

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách
v Olomouckém kraji.**

vedoucí práce: Doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Bc. Petra Kašparová
UOPZŠ
Kombinované studium
Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. MUDr. Martina Procházky, Ph.D. K práci jsem použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 1. 3. 2016

Bc. Petra Kašparová

Tímto chci poděkovat doc. MUDr. Martinu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytování cenných rad.

Děkuji také respondentům za čas, který mi věnovali a ředitelům středních škol, a to PaedDr. Jiřímu Michalovi, Ing. Martině Zahnášové, Mgr. Pavlovi Skulovi a Mgr. Ladislavovi Sedláčkovi, za umožnění průzkumného šetření.

Obsah

1	ZDRAVÍ.....	9
1.1	Program zdraví 21.....	9
1.2	Zdraví 2020 – národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.....	14
1.3	Reprodukční zdraví.....	15
1.4	Pohlavně přenosné nemoci	18
1.5	Vývoj počtu hlášených pohlavních onemocnění	25
1.6	Zánětlivé onemocnění ženských pánevních orgánů	27
1.7	Pohlavní zneužívání dětí.....	27
1.8	Výchova k reprodukčnímu zdraví.....	28
2	SEXUÁLNÍ VÝCHOVA.....	30
2.1	Antikoncepce	31
2.2	Sexuální výchova ve školství.....	32
2.3	Princip a obsah sexuální výchovy.....	32
2.4	Osobnost pedagoga	35
2.5	Metody výuky	36
2.6	Cíle výchovy k reprodukčnímu zdraví.....	38
3	DOSPÍVÁNÍ	39
3.1	Fyzický vývoj	40
3.2	Psychický vývoj.....	40
4	METODIKA PRÁCE.....	43

5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	45
	DISKUZE	73
	ZÁVĚR.....	76
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	78
	SOUHRN.....	80
	SUMMARY	81
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	82
	SEZNAM GRAFŮ	88
	SEZNAM ZKRATEK	89
	SEZNAM PŘÍLOH	90
	ANOTACE.....	113

ÚVOD

„Klíčem ke zdraví dospívajících je jejich chování.“

WHO

Sexuální život a reprodukce je přirozenou součástí života. K tomu, aby bylo možné se úspěšně rozmnožovat, je nezbytný zdravý a ničím nenarušený vývoj pohlavních orgánů a zodpovědný přístup k sexuálnímu životu (Fenwicková, 1996, s. 4). K oddálení začátku sexuálního života u mladistvých přispívá především výchova, která mladistvé vede ke schopnosti sebeovládání, vypěstovat u něj smysl pro odpovědnost, směřovat ho k pozitivnímu využití volného času. Na druhé straně však stojí silný tlak vrstevníků, snaha vyrovnat se jim, zalíbit, nevyčínat, tlak partnera, přílišná liberalizace sexu, rozšířenost sexuálních pobídek v inzerátech, reklamách, pornografických časopisech nebo na internetu (Reprodukční zdraví v dospívání, 2002, s. 15-16). Mladí lidé musí být včas a důsledně seznámeni a vychováni s vědomím, že časné zahájení pohlavního života může být příčinou trvalých následků, které nemusí být hned patrné, projeví se až v dospělosti při plánování rodičovství (Machová, Hamanová, Reprodukční zdraví v dospívání, 2002, s. 164-166). Nejucelenější poznatky ohledně pohlavního zdraví získávají ve škole, která tvoří základ výchovy jedinců ve společnosti. Škola jako jediná instituce může v jeden okamžik oslovit všechny jedince určitého věku a následně na ně systematicky a dlouhodobě působit. Předáváním vědomostí a dovedností se škola podílí na utváření a formování jejich identity. Výchova k reprodukčnímu zdraví jako součást sexuální výchovy se zaměřuje na fyziologické a morfologické znaky muže a ženy vztahující se k rozmnožování, jedná se o regulaci pohlavního pudu tak, aby se neprojevil předčasně s pozdějšími negativními důsledky (Janiš, 2008, s. 38-55).

V současnosti je v otázce sexuálního chování větší volnost, otevřenost a svoboda. Pohlavní styk se neděje pouze za cílem zplození potomka, tzn., že přichází o výhradní reprodukční funkci. Uvolněná morálka je patrná především na stále se snižujícím věku začátku pohlavního života. Až 99 % z nich má předmanželskou zkušenost se sexuálním stykem, tím zároveň dochází k nárůstu počtu sexuálních partnerů. Současně se zvyšuje počet adolescentů, kteří mají své první sexuální zkušenosti před zákonem danou věkovou hranicí (Binarová, 2000, s. 21-31). Jedná se o „*novou nemocnost mládeže*“, která může mít až fatální následky,

kdy činí u 15-19 letých hlavní příčinu úmrtí. Následná léčba zapříčiněná následky rizikového chování může mít neblahý dopad jak pro samotného nemocného, jeho rodinu a nakonec i celou společnost jak po stránce sociální, zdravotní, tak i ekonomické.

Mladiství mají během svého dospívání sklon k experimentování, vyhledávání vzrušujících a nových činností jim přináší uspokojení specifické vývojové potřeby, jedná se o určitý pozitivní způsob satisfakce, což lze považovat za přirozený vývoj, pokud se jedná pouze o přechodnou činnost s určitými hranicemi, které zabezpečují ochranu jedince.

Mezi základní okruhy rizikového chování, které se často vzájemně prolínají, patří užívání návykových látek, rizikové sexuální chování a záporné psychosociální jevy (Machová, Hamanová, 2002, s. 157-158).

Diplomová práce je sestavená jako teoreticko-praktická a zaměřuje se na problematiku vzdělávání a postoje studentů vybraných středních škol k reprodukčnímu zdraví a sexualitě.

Byl stanoven hlavní cíl:

Zmapovat vědomosti a postoje studentů prvních a druhých ročníků vybraných středních škol v Olomouckém kraji k reprodukčnímu zdraví.

Dílčí cíle

1. Porovnat zjištěné vědomosti.
2. Zjistit, zda studenti vidí souvislost brzkého začátku sexuálního života s následným dopadem na jejich psychický či fyzický vývoj.
3. Zjistit preferovaný způsob řešení neplánovaného těhotenství u studentů.
4. Zjistit, jak studenti pohlíží na sexuální výchovu ve školství.

Vyhledávací strategie:

Vyhledávací strategie zahrnovaly dvě metody. První metodou byla rešerše v Ústřední knihovně Univerzity Palackého, rešerše v Lékařské knihovně Fakultní nemocnice Ostrava a ve specializované knihovně Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Druhou metodou bylo vyhledávání v on-line databázích PubMed, Medvik, ProQuest, NCBI, EBSCO a Link Springer. Pro diplomovou práci bylo nalezeno 896 článků a publikací souvisejících se sexuální výchovou mládeže, 125 z nich bylo v anglickém jazyce, 98 v jazyce slovenském, 8 v jazyce německém, 325 publikací v jazyce českém. Po prostudování všech materiálů bylo využito 48 publikací, z toho 40 v českém jazyce, 8 v jazyce anglickém. Z důvodu nevhodnosti a opakování poznatků byly ostatní zdroje vyřazeny.

Vyhledávací období: 1986 - 2015

1 ZDRAVÍ

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation -WHO) v roce 1948 navrhuje širokou definici zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci. V roce 1984 byla tato verze rozšířena o formulaci, že zdraví je jedna z nejcennějších hodnot, které máme. Na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1998 bylo zdraví prohlášeno za základní lidské právo (Machová, Hamanová 2002, s. 11). K pojmu zdraví nelze přistupovat izolovaně, neboť se jedná o vzájemnou interakci několika jevů, které mají vliv na bytí člověka. Jedná se o kombinaci správné výživy, fyzické aktivity, sexuální aktivity, práce, duševní pohody, odolnosti vůči stresu či pozitivních sociálních vazeb (Čeledová, Čevela, 2010, s. 14-15). Zdraví nepředstavuje samo o sobě životní cíl, ale základní prvek smysluplného žití. Výstižně se vyjádřil dřívější generální ředitel Světové zdravotnické organizace dr. Halfdan Mahler: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.*“ Obecně lze pojmout zdraví jako optimální a vyvážené fungování organismu, jak po stránce tělesné, duševní, tak i sociální při zachování životních funkcí, společenských rolí a možnostech organismu se adaptovat na neustále se měnící podmínky prostředí. Samotný pohled na zdraví a jeho zlepšování úzce souvisí se vzděláním, sociální úrovní a životním stylem (Čevala, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 9-16). WHO se zaměřuje na snížení úmrtnosti, invalidity, prosazuje zdravý životní styl, rozvíjí zdravotnické systémy, klade důraz na zdravotní politiku. V květnu 1998 se členské státy usnesly na deklaraci, která byla přijata, aby podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století (Vránová, 2010, s. 11-13).

1.1 Program zdraví 21

Hlavním cílem tohoto programu je ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život, přičemž vychází ze zkušeností získaných z programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Samotné číslo 21 vyjadřuje století, ve kterém se tento program uskutečňuje a též znázorňuje počet jeho cílů. Pro členské státy Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO) představuje Zdraví 21

návod a podnět k řešení vlastních otázek v péči o zdraví lidu. Klade velký důraz na spolupráci všech resortů (Čeledová, Čevela, 2010, s. 90-91).

CÍLE PROGRAMU ZDRAVÍ 21

Cíl 1: solidarita ve zdraví v evropském regionu

Do roku 2020 by se měly rozdíly ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy snížit o jednu třetinu.

Cíl 2: spravedlnost ve zdraví

Do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami o čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin.

Cíl 3: zdravý start do života

Do roku 2020 vytvořit podmínky umožňující zdravý start do života pro všechny narozené děti a děti předškolního věku.

Cíl 4: zdraví mladých

Do roku 2020 vytvořit odpovídající podmínky, aby byli mladí lidé zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti. Prvním dílčím úkolem je, aby děti a dospívající mládež mohla získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí a měla by být způsobilější ke zdravému životu. Druhý dílčí cíl má za úkol snížit počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod alespoň o 50 %. Třetím úkolem je snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování. Mezi takové chování patří konzumace drog, tabáku a alkoholu. Čtvrtým dílčím úkolem je snížit o třetinu u dospívajících dívek počet těhotenství.

Cíl 5: zdravé stárnutí

Do roku 2020 by měli lidé nad 65 let mít možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

Cíl 6: zlepšení duševního zdraví

Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a zajistit dostupnost komplexních služeb pro lidi s duševními poruchami.

Cíl 7: prevence infekčních onemocnění

Snížit nepříznivé důsledky infekčních onemocnění prostřednictvím realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních onemocnění, které zásadně ovlivňují zdraví veřejnosti.

Dílčí úkol č. 7. 4. Nejpozději do roku 2010 dosáhnout snížení výskytu nových nosičů viru hepatitidy B, vrozené syfilis, záškrtu, zarděnkového syndromu.

Dílčí úkol č. 7. 5. Nejpozději do roku 2015 zajistit trvalé snižování úmrtnosti, výskytu a negativních dopadů infekce HIV / AIDS, dále pohlavně přenosných chorob, tuberkulózy, akutních respiračních a průjemových onemocnění.

Cíl 8: snížení výskytu neinfekčních nemocí

Do roku 2020 snížit nemocnost, četnost zdravotních následků, předčasnou úmrtnost v důsledku chronických nemocí na nejnižší možnou úroveň.

Cíl 9: snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy

Do roku 2020 zajistit, aby počty úmrtí, postižení a zranění, která jsou následkem nehod a násilných činů, trvale a výrazně poklesly.

Dílčí úkol č. 9. 3. Úmrtí následkem domácího násilí, násilí zaměřeného na druhé pohlaví a organizovaného zločinu, snížit alespoň o 25 %.

Cíl 10: zdravé a bezpečné životní prostředí

Zajistit bezpečnější životní prostředí, ve kterém výskyt zdraví nebezpečných látek nebude přesahovat mezinárodně schválené normy.

Cíl 11: zdravější životní styl

V celé společnosti by si lidé měli osvojit zdravější životní styl.

Dílčí úkol č. 11. 1. Podpořit zdravé chování ve výživě a navýšit tělesnou aktivitu.

Cíl 12: snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem

Výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek: tabáku, alkoholu a psychoaktivních drog.

Dílčí úkol č. 12. 1. 80 % osob starších než 15 let by mělo být nekuřáků a osoby mladší 15 let by nekuřáci měli představovat až 100 %.

Dílčí úkol č. 12. 2. Spotřeba alkoholu by neměla přesáhnout 6 litrů na osobu za rok a u mladších osob 15 let by měla být nulová.

Dílčí úkol č. 12. 3. Snížit šíření drog přinejmenším o 25 % a následnou úmrtnost z důvodu jejich užívání alespoň o 50 %.

Cíl 13 - zdravé místní životní podmínky

Obyvatelé by měli mít více možností žít ve zdravých životních podmínkách jak v sociálních, tak i ekonomických (doma, na pracovišti, ve škole či v místním společenství).

Dílčí úkol č. 13. 1. Zlepšit kvalitu a bezpečnost domácího prostředí, rozvojem schopností jednotlivců i rodin.

Cíl 14: zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů

Do roku 2020 by si veškerá odvětví měla uvědomit a přijmout svou odpovědnost za zdraví.

Cíl 15: integrovaný zdravotnický sektor

Zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, jenž je orientována na rodinu a na místní společenství.

Dílčí úkol č. 15. 1. Utvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, jenž zajistí návaznost péče.

Cíl 16: řízení v zájmu kvality péče

Zajistit, aby vedení resortu zdravotnictví bylo orientováno na výsledek.

Cíl 17: financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů

Zajistit způsob financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, jenž bude vycházet ze zásad rovného přístupu, efektivity, solidarity a optimální kvality.

Cíl 18: příprava zdravotnických pracovníků

Zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i pracovníci v dalších odvětvích získali odpovídající vědomosti, dovednosti a postoje k ochraně a rozvoji zdraví.

Dílčí úkol č. 18.1. Vzdělání odborné zdravotnické veřejnosti odpovídající principům Zdraví 21.

Cíl 19: výzkum a znalosti v zájmu zdraví

Zavést zdravotní výzkum, informační a komunikační systém, jenž umožní využívat a předávat znalosti směřující k posilování a rozvoji zdraví všech lidí.

Dílčí úkol č. 19. 2. Vytvořit postupy umožňující poskytovat a zlepšovat zdravotní služby na základě vědeckých poznatků.

Cíl 20: mobilizace partnerů pro zdraví

Zapojit do realizování strategie Zdraví 21 občany, jejich instituce, veřejný i soukromý sektor.

Dílčí úkol č. 20. 1. Poukazovat na význam a hodnotu zdraví a spoluúčast všech resortů při naplňování společných cílů.

Cíl 21: opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

Přijmout a zavést metody směřující k realizaci Zdraví 21, a to na celostátní, krajské i místní úrovni.

Dílčí úkol č. 21. 1. Podněcovat kraje, obce a organizace k naplňování cílů Zdraví 21.

Dílčí úkol č. 21. 2. Přijmout a zavádět postupy, jež by umožnil a ulehčily práci na tvorbě, realizaci a hodnocení programů v péči o zdraví (Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, 2002).

1.2 Zdraví 2020 – národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Vláda České republiky na zasedání 8. ledna 2014 přijala program „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“, navazuje plynule na Program Zdraví 21, opírá se o jeho zkušenosti a je doplněn o doporučení obsažená v dokumentu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020. Hlavním cílem je zlepšit zdravotní stav českého lidu (příloha 1), podnítit zájem veřejnosti, podniků, obcí a ostatních složek společnosti. Klade důraz na rozvoj tělesných aktivit, zdravou výživu, zvyšování zdravotnických vědomostí, omezování rizikového chování, podpora rozvoje prevence a screeningových programů (Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2014).

Prevence může být realizována buď specificky konkrétně u každého jedince, nebo celoplošně u celé společnosti. Dle časového hlediska můžeme prevenci rozdělit do tří úrovní:

Primární prevence (hygienická prevence, první fáze)

- ochrana a posílení zdraví, jedná se o protektivní opatření jak zdravotní tak i sociální, zkoumá příčiny jevů, které mohou narušovat zdravé podmínky k životu či práci, preventivní lékařství, výchova ke zdraví, zaměřuje se obecně na veškeré obyvatelstvo. Nedílnou složkou primární prevence je očkování, které je právně upraveno zákonem.

Sekundární prevence

- snaží se dané jevy včas odhalit a předejít negativním následkům onemocnění, které již vzniklo. Základní metodou je včasná diagnostika a účinná preventivní léčba, zaměřuje se na ohrožené skupiny: praktický lékař, zubní lékař či ženský lékař. Rozsah a časový harmonogram preventivních prohlídek stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2010 Sb. Preventivní prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví se provádí od 15let věku a nadále jedenkrát ročně.

Terciální prevence

- jedná se o následnou rehabilitaci, tzv. návratnou péči, usiluje o navrácení ztracené a omezené funkce organismu. Snaží se zabránit opakování onemocnění (Čeledová, Čevala, 2010, s. 35-49).

1.3 Reprodukční zdraví

Reprodukce (rozmnožování) je charakterizována jako neustálá obnova jedinců v populaci (Capponi, Novák, Hajnová, 1994, s. 113). Samotný termín reprodukční zdraví se používá až v posledních desetiletích a souvisí se zdravím týkajícího se samotného rozmnožování. Reprodukční zdraví se vyznačuje schopností oplodnit (u muže), otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě (u ženy). Z toho vyplývá, že při reprodukci je kladena větší úloha na ženu, a to především na její biologickou stránku. Významnou roli zde hraje nerušený vývoj ženských pohlavních orgánů a udržení jejich zdraví. Pro samotný vývoj pohlavních orgánů je významné období prenatální a velmi důležité období puberty, kdy dochází k jejich rychlému růstu, zahájení hormonální činnosti a tvorbě pohlavních buněk (Machová, Hamanová, 2002, s. 50). Z toho důvodu je žádoucí, aby do 18 let nebyl vývoj pohlavních orgánů narušen škodlivými vlivy a mohla proběhnout příprava organismu na reprodukci v dospělosti (Machová, Hamanová, 2002, s. 32). První známky dosažení základní pohlavní zralosti se u dívek vyznačuje nástupem menstruace (menarche) kolem 13. roku. U chlapců je tímto mezníkem první výron semene (poluce) přibližně v 15 letech. Pohlavní ústrojí (především u dívek) dokončuje svůj vývoj v dalším období dospívání, definitivní zralosti je dosaženo až ke konci tohoto období mezi 17. až 19. rokem (Machová, Hamanová, 2002, s. 50).

PŘÍČINY POŠKOZENÍ REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Pro správný vývoj reprodukčního zdraví dospívajících je nezbytné nerušené zrání organismu a jeho příprava na reprodukci.

Tento vývoj a přípravu ohrožují:

1. předčasné zahájení sexuálního života v dospívání
2. gravidita u mladistvých
3. interrupce
4. promiskuita
5. pohlavně přenosné nemoci
6. zánětlivé onemocnění ženských pánevních orgánů
7. pohlavní zneužívání dětí (Machová, Marádová, Klementa, 1998, s. 98).

Předčasné zahájení sexuálního života

Vývoj dospívajících ještě není v tomto období zcela ukončen jak v oblasti tělesné, psychické či sociální. Po reprodukční stránce jsou více ohroženy dívky. Jejich imunitní systém (celkový i slizniční) ještě není plně vyzrálý. Méně odolný cylindrický epitel v děložním hrdle není nahrazen dlaždicovým epitelem, který je odolnější, jak je tomu u dospělé ženy. U mladistvých dívek, které mají pohlavní styk již v 15 letech, je nebezpečí vzniku cytologických abnormalit na děložním hrdle, kdy infekce lidským papilomovým virem může při negativním průběhu vyústit v kancerogenezi. Tím se řadí předčasné zahájení pohlavního života k hlavním rizikovým faktorům rakoviny děložního čípku. Sexuálně aktivní mladistvé dívky častěji trpí záněty pohlavních orgánů, a to až 10krát častěji než stejně aktivní dospělé ženy (Machová, Marádová, Klementa, 1998, s. 32).

Gravidita u mladistvých

Mateřství je významnou a radostnou životní událostí každé ženy, ale pouze v případě, že přijde v ten správný čas. Pro úspěšné rodičovství je nutná biologická, sociální a osobnostní zralost. U mladistvých (především do 16 let) nejsou ještě tyto předpoklady splněny, tudíž je těhotenství v období dospívání bráno za rizikové. SZO ve svém programu pro Evropu "Zdraví 21 ve 21. století" si ve svém programu stanovuje jako jeden z 21 cílů snížit o jednu třetinu počet těhotenství u mladistvých (Machová, Hamanová, 2002, s. 108-110). Je prokázáno, že mladí lidé s nižším vzděláním, s menší mírou asertivity, ze slabšího sociálního prostředí, s nižším sebevědomím mají tendenci začít s aktivním sexuálním životem dříve než jejich vrstevníci. Méně často používají antikoncepci a celkově přistupují ke svému zdraví méně zodpovědně (Cancino, 2015).

Rizika pro matku: nedostatek železa, hypertenze, těhotenské křeče, močové infekce, porodní mortalita, sociální izolace, přerušování studia (následná sociální a ekonomická znevýhodnění), častá absence otce dítěte.

Rizika pro dítě: zvýšená nedonošenost, úmrtnost, syndrom náhlého úmrtí kojence, vyšší výskyt vrozených vad, častější interrupce (Machová, Hamanová, 2002, s. 108-110).

Interrupce

Interrupce (umělé ukončení těhotenství, potrat, abortus, abort) je cílený zákrok ukončující těhotenství (vývoj plodového vejce). Jedná se o nejméně vhodný prostředek kontroly plodnosti (příloha 2). Představuje etický problém, který dělí společnost do dvou táborů. Ti, kteří zastávají právo na umělé ukončení těhotenství (UUT), jsou označováni za „*pro-choice*“ (pro volbu). Druhá skupina odmítající UUT se nazývá „*pro-life*“ (pro život), patří sem především stoupecí církvi (Vránová, 2010, s. 25-26).

V České republice je otázka interrupce řešena zákonem č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Zákon přesně stanovuje podmínky a postup UUT s ohledem na ochranu zdraví a života ženy. V § 2 zákona č.66/1986 Sb., popisuje jak předcházet nežádoucímu těhotenství. V § 6 zákona č.66/1986 Sb., stanovuje, že dívka do šestnácti let, lze provést UUT pouze se souhlasem zákonného zástupce, pokud se ale jedná o dívku ve věku od šestnácti do osmnácti let, je provedena interrupce na její žádost a zákonní zástupci jsou následně vyzooměni. Zákon České národní rady č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství (Zákon č. 66, 1986).

Těhotenství ukončené do 7-8 týdnů nazýváme miniinterrupcí a do 12 týdnů interrupcí. Ze zdravotních důvodů při ohrožení života ženy, těžkého postižení plodu je možné posunout hranice UUT na 24. týden těhotenství. Zdravotní rizika stoupají, především pokud je provedena interrupce až ve druhé třetině těhotenství a vyšší riziko je též u dívek do šestnácti let. Jelikož se jedná o nepřirozený zákrok do organismu, může výkon zanechat následky na zdraví bezprostředně po výkonu, taktéž se mohou projevit i v budoucnu při plánování rodičovství. Patří sem především pánevní záněty, poškození děložní sliznice či svaloviny, sterilita, samovolné potraty, nemusí se však jednat pouze o tělesné následky, mohou vzniknout komplikace psychické. Většina žen po UUT prožívá psychické trauma, tyto příznaky se nazývají jak „*postabortivní syndrom*“. Tento syndrom především charakterizuje: pocit viny, lítost, deprese, úzkost, výčitky, nenávisť k otci dítěte, poruchy sexuálního života (Machová, Hamanová, 2002, s. 89-95).

Promiskuita

Jedná se o časté střídání sexuálních partnerů, nevázanost a nestálost, bez emočního vztahu či výběru. Může být jak aktivní, tak i pasivní (neschopnost odmítnout nabízenou sexuální pozornost) (Capponi, Novák, Hajnová, 1994, s. 108-109).

1.4 Pohlavně přenosné nemoci

Od klasického názvu „*pohlavní nemoci*“ se postupně upouští a je častěji používán termín „*sexuálně přenosné choroby*“, který vychází z anglického označení „*sexually transmitted diseases*“ (STD).

Pohlavně přenosné nemoci se mohou rozdělit na:

Klasické pohlavní choroby

- kapavka (gonorrhoea)
- syfilis (příjice, lues)
- měkký vřed (ulcus molle)
- lymphogranuloma venereum (čtvrtá pohlavní nemoc)
- granuloma inguinale (pátá pohlavní nemoc)

Další pohlavně přenosné nemoci

- chlamydiové infekce
- mykoplazmatické infekce
- virové infekce:
 1. herpetické viry – herpes genitalis (herpes simplex), Cytomegalovirus (CMV)
 2. lidským papilomavirus (HPV- human papilloma virus)
 3. hepatitida
 4. AIDS - virus lidské imunitní nedostatečnosti (HIV - human immunodeficiency virus)
- protozoální (z prvoků)
 1. trichomoniáza
 2. améboza

- parazitární
 1. svrab
 2. pediculosis pubis (muňka, filcka)
- plísňové (mykotické)
 1. kandidóza

STD se přenáší především pohlavním stykem (Mašata, Jedličková, 2004, s. 117-127, Vrublová, 2013, s. 71-77). Virus HIV (příloha 3) může být šířen pohlavním stykem, krví matky infikované virem HIV na plod (Machová, Hamanová, 2002, s. 79). Počet STD stále stoupá (příloha 4), což představuje závažný zdravotní problém týkající se hlavně mladých lidí vstupujících do sexuálního života (Mašata, Jedličková, 2004, s. 117-127). Díky zvyšující se migraci cizinců z východní Evropy do České republiky a to především z ekonomicky méně vyspělých států s horším přístupem ke zdravotní péči, dochází k dalšímu šíření onemocnění. U mládeže, jakož to nejrizikovější skupiny lidí, která je nejvíce ohrožena nákazou se klade velký důraz na osvětu. Specifickou metodou prevence sexuálně přenosných chorob je tzv. trias, nazývaná ABC, kde A znamená abstinenci, oddálení startu pohlavního života, B značí věrnost a C kondom. Metoda ABC představuje základní osnovu, kterou je nutné dále rozšiřovat a propojovat s dalšími prvky a vědomostmi (Vrublová, 2013, s. 66).

Pohlavní choroby bývají řazeny k chorobám sociálním. Rizikovost STD nespočívá pouze ve zdravotní stránce, ale zasahuje do morálky, etiky, mezilidských vztahů, sexuality jsou příčinou psychických traumat, partnerských rozvatů, společenské diskriminace (tzv. sociální smrt) a může vyústit až k osobním tragédiím, sebevraždám (Kaštánková, 2000, s. 115). Průběh onemocnění může probíhat často bezpříznakově, z toho důvodu představuje větší riziko při jeho dalším šíření na sexuální partnery. Pohlavní choroby podléhají povinnému hlášení a evidenci (Mašata, Jedličková, 2004, s. 117-127). Jednotlivá hlášení jsou prostřednictvím Krajských hygienických stanic zaznamenávána do Národního registru pohlavních nemocí (RPN). Mezi klasické pohlavní nemoci podléhající dle zákonů ČR povinnému hlášení, evidenci a dispenzarizaci patří kapavka, syfilis, měkký vřed, lymphogranuloma venereum, granuloma inguinale (Zdravotnická statistika ČR, 2013, s. 7-13).

STD jsou významným zdravotním problémem trápící velkou část mladých lidí, a to nejen v rozvojových zemích, ale i v zemích rozvinutých. Vyšší riziko nákazy je u dospívajících dívek, než u jejich stejně starých mužských protějšků, jelikož dívky vyhledávají starší

partnery, u kterých je větší pravděpodobnost, že budou nakaženi. Samotný časný nástup pohlavní aktivity zvyšuje pravděpodobnost mít více různých sexuálních partnerů a tím stoupá šance na pohlavně přenosné infekce (Samkange-Zeeb, Spallek, Zeeb, 2011).

Kapavka (gonorrhoea)

Kapavka je jednou z nejčastějších pohlavních chorob s nejvyšší prevalencí u mladých lidí, sexuálně aktivních do 25 let, poté se výskyt snižuje. Jedná se o infekci urogenitálního traktu, rekta, hltanu a očních spojivek. Nejčastější přenos je pohlavním stykem, ale možný je i přenos z matky na plod během porodu, což může vést k vážné oční infekci, která může skončit až slepotou. Inkubační doba je mezi 2-7dny po nechráněném pohlavním styku. Ovšem až u poloviny případů může probíhat kapavka bez příznaků.

Kapavka u muže se projevuje hustým hnisavým výtokem z močové trubice, doprovázející řezání a pálení při močení. Vzestupnou cestou se infekce může dostat až k prostatě, varlatům a nadvarlatům a způsobit tam zánět.

Kapavka u ženy se vyznačuje hnisavým výtokem z vagíny, častým močením doprovázejícím bolestivostí někdy až krvácením. Při přestupu infekce do dělohy, vejcovodů a pánevní oblasti a následným rozvojem zánětu může dojít k poškození vejcovodů a vzniku srůstů, což má za následek neplodnost. Kapavka se léčí antibiotiky, dříve se podával penicilin, ale z důvodu antibiotikové rezistence se jeho indikace výrazně omezila (Mašata, Jedličková, 2004, s. 117-122, Vrublová, 2013, s. 72).

Syfilis (příjice, lues)

Syfilis je řazena mezi nejnebezpečnější pohlavní choroby, poněvadž je možné na jeho následky i zemřít. Toto infekční onemocnění postihuje různé orgány těla a může napodobovat různá onemocnění, může postihnout kteroukoliv tkáň či orgán lidského těla. Syfilis může být vrozená (prochází přes placentu) i získaná. Inkubační doba se pohybuje kolem 3 týdnů. Syfilis probíhá ve třech vývojových stádiích.

Primární stádium syfilis

V prvním stádiu dochází v místě vstupu infekce do těla ke vzniku nebolestivého tvrdého vředu a ke zvětšení přilehlých mízních uzlin. Tento vřed se spontánně po měsíci zahojí

a zmizí. Nedochází ovšem k uzdravení, ale pouze ústupu choroby a ukončení první fáze nemoci.

Sekundární stádium syfilis

Druhé stádium začíná zpravidla kolem 9. týdne po infekci, jelikož se bakterie dostaly do krevního oběhu, je toto stádium provázeno celkovými projevy organismu: únava, bolest hlavy, kloubů, svalů, horečka, škrábání v krku, malátnost. Hlavním příznakem je vyrážka v podobě bílých stroupků, která většinou začíná na trupu, nesvědčí ani nebolí. I bez léčby po čase příznaky ustupují a nastává období klidu zvané latentní stádium, které může trvat i několik let. Ale infekce se v těle dále šíří a přechází v pozdní fázi syfilis.

Terciální stádium syfilis

Třetí stádium se může vyvíjet až několik let po nakažení, někdy se dokonce projeví až po 20 letech. V průběhu této fáze dochází k rozvratu osobnosti, demenci, poškození vnitřních orgánů, oběhového systému (hlavně aorty, která je náchylná k rupturám), nervové soustavy (porucha hybnosti, citlivosti), kostí a kloubů, rozpadu kožní tkáně obličeje.

Syfilis je léčena pomocí antibiotik, převážně penicilinem. Je-li onemocnění diagnostikováno až ve třetím stádiu, lze očekávat, že plné vyléčení není možné, zůstávají určité trvalé následky (Štork, 2008, s. 430-442, Vrublová, 2013, s. 71-72).

Měkký vřed (ulcus molle)

Tato choroba se nyní v Evropě téměř nevyskytuje, lze se jí nakazit převážně v tropických a subtropických zemích Afriky a Asie. Inkubační doba je velmi krátká, pohybuje se od několika hodin až po dobu pěti dnů. Projevuje se mnohočetnými vřídky v oblasti genitálu, které mohou v pozdější fázi splynout ve velká bolestivá ložiska se zánětlivými změnami. Měkký vřed se léčí antibiotiky (Mašata, Jedličková, 2004, s. 124-125, Štork, 2008, s. 443).

Lymphogranuloma venereum (čtvrtá pohlavní nemoc)

V Evropě se objevuje jen vzácně, vyskytuje se především v tropech a subtropích (Asie, Afrika, Jižní Amerika). Inkubační doba se může pohybovat od 3 do 30 dnů. Onemocnění probíhá ve 3 stádiích.

1. Stadium - drobný vřidek (často bývá přehlížen)
2. Stadium – zduření přilehlých uzlin, které splývají, kolikvují a tvoří píštěle s hnisavým výtokem, hojením vznikají jizvy
3. Stadium – porucha lymfatického oběhu

Léčí se antibiotiky, prognóza je dobrá (Štork, 2008, s. 443-444).

Granuloma inguinale (pátá pohlavní nemoc)

V Evropě se neobjevuje, vyskytuje se v tropech a subtropích. Inkubační doba je od 1 do 12 týdnů. Postihuje kůži a podkoží genitálií a okolních oblastí. Tvoří se vředy, které se spojují, následně praskají a krvácejí. Dochází k destrukci tkáně pohlavního ústrojí a vzniku vazivových jizev. Léčba probíhá pomocí antibiotik (Mašata, Jedličková, 2004, s. 123-124).

Chlamydie

Chlamydie se řadí k nejrozšířenějším infekcím Evropy, představuje až 50% všech nespecifických infekcí genitálu. Postihuje především ženy od 16 do 32 let. Chlamydie trachomatis se přenáší především pohlavním stykem, ale může dojít k nákaze i během porodu či použitím společného prádla, na toaletě, bazénu, v sauně. Inkubační doba je 10-20dní.

Chlamydie vyvolávají chronické záněty pohlavních a močových cest, prvotní příznaky se vyznačují výtokem z močové trubice a pálením při močení. V pokročilé fázi může docházet k zánětům pohlavních orgánů a konečníku. Ale až u poloviny nakažených může onemocnění probíhat bez příznaků. Neléčené onemocnění může vést u žen k neplodnosti, samovolnému potratu či mimoděložnímu těhotenství. Léčba spočívá v podávání antibiotik (Štork, 2008, s. 446-447, Vrublová, 2013, s. 73).

Herpes genitalis (genitální opar)

Genitální opar způsobuje Herpes simplex virus, který během pohlavního styku, nebo porušenou kůží vniká do organismu a usazuje se v nervech, kde vyčkává na oslabení imunitního systému, přílišnou fyzikou či psychickou zátěž či hormonální změny a následně dochází k jeho opětovné aktivaci. Projevuje se bolestivými puchýřky, které poté praskají, zasychají a mění se v krusty na genitálu či konečníku. V případě infikované těhotné ženy

se doporučuje provést císařský řez z důvodu ohrožení dítěte. Virus přetrvává v organismu po celý život, neexistuje plně účinná léčba. K potlačení příznaků a urychlení hojení se podávají antivirotika (Vrublová, 2013, s. 73).

HIV/AIDS

V současnosti se AIDS považuje za největší hrozbu, jedná se o celosvětovou epidemiologickou infekci vyvolanou virem HIV (Human Immunodeficiency Virus). V roce 1981 byl poprvé diagnostikován virus HIV jakožto původce onemocnění. Celkově je ve světě nakažených 40 miliónů lidí, z toho je infikovaných 30 miliónů v Africe. V ČR bylo do května 2006 evidováno 882 HIV pozitivních lidí a z toho u 201 případů již propuklo onemocnění AIDS a od roku 1986 zemřelo 121 osob. Ovšem skutečný počet infikovaných je odhadován až na desetinásobek (Štork, 2008, s. 452-456, Vrublová, 2013, s. 73-75). V České republice bylo v období od 1. 10. 1985 do 31. 7. 2015 evidováno 2491 HIV pozitivních případů. Častěji jsou postiženi muži, a to 2103 případů oproti 388 ženám. Onemocnění již podlelo 274 mužů a 55 žen. Nejvíce infikovaných je v Praze 1234, následuje Středočeský kraj 241 a Jihomoravský kraj 184. Oproti tomu nejméně nakažených žije na Vysočině 32, ve Zlíně 40 či Královéhradeckém kraji 41. V Olomouckém kraji je zaznamenáno 64 případů infikovaných. Nejvíce nakažených mužů představuje věkové období v rozsahu 25-29 let, 447 případů, 30-34 let, 443 infikovaných, 35-39 let, 366 případů, nejméně infikovaných je ve věku 3 – 9 let, a to 3 osoby. Ženy jsou nejčastěji nakaženy ve 20 až 24 letech 94, 25-29 letech 85, 30-34 letech 76 případů. Žádná žena nebyla nakažena mezi 10-14 rokem. Podle způsobu přenosu nejčastěji dochází k infekci pohlavním stykem: homosexuální/bisexuální 1592, heterosexuální 624. U uživatelů injekčních drog je počet nakažených 96. Nově nakažených lidí v ČR od ledna do července 2015 je 137, z toho 77 případů v Praze, 11 v Středočeském kraji, 10 v Ústeckém a Moravskoslezském kraji (příloha 3) (Státní zdravotní ústav, online 2015-09-18).

Během pár let se nemoc rozšířila po světě takovou rychlostí s fatálními důsledky, že zahubila více lidí, než veškeré morové epidemie ve středověku. AIDS představuje již plné propuknutí nemoci, nejedná se o onemocnění jako takové, ale představuje soubor typických příznaků vyvolaných virem HIV. AIDS (vychází z anglického Acquired Immune Deficiency Syndrome) označuje syndrom získaného selhání imunity. Virus HIV po vstupu do organismu

napadá bílé krvinky (T-lymfocyty) a následkem jejich snížení dochází k poklesu obranyschopnosti organismu, selhání imunity a propuknutí AIDS. Inkubační doba je zpravidla 2-6týdnů.

Infekce se přenáší:

1. sexuálním kontaktem (85 % případů)
2. krví: společnou injekční jehlou (drogově závislí, tetování), poranění a následným infikování se krví (především zdravotnický personál), krevní transfúze, dialýza, transplantace, půjčováním si žiletek
3. z infikované matky na plod: při vlastním otěhotnění, během porodu, kojením

Onemocnění se dělí do 3 stádií:

1. stádium – *počáteční*, projevuje se jako lehké nachlazení, či chřipka (únava, bolest kloubů, teplota, malátnost, noční pocení), které většinou po jednom měsíci odezní
2. stádium – *přechodné*, klidové, bezpříznakové, bez obtíží. Může trvat různě dlouho od několika týdnů až po roky
3. stádium – *propuknutí onemocnění AIDS*, zhroucení imunitního systému s rozvojem oportunních infekcí (oportunní patogeny- jsou běžné mikroby, které při normálních okolnostech nepřestávají pro člověka riziko, ale při poklesu imunity vyvolávají onemocnění): průjmy, ekzémy, neurologické změny, záněty dýchacích cest, nádory, psychické změny, tuberkulóza a další. Konečnou fází tohoto stádia je úmrtí nemocného.

Zákeřnost tohoto onemocnění je v dlouhé inkubační době a bezpříznakovém období, během kterého představují tito infikovaní jedinci největší riziko v šíření. Současná lékařská věda stále nedokáže AIDS vyléčit, léčba spočívá v podávání antiretrovirotik (Štork, 2008, s. 452-456, Vrublová, 2013, s. 73-75).

Lidský papilomavirus (HPV- human papilloma virus)

HPV je nyní považován za nejčastější pohlavně přenosnou chorobu. Během života se s ní setká kolem 80 % sexuálně aktivních jedinců, ve většině případů spontánně odezní, ale u 20 % nakažených dochází ke zdravotním problémům. Nejrizikovější období pro infekci

jsou mladí lidé ve věku od 18 do 25 let. Bylo identifikováno až 100 typů HPV virů, kdy pohlavním stykem se přenášejí jen některé typy. Nejnebezpečnější jsou HPV 16 a HPV 18, které mohou podnítit vznik genitálních bradavic a způsobují infekční výtoky z pochvy a močové trubice. Při infekci děložního čípku virem dochází k jeho poškození, které se později může vyvinout v karcinom děložního hrdla. HPV 16 a HPV 18 jsou z 95 % zodpovědné za rakovinu děložního čípku, což je po rakovině prsou, druhá nejčastější příčina úmrtí žen. Na toto onemocnění umírá až 500 tisíc žen ročně. Samotná infekce čípku nezpůsobuje přímo rakovinou tvorné bujení, velký vliv zde mají přidružené rizikové faktory.

Mezi přidružené rizikové faktory patří:

- genetická predispozice
- promiskuita
- nízký věk začátku pohlavního života
- multipary (větší počet porodů)
- první těhotenství v mladém věku
- nižší socioekonomická třída
- porucha imunity
- nakažení další pohlavně přenosnou chorobou
- kouření

Před infekcí HPV nechrání ani kondom, poněvadž vir je tak malý, že dokáže projít jeho stěnou. Nejnovější a nejspolehlivější ochranou proti HPV je očkování, které je vhodné provést před začátkem pohlavního života, spolehlivost očkování je až 93 %. V současné době jsou na trhu dostupné 2 očkovací vakcíny Silgard a Cervarix. Očkovat je možné i chlapce, jelikož jsou přenašeči viru. Vakcína je dále chrání před vznikem genitálních bradavic a rakovině penisu. Nedílnou součástí prevence jsou pravidelné gynekologické prohlídky, při kterých se standardně provádí stěr z děložního čípku (Mašata, Jedličková, 2004, s. 80, Vrablová, 2013, s. 75).

1.5 Vývoj počtu hlášených pohlavních onemocnění

V České republice Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR zpracoval data z povinného Hlášení pohlavní nemoci a publikoval je. V roce 2012 bylo celkem evidováno

1856 hlášení (příloha 4). Z toho počtu se 696 pozitivních případů (37,5 %) týkalo syfilis, 1151 (62,0 %) gonokokové infekce a 9 případů lymphogranuloma venereum, které se dříve v České republice vyskytovalo zcela ojediněle. Byl zaznamenán nárůst kapavky o 62,1 % z 6,8 na 11,0 případů na 100 tisíc obyvatel. U syfilis naopak došlo k poklesu o 5,7 % na 6,6 případů na 100 tisíc obyvatel. U mužů je nejrizikovější věkové období pro nákazu syfilis mezi 25. až 61. rokem, gonokoková infekce měla největší prevalenci mezi 20. až 34. rokem a lymphogranulom venereum se pozitivně prokázal ve 4 případech mezi 25. až 29. rokem. Ženy jsou infekcí syfilis nejvíce ohroženy od 20 do 34 roku, gonokoková infekce má největší nárůst mezi 20. až 24. rokem a lymphogranulom venereum nepostihl žádnou ženu (příloha č. 5). Celkem bylo bez cizinců pozitivně ohlášeno 519 případů syfilis, 1060 gonokokové infekce a 9 lymphogranuloma venereum. Četnost hlášené nákazy včetně cizinců byla u syfilis 696, u gonokokové infekce se jednalo o 1151 případů a 9 lymphogranuloma venereum. Podle kraje bydliště je nejvíce infikovaných syfilis v Praze s 251 případy, u postižení gonokokovou infekcí se jedná opět o Prahu s 399 případy. Největší počet cizinců přicházejících do České republiky postižených sexuálními chorobami pochází z Ukrajiny a Slovenska (Zdravotnická statistika ČR, 2013, s. 7-36).

Ve Spojených státech podle Centra pro kontrolu nemocí je každý rok evidováno 2,8 milionů infikovaných lidí bakterií *Chlamydia trachomatis* a 700 000 osob kapavkou. Nejčtenější pohlavně přenosnou chorobou je HPV virus, kterým je nakaženo až 20 milionů a dalších 6 milionů se jich ročně nakazí. Na genitální herpes je pozitivní každá 6 osoba ve věku od 14 do 49 let. HIV postihuje přibližně 1,2 milionů Američanů. Syfilis je ve Spojených státech méně časté onemocnění, přesto i zde dochází k nárůstu případů oproti roku 2006, kdy bylo pozitivních 3 600 případů, do roku 2010 bylo již infikováno více než 45 000 osob. Trichomoniáza se vyskytuje poměrně často, Centrum pro kontrolu nemocí odhaduje její pozitivitu u 3,7 milionů Američanů. Lymfogranuloma venereum, granuloma inguinale a vředy jsou již méně časté. Měkký vřed byl v roce 2010 prokázán jen u 24 osob.

Pohlavně přenosné nemoci představují velký problém veřejného zdraví, odborníci centra si tento fakt plně uvědomují, kdy kromě samotné léčby se snaží na základě informací poskytovaných novými pacienty vyhledávat potenciální infikované osoby a tím bránit dalšímu šíření. Každý nový pacient centra s pozitivní STD je podroben podrobné anamnéze, při které

je dotazován na počet mužských a ženských partnerů, na druh sexu, který praktikuje, oblasti jeho cestování a provozování sexu v zahraničí (McKie, 2012).

1.6 Zánětlivé onemocnění ženských pánevních orgánů

Jedním u nejčtetnějších zdravotních problémů postihujících ženy jsou gynekologické záněty. Nejčastější příčinou bývají mikrobi, kvasinky, méně často pak paraziti či viry. Většinou se však jedná o infekci polymikrobiální (Křivohlavý, 2003, s. 45). Infekcí může být napadena kterákoliv část ženských pohlavních orgánů, nejčastěji se dělí záněty na:

Infekce dolních (zevních) pohlavních cest – zánět vulvy (svědění, vředy), záněty pochvy (svědění, pálení, výtoky).

Infekce horních (vnitřních) pohlavních cest – záněty dělohy, vejcovodů, vaječníků (bolestivost, výtok, krvácení, teplota, následkem může být až sterilita dívky) (Machová, Hamanová, 2020, s. 60-65).

1.7 Pohlavní zneužívání dětí

Zdravotní komise Rady Evropy považuje za sexuální zneužívání jakékoliv nevhodné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, chování či aktivitě, jehož cílem je uspokojení sexuálních potřeb toho, kdo dítě zneužívá. Sexuální zneužívání je dle Rady Evropy řazeno do kategorie syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN - Child Abuse and Neglect) (Vaníčková, 1999, s. 8). Následně byla definice syndromu CAN upřesněna jako postižení fyzického, psychického a sociálního vývoje dítěte, které vzniklo následkem nepřijatelného chování zneuživatelé (Šulová, Fait, Weiss, 2011, s. 236).

Formy sexuálního zneužívání:

Kontaktní (aktivní, dotykové): sexuální hry, líbání, osahávání, pohlavní styk, nucení dítěte k manipulaci s pohlavním orgánem svým či zneuživatelé.

Bezkontaktní (pasivní, bezdotykové): exhibice, přinucení dítě k sledování pornofilmů, porno časopisů či soulože.

Komerční: zneužití dítěte k dětské prostituci či pornografii (Šulová, Fait, Weiss, 2011, s. 236-239). Nejúčinnějším nástrojem při ochraně práv dětí proti jejich sexuálnímu zneužívání je zákon 40/2009Sb. § 187. Tento zákon poskytuje trestně právní ochranu morálního a tělesného vývoje dětem do 15 let proti útoku na jejich nedotknutelnost v pohlavní oblasti zdraví (Zákon číslo 40, 2009).

1.8 Výchova k reprodukčnímu zdraví

Nejčastější poruchy reprodukčního zdraví se přímo odvíjí z definice reprodukčního zdraví, patří sem především neplodnost (sterilita), patologická těhotenství: samovolný (spontánní) potrat, mimoděložní těhotenství, vícečetné těhotenství, předčasný porod, porod mrtvého dítěte či dítěte s vrozenou vývojovou vadou (Machová, Hamanová, 2002, s. 51).

Reprodukční zdraví je součástí zdraví sexuálního, samotný rozdíl mezi reprodukčním a sexuálním zdravím může být definovaný jako:

Reprodukční zdraví = schopnost úspěšného rozmnožování, mít děti bez lékařské dopomoci, zahrnuje početí, těhotenství, nitroděložní vývoj plodu a porod.

Sexuální zdraví = uspokojivý sexuální život (koitální i nekoitální aktivity) (Havlík, 2011, s. 1).

Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF - International Planned Parenthood Federation) přijala v roce 1995 význačný dokument Charta sexuálních a reprodukčních práv. Tento dokument charakterizuje etický rámec práva na sexuální a reprodukční zdraví. Jedná se o právní dokument týkající se práv a svobody jednotlivců i párů.

Patří sem 12 základních práv:

1. právo na život
2. právo na svobodu a osobní bezpečí
3. rovnost a ochrana proti diskriminaci

4. právo na soukromí
5. právo na svobodu myšlení
6. právo na informace a vzdělávání
7. právo uzavřít sňatek
8. právo založit rodinu, mít děti
9. právo na zdravotní péči a ochranu svého zdraví
10. právo využívat vědeckých pokroků
11. svobodná politická účast
12. právo na ochranu proti špatnému zacházení.

Tento mezinárodně uznávaný dokument je základem tematického celku při výuce sexuální výchovy na všech úrovních vzdělávání (Kubrichtová, 2005). Odborníci ze zahraničí zdůrazňují právo každého člověka na reprodukční a sexuální zdraví, bez ohledu na věk, národnost či pohlaví. Znamená to, že lidé mají právo rozhodovat o své sexualitě a reprodukci za předpokladu, že respektují práva druhých. Na základě jimi provedeného průzkumu bylo zjištěno, že znalost těchto práv je u studentů velice nízká. Většina mladých lidí má poměrně málo znalostí o tom, na co mají nárok a do jaké míry jsou zákonem chráněni, někdy nedokáží rozpoznat rozsah jejich porušování, neví, jak se mají bránit a kde mohou hledat právní a sociální pomoc. Často se sami snaží vypořádat s porušováním svých práv kvůli překážkám, jako je stud, pocit viny, rozpaky, nechtějí zostudit rodinu a přátele či se bojí, že jim nebude uvěřeno (Adinew, 2013).

2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

Děti se setkávají v průběhu svého vývoje se sexuální výchovou současně v několika výchovných institucích:

- v rámci výchovného působení každého pedagoga
- v rámci výchovného působení konkrétního vzdělávacího předmětu, které je na sexuální výchovu přímo zaměřen
- v rámci výchovného působení v rodině
- v rámci výchovného působení v dětských zájmových organizacích (Vrublová, 2013, s. 39).

Sexuální výchova se člení do tří hlavních oblastí, a to vztahu, vzoru a poučení.

Oblast vztahu vyjadřuje vznik emociálního vztahu dítěte k lidem. Významný vliv pro tvorbu tohoto spojení má pocit bezpečí a jistoty, který primárně zajišťují rodiče již od kojeneckého věku. Je zde především na rodičích, jaký bude mít dítě v budoucnu vztah k druhým lidem (přátelský, milenecký, manželský, rodičovský).

Oblast vzoru, kde dítě přirozeně kopíruje model chování rodičů. Dítě přijímá mužský a ženský vzor, sleduje jejich vzájemné chování, projevování přízně a něžnosti. Rodiče vychovávají svým příkladem.

Oblast poučení je realizována na půdě školy odborníky k tomuto účelu speciálně vzdělanými. Jestliže však výchova v rodině v oblastech vztahu a vzoru není dostatečná, nemůže ani následné nejlepší poučení ve škole být dostatečně účinné (Hajnová, Kleinová, 2002, s. 11).

Úmluva o právech dítěte (1991) vymezuje nárok každého dítěte na informace, kam bezesporu patří i fakta týkající se sexuální výchovy. Jelikož vyrůstá spousta dětí v neúplných rodinách bez možnosti identifikovat se se svým vzorem, nebo v rodinách ortodoxních, kde je otázka sexu striktně potírána, je nezbytné poskytnout těmto dětem chybějící informace. Významnou roli v této problematice na sebe přebírá škola. Rámcový vzdělávací program (RVP) přímo směřuje cíle výchovy k schopnostem žáka aktivně rozvíjet, chránit a zodpovídat za fyzické, duševní a sociální zdraví (Sopková, 2009, s. 52-53). Cílem není jen poskytnout základní biologické informace (sexuální anatomie, fyziologie, antikoncepce, hygiena), ale vést dítě k žádoucímu životnímu stylu (Hajnová, Kleinová, 2002, s. 11). Obecně se odborníci i široká

společnost shodují, že sexuální výchova do škol patří, pomáhá rozvoji osobnosti, mezi hlavní důvody uvádějí: plánování rodičovství, s čímž souvisí potlačení neplánovaného těhotenství, znalosti metod antikoncepce, rizikovost interrupcí, ochrana před sexuálním zneužíváním, prevence pohlavních nemocí (Janiš, 2004. s. 45).

2.1 Antikoncepce

Termín antikoncepce (kontracepce) se užívá pro metody chránící před nežádoucím otěhotněním. Umožňuje ženám (pro které je mateřství zcela přirozené, a ne nepřipraveným a nezralým dívkám) mít dítě v době, která je pro ně nejvhodnější (Hajnová, Kleinová, 2002, s. 49). Jedná se o veškeré způsoby zabraňující početí, spadají do metod plánovaného rodičovství. Vyjma sterilizace se jedná o metody vratné, je tedy možné po ukončení jejich používání otěhotnět (příloha 6).

Podstata a dělení antikoncepčních metod:

Přirozená (biologická) – bez použití ochranných prostředků, jedná se o přerušovanou soulož, výpočet plodných a neplodných dnů. Tato metoda je založena na pozorování, znalostech a respektování fyziologických pochodů vlastního těla. Nejedná se o metodu příliš spolehlivou, není doporučována mladistvým, ale spíše zralým ženám ve stabilním vztahu.

Mechanická (bariérová) - brání setkání vajíčka a spermie: kondom (prezervativ) si navléká muž na penis, považuje se za nejvhodnější způsob pro dospívající (chrání jak před nechtěným početím a současně před přenosem pohlavních choroba), vaginální pesar (diafragma) si vkládá žena do pochvy, o správném zavedení jí poučí gynekolog. Tato metoda je spolehlivá a vhodná i pro dívky.

Nitroděložní tělísko (intrauterinní) – (Intrauterine Devices - IUD) zabraňuje uhnízdění vajíčka v děložní dutině. Tělísko vkládá do dělohy gynekolog a může tam být ponecháno až 5 let. Metoda je spolehlivá, ale naprosto nevhodná pro dospívající dívky.

Chemická – ochromuje pohyb spermií a snižuje jejich životnost: čípky, želé, krémy, pěny zavádí se do pochvy před stykem. Málo spolehlivá forma ochrany a může vyvolávat alergie.

Hormonální- zabraňuje dozrávání, uvolňování vajíček, zahušťuje se hlen v děložním hrdle a vytváří v děloze nepřátelské prostředí pro spermie. Dle užívaných hormonů můžeme rozdělit hormonální antikoncepci do 2 základních forem: **gestagenní** (obsahují progesteron)

a **fázové** (kombinace estrogenů i gestagenů. Dávkování a způsob užívání se liší dle typu: minipilulky, podkožní implantáty, náplasti, injekce, nitroděložní systém s postupným uvolňováním hormonů. V současnosti je hormonální antikoncepce považována za nejspolehlivější a nejrozšířenější. Chrání před nechtěným těhotenstvím, upravuje menstruační cyklus, zmírňuje bolestivost při menstruaci, zlepšuje stav pleti a vlasů.

Postkoitální (hormonální - vysoká dávka estrogenů a gestagenů) – po nechráněném styku. Vyvolává předčasnou menstruaci a vyplavení oplozeného vajíčka. Nejedná se o běžnou metodu, měla by být používána jen ve výjimečných případech (Machová, Hamanová, 2002, s. 34-49, Barták, 2006, s. 23-120, Hajnová, Kleinová, 2002, s. 49-52).

2.2 Sexuální výchova ve školství

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) si uvědomuje změnu životního stylu, rozvoj nových komunikačních technologií s možností snadného získání informací, jenž mohou negativně ovlivňovat zdraví dětí a mládeže. Po vstupu České republiky do Evropské unie dochází k častému soužití rozdílných sociokulturních skupin (etnické, náboženské, kulturní, socioekonomické a jiné). Je nutné si uvědomit ovlivňující fakta a zohlednit je při výchově a vzdělávání, především pak v oblasti sexuální výchovy, která by měla probíhat dlouhodobě, komplexně, záměrně, cílevědomě, systematicky a v širších souvislostech. MŠMT vypracovalo a dodalo do škol v roce 2009 příručku pro učitele (příloha 7), která by jim měla být oporou při výuce. Sexuální výchova se vyučuje v celé řadě předmětů: Člověk a jeho svět, Člověk a zdraví, Přírodopis, Biologie, Rodinná výchova, Občanská výchova, Výchova ke zdraví (Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách, 2010).

2.3 Princip a obsah sexuální výchovy

Specifické principy užívané v sexuální výchově pro zefektivnění výuky jsou založeny na zkušenostech ze zemí, které mají dlouholetou tradici se sexuální výchovou ve školství, jako jsou Dánsko, Švýcarsko, Švédsko, Německo, USA či Kanada.

10 světově uznávaných principů přizpůsobených podmínkám v českém školství:

1. Spolupráce školy a rodiny
2. Sexuální výchova je zahrnuta ve všeobecné výchově
3. Sexuální výchova vychází z nejnovějších vědecky doložených poznatků
4. Sexuální výchova probíhá při společné výuce dívek a chlapců
5. Dodržování principů mravnosti a etiky
6. Aktivní zapojení žáka do výuky
7. Komplexní a nenásilné působení na rozvoj všech výchovných oblastí
8. Individuální přístup
9. Rozvoj aktuálních vědomostí a postojů s přesahem do budoucího osobního a společenského života
10. Osobnost vychovatele (Täubner, 1996, s. 10-14).

Obsah sexuální výchovy je na středních školách (SŠ) stejně jako na základních školách (ZŠ) zpracován do šesti tematických okruhů, kdy každý okruh je rozdělen do několika témat. Okruhy na ZŠ i na SŠ jsou stejné, obsah jednotlivých témat je přizpůsoben věku a úrovni chápání žáků daného věku, postupuje chronologicky od základních informací, na které se dále navazuje.

Obsah sexuální výchovy na SŠ:

ČLOVĚK

- anatomie, fyziologie (těhotenství, pohlavní hormony, sexuální uspokojení a jeho důsledky)
- rozmnožování (princip početí, důvody a léčba sterility, formy mateřství)
- puberta (biologické nástrahy dospívání, tvorba vlastní identity, volba profese, opuštění rodiny, vliv vrstevníků, rizikové chování)
- tělesný vzhled (přijetí vlastního těla, faktory přitažlivosti)
- pohlavní příslušnost a orientace (homosexualita, příležitostné zkušenosti se stejným pohlavním, akceptace vlastní orientace „*coming out*“)
- imunitní systém (specifická funkce a porucha imunity, HIV)

VZTAHY MEZI LIDMI

- rodina (generační konflikty v rodině, poradny pro rodiny, střediska sociální prevence)

- kamarádství a přátelství (diferenciace přátelství a lásky)
- láska (definice lásky, rozpoznání lásky, obětování se pro milovaného)
- známosti, chození spolu
- manželství a partnerství (význam a hodnoty manželství, věrnost, tolerance, děti, rozvod, následné vztahy mezi rozvedenými, péče o děti po rozvodu, trvalé soužití bez manželské smlouvy)
- rodičovství (zdravá výchova dítěte, způsoby a metody rodičovské péče, specifická péče o děti - nemocné, postižené)

OSOBNÍ DOVEDNOSTI

- morální zásady a hodnoty (uhájit si své hodnoty a zásady, žít v morálce, pevné a trvalé přátelství, rodiče jako příklad)
- rozhodování (odpovědnost za své rozhodnutí, rozhodnost v sexu)
- komunikace (umění naslouchat, diskutovat, otevřená komunikace je základem dobrého vztahu)
- asertivita (právo a schopnost si hájit svá práva v těžkých situacích, právo nesouhlasit, odmítnout, asertivita a agresivita)
- vyjednávání (hledání kompromisů)
- hledání pomoci (možnosti řešení problému na odborné úrovni)

SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

- sexualita během života (sex z pohledu biologické, psychologické, psychické, kulturní a estetické stránky, touha po orgasmu, sex v průběhu stárnutí)
- onanie a masturbace
- partnerské sexuální chování (právo každého na svou formu sexuálního partnerského chování: líbání, dotýkání, erotická četba, orální, vaginální, anální sex, odpovědnost za následky)
- pohlavní zdrženlivost (význam zdrženlivosti v dospívání a dospělosti, dospělost se neodvíjí od počátku pohlavního života)
- sexuální fantazie (nedílnou součástí lidské sexuality, sledování filmů, obrázků)
- sexuální dysfunkce (definice, druhy a projevy dysfunkce, možnosti odborné konzultace a porady se sexuologem)

SEXUÁLNÍ ZDRAVÍ

- antikoncepce

- interrupce
- pohlavně přenosné choroby
- pohlavní zneužití
- plodnost (škodlivé vlivy prostředí na plodnost, těhotenství, vrozené vývojové vady, důvody vedoucí k ukončení těhotenství, sterilita)

SEX A KULTURA

- sexualita a společnost (sexuální tabu, normy, tradice, zdroje informací, působení vrstevníků)
- pohlavní role (před zákonem jsou si všichni rovni „*coming in*“)
- sexualita a zákon (uplatnění práva v sexuální oblasti)
- sexualita a náboženství (tlak na dodržování tradic, citlivé témata týkající se předmanželského sexu, rozvodu, antikoncepce, interrupce)
- předsudky a diskriminace (diskriminace pohlaví, uspořádání rodiny, sexuální orientace)
- sexualita a umění (umělecké ztvárnění erotiky v hudbě, výtvarném umění, dramatu)
- sexualita a sdělovací prostředky (zneužití sexuality pro marketing, zkreslený a zidealizovaný pohled na sexuální život) (Vrublová, 2013, s. 39-45).

2.4 Osobnost pedagoga

Sexuální tematika je pro spoustu žáků velice citlivá, tudíž jsou i na pedagogy kladeny zvýšené nároky jak po stránce profesionální, tak i lidské. MŠMT ve svém doporučení přímo stanovuje požadavky na pedagogy pro tuto oblast vzdělávání:

- odborně vzdělaný, jak po stránce didaktické, tak po stránce sexuálních vědomostí, znalost volit správné a efektivní techniky při práci s citlivými tématy,
- povinnost se průběžně a trvale vzdělávat, zjišťovat a zpracovávat nejnovější informace do výuky
- empatický, pozitivně smýšlející, nápavitý, kreativní, schopný otevřeně diskutovat na jakémkoliv téma, nezaujatý, nediskriminovat
- znát příslušnou legislativu týkající se témat sexuální výchovy: pohlavní styk, pohlavní zneužívání, ohrožování pohlavní nemocí, ohrožování mravní výchovy, prostituce,

pornografie, ublížení na zdraví, manželství, rodičovství, registrované manželství homosexuálů, diskriminace pohlaví

- uvědomovat si svou povinnost informovat příslušné orgány při podezření na mravní ohrožení mládeže či spáchání sexuálně zaměřeného trestného činu

- být aktivní v kontaktu s celým pedagogickým sborem při vytváření koncepce sexuální výchovy, informovat o novinkách a pomáhat kolegům, kteří se s tematikou sexuální výchovy setkávají ve svých předmětech

- znát specializovaná pracoviště v místě svého působení a spolupracovat s nimi, zdravotní ústavy, hygienické stanice, pracoviště sexuologická a gynekologická, pedagogicko psychologické poradny a jiné

- umět aktivně zapojit žáky do projektů, které jim pomohou rozšířit vědomosti a dovednosti týkající se prevence rizikového chování mladistvých

- aktivně komunikovat s rodiči, umět si obhájit svou výchovnou činnost, být rádce při řešení problematických situací, popřípadě doporučit vhodného odborníka

- být nekritický vůči individuálnostem žáka popř. jeho rodiny, uvědomovat si svého vlivu jako vzoru na žáky, znát etické hranice při svých osobních výpovědích (Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách, 2010).

2.5 Metody výuky

Při volbě výukové metody je nutné zvolit takový přístup, který vzbudí a udrží v žácích zájem po celou dobu výuky a navodí vhodnou atmosféru. Metody je vhodné průběžně uzpůsobovat k jednotlivým cílům:

- upoutat pozornost - reklama, televizní spot, rozhlasová relace
- sdělit podstatné informace a rady - přednášky, brožury, letáky, plakáty, články v časopisech
- motivovat k žádoucí změně chování - kurzy, semináře, soutěže, výstavy, besedy

Za velice účinnou metodu je považován „*peer program*“, kdy se jedná o cílenou a aktivní spolupráci s předem připravenými žáky, kteří pochází ze stejné sociální skupiny a nachází se ve stejném věku. Takto připravení vrstevníci dokáží velice významně a přirozeně ovlivnit a měnit postoje svých vrstevníků (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 22-23). K využití

„peer programu“ v oblasti sexuální výchovy se začíná přiklánět stále více výchovných a vzdělávacích institucí. Studenti byli dotazováni, jaká metoda by jim byla nejpřijatelnější většina z nich se vyjádřila právě pro tuto metodu, následně byli tázáni, jaké téma by oni považovali za nejdůležitější, obecně se shodli, že primární je získat dostatek informací týkající se předmanželského sexuálního života, kam zařadili pohlavní choroby a antikoncepci (Djalalinia et al, 2015). Odborníci v USA se snažili na základě studií posoudit, zda informace předávané mladistvým prostřednictvím digitálních médií (internet, textové zprávy, sociální sítě) dokáží ovlivnit chování v oblasti sexuálního zdraví dospívajících ve věku 13-24let. Výsledky ukázaly, že tyto moderní technologie se jako výchovné způsoby osvědčily, byla potvrzena zvýšená znalost v oblasti přenosu HIV, pohlavně přenosných chorob či nechtěného těhotenství. U takto vzdělaných mladistvých došlo k významnému oddálení začátku sexuálního života (Guse, 2012).

Jednotlivé průzkumy dokazují, že lidé si nejvíce zapamatují:

10 % z toho, co slyšeli

20 % z toho, co viděli a slyšeli

40 % z toho, o čem diskutovali

80 % z toho, co zažili či dělali

90 % z toho, co učili druhé

Z této studie vyplývá, že běžná frontální výuka vyučování, která má jen 20% efekt, není pro sexuální výchovu vhodná. Je nezbytné, aby si žáci vědomosti trvale osvojili, následně je formovali a mohli na jejich základě dále stavět a rozvíjet se směrem ke zdravému sexuálnímu a reprodukčnímu životu. Důležitá je tedy zvolit jiný způsob výuky, ve kterém bude mít žák možnost se aktivně zapojit, vyjádřit se a diskutovat. Takovéto metody se nazývají aktivizační a dělí se na metody: problémové, dialogové, inscenační a hry. Činnost žáků se při aktivizačních metodách odvíjí od jejich zkušeností, vědomostí, sociálních postojů, pohlaví, rodinné výchovy či náboženství každého žáka. Žáci jsou tak vzájemně konfrontováni s různými názory a pohledy na danou problematiku od svých vrstevníků (Hajnová, Kleinová, 2002, s. 13-15).

2.6 Cíle výchovy k reprodukčnímu zdraví

Současná společnost je často označována za sexuálně neurotickou: přibývá sobeckých milenců, zvyšuje se rozvodovost, zvyšuje se počet bezdětných párů, neschopnost upřímně komunikovat s vrstevníky a naslouchat druhým.

Výchova je cíleně směřována k:

- sebekontroly, sebekázně v pohlavní sféře
- přípravě na život v manželství, páru (předčasné zahájení sexuálního života brzdí rozvoj empatie)
- posunutí sexuálního styku do doby, kdy jsou připravení na vztah
- vštípení si vědomostí ohledně sexuálně rizikového chování a jeho ochrany
- pomoci pochopit, co je základem stabilního vztahu, poskytnout široký pohled na biologické a psychologické předpoklady manželské lásky
- zdůraznění, že dívky, ženy jsou pohlavním životem a jeho následky více ohroženy nežli muži, podněcovat u chlapců ohleduplnost vůči ženám
- vtisknutí dívkám a chlapcům představu budoucího rodičovství v dospělosti
- upozornění na fakt, že pravé hodnoty nespočívají ve fyzickém vzhledu (Brihčín, 2000, s. 73-92).

3 DOSPÍVÁNÍ

Dospívání (adolescence) je považováno za období velkých životních změn, jedná se o přechod dítěte do světa dospělých. V dnešní době dochází ke zrychlenému dozrávání, než tomu tak bylo u jeho vrstevníků přes sto lety, avšak integrace do světa dospělých se naopak prodlužuje (příloha 8). Příprava na povolání je dlouhá a složitá, posouvá se i věk založení rodiny či porození prvního dítěte. Období psychosociálního zrání je delší a složitější. Někteří z nich se při podpoře rodičů vzdělávají a postupně připravují na své povolání, jiní jsou nuceni se brzy osamostatnit a vstoupit do světa dospělých emociálně i společensky nezralí (Kabíček, Csémy, Hamalová, 2014, s. 13-15). Nad podporou zdravého vývoje mládeže se zamýšlí odborníci celého světa a považují ji za prioritu dnešní doby. Dospívání se v moderní technologické společnosti stalo nejrizikovějším obdobím vývoje člověka s porovnáním s dřívější dobou, kdy za nejcitlivější vývojové stádium bylo považováno časné dětství. Nelze tedy ponechat výchovu pouze na rodinách, ale měla by zde zapůsobit spolupráce všech dostupných způsobů a možností. Propagace zdravého vývoje mládeže je cílený proces, založený na vědomostech a důkazech, který se snaží o maximální podporu při rozvoji a ochraně emociálního a tělesného zdraví. Dnešní společnost se stává multikulturní, z čehož vyplývá, že je nutné uvažovat v globálním kontextu (Resnick, 2005, s. 398- 400).

Definovat přesné vymezení dospívání je složité, odvíjí se od převažující vědní specializace: pediatrie, endokrinologie, gynekologie, adolescentologie (příloha 9). Tento vývojový věk můžeme podrobněji rozdělit do několika etap, přičemž věk jednotlivých fází je pouze orientační, závisí na pohlaví, kdy dívky dospívají somaticky dříve a individualitě každého jedince.

Časná adolescence - rychlá fáze puberty 10-13let

Střední adolescence - pomalá fáze puberty 14-16let

Pozdní adolescence – dospívání 17-19 let

3.1 Fyzický vývoj

Období puberty (pubescence)

- rychlá fáze, období vytáhlosti, růstová akcelerace, pohlavní zrání a rozvoj druhotných (sekundárních) pohlavních znaků, jedná se o nejzranitelnější období provázející největší změny v nejrůznějších směrech, končí kolem třináctého roku, kdy se u dívek (příloha 10) projevuje bazální pohlavní zralost první menstruací (menarche). Somatický vývoj předbíhá vývoj psychický.

- pomalá fáze, růst do výšky se zpomaluje a během následujících tří let je ukončen oproti druhotným pohlavním znakům, které jsou stále ve vývinu. U chlapců, rozlišení jednotlivých fází není tak jednoznačné jako u dívek, se na počátku pomalé fáze začíná objevovat ochlupení nad horním rtem, pleť postihuje trudovitost (akné), mutace hlasu, pokročilé ochlupení, kolem 15. roku (příloha 11) dochází k prvním polucím, značící dosažení bazální pohlavní zralosti. Růst dívek je ukončen v průměru kolem 16 let, u hochů v 18 letech (příloha 12).

Období dospívání (adolescence)

Je charakteristické především vývojem po psychosociální stránce, k emoční a sociální stabilizaci. Po somatické stránce dosahují plné reprodukční schopnosti, končí tělesný růst, kdy po fyzické stránce jsou na skvělé výkonnostní úrovni (Machová, Hamanová, 2002, s. 124-127, Kabíček, Csémy, Hamalová, 2014, s. 17-19).

3.2 Psychický vývoj

Kromě biologických změn se u dospívajících odehrávají zásadní změny v oblasti psychiky, kdy dochází ke střetu protikladů. Během tohoto nelehkého a poměrně krátkého období by se měli adolescenti vyrovnat s několika zásadními životními úkoly:

- procesem sebepoznávání, utvářením si systému hodnot, morální zodpovědností, sebevýchovou, nacházením smyslu života se dopracovat k vytvoření vlastní osobnosti
- rozhodnout se pro budoucí profesi a připravit se na ni
- osamostatnit se a postupně se odpoutat od své rodiny
- ujasnit si význam partnerství, rodičovství (Machová, Hamanová, 2002, s. 142).

Období puberty (pubescence)

- rychlá fáze – tradičně je toto období považováno za léta „*bouří a stresů*“, zvýšenou produkcí hormonů dochází k citové labilitě, rychlým změnám chování, střídání nálad od radosti, přes výbuchy zlosti, hluchosti až po apatii a nezájem. Vlivem bujné fantazie se vidí v tom nejlepším světle, jsou citliví na svou osobu, zpochybňují autoritu dospělých. Počínají se odklánět od rodiny a ocitají se v sociálním vakuu, nejsou již dětmi, ale mezi dospělé ještě nepatří. Začínají navazovat vztahy s vrstevníky, sdružují se do skupin, ale přátelství není trvalé, dochází často ke střetům a střídání přátel. Pohlavní vzrušení je zaměřeno autosexuálním směrem.

- pomalá fáze – období krizí, vzpurnosti a konfliktů s dospělými. Sexuální pud přechází do pravidelnosti, což jim umožňuje tento stav lépe zvládat. Fantazie se projevuje formou denního snění, což představuje přechod mezi realitou a ideálem, kdy častým obsahem jsou sexuálně - erotické představy. Emoční odklon od rodičů vyvolává nutnost se emočně sblížit s někým jiným, vznikají pevnější přátelství, dochází k sblížování s druhým pohlavím, na úrovni škádlení či koketování. Po sociální stránce se snaží o nezávislost, možnost se samostatně rozhodovat, uplatnit svůj názor před dospělými, proto často ve společnosti dospělých reagují úmyslně odlišně. Ve snaze na sebe upozornit napodobují dospělé kouřením pitím alkoholu, užíváním nevhodných slovních výrazů atd.

Období dospívání (adolescence)

Hlavním úkolem toho období je vytvoření si vlastní identity, akceptovat požadavky společnosti, přijmout za své morální hodnoty dané společností, formuluje se osobnost, přijímá za své typické vzorce chování, myšlení, které mají vliv na jeho projevy chování. Rádi experimentují s různými rolami v různých sociálních skupinách a situacích, čímž získávají zkušenosti a upevňují si ty způsoby chování, ve kterých měli úspěch. Ve svém chápání projevují jednostrannost, nedomýšlí důsledky svých činů, reagují rychle, ihned znají řešení situací, mají méně zábran, vrhají se do neznámých situací, riskují, projevují velkou míru odvahy. Mají snahu si utvořit vlastní názor na základě svých osobních zkušeností, nepřijímají argumenty, které jsou jim vnucovány, touží po svobodě. Větší sociální tlak na nezávislost a profesionální orientaci je vyvíjen na chlapce, od kterých se očekává ekonomická

nezávislost, vyšší společenský status, často jsou bráni jako následníci rodinné tradice. Dívky udržují vazby na rodinu déle, především na své matky, se kterými řeší ženské problémy a ani v otázce profese není na ně kladen takový tlak, spíše se od nich očekává plnění mateřských povinností a péče o rodinu (Binarová, 2008, s. 101- 117).

4 METODIKA PRÁCE

Praktická část diplomové práce je zpracována formou výzkumného šetření, pro kterou byl vytvořen jednorázový nestandardizovaný dotazník, kterému předcházela přípravná část obsahující studium odborných publikací. Na základě těchto získaných informací byl sestaven příslušný dotazník.

Dotazník

Dotazník je v pedagogickém výzkumu nejužívanějším nástrojem při sběru dat. Je sestaven z řady cíleně seřazených písemných otázek a jejich následných odpovědí od respondentů. Cílem je zjistit osobitý postoj k dané problematice od jednotlivců (Chráska, 2007, s. 163).

Pro výzkumné šetření byl sestaven anonymní nestandardizovaný dotazník o 24 otázkách (příloha 17). Za účelem vyloučení nízké návratnosti byly dotazníky distribuovány osobně, v průběhu vyplňování byly respondentům zodpovězeny případné nejasnosti a následně sesbírány vyplněné dotazníky.

Dotazník obsahoval kombinaci otázek uzavřených, s více možnými odpověďmi a otevřených, ve kterých mohli respondenti vyjádřit své zkušenosti, názory a postoje. V úvodu byli respondenti obeznámeni s cílem daného šetření a vzhledem k citlivosti tématu, byli opakovaně ubezpečeni o anonymitě svých odpovědí, následovaly instrukce k vyplnění a poděkování všem zúčastněným.

Výběr respondentů

Zkoumanou skupinu respondentů tvořily první a druhé ročníky středních škol v Olomouckém kraji: Gymnázium Olomouc – Hejčín, Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Emanuela Pöttinga a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky Olomouc, Střední průmyslová škola strojnická, Vyšší odborná škola a Střední průmyslová škola elektrotechnická.

Organizace výzkumu

Ředitelům vybraných středních škol byla zaslána schválená žádost o povolení k výzkumnému dotazníkovému šetření prostřednictvím emailové korespondence. Ředitelé výše zmíněných středních škol odpověděli kladně. Negativní zpětná odpověď byla zaznamenána od ředitelů Gymnázia Olomouc – Čajkovského a Slovanského gymnázia.

Výzkumné šetření proběhlo v období od října 2015 do prosince 2015. Celkem bylo rozdáno 579 dotazníků, zpětně bylo vybráno 579 dotazníků. Návratnost tedy činila 100 %.

Zpracování výsledků dotazníkového šetření bylo provedeno pomocí programu Microsoft Excel 2007. Výsledky výzkumného šetření jsou vyjádřeny prostřednictvím absolutní a relativní četnosti a zpracovány do tabulek, grafů a prostého textu. Relativní četnost (f) vystihuje podíl absolutní četnosti (n_i) a celkové četnosti (n), kdy výsledek je udáván v procentech.

Vzorec pro výpočet relativní četnosti je: $f (\%) = n_i / n \times 100$.

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Jsou zde předloženy konečné výsledky výzkumného šetření získané dotazníkovou metodou. Ve vědomostních otázkách jsou správné odpovědi tučně zvýrazněny.

Jednotlivé položky dotazníkového šetření.

1. **Byly vám dle Vašeho názoru poskytnuty dostatečné informace týkající se rizikového chování v oblasti reprodukčního zdraví a jeho následků v rámci školní výuky?** (*brzký začátek pohlavního života, metody ochrany, pohlavní choroby, nechtěné těhotenství, okolnosti podněcující rizikové chování a jiné*)
 - a. Ano, byly mi poskytnuty veškeré informace, které jsem potřebovala vědět.
 - b. Částečně, informace získané v rámci výuky, nebyly kompletní.
 - c. Ne, vyučující nevěnoval tomuto tématu dostatečnou pozornost.
 - d. Nezajímá mě to, sám/sama vím, co potřebuji, co je pro mě nejlepší.
 - e. Raději bych zvolil/zvolila jiný způsob získání informací v této oblasti.

Tabulka 1 Spokojenost s množstvím získaných informací

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	a	332	57,3	57,3	57,3
	b	166	28,7	28,7	86,0
	c	56	9,7	9,7	95,7
	d	21	3,6	3,6	99,3
	e	4	0,7	0,7	100,0
	Celkem		579	100,0	100,0



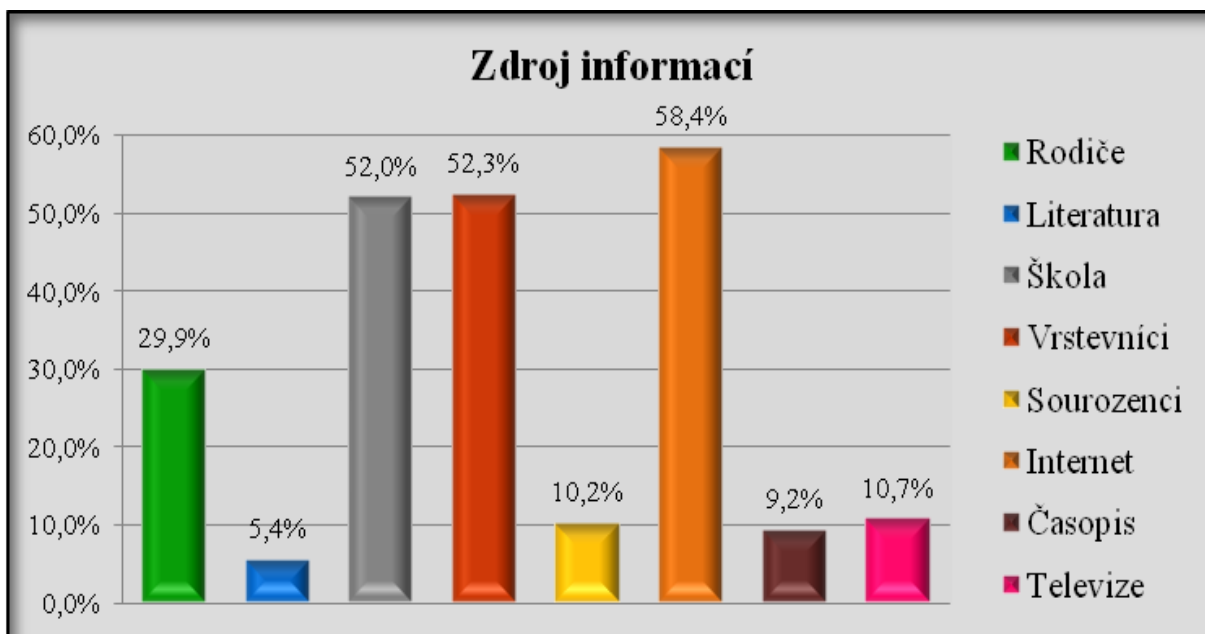
Graf 1 Spokojenost s množstvím získaných informací

Analýzou dat bylo zjištěno, že 332 (57,3 %) respondentů uvedlo, že jim v rámci školní výuky, byly poskytnuty veškeré informace týkající se reprodukčního zdraví. 166 (28,7 %) respondentů považuje získané informace za částečné, 56 (9,7 %) respondentů odpovědělo, že vyučující se tomuto tématu nevěnovali dostatečně. 21 (3,6 %) se o tuto problematiku v rámci školy nezajímá, spoléhá se na sebe a 4 (0,7 %) respondenti by raději zvolili jiný způsob získání informací.

2. Kde jste získal(a) nejvíce informací a znalostí ohledně sexuality a reprodukčního zdraví.

Tabulka 2 Zdroj informací

		Četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (%)
Platné	Rodiče	173	13,1	29,9
	Literatura	31	2,3	5,4
	Škola	301	22,8	52,0
	Vrstevníci	303	22,9	52,3
	Sourozenci	59	4,5	10,2
	Internet	338	25,6	58,4
	Časopis	53	4,0	9,2
	Televize	62	4,7	10,7
	Celkem	1321	100,0	228,2



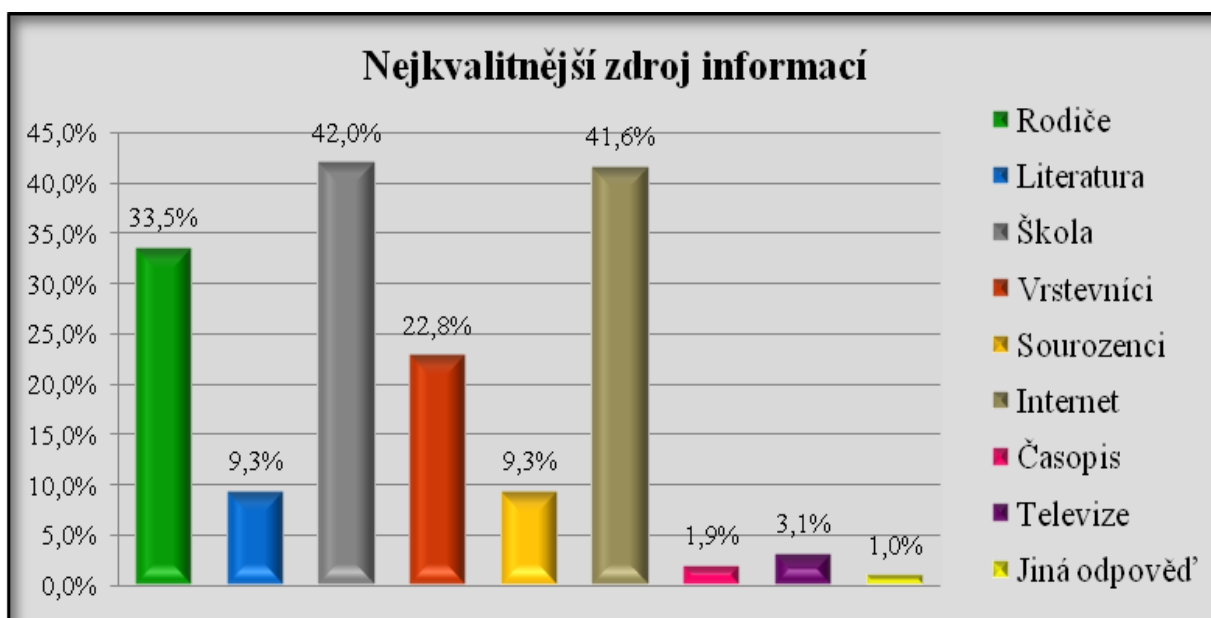
Graf 2 Zdroj informací

V této položce bylo možno zvolit více odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že 338 (58,4 %) respondentů získává nejčastěji informace z internetu. 303 (52,3 %) respondentů se pro informace obrací na své vrstevníky, 301 (52,0 %) respondentů čerpá z informací získaných ve škole. 173 (29,9 %) respondentů se obrací pro informace na své rodiče, 62 (10,7 %) respondentů čerpá z televize, 59 (10,2 %) respondentů označilo za zdroj poznatků své sourozence. 53 (9,2 %) respondentů si pro rozšíření vědomostí vybralo časopis a 31 (5,4%) respondentů označilo jako základ informací literaturu.

3. Který ze zdrojů poskytujících informace ohledně sexuality a reprodukčního zdraví považujete za nejkvalitnější: *aktuálnost, srozumitelnost, užitečnost, věrohodnost.*

Tabulka 3 Nejkvalitnější zdroj informací

		Četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (%)
Platné	Rodiče	194	20,4	33,5
	Literatura	54	5,7	9,3
	Škola	243	25,5	42,0
	Vrstevníci	132	13,9	22,8
	Sourozenci	54	5,7	9,3
	Internet	241	25,3	41,6
	Časopis	11	1,2	1,9
	Televize	18	1,9	3,1
	Jiná odpověď	6	0,6	1,0
	Celkem	953	100,0	164,6



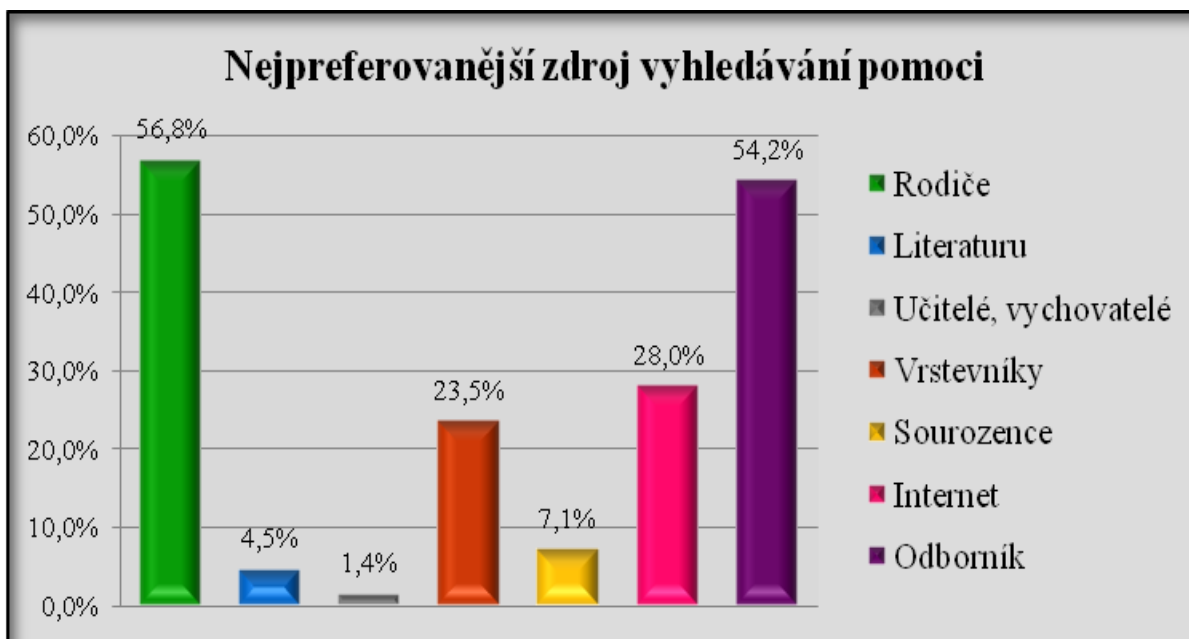
Graf 3 Nejkvalitnější zdroj informací

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí a vyjádřit vlastní názor. Analýzou dat bylo zjištěno, že 243 (42,0 %) respondentů považuje za nejkvalitnější zdroj informací školu, 241 (41,6 %) respondentů si informace zjišťuje na internetu, 194 (33,5 %) respondentů věří poznatkům svých rodičů, 132 (22,8 %) respondentů důvěřuje vrstevníkům, stejné množství respondentů 54 (9,3 %) udává za nejhodnotnější zdroj informací literaturu a sourozence. 18 (3,1 %) respondentů důvěřuje televizi, 11 (1,9 %) respondentů čerpá z časopisů a 6 (1,0 %) respondentů zvolilo jinou odpověď, ke které uvedli jako zásadní zdroj informací vlastní zkušenost.

4. Pokud byste měli v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví problémy, na koho byste se obrátili o pomoc?

Tabulka 4 Nejpreferovanější zdroj vyhledávání pomoci

		Četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (%)
Platné	Rodiče	329	32,4	56,8
	Literatura	26	2,6	4,5
	Učitelé, vychovatelé	8	0,8	1,4
	Vrstevníci	136	13,4	23,5
	Sourozenci	41	4,0	7,1
	Internet	162	15,9	28,0
	Odborník	314	30,9	54,2
	Celkem	1016	100,0	175,5



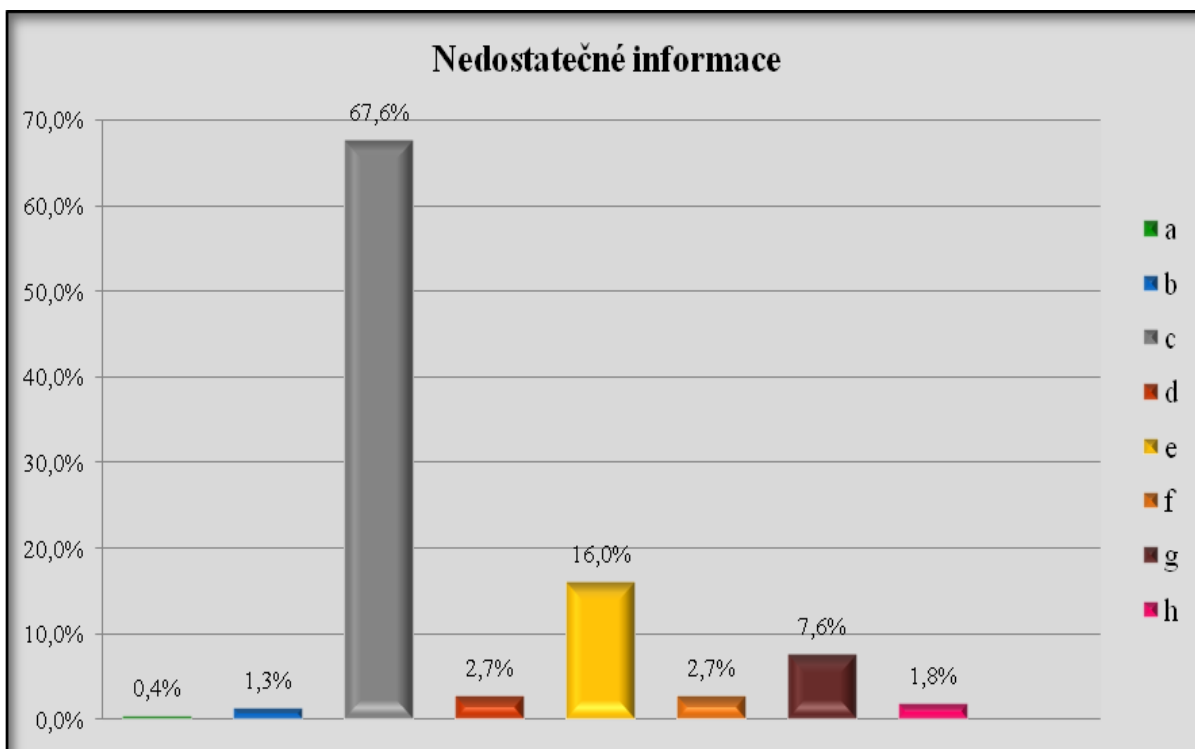
Graf 4 Nejpreferovanější zdroj vyhledávání pomoci

Zde mohli respondenti volit více odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že v případě zdravotních problémů v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví by se 329 (56,8 %) respondentů obrátilo na rodiče, 314 (54,2 %) respondentů by vyhledalo odbornou pomoc, 162 (28,0 %) respondentů by nejdříve vyhledalo informace na internetu, 136 (23,5 %) respondentů by se primárně obrátilo pro radu na své vrstevníky. 41 (7,1 %) respondentů by požádalo o pomoc sourozence, 26 (4,5 %) respondentů uvedlo jako zdroj informací literaturu a pouze 8 (1,4 %) respondentů by o pomoc požádalo učitele/vychovatele.

5. Jaké pro Vás důležité informace v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví Vám nebyly poskytnuty a postrádáte je?

Tabulka 5 Nedostatečné informace

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Homosexualita	1	0,2	0,4	0,4
	Jak mluvit s partnerem o sexu	3	0,5	1,3	1,8
	Již mám všechny informace	152	26,3	67,6	69,3
	Antikoncepce	6	1,0	2,7	72,0
	Pohlavní choroby	36	6,2	16,0	88,0
	Pohlavní hygiena	6	1,0	2,7	90,7
	Nechtěné těhotenství	17	2,9	7,6	98,2
	Jak probíhá interrupce	4	0,7	1,8	100,0
	Celkem	225	38,9	100,0	
Chybějící		354	61,1		
	Celkem	579	100,0		



- a Homosexualita
- b Jak mluvit s partnerem o sexu
- c Již mám všechny informace
- d Antikoncepce
- e Pohlavní choroby
- f Pohlavní hygiena
- g Nechtěné těhotenství
- h Jak probíhá interrupce

Graf 5 Nedostatečné informace

U této otázky měli respondenti možnost vyjádřit vlastní názor. Tuto možnost využilo pouze 225 (38,9 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů.

Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že 152 (67,6 %) respondentů je přesvědčeno, že jim byly poskytnuty všechny potřebné informace, 36 (16,0 %) respondentů postrádá podrobnější informace ohledně pohlavních chorob, 17 (7,6 %) respondentů by rádo vědělo, jaké možnosti mají, při nechtěném těhotenství. 6 (2,7 %) respondentů postrádá dostatečné informace v oblasti pohlavní hygieny, stejné množství respondentů 6 (2,7 %) uvádí nedostatek informací v oblasti antikoncepce. 4 (1,8 %) respondenty by zajímalo, jak probíhá samotná interrupce a její nežádoucí následky. 3 (1,3 %) respondenty by zajímala

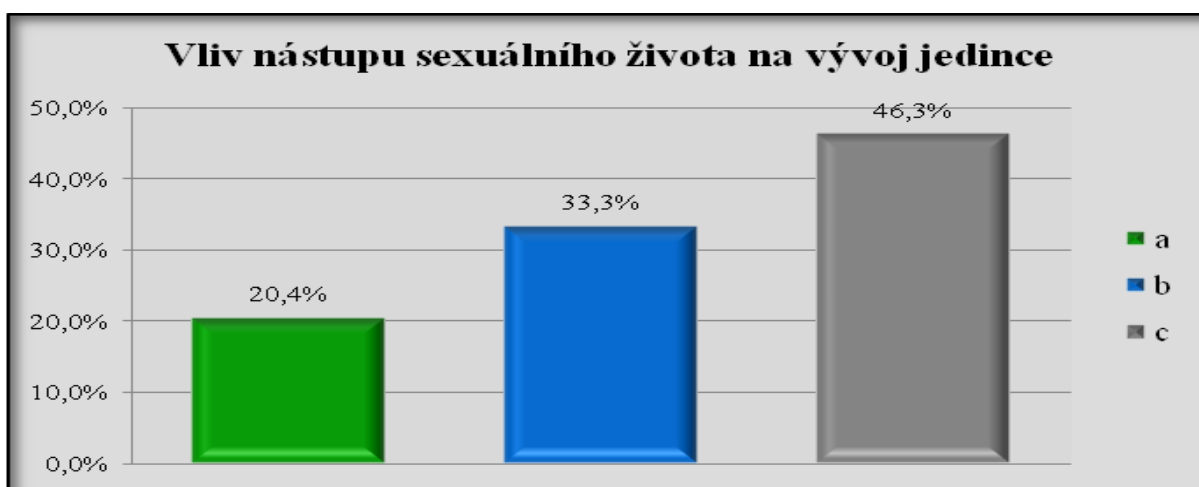
psychologická oblast, jak mluvit s partnerem o sexu a 1 (0,4 %) respondent se domnívá, že otázka homosexuality je stále ještě svým způsobem tabu a rád by získal více informací z této problematiky.

6. Má dle Vašeho názoru časný začátek sexuálního života vliv na psychický a fyzický vývoj jedince?

- a. Ano má, pozitivní: získám více zkušeností a vrstevníci mě budou brát jako zkušeného, zralého, vyspělého.
- b. Ano má, negativní: mohou se projevit zdravotní a psychické problémy.
- c. Ne, nemá to žádný vliv, budu to stále já, nezmění mě to.

Tabulka 6 Vliv nástupu sexuálního života na vývoj jedince

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	A	118	20,4	20,4	20,4
	B	193	33,3	33,3	53,7
	C	268	46,3	46,3	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 6 Vliv nástupu sexuálního života na vývoj jedince

Analýzou dat bylo zjištěno, že 268 (46,3 %) respondentů je přesvědčeno, že brzký začátek sexuálního života nemá žádný vliv na jeho psychický a fyzický vývoj. 193 (33,3 %) respondentů uvedlo, že na základě časného začátku pohlavního života může dojít k zdravotním a psychickým problémům a 118 (20,4 %) respondentů se domnívá, že raný start sexuálního života jim pomůže rychleji vyspět a v očích svých vrstevníků budou působit jako vyzrálejší a zkušenější.

7. Do jakého věku je v ČR pohlavní styk trestný?

Tabulka 7 Věková hranice trestní odpovědnosti za pohlavní styk

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	15 let	515	88,9	88,9	88,9
	16 let	7	1,2	1,2	90,2
	17 let	31	5,4	5,4	95,5
	18 let	26	4,5	4,5	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 7 Věková hranice trestní odpovědnosti za pohlavní styk

Analýzou dat bylo zjištěno, že 515 (88,9 %) respondentů správně uvedlo mezní hranici trestnosti pohlavního styku 15 let. 31 (5,4 %) respondentů posunula hranici věku až na 17 let, 26 (4,5 %) respondentů udalo 18 let a 7 (1,2 %) respondentů uvedlo hranici trestní odpovědnosti za pohlavní styk na 16 let.

8. Domníváte se, že dostatek informací a znalostí o reprodukčním zdraví ovlivní Váš přístup, kdy začnete žít sexuálním životem?

Tabulka 8 Vliv informací na zahájení sexuálního života

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Ano, začnu žít sexuálním životem později	165	28,5	28,5	28,5
	Ano, začnu žít sexuálním životem dříve	54	9,3	9,3	37,8
	Ne, neovlivní mě to	360	62,2	62,2	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 8 Vliv informací na zahájení sexuálního života

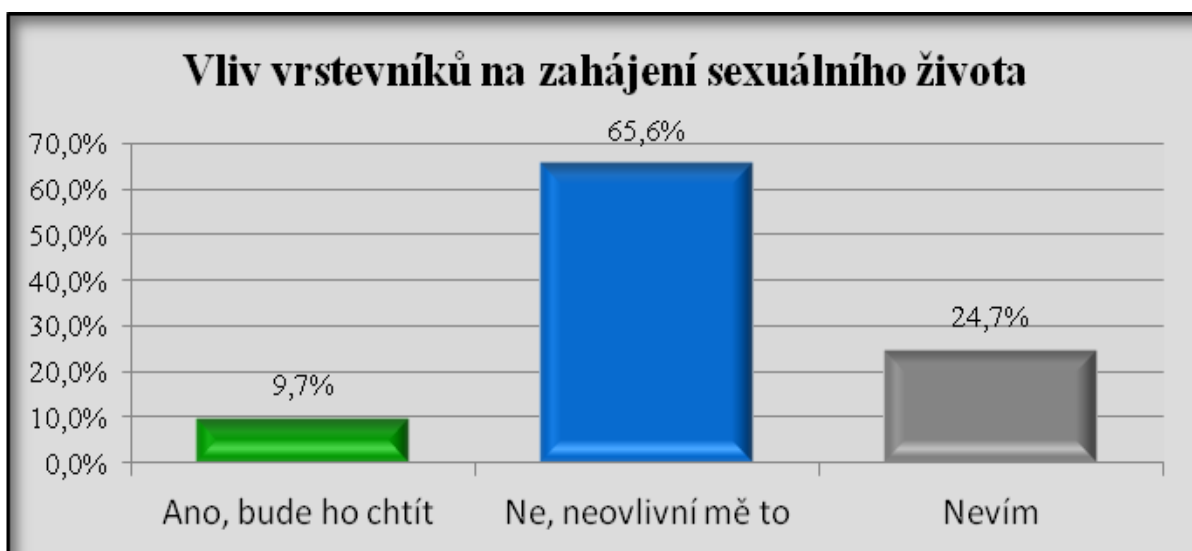
Analýzou dat bylo zjištěno, že 360 (62,2 %) respondentů uvedlo, že množství informací nemá vliv na jejich rozhodnutí, kdy začnou žít sexuálním životem. 165 (28,5 %) respondentů

přiznalo oddálení začátku sexuálního života při dostatečném množství získaných informací a 54 (9,3 %) respondentů udalo poznatky o sexuálním životě jako motivaci k jeho zahájení.

9. Pokud budou již mít Vaši vrstevníci první pohlavní styk za sebou, ovlivní to Váš přístup k sexuálnímu životu?

Tabulka 9 Vliv vrstevníků na zahájení sexuálního života

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Ano, budu ho chtít taky, co nejdříve	56	9,7	9,7	9,7
	Ne, neovlivní mě to	380	65,6	65,6	75,3
	Nevím, nepřemýšlel (a) jsem o tom	143	24,7	24,7	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 9 Vliv vrstevníků na zahájení sexuálního života

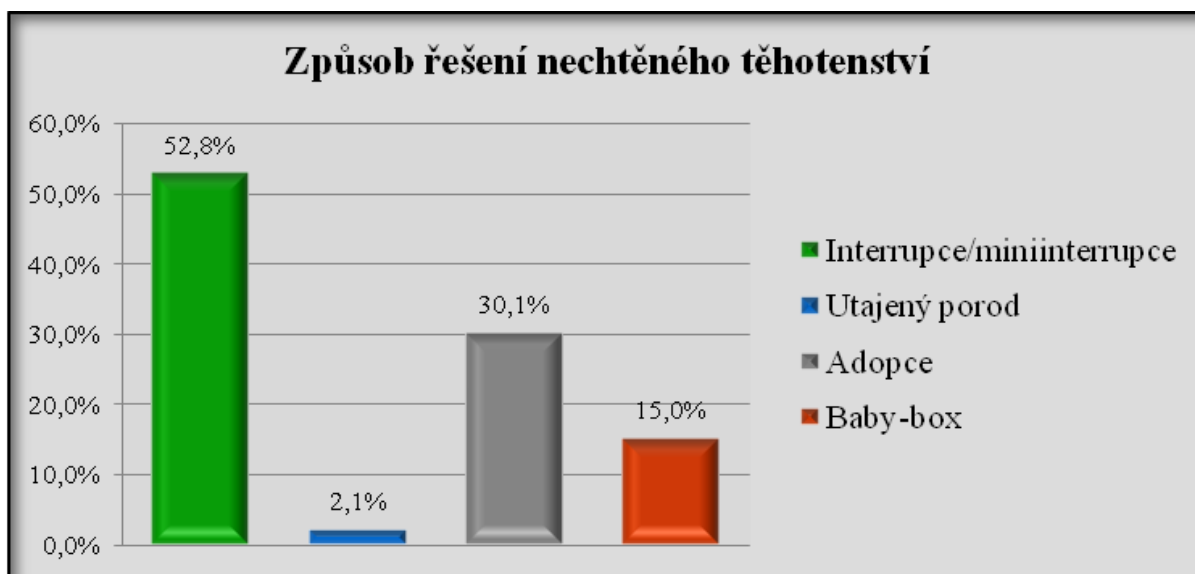
Analýzou dat bylo zjištěno, že 380 (65,6 %) respondentů uvedlo, že je začátek pohlavního života u vrstevníků neovlivní v jejich přístupu k sexuálnímu životu. 143 (24,7 %) respondentů

o tom nepřemýšlelo a 56 (9,7 %) respondentů připustilo, že budou chtít začít se sexuálním životem co nejdříve.

10. Jaké je dle Vašeho názoru nejlepší řešení při nechtěném těhotenství?

Tabulka 10 Způsob řešení neplánovaného těhotenství

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Interrupce/miniinterrupce	306	52,8	52,8	52,8
	Utajený porod	12	2,1	2,1	54,9
	Adopce	174	30,1	30,1	85,0
	Baby-box	87	15,0	15,0	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



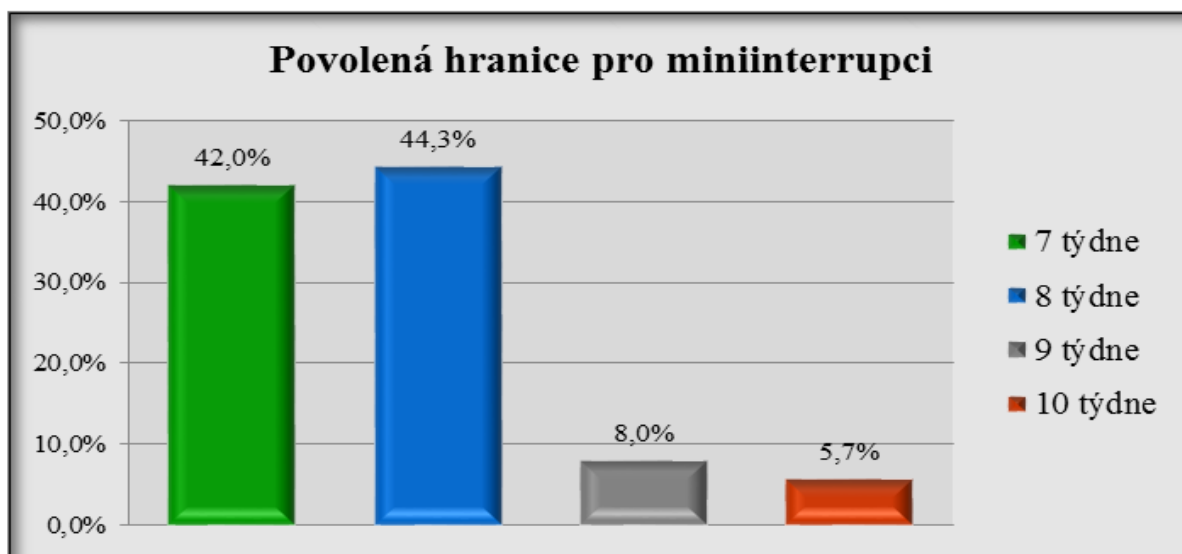
Graf 10 Způsob řešení neplánovaného těhotenství

Analýzou dat bylo zjištěno, že při nechtěném otěhotnění se 306 (52,8 %) respondentů přiklání k interrupce/miniinterrupce. 174 (30,1 %) respondentů by zvolilo adopci, 87 (15,0 %) respondentů označilo Baby-box a pro utajený porod by se rozhodlo 12 (2,1%) respondentů.

11. Do kolikátého týdne od oplodnění je povolena miniinterrupce?

Tabulka 11 Povolená hranice pro miniinterrupci

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	7. týdne	220	38,0	42,0	42,0
	8. týdne	232	40,1	44,3	86,3
	9. týdne	42	7,3	8,0	94,3
	10. týdne	30	5,2	5,7	100,0
	Celkem	524	90,5	100,0	
Chybějící		55	9,5		
	Celkem	579	100,0		



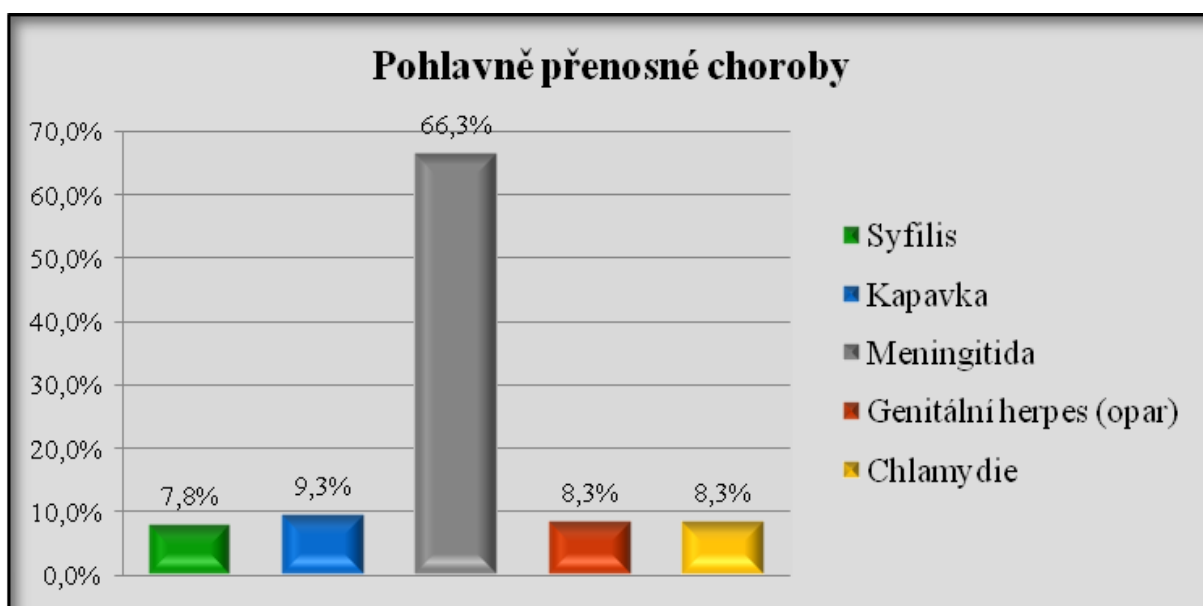
Graf 11 Povolená hranice pro miniinterrupci

Na tuto otázku odpovědělo 524 (90,5 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů. Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že správnou odpověď 8 týdnů zvolilo 232 (44,3 %) respondentů. 220 (42,0 %) respondentů se chybně domnívalo, že hranicí pro miniinterrupci je 7 týdnů, 42 (8,0 %) respondentů uvedlo 9 týdnů a 30 (5,7%) respondentů posunulo hranici na 10 týden.

12. Která nemoc nepatří mezi pohlavně přenosné choroby?

Tabulka 12 Pohlavně přenosné choroby

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Syfilis	45	7,8	7,8	7,8
	Kapavka	54	9,3	9,3	17,1
	Meningitida	384	66,3	66,3	83,4
	Genitální herpes (opar)	48	8,3	8,3	91,7
	Chlamydie	48	8,3	8,3	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



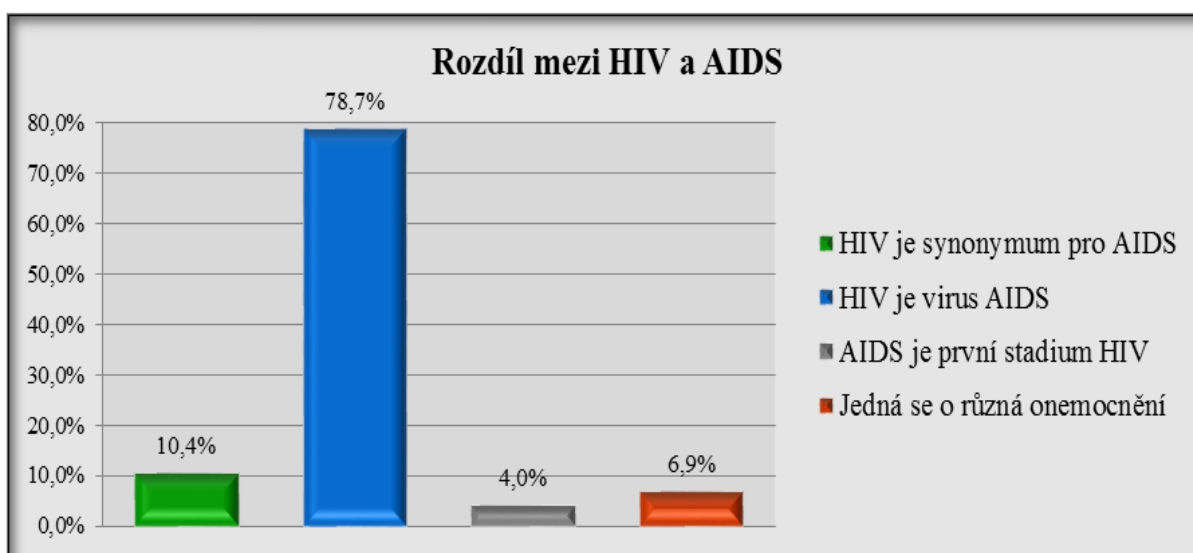
Graf 12 Pohlavně přenosné choroby

Analýzou dat bylo zjištěno, že správnou odpověď na otázku, které z onemocnění nepatří mezi pohlavně přenosné choroby, uvedlo 384 (66,3 %) respondentů. 54 (9,3 %) respondentů uvedlo Kapavku. Stejný počet respondentů 48 (8,3 %) udalo Chlamydie i Genitální herpes a 45 (7,8 %) respondentů označilo za pohlavně nepřenosné onemocnění Syfilis.

13. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

Tabulka 13 Rozdíl mezi HIV a AIDS

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	HIV je synonymum pro AIDS	57	9,8	10,4	10,4
	HIV je virus AIDS	432	74,6	78,7	89,1
	AIDS je první stádium HIV	22	3,8	4,0	93,1
	Jedná se o různá onemocnění	38	6,6	6,9	100,0
	Celkem	549	94,8	100,0	
Chybějící		30	5,2		
	Celkem	579	100,0		



Graf 13 Rozdíl mezi HIV a AIDS

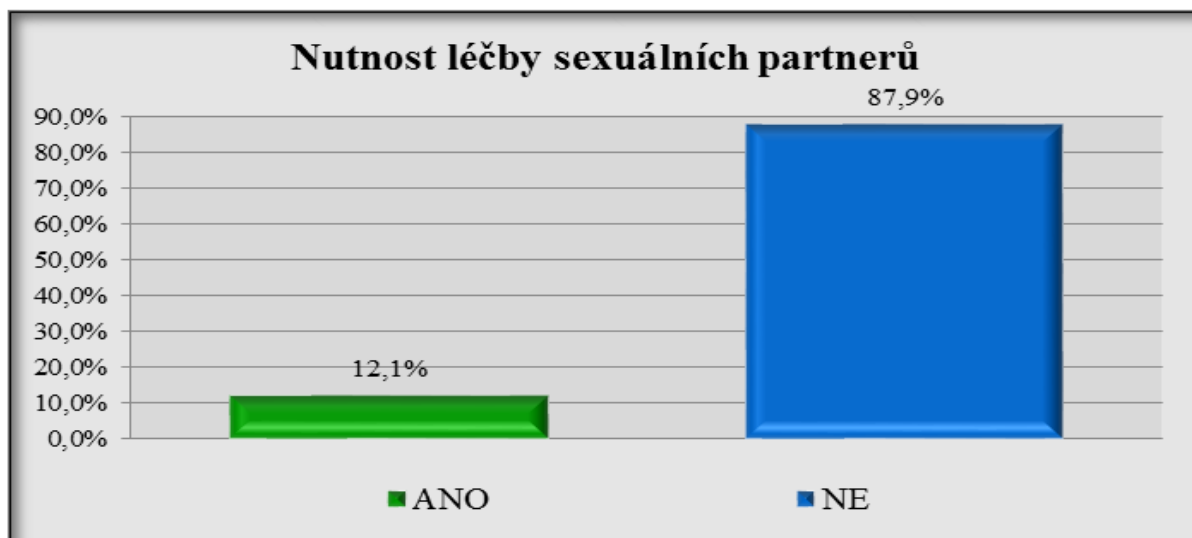
Na tuto otázku odpovědělo 549 (94,8 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů. Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že 432 (78,7 %) respondentů

uvedlo správnou odpověď, že HIV je virus onemocnění AIDS. 57 (10,4 %) respondentů se domnívalo, že se jedná o synonymum, 38 (6,9 %) respondentů považovalo HIV a AIDS za dvě odlišná onemocnění, 22 (4,0 %) respondentů udalo AIDS za první stádium HIV.

14. Souhlasíte, že při nákaze pohlavně přenosnou chorobou není nutné vždy léčit všechny sexuální partnery.

Tabulka 14 Povinnost léčby sexuálních partnerů

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Ano	69	11,9	12,1	12,1
	Ne	501	86,5	87,9	100,0
	Celkem	570	98,4	100,0	
Chybějící		9	1,6		
	Celkem	579	100,0		



Graf 14 Povinnost léčby sexuálních partnerů

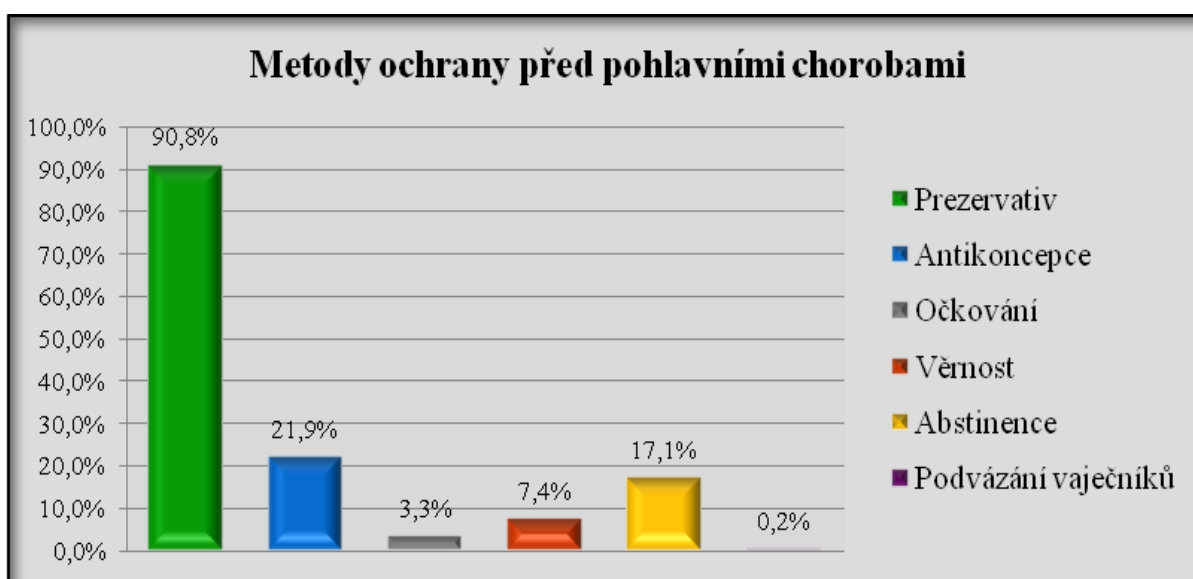
Na tuto otázku odpovědělo 570 (98,4 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů. Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že správnou odpověď na otázku

nutnosti léčby všech sexuálních partnerů označilo 501 (87,9 %) respondentů. Chybnou odpověď označilo 69 (12,1 %) respondentů.

15. Jaké znáte metody ochrany před pohlavními chorobami?

Tabulka 15 Metody ochrany před pohlavními chorobami

		Četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (%)
Platné	Prezervativ	526	64,5	90,8
	Hormonální antikoncepce	127	15,6	21,9
	Očkování	19	2,3	3,3
	Věrnost	43	5,3	7,4
	Abstinence	99	12,1	17,1
	Podvázání vaječníků	1	0,1	0,2
	Celkem	815	100,0	140,8



Graf 15 Metody ochrany před pohlavními chorobami

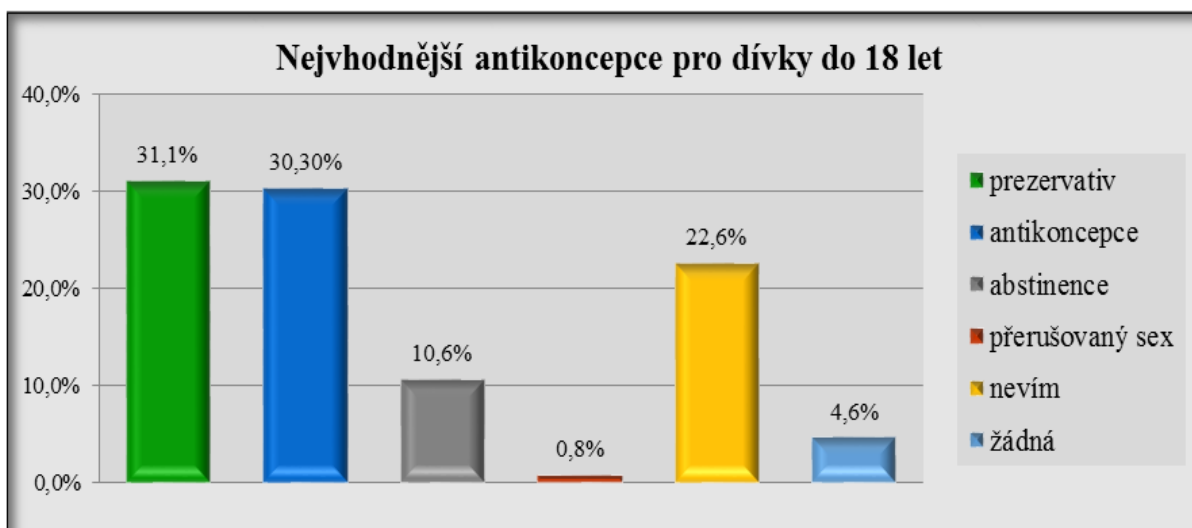
V této položce bylo možno zvolit více odpovědí a vyjádřit tím vlastní názor. Analýzou dat bylo zjištěno, že nejznámější ochrana před pohlavními chorobami je prezervativ. Tuto možnost označilo 526 (90,8 %) respondentů. 127 (21,9 %) respondentů uvedlo jako ochranu

před pohlavními nemocemi hormonální antikoncepci. 99 (17,1 %) respondentů uvedlo jako nejbezpečnější ochranu sexuální abstinenci a 43 (7,4 %) respondentů kladlo důraz na věrnost. 19 (3,3 %) respondentů jako jednu z ochrany uvedlo očkování a 1 (0,2%) respondent označil podvázání vaječníků.

16. Jaká antikoncepce je dle Vašeho názoru nejvhodnější pro dívky do 18 let?

Tabulka 16 Nejvhodnější antikoncepce pro dívky do 18 let

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Prezervativ	161	27,8	31,1	31,1
	Hormonální antikoncepce	157	27,1	30,3	61,4
	Abstinence	55	9,5	10,6	72,0
	Přerušovaný sex	4	0,7	0,8	72,8
	Nevím	117	20,2	22,6	95,4
	Žádná	24	4,1	4,6	100,0
	Celkem	518	89,5	100,0	
Chybějící		61	10,5		
	Celkem	579	100,0		



Graf 16 Nejvhodnější antikoncepce pro dívky do 18 let

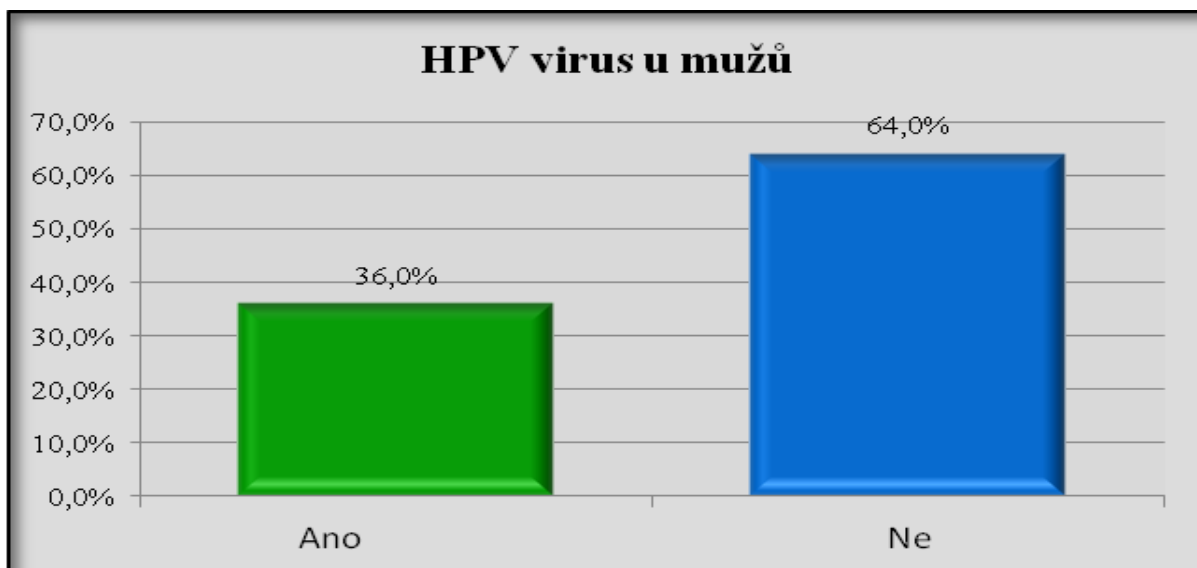
U této otázky měli respondenti možnost vyjádřit vlastní názor. Tuto možnost využilo pouze 518 (89,5 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů.

Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že za nejvhodnější antikoncepci pro dívky do 18 let považuje 161 (31,1 %) respondentů prezervativ, 157 (30,3 %) respondentů uvedlo hormonální antikoncepci, 55 (10,6 %) abstinenci, 24 (4,6 %) respondentů není kladně přesvědčeno o žádné metodě, 4 (0,8 %) respondenti uvedli přerušovanou soulož a 117 (22,6 %) nevědělo.

17. Může HPV virus vyvolat infekci také u mužů (HPV - lidský papilomavirus, který může u dívek vyvolávat rakovinu děložního čípku)?

Tabulka 17 HPV virus u mužů

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Ano	187	32,3	36,0	36,0
	Ne	333	57,5	64,0	100,0
	Celkem	520	89,8	100,0	
Chybějící		59	10,2		
	Celkem	579	100,0		



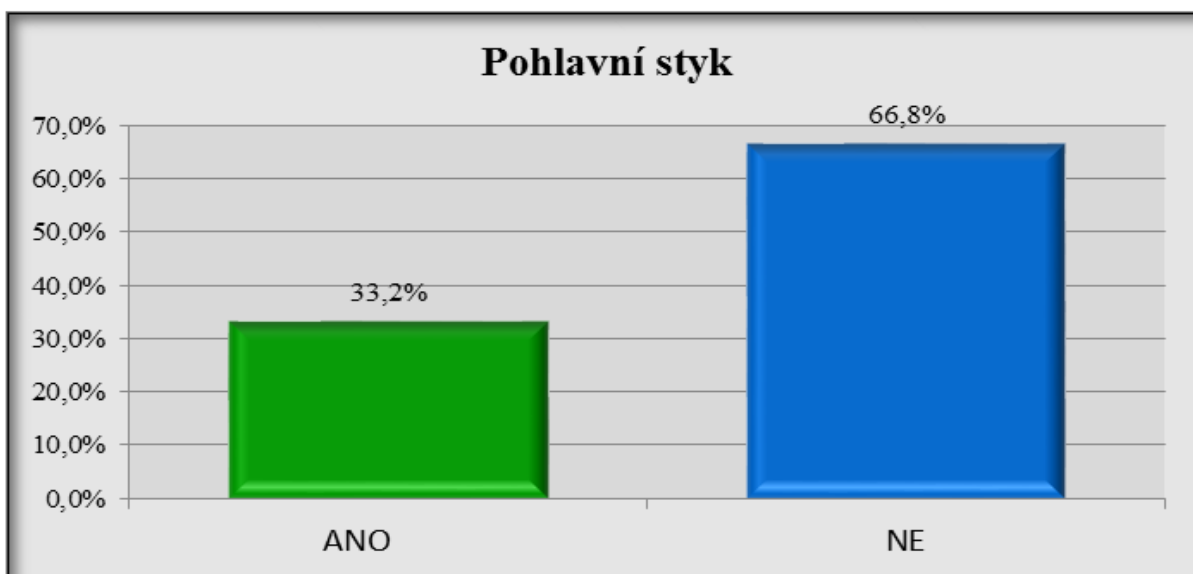
Graf 17 HPV virus u mužů

Na tuto otázku odpovědělo 520 (89,8 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů. Analýzou dat z platných odpovědí bylo zjištěno, že 187 (36,0 %) respondentů správně odpovědělo, že HPV virus u mužů může vyvolat infekci, 333 (64,0 %) respondentů s tímto tvrzením nesouhlasilo.

18. Měli jste již pohlavní styk?

Tabulka 18 Pohlavní styk

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Ano	190	32,8	33,2	33,2
	Ne	382	66,0	66,8	100,0
	Celkem	572	98,8	100,0	
Chybějící		7	1,2		
	Celkem	579	100,0		



Graf 18 Pohlavní styk

Na tuto otázku odpovědělo 572 (98,8 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů. Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že 382 (66,8 %) respondentů nemělo pohlavní styk, 190 (33,2 %) respondentů uvedlo, že již žijí sexuálním životem.

19. Pokud jste již měli pohlavní styk, použili jste ochranu při pohlavním styku?

Tabulka 19 Chráněný pohlavní styk

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Ano	153	26,4	80,5	80,5
	Ne	37	6,4	19,5	100,0
	Celkem	190	32,8	100,0	
Chybějící		389	67,2		
	Celkem	579	100,0		



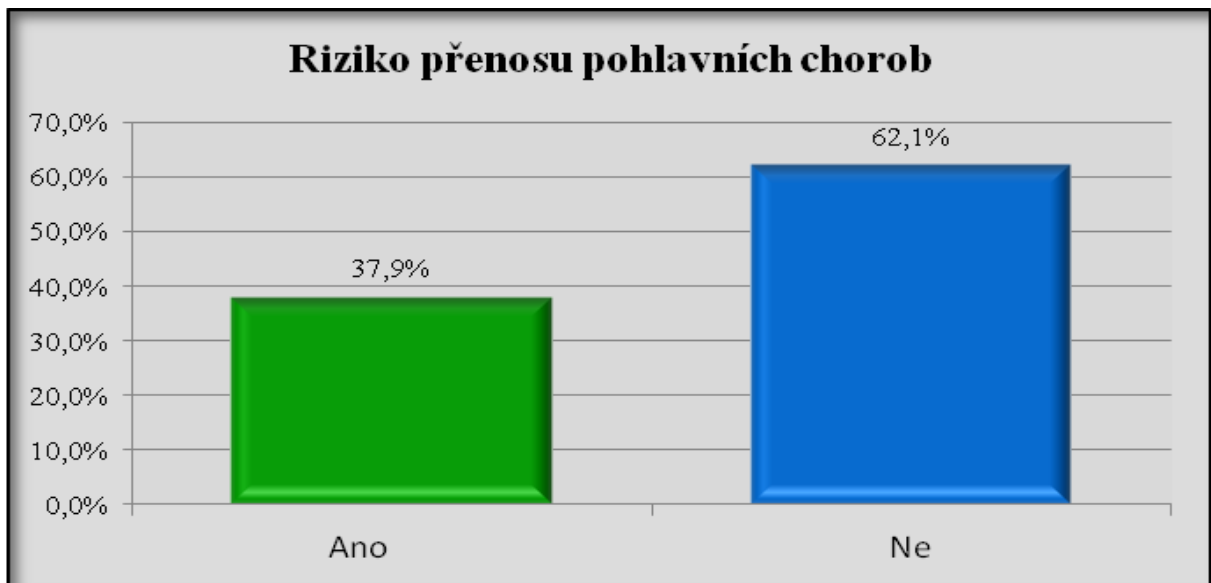
Graf 19 Chráněný pohlavní styk

Na tuto otázku odpovědělo 190 (32,8 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů. Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že 153 (80,5%) respondentů použilo ochranu a 37 (19,5 %) respondentů nepoužilo žádnou ochranu při pohlavním styku.

20. Přemýšleli jste před pohlavním stykem nad rizikem přenosu pohlavních chorob?

Tabulka 20 Riziko přenosu pohlavních chorob

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Ano	72	12,4	37,9	37,9
	Ne	118	20,4	62,1	100,0
	Celkem	190	32,8	100,0	
Chybějící		389	67,2		
	Celkem	579	100,0		



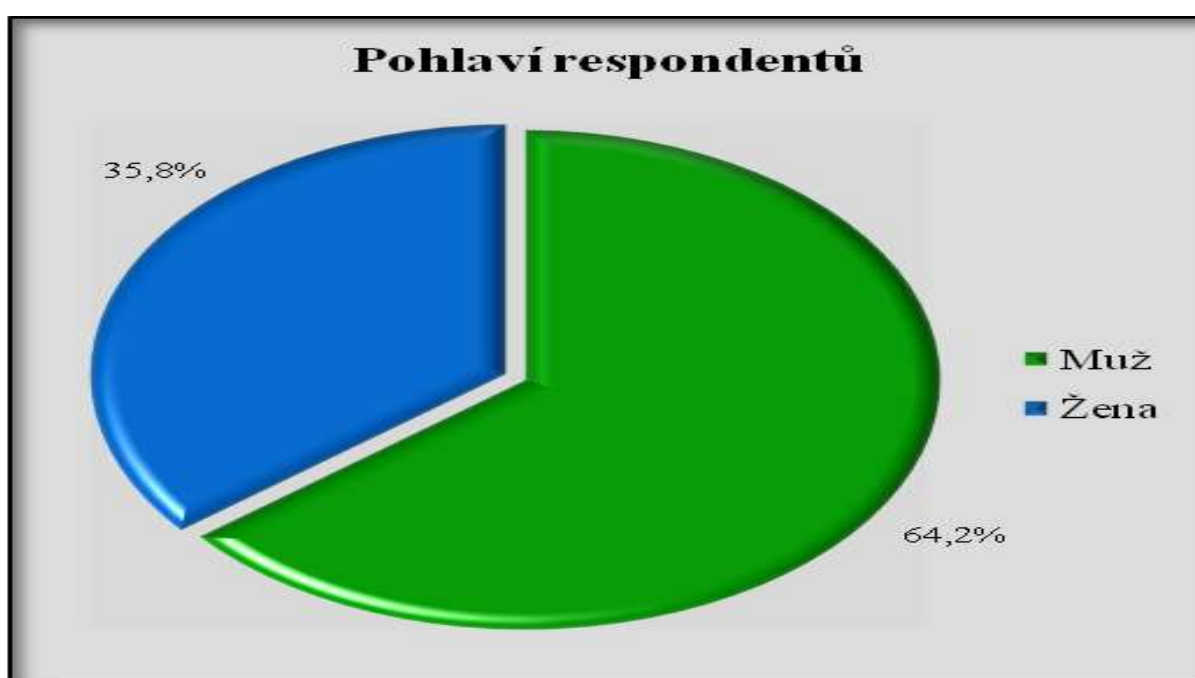
Graf 20 Riziko přenosu pohlavních chorob

Na tuto otázku odpovědělo 190 (32,8 %) respondentů z celkového počtu 579 (100 %) respondentů. Analýzou dat platných odpovědí bylo zjištěno, že otázkou přenosu pohlavních chorob během pohlavního styku se předem zabíralo jen 72 (37,9 %) respondentů a 118 (62,1 %) respondentů nad možností infekce nepřemýšlelo.

Demografická data

Tabulka 21 Pohlaví respondentů

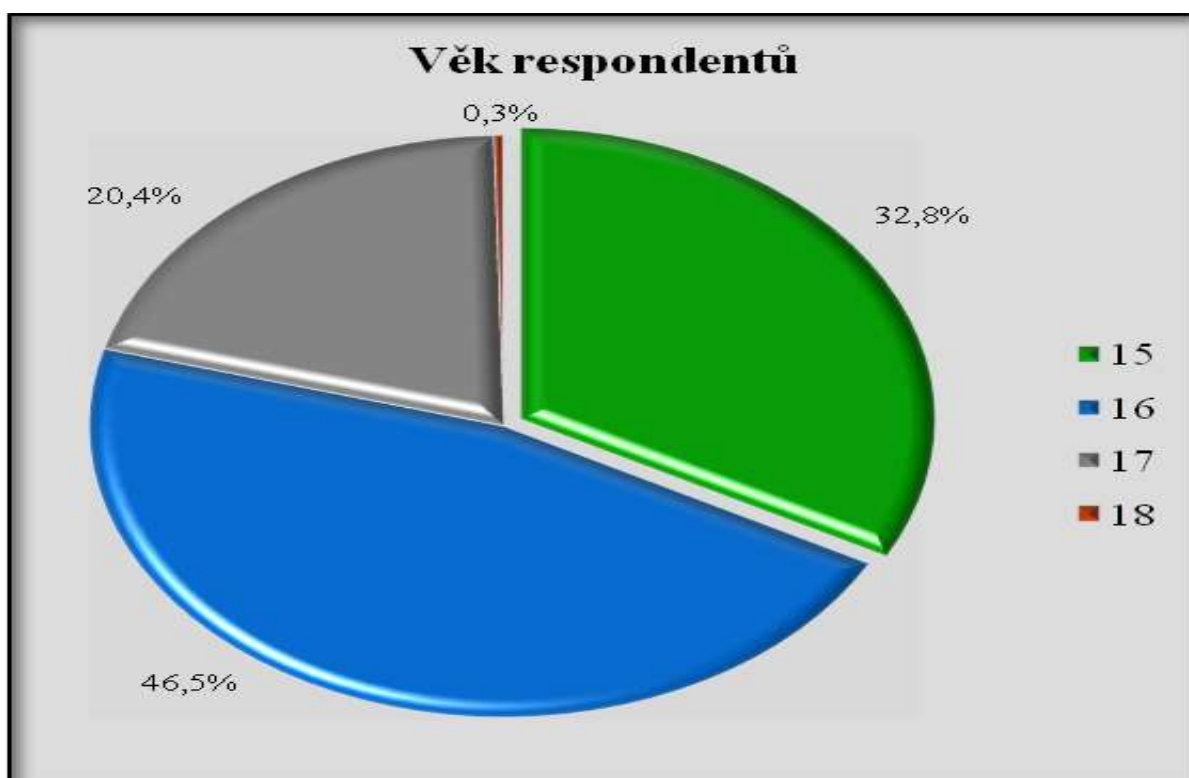
	Pohlaví	Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	Muž	372	64,2	64,2	64,2
	Žena	207	35,8	35,8	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 21 Pohlaví respondentů

Tabulka 22 Věk respondentů

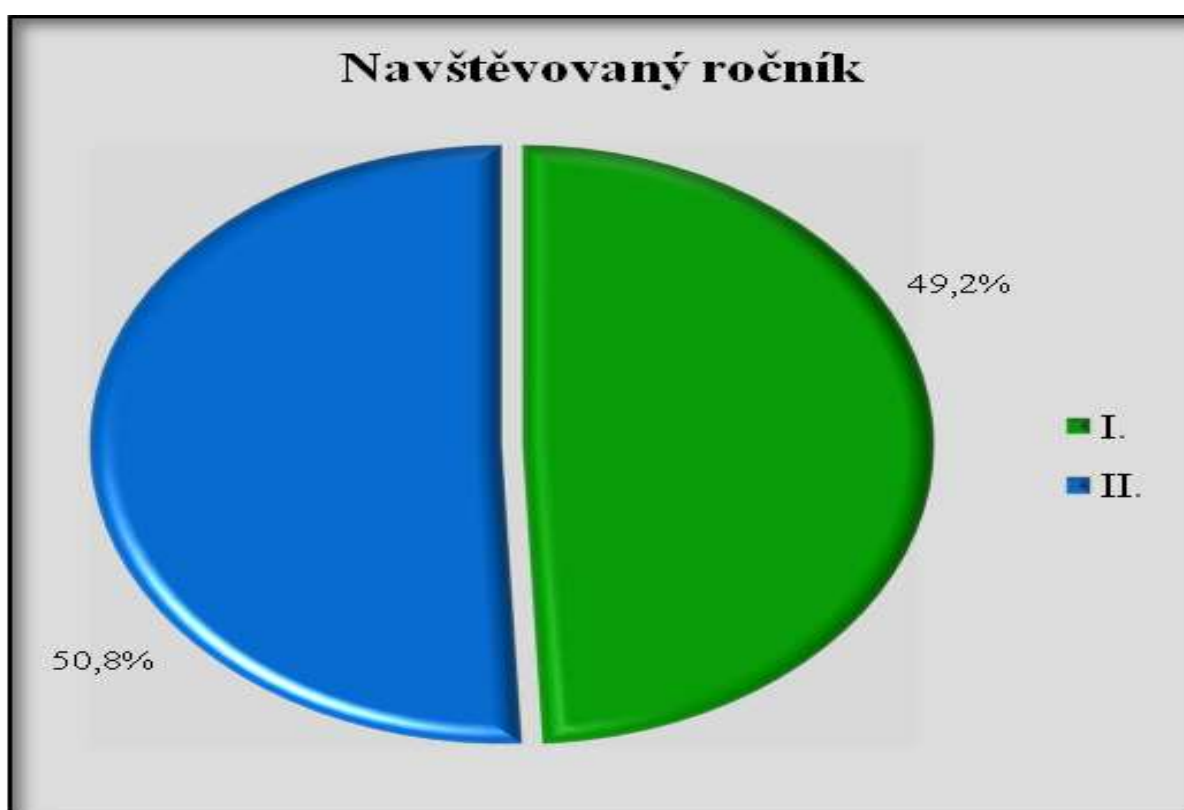
	Věk	Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	15	190	32,8	32,8	32,8
	16	269	46,5	46,5	79,3
	17	118	20,4	20,4	99,7
	18	2	0,3	0,3	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 22 Věk respondentů

Tabulka 23 Navštěvovaný ročník

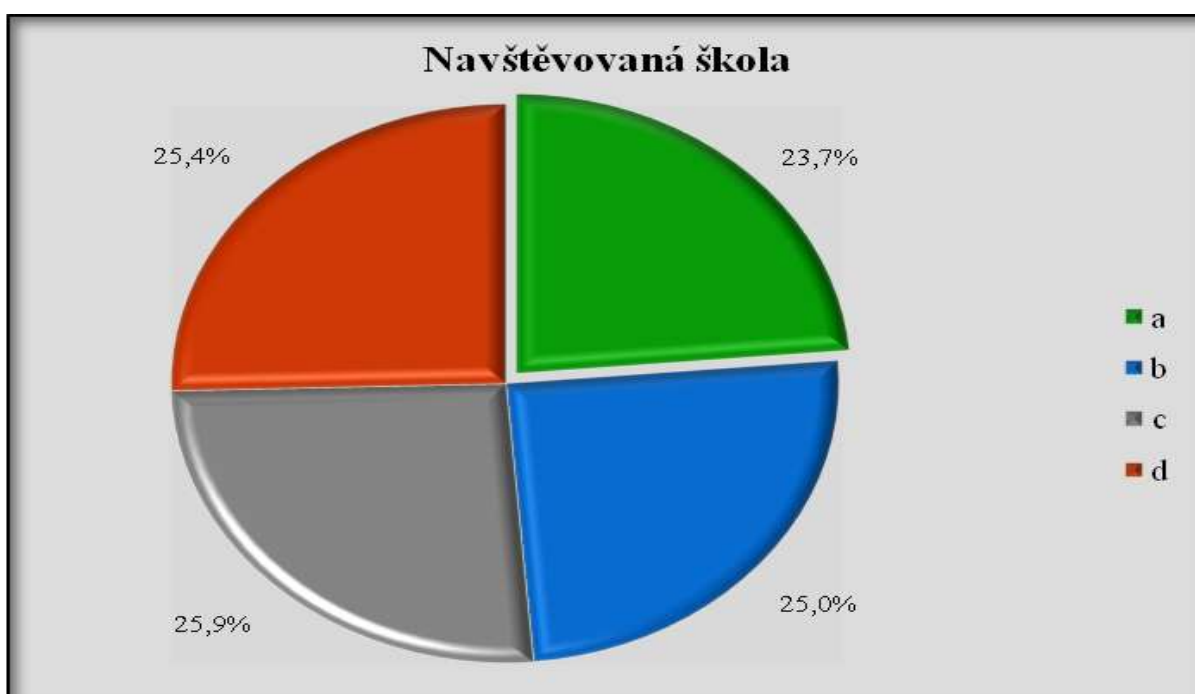
		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	I.	285	49,2	49,2	49,2
	II.	294	50,8	50,8	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 23 Navštěvovaný ročník

Tabulka 24 Navštěvovaná škola

		Četnost	Relativní četnost (%)	Relativní četnost platných (%)	Kumulativní četnost (%)
Platné	a	137	23,7	23,7	23,7
	b	145	25,0	25,0	48,7
	c	150	25,9	25,9	74,6
	d	147	25,4	25,4	100,0
	Celkem	579	100,0	100,0	



Graf 24 Navštěvovaná škola

- a. Gymnázium Olomouc – Hejčín
- b. Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Emanuela Pöttinga
a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky Olomouc
- c. Vyšší odborná škola a Střední průmyslová škola elektrotechnická
- d. Střední průmyslová škola strojnická

DISKUZE

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na posouzení získaných vědomostí a postojů studentů středních škol k reprodukčnímu zdraví. Průzkumného šetření se zúčastnilo 579 respondentů, z toho 49,2 % (285) studentů bylo z 1. ročníku, 50,8 % (294) z 2. ročníku. Návratnost dotazníků je 100%, a to z důvodu osobní distribuce dotazníků, přítomnosti při vyplňování, průběžného zodpovídání na dotazy studentů a následného sesbírání vyplněných dotazníků. Počet respondentů v jednotlivých ročnících si je velice podobný.

Na otázku týkající se spokojenosti s množstvím získaných informací v rámci školní výuky odpovědělo 57,3 % studentů, že jim byly poskytnuty veškeré informace a 28,7 % studentů považuje tyto informace za částečné.

K podobným výsledkům dospěla i studentka Lisovská, která uvádí ve své bakalářské práci, „*Reprodukční zdraví – problematika koitarché v současnosti*“, že 42,7 % respondentů je spokojeno s množstvím informací získaných v rámci výuky a 14,6 % respondentů považuje takové informace za neúplné (Lisovská, 2014, s. 39).

Při zaměření se na osobní postoj studentů, zda považují časný nástup sexuálního života za rizikový pro jejich vývoj, se 46,3 % studentů shoduje, že brzký pohlavní život na ně nemá žádný vliv.

Také Lisovská ve své práci uvádí, že až 61,5 % studentů též nevidí přímou souvislost brzkého zahájení sexuálního života s psychickým a fyzickým vývojem (Lisovská, 2014, s. 42).

Jiného názoru je Meir, která ve své studii „*Study examines link between early sex and mental health*“ uvádí, že u mladistvých, kteří měli pohlavní styk dříve, než jejich vrstevníci se prokázalo větší riziko vzniku depresí, obzvláště pokud se to týkalo krátkodobého vztahu. Přičemž náchylnější k negativnímu psychickému dopadu jsou především dívky. Dále upozorňuje na riziko vzrůstajícího počtu psychických traumat, pokud poroste počet mladistvých, jenž začne žít pohlavním životem příliš brzy (Meir, 2007).

Neméně významným dotazem byla otázka týkající se jejich první fyzické zkušenosti s pohlavním aktem. 33,2 % studentů přiznává, že již mají za sebou první sexuální styk.

V této otázce dochází k rozporům s daty získanými od studentky Lisovské, která uvádí až 60,4 % kladných odpovědí od respondentů při odpovědi na otázku, zda již mají za sebou první pohlavní styk (Lisovská, 2014, s. 45). K podobným výsledkům dospěla i studentka Kolářová ve své diplomové práci, „*Znalosti studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách*“ kde se 57,4 % studentů přiznalo, že již žije sexuálním životem (Kolářová, 2014, s. 50).

V otázce zabývající se znalostí legislativy, jaká je věková hranice trestní odpovědnosti za pohlavní styk, byl vysoký počet správných odpovědí, a to 88,9 %. Tyto výsledky přímo korespondují se správnými odpověďmi 85,4 % získanými od Lisovské (Lisovská, 2014, s. 57). Také v bakalářské práci Coufalové odpovídalo 87,1 % - 96,8 % respondentů správně na předem dané vědomostní otázky (Coufalová, 2012, s. 51).

V závěru anonymního dotazníku, byl dán prostor pro vyjádření vlastních názorů a postojů k danému tématu. Na tuto otevřenou otázku studenti reagovali následovně:

„Myslím, že se školy na tuto problematiku příliš nezaměřují“ (15 let, muž).

„Myslím, že je toto téma v našem věku nevhodné“ (15 let, muž).

„Místy mi to přijde nevhodné. Jsem teprve v prvním ročníku. Některé otázky jsou až nechutné. Podle mě jsme stále ještě příliš mladí na to, abychom to všechno znali“ (16 let, žena).

„Proč se nikdo nezajímá o problematiku odlišné orientace“ (17 let, muž).

„Nikdy bych nechtěl, aby moje holka používala hormonální antikoncepci, je to samá chemikálie“ (16 let, muž).

„Myslím si, že brzký začátek sexuálního života je přeceňovaný a nepotřebný. Prevence rizika je správná, ale více by se mělo mluvit o tom, zdali je vůbec správná volba v mladém vztahu začínat se sexuálním životem a nepočkat o něco déle než kultura a svět říká“ (17 let, žena).

„Sex je super a nikdy se ho nevzdám, ať si říká, kdo chce, co chce“ (17 let, muž).

„Moc se o tomto tématu nemluví, je hodně opomíjeno“ (16 let, muž).

„Zajímavé, ještě jsem se s dotazníkem na toto téma nesetkal“ (16 let, muž).

„Nikdo si z toho nic nevezme, stejně si každý bude dělat, co chce“ (16 let, žena).

„Nejvíce znalostí jsem získal vlastní zkušeností a praxí. Po dvouletém vztahu se leccos naučíte“ (16 let, muž).

„Většina témat mě nezajímá, o to by se měly starat holky“ (16 let, muž).

„Pohlavní styk jsem měl moc brzo, a byla to největší životní chyba“ (16 let, muž).

„ Co nevím, to mě nezajímá, stačí mi k životu, co vím“ (17let, muž).

Některé kontroverzní odpovědi nelze z hlediska slušného chování citovat.

ZÁVĚR

Diplomová práce je koncipovaná jako teoreticko-praktická, mapuje vědomosti a přístup studentů prvních a druhých ročníků středních škol v Olomouckém kraji k reprodukčnímu zdraví.

Teoretická část se věnuje prezentaci základních informací týkajících se pohlavního zdraví, prevenci, výchovy adolescentů. Podává přehled pohlavních nemocí, sexuální výchovy studentů v rámci školní výuky.

Empirická část vychází z poznatků teoretické části. Výsledky z nestandardizovaného anonymního dotazníku pojednávají o znalostech a přístupu studentů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 579 respondentů.

Byl stanoven hlavní cíl:

Zmapovat vědomosti a postoj studentů prvních a druhých ročníků vybraných středních škol v Olomouckém kraji k reprodukčnímu zdraví.

Dílčí cíl č. 1. Porovnat zjištěné vědomosti.

Odpověď:

K porovnání zjištěných vědomostí byly použity otázky 7, 11, 12, 13, 14, 17.

Znalost věkové hranice, do které je pohlavní styk trestný, prokázalo 88,9 % respondentů. Vědomost do kolikátého týdne od oplodnění je povolena miniinterrupce prokázalo 44,3 % respondentů. 66,3 % respondentů se orientuje v otázce pohlavních chorob. Vědomostní znalosti v oblasti AIDS prokázalo 78,7 % respondentů, 87,9 % respondentů si uvědomuje nutnost léčby všech sexuálních partnerů. Pouze 36,0 % respondentů si uvědomuje rizikovitost HPV viru u mužů.

Dílčí cíl č. 2. Zjistit, zda studenti vidí souvislost brzkého začátku sexuálního života s následným dopadem na jejich psychický či fyzický vývoj?

Odpověď:

Ke zjištění názoru studentů byla použita otázka č. 6.

Až 46,3 % studentů je přesvědčeno, že časný začátek pohlavního života nemá žádný vliv na jejich psychický a fyzický vývoj a 20,4 % respondentů je dokonce ujištěno o jeho pozitivním vlivu.

Dílčí cíl č. 3. Zjistit preferovaný způsob řešení neplánovaného těhotenství u studentů.

Odpověď:

K zjištění názoru studentů byla použita otázka č. 10.

Studenti by neplánované těhotenství v 52,8 % řešili interrupcí/miniinterrupcí, 30,1 % by dalo své dítě k adopci, 15,0 % by upřednostnilo Baby-box a 2,1 % si vybralo utajený porod.

Dílčí cíl č. 4. Zjistit, jak studenti pohlíží na sexuální výchovu ve školství.

Odpověď:

Ke zjištění názoru studentů byly použity otázky č. 1 a 3.

V rámci školní výuky získalo potřebné informace 57,3 % studentů, 28,7 % považuje tyto informace za částečné. Školní výuku jako zdroj nejkvalitnějších informací v sexuální výchově považuje 42,0 % respondentů.

Hlavní cíl byl splněn.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pedagog či jiný edukátor by se měl prvně pokusit získat důvěru studentů, navodit vhodnou atmosféru, jelikož se jedná pro spoustu studentů o citlivé téma. Měl by postupovat citlivě s ohledem na jejich momentální emoční rozpoložení. Nestáčí předat studentům pouze informace na úrovni základních teorií bez emočního podbarvení. Snahou by mělo být studenty správně motivovat a vést k vyzrálejší a zodpovědnější osobnosti, která si uvědomuje svou hodnotu, možnosti, práva, ale i zodpovědnost za případné následky.

Pro obohacení výuky by bylo přínosné, kdyby školy navázaly spolupráci se zdravotníky, kteří by výuku obohatili o poznatky z praxe, a vysvětlili jednotlivé poznatky na konkrétních příkladech, dále zajistily návštěvy odborníků, pořádaly besedy či odborné přednášky.

Vhodné by bylo i rozšíření vědomostí, dovedností a aktuálních poznatků u pedagogů formou možných kursů, přednášek příslušných odborníků.

Vybavit školy vhodnou odbornou literaturou, která bude obsahovat aktuální informace, speciální edukační materiály vytvořené odborníky, aby studenti nebyli nuceni hledat potřebné informace studenti na internetu, kde není zaručená spolehlivost a relevantnost informací.

Doporučení pro výuku

- objasnit a vstřípit do vědomí, co všechno spadá do rizikového chování reprodukčního zdraví a upozornit na možné následky
- objasnit, jakým způsobem a metodami lze snížit případná rizika
- vysvětlit a na názorných příkladech poukázat na žádoucí odložení počátku sexuálního života do období zralosti
- zajistit větší informovanost v otázce pohlavních chorob, znát jejich rizika, umět se správně a účinně chránit
- upozornit na fakt, že dívka/žena je pohlavním životem a jeho případnými následky ohrožena více než muž

- vybavit studenty informacemi a kontakty, kam se obrátit v případě sexuálních problémů
- motivovat a povzbuzovat mladistvé k úctě sobě samotným a sebevědomému rozhodování (např. kdy a za jakých podmínek dojde k pohlavnímu styku, použití antikoncepce, umět říci ne...)
- vést studenty k zodpovědnosti za možné následky pohlavního styku (např. nechtěné otěhotnění, onemocnění, ...)

SOUHRN

Diplomová práce je pojata jako teoreticko-praktická, zabývá se informovaností studentů středních škol v Olomouckém kraji o reprodukčním zdraví. Práce zachycuje postoj a přístup mladistvých k záležitostem týkající se sexuální stránky, vlivu vrstevníků a celé společnosti.

Teoretická část předkládá ucelený přehled o reprodukčním zdraví, včetně právní legislativy, a sexuální výuky na školách s ohledem na psychický a fyzický vývoj jedince.

Praktická část navazuje na poznatky z teoretické části, kde se na základě anonymního dotazníkového šetření zjišťovala orientace a znalosti studentů týkajících se kvality a kvantity získaných informací, znalostí pohlavních chorob a prevence ochrany zdraví. Výzkumné šetření nás upozorňuje na neucelenost a nepřesnost vědomostí u studentů středních škol v oblasti reprodukčního zdraví.

Klíčová slova: reprodukční zdraví, adolescent, informovanost, sexuální život, riziko, sexuální výchova, výuka, antikoncepce, ochrana pohlavního zdraví, prevence.

SUMMARY

The thesis has got theoretical and practical part and deals with awareness of high school students about reproductive health in the Olomouc Region. The work describes the attitude and approach of youth to the matters relating to sexual area, the influence of peers and society.

The theoretical part presents a comprehensive overview of reproductive health, including legislation, and sexual education in schools with regard to mental and physical development of the individual. The practical part builds on the knowledge of a theoretical field where we investigated orientation and students' knowledge concerning the quality and quantity of acquired information, knowledge of venereal diseases and health prevention. To obtain quality data we used anonymous questionnaire. The results of survey warned us that the fragmentation and uncertainty of knowledge among secondary school students exist in the area of reproductive health.

Keywords: reproductive health, adolescent, knowledge, sexual life, risk, sex education, education, contraception, sexual health protection, prevention

REFERENČNÍ SEZNAM

- ADINEW, Yohannes Mehretie et al. Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution-based cross-sectional. *BMC International Health and Human Rights* [online], 2013 [cit. 2015-08-11]. DOI: 10.1186/1472-698X-13-12.
- BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 130 s. ISBN 80-247-1351-9.
- BINAROVÁ, Ivana. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 101-117 s. ISBN 9788024421414.
- BINAROVÁ, Ivana. *Partnerství, sexualita a rodina*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, 43 s. Texty k otevřenému a distančnímu vzdělávání. ISBN 80-244-0138-x.
- BRICHČÍN, Slavoj. Sexualita v dospívání. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence.: 1. odborný seminář: 5. -7. září 2000, SZÚ Praha*. Praha: Free Teens Press, 2000, 73-92 s. ISBN 80-902898-0-0.
- CANCINO, Mora. Teenage pregnancy. *Ginecol Obstet Mex* [online]. 2015 [cit. 2015-08-11]. PMID: 26233975. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233975>.
- CAPPONI, Věra, Tomáš NOVÁK a Růžena HAJNOVÁ. *Sexuologický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994, 149 s. ISBN 80-7169-115-1.
- COUFALOVÁ, Zlata. *Nejčastěji sexuálně přenosné choroby v České Republice*. Plzeň, 2012, 73 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. [on-line]. [cit 2016-01-02]. Dostupné také z: <https://otik.uk.zcu.cz/handle/11025/2205>.
- ČESKÁ SOCIALISTICKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 66 České národní rady ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. In: *Sbírka zákonů České socialistické republiky*. 1986. Částka 22, 484-485 s. ISSN 0322-8037.

ČESKO. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. 2014 [cit. 2015-08-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8663_114_1.html.

ČESKO. Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách [online]. 2010 [cit. 2015-08-11]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/10974>.

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009, Trestné činy proti lidské důstojnosti (Trestní zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009 [cit. 2015-8-11]. Dostupný z: <http://uplnezneni.cz/zakon/40-2009-sb-trestni-zakonik/>.

ČESKO. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století [online]. 2002 [cit. 2015-08-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

DJALALINIA, Shirin et al. A Youth-Led Reproductive Health Program in a University Setting. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* [online]. 2015 [cit. 2015-8-11]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476226/>.

FENWICKOVÁ, Elizabeth a Richard WALKER. *Sexuální výchova: průvodce citovým a tělesným dozríváním*. 1. čes. vyd. Praha: Cesty, 1996, 94 s. ISBN 80-7181-022-3.

GUSE, Kylee et al. Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health* [online]. 2012 [cit. 2015-08-14]. Dostupné z: DOI: [10.1016/j.jadohealth.2012.03.014](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.03.014).

HAJNOVÁ, Růžena a Stanislava KLEINOVÁ. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy*. Vyd. 1. Brno: Vydavatelství IDVPZ, 2002, 86 s. ISBN 80-7013-359-7.

HAVLÍN, Miroslav. *Vybrané zajímavosti z oblasti reprodukčního zdraví*. 1. vyd. Ostrava: CAT Publishing ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2011, 20 s. ISBN 978-80-904290-3-1.

CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 168 s. ISBN 80-244-1367-1.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JANIŠ, Kamil. Sexuální výchova – vybrané otázky. *In Sborník referátů 12. Celostátní kongres k sexuální výchově v ČR*. Pardubice: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v Praze, 2004, 45 s. ISBN 80-86559-31-9.

JANIŠ, Kamil. *Učební text k problematice rodinné a sexuální výchovy*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, 117 s. ISBN 978-80-7041-898-7.

KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

KAŠTÁNKOVÁ, Věra. Mládež a sexuálně přenosné choroby. *In Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: I. odborný seminář, 5. -7. září 2000, SZÚ Praha*, Praha: Free Teens Press, 2000, 115-124 s. ISBN 80-902898-0-0.

KOLÁŘOVÁ, Renata. *Znalosti studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách*. Olomouc, 2014, 94 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého. [on-line]. [cit 2015-10-10]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1152141-Univerzita-palackeho-v-olomouci-pedagogicka-fakulta-katedra-antropologie-a-zdravovedy-diplomova-prace-bc-renata-kolarova.html>.

KŘEMENOVÁ, Soňa. Sexuálně přenosné choroby a rizikové chování mládeže v oblasti reprodukčního zdraví. *In Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: I. odborný seminář, 5. -7. září 2000, SZÚ Praha*, Praha: Free Teens Press, 2000, 101-114 s. ISBN 80-902898-0-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KUBRICHTOVÁ, Lenka. Metodický portál, Články. *Sexuální výchova* [online]. 2005 [cit. 2015-08-11]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/ZVHA/247/SEXUALNI-VYCHOVA.html>.

LISOVSKÁ, Petra. *Reprodukční zdraví – problematika koitarché v současnosti*. Zlín, 2014, 84 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. [on-line]. [cit 2015-12-10]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/27987>.

MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: H & H, 2002, 197 s. ISBN 80-86022-94-3.

MACHOVÁ, Jitka, Josef KLEMENTA a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdravému životnímu stylu: (základy sexuální výchovy)*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 1998, 95 s. ISBN 80-86039-63-3.

MAŠATA, Jaromír a Anna JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*. Praha: Maxdorf, 2004. 371s. ISBN 80-7345-038-0.

MCKIE, Robert. *Sexually Transmitted Diseases*. AHC Media. 18/2012 [online]. 2012 [cit. 2015-09-18]. Dostupné z: <http://www.ahcmedia.com/articles/78496-sexually-transmitted-diseases>.

MEIER, Ann, 2007. *Study examines link between early sex and mental health*. [on-line]. [cit 2015-12-16]. Dostupné z: http://www1.umn.edu/news/features/2007/UR_140608_REGION1.html.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

RESNICK M. D.: Healthy youth development: getting our priorities right. *Med J Aust* 2005, 183: 398–400.

SAMKANGE-ZEEB, Florence, Lena SPALLEK and Hajo ZEEB . Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health* [online]. 2011 [cit. 2015-08-11]. Dostupné z: DOI: 10.1186/1471-2458-11-727.

SOPKOVÁ, Monika. *Sexuální výchova – vybraná témata. Příručka pro učitele*. Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP, 2009, 70 s. ISBN 978 - 80 - 87000 - 29 – 8.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2015*. [online]. 2015 [cit. 2015-09-18]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2015>.

ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2008, xv, 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.

ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011, 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

TÄUBNER, Vladimír. *Metodika sexuální výchovy: pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1996, 10-14 s. ISBN 80-7071-029-2.

VANÍČKOVÁ, Eva. *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 118 s. ISBN 80-7178-286-6.

VRÁNOVÁ, Věra. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Výchova k reprodukčnímu zdraví: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 84 s. ISBN 978-80-7464-243-2.

ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © ÚZIS ČR 2013. 42 s.[cit. 2015-08-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry/organu-ochrany-verejneho-zdravi/registr-pohlavnich-nemoci>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Spokojenost s množstvím získaných informací
Tabulka 2	Zdroj informací
Tabulka 3	Nejkvalitnější zdroj informací
Tabulka 4	Nejpreferovanější zdroj vyhledávání pomoci
Tabulka 5	Nedostatečné informace
Tabulka 6	Vliv nástupu sexuálního života na vývoj jedince
Tabulka 7	Věková hranice trestní odpovědnosti za pohlavní styk
Tabulka 8	Vliv informací na zahájení sexuálního života
Tabulka 9	Vliv vrstevníků na zahájení sexuálního života
Tabulka 10	Způsob řešení neplánovaného těhotenství
Tabulka 11	Povolená hranice pro miniinterrupci
Tabulka 12	Pohlavně přenosné choroby
Tabulka 13	Rozdíl mezi HIV a AIDS
Tabulka 14	Povinnost léčby sexuálních partnerů
Tabulka 15	Metody ochrany před pohlavními chorobami
Tabulka 16	Nejvhodnější antikoncepce pro dívky do 18 let
Tabulka 17	HPV virus u mužů
Tabulka 18	Pohlavní styk
Tabulka 19	Chráněný pohlavní styk
Tabulka 20	Riziko přenosu pohlavních chorob
Tabulka 21	Pohlaví respondentů
Tabulka 22	Věk respondentů
Tabulka 23	Navštěvovaný ročník
Tabulka 24	Navštěvovaná škola

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Spokojenost s množstvím získaných informací
Graf 2	Zdroj informací
Graf 3	Nejkvalitnější zdroj informací
Graf 4	Nejpreferovanější zdroj vyhledávání pomoci
Graf 5	Nedostatečné informace
Graf 6	Vliv nástupu sexuálního života na vývoj jedince
Graf 7	Věková hranice trestní odpovědnosti za pohlavní styk
Graf 8	Vliv informací na zahájení sexuálního života
Graf 9	Vliv vrstevníků na zahájení sexuálního života
Graf 10	Způsob řešení neplánovaného těhotenství
Graf 11	Povolená hranice pro miniinterrupci
Graf 12	Pohlavně přenosné choroby
Graf 13	Rozdíl mezi HIV a AIDS
Graf 14	Povinnost léčby sexuálních partnerů
Graf 15	Metody ochrany před pohlavními chorobami
Graf 16	Nejvhodnější antikoncepce pro dívky do 18 let
Graf 17	HPV virus u mužů
Graf 18	Pohlavní styk
Graf 19	Chráněný pohlavní styk
Graf 20	Riziko přenosu pohlavních chorob
Graf 21	Pohlaví respondentů
Graf 22	Věk respondentů
Graf 23	Navštěvovaný ročník
Graf 24	Navštěvovaná škola

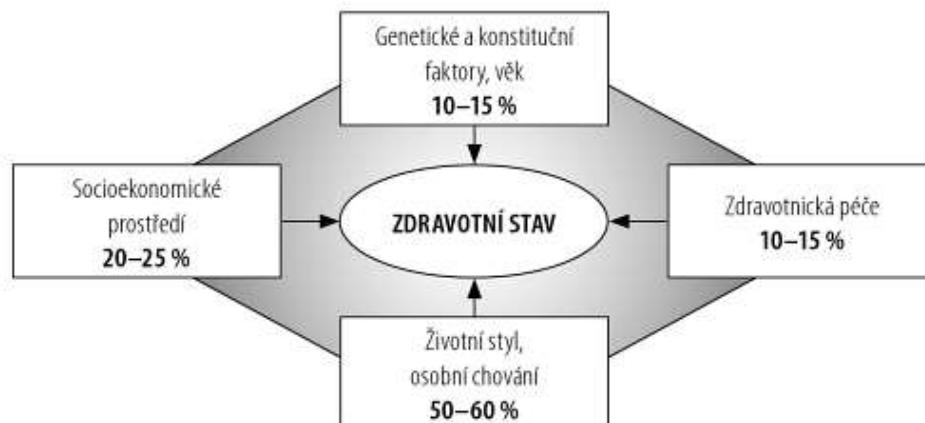
SEZNAM ZKRATEK

AIDS	(Acquired Immunodeficiency Syndrome) - Syndrom získaného selhání imunity
ČR	Česká republika
f	relativní četnost
HIV	(Human Immunodeficiency Virus) - Virus lidské imunitní nedostatečnosti
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
n	celková četnost
n_i	absolutní četnost
SPSE	Střední průmyslová škola elektrotechnická
SŠ	střední škola
SZO	Světové zdravotnické organizace
USA	(United States of America) - Spojené státy americké
VOS	Vyšší odborná škola
WHO	(World Health Organization) - Světová zdravotnická organizace
ZŠ	základní škola

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Zdravotní stav
- Příloha 2 Potraty ČR 2013
- Příloha 3 HIV infekce v ČR
- Příloha 4 Incidence pohlavních onemocnění
- Příloha 5 Pohlavní nemoci 2012
- Příloha 6 Antikoncepční metody
- Příloha 7 Příručka pro učitele
- Příloha 8 Adolescence se prodlužuje
- Příloha 9 Rozdělení dospívání
- Příloha 10 Růstové změny u dívek
- Příloha 11 Růstové změny u chlapců
- Příloha 12 Vývoj pohlavních znaků
- Příloha 13 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnická Emanuela Pöttinga a Jazykové škole s právem státní jazykové zkoušky Olomouc
- Příloha 14 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední průmyslové škole strojnické Olomouc
- Příloha 15 Souhlas s průzkumným šetřením na Vyšší odborné škole a Střední průmyslové škole elektrotechnické
- Příloha 16 Souhlas s průzkumným šetřením na Gymnáziu Olomouc - Hejčín
- Příloha 17 Dotazník pro studenty

Příloha 1 Zdravotní stav



ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 19 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

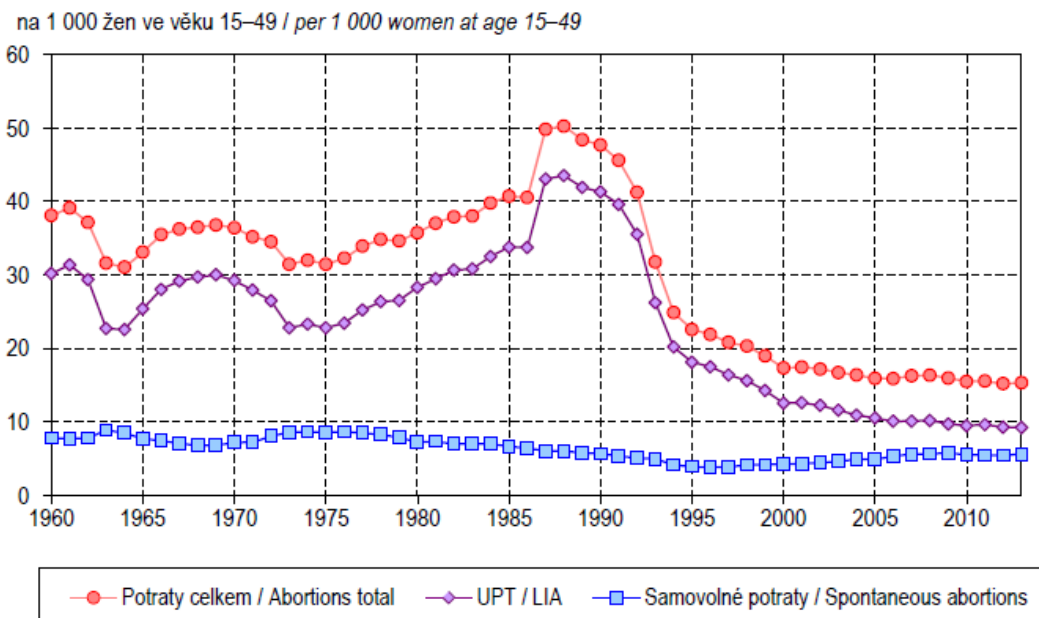
Příloha 2 Potraty ČR 2013

Potraty ČR 2013 / Abortions CR 2013

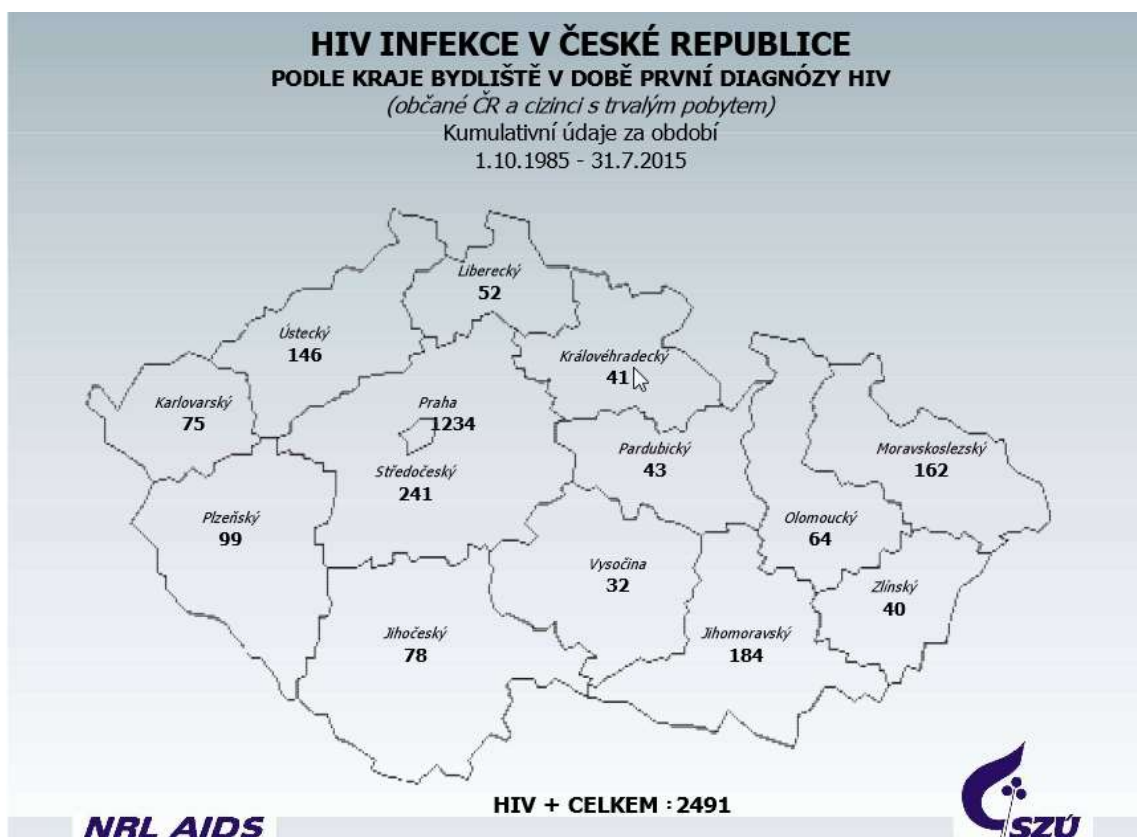
I. Potraty podle druhu a věku ženy na 100 narozených Abortions by category and age of the woman per 100 births

Věk ženy	Samo- volné potraty	Umělá přerušeni těhotenství				Mimoděložní těhotenství	Ostatní potraty	Potraty celkem vč. mimoděložního těhotenství
		mini- interrupce	jiná legální	celkem	z toho ze zdr. důvodů			
Age of the woman	Sponta- neous abortions	Legally induced abortions				Ectopic pregnancies	Other abor- tions	Abortions total including ectopic pregnancies
		menstrual regulations ¹⁾	other	total	o.w. medically indicated			
-14	33,33	288,89	133,33	422,22	188,89	-	-	455,56
15-19	13,54	40,40	19,55	59,95	3,68	0,85	-	74,34
20-24	11,43	21,46	9,16	30,62	2,47	0,94	-	42,99
25-29	10,45	10,18	4,38	14,57	1,95	1,11	-	26,13
30-34	10,91	9,56	3,67	13,24	2,13	1,12	-	25,27
35-39	16,88	21,44	6,60	28,04	4,55	1,52	-	46,44
40-44	42,15	55,30	16,52	71,82	56,13	1,95	-	115,92
45-49	96,40	109,01	36,94	145,95	123,42	6,31	-	248,65
celkem total	12,80	15,35	5,86	21,20	4,06	1,18	-	35,18

¹⁾ Menstrual regulations = induced abortion till 8th week of pregnancy



<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/potraty>

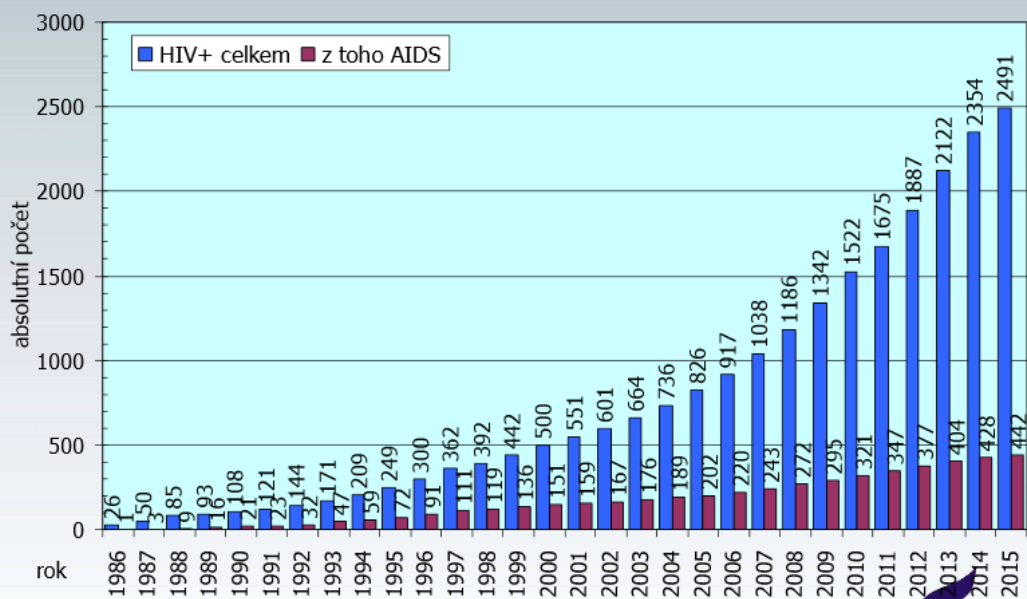


HIV / AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

(občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

Kumulativní údaje za období

1.1.1986 - 31.7.2015

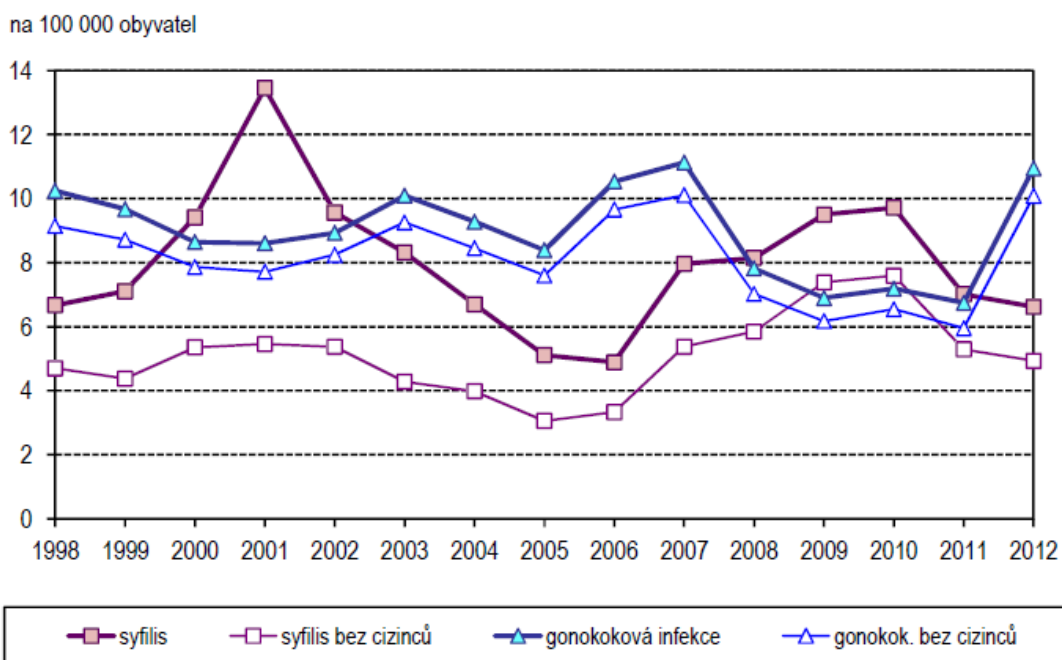


NRL AIDS



<http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2015>

3.1 Vývoj incidence hlášených případů syfilis a gonokokové infekce



4.1 Vývoj počtu hlášených onemocnění pohlavními nemocemi v letech 2002–2012

Rok	Hlášená onemocnění							
	absolutně				na 100 000 obyvatel			
	Syfilis A50–A53	Gonokoková infekce A54	Lymphogr. venereum A55	Chancroid A57	Syfilis A50–A53	Gonokoková infekce A54	Lymphogr. venereum A55	Chancroid A57
2002	976	911	-	-	9,6	8,9	-	-
2003	849	1 030	-	-	8,3	10,1	-	-
2004	684	947	-	-	6,7	9,3	-	-
2005	523	859	-	-	5,1	8,4	-	-
2006	502	1 082	-	-	4,9	10,5	-	-
2007	822	1 149	-	-	8,0	11,1	-	-
2008	850	816	1	-	8,1	7,8	0,0	-
2009	997	724	-	-	9,5	6,9	-	-
2010	1 022	756	1	-	9,7	7,2	0,0	-
2011	737	709	6	-	7,0	6,8	0,1	-
2012	696	1 151	9	-	6,6	11,0	0,1	-

<http://www.uzis.cz/registry/organu-ochrany-verejneho-zdravi/registr-pohlavnich-nemoci>

4.5 Hlášená onemocnění pohlavními nemocemi bez cizinců podle věkových skupin a pohlaví

Diagnóza	Věková skupina							
	do 4 let	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39
	muži							
Syfilis (A50–A53)	2	-	-	11	36	63	65	61
vrozená (A50)	1	-	-	-	-	-	-	-
časná (A51)	1	-	-	9	30	50	50	47
pozdní (A52)	-	-	-	-	-	2	-	4
jiná a neurč. (A53)	-	-	-	2	6	11	15	10
Gonokoková infekce (A54)	1	-	-	57	187	172	129	104
z toho akutní	1	-	-	56	182	171	127	102
chronická	-	-	-	1	5	1	2	2
Lymphogr. venereum (A55)	-	-	-	1	-	4	1	1
	ženy							
Syfilis (A50–A53)	-	-	-	8	34	30	28	22
vrozená (A50)	-	-	-	-	-	-	-	-
časná (A51)	-	-	-	8	24	18	16	12
pozdní (A52)	-	-	-	-	-	3	2	3
jiná a neurč. (A53)	-	-	-	-	10	9	10	7
Gonokoková infekce (A54)	-	1	-	48	84	49	38	29
z toho akutní	-	1	-	44	69	43	34	26
chronická	-	-	-	4	15	6	4	3
Lymphogr. venereum (A55)	-	-	-	-	-	-	-	-
	celkem							
Syfilis (A50–A53)	2	-	-	19	70	93	93	83
vrozená (A50)	1	-	-	-	-	-	-	-
časná (A51)	1	-	-	17	54	68	66	59
pozdní (A52)	-	-	-	-	-	5	2	7
jiná a neurč. (A53)	-	-	-	2	16	20	25	17
Gonokoková infekce (A54)	1	1	-	105	271	221	167	133
z toho akutní	1	1	-	100	251	214	161	128
chronická	-	-	-	5	20	7	6	5
Lymphogr. venereum (A55)	-	-	-	1	-	4	1	1

<http://www.uzis.cz/registry/organu-ochrany-verejneho-zdravi/registr-pohlavnich-nemoci>

Příloha 6 Antikoncepční metody

Tab. 2 Přehled antikoncepčních metod s uvedením spolehlivosti; ta je dána Pearlovým indexem (vysvětlení v textu).

Antikoncepční metoda	Pearlův index	Poznámka
žádná	88	
přerušovaná soulož	20	
kondom	5	velmi závisí na zkušenosti muže
neplodné dny	5–10	podle konkrétní metody zjišťování neplodných dnů
spermicidní poševní čípky	5	
hormonální antikoncepce – minipilulky	2	výrazná úloha lidského faktoru
kombinované hormonální tablety	0,5–1	výrazná úloha lidského faktoru
nitroděložní tělíska běžná	4	
nitroděložní tělíska hormonální	0,1	
podkožní implantáty	0,5–1	
injekční antikoncepce	< 0,5	
antikoncepční náplasti	0,5	

Pro zapamatování

- ▶ Spolehlivost antikoncepčních metod se udává počtem vzniklých těhotenství na 100 uživatelů za rok. To je tzv. těhotenské číslo neboli Pearlův index. Metoda je tím spolehlivější, čím je číslo nižší.
- ▶ Dobrá antikoncepce by měla mít těhotenské číslo nižší než 5.

BARTÁK, Alexandr. Antikoncepce: druhy antikoncepce: hormony: když všechno selže. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 31 s. ISBN 80-247-1351-9.


SEXUÁLNÍ VÝCHOVA - VYBRANÁ TÉMATA



Výchova ke zdraví



Příručka pro učitele

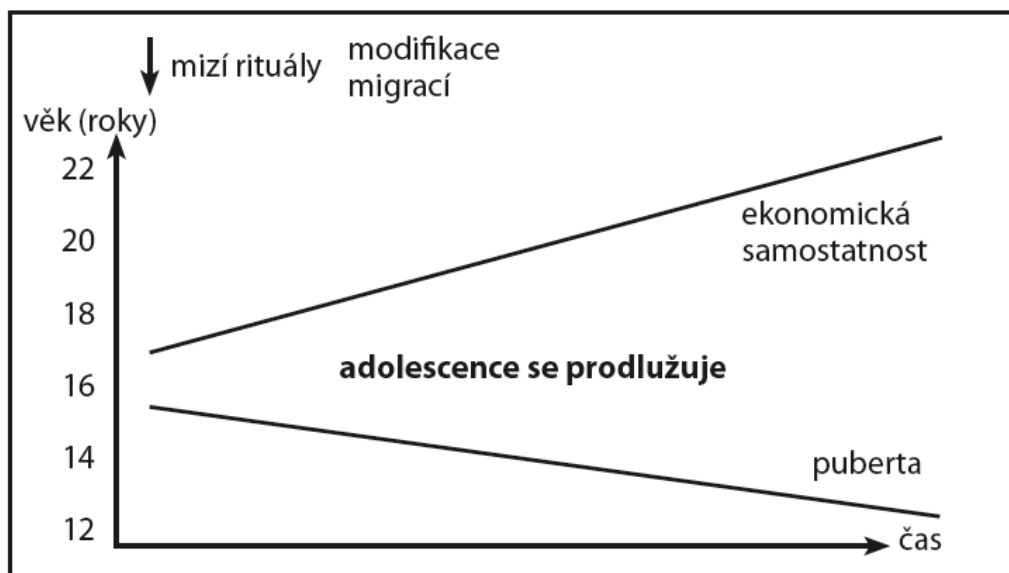


Praha 2009

SOPKOVÁ, Monika. *Sexuální výchova – vybraná témata. Příručka pro učitele*. Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP, 2009, 70 s. ISBN 978 - 80 - 87000 - 29 – 8.

Příloha 8 Adolescence se prodlužuje

- Adolescence v měnící se společnosti – věk puberty se snížil, věk ekonomické nezávislosti se zvýšil.

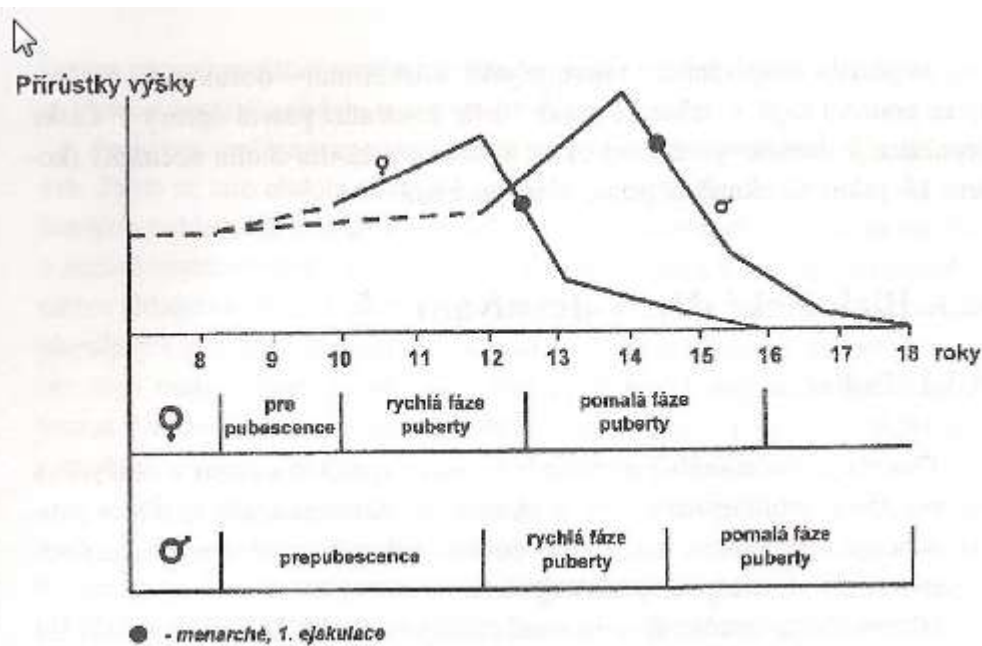


KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2014, 14 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

Příloha 9 Rozdělení dospívání

Tab. 7: Rozdělení dospívání podle různých autorů (ve vztahu ke kalendářnímu věku dívek)

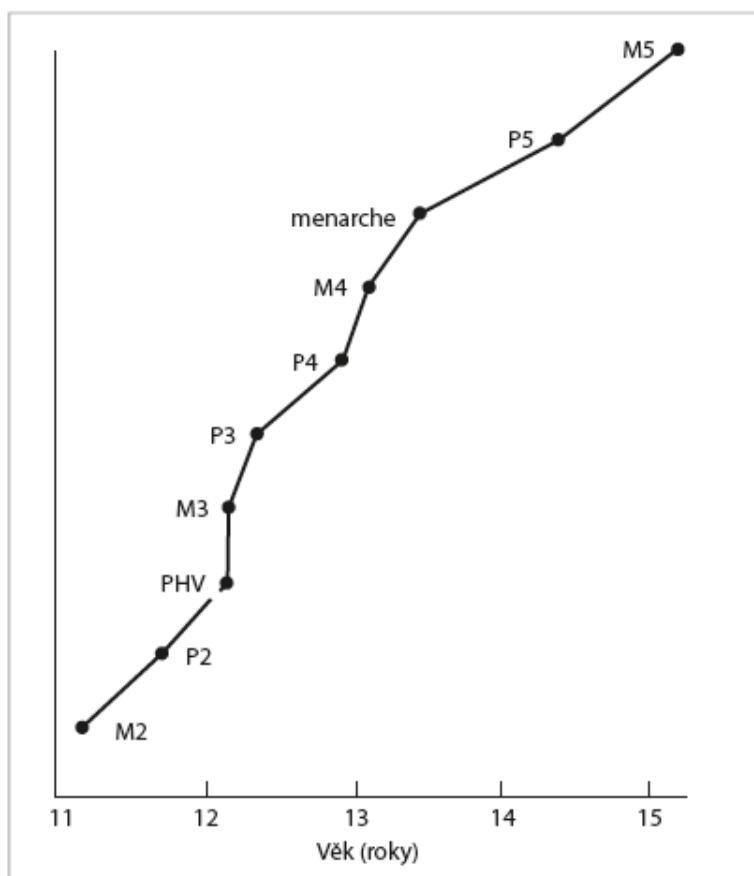
Autor	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Tanner, J. M., 1962			Stadia puberty I, II, III, IV, V															
Blecha, J., 1966		prepub.		puberta 1. rychlá fáze		2. pomalá fáze			adolescence (postpuberta)									
Jenner, M. R. et al., 1972		pre-pub.	řana	střed	pozd.	5. stad. pub.												
Greysdus, D. E., Brown L. K., 1990				dospívání časné			střední			pozdní								
WHO, 1993			dospívání časné			mladí lidé = adolescence			pozdní			mládež						
Elster, A. B. (GAPS), Kuznets, N. J., 1994				dospívání časné			adolescence střední			pozdní								
Lebl, J., Kráslíčánová, H., 1996		adrenarche		puberta			adolescence											
Langmeier, J., Krejčířová, D., 1998				pubescence		puberta		adolescence (postpuberta)										
Palitzsch, D., 1999			pre-pub.	puberta		mladiství			mladí dospělí									



MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: H & H, 2002, 126-127 s. ISBN 80-86022-94-3.

Příloha 10 Růstové změny u dívek

Pořadí a průměrný věk pohlavních a růstových změn v pubertě u děvčat.



Zkratky:

M – prsní žláza (mamma)

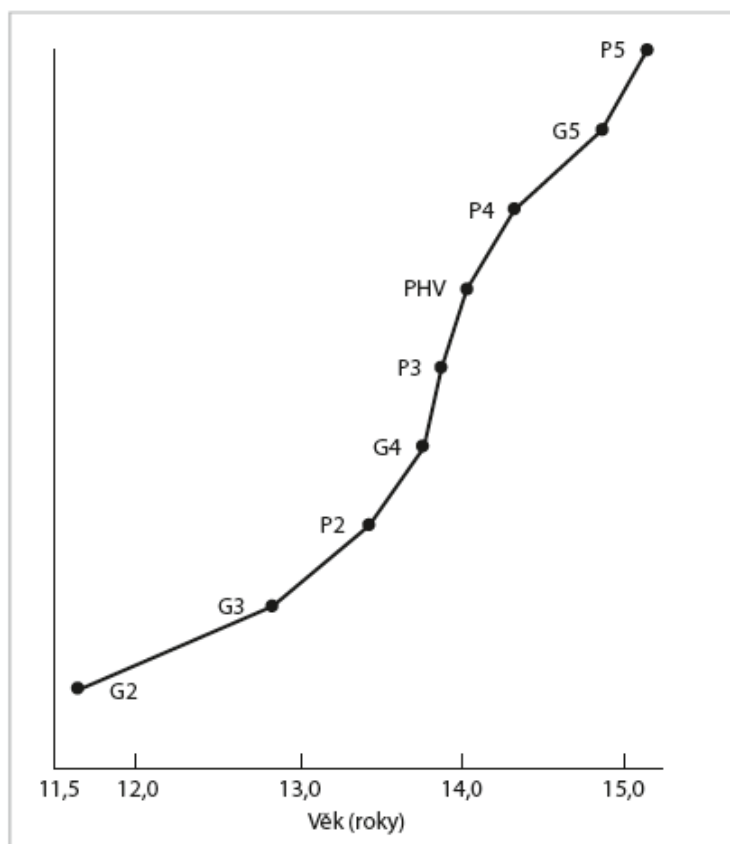
P – pubické ochlupení

PHV – peak height velocity (VRR – vrchol růstové rychlosti)

KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 17 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

Příloha 11 Růstové změny u chlapců

➤ Pořadí a průměrný věk pohlavních a růstových změn v pubertě u chlapců.



Zkratky:

G – genitál

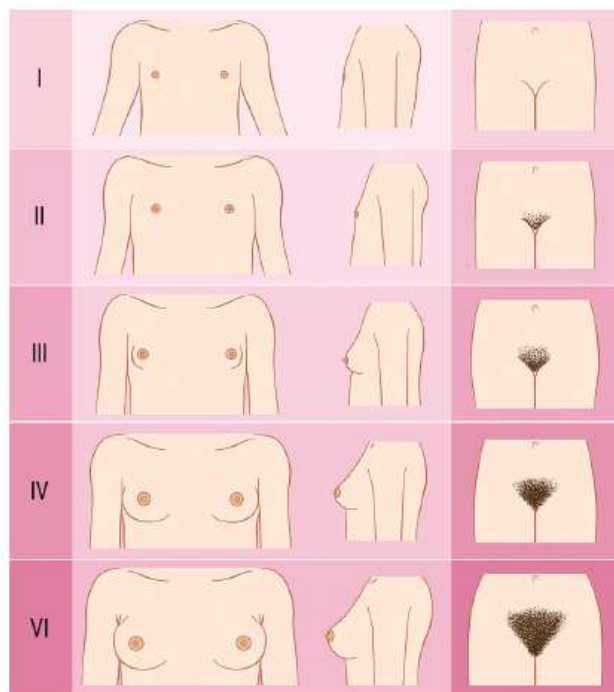
P – pubické ochlupení

PHV – peak height velocity (VRR – vrchol růstové rychlosti)

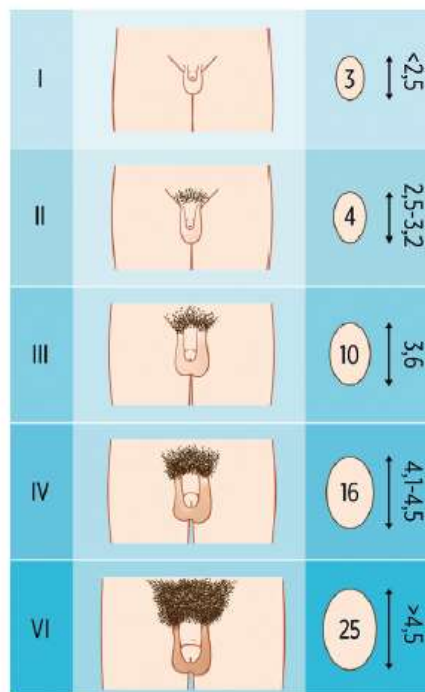
KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 18 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

Příloha 12 Vývoj pohlavních znaků

4



Vývoj prsní žlázy a pubického ochlupení u dívek.



Vývoj genitálu a pubického ochlupení u chlapců.

KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 21 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

Příloha 13 Souhlas s průzkumným šetřením

Emailové potvrzení Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Emanuela Pöttinga a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky Olomouc

Odesílatel: Mgr. **Pavel Skula** (skula@epol.cz)

FW: Žádost o povolení průzkumného šetření

Datum: 5. 10. 2015, 11:17:34

Komu: pettykas@seznam.cz

Kopie: Ludmila Rážková

Vážená paní Kašparová,

s provedením šetření souhlasím za podmínky, že před samotným šetřením informujete žáky o obsahu dotazníku (... zhruba k jakým dotazům se budou vyjadřovat) a pokud by jeho vyplnění dělalo někomu z různých důvodů „problém“, ze šetření bude vyrazen.

Kontaktujte, prosím, zástupkyni pro odborné předměty a praktickou výuku paní Mgr. Ludmilu Rážkovou, razkova@epol.cz a domluvte s ní konkrétní průběh šetření.

S pozdravem

Mgr. Pavel Skula

ředitel školy

Střední zdravotnická škola

a Vyšší odborná škola zdravotnická Emanuela Pöttinga

a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky Olomouc

Pöttingova 2, 771 00 Olomouctel: 585 704 112, 734 333 858

From: Petra Kašparová [<mailto:pettykas@seznam.cz>]

Sent: Monday, October 05, 2015 10:49 AM

To: Mgr. Pavel Skula skula@epol.cz

Subject: Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážený pane řediteli,

jmenuji se Petra Kašparová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Pod vedením Doc. MUDr. Martinem Procházkou, Ph.D. vypracovávám diplomovou práci na téma: “Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách v Olomouckém kraji.”

Tímto bych Vás ráda požádala o povolení průzkumného šetření, které bude součástí mé diplomové práce.

Dotazník bych ráda distribuovala mezi studenty/studentky prvních a druhých ročníků. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity výhradně pro účely mé diplomové práce.

V příloze Vám zasílám výše uvedený dotazník.

Děkuji za vstřícnost.

S pozdravem Bc. Petra Kašparová

Příloha 14 Souhlas s průzkumným šetřením

Emailové potvrzení Střední průmyslová škola strojnická Olomouc

Odesílatel: **Martina Zahnášová** (zahnasova.martina@spssol.cz)

RE: Žádost o povolení průzkumného šetření

Datum: 5. 10. 2015, 13:26:08

Komu: pettykas@seznam.cz

Dobrý den,

Ano můžete přijít k nám do školy. Pro 1. ročníky by byly tyto termíny: pondělí od 12. 30 hod. do 14.05 hod. a úterý 10.45-11.30 hod.

2. ročníky – občanská nauka – čtvrtek od 9.45 do 11.30 hod., pátek 13.20-14.05 hod.

Pokud budete chtít využít ještě tento týden napište mi dopředu.

S přátelským pozdravem



Ing. Martina Zahnášová

ředitelka školy

Střední průmyslová škola strojnická Olomouc

tř. 17. listopadu 49

772 11 Olomouc

tel.: 585 549 111

E-mail: zahnasova.martina@spssol.cz

Web: <http://www.spssol.cz>

From: Petra Kašparová [<mailto:pettykas@seznam.cz>]

Sent: Monday, October 05, 2015 10:51 AM

To: zahnasova.martina@spssol.cz

Subject: Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní ředitelko,

jmenuji se Petra Kašparová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Pod vedením Doc. MUDr. Martinem Procházkou, Ph.D. vypracovávám diplomovou práci na téma: “Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách v Olomouckém kraji.”

Tímto bych Vás ráda požádala o povolení průzkumného šetření, které bude součástí mé diplomové práce.

Dotazník bych ráda distribuovala mezi studenty/studentky prvních a druhých ročníků. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity výhradně pro účely mé diplomové práce.

V příloze Vám zasílám výše uvedený dotazník.

Děkuji za vstřícnost.

S pozdravem Bc. Petra Kašparová

Příloha 15 Souhlas s průzkumným šetřením

Emailové potvrzení VOS a SPSE Olomouc

Odesílatel: PaedDr. Jiří Michal (michal@spseol.cz)

Re: Žádost o povolení průzkumného šetření

Datum: 6. 10. 2015, 9:30:40

Komu: pettykas@seznam.cz, Miloš Metelka, Mgr. Ludvík Kašpar

Dne 5. 10. 2015 v 17:59 Petra Kašparová napsal(a):

> Vážený pane řediteli,

>

>

>

> jmenuji se Petra Kašparová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího

> magisterského studia Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na

> Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

>

> Pod vedením Doc. MUDr. Martinem Procházkou, Ph.D. vypracovávám diplomovou

> práci na téma: "Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných

> středních školách v Olomouckém kraji."

>

> Tímto bych Vás ráda požádala o povolení průzkumného šetření, které bude

> součástí mé diplomové práce.

>

> Dotazník bych ráda distribuovala mezi studenty/studentky prvních a druhých

> ročníků. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity výhradně pro účely mé

> diplomové práce.

>

> V příloze Vám zasílám výše uvedený dotazník.

>

> Děkuji za vstřícnost.

>

> S pozdravem Bc. Petra Kašparová

Dobrý den,

nemáme námitek proti průzkumu, zvláště když poslouží dobré věci.

S návrhem termínu a formou průzkumu se obraťte, prosím,

na zást.ředitele Mgr. Metelku a kolegu Mgr. Kašpara.

Zdraví

PaedDr.Jiri Michal

VOS a SPSE Olomouc

Bozetechova 3

772 00 OLOMOUC

tel.: +420585208120

fax : +420585208122

Příloha 16 Souhlas s průzkumným šetřením

Emailové potvrzení Gymnázium Olomouc - Hejčín

Odesílatel: Sedlacek, Ladislav (Sedlacek@gytool.cz)

RE: Žádost o povolení průzkumného šetření

Datum: 6. 10. 2015, 8:42:24

Komu: pettykas@seznam.cz

Kopie: Goš, Karel, Buchta, Frantisek

Dobrý den,

souhlasím, můžete se dostavit s natištěnými dotazníky.

==

S přáním hezkého dne

Mgr. Ladislav Sedláček

zástupce ředitele

Gymnázium Olomouc - Hejčín

Tomkova 45

779 00 Olomouc

tel.: 585 711 109

From: Petra Kašparová [<mailto:pettykas@seznam.cz>]

Sent: Monday, October 05, 2015 10:46 AM

To: Goš, Karel

Subject: Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážený pane řediteli,

jmenuji se Petra Kašparová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Pod vedením Doc. MUDr. Martinem Procházkou, Ph.D. vypracovávám diplomovou práci na téma: "Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách v Olomouckém kraji."

Tímto bych Vás ráda požádala o povolení průzkumného šetření, které bude součástí mé diplomové práce.

Dotazník bych ráda distribuovala mezi studenty/studentky prvních a druhých ročníků.

Dotazník je anonymní a výsledky budou použity výhradně pro účely mé diplomové práce.

V příloze Vám zasílám výše uvedený dotazník.

Děkuji za vstřícnost.

S pozdravem Bc. Petra Kašparová

Příloha 17 Dotazník

Dotazník

Vážení studenti a studentky, jmenuji se Petra Kašparová a jsem studentkou oboru Učitelství odborných předmětů pro střední a vyšší zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který se stane součástí diplomové práce na téma: „Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách v Olomouckém kraji.“

Vámi vyplněné údaje budou pouze a výhradně použity pro účely této diplomové práce.

Prosím o vyplnění tohoto dotazníku a vyjádření Vašich podnětů, připomínek a dalších nápadů, které by mohly přispět ke zvýšení profesionální úrovně a kvality výuky a zvýšení povědomí o reprodukčním zdraví na středních školách v Olomouckém kraji.

U většiny otázek označíte jen jednu odpověď. V otázkách číslo 2, 3,4 je možné zakroužkovat více nabízených odpovědí.

Poslední položka se zaměřuje na Váš konkrétní názor, připomínky a podmínky.

Předem děkuji za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku.

Bc. Petra Kašparová

1. Byly vám dle Vašeho názoru poskytnuty dostatečné informace týkající se rizikového chování v oblasti reprodukčního zdraví a jeho následků v rámci školní výuky?
(brzký začátek pohlavního života, metody ochrany, pohlavní choroby, nechtěné těhotenství, okolnosti podněcující rizikové chování a jiné)

- Ano, byly mi poskytnuty veškeré informace, které jsem potřebovala vědět.
- Částečně, informace získané v rámci výuky, nebyly kompletní.
- Ne, vyučující nevěnoval tomuto tématu dostatečnou pozornost.
- Nezajímá mě to, sám/sama vím, co potřebuji, co je pro mě nejlepší.
- Raději bych zvolil/zvolila jiný způsob získání informací v této oblasti.

Prosím uveďte jaký

.....
.....

2. Kde jste získal (a) nejvíce informací a znalostí ohledně sexuality a reprodukčního zdraví.

- Rodiče
- Sourozenci
- Literatura
- Internet
- Škola
- Časopis
- Vrstevníci
- Televize
- Jiná odpověď, prosím vypište

.....
.....

3. Který ze zdrojů poskytujících informace ohledně sexuality a reprodukčního zdraví považujete za nejkvalitnější: *aktuálnost, srozumitelnost, užitečnost, věrohodnost.*

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rodiče | <input type="checkbox"/> Sourozenci |
| <input type="checkbox"/> Literatura | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Škola | <input type="checkbox"/> Časopis |
| <input type="checkbox"/> Vrstevníci | <input type="checkbox"/> Televize |
| <input type="checkbox"/> Jiná odpověď, prosím vypište | |

.....
.....

4. Pokud byste měli v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví problémy, na koho byste se obrátili o pomoc?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rodiče | <input type="checkbox"/> Vrstevníky |
| <input type="checkbox"/> Literaturu | <input type="checkbox"/> Sourozence |
| <input type="checkbox"/> Učitelé, vychovatelé | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Odborníka (lékař, poradce krizovém centru, psychologa, sexuologa) | |
| <input type="checkbox"/> Jiná odpověď, prosím vypište | |

.....
.....

5. Jaké pro Vás důležité informace v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví Vám **nebyly** poskytnuty a postrádáte je?

Prosím vypište

.....
.....

6. Má dle Vašeho názoru časný začátek sexuálního života vliv na psychický a fyzický vývoj jedince?

- Ano má, pozitivní: získám více zkušeností a vrstevníci mě budou brát jako zkušeného, zralého, vyspělého
- Ano má, negativní: mohou se projevit zdravotní a psychické problémy
- Ne, nemá to žádný vliv, budu to stále já, nezmění mě to
- Jiná odpověď

.....
.....

7. Do jakého věku je v ČR pohlavní styk trestný?
Prosím vypište
8. Domníváte se, že dostatek informací a znalostí o reprodukčním zdraví ovlivní Váš přístup, kdy začnete žít sexuálním životem?
- Ano, začnu žít sexuálním životem později
 - Ano, začnu žít sexuálním životem dříve
 - Ne, neovlivní mě to
 - Jiná odpověď, prosím vypište
.....
.....
9. Pokud budou již mít Vaši vrstevníci první pohlavní styk za sebou, ovlivní to Váš přístup k sexuálnímu životu?
- Ano, bude ho chtít taky, co nejdříve
 - Ne, neovlivní mě to
 - Nevím, nepřemýšlel (a) jsem o tom
10. Jaké je dle Vašeho názoru nejlepší řešení, při nechtěném těhotenství?
- Interrupce/miniinterrupce
 - Adopce
 - Utajený porod
 - Baby-box
11. Do kolikátého týdne od oplodnění je povolena miniinterrupce?
- 7 týdne
 - 9 týdne
 - 8 týdne
 - 10 týdne
12. Která nemoc nepatří mezi pohlavně přenosné choroby?
- Syfilis
 - Genitální herpes (opar)
 - Kapavka
 - Chlamydie
 - Meningitida
13. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?
- HIV je synonymum pro AIDS
 - AIDS je první stadium HIV
 - HIV je virus AIDS
 - Jedná se o různá onemocnění

14. Souhlasíte, že při nákaze pohlavně přenosnou chorobou, **není** nutné vždy léčit všechny sexuální partnery.

ANO

NE

15. Jaké znáte metody ochrany před pohlavními chorobami?

Prosím vypište

.....
.....

16. Jaká antikoncepce je dle Vašeho názoru nejvhodnější pro dívky do 18 let?

.....

17. Může HPV virus vyvolat infekci také u mužů (*HPV - lidský papilomavirus, který může u dívek vyvolávat rakovinu děložního čípku*)?

Ano

NE

18. Měli jste již pohlavní styk?

ANO

NE

Dál pokračují odpovídat pouze respondenti, kteří měli pohlavní styk. Ti, co ještě sexuálně nežijí, přeskočí na otázku č. 22.

19. Pokud jste již měli pohlavní styk, použili jste ochranu při pohlavním styku?

ANO, jakou

.....
.....

NE

20. Přemýšleli jste před pohlavním stykem nad rizikem přenosu pohlavních chorob?

ANO

NE

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Petra Kašparová
Katedra:	Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Povědomí studentů o reprodukčním zdraví ve vybraných středních školách v Olomouckém kraji.
Název v angličtině:	Students' knowledge of reproductive health in selected secondary schools in the Olomouc Region.
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje informovanosti studentů středních škol v Olomouckém kraji o reprodukčním zdraví. Práce zachycuje postoj a přístup mladistvých k záležitostem týkající se sexuální stránky, vlivu vrstevníků a celé společnosti. Teoretická část předkládá ucelený přehled o reprodukčním zdraví, včetně právní legislativy, a sexuální výuky na školách s ohledem na psychický a fyzický vývoj jedince. Praktická část navazuje na fakta z teoretické části, kde se na základě anonymního dotazníkového šetření zjišťovala orientace a znalosti studentů týkající se kvality a kvantity získaných informací, znalostí pohlavních chorob a prevence ochrany zdraví. Výzkumné šetření nás upozorňuje na neucelenost a nepřesnost vědomostí u studentů středních škol v oblasti reprodukčního zdraví.
Klíčová slova:	reprodukční zdraví, adolescent, informovanost, sexuální život, riziko, sexuální výchova, výuka, antikoncepce, ochrana pohlavního zdraví, prevence

Anotace v angličtině:	<p>The thesis has got theoretical and practical part and deals with awareness of high school students about reproductive health in the Olomouc Region. The work describes the attitude and approach of youth to the matters relating to sexual area, the influence of peers and society.</p> <p>The theoretical part presents a comprehensive overview of reproductive health, including legislation, and sexual education in schools with regard to mental and physical development of the individual. The practical part builds on the knowledge of a theoretical field where we investigated orientation and students' knowledge concerning the quality and quantity of acquired information, knowledge of venereal diseases and health prevention. To obtain quality data we used anonymous questionnaire. The results of survey warned us that the fragmentation and uncertainty of knowledge among secondary school students exist in the area of reproductive health.</p>
Klíčová slova v angličtině:	reproductive health, adolescent, knowledge, sexual life, risk, sex education, education, contraception, sexual health protection, prevention
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1 Zdravotní stav</p> <p>Příloha 2 Potraty ČR 2013</p> <p>Příloha 3 HIV infekce v ČR</p> <p>Příloha 4 Incidence pohlavních onemocnění</p> <p>Příloha 5 Pohlavní nemoci 2012</p> <p>Příloha 6 Antikoncepční metody</p> <p>Příloha 7 Příručka pro učitele</p> <p>Příloha 8 Adolescence se prodlužuje</p> <p>Příloha 9 Rozdělení dospívání</p> <p>Příloha 10 Růstové změny u dívek</p> <p>Příloha 11 Růstové změny u chlapců</p> <p>Příloha 12 Vývoj pohlavních znaků</p>

	<p>Příloha 13 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnická Emanuela Pöttinga a Jazykové škole s právem státní jazykové zkoušky Olomouc</p> <p>Příloha 14 Souhlas s průzkumným šetřením na Střední průmyslové škole strojnické Olomouc</p> <p>Příloha 15 Souhlas s průzkumným šetřením na Vyšší odborné škole a Střední průmyslové škole elektrotechnické</p> <p>Příloha 16 Souhlas s průzkumným šetřením na Gymnáziu Olomouc - Hejčín</p> <p>Příloha 17 Dotazník pro studenty</p>
Rozsah práce:	115 stran
Jazyk práce:	čeština