejvíce ohroženo. Jelikož reprodukční zdraví garantuje předpoklad zdravého potomstva, které většina dopívajících bude jednou chtít přivést na svět. (Uzel 2006)

Nejčastější poruchy které je nutné brát v úvahu při edukaci dospívajících v oblasti reprodukčního zdraví jsou tedy:

Sterilita (neplodnost) je stav neschopnosti koncepce při pravidelném nechráněném pohlavním styku muže a ženy dvakrát týdně, kdy žena neotěhotní do 1 roku, ze 40 % jsou příčiny na straně muže, z dalších 40 % na straně ženy, ve zbylých 20 % je příčina na obou stranách. V současné době vzrůstá výskyt příčin ze strany muže. Příčiny ze strany muže jsou obvykle zapříčiněny nedostatečnou tvorbou zdravých životaschopných spermií ve varlatech, či poruchou vývodných pohlavních orgánů, erekce ejakulace, ale také hormonálními změnami. Na straně ženy je příčina sterility nejčastěji způsobená hormonálními poruchami a onemocněními vaječníků, vejcovodů a ostatních orgánů reprodukční soustavy (záněty, pohlavně přenosné choroby). U žen hrají roli také psychické podmínky. Objevuje se i sterilita idiopatická, tedy bez zjevné zjištěné příčiny.

Infertilita je dle české definice stav, kdy se ženě podaří otěhotnět, ale není schopná dítě donosit až do porodu. V anglické literatuře však pojem *infertility* označuje neplodnost obecně. (Řežábek 2011) Výskyt tří nebo více samovolných potratů před dokončeným 20. týdnem gestace za sebou je označováno jako *habituální potrácení*.

Gravidita extrauterina (GEU), mimoděložní těhotenství neboli ektopická gravidita. Při tomto stavu dochází k implantaci plodového vejce mimo dutinu děložní. Ve většině případů dochází k uchycení ve vejcovodu, ojediněle ale také na vaječniku, stěvě, nebo v hrdle děložním. V posledních letech dochází k mírnému nárůstu výskytu mimoděložního těhotenství, kdy jednou z příčin tohoto nárůstu je zvýšená prevalence pohlavně přenosných chorob v populaci. Při pozdní diagnostice GEU a s ním spojených komplikacích je ohroženo zdraví ženy a může končit i smrtí ženy.

Spontánní abort je samovolné ukončení těhotenství, obecně definované jako předčasné vypuzení plodu z dělohy v době, kdy ještě není schopen přežít mimo ni. Z diagnostikovaných těhotenství dojde k samovolnému potratu v 15 % případů před 20. gestačním týdnem. Spontánní potraty jsou častější u žen mladších 19 let a starších 35 let. Na etiologii abortu se velmi pravděpodobně podílí i abúzus návykových látek, včetně kofeinu, alkoholu a kouření cigaret. (Roztočil 2011)

Vrozené vývojové vady neboli vady kongenitální vznikají při nitroděložním vývoji v embryonálním nebo fetálním období. Jejich projevy jsou zejména malformace orgánů ve

širokém spektru od neškodných odchylek od normálu až po závažné stavy, někdy neslučitelné se životem. V současné době je screening a diagnostika těchto vad na vysoké úrovni, některé se ale projeví až po narození a v prvních letech života. Rizikové chování matky a nezdravý životní styl nejen v těhotenství jsou v příčinné souvislosti právě se vznikem vrozených vývojových vad u zárodku a plodu. (Machová, Hamanová 2002)

1.2.3 Rizikové faktory ovlivňující reprodukční zdraví

Velká část procesu reprodukce probíhá v těle ženy, pro reprodukční zdraví je tedy nezbytné zajištění nerušeného vývoje ženského reprodukčního systému a zachování jeho zdraví. Ani vývoj mužské reprodukční soustavy by však neměl být nijak ohrožen. Pro tento vývoj je nejdůležitější a nejkritičtější právě období puberty a dospívání, kdy jej může ovlivnit celá řada faktorů. (Machová, Hamanová 2002)

K rizikovým faktorům, ovlivňujícím reprodukční a sexuální zdraví jedince patří:

- předčasné zahájení sexuální aktivity (teenage sex),
- sexuální promiskuita,
- rizikové techniky sexuálního styku,
- užívání drog a jiných návykových látek,
- zánětlivá a jiná onemocnění reprodukčního systému (včetně pohlavně přenosných chorob),
- špatný životní styl (kouření, stres, obezita nebo podvýživa),
- deficit informací v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví. (Urbanová 2010, s. 13-14)

Machová, Marádová a Klementa (1998) uvádějí dále graviditu mladistvých dívek a interrupci, která ale často souvisí s předčasným zahájením sexuální aktivity. Machová a Hamanová (2002) pak přidávají také sexuální zneužívání v dětství.

1.2.4 Rizikové sexuální chování

Mladí lidé v dospívajícím věku často dávají přednost (často i podvědomě) rizikovému životnímu stylu, který pomáhá řešit jeho aktuální problémy (např. nízké sebevědomí). Následky takového rizikového chování v dospívání jsou u nás i v ostatních rozvinutých zemích hlavní příčinou úmrtí teenagerů ve věku 15-19 let.

Syndrom rizikového chování v dospívání (SRCHD) je souhrnným názvem pro:

- zneužívání návykových látek a závislost na nich,
- rizikové chování v psychosociální oblasti,
- rizikové sexuální chování.

Obecně je rizikové sexuální chování definováno jako soubor projevů chování doprovázejících sexualitu člověka a zároveň vykazující určitá rizika v oblasti zdravotní, sociální, právní apod. Rizika v reprodukční oblasti jsou spojena především s předčasným vstupem do pohlavního života.

V období dospívání se utvářejí biologické i psychologické předpoklady pro pohlavní život a u některých dospívajících nastupuje také touha po jeho započetí. Tato touha se projevuje zejména u jedinců, u nichž nebyla pěstována, schopnost sebeovládání, odpovědnost a u těch, kteří nemají smysluplnou náplň pro svůj volný čas, posilována je pak tlakem vrstevníků a snahou se jim vyrovnat. Všeobecná liberalizace sexu, pornografie, reklamy na erotické služby a celková rozšířenost sexuálních podnětů, to vše vede k podněcování raného zahájení sexuální aktivity mládeže. Motivace pro započetí se sexuální aktivitou bývají nejčastěji nezralé a nevhodné (zvědavost, tlak vrstevníků). Předčasný pohlavní život je pak téměř vždy spojen s promiskuitou a v jejím důsledku s vysokým výskytem pohlavních chorob. Ochrana před pohlavními nemocemi i vznikem nežádoucího těhotenství, tedy zejména použití bariérové antikoncepce, vyžaduje určitou zralost, kterou dospívající prozatím nedisponují, a tato metoda, stejně jako metody hormonální, v tomto věku často selhávají.

Výzkumy sexuálního zdraví dokazují, že nízký věk při prvním pohlavním styku má důsledky pro stav sexuálního a reprodukčního zdraví. Na základě těchto výzkumů je důležité, aby dospívající zahajovali svůj sexuální život, až když mají tzv. sexuální kompetenci, tedy až se pro to samostatně rozhodnou, a ne pod nátlakem partnera či vrstevníků nebo pod vlivem návykových látek, a vždy s použitím vhodné antikoncepce, ideálně takové, která zároveň brání přenosu pohlavních chorob. (Hamanová 2015)

Rizikové sexuální chování je ve společnosti relativně časté, jedná se například o nechráněný sexuální styk s náhodnou známostí, promiskuita, rizikové sexuální praktiky apod. Zasahují zde také jiné oblasti rizikového chování, například kombinace užití návykové látky se často pojí právě s rizikovým sexuálním chováním. V současné době je také stále více rozšířené zveřejňování intimních záběrů, jejich sdílení a zveřejňování, které

s sebou přináší riziko zneužití takového materiálu. (Portál prevence rizikového chování) Kuklová (2010, s. 581) specifikuje sexuálně rizikové praktiky jako vysokou frekvenci pohlavních styků, prostituční chování, krvavé sexuální praktiky, vaginální, anální a orální styk bez použití kondomu.

1.2.4.1 Předčasná sexuální aktivita

První pohlavní styk je vždy důležitým okamžikem ve vývoji dospívajícího jedince. Předčasná sexuální aktivita patří k vysoce rizikovému chování v dospívání, má negativní vliv na psychosexuální i osobnostní vývoj jedince a na jeho zdravotní stav, jelikož v tomto období ještě není plně ukončen fyzický, psychický ani sociální vývoj. Více ohrožené jsou po reprodukční stránce dívky, u nichž patří předčasné zahájení sexuální aktivity k hlavní rizikovým faktorům rakoviny děložního čípku, a to často v důsledku infekce lidským papiloma virem (HPV) v kombinaci s nevyzrálostí imunitního systému dospívajících, a to zejména slizničního, kdy u mladých dívek není ještě cylindrický epitel v hrdle děložním nahrazen epitelem dlaždicovým, který je odolnější. Také záněty reprodukčních orgánů jsou u sexuálně aktivních mladistvých častější. Po psychické stránce věci může předčasná sexuální aktivita zapříčinit orientaci na biologický rozměr lidské sexuality, citový chlad, ztrátu citlivosti vůči potřebám druhých apod. (Machová, Marádová, Klementa 1998, Urbanová 2010)

1.2.4.2 Těhotenství mladistvých

Narození potomka by mělo být radostnou událostí v životě každé rodiny, je proto důležité, aby se tak stalo ve správnou dobu. Předpokladem pro úspěšné zvládnutí rodičovské role je osobnostní i sociální zralost obou rodičů, u matky pak také zralost biologická. Gravidita dospívajících je obecně považována za rizikovou a předčasnou. Přináší různá rizika, obzvláště ohrožení zdraví matky a dítěte, dotýká se však celé rodiny.

Těhotenství dospívajících a zejména nezletilých je bezesporu problémem zasahujícím do celého spektra oblastí společenského života. Projevuje se v oblasti zdravotní, sociální, vzdělávací, právní atd. Z pohledu této práce je pro nás hlavní hledisko zdravotní, ostatní oblasti jsou však neméně důležité.

1.2.4.2.1 Rizika pro matku

Organismus dospívající matky není ještě plně vyvinutý a vyzrálý, klade proto větší nároky přísun živin (obzvláště železa, jodu, vápníku a některých vitamínů). Spolu s obdobnými

nároky rostoucího plodu pak mohou vznikat nebo se prohlubovat nutriční karence. Hlavně u prvorodiček vzniká častěji hypertenze, která se neléčená může vyvinout až v preeklampsii a eklampsii. k dalším komplikacím pak patří anemie, atypie placenty, častější jsou také infekce močového systému, předčasný a dlouhý porod. Jako příčina většiny těchto komplikací se jeví právě nevyzrálost organismu, spolu s nevhodnými návyky a celkově špatným životním stylem mladistvých, souhrnně označovaným jako syndrom rizikového chování, kam spadá také užívání návykových látek, kouření, pití alkoholu, rizikové sexuální chování atd.

Z nezdravotního hlediska jsou závažná obzvláště rizika v oblasti sociální. Těhotná dospívající dívka většinou studuje nebo je v učebním poměru. Často pak kvůli těhotenství a mateřství studium ukončí a zpět se k němu již nevrátí. V budoucnosti je pak kvůli chybějící kvalifikaci sociálně i ekonomicky znevýhodněna. (Machová, Hamanová 2002, Chrenková 2010)

1.2.4.2.2 Rizika pro dítě

Rizika pro dítě vycházejí zejména z nízké porodní hmotnosti a nedonošenosti, které jsou u dospívajících matek častější než u matek starších 20 let. Novorozenci, narození matce v dospívajícím věku mají více komplikací nejen v perinatálním období, ale také v pozdějším věku (syndrom náhlého úmrtí kojence). Je uváděn také vyšší výskyt vrozených vývojových vad. Důsledkem předčasného narození mohou být neurologické, dechové a střevní obtíže a jiná onemocnění novorozence. Nízká porodní hmotnost, ale i další patologie u dítěte vznikají zejména na základě nedostatku potřebných živin, vitamínů, v důsledku kouření a užívání návykových látek, většinou v rámci tzv. syndromu rizikového chování. Drogy a nikotinismus způsobují u novorozence po porodu abstinenci syndrom a závislost. Alkohol přijímaný matkou v nadměrném množství v těhotenství vede ke vzniku fetálního abstinenci syndromu u dítěte. (Machová, Hamanová 2002)

K dalším rizikům pro dítě je fakt, že dospívající těhotné mnohem méně často využívají prenatalní zdravotní péči. Jejich těhotenství je zjištěno pozdě (často až ve druhém trimestru nebo později) a návštěvy v prenatalní poradně gynekologa mají nízkou frekvenci. Toto zanedbání péče přináší další rizika a komplikace v průběhu těhotenství, při porodu i po něm a to jak pro matku tak i pro dítě. (Hudson, Ineichen 1991)

Další problém pro dítě může nastat, pokud nezletilá dítě nechce a je donucena si jej ponechat (např. z důvodů pozdní detekce těhotenství). Psychologická studie profesora

Matějčka dokazuje, že nechtěné děti trpí po celý svůj život, jelikož cítí odmítnutí rodiče a jsou nuceny se s ním vyrovnávat. Nechtěné děti dosahují často horších výsledků ve škole, mají problém najít si přátele, častěji selhávají, jsou méně sociálně vyspělé a projevují vyšší míru maladaptace. (David, Dytrych, Matějček, 2003)

1.2.4.3 Interrupce

Interrupce nebo-li umělé ukončení těhotenství (UUT) je zákrok, při kterém dochází k zabránění dalšího vývoje plodového vejce. Těhotenství lze ukončit na přání ženy bez zdravotního důvodu do 12. týdne gravidity. Mezi 12. a 24. týdnem gravidity lze v České republice provést interrupci, ale pouze ze zdravotní indikace. Do 8. týdne lze zvolit jak chirurgické, tak medikamentózní metody UUT. Při a po interrupci se mohou objevit četné komplikace, z těch časných například možný vznik poranění, velkou krevní ztrátu, zánětlivé komplikace a vzácně i selhání metody. Z pozdních pak poruchy menstruačního cyklu a fertility, psychické a sexuální změny (postabortivní syndrom), Rh-izoimunizaci. Zejména primigravidy jsou pozdními komplikacemi ohroženy ve zvýšené míře.

Ačkoliv se jedná o jednu z metod plánovaného rodičovství, jde o možnost poslední volby v případech sociální nebo zdravotní kontraindikace. Interrupce je po zdravotní i etické stránce nejméně přijatelným prostředkem kontroly plodnosti. Frekvence provádění tohoto zákroku by měla klesat na základě preventivního používání antikoncepčních metod. Poměr uživatelů spolehlivých metod antikoncepce a počtu provedených umělých ukončení těhotenství je indikátorem vyspělosti země. Státy s rozšířeným úspěšným plánováním těhotenství, k nimž patří i Česká republika, mají vysoké procento uživatelů antikoncepce a nízké procento umělých ukončení těhotenství. Česká republika se řadí k zemím s liberální potratovou politikou a UUT řeší zákon č. 66/1986 Sb.. (Roztočil 2011). Podle údajů českého statistického úřadu vykazuje počet umělých potratů u nás klesající trend. V roce 2018 bylo provedeno 18 175 interrupcí. To je o 1240 méně než v roce 2017. Přesto se ale jedná o průměrně 50 interrupcí za den. (Zpráva ČSÚ 2019)

1.2.4.4 Sexuálně přenosná onemocnění

Sexuálně přenosná onemocnění (STD) nebo nověji sexuálně přenosné infekce (STI), jsou dalším významným rizikem, které pohlavní život přináší. O jejich existenci, způsobu přenosu, projevech, léčbě a hlavně prevenci by měli být dospívající řádně poučeni. Věkovou skupinou nejvíce postiženou pohlavně přenosnými infekcemi jsou totiž právě mladí lidé ve věku 15-24 let. Mladiství jsou k infekci biologicky náchylnější, častěji

provazují nechráněný sex, jsou promiskuitnější a často také odmítají návštěvu zdravotnického zařízení. Incidence STI je celosvětově na vzestupu a stávají se tak významnou komplikací veřejného zdraví, zejména zdraví adolescentů. Celosvětově se podle WHO nakazí některou pohlavní chorobou denně až jeden milion lidí. A tento problém se netýká pouze rozvojových zemí, jak by se mohlo zdát. (Machová, Kubátová 2015, Kuklová 2010, Relić 2018)

V České republice narůstá počet lidí infikovaných nejen virem HIV, ale také syfilidou a kapavkou. Počet nově nakažených syfilidou vzrostl z 437 (v roce 2011) na 494 (v roce 2016). Počet pacientů s kapavkou vrostl ve stejném období (2011-2016) ze 709 na 1527. Velmi strmě také narůstá počet infekcí chlamydiemi, počet pacientů se mezi lety 2011 a 2016 zpětinásobil na 2307 infikovaných. Objevila se nově také tropická *lymphogranuloma venereum*. Zatím co v roce 2008 jí v ČR trpěl pouze 1 pacient, v roce 2016 to bylo již 43 lidí. Nejhorší je situace v Praze, celkově se pohlavní nemoci nejvíce šíří ve skupině mužů majících sex s muži. Lékaři vidí jako příčinu tohoto trendu lehkomyšlné a rizikové chování lidí, velkou sexuální volnost a malou informovanost. Ministerstvo zdravotnictví ČR na základě těchto informací vytvořila již v roce 2015 Akční plán o "Zvládání infekčních onemocnění na období 2015–2020" jehož jedním ze specifických z cílů je právě "*zvyšování povědomí odborné a laické veřejnosti o nebezpečí infekčních nemocí a možnostech jejich prevence*". (Řepa 2017)

Sexuálně přenosné choroby jsou infekční nemoci dělené zpravidla do dvou skupin. Jsou rozlišovány klasické pohlavní nemoci - syfilis, kapavka, ulcus molle (měkký vřed), lymfogranuloma venereum (čtvrtá pohlavní nemoc) a granuloma inguinale (pátá pohlavní nemoc) - přenášené téměř výhradně sexuálním stykem a podléhající povinnému hlášení a depistáži. Druhou skupinou jsou infekce šířené převážně pohlavním stykem, které zahrnují chlamydiové a další bakteriální infekce, infekce vyvolané prvoky (trichomonády), mykózy (kandidózy), virové infekce (herpes, HIV, HPV, hepatitida) a infekce vyvolané ektoparazity (svrab, veš muňka) a L-organismy (mykoplasma). Riziko sexuálně přenosných infekcí spočívá v často jejich asymptomatickém průběhu, kdy ačkoliv nevykazují žádné symptomy, skrytě destruuji organismus a způsobují závažné komplikace. Neléčené pohlavní choroby mohou způsobit poruchy reprodukčního zdraví, ovlivnit průběh těhotenství a také se mohou přenášet na plod.

1.2.4.4.1 Prevence STD

Výskyt pohlavně přenosných infekcí v populaci je do značné míry ukazatelem společenských a výchovných jevů. Klinickou strategií pro snížení rizika pohlavně přenosných nemocí je kontrola a prevence založená na pěti základních principech a to:

- edukace ohrožených skupin, poradenství o způsobech změn sexuálního chování,
- identifikace infikovaných osob, které samy nevyhledávají pomoc,
- efektivní diagnostika a léčba nakažených,
- vyšetření, léčba a poradenství pro sexuální partnery nakažených,
- preexpoziční vakcinace osob v riziku nákazy STD (pokud je vakcína dostupná).

(Kuklová 2010, s. 581)

Jak uvádí Relić (2018) ve své studii, jedním z nejvýznamnějších faktorů v prevenci sexuálně přenosných infekcí je zvyšování úrovně znalostí o nich, o jejich charakteristice, prevenci, a léčbě.

Jak vyplývá ze samotného názvu, prevence sexuálně přenosných chorob je založená na eliminaci rizikového sexuálního chování. Nejspolehlivější způsob prevence je dlouhodobý monogamní vztah se zdravým partnerem, tedy partnerská věrnost. Základní pravidla pro snížení rizika přenosu pohlavní by se dala shrnout takto.

1. Sexuální abstinence (bez pohlavního styku klesá pravděpodobnost infekce STD k nule).
2. Omezení počtu sexuálních partnerů (dlouhodobě udržovat monogamní vztah).
3. Poznat dobře partnera a jeho sexuální zkušenosti (být informován o prodělaných nemocech).
4. Dobře si partnera prohlédnout (zjistit možný výskyt výtoku, kožních změn, zduření).
5. Používat prezervativ vždy při vaginálním, análním i orálním styku.

(Machová, Kubátová 2015)

1.2.5 Vztah dospívajících ke zdraví

Postoj vlastnímu zdraví se v období dospívání liší od postoje ke zdraví v dětství a v dospělosti. Někteří jedinci se i v této oblasti projevují úzkostlivěji, jiní mají tendenci své zdravotní obtíže spíše bagatelizovat. Za nedostatky ve svém zdravotním stavu se stydí

stejně, jako za nedostatky v ostatních rovinách a nepřipouští si je. Se svými problémy se méně svěřují a také rodiče mají menší snahu jejich zdraví kontrolovat. Neradi se odlišují od svých vrstevníků, proto před nimi například neužívají léky. Nezkušené dospívající, uvolňující se ze sociální závislosti na své rodině, lákají často líbivé věci, uznávané jejich vrstevníky, řešení situací bez omezení a s malým vynaloženým úsilím.

Fakt, že dospívající jsou citliví na jednání zdravotníků, ale obecně i ostatních dospělých a při setkání s kritikou a malou vstřícností často ukončují spolupráci a kontakt, vede k nezdárka k situacím, kdy mladí lidé přicházejí s nemocí relativně pozdě. Obzvláště v případech, kdy se jedná o intimní záležitosti. Zejména při snaze o výchovu a edukaci by proto měl být brán v úvahu postoj dospívajících ke zdraví a požadavky na jednání z toho vyplývající. (Machová, Kubátová 2015)

1.3 Plánované rodičovství

Plánovaným rodičovstvím se označují všechny snahy páru o to, aby potomka přivedly na svět ve vhodnou dobu, optimální pro celou rodinu, tedy plánování času otěhotnění a do jisté míry pak i porodu. Plánování rodičovství je děleno dle svého charakteru na pozitivní a negativní.

Pozitivní plánované rodičovství zahrnuje všechny snahy páru o početí potomka (koncepti) včetně péče o neplodná partnerství.

Negativní plánované rodičovství jsou všechny snahy a opatření, které pár aplikuje pro zabránění vzniku nežádoucího otěhotnění (antikoncepce, interrupce).

Plánování rodičovství je základním lidským právem uznávaným ve všech civilizovaných zemích světa, poskytující každé ženě svobodnou možnost rozhodnout o počtu svých dětí a době jejich příchodu na svět. V ideálním případě by se děti rodily jen rodičům, kteří si dítě skutečně přejí. V rozvinutých zemích významně stoupla informovanost žen o metodách plánování rodičovství, jejich výhodách a účinnosti, čímž se tomuto ideálu blíží. V rozvojových oblastech světa je však situace odlišná, malá informovanost o antikoncepčních metodách a jejich nedostupnost je jednou z příčin populační exploze, která patří k hlavním současným problémům lidstva. (Pařízek 2009)

1.3.1 Antikoncepce pro mladistvé

Antikoncepce (kontracepce) je souhrnný název pro skupinu metod, které brání početí a zároveň umožňují pohlavní styk, jsou aplikovány před nebo v průběhu styku. Intercepce zahrnuje metody ochrany aplikované až po pohlavním styku. Sterilizace zahrnuje nevratné metody bránění početí, kdy další těhotenství není možné bez lékařské asistence. Cílem všech těchto tří metod je zabránění vzniku nežádoucího těhotenství. (Čepický 2011) Přírozené metody antikoncepce (přerušovaný styk, metoda neplodných dnů) jsou málo spolehlivé a náročné na techniku provedení a sebeovládání. Výhodou metod bariérových (kondom, femidom) je ochrana před přenosem sexuálně přenosných chorob. Jejich spolehlivost je vyšší, avšak stále ne vysoká, podobně je tomu i u chemických metod (spermicidní prostředky). Sterilizace je doporučována pouze v krajních případech. (Míka 2007)

Při výběru antikoncepce pro mladou dívku, je třeba vzít v úvahu několik aspektů a odlišností od dospělé uživatelky. Je třeba zohlednit možnou nepravidelnost

menstruačního cyklu, compliance, která nemusí být vzhledem k věku ideální, vliv okolí na mladou dívku (kamarádky a jejich zkušenosti, rodiče, předsudky, víra), předpokládaný počet styků v měsíci, finanční stránku věci a také technickou náročnost zvolené metody. (Dvořák 2011) Výsledky národního výzkumu antikoncepčního chování českých (2010) ukázaly, že faktory, které nejvíce ovlivňují výběr antikoncepční metody jsou věk a náboženství. Ženy bez náboženského vyznání při prvním pohlavním styku častěji používají antikoncepci a častěji také užívají antikoncepci hormonální. (P. Gregorová; P. Weiss; V. Unzeitig; D. Cibula 2010)

1.3.1.1 Přirozené metody antikoncepce

Periodická sexuální abstinence (metody výpočtu plodných dní) je značně nespolehlivá, což je umocněno právě možnou nepravidelností cyklu u dospívající dívky. Nároky na disciplínu obou partnerů jsou rovněž věku neúměrné. Podobná je i metoda **koitus interruptus** (přerušovaný styk), která má také vysoce náročná na informovanost, zodpovědnost a sebeovládání partnerů. Pearl index obou metod u běžné uživatelky je v rozmezí 20-30.

1.3.1.2 Metody bariérové a chemické

Prezervativ (kondom) je jednou z nejrozšířenějších metod u dospívajících. Je snadno dostupný, finančně nenáročný a kromě možné alergie na latex nemá žádné nežádoucí účinky. Žádoucím vedlejším účinkem je prevence některých sexuálně přenosných infekcí. **Diafragma a femidom** nejsou u nás příliš rozšířené. Jejich spolehlivost lze zvýšit kombinací se **spermicidy**. I tato volba je ale poměrně náročná na disciplinovanost pacientky. Pearl index při kombinaci chemické a bariérové antikoncepce je do 15. (Dvořák 2011)

1.3.1.3 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepci lze rozdělit do dvou skupin. **Kombinovaná hormonální antikoncepce** je jednou z nejrozšířenějších forem antikoncepce. Existuje ve formě tablet, náplastí a vaginálního kroužku. Využívá kombinaci estrogenu a progestinu pro zamezení ovulace. Gestagenní antikoncepce využívá pouze progestinu, ten zahušťuje hlen v děložním hrdle, který je pak pro spermie neprostupný. Tento druh je vyráběn ve formě minipilulek, injekcí a nitroděložních implantátů. Hormonální implantáty však nejsou na trhu v české republice momentálně dostupné. Minipilulky je nutné užívat v naprosto přesném intervalu. Už zpoždění delší než 3 minuty může zapříčinit ztrátu účinku. Na

druhé straně je mohou užívat, na rozdíl od kombinované formy, i ženy s rizikem tromboembolických komplikací (hereditární trombofilie). Pearl index je 0,5. Hormonální antikoncepci předepisuje gynekolog na lékařský předpis dívkám od 15 let, s ohledem na skutečnost, že pohlavní styk s osobou mladší 15 let je trestným činem dle Trestního zákoníku. V případě nechráněného pohlavního styku, nebo při selhání jiné metody antikoncepce je v lékárnách v České republice k dostání tzv. záchranná antikoncepce ("pilulka po"), postkoitální antikoncepce, obsahující vysokou dávku progestinů nebo estrogenů. Tato postkoitální kontracepce zabraňuje otěhotnění zamezením nidace oplozeného oocyty, při užití do 72 hod. Tuto metodu však nelze rozhodně doporučit jako běžnou metodu antikoncepce, slouží pouze jako poslední záchrana. Dívky mezi 15-16 lety potřebují k vydání v lékárně lékařský předpis. (Nováčková, Nouzová 2016, Koliba 2014)

1.3.1.3.1 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní tělísko (IUD) chrání před nechtěným těhotenstvím na delší dobu (až 6 let). Dříve byla tělíska doporučována spíše ženám, které již rodily, v současnosti existuje i možnost zavedení u nullipar. Tělísko zavedené do dělohy brání oplodnění a implantaci. Tělísek je na trhu více druhů, dělíme na nehormonální, s obsahem mědi, a hormonální systém s obsahem malého množství hormonu, které se z tělíska uvolňuje. Pearl index je 0,05 - 0,3. (Koliba, 2014)

1.3.1.3.2 Sterilizace

Sterilizace v dorostovém věku je využívána zcela výjimečně. V úvahu přichází při trvalé indikaci k přerušení těhotenství, či při nemožnosti jiné spolehlivé antikoncepce (u jedinců s mentální retardací apod.). Sterilizaci v takovém případě však lze nejdříve provést po dovršení 18 let a se souhlasem zákonného zástupce a odborné komise. Sterilizace na vlastní žádost je možná po dovršení 21 let. Provádí se operační technikou, u mužů se jedná o vazektomii (přerušení chámovodů), u žen o přerušení či zaslepení vejcovodů.

V České republice je dostupné široké spektrum metod antikoncepce, které umožňuje volbu dle aktuálních potřeb, přání a zdravotního stavu. U dospívajících dívek je výběr zvláště důležitý jako prevence výskytu nechtěného těhotenství a s ním spojených interrupcí, rizika spojená s interrupcí vždy převažují nad riziky vyplývajícími z užívání jakékoliv antikoncepce. Antikoncepce pro mladistvé by měla být účinná, šetrná, bezpečná a finančně dostupná. Všichni dospívající, kteří jsou sexuálně aktivní by měli rozumět výhodám i omezením různých metod antikoncepce. (Geržová 2007)

1.3.2 Prekoncepce

Už dávno před tím, než žena otěhotní, je rozhodováno o početí, kvalitě vývoje plodu a celkovém průběhu gravidity. Zdravotní stav ženy, její životní styl, návyky, ale i sociální úroveň a rodinné zázemí, to vše má vliv na budoucí těhotenství. Často už v období, kdy je těhotenství teprve plánováno, může být prokázána přítomnost rizik spojených s prostředím nebo se škodlivými životními návyky (kouření, alkohol, drogy). Znalost zdravotního stavu páru by měla být základní podmínkou při rozhodování a plánování těhotenství. Nejen zdravotní stav a choroby ženy, ale také muže, je třeba brát v úvahu. Dítě totiž od otce zdědí polovinu své genetické informace a proto má zdravotní stav muže vliv nejen na pravděpodobnost početí, ale také na celkové zdraví dítěte.

Faktory ovlivňující početí, je možné rozdělit do dvou skupin, a sice na:

- **změnitelné** (stav výživy matky, zaměstnání, životní styl, prostředí, očkování, momentální zdravotní stav a trvalá léčba),
- **nezměnitelné** (věk matky, osobní, reprodukční a genetická anamnéza).

Na prekoncepční péči o ženu by se měli podílet gynekologové, porodníci a porodní asistentky, při zjištění rizik i další specialisté (internista, psycholog, sociální pracovník atd.) Jelikož velké množství rizik ohrožujících koncepci a samotné těhotenství vychází z nevhodného životního stylu, měla by být prekoncepce jedním z témat edukace v oblasti reprodukčního zdraví a zařazena do témat pro dospívající, ale i pro mladé dospělé ve fertilním věku. (Pařízek 2009, Vránová 2010)

1.4 Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví

Je všeobecně uznávaným faktem, že nejúčinnější metodu v boji proti nemocem a poškození je prevence. Důležitou součástí prevence je výchova. Výchova k reprodukčnímu zdraví obecně nazývaná jako sexuální výchova, dříve výchova pohlavní, je neodmyslitelnou součástí výchovy ke zdravému životnímu stylu. Snahy o zavedení jakési pohlavní výchovy lze sledovat již v období první světové války, její význam se ale nejvíce začíná zdůrazňovat až po druhé světové válce. Od té doby prodělala výchova k reprodukčnímu zdraví mnohé změny, její význam pro společnost však nadále přetrvává. Tento hlavní význam spočívá v prevenci rozsáhlé sociální patologie (rizikového chování), která se nejvýrazněji projevuje právě v období dospívání, kdy mladí lidé hledají *modus vivendi* v oblasti své sexuality.

Sexuální výchova na odborné úrovni, vycházející z nejnovějších vědeckých poznatků přispívá k chápání sexuality v širších souvislostech, působí proti zúžení tématu na pouhou reprodukci či uspokojení momentální potřeby. Komplexní sexuální výchova chápe sexuální chování a sexualitu člověka jako součást mezilidských vztahů, kultury, umí propojit biologickou i psychologickou stránku věci. Možnost zvyšování kvality a smysluplnosti života spočívá v pochopení sexuality v širších souvislostech již v době počátků vlastní sexuální aktivity. (Šulová 2010)

Takovouto odbornou a úspěšnou sexuální výchovu, v souladu se Světovou zdravotnickou organizací a Mezinárodní federací pro plánování rodičovství, mají například ve Švédsku. Představuje jakousi syntézu všech aspektů této výchovy. Zahrnuje přípravu na sexuální život stejně tak, jako výchovu ke zdravým mezilidským a rodinným vztahům, informace o antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných infekcí. Upozorňuje na rizika spojená s pohlavním životem, řeší psychologické a psychosexuální problémy partnerských vztahů. (Uzel 2014)

Moderní pedagogika se v oblasti sexuální výchovy přimlouvá za to, aby už děti v prvních třídách byly poučeny o anatomických a fyziologických rozdílech mezi ženou a mužem, o početí, těhotenství a porodu a následně i o antikoncepci. V určité části populace převládá názor, že je takováto výchova v mladém věku zbytečná, a že dokonce vzbudí v dětech předčasný nebo nezdravý zájem o sexualitu. Je ale dokázáno, že poučená mládež naopak zahajuje svůj pohlavní život později, lépe a zodpovědněji se chová v oblasti sexuálních kontaktů a vykazuje menší počet nežádoucích těhotenství. (Vránová 2010)

Jedna z našich propagátorek sexuální výchovy, doktorka Martincová, chápe sexuální výchovu jako průvodce mezilidskými vztahy, do které patří také nauka o fungování lidského těla. Zahrnuje tedy jak zdravotní, tak i psychologickou problematiku. Dle jejího názoru, by se mělo s přiměřenou sexuální výchovou začínat již ve dvou letech věku dítěte. Měl by být kladen důraz na popis podle skutečností, včetně popisu názvů pohlavních orgánů.

Podle Martincové, která odpovídá a radí dospívajícím na jednom českém webu, se nejčastěji ptají na otázky související s možným těhotenstvím po nechráněném pohlavním styku, s hormonální antikoncepcí, interrupcí. Podle ní je zarážející, kolik dospívajících, kteří aktivně sexuálně žijí, neví, jak vyřešit situaci s prasklým kondomem, neznají základní fyziologii pohlavního styku a neumí vyjádřit, slušně a správně, v čem je problém. V její poradně nejsou výjimkou ani otázky na situaci při nechráněném pohlavním styku nedlouho po provedené interrupci. Podle níž totiž některé dívky chápou postkoitální antikoncepci (záchrannou antikoncepci) a interrupci jako běžnou metodu antikoncepce. (Tardonová 2018)

1.4.1 Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví v rodině vs. ve škole

Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví probíhá podle Matějčka ve třech rovinách. Ty jsou naplňovány dlouhodobě a současně. První rovinou je **rovina citového vztahu**. Citový vztah je utvářen již od narození, a to ve vztahu k matce, k ostatním členům rodiny, přátelům a dalším blízkým osobám. Tyto vztahy jsou základem pro budoucí systém sociálních vztahů jedince, člověk se v nich učí přijímat druhé, důvěřovat, mít někoho rád. To je základem pro budoucí sociální vztahy přátelské, kolegiální, rodičovské ale i milenecké, erotické a sexuální. Citové vztahy hrají důležitou roli v naplnění potřeby bezpečí a jistoty, která je jednou ze základních lidských potřeb.

Druhá je **rovina vzoru**. Prvním příkladem vztahů mezi mužem a ženou je vztah mezi rodiči. Rodiče svým chováním představují dítěti ženskou a mužskou roli, mohou mu být ale jak pozitivním tak i negativním vzorem.

Třetí je **rovina vědomostí**. V této oblasti se podílí rodina i škola. Dítěti a dospívajícímu by se měly dostat informace s ohledem na věk a vývojovou potřebu. Přednostní právo na podávání informací má rodič, škola by měla zajistit systematičnost tohoto vzdělávání.

Jelikož se všechny roviny rozvíjejí současně, jsou na sobě navzájem závislé a jedna ovlivňuje druhou. Je dokázáno, že pokud se dostatečně nerozvine první a druhá rovina,

samotné poučení ve třetí rovině pak nemůže pomoci. Takový člověk je pak zaměřen na pouhé uspokojení pohlavního pudu a o bližší, hluboké citové pouto je ochuzen.

Z tohoto rozdělení vyplývá, že utváření postojů v sexuální oblasti začíná mnohem dříve, než se dítě dostane do výchovného vlivu vzdělávací instituce a že nejdůležitější výchovnou funkci v oblasti lidské sexuality má rodina. (Machová, Hamanová 2002)

Šulová uvádí, že sexuální výchova je proces, který má dlouhodobě probíhat v každé normální funkční rodině, a škola má pouze suplovat (doplňovat) nefunkční chování rodičů či jejich nevědomost. (Šulová 2010)

Oproti tomu Machová, Marádová a Klementa (1998) tvrdí, že ačkoliv je fungující rodina nevhodnějším prostředím pro sexuální výchovu, je také známo, že ne všichni rodiče jsou na tuto výchovu připraveni (nejsou toho osobnostně ani intelektově schopni) a někteří ji dokonce provádět odmítají. A proto, že mládež by rozhodně o sexuálním životě poučená být měla, škola by měla pomoci. V ideálním případě tak sexuální výchova probíhá v rodině, ve škole i mimo školu odborníkem v dané oblasti.

Z výše uvedeného vyplývá, že rodina a škola se musí doplňovat. Je nanejvýš nevhodné, aby hlavním zdrojem informací v oblasti lidské sexuality byli vrstevníci, neověřené internetové články a podobně. Sexuální výchova zavedená do škol vychází z poznání, že tabuizace některých aspektů sexuality vede k jejich nežádoucímu zkreslení pro budoucí život a negativnímu postoji k sexu obecně. Ani mnozí učitelé ale nejsou schopni, kvůli předsudkům nebo svým odlišným postojům, objektivního poučení tak, jak to vyžadují zásady školní správy. V těchto případech je vhodné, aby bylo poučení svěřeno jinému odborníkovi nebo organizaci. (Vránová 2010)

Zastáncem sexuální výchovy je zejména světová zdravotnická organizace (WHO). Sexuální výchova je podle WHO součástí všeobecného vzdělání, a tak ovlivňuje rozvoj osobnosti, její preventivní povaha přispívá k ochraně před negativními následky sexuální aktivity, zlepšuje kvalitu života a všeobecně přispívá ke zlepšení zdraví. Proto ve spolupráci s Federálním centrem pro zdravotní výchovu vytvořit Standardy pro sexuální výchovu v Evropě (2010). Cílem tohoto dokumentu je přispět k tomu, aby byla ve školách v Evropě zaváděna holistická sexuální výchova, založená na vědeckých poznatcích, omezená od předpojatosti, která poskytuje informace o všech aspektech lidské sexuality a pomáhá utvářet schopnost pro jednání v budoucnosti. (Štěrbová, Rašková 2016, WHO 2010)

Podle WHO stejně jako podle mnohých českých i zahraničních odborníků na sexuálně reprodukční zdraví nebylo nikdy prokázáno, že by mladiství, poučení v oblasti sexuálního života, začínali dříve se sexuální aktivitou. Naopak ti, kterým se dostalo důkladné edukace odkládají zahájení sexuálního života na pozdější dobu, vykazují méně často rizikové sexuální chování a nižší míru výskytu sexuálně přenosných infekcí. (UNESCO 2018) Proto by sexuální výchova, ve formě výchovy k rodičovství, manželství a zdravému způsobu života, měla být zařazena ve výukových programech od vstupu do první třídy a provázet dítě po celou dobu povinné školní docházky i dále na střední škole či učilišti. Musí ale samozřejmě odpovídat věku a potřebám dospívajících či dětí.

1.4.1.1 Cíle výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví

Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví má, stejně jako i ostatní předměty ve výuce určeny cíle, kterých by mělo být dosaženo. Ačkoliv různí autoři definují cíle sexuální výchovy různě, jejich hlavní myšlenky zůstávají stejné, jsou pouze jinak formulovány. Na základě definice WHO, která říká že *"podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného chování"*, lze cíle sexuální výchovy popsat jako:

- mít sebekontrolu v oblasti sexuality,
- být připraven na život v pár, umět řešit problémy partnerského soužití,
- chápat přirozené biologické i psychosociální jevy a procesy, které jsou podstatou sexuality člověka,
- vědomí vhodnosti odložení pohlavního styku do období zralosti,
- vštípení vědomí o rizicích sexuálního chování a možnostech jejich prevence,
- umět plánovat rodičovství a předcházet nechtěnému těhotenství,
- znát rizika a umět předcházet infekcím pohlavně přenosnými chorobami,
- chápat a respektovat sexuálně patologické a psychopatologické jevy ve vlastní sexualitě i ve svém okolí,
- získat schopnost poučit o pohlavním životě své budoucí děti,
- chápat sex jako hodnotu umožňující předávání života.

(Machová, Marádová, Klementa 1998)

Z hlediska pedagogického jsou cíle sexuální výchovy kognitivní, afektivní a psychomotorické. Kognitivním cílem je předávání poznatků týkajících se sexuality. Afektivním cílem je vytváření pozitivních postojů a hodnot v této oblasti. Psychomotorickým cílem je pak zaměření na vytvoření odpovídajících způsobů chování a reagování celé šíři problematiky sexuality člověka.(Šulová 2010)

Německý pedagog Sielert (1994) předložil podrobnější rozpracování obsahu sexuální výchovy. Z jeho rozpracování vycházejí tyto hlavní cíle:

- využívat odborné a aktuální poznatky,
- utvářet vztah k hodnotám a normám,
- podávat základní poučení v problematice lidské sexuality,
- ochraňovat před mýty a tabuizováním tohoto tématu,
- vést k pochopení všech aspektů a forem sexuality,
- popsat rozmanitost sexuálních projevů,
- učit sexualitu vyjadřovat přiměřeně a správným způsobem.

1.4.1.2 Principy výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví

Stejně tak, jako ostatní předměty, i výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví se musí řídit určitými zformulovanými pravidly a principy (zásadami), které vznikly na základě vědeckého bádání v pedagogice a psychologii. Aplikací těchto principů se zefektivňuje výuka a výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví pak získává smysl.

Tak jako je výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví specifickou výchovou, jsou i její principy specifické. Samozřejmostí je dodržování tradičních didaktických postupů (např. zásada názornosti), ale také principy výchovy mravní (např. uvědomělost). Täubner (1996) uvádí tyto základní principy výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví (sexuální výchovy):

- princip spolupráce školy a rodičů (učitel informuje rodiče o obsahu, formě a cílech),
- princip začlenění sexuální výchovy do obecného konceptu výchovy jedince,
- princip vědeckosti (předávané informace odpovídají aktuální úrovni vědeckého poznání),
- princip důvěry (důvěrné prostředí vede ke svěřování, kladení dotazů atd.),
- princip koedukovanosti (společné sexuální výchovy pro obě pohlaví),

- etický princip (výchova ke společensky mravnímu jednání),
- princip aktivity a spolupráce ve výuce (žák ve výuce aktivně spolupracuje s učitelem),
- princip komplexnosti,
- princip osobnosti pedagoga (na každé škole by měl být alespoň jeden pedagog odpovědný za sexuální výchovu),
- princip přiměřenosti (z hlediska bio-psycho-sociální zralosti jedince, v rovině obsahu, cílů, metod a prostředků).

1.4.1.3 Metody výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví

V současné době může pedagog v oblasti výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví využívat všechny metody, které popisuje pedagogická literatura. Při výběru metody musí ale zohlednit cíle, obsah, věkové a individuální zvláštnosti žáků, styl učení žáků i vlastní styl vyučování a nakonec také svůj vztah k žákům. Měly by být voleny takové metody, které u žáků vyvolávají motivaci k učení, jejich aktivitu ve výuce a dávají prostor samostatné tvůrčí činnosti. Nejrůznější vyučovací i výchovné metody by pak měly být používány souběžně a vzájemně propojené, jejich výběr by neměl být jednostranný.

První doporučovanou metodou sexuální výchovy byla přednáška, nejčastěji vedená lékařem, výjimečně metoda rozhovoru "mezi čtyřma očima" nebo beseda. Samotná metodika sexuální výchovy se vyvíjí od druhé poloviny 90. let 20. stol., díky čemuž dnes má pedagog dostupné široké spektrum metod, které lze použít. (Rašková 2011)

Z vhodné aktivizační metody považuje Täubner (1996):

- dialogické aktivizační metody (v plénu nebo skupině, simulovaný dialog, řešení konfliktu, harvardská a fiktivní studie, živá případová studie atd.),
- inscenační metody (strukturní, nestrukturní, demonstrativní),
- metody s využitím psychodramatické techniky (dvojník, zrcadlo),
- hry (stavba židle, mrkaná, gordické uzly atd.).

Rašková (2011) dodává, že kompetentní učitel by měl v rámci klíčových odpovědností mít znalosti o výchově k sexuálně reprodukčnímu zdraví, rozumět této problematice, znát vhodné metody předávání učiva a strategie výuky, měl by se dále profesně rozvíjet. Podotýká také, že na rozdíl od odborné připravenosti lze osobnostní přístup učitelů, který s výukou sexuální výchovy úzce souvisí, jen těžko ovlivnit.

1.4.2 Sexuální výchova v současném českém školství

Přístup k výuce sexuální výchovy (výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví) na českých školách se liší např. od výuky matematiky na každé škole. Osnovy jsou volnější, a každá škola tak může k výuce tohoto předmětu přistupovat individuálně. Určité standardy existují (Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách 2011), záleží však zejména na osobnosti a osvědčení pedagoga, zda a jak bude k problematice sexuální výchovy přistupovat.

1.4.2.1 Sexuální výchova v předškolním a primárním vzdělávání

V sedmdesátých letech dvacátého století byla sexuální výchova zahrnuta do systému primárního vzdělávání. V mateřské škole i na prvním stupni základní školy je sexuální výchova nedílnou součástí výchovy ke zdraví.

Edukační proces zahájený v mateřské škole má v této oblasti vést k tomu, aby žáci chápali zdraví ve všech jeho podobách, osvojili si správné dovednosti a postoje v souvislosti s péčí o zdraví, naučili se rozeznat rizikové faktory a uvědomovali si odpovědnost za vlastní chování a zdraví obecně. V souvislosti se sexuální výchovou by měli žáci získat základní informace o lidském těle a elementárních aspektech lidské sexuality, měli by pochopit význam duševní i tělesné hygieny a hlavně význam rodiny. Obsah předškolního vzdělávání je podle rámcového vzdělávacího programu primárního vzdělávání utříděn do pěti oblastí, a to do oblasti biologické (Dítě a jeho tělo), psychologické (Dítě a jeho psychika), interpersonální (Dítě a ten druhý), sociálně kulturní (Dítě a společnost) a environmentální (Dítě a svět). Toto uspořádání vychází z přirozeného vývoje schopností dítěte a rozšiřování jeho komunikace s okolím. Všechny oblasti jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se. V souvislosti s výchovou ke zdraví je možné uvést očekávané výstupy vzdělávací oblasti Dítě a jeho tělo. Předškolní dítě většinou dokáže:

- správně pojmenovat části lidského těla, některé orgány (i pohlavní), znát jejich funkce, mít povědomí o tělesném vývoji, znát základní pojmy užívané v souvislosti se zdravím,
- rozlišovat, co zdraví prospívá a co mu škodí, chovat se tak aby neohrožovalo sebe ani ostatní,
- znát některé způsoby o ochraně zdraví, vědět, kde hledat pomoc v případě potřeby,
- znát význam pohybu a zdravé stravy, význam péče o čistotu a zdraví.

(Štěrbová, Rašková 2016)

Rašková (2013) uvádí, že sexuální výchova je v současné době v české primární škole součástí komplexní výchovy, má interdisciplinární charakter a její cíle jsou naplňovány prostřednictvím všech vyučovacích předmětů. Podle rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání jsou její cíle, očekávané výstupy a učivo definovány ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět, v tematickém okruhu Člověk a jeho zdraví. Dle RVP ZV by potřebné dovednosti a vědomosti ve vzdělávacím oboru Člověk a jeho svět měly být získávány prostřednictvím pozorování názorných pomůcek, přírody a lidí, metodou hraní rolí a řešením modelových situací. (RVP ZV 2017)

Po obsahové stránce vychází výchova ke zdraví z již získaných poznatků a zkušeností dítěte. Dětem by měly být předávány informace přiměřené jejich věku, již nabyté vědomosti je třeba prohlubovat, zpřesňovat a rozvíjet. V primární škole je obsah výchovy ke zdraví rozšiřován o další významná témata, u kterých je žádoucí, aby byli žáci na dané situace předem připraveni. Očekávané výstupy stanovené pro tematický okruh Člověk a jeho zdraví jsou rozděleny do dvou období. První období se týká 1.-3. ročníku, druhé pak 4.-5. ročníku základních škol. Z výstupů očekávaných v prvním období uvedme v souvislosti se sexuální výchovou například, že žák:

- *"uplatňuje základní hygienické, režimové a jiné zdravotně preventivní návyky s využitím znalostí o lidském těle,*
- *doдрžuje zásady bezpečného chování tak, aby neohrožoval své zdraví ani zdraví ostatních,*
- *chová se obezřetně při komunikaci s neznámými jedinci."*

V druhém období pak žák:

- *"využívá poznatky o lidském těle k vysvětlení základních funkcí jednotlivých orgánových soustav a podpoře vlastního zdravého způsobu života,*
- *orientuje se ve vývoji člověka před a po jeho narození,*
- *uplatňuje návyky a dovednosti související s podporou a ochranou zdraví*
- *chová se ohleduplně k druhému pohlaví a orientuje se v bezpečných způsobech sexuálního chování mezi děvčaty a chlapci v daném věku."*

Učivo, stanovené jako závazný standard vzdělávací nabídky pro okruh Člověka jeho zdraví, tedy zahrnuje následující oblasti, související přímo se sexuální výchovou:

- lidské tělo - stavba, funkce, pohlavní rozdíly, základy reprodukce, vývoj jedince,
- partnerství, rodičovství, sociální, psychologická a etická stránka sexuality,
- HIV/AIDS,
- péče o zdraví, intimní hygiena, nemoc
- osobní bezpečí (sexuální zneužívání atd.).

(Štěrbová,Rašková 2016, s.123-125, RVP ZV 2017)

1.4.2.2 Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví na druhém stupni základní školy

Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví je na druhém stupni ZŠ začleněna do několika vzdělávacích oblastí a oborů, nejvíce do oblasti Člověk a jeho zdraví konkrétně do oboru Výchova ke zdraví. N českých školách je problematika sexuální výchovy ve školních vzdělávacích programech nejčastěji zahrnuta plně do Výchovy ke zdraví a nebo rozložena do Výchovy ke zdraví a dalších vzdělávacích oborů jako je Přírodopis či Výchova k občanství.

Očekávané výstupy Výchovy ke zdraví pro absolventa 9. ročníku základní školy zahrnují celkem 16 očekávaných výstupů, které definují, jaké kognitivní, afektivní a psychomotorické cíle mají být splněny.

Na první pohled se může zdát, že v přímé souvislosti s problematikou sexuální výchovy jsou pouze dva výstupy a to: "*žák respektuje změny v období dospívání, vhodně na ně reaguje a kultivovaně se chová k opačnému pohlaví*" a "*žák respektuje význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou, a pozitivními životními cíli, chápe význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování.*" Podrobnější analýzou lze ale zjistit, že je tato problematika součástí také dalších očekávaných výstupů, byť není konkrétně pojmenována.

Učivo pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví vycházející z RVP ZV je členěno do šesti tematických bloků s dále specifikovanými dílčími tématy a zahrnuje tyto tematické bloky, související přímo s výchovou k sexuálně reprodukčnímu zdraví:

- Vztahy mezi lidmi a formy soužití - vztahy a pravidla soužití ve dvojici a v komunitě,
- Změny v životě člověka a jejich reflexe - dětství, puberta a dospívání, sexuální dospívání a reprodukční zdraví,
- Zdravý způsob života - tělesná, duševní, intimní hygiena, ochrana před pohlavně přenosnými chorobami,
- Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence - rizikové chování, nebezpečí internetu a médií, sexuální kriminalita a zneužívání, manipulativní informace, sekty, sebeochrana,
- Hodnota a podpora zdraví - podpora zdraví, pojetí zdraví a nemoci, odpovědnost za zdraví, podpora zdravého stylu života,
- Osobnostní a sociální rozvoj - sebepoznání a sebepojetí, seberegulace a sebeorganizace, mezilidské vztahy, kooperace a komunikace.

(Hřivnová 2016, s. 127-132)

1.4.2.3 Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví na středních školách

Na středních školách v České republice není výchova k reprodukčnímu zdraví (sexuální výchova samostatným předmětem, měla by ale být zahrnuta v jiných předmětech (biologie, společenské vědy, občanská nauka atd.) Ačkoliv pro sexuální výchovu existují určité standardy, je na řediteli konkrétní střední školy, jak k výuce sexuální výchovy přistoupí a zda vůbec bude tato výuka realizována.

Rámcové vzdělávací programy sekundárního vzdělávání lze základně rozdělit na RVP GV (gymnaziálního vzdělávání) a RVP OV (odborného vzdělávání a konzervatoří).

Rámcový vzdělávací program pro gymnázia zařazuje vzdělávací oblast Člověk a zdraví se vzdělávacími obory Tělesná výchova a Výchova ke zdraví. Navazuje tedy na stejnojmennou oblast základního vzdělávání, což znamená, že absolvent gymnázia by měl být schopen sledovat, hodnotit a řešit situace související s jeho vlastním zdravím, ale i zdravím svého okolí, aktivně ho podporovat a chránit v prostředí celé komunity. V předepsaném učivu tak najdeme i mnohá témata týkající se sexuálně reprodukčního

zdraví- dospívání, adolescence, péče o reprodukční zdraví, psychosociální aspekty partnerského a sexuálního života, hygiena pohlavního styku, hygiena v těhotenství atd.

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání strojírenské práce obsahuje oblast Vzdělání pro zdraví, která je rozdělena na obory Tělesná výchova a Péče o zdraví. Vzdělávání opět směřuje k tomu, aby si žáci vážili svého zdraví i zdraví jiných a usilovali o jeho ochranu a podporu. Učivo zahrnuje téma partnerských vztahů a lidské sexuality. (RVP GV 2016, RVP SOV 2017)

Pro názorný příklad porovnejme Školní vzdělávací program Gymnázia Olomouc - Hejčín a Školní vzdělávací program Střední průmyslové školy na Proseku.

V ŠVP gymnázia v Olomouci (čtyřleté studium) jsou témata sexuální výchovy zařazena do výuky vzdělávacího předmětu Biologie ve čtvrtém ročníku. Očekávanými výstupy tohoto předmětu v souvislosti s reprodukčním zdravím jsou ta, že žák:

- popíše a vysvětlí rozdíly ve stavbě a funkci pohlavního ústrojí muže a ženy,
- popíše průběh menstruačního cyklu ženy, ovulaci,
- popíše proces oplození, uvede možnosti prokázání těhotenství,
- charakterizuje průběh těhotenství a rizikové vlivy,
- charakterizuje stručně jednotlivá období ontogenetického vývoje člověka, uvede rizikové faktory,
- charakterizuje HIV/AIDS a ostatní pohlavně přenosné choroby, metody prevence,
- vyjmenuje základní antikoncepční metody, uvede pozitiva a negativa metod.

Dále se vzdělávací obor Výchova ke zdraví promítá do předmětu Základy společenských věd ve druhém a třetím ročníku, kam je zařazen tematický blok Změny v životě člověka a jejich reflexe a Vztahy mezi lidmi a formy soužití. (Mayer 2009)

Oproti tomu, ŠVP průmyslové školy na Proseku se zmiňuje pouze o zdraví a prevenci v rámci předmětu Základy ekologie a chemie v prvním ročníku, v předmětu Základy společenských věd jsou pak probírána témata jako lidská práva, postavení mužů a žen, osobnost člověka, formování a vývoj v jednotlivých etapách lidského života apod. Konkrétní zmínku o sexualitě nebo reprodukci člověka však neobsahuje. (Bernát 2015)

Z výše uvedeného vyplývá, že většinu vědomostí z oblasti sexuální výchovy by měli žáci získat již v mateřské a základní škole a při pozdějším studiu tyto vědomosti dále rozvíjet, dávat do vzájemných spojitostí a utvářet si tak správné návyky a postoje. Podle

Kubrichtové (2005) je ale alarmující, že většina dospívajících ví, proč a jak chránit své zdraví, ale v daných "krizových" situacích nedokáže (nebo nechce) tyto vědomosti využít. To znamená, že znalost nebyla přetvořena v dovednost a správný postoj. Zde zůstává výzva pro pedagogy i rodiče.

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce a stanovené hypotézy

Základní myšlenkou této práce bylo zjistit, jaké mají studenti ve věku, kdy navštěvují střední školy nebo odborná učiliště, znalosti v oblasti problematiky reprodukčního zdraví. Konkrétně nás tedy zajímalo, jak jsou informováni v oblasti reprodukce a pohlavního života, antikoncepce, pohlavně přenosných infekcí atd., odkud získávají potřebné informace, jaké jsou jejich zkušenosti se sexuální výchovou a podobně. Pro práci byl stanoven hlavní cíl a dílčí cíle.

Hlavní cíl práce:

Zmapovat úroveň vědomostí studentů vybraných středních škol v Moravskoslezském kraji v problematice reprodukčního zdraví a porovnat zjištěná data.

Výzkumná otázka:

Jaká je úroveň vědomostí o reprodukčním zdraví u studentů vybraných středních škol v Moravskoslezském kraji?

Dílčí cíle

Dílčí cíl č.1: Zjistit a porovnat vědomosti o reprodukčním zdraví u dívek a u chlapců.

H₁₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a pohlavím.

H_{1A}: Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a pohlavím.

Dílčí cíl č.2: Porovnat vědomosti o reprodukčním zdraví podle věku respondentů.

H₂₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a věkem.

H_{2A}: Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a věkem.

Dílčí cíl č. 3: Porovnat úroveň znalostí studentů s ohledem na jejich studijní obor.

H₃₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a oborem studia.

H_{3A}: Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a oborem studia.

Dílčí cíl č.4: Porovnat úroveň znalostí studentů, kteří o problematice reprodukčního zdraví hovoří s rodiči a těch, kteří se o tomto tématu s rodiči nebaví.

H₄₀: Neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda o dané problematice hovoří s rodiči či ne.

H_{4A}: Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda o dané problematice hovoří s rodiči či ne.

Dílčí cíl č.5: Porovnat úroveň vědomostí studentů na základě toho, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

H₅₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

H_{5A}: Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

2.2 Metodika práce

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je úroveň vědomostí studentů středních škol v problematice reprodukčního zdraví. Praktická (empirická) část této práce byla zpracována pomocí výzkumného dotazníkového šetření, pro které byl vypracován anonymní nestandardizovaný dotazník. Dotazník by sestaven na základě předchozího studia příslušné odborné literatury.

2.2.1 Dotazník

Metoda dotazníku byla vybrána pro její nesčetné výhody, ke kterým patří například možnost oslovení velkého počtu respondentů v poměrně krátkém čase a tedy zisk většího počtu dat za kratší dobu, možnost počítačového zpracování takto získaných dat atd. Podle Chráska (2007, s.163) je dotazník nejvyužívanějším nástrojem pro sběr dat v pedagogickém výzkumu.

Dotazník sestavený pro potřebu této práce (viz příloha č. 6) obsahoval 36 položek. Otázky v dotazníku byly kombinovány, vyskytovaly se jak otázky uzavřené, s volbou jedné nebo více možných odpovědí, tak otázky otevřené, kde respondenti sami formulovali své odpovědi. V úvodním textu dotazníku byli respondenti informováni o účelu šetření, instruováni o správném způsobu vyplnění dotazníku, byli ujištěni o zachování anonymity (jedná se o intimní problematiku) a k závěru patřilo poděkování za účast v šetření. Celkově by dotazník rozdělen na tři části. První část je zaměřená na zjišťování názorů, zkušeností a zdroje informací respondentů v oblasti reprodukčního zdraví. Obsahuje celkem 11 otázek. Druhá část dotazníku je zaměřena na zjišťování vědomostí a obsahuje celkem 21 položek. Zahrnovala popis obrázku, doplňování i výběr správné odpovědi z nabídky. Ve vědomostní části dotazníku byly za správnou odpověď přiřazovány body, za nesprávnou odpověď bylo přičteno 0 bodů. Celkový maximální počet bodů byl 61. V poslední části jsou pak 4 položky pro určení charakteristiky respondentů.

Pro zajištění co nejvyšší návratnosti byly dotazníky distribuovány osobně, v průběhu vyplňování mohly být zodpovídaný doplňující otázky respondentů k dotazníku a vysvětleny případné nejasnosti.

2.2.2 Výběr respondentů

Skupinu respondentů tvořili studenti vybraných středních škol a odborných učilišť v Moravskoslezském kraji. Pro možnost porovnání zjištěné úrovně studentů byly záměrně vybrány různé studijní obory na středních školách a učilištích.

Jako kritérium, pro výběr respondentů byla stanoveno:

- student střední školy nebo středního odborného učiliště,
- student 1.-3. ročníku,
- studium v Moravskoslezském kraji.

Do šetření se zapojily tyto školy: Střední škola prof. Zdeňka Matějčka - Ostrava Poruba (obor sociální činnost), Gymnázium Mikuláše Koperníka - Bílovec (všeobecné gymnázium), Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Ostrava (zdravotnické lyceum), Střední odborná škola - Frýdek Místek (obor zámečnick, kuchař, číšník) a Střední zdravotnická škola Opava (obor zdravotnický asistent, nyní praktická sestra).

2.2.3 Organizace výzkumu

Byli osloveni ředitelé výše uvedených vybraných škol, kterým byla také osobně předána žádost o schválení výzkumného šetření (viz přílohy). Na základě schválení těchto žádostí pak proběhl kontakt s jednotlivými učiteli, kteří ve svých hodinách umožnili vyplnění dotazníku pro dotazníkové šetření.

Dotazníkové šetření probíhalo v červnu 2019. Bylo rozdáno celkem 250 dotazníků. Návratnost byla 84 % (210 dotazníků). Vyřazeno bylo 9 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění a chybějících údajů. Celkem bylo tedy získáno 201 dotazníků.

Zpracování dat proběhlo pomocí programu Microsoft Excel 2007. Výsledky výzkumného šetření jsou formulovány v tabulkách, grafech a prostém textu, v absolutní i relativní četnosti. Relativní četnost (f) je podílem absolutní četnosti (n_i) a celkové četnosti (n), s výsledkem udávaným v procentech. Vzorcem pro výpočet je tedy: $f = n_i / n * 100$. Statistické zpracování a ověření hypotéz bylo provedeno odborníkem v oboru statistika. Byla stanovena hladina statistické významnosti $p = 0,05$ (5%).

2.3 Analýza dat a interpretace výsledků

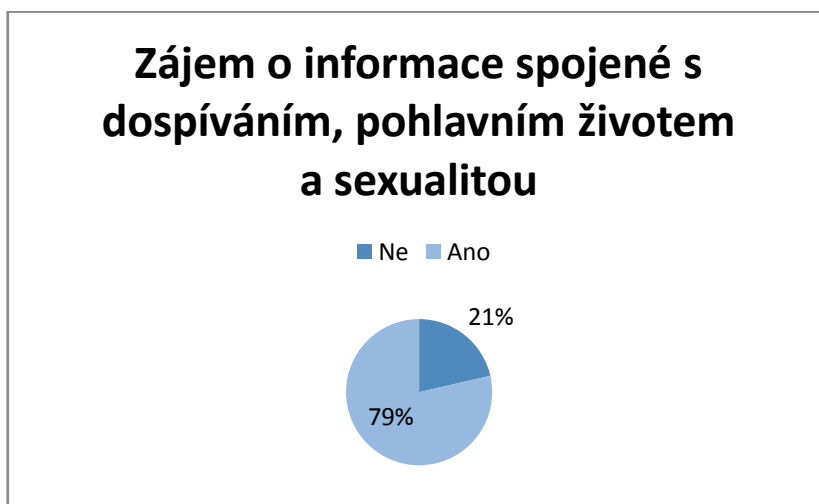
Celkem byla analyzována data získaná dotazníkovým šetřením od 201 respondentů (100%). Tato data byla analyzována a konečné výsledky a jejich interpretace je zde předložena formou textového i grafického vyjádření.

Otázka č. 1: **Zajímáš se o informace související s dospíváním, pohlavním životem, sexualitou?**

Ano Ne

Tabulka 1. Zájem o informace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	43	21,39
Ano	158	78,61
Celkový součet	201	100,00



Graf 1. Zájem o informace

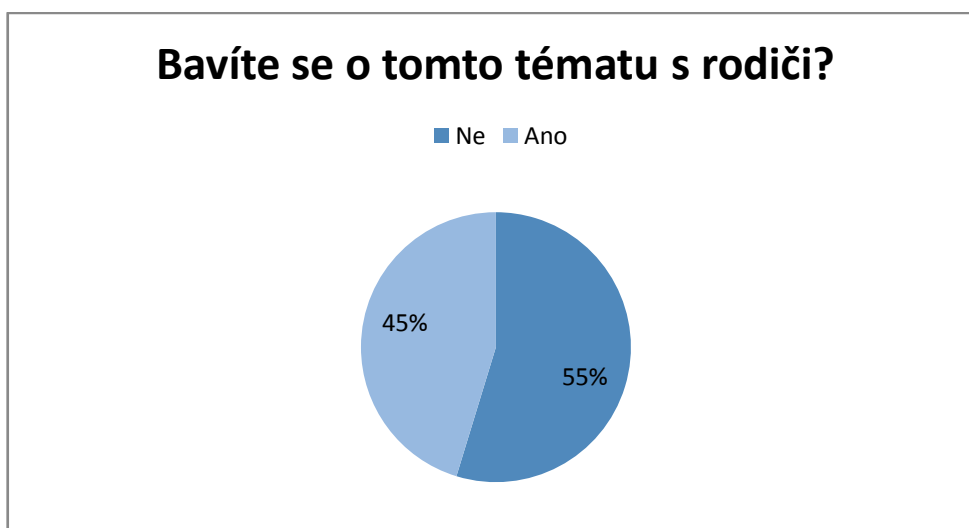
Otázkou číslo jedna bylo zjišťováno, zda mají studenti zájem o nové informace, které souvisejí s reprodukčním zdravím, tj. informace o pohlavním životě, sexualitě člověka, změnách v dospívání a podobně. Jak jsem i předpokládala, většina dospívajících se o tuto problematiku zajímá. Kladně odpovědělo 158 (79 %), záporně 43 (21%) respondentů.

Otázka č.2: **Bavíte se s rodiči o těchto tématech?**

Ano Ne

Tabulka 2. Rozhovory s rodiči

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	110	54,73
Ano	91	45,27
Celkový součet	201	100,00



Graf 2. Rozhovory s rodiči

Otázka číslo dvě byla určena ke zjištění informace, zda dospívající doma s rodiči probírají otázky, týkající se reprodukčního zdraví, sexuality a podobně. Podle odborníků v této oblasti, by totiž rodina měla být hlavním zdrojem informací pro mladé lidi. Ne vždy jsou ale rodiče ochotni nebo schopni správně zodpovědět dotazy svých potomků. Také pokud v rodině nepanuje atmosféra důvěry a otevřenosti, hledají si dospívající jiné zdroje informací. Při našem šetření odpovědělo kladně 91 (45 %) respondentů, 110 dotázaných respondentů tak s rodiči problematiku reprodukčního zdraví neprobírá.

Otázka č. 2 byla také použita pro statistické vyhodnocení hypotézy č. 4, kde předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda o dané problematice hovoří s rodiči či ne.

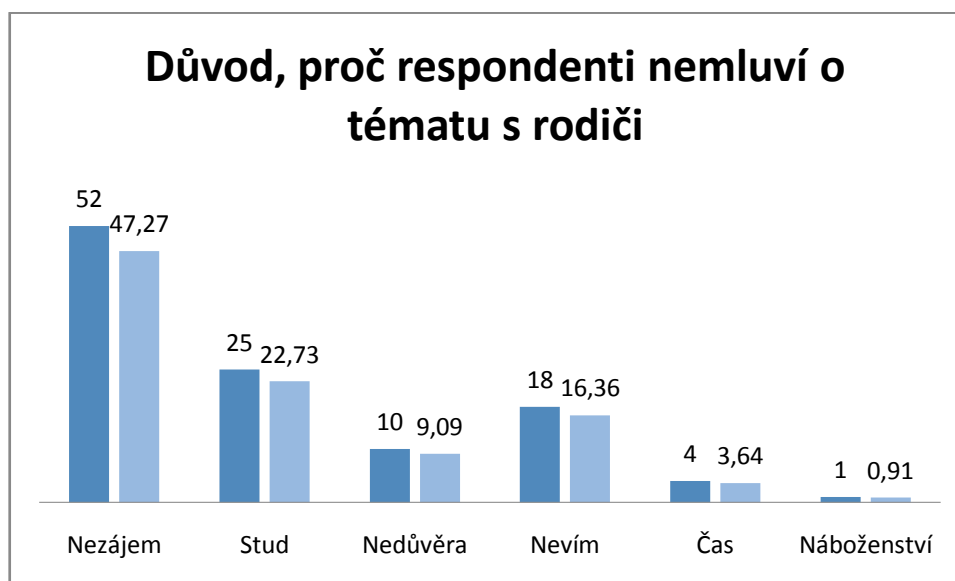
V přímé souvislosti s otázkou č. 2, jsou i otázky č. 3 a 4, které navazují na rozhovory s rodiči. Otázkou č. 3 jsme se snažili zjistit, v případě, že s rodiči problematiku reprodukčního zdraví neprobírají, proč tomu tak je. Otázka číslo 4 pak byla určena pro respondenty, kteří s rodiči toto téma probírají. Touto otázkou jsme chtěli zjistit, která

konkrétní témata s rodiči diskutují. Otázky č. 3 a č. 4 byly otevřené, odpovědi byly rozděleny do jednotlivých nadřazených kategorií.

Otázka č. 3: **Pokud nehovoříte s rodiči, proč?**

Tabulka 3. Důvody respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nezájem	52	47,27
Stud	25	22,73
Nedůvěra	10	9,09
Nevím	18	16,36
Čas	4	3,64
Náboženství	1	0,91
Celkový součet	110	100,00



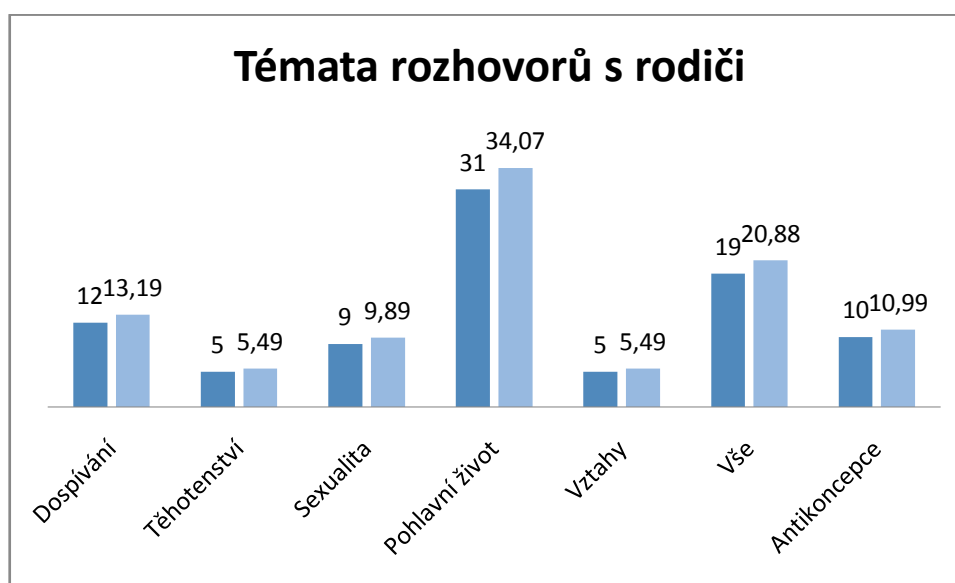
Graf 3. Důvody respondentů

Jak již bylo uvedeno výše, tato otázka nám měla přiblížit důvody, proč respondenti neprobírají otázky reprodukce a sexuality s rodiči. Z výsledků vyplývá, že nejčastějším důvodem, je nezájem (nezájem dospívajících o rozhovor s rodiči), tuto možnost uvedlo 52 (47 %) respondentů. Dalšími důvody jsou stud a nedůvěra, kdy častá odpověď zněla : "Nemám s rodiči tak dobrý vztah, abych se jim s něčím takovým svěřila." nebo "Stydím se s rodiči mluvit o sexu a takových věcech." Objevuje se i důvod časový : "Ještě nebyl čas se o tom s rodiči bavit." Jeden respondent také uvedl, že se s rodiči o tomto tématu bavit nemůže, jelikož je rodina silně věřící.

Otázka č. 4 : Pokud ANO, o čem? (uved' konkrétní témata jako hygiena, dospívání, pohlavní život apod.)

Tabulka 4. Téma rozhovorů s rodiči

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dospívání	12	13,19
Těhotenství	5	5,49
Sexualita	9	9,89
Pohlavní život	31	34,07
Vztahy	5	5,49
Vše	19	20,88
Antikoncepce	10	10,99
Celkový součet	91	100,00



Graf 4. Téma rozhovorů s rodiči

Otázkou č. 4 bylo zjišťováno, jaká konkrétní témata probírají respondenti se svými rodiči, pokud se baví o reprodukčním zdraví. Nejčastěji uváděli kategorii Pohlavní život (34 %) obecně, často také uváděli pouze samostatně oblast Dospívání (13 %), Sexuality (10 %) nebo Antikoncepce (11 %). 5 respondentů uvedlo, že se s rodiči bavili o těhotenství (5 %) a stejný počet diskutoval o partnerství a vztazích (5 %). 19 respondentů pak uvedlo, že má natolik dobrý vztah se svými rodiči, že si s nimi může promluvit otevřeně úplně o všem (21 %).

Otázka č. 5 se skládala se dvou částí. V první části jsme chtěli zjistit, zda na základní škole respondenti absolvovali výuku sexuální výchovy v některém z vyučovacích předmětů. Ve

druhé části otázky měli respondenti uvést konkrétně předmět, ve kterém byla témata sexuální výchovy probírána.

Otázka č. 5: **Probírali jste v některém předmětu na základní škole témata sexuální výchovy? Pokud ano, ve kterém/kterých?**

Ano Ne Předmět:

Tabulka 5. Absolvování sexuální výchovy na ZŠ

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	34	16,92
Ano	167	83,08
Celkový součet	201	100,00



Graf 5. Absolvování sexuální výchovy na ZŠ

Údaje zjištěné pomocí této položky posloužily ke statistickému ověření hypotézy č.5, kdy předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

Tabulka 6. Předměty, ve kterých proběhla sexuální výchova

Předmět	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Občanská výchova	43	25,75
Přírodopis	69	41,32
Rodinná výchova	21	12,57
Sexuální výchova	1	0,60
Výchova ke zdraví	32	19,16
Volná hodina	1	0,60
Celkový součet	167	100,00

Z výsledků u otázky č.5 vyplývá, že výuku témat sexuální výchovy v určité podobě absolvovalo 167 (83 %) respondentů. Nejvíce byla tato témata zařazována do hodin Přírodopisu (41 %), Občanské výchovy (26 %), Výchovy ke zdraví (19 %) a Rodinné výchovy (21 %). Pouze v jednom případě bylo uvedeno, že výuka proběhla v rámci samostatného předmětu Sexuální výchova, jednou také byla zaznamenána odpověď, že výuka sexuální výchovy proběhla v rámci jakési "volné hodiny".

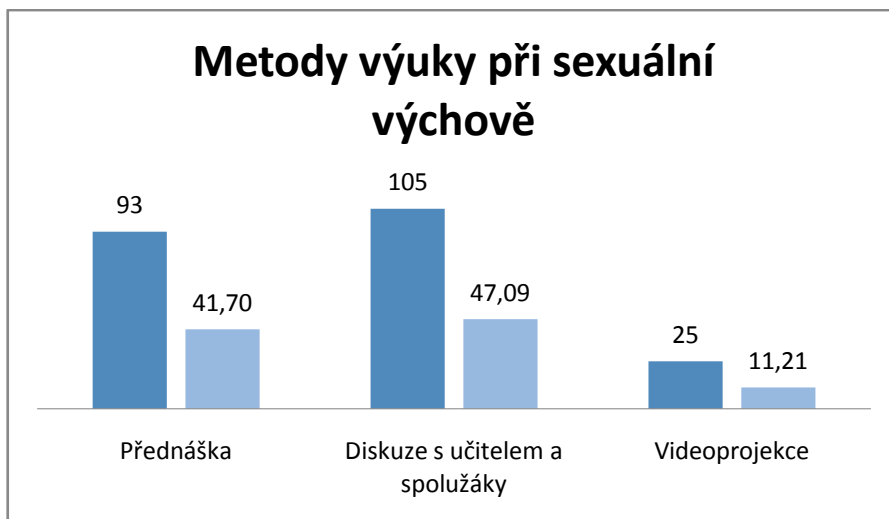
Otázka č. 6 opět navazovala na otázku předchozí. Zjišťovali jsme, jakou formou probíhala výuka sexuální výchovy. Zajímalo nás, která metoda je v současné době nejvíce využívána. Tato otázka byla pro usnadnění uzavřena s výběrem ze tří možností, respondenti mohli zvolit i více možností.

Otázka č. 6: Pokud ANO, jakou formou probíhala výuka?

a) Přednáška b) diskuze s učitelem a spolužáky c) videoprojekce.

Tabulka 7. Metody výuky při sexuální výchově

Vyučovací metoda	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Přednáška	93	41,70
Diskuze s učitelem a spolužáky	105	47,09
Videoprojekce	25	11,21
Celkem	223	100,00



Graf 6. Metody výuky při sexuální výchově

Z výsledků vyplývá, že metodou, kterou respondenti nejvíce uváděli je diskuze s učitelem a spolužáky, tuto metodu vybralo 105 respondentů (47 %). Na druhém místě skončila přednáška (42%) a nejméně respondenti volili videoprojekci (11 %).

Otázkami č.7 a č.8 jsme se snažili mapovat situaci na školách, ve smyslu toho, zda studentům nabízejí možnost rozšíření svých vědomostí účastí na odborné přednášce či besedě. Snažili jsme se také zjistit, jestli mají studenti o takovýto způsob získávání informací zájem a kdo je podle jejich názoru nejvhodnější osobou, která by měla podobnou akci vést.

Otázka č. 7 : Měli jste ve škole možnost zúčastnit se besedy, přednášky s odborníkem na téma sexuální výchova? Pokud ANO, kdo ji vedl? (lékař, porodní asistentka, jiný odborník)

Ano Ne

Vedl/a:

Tabulka 8. Účast na přednášce o reprodukčním zdraví

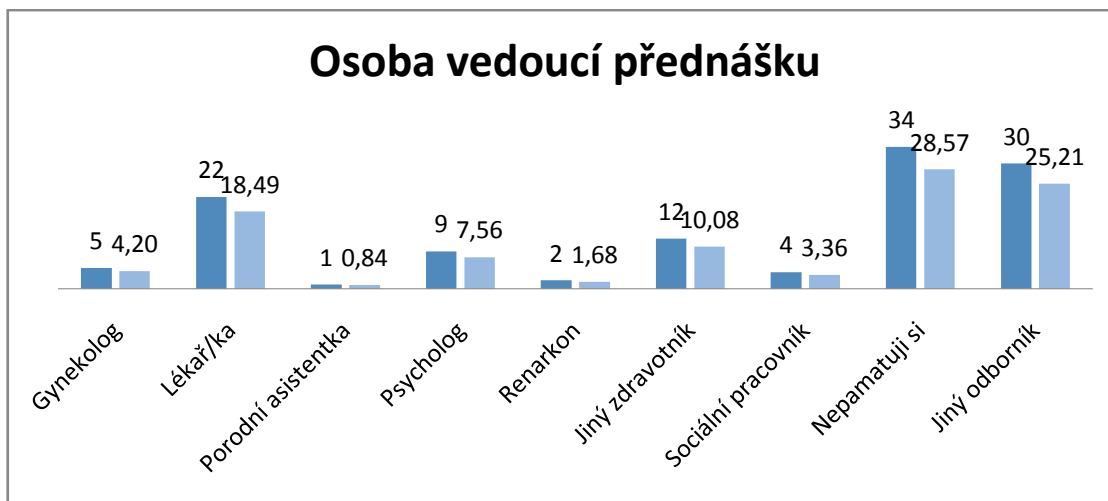
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	82	40,80
Ano	119	59,20
Celkový součet	201	100,00

Tabulka 9. Osoba vedoucí přednášku

Přednášku vedl/a	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Gynekolog	5	4,20
Lékař/ka	22	18,49
Porodní asistentka	1	0,84
Psycholog	9	7,56
Renarkon	2	1,68
Jiný zdravotník	12	10,08
Sociální pracovník	4	3,36
Nepamatuji si	34	28,57
Jiný odborník	30	25,21
Celkový součet	119	100,00



Graf 7. Účast na přednášce o reprodukčním zdraví



Graf 8. Osoba vedoucí přednášku

Z uvedených výsledků vyplývá, že respondenti si nejčastěji nepamatují, kdo přednášku na téma sexuální výchova vedl (29 %). Na druhém místě skončila kategorie Jiný odborník, jehož odbornost nebyla blíže specifikována, ačkoliv tato otázka byla otevřená a respondenti sami formulovali odpověď. Dále byl uváděn lékař (18 %), jiný zdravotník (10 %) a psycholog (8 %). 5 respondentů uvedlo konkrétně gynekologa (4 %) a 4 uvedli sociálního pracovníka (3 %), 2 respondenti uvedli, že přednášku vedl pracovník Renarkonu (2 %) a pouze 1 respondent uvedl, že přednášku vedla porodní asistentka (1 %).

Otázka č.8: **Měl/a bys o podobnou přednášku zájem? Kdo by ji měl vést?**

Ano Ne Měl/a by vést:

Tabulka 10. Zájem o přednášku o reprodukčním zdraví

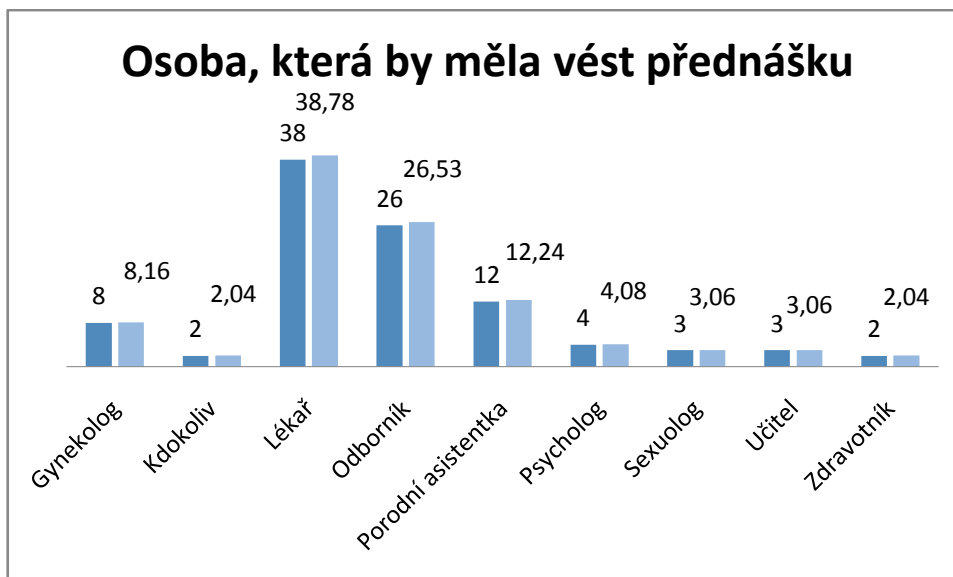
Zájem o přednášku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	103	51,24
Ano	98	48,76
Celkový součet	201	100,00

Tabulka 11. Požadavek na přednášejícího

Měl by vést	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Gynekolog	8	8,16
Kdokoliv	2	2,04
Lékař	38	38,78
Odborník	26	26,53
Porodní asistentka	12	12,24
Psycholog	4	4,08
Sexuolog	3	3,06
Učitel	3	3,06
Zdravotník	2	2,04
Celkový součet	98	100,00



Graf 9. Zájem o přednášku na téma reprodukčního zdraví



Graf 10. Požadavek na přednášejícího

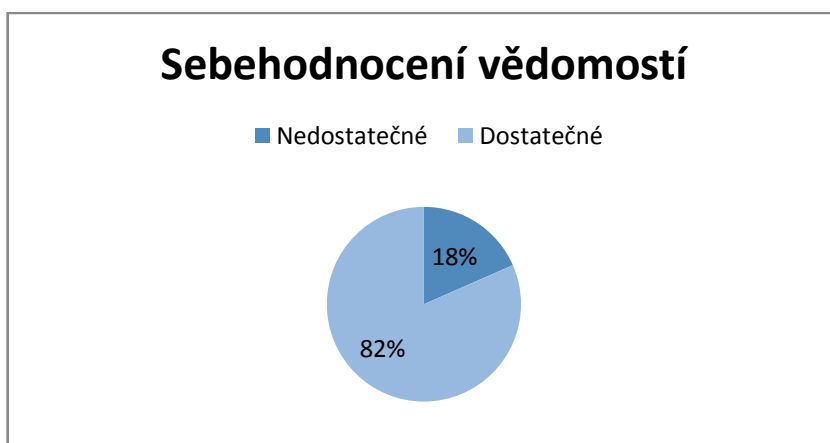
Je patrné, že o přednášku na téma reprodukční zdraví by mělo zájem 98 (49 %) a nemělo zájem 103 (51 %) respondentů. Co se týče přednášejícího, studenti by volili nejčastěji lékaře (38 %) nebo prostě odborníka na dané téma (27 %). 12 % respondentů by si přálo přednášku vedenou porodní asistentkou a 8 % vedení konkrétně gynekologem. K dalším volbám patřil psycholog (4 %), sexuolog (3 %), učitel (3 %) a libovolný zdravotník (2 %). Pouze 2 respondenti (2 %) si myslí, že takovou přednášku by mohl vést kdokoli.

Otázka č.9: **Myslíš si, že jsou tvé znalosti v oblasti sexuální výchovy dostatečné?**

Ano Ne

Tabulka 12. Sebehodnocení vědomostí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	37	18,41
Ano	164	81,59
Celkem	201	100,00



Graf 11. Sebehodnocení vědomostí

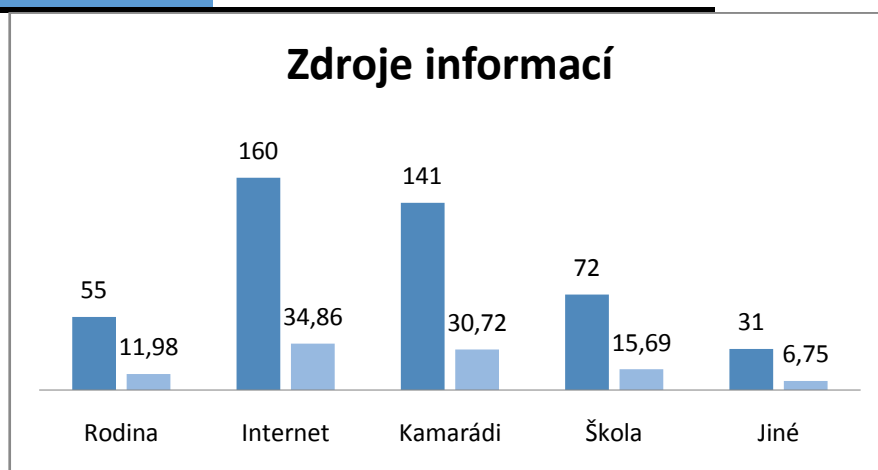
Podle mého názoru je překvapivým výsledkem našeho šetření fakt, že 164 (82 %) respondentů si myslí, že jejich vědomosti v oblasti reprodukčního zdraví jsou dostatečné. Podle výsledků následujících vědomostních otázek (viz níže) je ale opak pravdou.

Otázka č. 10: **Odkud získáváš informace o pohlavním životě, které tě zajímají? (můžeš vybrat více možností)**

Rodina internet kamarádi škola jiné (uveď jaké).

Tabulka 13. Zdroj informací

Zdroj informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rodina	55	11,98
Internet	160	34,86
Kamarádi	141	30,72
Škola	72	15,69
Jiné	31	6,75
Celkem	459	100,00



Graf 12. Zdroj informací

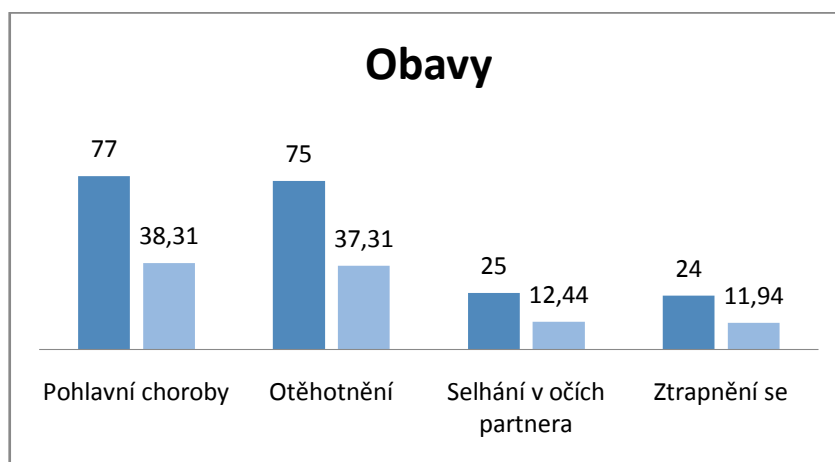
Jak jsme i předpokládali, jako nejčastější odpověď u otázky na zdroj informací uvedli dospívající respondenti internet (35 %). Kamarádi (31 %) jsou druhou nejčastější odpovědí. Další v pořadí je škola (16 %) a rodina (12 %). V 7 % případů pak respondenti vybrali možnost jiný zdroj, kde uvedli, že jejich zdrojem informací je buď partner, vlastní zkušenost, televize, pornografie a nebo lékař.

Otázka č. 11: Čeho se nejvíce obáváš v oblasti pohlavního života?

Pohlavní choroby otěhotnění selhání v očích partnera ztrapnění se.

Tabulka 14. Obavy v oblasti pohlavního života

Obavy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pohlavní choroby	77	38,31
Otěhotnění	75	37,31
Selhání v očích partnera	25	12,44
Ztrapnění se	24	11,94
Celkový součet	201	100,00



Graf 13. Obavy v oblasti pohlavního života

Z výsledků je patrné, že nejvíce se respondenti obávají pohlavních chorob a to v 77 případech (38 %), možnost otěhotnění ale zvolilo o pouhé dva respondenty méně (37 %). Selhání v očích partnera se obává 25 (12 %) respondentů, ztrapnění se obává 24 (12 %) respondentů.

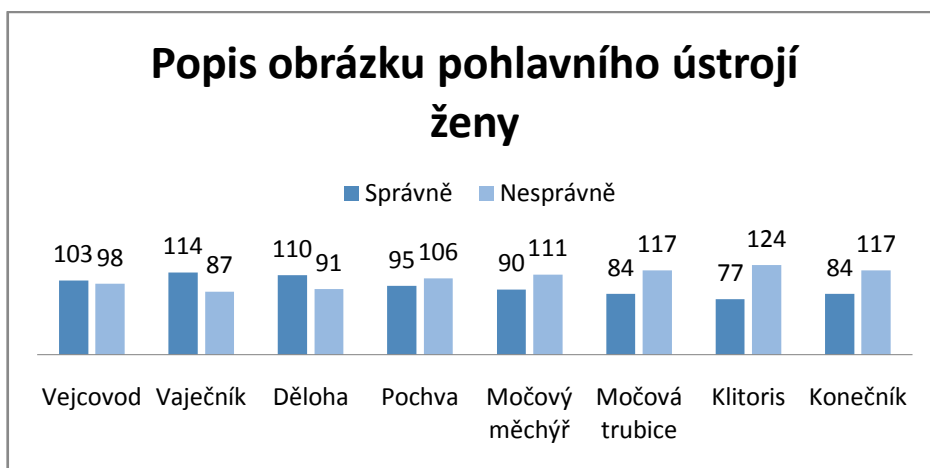
Následující otázky jsou zaměřeny na zjišťování úrovně vědomostí respondentů. Každá otázka je podle své obtížnosti ohodnocena určitým počtem bodů, které byly následně sečteny. Celkový počet bodů pak udává míru vědomostí respondentů.

Otázka č.12: Popis obrázku pohlavního ústrojí ženy a muže

Za správně přiřazený název byl přidělen 1 bod. Za nesprávný název nebo vynechání názvu bylo připsáno 0 bodů. Maximální počet bodů v této úloze byl 14 bodů. V tabulce je zaznamenán počet správných a nesprávných odpovědí u jednotlivých názvů, které měly být přiřazeny.

Tabulka 15. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí ženy

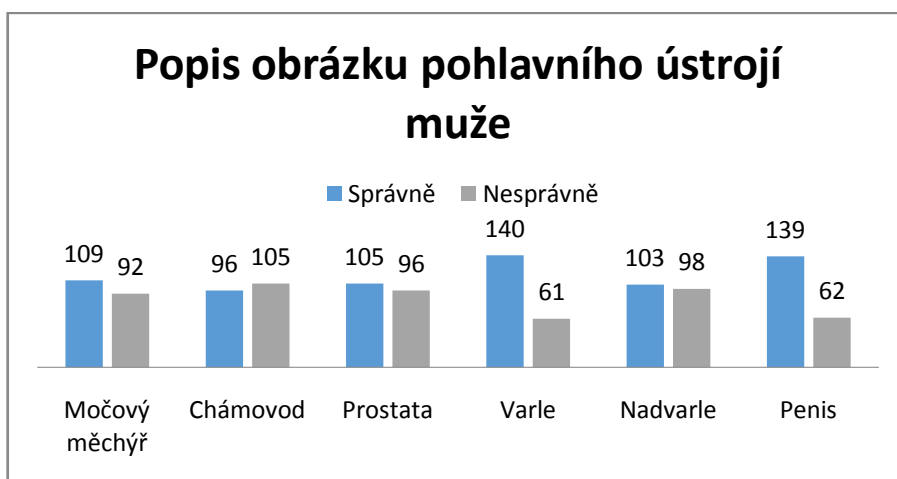
Odpovědi	Správně		Nesprávně	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vejcovod	103	51,24	98	48,76
Vaječník	114	56,72	87	43,28
Děloha	110	54,73	91	45,27
Pochva	95	47,26	106	52,74
Močový měchýř	90	44,78	111	55,22
Močová trubice	84	41,79	117	58,21
Klitoris	77	38,31	124	61,69
Konečník	84	41,79	117	58,21



Graf 14. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí ženy

Tabulka 16. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí muže

	Správně		Nesprávně	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Močový měchýř	109	54,2289	92	45,77114
Chámovod	96	47,7612	105	52,23881
Prostata	105	52,2388	96	47,76119
Varle	140	69,6517	61	30,34826
Nadvarle	103	51,2438	98	48,75622
Penis	139	69,1542	62	30,84577



Graf 15. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí muže

Tabulka 17. Dosažený počet bodů za položku 12

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	38	18,91
1	14	6,97
2	9	4,48
3	12	5,97
4	7	3,48
5	3	1,49
6	14	6,97
7	3	1,49
8	9	4,48
9	9	4,48
10	6	2,99
11	8	3,98
12	11	5,47
13	12	5,97
14	46	22,89
Celkový součet	201	100,00

Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že 46 (23 %) respondentů dosáhlo maximálního počtu bodů, tj. přiřadili správně všechny názvy. Oproti tomu 38 (19 %) respondentů dosáhlo 0 bodů, tzn. nepřiřadili správně ani jeden název. 62 (30 %) respondentů bylo v kategorii 1-7 bodů, 55 (26 %) respondentů bylo v kategorii 8-13 bodů, tzn. vyplnilo více než polovinu názvů správně.

Otázka č. 13: Doplnění věty

Ženská pohlavní buňka se nazývá..... a tvoří se ve

Mužská pohlavní buňka se nazývá.....a tvoří se ve

Za správné doplnění chybějícího pojmu získali respondenti 1 bod. Za nesprávné doplnění nebo nedoplnění pojmu 0 bodů. Celkový počet bodů u této položky byl 4 body.

Tabulka 18. Doplnění první části položky 13

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	39	19,40
1	24	11,94
2	138	68,66
Celkový součet	201	100,00

Tabulka 19. Doplnění druhé části položky 13

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	40	19,90
1	31	15,42
2	130	64,68
Celkový součet	201	100,00

Analýzou dat bylo zjištěno, že první větu kompletně správně doplnilo 138 (69 %) respondentů. Druhou větu správně doplnilo 130 (65 %) respondentů. 0 bodů získalo za první větu 39 (19 %) , za druhou větu 40 (20 %) respondentů.

Položky č. 14-19 byly uzavřené otázky s výběrem z možností, kde právě jedna možnost byla správná. Tučně je zvýrazněná správná odpověď.

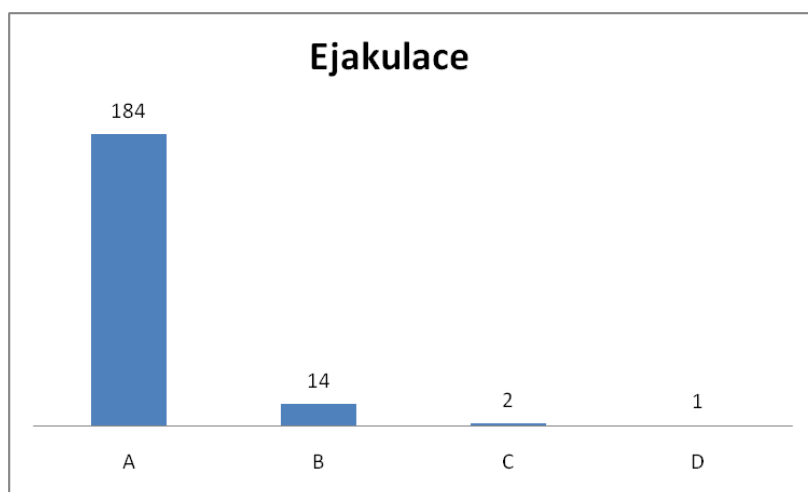
Otázka č. 14: **Ejakulace je**

- a) vyplavení ejakulátu z penisu ven** b) ztopoření penisu c) sexuální porucha
d) metoda antikoncepce.

Tabulka 20. Ejakulace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	184	91,54
B	14	6,97
C	2	1,00
D	1	0,50
Celkový součet	201	100,00

Z výsledků analýzy dat je patrné, že správnou možnost (A) zvolilo 184 (92 %) respondentů, možnost B 14 (7 %) respondentů, možnost C 2 respondenti (1 %) a možnost D 1 respondent (1 %).



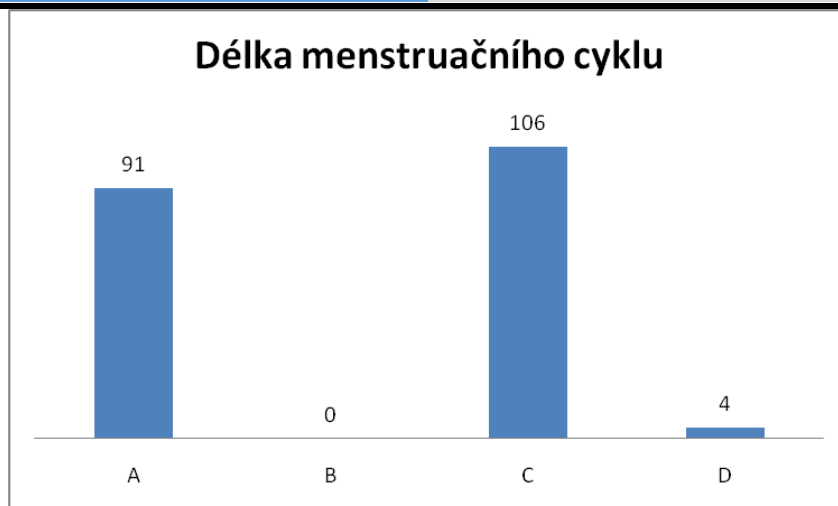
Graf 16. Ejakulace

Otázka č. 15: **Jeden ženský menstruační cyklus trvá zhruba**

a) 7 dní b) 9 měsíců **c) 28 dní** d) 30-45 let.

Tabulka 21. Menstruační cyklus

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	91	45,27
B	0	0,00
C	106	52,74
D	4	1,99
Celkový součet	201	100,00



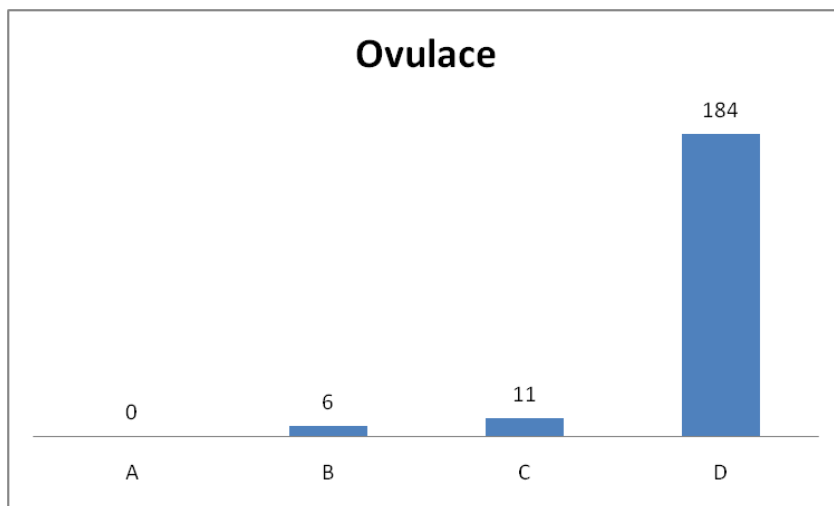
Graf 17. Menstruační cyklus

Otázka č. 16: **Ovulace je**

a) pohlavní choroba b) sexuální porucha c) metoda antikoncepce
d) uvolnění zralého vajíčka z vaječníku.

Tabulka 22. Ovulace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	0	0,00
B	6	2,99
C	11	5,47
D	184	91,54
Celkový součet	201	100,00



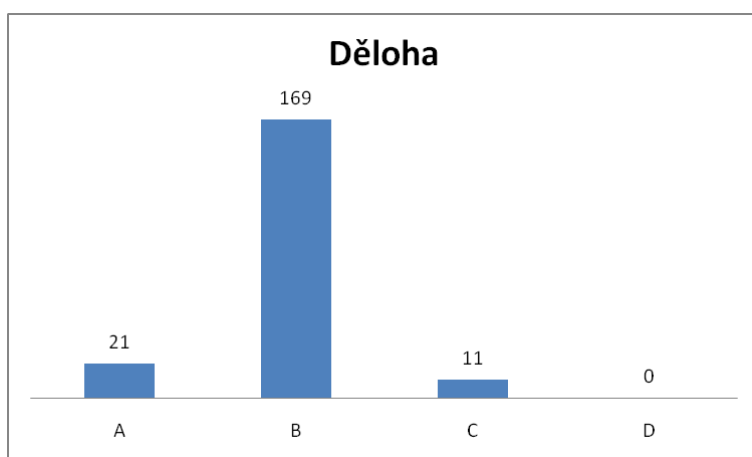
Graf 18. Ovulace

Otázka č. 17: **Děloha je orgán, ve kterém**

- a) se tvoří vajíčko b) se vyvíjí plod c) probíhá pohlavní styk d) se tvoří spermie.

Tabulka 23. Děloha

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	21	10,45
B	169	84,08
C	11	5,47
D	0	0,00
Celkový součet	201	100,00



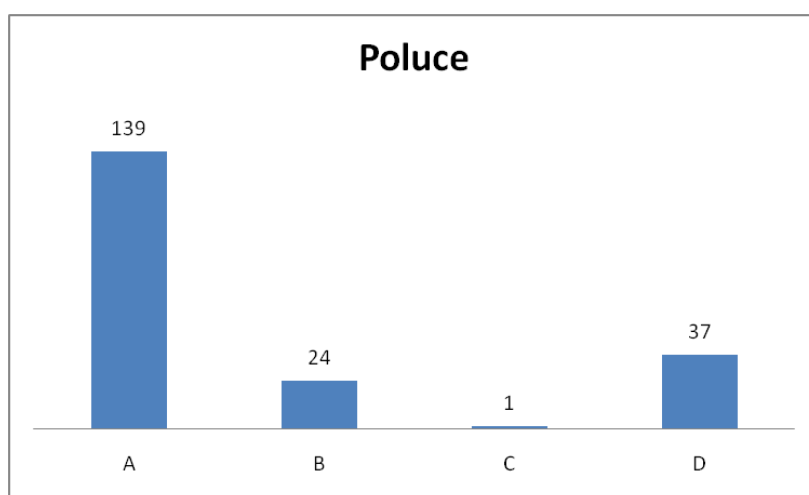
Graf 19. Děloha

Otázka č. 18: **Poluce je**

- a) mimovolný výron semene ve spánku b) první menstruace c) pohlavní choroba
d) proces oplození.

Tabulka 24. Poluce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	139	69,15
B	24	11,94
C	1	0,50
D	37	18,41
Celkový součet	201	100,00



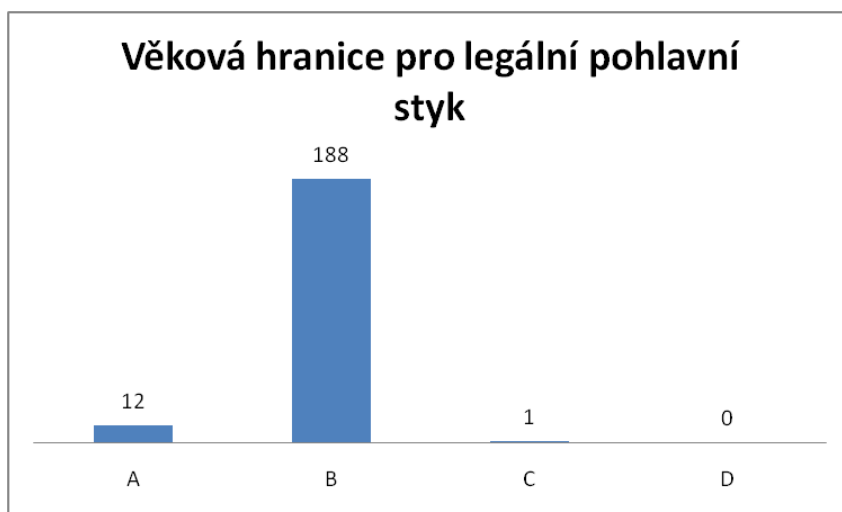
Graf 20. Poluce

Otázka č. 19: **Nejnižší věková hranice pro legální pohlavní styk je**

- a) 18 let b) **15 let** c) 14 let d) 21 let.

Tabulka 25. Věková hranice pro legální pohlavní styk

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	12	5,97
B	188	93,53
C	1	0,50
D	0	0,00
Celkový součet	201	100,00



Graf 21. Věková hranice pro legální pohlavní styk

Položka č. 20 sestávala z tabulky, ve které byly uvedeny názvy různých onemocnění. Úkolem respondentů bylo vybrat z nabídky ta onemocnění, která jsou pohlavně přenosná. Za každé správně zvolené onemocnění byl přiřazen 1 bod, za špatně označené nebo neoznačené 0 bodů. Maximální počet bodů byl 10.

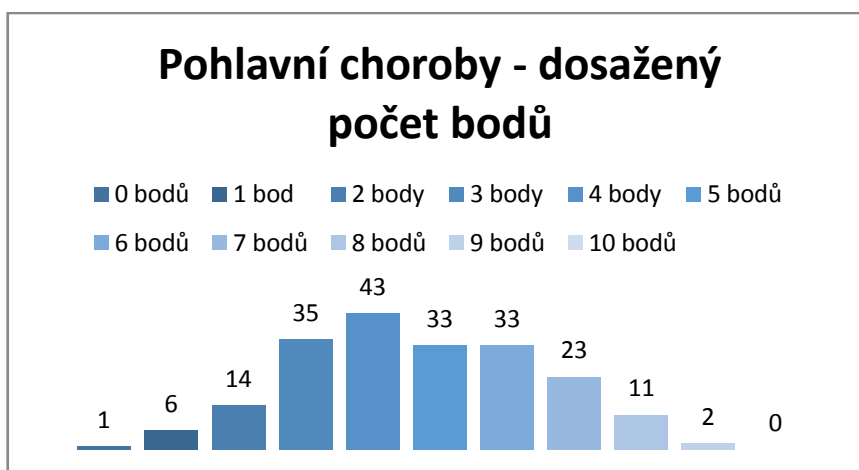
Otázka č. 20: Vyber, které z těchto chorob patří k pohlavně přenosným chorobám

Tabulka 26. Pohlavní choroby - jednotlivá označení

Onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
AIDS	199	99,00
Hepatitida B	28	13,93
Lupénka	4	1,99
Spalničky	7	3,48
Angína	4	1,99
Kvasinková infekce	106	52,74
Herpes	99	49,25
Měkký vřed	23	11,44
Syfilis	184	91,54
Kapavka	160	79,60
Osteoporóza	1	0,50
Mukoviscidóza	15	7,46
Lidský papilomavirus	82	40,80
Hepatitida A	16	7,96
Venerické bradavice	35	17,41
Svrab	25	12,44

Tabulka 27. Pohlavní choroby - dosažený počet bodů

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	1	0,50
1	6	2,99
2	14	6,97
3	35	17,41
4	43	21,39
5	33	16,42
6	33	16,42
7	23	11,44
8	11	5,47
9	2	1,00
10	0	0,00
Celkový součet	201	100,00



Graf 22. Pohlavní choroby - dosažený počet bodů

Analýzou dat bylo zjištěno, že plného počtu bodů nedosáhl ani jeden z respondentů (0 %). 1 (1 %) respondent dosáhl počtu 0 bodů. Nejčastěji respondenti dosáhli počtu 4 bodů, celkem 43 respondentů (21 %).

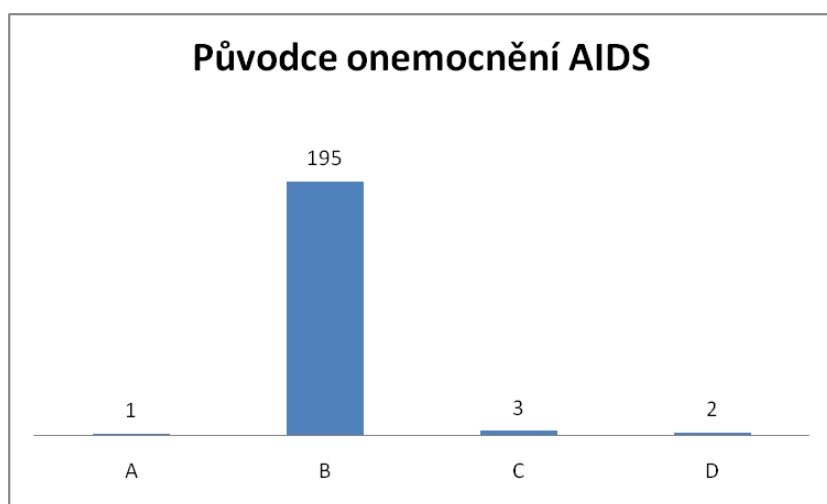
Položky č. 21-22 byly opět uzavřené otázky s výběrem z možností, kde právě jedna možnost byla správná. Tučně je zvýrazněná správná odpověď.

Otázka č. 21: **Znáš původce onemocnění AIDS?**

- a) Cytomegalovirus **b) virus HIV** c) HPV virus d) SARS virus.

Tabulka 28. Původce onemocnění AIDS

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	1	0,50
B	195	97,01
C	3	1,49
D	2	1,00
Celkový součet	201	100,00



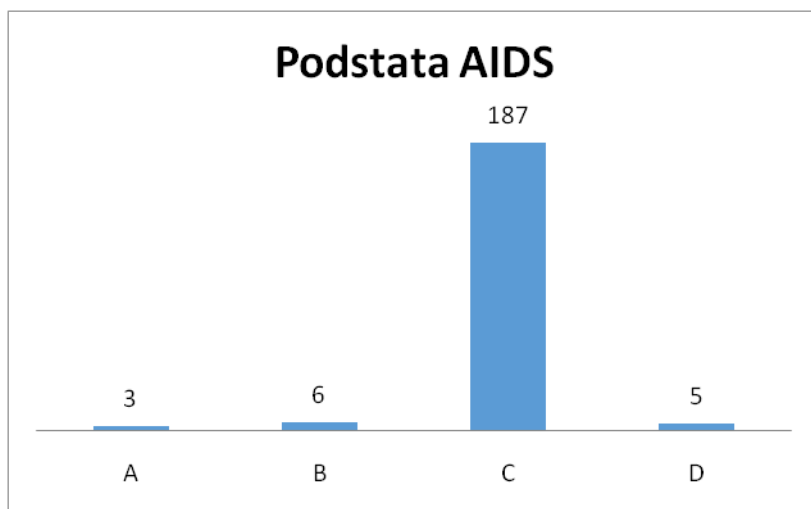
Graf 23. Původce onemocnění AIDS

Otázka č. 22: **Víš, v čem spočívá podstata nemoci AIDS?**

- a) Selhání srdce b) neschopnost otěhotnění **c) selhání imunitního systému**
d) akutní infekce dýchacího systému

Tabulka 29. Podstata AIDS

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	3	1,49
B	6	2,99
C	187	93,03
D	5	2,49
Celkový součet	201	100,00



Graf 24. Podstata AIDS

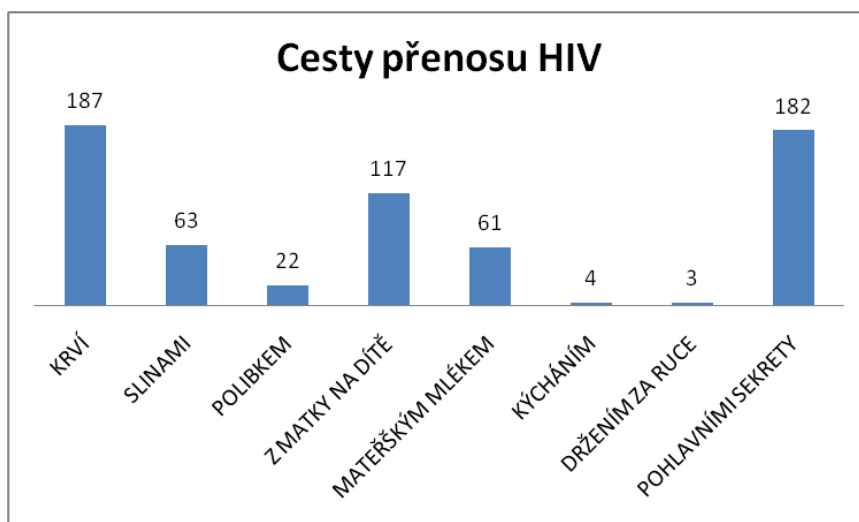
Analýzou dat bylo zjištěno, že otázku č. 21 správně zodpovědělo 195 (97 %), nesprávně 6 (3 %) respondentů, otázku č. 22 zodpovědělo 187 (93 %), nesprávně 14 (7 %) respondentů.

Otázka č. 23: Víš, jakými možnými cestami se HIV přenáší?

Tato položka byla opět tvořena tabulkou s možnostmi, ze kterých měli respondenti vybrat ty správné (cesty přenosu HIV). Možností bylo celkem 8, z nich 4 byly správné. Za každou správně zvolenou možnost byl připsán 1 bod, za nesprávnou či chybějící 0 bodů. Maximální počet bodů u této položky tak byl 4 body. Správné možnosti jsou označeny tučně.

Tabulka 30. Cesty přenosu HIV

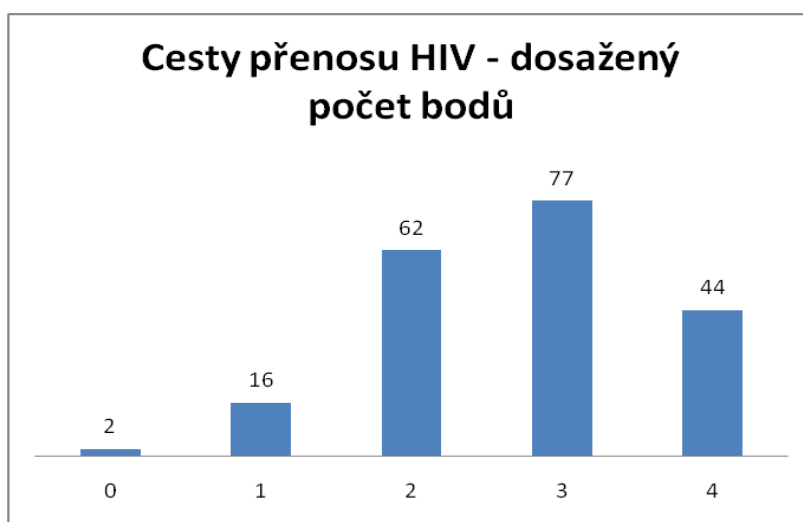
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Krví	187	93,03
Slinami	63	31,34
Polibkem	22	10,95
Z matky na dítě	117	58,21
Mateřským mlékem	61	30,35
Kýcháním	4	1,99
Držením za ruce	3	1,49
Pohlavními sekrety	182	90,55



Graf 25. Cesty přenosu HIV

Tabulka 31. Cesty přenosu HIV - dosažený počet bodů

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	2	1,00
1	16	7,96
2	62	30,85
3	77	38,31
4	44	21,89
Celkový součet	201	100,00



Graf 26. Cesty přenosu HIV - dosažený počet bodů

Z výsledků analýzy dat vyplývá, že 2 (1 %) respondenti dosáhli počtu 0 bodů, polovinu správných možností zvolilo 62 (31 %) respondentů a plného počtu bodů dosáhlo 44 (22 %) respondentů.

Otázka č. 24: Víš, jak se infekce pohlavní chorobou mohou projevit? (uved' alespoň 3 příznaky)

V položce č. 24 jsme chtěli zjistit, zda studenti vědí, jak se infekce pohlavní chorobou může projevit. Tato otázka byla otevřená a respondenti měli sami formulovat své odpovědi. Jelikož jsme v zadání požadovali alespoň 3 příznaky, maximální počet bodů za tuto otázku byl 3, za každou správnou odpověď (1 správně uvedený příznak) 1 bod.

Tabulka 32. Příznaky onemocnění - dosažený počet bodů

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	78	38,81
1	14	6,97
2	16	7,96
3	93	46,27
Celkový součet	201	100,00



Graf 27. Příznaky onemocnění - dosažený počet bodů

Z analýzy dat vyplývá, že 93 (46 %) respondentů dosáhlo plného počtu bodů za tuto položku. 16 (8 %) respondentů dosáhlo 2 bodů, 14 (7 %) alespoň 1 bodu, avšak plných 78 (39 %) respondentů nedosáhlo ani jediného bodu.

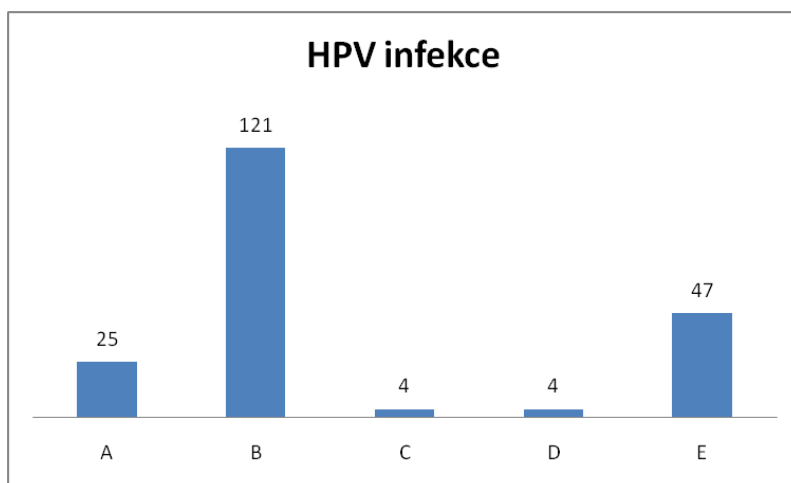
Položky č. 25 a 27 jsou uzavřené otázky s výběrem z možností, kde právě jedna možnost je správná (označená tučně). Položka č. 26 je uzavřená otázka s výběrem z možností, kde je více správných možností (označené tučně). Za každou správně zodpovězenou otázku byl přičten 1 bod, za nesprávnou nebo neúplnou odpověď 0 bodů.

Otázka č. 25: Víš, které závažné onemocnění je nejčastěji spojováno s HPV infekcí (infekcí lidským papilomavirem)?

- a) AIDS b) rakovina děložního čípku c) zápal plic d) rakovina plic e) genitální opar

Tabulka 33. Následek HPV infekce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	25	12,44
B	121	60,20
C	4	1,99
D	4	1,99
E	47	23,38
Celkový součet	201	100,00



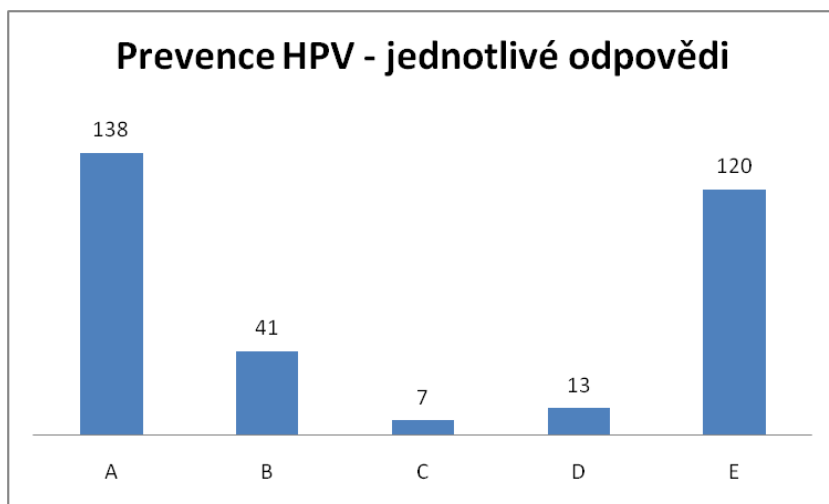
Graf 28. Následek HPV infekce

Otázka č. 26: Víš, jak lze předejít vzniku onemocnění Lidským papilomavirem (HPV)? (vyber všechny správné možnosti)

- a) Očkování dívek b) očkování chlapců c) užívání vitamínu B6
d) užívání vitamínu B12 e) používání kondomu

Tabulka 34. Prevence HPV infekce - jednotlivé odpovědi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	138	68,66
B	41	20,40
C	7	3,48
D	13	6,47
E	120	59,70



Graf 29. Prevence HPV infekce - jednotlivé odpovědi

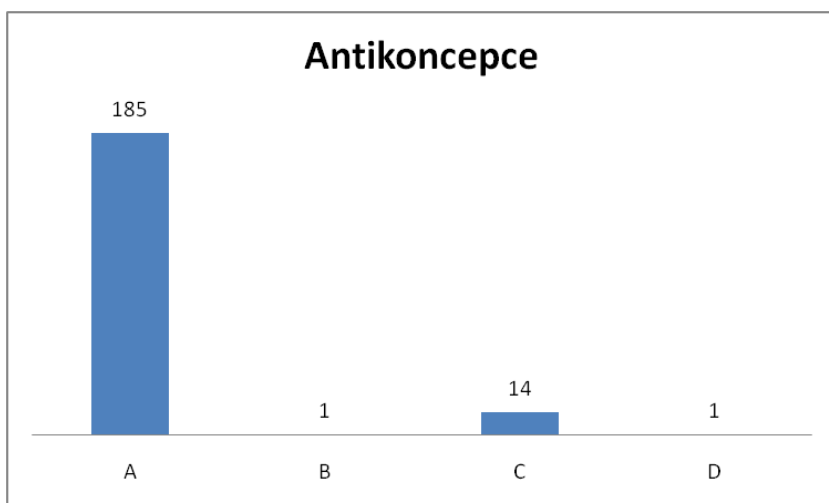
Analýzou dat bylo zjištěno, že 23 (11 %) respondentů vybralo u otázky č. 26 všechny tři správné možnosti a získali tak 1 bod. 178 (89 %) respondentů vybralo špatnou odpověď nebo nevybralo všechny správné odpovědi a získali tak 0 bodů.

Otázka č. 27: **Antikoncepce je**

- a) metoda zabránění otěhotnění b) léčba pohlavních chorob
 c) prevence pohlavních chorob d) vznik zárodku

Tabulka 35. Antikoncepce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	185	92,04
B	1	0,50
C	14	6,97
D	1	0,50
Celkový součet	201	100,00



Graf 30. Antikoncepce

Otázka č. 28: Urči, zda použití daného prostředku, je existující metodou antikoncepce

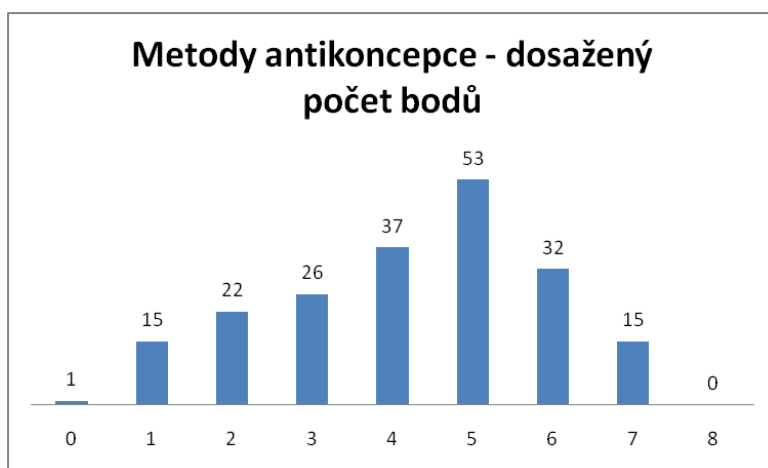
Položka č. 28 sestávala z tabulky s uvedenými možnostmi, ze kterých měli respondenti vybrat správné odpovědi (existující metody antikoncepce). Na výběr bylo z 15 možností, z nichž 8 bylo správně. Za každou správně zvolenou položku byl přidělen 1 bod, za nesprávnou nebo chybějící 0 bodů. Maximální počet bodů pro tuto položku tak byl 8 bodů.

Tabulka 36. Metody antikoncepce - jednotlivé odpovědi

Metoda	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
PREZERVATIV	187	93,03
PŘERUŠOVANÝ STYK	66	32,84
TAMPON	3	1,49
KROUŽEK NA PENIS	27	13,43
HORMONÁLNÍ NÁPLASTI	98	48,76
LUBRIKAČNÍ GEL	3	1,49
HORMONÁLNÍ PILULKY	155	77,11
FEMIDOM	26	12,94
ČAJ Z TŘEZALKY	3	1,49
MYTÍ SOLNÝM ROZTOKEM	2	1,00
NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKO	161	80,10
VÝPLACH POCHVY	6	2,99
VATA	2	1,00
PESAR	96	47,76
HORMONÁLNÍ IMPLANTÁT	84	41,79

Tabulka 37. Metody antikoncepce - dosažený počet bodů

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	1	0,50
1	15	7,46
2	22	10,95
3	26	12,94
4	37	18,41
5	53	26,37
6	32	15,92
7	15	7,46
8	0	0,00
Celkový součet	201	100,00

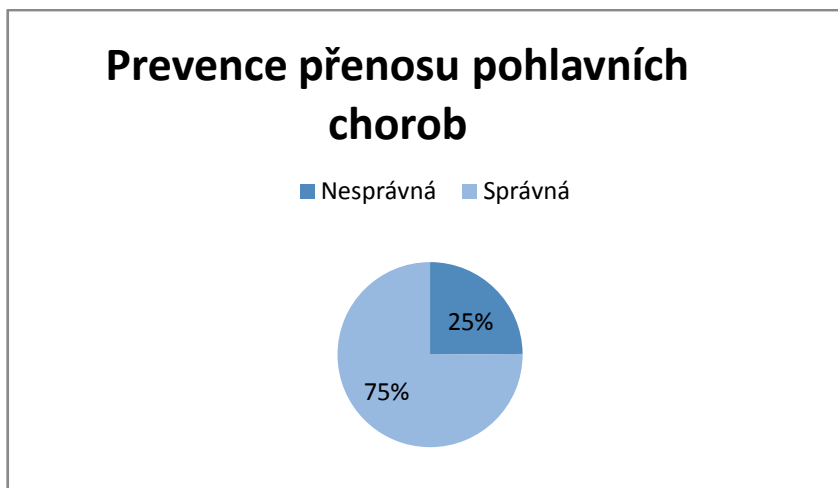
**Graf 31. Metody antikoncepce - dosažený počet bodů**

Otázka č. 29: **Který druh antikoncepce brání přenosu pohlavních chorob?**

Tato otázka byla otevřená, respondenti sami formulovali své odpovědi. Za správnou odpověď byly považovány možnosti: kondom, prezervativ, ženský kondom, femidom. Správná odpověď byla ohodnocena 1 bodem, nesprávná nebo chybějící 0 bodů.

Tabulka 38. Prevence přenosu pohlavních chorob

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nesprávná	50	24,88
Správná	151	75,12
Celkový součet	201	100,00



Graf 32. Prevence přenosu pohlavních chorob

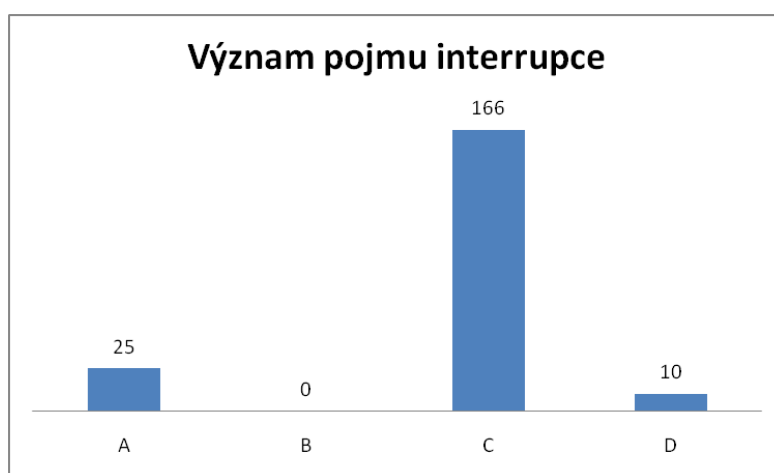
Z výsledků analýzy dat vyplývá, že 151 (75 %) respondentů odpovědělo na danou otázku správně, 50 (25 %) ale odpovědělo nesprávně nebo neodpovědělo vůbec.

Otázka č. 30: **Jaký je význam slova INTERRUPCE?**

- a) Umělé oplodnění b) Léčba pohlavních chorob c) **Umělé ukončení těhotenství**
 d) Přerušovaný styk

Tabulka 39. Význam pojmu INTERRUPCE

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	25	12,44
B	0	0,00
C	166	82,59
D	10	4,98
Celkový součet	201	100,00



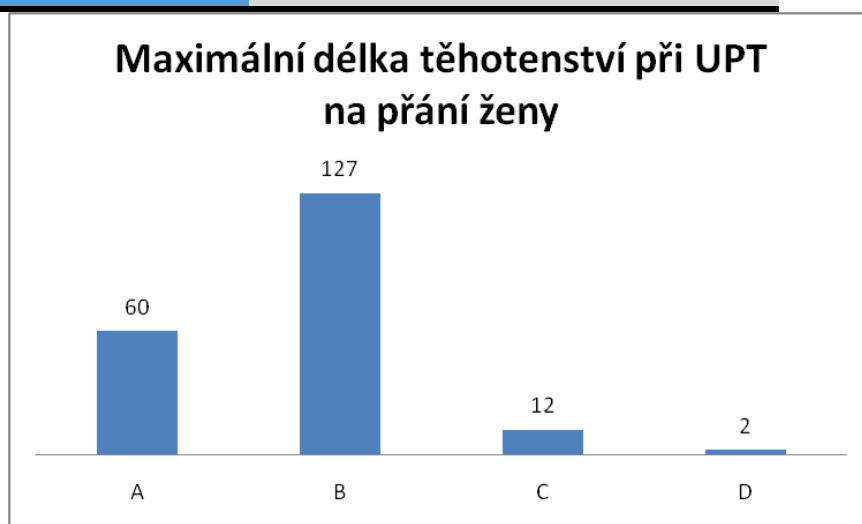
Graf 33. Význam pojmu INTERRUPCE

Otázka č. 31: **Do kterého týdne těhotenství lze provést umělé přerušování těhotenství na přání ženy?**

a) Do 6. týdne b) **do 12. týdne** c) do 24. týdne d) do 36. týdne

Tabulka 40. Maximální délka těhotenství při UPT na přání ženy

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	60	29,85
B	127	63,18
C	12	5,97
D	2	1,00
Celkový součet	201	100,00



Graf 34. Maximální délka těhotenství při UPT na přání ženy

Položka č. 32 sestávala z 5 samostatných tvrzení, u kterých měli respondenti určit, zda je toto tvrzení pravdivé či nikoliv. Na výběr měli z možností ANO - NE - NEVÍM. Za správnou odpověď byl přičten 1 bod, za nesprávnou odpověď nebo odpověď NEVÍM 0 bodů. Celkem tedy mohli respondenti za položku č.32 získat 5 bodů. Pro lepší přehlednost je každé tvrzení vyhodnoceno zvlášť.

Otázka č. 32: Urči, zda je dané tvrzení pravdivé:

a) Žena při prvním pohlavním styku nemůže otěhotnět.

Tabulka 41. První pohlavní styk

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
NE	159	79,10
ANO	30	14,93
NEVÍM	12	5,97
Celkový součet	201	100,00

b) Dva prezervativy použité najednou poskytují dvojnásobnou ochranu.

Tabulka 42. Dva prezervativy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
NE	152	75,62
ANO	23	11,44
NEVÍM	26	12,94
Celkový součet	201	100,00

c) Hormonální antikoncepce poskytuje ochranu před pohlavně přenosnými chorobami.

Tabulka 43. Hormonální antikoncepce a pohlavně přenosné choroby

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
NE	163	81,09
ANO	17	8,46
NEVÍM	21	10,45
Celkový součet	201	100,00

d) Menstruační tampon zavedený v pochvě během styku brání otěhotnění.

Tabulka 44. Tampon

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
NE	157	78,11
ANO	10	4,98
NEVÍM	34	16,92
Celkový součet	201	100,00

e) **Hormonální antikoncepce se nesmí používat v kombinaci s jinou metodou antikoncepce.**

Tabulka 45. Kombinování hormonální antikoncepce a ostatních metod

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
NE	118	58,71
ANO	41	20,40
NEVÍM	42	20,90
Celkový součet	201	100,00

Tabulka 46. Celkový počet bodů za položku 32

Dosažený počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	6	2,99
1	12	5,97
2	19	9,45
3	31	15,42
4	59	29,35
5	74	36,82
Celkový součet	201	100,00

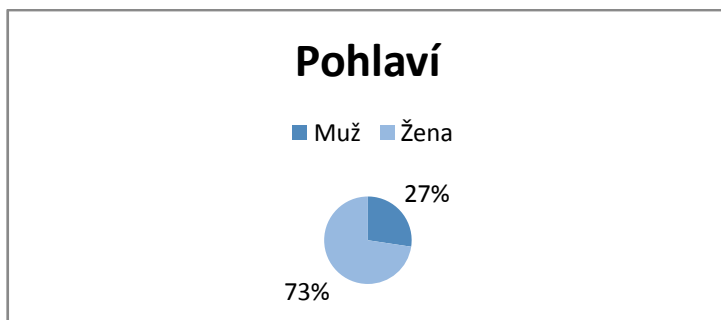


Graf 35. Celkový počet bodů za položku 32

V poslední části dotazníku byly umístěny položky pro zjištění charakteristiky respondentů. Zjišťovanými charakteristikami bylo pohlaví, věk, ročník a obor studia na střední škole.

Tabulka 47. Pohlaví respondentů

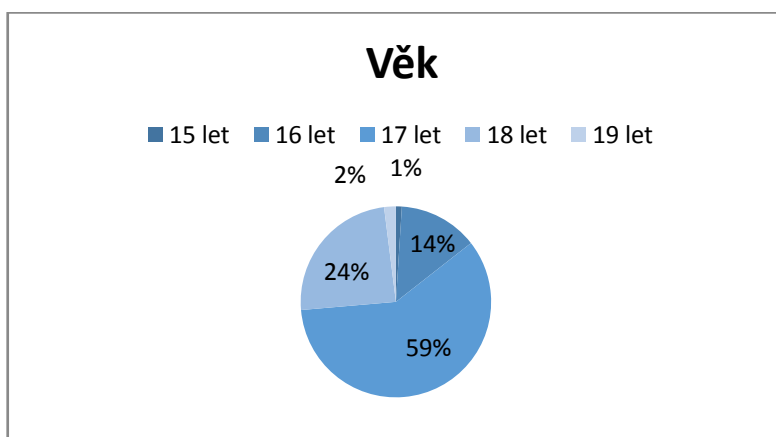
Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
MUŽ	55	27,36
ŽENA	146	72,64
Celkový součet	201	100,00



Graf 36. Pohlaví respondentů

Tabulka 48. Věk respondentů

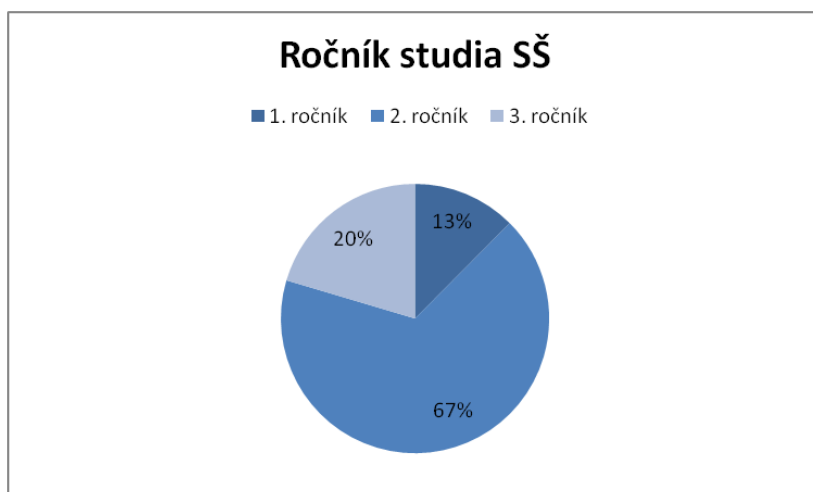
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
15	2	1,00
16	27	13,43
17	119	59,20
18	49	24,38
19	4	1,99
Celkový součet	201	100,00



Graf 37. Věk respondentů

Tabulka 49. Ročník studia

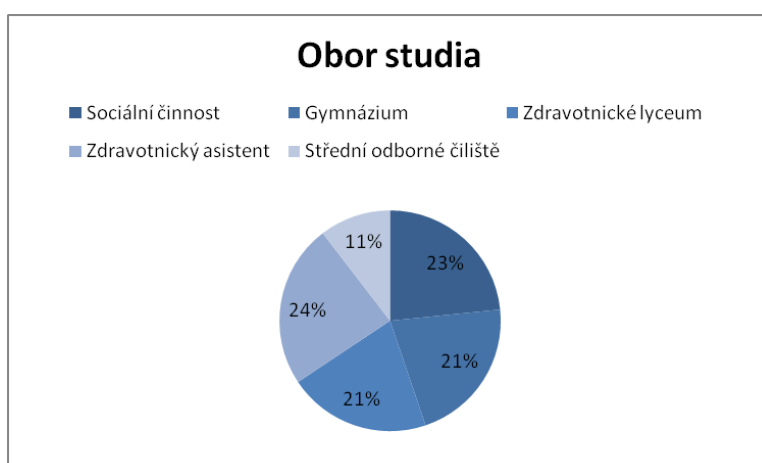
Ročník	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. ročník	25	12,44
2. ročník	135	67,16
3. ročník	41	20,40
Celkový součet	201	100,00



Graf 38. Ročník studia

Tabulka 50. Obor studia

Obor	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sociální činnost	47	23,38
Gymnázium	43	21,39
Zdravotnické lyceum	42	20,90
Zdravotnický asistent	48	23,88
Střední odborné učiliště	21	10,45
Celkem	201	100,00



Graf 39. Obor studia

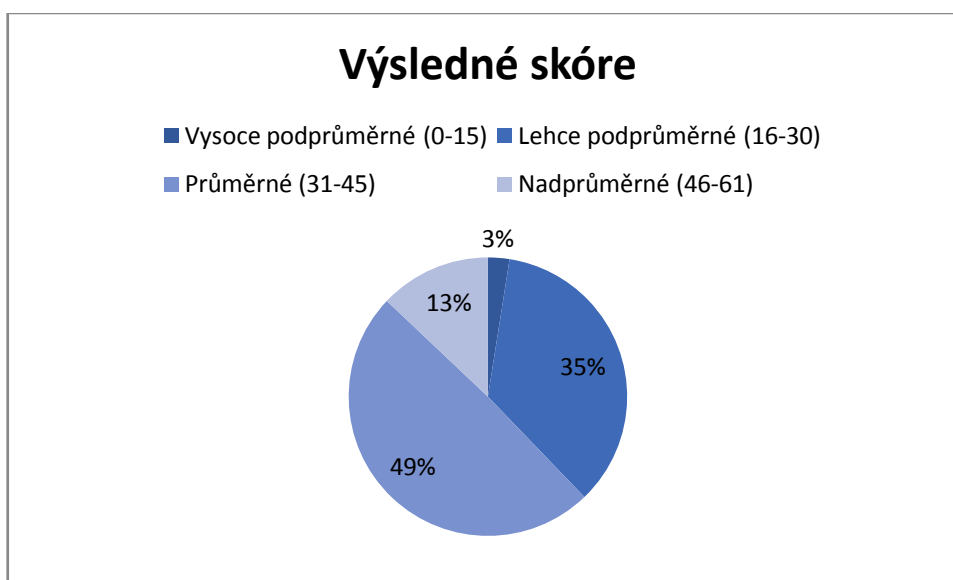
Pro posouzení úrovně vědomostí studentů byly sečteny body dosažené ve vědomostní části dotazníku, tj. položky 12 - 32. Maximální možný počet bodů za celou vědomostní část byl 61. Nejvyšší počet bodů, kterého respondenti dosáhli byl 52 bodů (2 respondenti tj. 1 %). Nejnižší počet byl 9 bodů (2 respondenti, tj. 1 %).

Tabulka 51. Popisná statistika dosažených bodů

Medián	35
Modus	42
Minimum	9
Maximum	52
Průměr	33,8
Počet	201
Směr. odchylka	10,66

Tabulka 52. Výsledné skóre

Skóre (dosažený počet bodů)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vysoce podprůměrné (0-15)	5	2,49
Lehce podprůměrné (16-30)	71	35,32
Průměrné (31-45)	99	49,25
Nadprůměrné (46-61)	26	12,94
Celkový součet	201	100,00

**Graf 40. Výsledné skóre**

2.4 Statistické testování a ověřování hypotéz

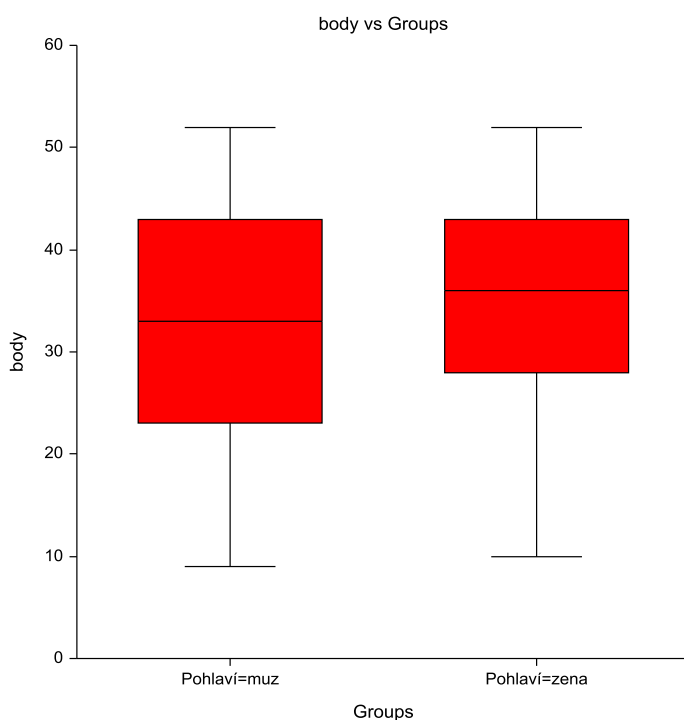
Pro ověření hypotéz bylo využito statistické testování. Statistický soubor tvořilo 201 respondentů. Maximální možný počet dosažených bodů byl 61, minimum 0. Průměrný počet dosažených bodů je 33,8. Maximální počet dosažených bodů je 52, minimální 9. Směrodatná odchylka, která udává, jak se liší typické případy souboru, je v našem případě 10,66.

Hypotéza č. 1

H_{10} : Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a pohlavím.

H_{1A} : Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a pohlavím.

Aplikujeme dvouvýběrový t-test s nulovou hypotézou „mezi hodnocením a věkem není závislost“. S pomocí testu získáme vypočtené hodnoty hodnocení pro jednotlivá pohlaví, a hodnotu významnosti. Pokud tato hodnota (p-hodnota) je menší než kritérium 0.05, potom hypotézu zamítáme, jinak ne. Zde jsme spočítali hodnotu 0.078, což znamená, že **hypotézu nezamítáme. Na body nemá pohlaví vliv.** O krabicový graf toto naznačuje, že ten „posun“ není zásadní.



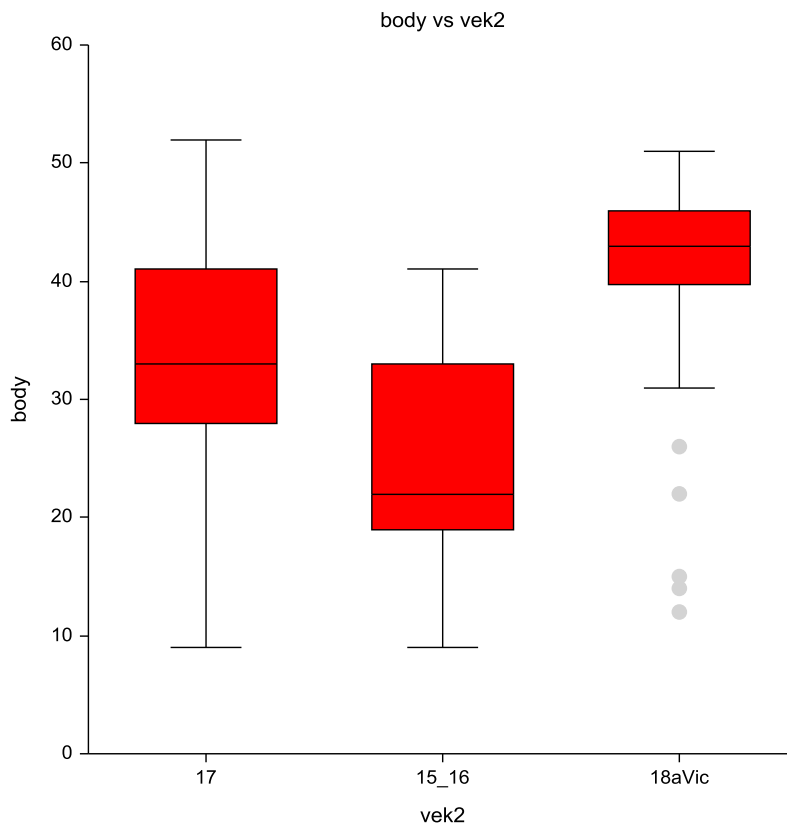
Graf 41. Krabicový graf závislosti úrovně vědomostí na pohlaví

Hypotéza č. 2

H_{2_0} : Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a věkem.

H_{2_A} : Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a věkem.

Aplikujeme test ANOVA s nulovou hypotézou, „hodnocení není závislé na věku“. Krom statistik pro kategorie věku je součástí testu p-hodnota, které pokud je menší než kritérium 0.05, hypotézu zamítáme, jinak ne. P-hodnota vyšla značně malá (6 platných nul), takže nulovou **hypotézu zamítáme. Mezi hodnocením a věkem existuje souvislost.**



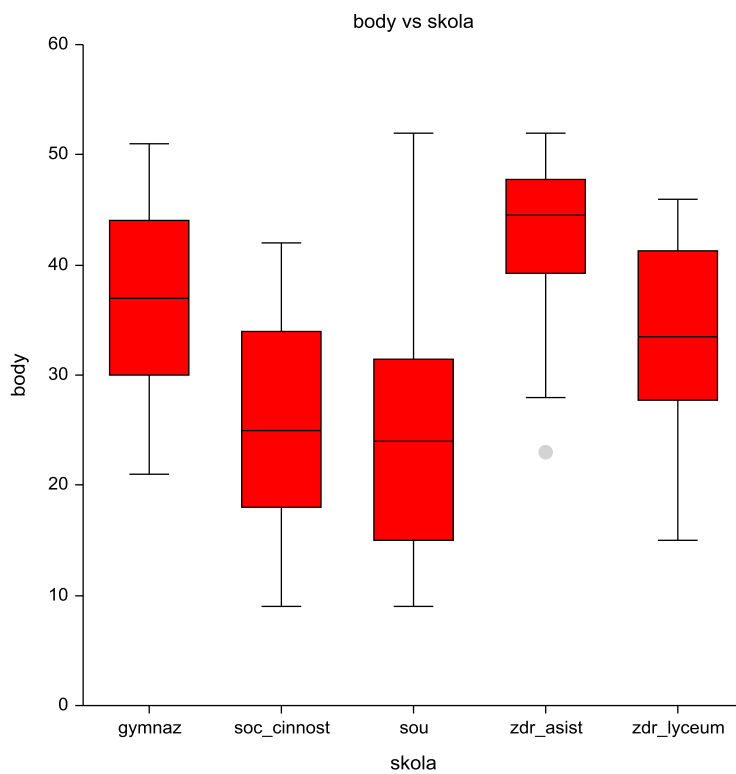
Graf 42. Závislost úrovně vědomostí na věku

Hypotéza č.3

H_{3_0} : Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a oborem studia.

H_{3_A} : Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a oborem studia.

Opět aplikujeme test ANOVA s nulovou hypotézou „mezi hodnocením a oborem není závislost“. P-hodnota testu je opět značně menší než kritérium (0.05), proto nulovou **hypotézu zamítáme, a hodnocení se podle oboru liší.**



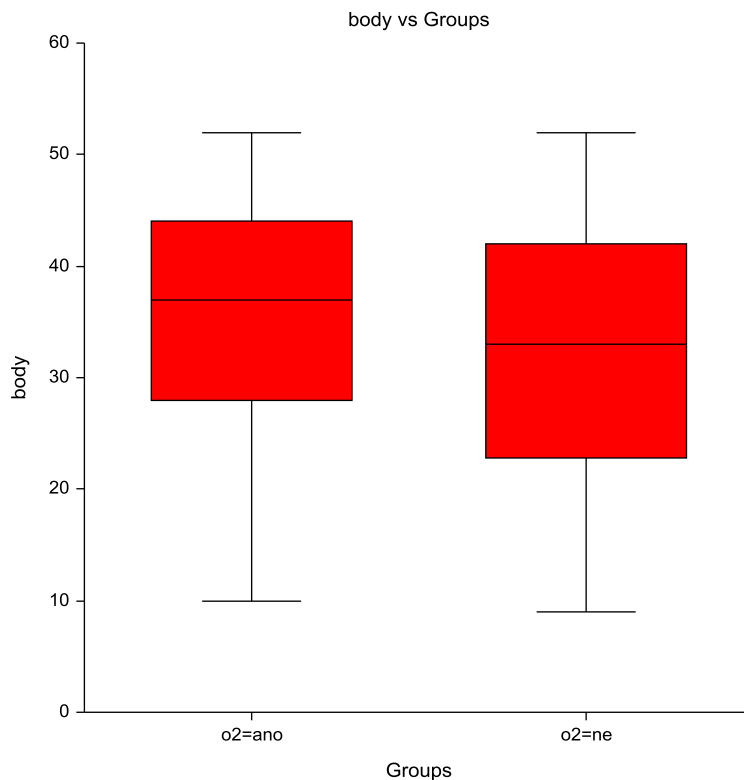
Graf 43. Závislost úrovně vědomostí na oboru studia

Hypotéza č.4

H₀: Neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda o dané problematice hovoří s rodiči či ne.

H_A: Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda o dané problematice hovoří s rodiči či ne

Aplikujeme dvouvýběrový t-test s nulovou hypotézou „mezi hodnocením a diskusí s rodiči není závislost“. Vypočtená p-hodnota < 0.05, proto nulovou **hypotézu zamítáme. Diskuse s rodiči má vliv na hodnocení**. Podle průměrů i grafu je zřejmé, že vyšší hodnocení je pro ty, jež s rodiči diskutují.



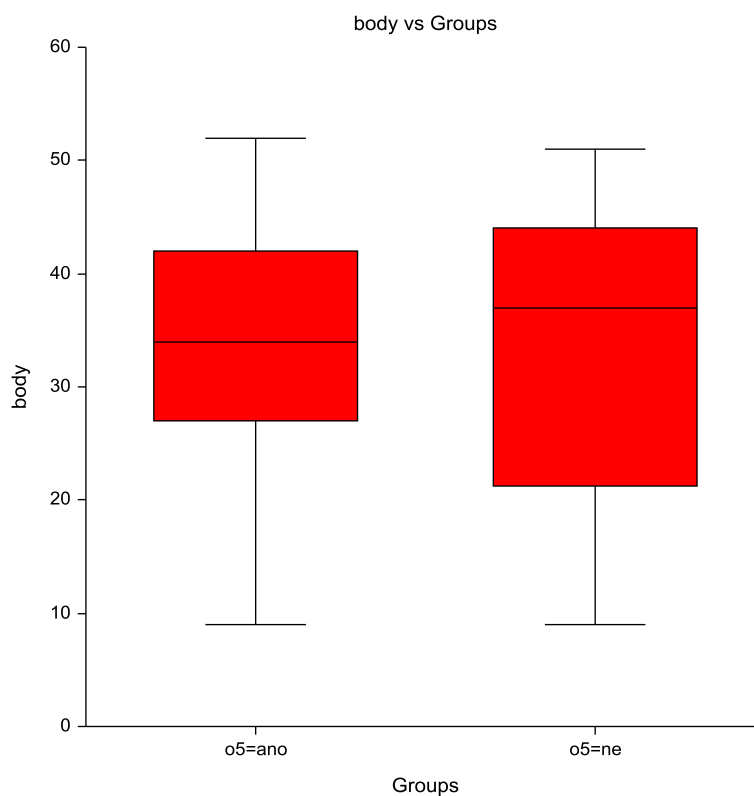
Graf 44. Závislost úrovně vědomostí a hovorů s rodiči

Hypotéza č.5

H_{5_0} : Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

H_{5_A} : Existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

Aplikujeme dvouvýběrový t-test s nulovou hypotézou „hodnocení není závislé na výuce sexuální výchovy“. Vypočtená p-hodnota není menší než 0.05, proto nulovou **hypotézu nezamítáme. Výuka sexuální výchovy nemá vliv na následné hodnocení.**



Graf 45. Závislost úrovně vědomostí na sexuální výchově

3 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na vědomosti dospívajících v problematice reprodukčního zdraví. Námět pro toto téma vzešel z mé bakalářské práce, kdy jsem v průběhu edukace dospívajících o pohlavně přenosných chorobách narazila na nedostatek vědomostí v oblasti reprodukčního zdraví obecně. Proto bylo cílem této diplomové práce zjistit, jaká je úroveň vědomostí studentů 1.-3. ročníku vybraných středních škol a jaká je jejich zkušenost se sexuální výchovou ve škole, ale i v rodině. Pro sběr dat v této práci byl použit dotazník vytvořený přímo pro její účely.

Sexualita je v mnoha zemích nadále oblastí, která vyžaduje naléhavé zásahy. V Punjabu byla mezi adolescenty ve věku 13 - 17 let provedena experimentální popisná studie k posouzení vědomostí a postojů k sexuální výchově na vybraných středních školách v Indii. Ukázalo se, že 53 % studentů mělo průměrné vědomosti, 37 % nadprůměrné a 10 % studentů mělo podprůměrné znalosti v oblasti sexuální výchovy. 70 % studentů mělo neutrální postoj k sexuální výchově, 19 % přistupovalo k sexuální výchově pozitivně, 11 % negativně. (Parmar 2018)

Z výsledků našeho šetření vyplývá, že průměrné vědomosti v oblasti reprodukčního zdraví mělo 49,25 % respondentů, nadprůměrné vědomosti 12,94 %, podprůměrné 35,32 % a vysoce podprůměrné 2,49 % našich respondentů.

Pro srovnání výsledků můžeme uvést práci Kašparové (2016), která ve své diplomové práci *Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách v Olomouckém kraji* došla k závěru, že vědomosti studentů v oblasti reprodukčního zdraví jsou nedostatečné a neucelené. Práce Kašparové byla koncipována jinak, nicméně výsledky určitých otázek lze porovnat. Například otázka na věkovou hranici pro legální pohlavní styk. Kašparová ve své práci došla k výsledku, kdy 88,9 % respondentů na tuto otázku odpovědělo správně. Dle našich výsledků odpovědělo správně 93,5 %, zde jsou tedy výsledky podobné. Další možné srovnání je u otázky zaměřené na prevenci pohlavních chorob. Kondom jako správnou odpověď u této otázky zvolilo dle Kašparové 90,8 % respondentů, v našem výzkumu ale pouze 75 %, dochází zde tedy k rozporu ve výsledku. (Kašparová, 2016)

Ve městě Guangzhou v Číně byla v roce 2016 provedena studie za účelem porozumět stavu znalostí o reprodukčním zdraví studentů tamních středních škol. Této studii se zúčastnilo 1210 studentů. Pro sběr dat byl použit dotazník, který zahrnoval oblasti jako

reprodukce, láska, sex, antikoncepce, potrat a pohlavně přenosné nemoci. Ze závěrů této studie vyplývá, že znalosti studentů byly na velmi nízké úrovni a byla doporučena edukace studentů v této problematice. Celkem 41 % respondentů mělo potřebné znalosti ohledně sexuálního zdraví, 45 % mělo znalosti o antikoncepci, 47 % mělo znalosti o prevenci pohlavně přenosných infekcí. (Yang 2016)

Vzdělávání v oblasti reprodukčního zdraví je zásadní pro prevenci sexuálního rizikového chování a s ním spojených následků - nežádoucího těhotenství, HIV/AIDS a dalších sexuálně přenosných infekcí u dospívajících. Mladým lidem se dostává vzdělání v oblasti reprodukčního zdraví z různých zdrojů, počínaje formálním vzděláváním (škola) a neformálním vzděláváním (rodiče, vrstevníci, média) konče. Sexuální výchovou, jejími dopady, přínosy a postoji lidí k ní se zabývá mnoho studií. Například studie z Portugalska z roku 2011, se zabývala významem sexuální výchovy na školách a tím, jaké jsou její účinky při propagaci zdravého sexuálního chování mezi studenty. Výsledky této studie ukazují, že většina mladých lidí (ze vzorku 3278 studentů) mělo dostatečné znalosti, pozitivní postoje k antikoncepci a dovednosti při používání kondomu. Pokud jde o rizikové chování, bylo zjištěno, že adolescenti, kteří měli sexuální výchovu na střední škole měli méně příležitostných partnerů, sexu spojeného s alkoholem a drogami, pohlavně přenosných infekcí, nechtěných těhotenství a ukončení těhotenství na vlastní žádost než ti, kteří sexuální výchovu neměli. V této studii tedy byl potvrzen pozitivní vztah mezi sexuální výchovou a zdravým sexuálním chováním. (Reis, Ramiro, Matos, Dini 2011)

Studie provedená na adolescentech v Bombaji (2011) také prokázala, že sexuální výchova zvyšuje povědomí o riziku a znalostech strategií snižování rizik, zvyšuje soběstačnost a podněcuje úmysl praktikovat bezpečnější sex a oddálení doby prvního pohlavního styku, spíše než urychluje nástup sexuální aktivity. Tato studie také poukazuje na fakt, že indické adolescentky mají omezený přístup k informacím ohledně antikoncepce a sexuálního zdraví a je třeba dalších výzkumů v této oblasti. (Benzaken, Palep, Gill 2011)

První část námi použitého dotazníku byla zaměřena na zjišťování zkušeností respondentů se sexuální výchovou v rodině a ve škole. Z výsledků první části vyplývá, že zájem o informace spojené s pohlavním životem a sexualitou má 78,61 % studentů. S rodiči se o problematice reprodukčního zdraví doma baví méně než polovina studentů, konkrétně 45,27 %. Důvodem, proč se zbylí studenti s rodiči o této problematice nebaví, je nejčastěji nezájem samotných studentů, popřípadě stud. Pokud se studenti s rodiči baví, nejčastějším

tématem je pohlavní život obecně nebo možnost, že s rodiči mluví takřka o všem. Co se týče sexuální výchovy ve škole, absolvovalo ji určitou formou na základní škole celkem 83,08 % studentů. Nejčastěji byla témata sexuální výchovy zařazena v předmětu Přírodopis (41,32 %). Některé školy přenechávají výuku sexuální výchovy jiným odborníkům či institucím, kteří pak pro školy organizují besedy či přednášky na různá témata. Zkušenost s takovou přednáškou má 59,20 % studentů. Zájem o další takovou přednášku by ale mělo pouze 48,76 % studentů, což je částečně dáno nezájmem studentů o téma jako takové, částečně i možnou neatraktivností těchto přednášek. Pokud už o přednášku studenti zájem mají, měl by ji podle nich vést odborník z praxe, nejlépe lékař.

V další otázce jsme se respondentů ptali, zda si myslí, že jejich znalosti v oblasti sexuální výchovy jsou dostatečné. Jako dostatečné označilo své vědomosti 82 % studentů, což ale mnohdy neodpovídalo zjištěným skutečnostem (viz výše). Co se týče zdrojů, odkud získávají dospívající potřebné informace o pohlavním životě, vede internet (34,88 %) a kamarádi (30,72 %). Škola byla třetí nejčastější možností (15,69 %). Pouze 11,98 % uvedlo jako zdroj informací rodinu. Pozastavení hodný je fakt, že respondenti ve 3 případech uvedli přímo, že zdrojem informací je pro ně pornografie!

ZÁVĚR

Tato diplomová práce je koncipována jako teoreticko-praktická a jejím účelem bylo zmapování úrovně vědomostí studentů vybraných středních škol Moravskoslezského kraje v problematice reprodukčního zdraví.

Teoretická část práce je zaměřena na úvod do problematiky reprodukčního zdraví, tato část práce obsahuje vhléd do oblastí, které jsou teoretickým základem pro výzkumné šetření v empirické části práce a obsahuje témata k tomu vztažená - dospívání, psychosexuální vývoj, reprodukční a sexuální zdraví a faktory, které je ohrožují, plánované rodičovství a antikoncepce, sexuální výchova v rodině a ve škole atd.

Empirická část práce vychází z poznatků prezentovaných v teoretické části práce, podle kterých byl vytvořen dotazník pro sběr dat. Tato část práce předkládá výsledky našeho výzkumného šetření, kterého se zúčastnilo 201 respondentů, studentů pěti vybraných středních škol v Moravskoslezském kraji. Pro výzkumné šetření byl stanoven jeden hlavní cíl a dílčí cíle, pro dílčí cíle byly formulovány hypotézy, jejich statistickým ověřením a přijetím či vyvrácením této hypotézy byly cíle splněny.

Hlavní cíl práce:

Zmapovat úroveň vědomostí studentů vybraných středních škol v Moravskoslezském kraji v problematice reprodukčního zdraví a porovnat zjištěná data.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č.1: Zjistit a porovnat vědomosti o reprodukčním zdraví u dívek a u chlapců.

Statistickým testováním bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a pohlavím. Úroveň vědomostí se u dívek a chlapců neliší, tj. pohlaví nemá vliv na úroveň vědomostí v oblasti reprodukčního zdraví.

Dílčí cíl č.2: Porovnat vědomosti o reprodukčním zdraví podle věku respondentů.

Statistickým testováním bylo zjištěno, že existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a věkem. Z našich výsledků vyplývá, že úroveň vědomostí s věkem narůstá.

Dílčí cíl č. 3: Porovnat úroveň znalostí studentů s ohledem na jejich studijní obor.

Statistickým testováním hypotéz bylo zjištěno, že existuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a oborem studia. Z našich výsledků vyplývá, že studenti zdravotnických oborů a studenti gymnázia, mají vyšší úroveň vědomostí.

Dílčí cíl č.4: Porovnat úroveň znalostí studentů, kteří o problematice reprodukčního zdraví hovoří s rodiči a těch, kteří se o tomto tématu s rodiči nebaví.

Statistickým testováním bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda o dané problematice hovoří s rodiči či ne. Z našich výsledků vyplývá, že studenti, kteří s rodiči hovoří o dané problematice, mají vyšší úroveň vědomostí.

Dílčí cíl č.5: Porovnat úroveň vědomostí studentů na základě toho, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy.

Statistickým testováním bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí studentů a skutečností, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy. Studenti, kteří absolvovali výuku sexuální výchovy neměli prokazatelně vyšší úroveň vědomostí.

Hlavní cíl práce i dílčí cíle byly splněny.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Reprodukční zdraví je stále citlivým tématem pro mnohé studenty i pedagogy. Přesto by ale nemělo být opomíjeno, právě naopak by se mělo o této problematice mluvit více než dříve, jelikož dnešní doba s sebou přináší mnoho rizik. Internet a informace na něm zveřejňované se staly hlavním zdrojem informací pro mládež. Ne všechny tyto informace jsou ale aktuální, ověřené a pravdivé. K dospívajícím se tak často dostávají informace mylné nebo zkreslené. Mělo by tedy být snahou rodičů zajímat se, o co se zajímají jejich potomci a snažit se pomoci jim najít vhodné zdroje informací a pravdivě jim odpovídat na jejich dotazy.

Stejně tak by mělo být snahou pedagogů, vytvářet důvěryhodné prostředí ve škole a ve třídě, otevřít problematiku reprodukčního zdraví a citlivě ji probrat. Přitom by cílem nemělo být zahlcení studentů prostými fakty, ale spíše jejich motivování a utváření správných postojů podporujících sexuálně reprodukční zdraví a pocitu odpovědnosti za zdraví své i svých blízkých.

Jelikož je výuku v oblasti výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví nesmírně důležitá osobnost pedagoga, bylo by vhodné, aby se tito zajímali o problematiku do hloubky, vzdělávali se průběžně v kurzech i pomocí samostudia. Je také vhodné aby se jednalo o člověka důvěryhodného, otevřeného dané problematice a aktivního při používání aktivizačních metod ve výuce, které jsou pro toto téma vhodné.

Pokud ve škole chybí specialista na sexuální výchovu, bylo by dobré obohatit výuku studentů o besedy či přednášky vedené odborníkem na danou problematiku z řad zdravotníků, psychologů, sociálních pracovníků atp.

Jako porodní asistentka vidím velkou možnost ve spolupráci škol a porodních asistentek, které jsou odbornicemi právě v oblasti reprodukčního zdraví a mohou tak studentům poskytnout poznatky ze své praxe, popsat reálné situace a předat studentům důležité informace i názornou formou, nejen z oblasti sexuálně reprodukčního zdraví, ale také z problematiky rodičovství, mateřství, těhotenství, péče o dítě atd.

V neposlední řadě by školy měly mít dostatek edukačních materiálů (včetně audiovizuálních), odborné literatury a názorných pomůcek pro výuku, která se tak stává poutavější a studenti si z ní odnášejí více vědomostí a správných postojů. Dostatek

odborných zdrojů informací také může předcházet tomu, aby studenti vyhledávali potřebné na internetu, kde není zaručena pravdivost informací.

SOUHRN

Tato diplomová práce je koncipována jako teoreticko-praktická (empirická) a zabývá se úrovní vědomostí studentů 1.-3. ročníků vybraných středních škol a odborných učilišť v Moravskoslezském kraji v oblasti reprodukčního zdraví. V práci je zmapována úroveň vědomostí studentů a jsou zde také zachyceny zkušenosti se sexuální výchovou doma i ve škole a postoje k této výchově.

Teoretickou část práce tvoří ucelený vhled do problematiky dospívání, reprodukčního zdraví a sexuální výchovy, včetně konkrétních výstupů z RVP a ŠVP. V empirické části byl v návaznosti na teoretický podklad práce na základě anonymního dotazníkového šetření zjišťováno, jaká je úroveň vědomostí studentů v problematice reprodukčního zdraví, konkrétně jejich znalost stavby a funkce pohlavního ústrojí, metod antikoncepce, pohlavních chorob a jejich prevence, byly také zjišťovány zkušenosti se sexuální výchovou v rodině a ve škole. Výsledky našeho výzkumného šetření poukazují na nedostatečnou úroveň vědomostí studentů středních škol v problematice reprodukčního zdraví.

Klíčová slova: Reprodukční zdraví, rizikové faktory pohlavního života, adolescent, vědomosti, plánování rodičovství, antikoncepce, pohlavně přenosné infekce, prevence.

SUMMARY

This thesis is conceived as theoretical-practical (empirical) and deals with the level of knowledge of students 1.-3. of selected secondary schools in the Moravian-Silesian Region in the field of reproductive health. The thesis describes the level of students' knowledge and also the experiences with sex education at home and at school and attitudes towards this education.

The theoretical part consists of a comprehensive insight into the issues of adolescence, reproductive health and sexual education. In the empirical part, based on the theoretical background of the work, the anonymous questionnaire survey investigated the level of students' knowledge of reproductive health, namely their knowledge of the structure and function of the genital tract, methods of contraception, venereal diseases and their prevention. sexual education in family and school. The results of our research point to a lack of knowledge of secondary school students in the area of reproductive health.

Key words: Reproductive health, risk factors of sex life, adolescent, knowledge, family planning, contraception, sexually transmitted infections, prevention.

REFERENČNÍ SEZNAM

- BENZAKEN, T., PALEP, A., GILL, P. S. 2011. Exposure to and opinions towards sex education among adolescent students in Mumbai: a cross-sectional survey, *BMC Public Health*, 11, p. 805. DOI: 10.1186/1471-2458-11-805.
- CDC. Centre for Disease Control and Prevention [online]. 2017. [cit. 2019-10-31]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/adolescents-youngadults.htm>
www.cdc.gov/std/stat132/adol.htm
- ČEPICKÝ, P. 2011. Antikoncepce, intercepce, sterilizace. In: ROZTOČIL, A. a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- DAVID, H. P., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. 2003. Born Unwanted: Observations From the Prague Study. *American Psychologist*. 58(3). 224-229 pp. ISSN: 1935-990X
- DVOŘÁK, D. 2011. Gynekologie dětí a dospívajících. In: ROZTOČIL, A. a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. s. 139-184. ISBN 978-80-247-2832-2.
- FRAŇKOVÁ, S., KLEIN, Z. 1997. *Úvod do etologie člověka*. Praha: HZ. 193 s. ISBN 80-86009-15-7.
- GERŽOVÁ, H. 2007. Antikoncepce a adolescentka. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. 1.3.2007, 20-23 [cit. 2019-09-24]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200701-0004_Antikoncepce_a_adolescentka.php
- GREGOROVÁ, P., WEISS, P., UNZEITIG, V., CIBULA, D. 2010. Antikoncepční chování českých žen: Výsledky národního výzkumu. *Česká gynekologie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2010(2), s.141-148 [cit. 2019-09-24]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2010-2-3/antikoncepcni-chovani-ceskych-zen-vysledky-narodniho-vyzkumu-31602>
- HAMANOVÁ, J. 2015. Dospívání a některé jeho zdravotní problémy. In: MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2.vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). s. 183-202. ISBN 978-80-247-5351-5.

HŘIVNOVÁ, M. 2016. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví v kurikulu 2. stupně základní školy. In: ŠTĚRBOVÁ, D., RAŠKOVÁ, M. 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 127-136. ISBN 978-80-244-5025-4.

HUDSON, F., INEICHEN, B. 1991. *Taking it lying down. Sexuality and teenage motherhood*. London: Macmillan Press Ltd. 234 pp. ISBN 0-333-53177-9.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

CHRENKOVÁ, M. 2010. *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice*. In: SOCIOTERAPEUTICKÉ LISTY-socioterapie.cz [online]. Havířov: Socioterapeutický občasník, [cit. 2019-09-10]. Dostupné z: <<http://www.socioterapie.cz/index.php?a=14>>. ISSN 1804-0411

International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach [online]. 2018. France: UNESCO. [cit. 2019-09-24]. ISBN 978-92-3-100259-5. Dostupné z: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

JAKAB, Z. Designing the road to better health and well-being in Europe. *World Health Organization: Regional office for Europe* [online]. Copenhagen, 7.11.2011 [cit. 2019-09-25]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf

KABÍČEK, P., CSÉMY, L., HAMANOVÁ, J. 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

KAŠPAROVÁ, P. 2016 *Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách v Olomouckém kraji*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Martin Procházka.

KOLIBA, P. 2014. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 16.12.2014, 15(6), s. 348-352 [cit. 2019-09-24]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201406-0006_Antikoncepce_u_mladistvych-aktualni_pohled_rizika_a_pravni_aspekty.php

- KUBRICHTOVÁ, L. 2005. Sexuální výchova. *RVP: Metodický portál* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 22.6.2005 [cit. 2019-09-24]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/247/sexualni-vychova.html/>
- KUKLOVÁ, I. 2010. Sexuálně přenosná onemocnění. In: WEISS, P. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. s. 579-612. ISBN 978-80-247-2492-8.
- LANCMANOVÁ, I. 2011. Tělesné dospívání chlapců. In: ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.
- MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MACHOVÁ, J., MARÁDOVÁ, E., KLEMENTA, J. a kol. 1998. *Výchova ke zdravému životnímu stylu: (základy sexuální výchovy)*. Praha: Pedagogická fakulta UK. 95 s. Knihnice zdravý životní styl. ISBN 80-86039-63-3.
- MÍKA, O. 2007. Reprodukční zdraví dívky od narození po adolescenci In: KONEČNÁ, H. 2007. *Reprodukční zdraví 2007: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- NOVÁČKOVÁ, M., NOUZOVÁ, K. 2016. *Gynekologická péče: příručka pro ženy, které neměly čas anebo se bojí svého lékaře zeptat*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. 63 s. ISBN 978-80-204-4236-9.
- PARMAR, P. 2018. A Study to Assess the Knowledge and Attitude Regarding Sex Education among Adolescents Studying in the Selected Schools, *International Journal of Nursing Education*, 10(1), pp. 7–11. doi: 10.5958/0974-9357.2018.00002.8.
- PAŘÍZEK, A. 2009. *Knih o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
- Pohyb obyvatelstva - rok 2018. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 21.03.2019 [cit. 2019-09-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-rok-2018>

Rámcový vzdělávací program pro gymnaziální vzdělávání – RVP GV 2016 [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání [cit. 24. 9. 2019]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-gymnazia>

Rámcový vzdělávací program pro střední odborné vzdělávání – RVP SOV 2017. [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání [cit. 24. 9. 2019]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-gymnazia>

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – RVP ZV 2017 [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání [cit. 24. 9. 2019]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2017.pdf

RAŠKOVÁ, M. 2011. Užití metod sexuální výchovy z pohledu historie a současnosti českého školství. *Arnica*, 2011(2), 49–55. Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň. ISSN 1804-8366.

REIS, M. et al. 2011. The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, pp. 477–485. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.11.266.

RELIĆ, M. S. *et al.* 2018. ‘Awareness, Knowledge and Behavior of Highschool Students Concerning Sexually Transmitted Infections’, *Medicinski Pregled / Medical Review*, 71(9/10), pp. 284–294. DOI: 10.2298/MPNS1810284R.

ROZTOČIL, A. a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

ŘEHULKA, E., REISSMANNOVÁ, J. (eds.). 2013. *Současné trendy výchovy ke zdraví: sborník příspěvků = Contemporary trends in education for health : proceedings*. Brno: Masarykova univerzita. 415 s. ISBN 978-80-210-6316-7.

ŘEPA, F. 2017. V ČR přibývá počet pacientů se sexuálně nakažlivými chorobami. *Nemocnice Na Bulovce* [online]. Praha. [cit. 2019-09-24]. Dostupné z: <http://bulovka.cz/v-cr-pribyva-pocet-pacientu-se-sexualne-nakazlivymi-chorobami/>

ŘEŽÁBEK, K. 2011. Neplodnost, asistovaná reprodukce. In: ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. s. 223-245. ISBN 978-80-247-2832-2.

Sexuálně - rizikové chování. *Portál prevence rizikového chování* [online]. Praha: Pražské centrum primární prevence, 2018 [cit. 2019-09-24]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/index.php/sexualne-rizikove-chovani?showall=1>

SIELERT, U. 1994. *Sexuální výchova: kniha netradičních metod výuky*. Praha: Trizonia. 279 s. ISBN 80-85573-36-9.

SKŘENKOVÁ, J. 2011. Význam gynekologické prevence v dětství a adolescenci - tělesné dospívání dívek. In: ŠULOVÁ, L., T. FAIT a P. WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. s. 91-100. ISBN 978-80-7345-238-4.

Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists [online]. 2010. Cologne: Federal Centre for Health Education. [cit. 2019-09-24]. Dostupné z: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf

ŠÍP TARDONOVÁ, V. 2018. Sexuální výchova u dětí: Nosí děti čáp? *Téma*. Praha: MAFRA, 2018(31), 52-57. ISSN 2336-4815.

Školní vzdělávací program pro gymnaziální vzdělávání. [online] Gymnázium Olomouc - Hejčín. Olomouc, 2009. [cit. 24. 9. 2019]. Dostupné z: <https://www.gytool.cz/o-skole/skolni-vzdelavaci-program>

Školní vzdělávací program pro střední odborné vzdělávání - obor strojírenství. [online] Střední průmyslová škola na Proseku. Praha, 2015. [cit. 24. 9. 2019]. Dostupné z: http://www.sps-prosek.cz/soubory/obory/SVP_2015/WEB/1_SVP_S.pdf

ŠTĚRBOVÁ, D., RAŠKOVÁ, M. 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 158 s. ISBN 978-80-244-5025-4.

ŠULOVÁ In WEISS, P. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

ŠULOVÁ, L. 1995. *Jak učit výchovu k manželství a rodičovství?*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 80-7169-218-2.

ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

TÄUBNER, V. 1996. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. Praha: Fortuna. 45 s. ISBN 80-7168-403-1

Umělá přerušení těhotenství v letech 1958-2018. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 24.6.2019 [cit. 2019-09-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvateľstva-rok-2018>

URBANOVÁ, E. 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Osveta. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

UZEL, R. 2006. Sexuální výchova [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí [cit. 2019-09-25]. 30 s. ISBN 80-869-9169-5. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385374360.pdf>

UZEL, R. 2014. *Sexuální výchova adolescentů: (pro vzdělávání pedagogických pracovníků)*. Hradec Králové. Dostupné z: http://www.dmhk.cz/public/Image/sekce-typ-171/uzel_sexualni_vychova_adolescentu.pdf

VANDASOVÁ, Z. a kol. 2008. Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve vztahu k životnímu prostředí: Hodnocení zdravotního stavu [online]. Praha: Státní zdravotnický ústav. [cit. 2019-09-25]. 53 s. ISBN 978-80-7071-300-6. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/Alergie_08.pdf

VRÁNOVÁ, V. 2010. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.

WEISS, P. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

YANG, H. et al. 2016. Status of reproductive health knowledge for junior high school students in Guangzhou city. *Journal of Reproduction and Contraception*, 27(1), pp. 41–49. ISSN 1001-7844.2016.01.0041.

ŽALOUĐÍKOVÁ, I. 2013. Změny v psychice a chování u dospívajících ve věku 11-15 let. Duha: Informace o knihách a knihovnách z Moravy [online]. 27(1) [cit. 2019-09-25]. ISSN 1804-4255. Dostupné z: <http://duha.mzk.cz/clanky/zmeny-v-psychice-chovani-u-dospivajicich-ve-veku-11-15-let>

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1. Zájem o informace
- Tabulka 2. Rozhovory s rodiči
- Tabulka 3. Důvody respondentů
- Tabulka 4. Téma rozhovorů s rodiči
- Tabulka 5. Absolvování sexuální výchovy na ZŠ
- Tabulka 6. Předměty, ve kterých proběhla sexuální výchova
- Tabulka 7. Metody výuky při sexuální výchově
- Tabulka 8. Účast na přednášce o reprodukčním zdraví
- Tabulka 9. Osoba vedoucí přednášku
- Tabulka 10. Zájem o přednášku o reprodukčním zdraví
- Tabulka 11. Požadavek na přednášejícího
- Tabulka 12. Sebehodnocení vědomostí
- Tabulka 13. Zdroj informací
- Tabulka 14. Obavy v oblasti pohlavního života
- Tabulka 15. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí ženy
- Tabulka 16. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí muže
- Tabulka 17. Dosažený počet bodů za položku 12
- Tabulka 18. Doplnění první části položky 13
- Tabulka 19. Doplnění druhé části položky 13
- Tabulka 20. Ejakulace
- Tabulka 21. Menstruační cyklus
- Tabulka 22. Ovulace
- Tabulka 23. Děloha
- Tabulka 24. Poluce
- Tabulka 25. Věková hranice pro legální pohlavní styk
- Tabulka 26. Pohlavní choroby - jednotlivá označení
- Tabulka 27. Pohlavní choroby - dosažený počet bodů
- Tabulka 28. Původce onemocnění AIDS
- Tabulka 29. Podstata AIDS
- Tabulka 30. Cesty přenosu HIV
- Tabulka 31. Cesty přenosu HIV - dosažený počet bodů
- Tabulka 32. Příznaky onemocnění - dosažený počet bodů

Tabulka 33. Následek HPV infekce

Tabulka 34. Prevence HPV infekce - jednotlivé odpovědi

Tabulka 35. Antikoncepce

Tabulka 36. Metody antikoncepce - jednotlivé odpovědi

Tabulka 37. Metody antikoncepce - dosažený počet bodů

Tabulka 38. Prevence přenosu pohlavních chorob

Tabulka 39. Význam pojmu INTERRUPCE

Tabulka 40. Maximální délka těhotenství při UPT na přání ženy

Tabulka 41. První pohlavní styk

Tabulka 42. Dva prezervativy

Tabulka 43. Hormonální antikoncepce a pohlavně přenosné choroby

Tabulka 44. Tampon

Tabulka 45. Kombinování hormonální antikoncepce a ostatních metod

Tabulka 46. Celkový počet bodů za položku 32

Tabulka 47. Pohlaví respondentů

Tabulka 48. Věk respondentů

Tabulka 49. Ročník studia

Tabulka 50. Obor studia

Tabulka 51. Popisná statistika dosažených bodů

Tabulka 52. Výsledné skóre

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1. Zájem o informace
- Graf 2. Rozhovory s rodiči
- Graf 3. Důvody respondentů
- Graf 4. Téma rozhovorů s rodiči
- Graf 5. Absolvování sexuální výchovy na ZŠ
- Graf 6. Metody výuky při sexuální výchově
- Graf 7. Účast na přednášce o reprodukčním zdraví
- Graf 8. Osoba vedoucí přednášku
- Graf 9. Zájem o přednášku na téma reprodukční zdraví
- Graf 10. Požadavek na přednášejícího
- Graf 11. Sebehodnocení vědomostí
- Graf 12. Zdroj informací
- Graf 13. Obavy v oblasti pohlavního života
- Graf 14. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí ženy
- Graf 15. Jednotlivé součásti pohlavního ústrojí muže
- Graf 16. Ejakulace
- Graf 17. Menstruační cyklus
- Graf 18. Ovulace
- Graf 19. Děloha
- Graf 20. Poluce
- Graf 21. Věková hranice pro legální pohlavní styk
- Graf 22. Pohlavní choroby - dosažený počet bodů
- Graf 23. Původce onemocnění AIDS
- Graf 24. Podstata AIDS
- Graf 25. Cesty přenosu HIV
- Graf 26. Cesty přenosu HIV - dosažený počet bodů
- Graf 27. Příznaky onemocnění - dosažený počet bodů
- Graf 28. Následek HPV infekce
- Graf 29. Prevence HPV infekce - jednotlivé odpovědi
- Graf 30. Antikoncepce
- Graf 31. Metody antikoncepce - dosažený počet bodů
- Graf 32. Prevence přenosu pohlavních chorob

- Graf 33. Význam pojmu INTERRUPCE
- Graf 34. Maximální délka těhotenství při UPT na přání ženy
- Graf 35. Celkový počet bodů za položku 32
- Graf 36. Pohlaví respondentů
- Graf 37. Věk respondentů
- Graf 38. Ročník studia
- Graf 39. Obor studia
- Graf 40. Výsledné skóre
- Graf 41. Krabicový graf závislosti úrovně vědomostí na pohlaví
- Graf 42. Závislost úrovně vědomostí na věku
- Graf 43. Závislost úrovně vědomostí na oboru studia
- Graf 44. Závislost úrovně vědomostí a hovorů s rodiči
- Graf 45. Závislost úrovně vědomostí na sexuální výchově

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední škole řemesel Frýdek-Místek
- Příloha 2 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole Opava
- Příloha 3 Souhlas s průzkumným šetřením na Gymnáziu Mikuláše Koperníka Bílovec
- Příloha 4 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední škole prof. Zdeňka Matějčka
Ostrava - Poruba
- Příloha 5 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole a Vyšší
odborné škole zdravotnické Ostrava
- Příloha 6 Dotazník
- Příloha 7 Výsledky statistického testování

Příloha 1 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední škole řemesel Frýdek-Místek

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní/Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí mé závěrečné diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, kombinované formy, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem této práce je zmapovat vědomosti studentů středních škol v oblasti reprodukčního zdraví. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Věry Vránové, Ph.D.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 23. 6. 2014

Podpis a razítko



**Střední škola řemesel,
Frýdek-Místek,**
příspěvková organizace²
Plonýrů 2069, Frýdek-Místek
IČ: 13644301 • DIČ: CZ13644301

Příloha 2 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole Opava

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní/Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí mé závěrečné diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, kombinované formy, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem této práce je zmapovat vědomosti studentů středních škol v oblasti reprodukčního zdraví. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Věry Vránové, Ph.D.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

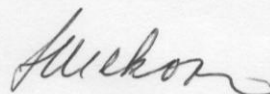
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Střední zdravotnická škola, Opava,
příspěvková organizace
Dvořákovy sady 176/2, 746 01 Opava
IČ: 00601152, tel.: 553 652 325 4

Datum: 4.6.2019

Podpis a razítko



Příloha 3 Souhlas s průzkumným šetřením na Gymnáziu Mikuláše Koperníka Bílovec

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní/Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí mé závěrečné diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, kombinované formy, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem této práce je zmapovat vědomosti studentů středních škol v oblasti reprodukčního zdraví. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Věry Vránové, Ph.D.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 9. 6. 2019

Gymnázium Mikuláše Koperníka.
Bílovec.
příspěvková organizace

Podpis a razítko

Příloha 4 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední škole prof. Zdeňka Matějčka
Ostrava - Poruba

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní/Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí mé závěrečné diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, kombinované formy, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem této práce je zmapovat vědomosti studentů středních škol v oblasti reprodukčního zdraví. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Věry Vránové, Ph.D.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 20. 6. 2019

Střední škola prof. Zdeňka Matějčka
Ostrava-Poruba
příspěvková organizace
17. listopadu 1123/70
708 00 OSTRAVA-PORUBA (4)

Podpis a razítko

Příloha 5 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické Ostrava

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená pani/Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí mé závěrečné diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, kombinované formy, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem této práce je zmapovat vědomosti studentů středních škol v oblasti reprodukčního zdraví. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Věry Vránové, Ph.D.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 11. 6. 2019

Podpis a razítko 

Střední zdravotnická škola 3
a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Ostrava, příspěvková organizace
korespondenční adresa:
1. máje 11, 709 00 OSTRAVA

Příloha 6 Dotazník

Dotazník - Reprodukční zdraví dospívajících

Dobrý den, jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a Vaše odpovědi poslouží jako důležitý podklad pro mou diplomovou práci, ve které se zaměřuji na vědomosti dospívajících v oblasti reprodukčního zdraví. U většiny otázek jsou uvedeny varianty odpovědí a já Vás prosím, abyste označili tu, která nejlépe vystihuje Váš názor. Tuto odpověď označte (zakřížkujte, zakroužkujte apod.). U několika otevřených otázek Vás prosím o vlastní zformulování odpovědi. V závěru dotazníku prosím nezapomeňte vyplnit Vaše demografické údaje (pohlaví, věk, atd.).

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

Kateřina Vojtíšková

1. Zajímáš se o informace související s dospíváním, pohlavním životem, sexualitou?(hodící se odpověď označ ×)

Ano Ne

2. Bavíte se s rodiči o těchto tématech?

Ano Ne

3. Pokud NE, proč?

4. Pokud ANO, o čem? (uved' konkrétní témata jako hygiena, dospívání, pohlavní život apod.)

5. Probírali jste v některém předmětu na základní škole témata sexuální výchovy? Pokud ano, ve kterém/kterých?

Ano Ne Předmět:

6. Pokud ANO, jakou formou probíhala výuka? (můžeš vybrat více možností)

a) Přednáška b) diskuze s učitelem a spolužáky c) videoprojekce.

7. Měli jste ve škole možnost zúčastnit se besedy, přednášky s odborníkem na téma sexuální výchova? Pokud ANO, kdo ji vedl? (lékař, porodní asistentka, jiný odborník)

Ano Ne Vedl/a:

8. Měl/a bys o podobnou přednášku zájem? Kdo by ji měl vést?

Ano Ne Měl/a by vést:

9. Myslíš si, že jsou tvé znalosti v oblasti sexuální výchovy dostatečné?

Ano Ne

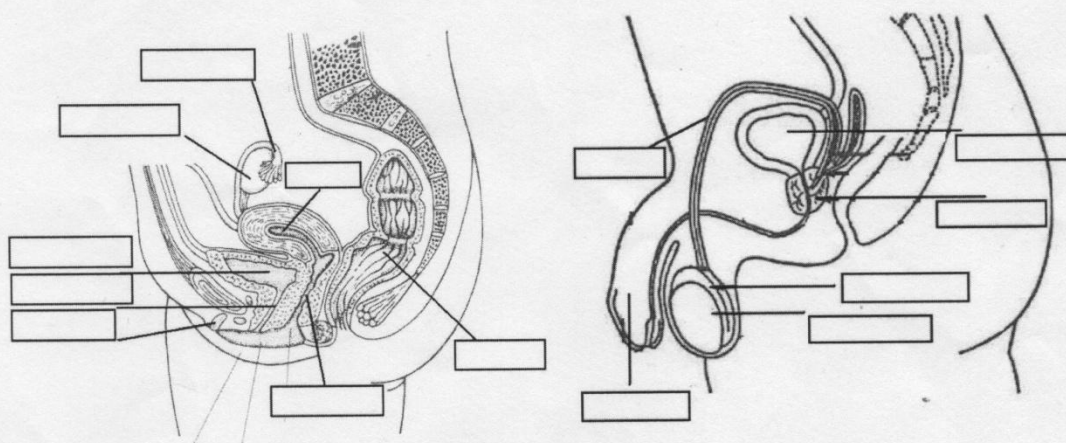
10. Odkud získáváš informace o pohlavním životě, které tě zajímají? (můžeš vybrat více možností)

Rodina internet kamarádi škola knihy jiné (uved' jaké)

11. Čeho se nejvíce obáváš v oblasti pohlavního života?

Pohlavní choroby otěhotnění selhání v očích partnera ztrápení se.

12. Doplň názvy jednotlivých částí pohlavních orgánů ženy a muže:



13. Doplň:

Ženská pohlavní buňka se nazývá..... a tvoří se v

Mužská pohlavní buňka se nazývá.....a tvoří se v

14. Ejakulace je

- a) vyplavení ejakulátu z penisu ven b) ztopoření penisu c) sexuální porucha d) metoda antikoncepce.

15. Jeden ženský menstruační cyklus trvá zhruba

- a) 7 dní b) 9 měsíců c) 28 dní d) 30-45 let.

16. Ovulace je

- a) pohlavní choroba b) sexuální porucha c) metoda antikoncepce d) uvolnění zralého vajíčka z vaječníku.

17. Děloha je orgán, ve kterém

- a) se tvoří vajíčko b) se vyvíjí plod c) probíhá pohlavní styk d) se tvoří spermie.

18. Poluce je

- a) mimovolný výron semene ve spánku b) první menstruace c) pohlavní choroba d) proces oplození.

19. Nejnižší věková hranice pro legální pohlavní styk je

- a) 18 let b) 15 let c) 14 let d) 21 let.

20. Vyber, které z těchto chorob patří k pohlavně přenosným chorobám (správné označ křížkem).

AIDS	Angína	Syfilis	Lidský papillomavirus
Hepatitida B	Kvasinková infekce	Kapavka	Hepatitida A
Lupénka	Herpes virus	Osteoporóza	Venerické bradavice
Spalničky	Měkký vřed	Mukoviscidóza	Svrab

21. Znáš původce onemocnění AIDS?

- a) Cytomegalovirus b) virus HIV c) HPV virus d) SARS virus.

22. Víš, v čem spočívá podstata nemoci AIDS?

- a) Selhání srdce b) neschopnost otěhotnění c) selhání imunitního systému d) akutní infekce dýchacího systému.

23. Víš, jakými možnými cestami se HIV přenáší? (správné označ křížkem)

Krví	polibkem	mateřským mlékem	držením za ruce
slinami	z matky na dítě	kýcháním	pohlavními sekrety

24. Víš, jak se infekce pohlavní chorobou mohou projevit? (uved' alespoň 3 příznaky)

-
-
-

25. Víš, které závažné onemocnění je nejčastěji spojováno s HPV infekcí (infekcí lidským papilomavirem)?

a) AIDS b) rakovina děložního čípku c) zápal plic d) rakovina plic e) genitální opar.

26. Víš, jak lze předejít vzniku onemocnění Lidským papilomavirem (HPV)? (vyber všechny správné možnosti)

a) Očkování dívek b) očkování chlapců c) užívání vitamínu B6 d) užívání vitamínu B12 e) používání kondomu.

27. Antikoncepce je

a) metoda zabránění otěhotnění b) léčba pohlavních chorob c) prevence pohlavních chorob d) vznik zárodku.

28. Urči, zda použití daného prostředku, je existující metodou antikoncepce. (správné označ křížkem)

Prezervativ	Lubrikační gel	Nitroděložní tělísko
Přerušovaný styk	Hormonální pilulky	Výplach pochvy
Tampon	Femidon	Vata
Kroužek na penis	Čaj z třezalky	Pesar
Hormonální náplasti	Mytí genitálu solným roztokem	Hormonální implantáty

29. Který druh antikoncepce brání přenosu pohlavních chorob?

30. Jaký je význam slova INTERRUPCE?

a) Umělé oplodnění b) Léčba pohlavních chorob c) Umělé přerušování těhotenství d) Přerušovaný styk

31. Do kterého týdne těhotenství lze provést umělé přerušování těhotenství na přání ženy?

a) Do 6. týdne b) do 12. týdne c) do 24. týdne d) do 36. týdne

32. Urči, zda je dané tvrzení pravdivé:

- a) Žena při prvním pohlavním styku nemůže otěhotnět. Ne/Ano/Nevím
- b) Dva prezervativy použité najednou poskytují dvojnásobnou ochranu. Ne/Ano/Nevím
- c) Hormonální antikoncepce poskytuje ochranu před pohlavně přenosnými chorobami. Ne/Ano/Nevím
- d) Menstruační tampon zavedený v pochvě během styku brání otěhotnění. Ne/Ano/Nevím
- e) Hormonální antikoncepce se nesmí používat v kombinaci s jinou metodou antikoncepce. Ne/Ano/Nevím

Pohlaví: Žena – Muž Věk:

Ročník SŠ:

Obor:

Příloha 7 Výsledky statistického testování

Nejprve popisná statistika, takže statistiky a četnosti:

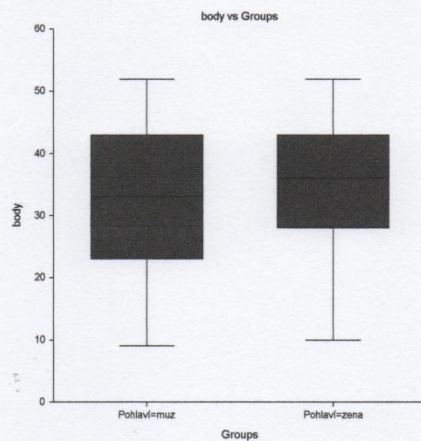
	Věk	body
Průměr	17.2	33.8
Směr.odchylka	0.88	10.66
Medián	17	35
Minimum	15	9
Maximum	25	52

Hypotézy:

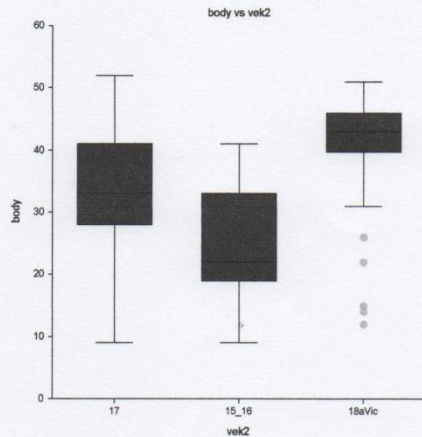
H_1 : Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí (získané body) a pohlavím.
Aplikujeme dvouvýběrový t-test s nulovou hypotézou „mezi hodnocením a věkem není závislost“.
S pomocí testu získáme vypočtené hodnoty hodnocení pro jednotlivá pohlaví, a hodnotu významnosti. Pokud tato hodnota (p-hodnota) je menší než kritérium 0.05, potom hypotézu zamítáme, jinak ne. Zde jsme spočítali hodnotu 0.078, což znamená, že hypotézu nezamítáme. Na body nemá pohlaví vliv. O krabicový graf toto naznačuje, že ten „posun“ není zásadní.

skupina	počet	průměr	sm.odchylka
Pohlaví=muz	55	31.6	11.86904
Pohlaví=zena	146	34.56849	10.08919

Alternative Hypothesis	Mean Difference	Error of Difference	T-Statistic	d.f.	Prob Level	Reject H0 at $\alpha = 0.050$
$\mu_1 - \mu_2 \neq 0$	-2.968493	1.677327	-1.7698	199	0.07830	No



H₂: Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí a věkem. Aplikujeme test ANOVA s nul.hypotézou, „hodnocení není závislé na věku“. Krom statistik pro kategorie věku je součástí testu p-hodnota, které pokud je menší než kritérium 0.05, hypotézu zamítáme, jinak ne. P-hodnota vyšla značně malá (6 platných nul), takže hypotézu zamítáme. Mezi hodnocením a věkem existuje souvislost. K tomu, jaká ta závislost je, slouží další testy, které zjistí, mezi kterými skupinami rozdíl je, a kterými není.



Analysis of Variance Table and F-Test

Model Term	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Ratio	Prob Level	Reject Equal Means? (α=0.05)	Power (α=0.05)
Between (vek2)	2	5203.502	2601.751	29.4108	0.00000	Yes	1.00000
Within (Error)	198	17515.55	88.46239				
Adjusted Total	200	22719.05					
Total	201						

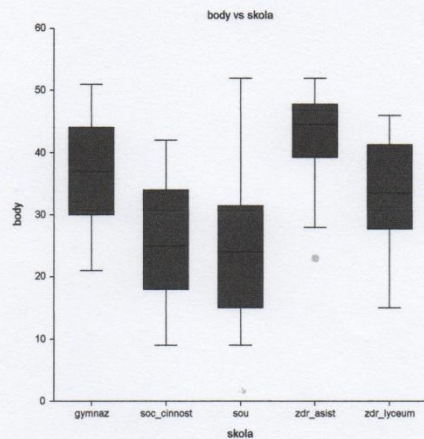
Bonferroni (All-Pairwise) Multiple Comparison Test

skupina	počet	průměr	rozdíl
17	119	32.57143	15_16, 18aVice
15_16	28	24.85714	17, 18aVice
18aVice	54	40.98148	17, 15_16

Z toho porovnání vidíte, že se liší každá kategorie věku s ostatními kategoriemi.

H₃: Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí (získané body) a oborem studia.

Opět aplikujeme test ANOVA s nulovou hypotézou „mezi hodnocením a oborem není závislost“. P-hodnota testu je opět značně menší než kritérium (0.05), proto hypotézu zamítáme, a hodnocení se podle oboru liší.



Analysis of Variance Table and F-Test

Model Term	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Ratio	Prob Level	Reject Equal Means? (α=0.05)	Power (α=0.05)
Between (skola)	4	8590.991	2147.748	29.7959	0.00000	Yes	1.00000
Within (Error)	196	14128.06	72.08195				
Adjusted Total	200	22719.05					
Total	201						

Bonferroni (All-Pairwise) Multiple Comparison Test

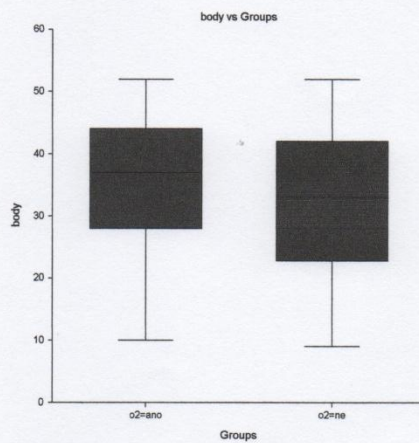
obor	počet	průměr	rozdíl
gymnaz	43	36.93023	soc_cinnost, sou, zdr_asist
soc_cinnost	47	26.25532	gymnaz, zdr_asist, zdr_lyceum
sou	21	24.95238	gymnaz, zdr_asist, zdr_lyceum
zdr_asist	48	42.72917	gymnaz, soc_cinnost, sou, zdr_lyceum
zdr_lyceum	42	33.04762	soc_cinnost, sou, zdr_asist

Vidíme, které obory se liší od kterých, a naopak, které nikoli. Např. gymnázium je na tom podobně jako zdravotní lyceum, atp.

H₀: Neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní znalostí studentů (získané body) a skutečností, zda o dané problematice hovoří s rodiči či ne (otázka č. 2 - rodiče). Aplikujeme dvouvýběrový t-test s nulovou hypotézou „mezi hodnocením a diskusí s rodiči není závislost“. Vypočtená p-hodnota < 0.05, proto hypotézu zamítáme. Diskuse s rodiči má vliv na hodnocení. Podle průměrů i grafu je zřejmé, že vyšší hodnocení je pro ty, jež s rodiči diskutují.

skupina	počet	průměr	směr.odchylka
o2=ano	91	35.46154	9.814171
o2=ne	110	32.34546	11.15647

Alternative Hypothesis	Mean Difference	Standard Error of Difference	T-Statistic	d.f.	Prob Level	Reject H0 at $\alpha = 0.050$
$\mu_1 - \mu_2 \neq 0$	3.116084	1.497883	2.0803	199	0.03878	Yes

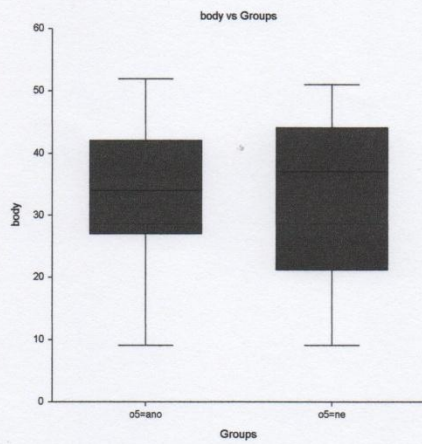


H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi úrovní znalostí studentů (získané body) a skutečností, zda na základní škole absolvovali výuku sexuální výchovy (otázka č. 5 - sexuální výchova).

Aplikujeme dvouvýběrový t-test s nulovou hypotézou „hodnocení není závislé na výuce sexuální výchovy“. Vypočtená p-hodnota není menší než 0.05, proto hypotézu nezamítáme. Výuka sex.výchovy nemá vliv na následné hodnocení.

skupina	počet	průměr	směr.odchylka
o5=ano	167	33.88024	10.18433
o5=ne	32	32.78125	13.17557

Alternative Hypothesis	Mean Difference	Standard Error of Difference	T-Statistic	d.f.	Prob Level	Reject H0 at $\alpha = 0.050$
$\mu_1 - \mu_2 \neq 0$	1.098989	2.458851	0.4470	38.41	0.65742	No



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Kateřina Vojtíšková
Katedra nebo ústav:	Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název závěrečné práce:	Znalosti studentů středních škol v problematice reprodukčního zdraví
Název závěrečné práce v angličtině:	Secondary school student's knowledge in the field of reproductive health
Anotace závěrečné práce:	<p>Tato diplomová práce se zabývá úrovní vědomostí studentů středních škol v Moravskoslezském kraji v problematice reprodukčního zdraví. Je orientována na vědomosti v oblasti reprodukce, sexuality, antikoncepce a pohlavně přenosných chorob ve spojitosti s dospíváním a prevencí. Teoretickou část práce tvoří ucelený vhled do problematiky dospívání, reprodukčního zdraví a sexuální výchovy, včetně konkrétních výstupů z RVP a ŠVP. V empirické části je pomocí anonymního dotazníkového šetření zjišťováno, jaká je úroveň vědomostí studentů v problematice reprodukčního zdraví, konkrétně jejich znalost stavby a funkce pohlavního ústrojí, metod antikoncepce, pohlavních chorob a jejich prevence, byly také zjišťovány zkušenosti se sexuální výchovou v rodině a ve škole. Výsledky našeho výzkumného šetření poukazují na nedostatečnou úroveň vědomostí studentů středních škol v problematice reprodukčního zdraví.</p>
Klíčová slova:	Reprodukční zdraví, rizikové faktory pohlavního života, adolescent, vědomosti, plánování rodičovství, antikoncepce, pohlavně přenosné infekce, prevence.

<p>Anotace práce v angličtině:</p>	<p>This thesis deals with the level of knowledge of secondary school students in the Moravian-Silesian Region in the area of reproductive health. It is oriented towards knowledge in the area of reproduction, sexuality, contraception and sexually transmitted diseases in connection with adolescence and prevention. The theoretical part of the work consists of a comprehensive insight into the issues of adolescence, reproductive health and sexual education, including specific outcomes of educational programs. In the empirical part, an anonymous questionnaire survey examines the level of students' knowledge in the area of reproductive health, namely their knowledge of the structure and function of the genital tract, methods of contraception, venereal diseases and their prevention. The results of our research show a lack of knowledge of secondary school students in the area of reproductive health.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Reproductive health, risk factors of sex life, adolescent, knowledge, family planning, contraception, sexually transmitted infections, prevention.</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha 1 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední škole řemesel Frýdek-Místek</p> <p>Příloha 2 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole Opava</p> <p>Příloha 3 Souhlas s průzkumným šetřením na Gymnáziu Mikuláše Koperníka Bílovec</p> <p>Příloha 4 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední škole prof. Zdeňka Matějčka Ostrava - Poruba</p> <p>Příloha 5 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické Ostrava</p>

	Příloha 6 Dotazník Příloha 7 Výsledky statistického testování
Rozsah práce:	109 stran
Jazyk práce:	Čeština