

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Jana Jiravová

Učitelství přírodopisu pro 2. stupeň základních škol
Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol

Aktivizační metody výukového bloku "sexuální výchova" ve
vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

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

V Olomouci dne 28. 3. 2013

Bc. Jana Jiravová

Děkuji Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

Děkuji pedagogům a žákům nižšího stupně gymnázia Olomouc – Hejčín a základní školy Stupkova Olomouc za ochotu a spolupráci při výzkumném šetření pro tuto diplomovou práci.

OBSAH

1 ÚVOD	6
2 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE	7
3 TEORETICKÉ POZNATKY	8
3.1 Sexuální výchova	8
3.1.1 Vymezení základních pojmů.....	8
3.1.2 Různá pojetí sexuální výchovy	9
3.1.3 Cíle a etické zásady sexuální výchovy	11
3.1.4 Principy sexuální výchovy.....	13
3.1.5 Učitel sexuální výchovy	15
3.1.6 Správná doba pro začátek sexuální výchovy a její průběh	17
3.1.7 Deklarace sexuálních práv	19
3.1.8 Proč (ne)učit sexuální výchovu.....	21
3.2 Metody výuky	24
3.2.1 Aktivizační metody	28
3.2.1.1 Problémové vyučování.....	30
3.2.1.2 Hry	35
3.2.1.3 Diskusní metody	37
3.2.1.4 Situační metody	41
3.2.1.5 Inscenační metody	44
3.2.1.6 Speciální metody	46
3.2.1.7 Návrh aktivizačních metod.....	48
3.3 Pohlavně přenosné choroby.....	64
3.3.1 HIV/AIDS	65
3.3.2 Kapavka (<i>Gonorrhoea</i>).....	69
3.3.3 Příjice (<i>Syphilis, Lues</i>).....	71
3.3.4 Genitální opar (<i>Herpes genitalis</i>).....	75
3.3.5 Lidské papilomaviry.....	77
3.3.6 Chlamydiové infekce.....	80
4 METODIKA PRÁCE.....	83
4.1 Popis výzkumného vzorku	83
4.2 Metodika výzkumu	85

5 VÝSLEDKY A DISKUZE	86
5.1 Vědomostní dotazník	86
5.2 Dotazník k aktivizačním metodám	100
6 ZÁVĚR	106
7 SOUHRN	107
8 SUMMARY	108
9 REFERENČNÍ SEZNAM	109
9.1 Literární zdroje	109
9.2 Internetové zdroje	112
10 SEZNAM ZKRATEK	115
11 SEZNAM OBRÁZKŮ	117
12 SEZNAM TABULEK.....	118
13 SEZNAM GRAFŮ.....	119
14 SEZNAM PŘÍLOH	120
15 ANOTACE.....	124

1 Úvod

Sexuální výchova patří v posledních letech mezi hojně diskutovaná témata. V této výchově stále ještě převládá velké množství omylů a mýtů, které ovlivňují jednak postoj části společnosti k její realizaci na základních a středních školách, ale také prostředí rodiny. Sexuální výchova představuje jednu ze subsložek výchovy, která v posledním období podle Janiše zaznamenala nejen kvantifikovatelné výsledky (např. výrazný pokles interrupcí, naopak každoroční strmý nárůst případů pohlavně přenosných chorob, vysoký podíl narozených dětí mimo manželství a také zvyšující se rozvodovost způsobenou navazováním nových vztahů mimo manželství a také mimo partnerské vztahy apod.), ale také nebyvale velkou pozornost společnosti (Kolaříková, Ondřejová, 2011).

Sexuální výchova se stala v české primární škole součástí komplexní výchovy. Má interdisciplinární charakter a její cíle jsou naplňovány pomocí různých vyučovacích předmětů. Obsahově ji vymezují platné školské dokumenty (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání) prostřednictvím vzdělávací oblasti zvané Člověk a jeho svět (tematický okruh – Člověk a jeho zdraví). Sexuální výchova má své obecné i konkrétní cíle, které se snaží učitel spolu s žáky naplnit využíváním specifických metod, forem i prostředků (Rašková, 2008).

Diplomová práce se skládá celkem ze tří kapitol. Problematiku sexuální výchovy jsme si vybrali a podrobně zpracovali v první kapitole, protože se stala momentálně aktuálním tématem a také pro svoji zajímavost a specifika. Aktivizační metody jsme velmi podrobně rozpracovali ve druhé kapitole práce, protože se ukázalo, že jsou přínosné a efektivní pro výuku na základní škole. Ve třetí kapitole jsme se zaměřili na pohlavně přenosné choroby, protože jsou opět aktuálním problémem dnešní doby.

Didaktickou část (podkapitola: Návrh aktivizačních metod) této diplomové práce mohou využít všichni učitelé, kteří mají zájem sexuální výchovu učit efektivně, zábavně a především, kteří chtějí motivovat a aktivizovat své žáky.

2 Cíle a úkoly práce

Hlavním cílem diplomové práce je vytvořit metodické materiály pro výuku sexuální výchovy (v rámci Výchovy ke zdraví) se zaměřením na pohlavně přenosné choroby. Využít aktivizačních metod v praxi. Zjistit jejich efektivitu a přínos pro vyučování. Dále také zmapovat zda jsou vědomosti žáků po využití aktivizačních metod hlubší.

Dílčí cíle a úkoly práce:

1. prostudovat odbornou literaturu (výukové metody obecně, dále se zaměřit na aktivizační metody a posléze nastudovat pohlavně přenosné choroby),
2. vypracovat jednotlivé aktivizační metody, které aplikujeme na první i druhé souvislé pedagogické praxi,
3. sestavit a realizovat vědomostní vstupní a výstupní dotazník v 8. a 9. třídách ZŠ,
4. připravit a realizovat dotazník k aktivizačním metodám zaměřený na efektivitu a přínos jednotlivých aktivizačních metod,
5. vyhodnotit a zpracovat výsledky výzkumu.

3 Teoretické poznatky

3.1 Sexuální výchova

Sexuální výchova je plánovanou, cílevědomou a dlouhodobou činností, kterou provádí tzv. edukátor, což může být pedagog, rodič a vychovatel. Objektem sexuální výchovy je dítě, žák. Má-li být sexuální výchova skutečně výchovou, musí být funkční z hlediska informativního i formativního, musí žáka motivovat, aby si zvolil pokud možno žádoucí vzorec sexuálního chování (Vránová, 2010).

Sexuální výchova je výchovou, která je pojímána v širších souvislostech a komplexně. Zahrnuje nejen předávané informace, ale také postoje k sexuální morálce a osobnostní autonomie. Sexuální výchova vštěpuje dítěti morální principy, formuje jeho postoje a jednání v sexuální problematice, rozvíjí citovou oblast a učí schopnosti uspokojit sexuální potřeby. Sexuální výchova musí mít na dítě pozitivní vliv. Je určena nejen pro život současný, ale především pro život budoucí. Cílem sexuální výchovy je tedy spokojený život v oblasti partnerství, manželství i rodičovství (Rašková, 2007).

„Sexuální výchova nepředstavuje jen informace o pohlavním životě. Pomáhá také vytvářet žádoucí postoje a učí životním dovednostem“ (Uzel, 2006, s. 1).

3.1.1 Vymezení základních pojmů

- **Sex** – podle Weisse se pojem sex *„týká těch biologických charakteristik, které definují člověka jako muže nebo jako ženu“* (www.cspsychiatr.cz, [citováno 22. 2. 2013]).
- **Sexualita** – podle Venglářové a Brožové (2009, s. 5) *„jde o souhrn postojů, představ a vztahů k sobě i k jiným lidem.“* Podle Weisse *„je ústředním a celoživotním aspektem lidského života a zahrnuje sex, pohlavní identitu a roli, sexuální orientaci, eroticismus, rozkoš, intimitu a reprodukci“* (www.cspsychiatr.cz, [cit. 22. 2. 2013]).
- **Sexuální zdraví** – podle WHO *„představuje souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stánek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky“* (Vránová, 2010, s. 35).
- **Výchova** – Průcha, Walterová a Mareš (2008, s. 277) definují výchovu jako *„proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji.“* Pelikán (1995, s. 36) tvrdí, že *„výchova je cílevědomým a záměrným vytvářením a ovlivňováním podmínek umožňujících optimální rozvoj každého jedince v souladu s individuálními dispozicemi a stimulujičích jeho vlastní snahu stát se autentickou, vnitřně integrovanou a socializovanou osobností.“*

3.1.2 Různá pojetí sexuální výchovy

Světová zdravotnická organizace (WHO) vypracovala charakteristiku sexuální výchovy, ze které vycházejí jednotlivé definice sexuální výchovy.

„Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví“ (www.planovanirodiny.cz, [citováno 2. 11. 2012]).

Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF) zaujala k sexuální výchově toto stanovisko: *„Hlavním cílem školní výchovy je připravit mladé lidi pro život v dospělosti a pro jejich role ve společnosti. Jestliže sexualita, manželství a rodinný život jsou důležitým prvkem v životě většiny obyvatelstva, potom zcela jistě je logickou a nutnou povinností školy připravit mladé lidi i pro tuto oblast. Sexuální výchova musí být pokládána za jednu část celkové školní výchovy, která zprostředkovává dětem a mladým lidem informace nutné, aby byli schopni vytvořit si správný názor, úsudek i postoje“* (www.vychovakezdravi.cz, [citováno 2. 11. 2012]).

Průcha, Walterová a Mareš (2008, s. 211) definují sexuální výchovu jako: *„Výchovu směřující k získání návyků, dovedností, znalostí, hodnot, norem a postojů v oblasti sexuálních vztahů mezi mužem a ženou.“* V ČR je sexuální výchova především součástí výchovy ke zdraví (tj. bývalá rodinná výchova), ale i občanské výchovy aj.

„Sexuální výchova vychází z přirozené potřeby lidské sexuality pro uspokojení v intencích společensky žádoucího sexuálního chování, zejména k příslušníkům opačného pohlaví, při respektování a využívání celistvé a celoživotní výchovy člověka. Sexuální výchova pak představuje organickou součást celého systému výchovy a významnou měrou se opírá o ostatní složky výchovy“ (Täubner, Janiš, 1998, s. 16).

Podle Augustyna (1998) je sexuální výchova jakousi formou pomoci, kterou rodiče a vychovatelé poskytují mladému člověku při rozvíjení a utváření jeho vlastní sexuality. Měla by sloužit především k tomu, aby se mladý člověk zodpovědně postavil k úkolům, které mají vztah k psychosexuální oblasti.

Janiš (2008) pojímá sexuální výchovu:

- v užším slova smyslu – jako samostatný vyučovací předmět se shodným názvem,
- v širším slova smyslu – jako jednu z nedílných složek globální (celistvé) výchovy,

- v nejširším slova smyslu – jako cílevědomé a záměrné působení na tu složku osobnosti, která souvisí se sexuálním pudem, protože i samotná lidská sexualita představuje určitý faktor osobnosti, který lze výchovou pozitivně ovlivnit.

Podle Janiše (2008) má sexuální výchova na vychovávaný subjekt významný pozitivní vliv z hlediska:

- formování kognitivní a informativní zásoby rozvíjející se osobnosti, která přispívá k objektivnímu vnímání sebe i vnějšího sociálního prostředí,
- formování názorů a postojů k oblasti lidské sexuality, mezilidských vztahů, životního stylu, zdraví, partnerství, manželství a rodičovství,
- tvorby dovedností, návyků a chování v oblasti sexuální, v oblasti mezilidských vztahů a osobnostních dovedností.

V poslední době se v Evropě částečně opouští od názvu „sexuální výchova“ a hledají se jiná, nová a přesnější označení, která by lépe vyjadřovala její široké pojetí. Na druhé straně se označení sexuální výchova natolik ve společnosti vžilo, především pro svou jednoznačnost obsahu disciplíny, že bude nyní velmi těžké najít jiný lepší výraz (Janiš, 2008).

V různých zemích celého světa má pojem sexuální výchova rozdílné názvy, a to i přesto, že se její obsah liší jen nepatrně. V severních zemích jako je Dánsko a Finsko, ale i ve Velké Británii používají termínu *výchova k mezilidským vztahům a ke komunikaci*. Jihoevropské země jako je Itálie, Portugalsko, Francie, ale i Turecko používají termínu *rodinná výchova*. Ve Švédsku a USA využívají termínu *sexuální výchova*. V některých rozvojových oblastech světa zavedli pojem *populační výchova* (Uzel, 2006).

Vránová (2010, s. 19) nahrazuje pojem sexuální výchova pojmem reprodukční zdraví, kdy vychází z definice zdraví, kterou koncipovala Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1994. *„Reprodukční zdraví je stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo poruchy, ve všech případech vztahujících se k reprodukčnímu systému, k jeho funkcím a procesům. Reprodukční zdraví zahrnuje i lidskou schopnost mít uspokojení přinášející sexuální život, schopnost reprodukovat se, také svobodu se rozhodnout, kdy a jak často tak konat.“* Každým rokem se 22. května slaví mezinárodní den reprodukčního zdraví.

„Jakákoli výchova, bez ohledu na její obsah, musí být zabezpečena třemi oporami: rodinou, školou a společností. Jestliže jedna noha této trojnožky kulhá, výchovný proces je narušen“ (www.vychovakezdravi.cz, [citováno 2. 11. 2012]).

3.1.3 Cíle a etické zásady sexuální výchovy

Podle Vránové (2010) má sexuální výchova hlavní cíle, mezi které patří:

- předat žákům znalosti o anatomii, fyziologii, psychologii a etice sexuality v sociálních vztazích, díky kterým pak může být jedinec ve své sexuální praxi veden racionálními motivy a je tudíž ochráněn před škodlivým vlivem mýtů a předsudků,
- vytvořit předpoklady, díky kterým každý jedinec může vytvořit sobě vlastní hodnotové schéma a zodpovědně usměrňovat vlastní život,
- vycházet z toho, že sexualita je nedílnou součástí lidského života, je spjata s vývojem lidstva, s tradicí a současností partnerských vztahů a společenské struktury,
- je třeba respektovat složitost a pestrost různých stanovisek v sexuální výchově.

Podle Machové, Marádové a Klementy (1998) mezi základní cíle sexuální výchovy, které je třeba sledovat v rovině úměrné věku a potřebám žáků při výuce na ZŠ, patří:

- vybavit jedince v průběhu celoživotního vzdělávání schopnostmi pokud možno správného sexuálního chování (v nejširším slova smyslu),
- chápat sex (pohlavní styk) jako hodnotu, která umožňuje předávání života,
- dokázat si vybrat životního partnera,
- oddálit začátek sexuálního života,
- vést harmonický partnerský a posléze manželský život,
- předejít poruchám manželského soužití a manželskému nesouladu, umět řešit vzniklé problémy a vědět, kam se obrátit s problémem, kde hledat odbornou pomoc,
- umět napláňovat rodičovství, připravit se na vznik nového lidského života, předcházet nežádoucímu těhotenství,
- rozpoznat sexuálně-patologické a psychopatologické jevy,
- předcházet pohlavně přenosným chorobám a znát jejich rizika,
- získat schopnost vést sexuální výchovu ve své budoucí vlastní rodině u svých potomků.

Podle Machové a Hamanové (2002) vyplývají cíle sexuální výchovy z definice sexuálního zdraví, kterou propracovala Světová zdravotnická organizace. Jsou to:

- sebekontrola jedinců v pohlavní sféře,
- příprava na partnerský život (rozvoj empatie),
- odklad sexuálního života (důraz na monogamní vztahy),
- uvědomění si, důsledků sexuálně rizikového chování,

- poskytnout pohled na předpoklady manželské lásky,
- u chlapců pěstovat ohleduplnost, potřebu a schopnost ženu chránit,
- poskytnout pohled na manželství a rodičovství,
- uvědomění si, že hodnota a přitažlivost člověka nespočívá v jeho vzhledu.

Rašková (2007, s. 11) popisuje kromě cílů sexuální výchovy také etické zásady, kterými by se měli řídit nejen pedagogové a vychovatelé. Patří zde např.:

- *pojímání rovnocennosti mužů a žen v sexuální morálce,*
- *odmítání rasové diskriminace,*
- *odmítání porušování osobní svobody prostřednictvím psychického a fyzického nátlaku či agrese,*
- *respektování pozice homosexuálů ve společnosti.*

Zvěřina (2012) vyobrazil etické zásady v sexuální výchově následovně:

- nikdo nesmí pro své uspokojení využívat jinou lidskou bytost,
- fyzický a psychický nátlak či agrese jsou považovány jako porušení osobní svobody,
- sexualita jako součást partnerského vztahu je vždy hodnotnější a přínosnější, než příležitostný pohlavní styk,
- naprostá většina populace pozitivně hodnotí partnerskou věrnost a škola toto hodnocení bude vždy podporovat,
- je třeba odmítat neúctu k lidskosti přítomnou v pornografii,
- v sexuální morálce jsou si muži u ženy rovnocenné,
- je snahou usilovat o změnu tradičních sexuálních rolí, protože zřejmě mají negativní vliv na sexuální partnerské vztahy,
- je třeba v sexuálních vztazích odmítat rasovou diskriminaci,
- škola by měla napomáhat zlepšení pozice homosexuálů ve společnosti,
- sexuální vztahy existují také mezi mentálně či tělesně postiženými a podobně,
- není možné tolerovat sexuální projevy, které útočí na jiné lidi.

3.1.4 Principy sexuální výchovy

Podle Täubnera (1996) vyžaduje sexuální výchova tvorbu specifických principů, které se budou prolínat jednak s pedagogickými a didaktickými principy, ale také s principy výchovy mravní. V jednotlivých principech sexuální výchovy se úzce propojuje výchova s výukou.

Janiš a Täubner (1999, s. 12-17) formulovali deset principů sexuální výchovy následovně:

- 1) *Princip spolupráce rodičů a školy* – pokud si to rodiče přejí, učitel je informuje o cíli, obsahu a použitých metodách výuky. Respektuje jejich alternativní postoje a právo podílet se na sexuální výchově svých dětí, jelikož primární úlohu zastává rodina, která je nejpřirozenějším prostředím pro samotnou realizaci sexuální výchovy.
- 2) *Princip začlenění sexuální výchovy do obecného projektu výchovy dítěte* – sexuální výchova představuje jednu ze složek celistvé (globální) výchovy, kterou učitel prezentuje společně s ostatními klasickými složkami výchovy jako je výchova rozumová a poznání, mravní, estetická, tělesná atd. V praxi tento princip realizujeme tzv. promítáním tematiky do ostatních vyučovacích předmětů a výchovných aktivit. Sexuální výchova probíhá prakticky neustále, protože každý učitel se chová nepřímo sexuálně i ve svém výchovně vzdělávacím působení. Každodenně se může dostat do situací, kdy musí vyjádřit svůj postoj, vědomosti a chování před svými žáky, a proto by měl mít každý učitel přehled v problematice sexuální výchovy.
- 3) *Princip vědeckosti v sexuální výchově* – každý učitel sexuální výchovy se musí neustále vzdělávat, aby informace, které poskytuje žákům, odpovídaly současné úrovni vědeckého poznání. Všechny předávané poznatky by měly odpovídat úrovni žáka a míře jeho poznání. Učitel musí používat vědecké, ale žákovi přiměřené pojmy, metody a didaktické pomůcky. Tento princip je typický svou objektivností a pravdivostí předávaných informací a je chápán jako spojnice mezi vědeckou teorií a individuální a společenskou praxí vychovávaného jedince.
- 4) *Princip důvěry* – v rámci sexuální výchovy pedagog formuje vědomosti, dovednosti, postoje a chování žáka, které ve svém životě využije. Učitel se může ve výuce sexuální výchovy setkat nejen s žáky nesmělými a stydlivými, ale také s otevřenými, upřímnými či dokonce provokativními. Jeho snahou je získat důvěru žáků ke svěřování se, dotazům či radám. Nikdy ovšem nesmí žáka ponížít nebo i znevažovat jeho postoje a vědomosti. Důvěra v učitele sexuální výchovy patří k základním principům.

- 5) *Princip koedukovanosti v sexuální výchově* – všechny témata sexuální výchovy, ač se některé týkají pouze jednoho pohlaví, by každý učitel měl probírat s chlapci i dívkami dohromady, jelikož je velmi důležité, aby obě pohlaví měly znalosti nejen o své osobě, ale i o jedinci opačného pohlaví. Koedukovaná sexuální výchova umožňuje výcvik asertivity, etikety, mravního chování v oblasti mezilidských vztahů a učí vzájemnému respektování názorů i postojů. Jde i o praktickou výchovu partnerského chování mezi mužem a ženou.
- 6) *Princip etičnosti v sexuální výchově* – jde o nosný princip sexuální výchovy, který je chápán jako identifikační socializační aspekt společenského fungování jedince. Je realizován především ve výchově postojů, mravních dovedností a chování. Učitel pomocí sexuální výchovy vede žáka k určitému mravnímu ideálu v oblasti sexuálního chování. Jde tedy o žádoucí mravní chování, o výchovu mravních mezilidských vztahů, především vztahů partnerských. Etičnost v sexuální výchově klade důraz na etiku přátelství, lásky, partnerského, manželského a rodinného chování. Samozřejmě je kladen také důraz i na odpovědnost za sebe, za druhého, za dítě, ale patří zde i výchova k pohlavní zdrženlivosti, úcta k ženě, k matce, k dítěti, k rodičům atd. Princip etičnosti přispívá k vyvážení poznatkové sféry biologicko-sexuologického zaměření se sférou pedagogickou, psychologickou a etickou.
- 7) *Princip aktivity žáka a spolupráce se žákem* – vyučující sexuální výchovy by měl volit především aktivizační metody výuky a výchovy. Poznatky by žákům neměly být pouze prostě sdělovány, ale svojí aktivitou a kreativitou by k nim měli docházet společně s pedagogem. Princip aktivity je důležitý s hlediska utváření postojů žáka k jednotlivým oblastem, jevům a hodnotám. Žákův postoj, který se vytvoří pouze aktivní spoluprací, musí projít fázemi identifikace (ztotožnění) a interiorizace (zvnitřnění, osvojení si), aby byl trvalý a použitelný. Také při tvorbě dovedností a chování je nutná a důležitá aktivita a spolupráce žáka.
- 8) *Princip komplexnosti a harmonie v sexuální výchově* – tento princip poukazuje na nutnost rozvíjet všechny podstatné stránky sexuální výchovy najednou, tedy komplexně. Se stoupajícím věkem žáků se jednotlivá témata sexuální výchovy postupně probírají více do hloubky i šířky. Pedagog samozřejmě musí brát zřetel na procesy biologického, sociálního a psychického zrání žáků. Pod pojmem harmonie v sexuální výchově rozumíme vyvážený vztah mezi jednotlivými tématy a mezi výchovou postojů, dovedností a chování.

- 9) *Princip osobnosti sexuálního pedagoga* – učitel sexuální výchovy je osobností, která má odpovídající vzdělání. Má přehled v disciplínách, které jsou blízké sexuální výchově, jako jsou: pedagogika, psychologie, didaktika, sexuologie, biologie, etika a etiketa atd. Svým chováním, vlastnostmi a pedagogickými dovednostmi je vhodný pro výuku sexuální výchovy žáků buď jako samostatného předmětu či v rámci různých předmětů jako jsou: výchova ke zdraví, občanská výchova či přírodopis atd.
- 10) *Princip přiměřenosti v sexuální výchově* – princip přiměřenosti je chápán z hlediska biologické, psychické a sociální zralosti žáka. Mezi specifickou přiměřenost sexuální výchovy řadíme např. tradice regionu, přiměřenost k sociální skupině, rodině, světovému názoru či dosavadnímu způsobu života žáků. Zde můžeme zahrnout i pedagogický princip individuálního přístupu k žákům. Princip přiměřenosti učitel realizuje především v rovině metod a prostředků, které volí a v rovině obsahů a cílů sexuální výchovy. Tento princip je pro učitele zřejmě nejnáročnějším principem (Hajnová, Kleinová, 2002, s. 12-13).

3.1.5. Učitel sexuální výchovy

Kdo by měl sexuální výchovu na škole vyučovat, je často kladená a diskutovaná otázka. V dnešní době převažuje názor, že by to měl být dobře připravený kvalifikovaný pedagog z oblasti VkZ (nikoli psycholog či lékař), který by se měl stát hlavním činitelem školní sexuální výchovy (www.planovanirodiny.cz, [citováno 2. 11. 2012]).

„Dobrý učitel by měl být ve třídě spíše režisérem, nikoli hlavním hercem“ (Nováčková, 2006, s. 13).

Na realizaci sexuální výchovy ve škole se podílí celý tým pedagogických pracovníků, a to v souvislosti s ucelenou koncepcí ochrany a podpory zdraví ve škole. Důležitou roli zastává především vedení školy, ale také koordinátor ŠVP, výchovný poradce, školní metodik prevence, školní speciální pedagog, školní psycholog a samozřejmě jednotliví pedagogové, kteří vyučují témata sexuální výchovy.

„Významným aspektem efektivní sexuální výchovy je osobnost vyučujícího pedagoga“. Učitel sexuální výchovy se ve větší míře podílí na sociálním učení žáků, předává jim informace o citlivých a současně závažných tématech, je pro žáky pomocníkem v řešení citlivých problémů a mnohdy musí řešit odlišné postoje rodiny k sexuální výchově (www.msmt.cz, [citováno 22. 2. 2013]).

Proto je důležité, aby učitel sexuální výchovy:

- **byl dostatečně odborně vzdělaný** a kvalifikovaný zejména v oblasti didaktiky sexuální výchovy, aby dokázal pracovat s citlivými tématy,
- **průběžně se vzdělával** a doplňoval si aktuální informace k dané problematice (účastnil se odborných seminářů, kurzů a dalších vzdělávacích akcí),
- **byl empatický, důvěryhodný, upřímný, vyrovnaný, kreativní, pozitivně smýšlející, sebejistý**, uznávaný a respektovaný, kolegiální, zaměřený na lidi, a dokázal vést dialog a diskuzi, měl schopnost dodržet mlčenlivost,
- **byl si vědom svých povinností** (v souvislosti s dohledem nad žáky u preventivních programů, které vedou externí lektori; v případě získání podezření na spáchání sexuálně motivovaného trestného činu nebo mravního ohrožení mládeže),
- **znal příslušnou legislativu**, která souvisí s jednotlivými tématy sexuální výchovy (např. pohlavní styk, pohlavní nemoci, manželství, registrované partnerství, diskriminace na základě pohlaví, prostituce a kuplířství, obchodování s lidmi),
- **spolupracoval s vedením školy, výchovným poradce, školním metodikem prevence, školním speciálním pedagogem či školním psychologem a s celým pedagogickým sborem**, při vytváření koncepce sexuální výchovy ve škole a také byl rádcem ostatním učitelům, kteří se setkají při své výuce s danou problematikou,
- **měl přehled o specializovaných pracovištích** v okolí školy a spolupracoval s nimi (např. pedagogicko-psychologické poradny, sexuologická a gynekologická pracoviště, zdravotní ústavy, hygienické stanice, služby odborné pomoci apod.),
- **uměl spolupracovat s rodičovskou veřejností**, byl schopen vysvětlit potřebu a opodstatněnost sexuální výchovy, uměl poradit, případně doporučit odborníka, ale také dokázal pracovat s rodinou zejména v případech řešení náboženských, národnostních, etnických či sociálních specifik,
- **uměl efektivně zapojovat žáky do různých akcí a projektů** (např. Hrou proti AIDS, Labestra, Červená stužka, dotazníková šetření, peer programy, besedy apod.), které přispívají k preventivním cílům sexuální výchovy,
- **byl si vědom etických hranic osobní výpovědi**, jelikož učitel bývá často vzorem, měl by zvážit svoje výpovědi před žáky,
- **byl otevřený k více možným náhledům na sexualitu** (byl otevřený v diskusi) a také respektoval individuální zvláštnosti žáka a jeho rodiny (www.msmt.cz, [citováno 22. 2. 2013]; www.planovanirodiny.cz, [citováno 2. 11. 2012], Rašková, 2008).

3.1.6 Správná doba pro začátek sexuální výchovy a její průběh

Podle Vránové (2010) začíná sexuální výchova již po narození dítěte. Pocity bezpečí a lásky pozitivně ovlivňují vývoj dítěte i v sexuální oblasti, a tudíž přispívají k celkovému harmonickému rozvoji. Velmi záhy dokáže dítě odlišit chování dospělých a vnímá i vztahy mezi rodiči. Když si dítě uvědomí svou pohlavní příslušnost, začne se učit od rodiče stejného pohlaví svou budoucí sociosexuální roli a od rodiče opačného pohlaví si začne vytvářet představu o roli svého budoucího partnera. Vývoj dítěte je dále ovlivňován také kvalitou vztahu mezi rodiči a samozřejmě i citovým zázemím, v němž vyrůstá.

„Sexuální výchova pojatá jako výchova k manželství, rodičovství a zdravému způsobu života by ve výukových programech měla být zařazena od vstupu dítěte do školy a provázet jej po celou dobu povinné školní docházky.“ Ovšem musí být realizována v takovém rozsahu a takými prostředky, které odpovídají nejen věku žáků, ale i jejich potřebám (Vránová, 2010, s. 33).

Podle Machové, Marádové a Klementy (1998) je třeba vytvářet návyky zdraví podporujícího chování od nejtútlejšího věku. Nejsnáze se formují spontánně, a to přímou zkušeností dětí. Příklady zdravého chování by měla vedle rodiny, která určuje životní styl dítěte, poskytovat samozřejmě i škola.

O sexu by se podle Prouzové mělo začít mluvit již v mateřské škole. Důležité je pravdivě dětem odpovídat na dotazy (netvrdit jim, že je přinesl čáp), protože pokud děti od kamarádů zjistí, že jim dospělý lhal, ztratí v něj důvěru. Důležité je to především dnes, kdy se na děti valí spousta nesmyslných a nepravdivých informací o sexu nejen z časopisů, ale i z internetových stránek, protože školáci jim věří a žijí v přesvědčení, že o sexu vše vědí (www.idnes.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

Zastánci moderní sexuální pedagogiky se přimlouvají, aby již děti v první třídě ZŠ byly poučeny nejen o fyziologických rozdílech mezi mužem a ženou, ale i o početí, těhotenství, porodu a posléze i o antikoncepci. Námitky odpůrců, že snad taková výchova může u žáků vzbudit nezdravý předčasný zájem o sexualitu, neobstály. Naopak bylo prokázáno, že poučené děti a posléze dospívající zahajují sexuální život později, vykazují méně nežádoucích otěhotnění, předčasných sňatků a lépe se orientují v úskalích sexuálních kontaktů. Najdou se ovšem rodiče i vychovatelé, kteří si často podvědomě přejí, aby jejich děti zůstaly co nejdéle dětmi, a proto jsou názoru, že sexuální informace děti zbavují nevinnosti a ženou je do náruče všech neřestí. Tato představa je ovšem velmi vzdálena pravdě, protože poučení většinou přichází zpravidla pozdě! *„O intimních problémech*

máme se školními dětmi hovořit aktivně, nečekat až se sami zeptají. Mohlo by se totiž stát, že se nezeptají vůbec. Lepší je informace podat o několik let dříve než o pět minut později.“ (Vránová, 2010, s. 28)

Sexuální výchova je součástí celého procesu výuky, a to znamená, že ji provádějí všichni učitelé i vychovatelé (Zvěřina, 2012).

Každý člověk v současné době potřebuje být pro život vybaven určitými informacemi, ale také potřebuje získat potřebné dovednosti, a to zejména v oblasti rozhodování, aby byl schopen chovat se v sexuální oblasti zodpovědně, a to díky volbě vhodného životního stylu. Sexuální výchova zároveň vede jedince k chápání sexu jako daru, který umožňuje předávání života a zahrnuje i emotivní působení.

Samozřejmě nejvhodnější prostředí pro sexuální výchovu je dobře fungující rodina. V rodinném zázemí mohou rodiče poskytovat svým dětem teoretické informace v propojení s praxí láskyplného soužití manželů. Víme však, že ne všichni rodiče jsou pro sexuální výchovu svých dětí připraveni, nebo ji dokonce provádět z různých důvodů nechtějí, proto by jim měla pomáhat škola (Machová, Marádová, Klementa, 1998).

U dospělých je otázka sexuální výchovy věcí každého jedince a záležitostí jeho svobodné volby. Ovšem děti a mládež pochopitelně samy nemohou rozhodovat, kdy a jak mají být o sexuálním životě poučeny, proto by sexuální výchova měla být prováděna v rodině, ve škole, ale i mimo školu, a to odborníky v této oblasti. Úkolem rodiny i školy je dokázat spolupracovat a doplňovat se, protože jak již bylo řečeno, někteří rodiče nejsou intelektově ani osobnostně schopni své děti řádně poučit o sexu, ale ostatně i někteří učitelé mají zábrany mluvit o této problematice se svými žáky (Vránová, 2010).

Podle Raškové (2007) probíhá sexuální výchova dítěte ve třech rovinách:

- 1) v rovině poučení** – první rovinu představuje linie rozumová, kam můžeme zařadit nejzákladnější informace, vědomosti, dovednosti a návyky,
- 2) v rovině vzoru** – druhou rovinu představuje linie sociální, kam patří vztahy, vzory, zkušenosti a také sociální učení prostřednictvím napodobování,
- 3) v rovině vztahu** – třetí rovinu představuje linie citových vztahů, zde řadíme kvalitní citové zázemí a vztahy mezi lidmi.

Jednotlivé roviny se samozřejmě vzájemně propojují, protože nemohou existovat samostatně, izolovaně, ani nelze žádnou vynechat. Citové vztahy dítěte tvoří velmi důležitou základnu, na kterou navazují jeho vzory chování a posléze jsou tyto modely chování pilířem pro získání sexuálního poučení.

3.1.7. Deklarace sexuálních práv

Podle Mitlöhnera musí být otevřená sexuální výchova a osvěta dostupná všem, od školáků až po seniory. Každý člověk má právo na poučení o základních tématech jako jsou plánování rodiny, vhodné a dostupné antikoncepce, sexuální poruchy a problémy či sexuální deviace a delikvence (www.planovanirodiny.cz, [citováno 8. 3. 2013]).

Sexuální práva jsou základní a všeobecná lidská práva, která jsou založena na svobodě, důstojnosti a rovnosti všech lidí. Za účelem zabezpečení rozvoje zdravé sexuality jedince i celé společnosti je zapotřebí, aby všechny společenské struktury následující sexuální práva definovaly, podporovaly, respektovaly a hájily různými prostředky. Výsledkem společenského uznání, respektu a uplatňování těchto sexuálních práv je sexuální zdraví (www.medicina.cz, [citováno 8. 3. 2013]).

Deklarace sexuálních práv byla přijata roku 1997 ve Valencii na 13. světovém sexuologickém kongresu, a to jako výzva, aby každá společnost vytvářela takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva. Deklarace formulovala devět práv. Posléze byla upravena a doplněna roku 1999 v Hongkongu na 14. světovém sexuologickém kongrese. Nyní obsahuje tyto práva:

- 1. Právo na sexuální svobodu** – zabezpečuje lidem vyjádření jejich sexuálních možností a přitom trvale vylučuje všechny formy sexuálního nátlaku, vykořisťování a zneužívání.
- 2. Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost těla** – zahrnuje schopnost činit autonomní rozhodnutí týkající se vlastního sexuálního života v rámci vlastní osobní a sociální etiky. Garantuje radost z našeho těla a tělesnou celistvost, a to bez zásahu mučení, násilí jakéhokoliv druhu či mrzačení.
- 3. Právo na sexuální soukromí** – respektuje soukromí v sexuálním životě. Patří zde individuální rozhodnutí a chování v intimní oblasti, pokud neporušuje sexuální práva druhých osob.
- 4. Právo na sexuální rovnost** – týká se osvobození od všech forem diskriminace bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, rasu, věk, náboženství, sociální zařazení, fyzické či emocionální postižení.
- 5. Právo na sexuální zdravotní péči (sexuální zdraví)** – respektuje právo na bezpečný sex jako na ochranu před pohlavně přenosnými chorobami. Sexuální zdravotní péče je dostupná jak pro prevenci, tak pro léčbu všech sexuálních chorob, problémů a poruch.
- 6. Právo na informace o lidské sexualitě** – založené na vědeckých a etických poznatcích. Šířené vhodným způsobem pro příslušníky všech sociálních skupin.

- 7. Právo na komplexní (dostačující, úplnou) sexuální výchovu od narození a během životního cyklu** – vytváří předpoklad pro naplnění kvality života. Sexuální výchovy by se měly zúčastnit všechny společenské organizace.
- 8. Právo na sexuální potěšení** – zahrnuje sexuální rozkoš včetně autoerotiky. Je zdrojem fyzické, psychické a duchovní pohody.
- 9. Právo na emotivní sexuální vyjádření** – obsahuje vyjádření své sexuality prostřednictvím komunikace, dotyků, citů a lásky.
- 10. Právo na svobodné sexuální sdružování** – znamená možnost dobrovolně vstoupit do manželství, rozvést se či vytvořit jiný typ zodpovědného sexuálního soužití.
- 11. Právo učinit svobodnou a odpovědnou volbu** – zahrnuje oblast reprodukce a znamená, že nikdo nesmí být nucen k žádnému rozhodnutí – týkající se zrození dětí či prostředků regulujících plodnost (Vaníčková, Provazník, Hajd-Mousová, 1999; www.medicina.cz, [citováno 8. 3. 2013]).

Práva rodičů, práva dětí

Podle Mitlöhnerna veškeré akce proti sexuální výchově ve školách, které v poslední době byly uskutečněny, vycházely z pozic práv rodičů. Zapomnělo se přitom na fakt, že právo rodičů své děti vychovávat, a tudíž řídit život dětí je dáno rodičům ku prospěchu svých dětí a jen z těchto pozic je možné toto právo uplatňovat a realizovat. „*Práva rodičů jsou odvozena od jejich péče o děti a jsou omezena nadřazeností zájmů dítěte.*“ V této souvislosti vzniká otázka, do jaké míry je postup rodičů, odpůrců sexuální výchovy, správný, důvodný či zda je vůbec v souladu s právem (www.planovanirodiny.cz, [citováno 8. 3. 2013]).

Podle článku 33 (odstavce 1) Listiny základních práv a svobod má každý právo na vzdělání. Podle článku 32 (odstavce 4) téže listiny je péče o děti a jejich výchova právem rodičů. Ovšem z toho článku neplyne, že by bylo přípustné v rámci realizace práva výchovy bránit dítěti v realizaci jeho práva na vzdělání nebo ho v tomto právu omezovat (www.psp.cz, [citováno 8. 3. 2013]).

Podobně i Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF, která byla schválena v roce 1995, vymezuje právo na informace a vzdělání. Mezinárodní federace plánovaného rodičovství je zavázána zajišťovat právo všech lidí na nejvyšší možnou úroveň sexuálního a reprodukčního zdraví a životní pohody (www.planovanirodiny.cz, [citováno 8. 3. 2013]).

3.1.8 Proč (ne)učit sexuální výchovu

Zastánci sexuální výchovy

Četné výzkumy v oblasti sexuální výchovy (např. projekt SAFE II) potvrdily, že sexuální výchova nejen jako vyučovací předmět na základních školách má smysl. Bylo prokázáno, že poučená mládež začíná s pohlavními styky později než mládež nepoučená. Dále má také zřetelný vliv na snížení výskytu sexuálně přenosných nemocí a nechtěných těhotenství. Ovšem nejde jen o sdělení informací prostřednictvím výchovy, ale především o budování cílevědomých postojů a účinných dovedností u mládeže (Uzel, 2006).

Obavy či strach, že bychom dětem mohli říci příliš mnoho informací příliš brzy, je zbytečný, protože děti přijímají pouze informace, které jsou jejich věku a duševnímu vývoji přístupné a srozumitelné (Uzel, 2006). „*Nebezpečí nespočívá v tom, řekneme-li příliš mnoho příliš brzy, ale spíše příliš málo příliš pozdě*“ (Trojan, 2009, s. 10).

Ke kvalitní sexuální výchově žáků je zapotřebí nejen odborný pedagogický pracovník, ale i spolupracující rodiče, aby školní sexuální výchova postupovala s rodinnou výchovou tzv. ruku v ruce, aby se obě tyto důležité složky výchovy vzájemně doplňovaly i obohacovaly (Uzel, 2006).

Radim Uzel tvrdí, že „*petice proti sexuální výchově je absurdní*“. Tuto petici podporovala malá iniciativní skupina rodičů, převážně věřících, která zastávala názor, že sexuální výchova je totéž co výuka souložení (www.novinky.cz, [citováno 23. 2. 2013]).

„*Sexuální výchova ve škole není rozhodně o tom někoho, kdo má určité morální stanovisko, přesvědčit, aby ho změnil*“ (www.rozhlas.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

Psycholožka Masáková zastává názor: „*Každý člověk je sexuální bytost, a proto sexuální výchova do škol patří, protože patří k rozvoji osobnosti. A i to je starost školy.*“ Podle ní ne každá rodina zvládá sexuální výchovu, a dokonce mnohdy témata týkající se sexu zůstávají zcela tabu (www.idnes.cz, [citováno 23. 2. 2013]).

Podle odborníků by školy respektive učitelé měli s dětmi mluvit o sexu dříve než v osmé třídě, protože „*děti vědí hodně, ale nevědí některé základní věci třeba i o svém vlastním těle*“, což potvrzují i vyučující RV (www.idnes.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

„*Jsem pro sexuální výchovu na školách*“, tvrdí jeden z žáků ZŠ Jesenice u Prahy. „*Většina mých spolužáků se totiž nemá možnost o sexu doma s rodiči bavit, protože s nimi nemluví nebo je jim to trapné. Je však důležité najít na výuku ve škole vhodného kandidáta*“ (www.idnes.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

Podle řady sexuologů je sexuální výchova na školách nezbytná. Jak ukazuje výzkum od roku 1993, situace s informovaností o sexu se nelepší. Převládajícím zdrojem informací o sexualitě jsou vrstevníci a kamarádi, uvedl Weiss. „*Sexuální chování není racionální řízení člověka, je to iracionální chování ovládané pudy. Sexuální výchova založená na faktech má smysl a nesmí se vzdávat*“, říká Zvěřina. Podle Kubrichtové navíc „*sexuální výchova na školách obsahuje i sociální a citovou oblast*“. Chládek zastává názor: „*Neztotožňuji se s tím, že by to mělo zůstat jen na rodičích, není řešeno například zneužívání dětí v rodinách, riziko sexuálních chorob a nežádoucí otěhotnění – toto jsou tři zásadní momenty, které by měla řešit sexuální výchova na školách. Počet HIV pozitivních se zvyšuje, není možné to podněcovat. Navíc se ukazuje, že vstup informovaných lidí do sexuálního života je pozdější*“ (www.idnes.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

„*Děti o sexuální výchovu stojí*“, říká Kubrichtová. Někdy mají žáci pocit, že vědí všechno a dobře. Jak sami přiznali, často získávají informace od svých kamarádů či z internetových stránek, které jsou nepřesné a někdy dokonce lživé. Škola má proto nezastupitelnou funkci, jelikož často ani v rodině se o sexualitě otevřeně nemluví. V dnešní době se problematika sexuální výchovy vyučuje na prvním stupni ZŠ v rámci vzdělávací oblasti Člověk a jeho zdraví a na druhém stupni ZŠ v rámci vzdělávací oblasti Výchova ke zdraví (www.idnes.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

Odpůrci sexuální výchovy

Anchell (1993) a rodiče ze sdružení VORP (Výbor na obranu rodičovských práv) tvrdí, že sexuální výchova naprosto ignoruje psychodynamiku lidského vývoje v oblasti sexuality a je ve skutečnosti jen „sexuální instruktáží“, která nemá s výchovou nic společného a pohlíží na člověka jen jako na sociálně rozvinuté zvíře. Dále taktéž není v souladu s přirozeným procesem pohlavního vývoje, čímž školní mládeži, která jí prošla, prakticky znemožňuje dorůst v pohlavně zralé dospělé lidi. Z toho vyplývá, že na žádném stupni školní výuky neexistuje program sexuální výchovy, který by nenarušil procesy pohlavního růstu. Cílem sexuální výchovy je předat žákům návod, jak žít neplodný promiskuitní život bez zdravotních následků. Sexuální výchova nabádá žáky k rekreačnímu sexu, neodmítá dokonce ani skupinový sex či anální praktiky homosexuálů. Popírá základní charakter lidské sexuality (její personální rozměr) a její přirozenou intimitu (přirozený stud je vadou). Největším problémem je zbavení přirozené sexuality rozměru plodnosti (vnucování antikoncepce). Početí dítěte prezentují učitelé žákům jako selhání. Dítě se stává nepřítelem, před kterým je nutno se chránit, a to i jeho zabitím

(umělý potrat). Dnešní děti vědí mnoho informací o antikoncepci, homosexualitě a pohlavních nemocech. Často jsou vystrašené a stresované ze samých negativ spojených s intimním životem. Ovšem vůbec nevědí co je to láska, přátelství, manželský slib, věrnost, oběť atd. Pokud nebudou učitelé děti povzbuzovat v promiskuitě, nebude zapotřebí řešit AIDS, rakovinu děložního čípku, dopady z užívání hormonální antikoncepce, nechtěná těhotenství ani postabortivní syndrom. Je velkým omylem myslet si, že poklesy spočívají především v nevědomosti. Jde především o slabost vůle mládeže, která je zvláště oslabena při falešném pocitu bezpečí (kondom). Rodiče mají výsadní právo i povinnost o intimních otázkách děti informovat a je samozřejmě dobře, když škola s rodiči nalezne společnou řeč o tom, jak bránit promiskuitě a komerčním snahám udělat z dětí zotročené konzumenty produktů erotického průmyslu (www.vorp.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

Kritici sexuální výchovy zastávají názor, že *„probírání intimních otázek společně se spolužáky a ve třídě s učitelem může být pro žáky a studenty stresující, vést k rozpakům nebo i traumatům. Zdůrazňují, že zejména stydlivé děti může výuka založená na otevřené diskusi ztrapňovat v kolektivu“*. Dále dokonce tvrdí, že *„následkem sexuální výchovy prý může být i nymfomanie“* (www.novyprostor.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

Podle Peroutky je pojem sexuální výchova *„moderní výmysl marxistických inženýrů lidských duší, významově ovšem jde o naprostý nesmysl“*. Sexualita patří mezi přirozené fyziologické funkce stejně jako např. dýchání, a tak jako nejsou žádné návody k dýchání, tak je zcela nesmyslné a zbytečné vytvářet návody, jak užívat sexualitu. *„Liberální (a dokonce) školní sexuální výchova v pedofilním slohu vede ke zhrubnutí a zesurování citového a duševního vztahu mezi chlapcem a dívkou.“* Nabádá žáky k naprostému uvolnění pudové stránky sexuality (tzv. rozkoš bez rizika) a k používání všemožných bezpečnostních technických prostředků, sloužících k zamezení vzniku nového lidského života. Sexuální výchovou na školách nemusíme zbavovat děti přirozených zábran a zdravého ostychu, zraňovat jejich duši vulgárními sexuálními představami a cpát jim do rukou modely pohlaví a antikoncepční pomůcky. Za kampaní školní sexuální výchovy stojí IPPF (International Planned Parenthood Federation) a SPRSV (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu), což jsou v podstatě propotratové a antikoncepční průmysly, jejichž skutečnými prioritami jsou: *„rozbít tradiční rodinu, udělat z dětí sexuální konzumenty a zákazníky pornografického průmyslu...“* (www.ceskatelevize.cz, [citováno 24. 2. 2013]).

3.2 Metody výuky

Pojem metoda pochází ze slova řeckého původu – „Methodos“ a v překladu znamená postup či cestu. Můžeme tedy říci, že metoda jako cesta je rozhodujícím prostředkem k dosažení cílů v každé uvědomělé činnosti. *„V didaktice pod pojmem vyučovací metoda chápeme způsoby záměrného uspořádání činností učitele i žáků, které směřují ke stanoveným cílům“* (Skalková, 2007, s. 181).

Podle Obsta (2006, s. 72) je metoda výuky *„učitelem projektovaný model jeho činnosti, který se realizuje vzájemnou interakcí učitel-žák, při níž dochází k optimálnímu osvojení soustavy učiva žákem a k dosažení výukových cílů. Metoda výuky je tedy model činnosti učitele a žáků, směřující k dosažení cílů“*.

Maňák a Švec (2003, s. 23) chápou výukovou metodu jako *„uspořádaný systém vyučovací činnosti učitele a učebních aktivit žáků, směřujících k dosažení daných výchovně-vzdělávacích cílů“*.

Šimoník (2005, s. 78) pod pojmem vyučovací metoda rozumí zpravidla *„způsob, jakým učitel organizuje proces osvojování nových vědomostí a dovedností žáků“*.

Nelešovská a Spáčilová (2005, s. 150) hovoří o vyučovací metodě, jako o *„způsobu společné činnosti učitele a žáků vedoucí k dosažení plánovaných výukových cílů“*.

Klasifikace vyučovacích metod

V didaktice se setkáme s celou řadou pokusů o klasifikaci vyučovacích metod, a to podle různých kritérií (Skalková, 2007).

Maňák (2003) klasifikuje základní metody vyučování následovně:

I. Metody z hlediska pramene poznání a typu poznatků – aspekt didaktický

1. Metody slovní:

- a) Monologické metody (vysvětlování, výklad, přednáška),
- b) Dialogické metody (rozhovor, dialog, diskuse),
- c) Metody písemných prací (písemná cvičení, kompozice),
- d) Metody práce s učebnicí, knihou, textovým materiálem.

2. Metody názorně demonstrační:

- a) Pozorování předmětů a jevů,
- b) Předvádění (předmětů, činností, pokusů, modelů),
- c) Demonstrace statických obrazů,
- d) Projekce statická a dynamická.

3. Metody praktické:
 - a) Návuk pohybových a pracovních dovedností,
 - b) Laboratorní činnosti žáků,
 - c) Pracovní činnosti (v dílnách, na pozemku),
 - d) Grafické a výtvarné činnosti.

II. Metody z hlediska aktivity a samostatnosti žáků – aspekt psychologický

1. Metody sdělovací,
2. Metody samostatné práce žáků,
3. Metody badatelské, výzkumné, problémové.

III. Charakteristika metod z hlediska myšlenkových operací – aspekt logický

1. Postup srovnávací,
2. Postup induktivní,
3. Postup deduktivní,
4. Postup analyticko-syntetický.

IV. Varianty metod z hlediska fází výchovně vzdělávacího procesu – aspekt procesuální

1. Metody motivační,
2. Metody expoziční,
3. Metody fixační,
4. Metody diagnostické,
5. Metody aplikační.

V. Varianty metod z hlediska výukových forem a prostředků – aspekt organizační

1. Kombinace metod s vyučovacími formami,
2. Kombinace metod s vyučovacími pomůckami.

VI. Aktivizující metody – aspekt interaktivní

1. Diskusní metody,
2. Situační metody,
3. Inscenační metody,
4. Didaktické hry,
5. Specifické metody.

Obst (2006, s. 72-73) popisuje a třídí výukové metody do následujících tří úrovní, které podle psychologů odpovídají způsobu činnosti při osvojování učiva:

- 1) *Metody informačně receptivní (reproduktivní)* – činnost učitele spočívá v prezentaci hotových (úplných, nesporných) poznatků a v konstrukci úloh vedoucích k vnímání a reprodukci. Při metodě reproduktivní učitel nemusí být nutně zprostředkujícím činitelem. Učivo může být předáno např. prostřednictvím knihy, filmu, televize, videozáznamu. Žák je schopen pozorně poslouchat, pozorovat, pochopit a zapamatovat si předávané informace. Aktivní je převážně učitel, sám vyvozuje závěry. Žák si pouze osvojuje zadaný postup učení, pasivně sleduje činnost učitele. Patří zde: výklad, přednáška, instruktáž, rozhovor, demonstrační výklad a řešení neproblémových úloh.
- 2) *Metody problémové (produktivní)* – vedou žáky k produktivní činnosti při osvojování učiva. Podstata této metody spočívá v tom, že učitel zvolí pro určitý výukový cíl problémovou úlohu, při které probíhá již zmíněné osvojování poznatků a zkušeností tvůrčí činností žáků. V metodách produktivních je jistá rovnováha mezi činností učitele a žáka. Můžeme zde zařadit: problémový výklad, demonstračně problémový výklad, řešení problémových úloh, heuristický, sokratovský rozhovor, řízenou diskusi, didaktické hry a metody participativní.
- 3) *Metody výzkumné (kreativní)* – vedou žáky ke kreativní činnosti při osvojování učiva. Podstata výzkumné metody spočívá v tom, že učitel konstruuje úlohy, které žáci řeší samostatně. Pedagog připraví úlohy a žáci díky pozorování, experimentu, práci s literaturou shromažďují potřebná fakta. Dále hledají a formulují problém, nacházejí způsoby řešení problému, realizují je, také ověřují správnost řešení a zařazují novou vědomost do systému předcházejících vědomostí, případně je aplikují na řešení praktických úloh. Patří sem: řešení badatelských úloh, samostatná experimentální a teoretická činnost.

Volba vhodné výukové metody

„V konkrétním vyučovacím procesu se uplatňují různé vyučovací metody souběžně a ve vzájemném propojení.“ Různé metody se mohou v průběhu vyučovací hodiny měnit či několikrát vystřídat. Jednostranné používání metod obvykle nevede k úspěšnému výsledku. O nejvhodnějších metodách výuky přemýšlí učitel již při přípravě a plánování vyučovací jednotky. Výchozím bodem je cíl hodiny, charakter obsahu učiva a jeho analýza, znalosti žáků a konkrétní situace i jeho osobní zkušenosti a předpokládaný charakter procesu učení žáků (Skalková, 2007, s. 185).

Mezi faktory, které ovlivňují výběr metody, patří (Obst, 2006, s. 73):

- *cíle a úkoly výuky,*
- *obsah a metody vědy a předmětu,*
- *učební možnosti žáků,*
- *zvláštnosti vnějších podmínek – prostředí třídy, školy,*
- *možnost učitele – jeho zkušenosti, teoretická příprava.*

Ve výuce učitel nevyužívá pouze jedné metody, nýbrž jejich různé kombinace. Nerealizuje je tedy izolovaně, ale v souladu systému metod výuky a ostatních didaktických kategorií (cíle, obsah, organizační formy, vyučovací prostředky). „Žádná z metod výuky není zcela nevhodná, za určitých okolností může být každá velice účinná“. Volba konkrétní výukové metody závisí na učiteli. Měla by jednak optimálně odpovídat učivu, žákům i učiteli ovšem především by měla žáka aktivizovat, aby ho učení zajímalo a těšilo. Spokojený pak bude i pedagog a jeho práce mu bude přinášet radost a pocit úspěchu. V žádném případě by učitel neměl ustrnout na jednom rutinním stylu realizace metod výuky (Obst, 2006, s. 74).

Podle Grecmanové a Urbanovské (2007, s. 107) by měl učitel při výběru a realizaci výukových metod respektovat:

- *zákonitosti procesu učení,*
- *uplatnění výchovně vzdělávacích zásad.*

Dalšími kritérii optimálního výběru metod podle Grecmanové a Urbanovské (2007, s. 107), které by měl učitel zvážit, jsou:

- *naplnění výchovně vzdělávacího cíle a obsahu výuky,*
- *časová přiměřenost a forma,*
- *prostorové možnosti a materiální vybavení,*
- *vlastnosti a schopnosti žáků i učitele,*
- *kolektiv žáků ve třídě a klima školy.*

Grecmanová a Urbanovská (2007, s. 109) tvrdí, že neexistuje žádná „dobrá ani špatná metoda, ale záleží na tom, zda ji učitelé vhodně nebo nevhodně aplikují“. V dnešní době již není volba výukových metod pouze záležitostí učitelů. Na některých školách se sami žáci mohou podílet na výběru způsobů, postupů a cest, jak bude výuka probíhat a jakými metodami se bude pracovat. Zřejmě je to vhodné pro větší zainteresovanost žáků na organizaci výuky, pro prohloubení jejich zájmu o učení se a převzetí části zodpovědnosti za výsledky tohoto procesu.

Podle Čábalové (2011, s. 132) by učitel měl volit takové vyučovací metody, které jsou nejefektivnější z hlediska zapamatování učiva. Jak ukazuje tabulka 1, nejvíce si pamatují žáci to, co se sami pokouší naučit druhé. Staré čínské přísloví praví: „Řekni mi a já zapomenu, ukaž mi a já si zapamatuji, nech mne to dělat a já pochopím“ (www.kompetentniucitel.cz, [citováno 26. 2. 2013]).

Tabulka 1. Efektivita metod z hlediska zapamatování učiva

Pamatujeme si:	
10 %	z toho, co slyšíme
15 %	z toho, co vidíme
20 %	z toho, co současně vidíme i slyšíme
40 %	z toho, o čem diskutujeme
80 %	z toho, co přímo zažijeme nebo děláme
90 %	z toho, co se pokoušíme naučit druhé

3.2.1 Aktivizační metody

Aktivizační metody zlepšují proces výuky z hlediska metodického a činí vyučování pro žáky efektivnějším. Hlavním cílem je změnit statické monologické metody v dynamickou formu, která vtáhne žáky nenásilným způsobem do dané problematiky a zvýší se tak jejich zájem o probírané učivo. Přitom mají žáci prostor pro seberealizaci.

„Aktivizující metody jsou postupy, které vedou výuku tak, aby se výchovně vzdělávacích cílů dosahovalo hlavně na základě vlastní učební práce žáků, přičemž důraz se klade na myšlení a řešení problémů“ (Kotrba, Lacina, 2007, s. 39).

„Aktivitou ve výchovně-vzdělávacím procesu je tedy třeba rozumět zvýšenou, intenzivní činností žáka, a to jednak na základě vnitřních sklonů, spontánních zájmů, emocionálních pohnutek nebo životních potřeb, jednak na základě uvědomělého úsilí, jehož cílem je osvojit si příslušné vědomosti, dovednosti, návyky, postoje nebo způsoby chování“ (Maňák, 1998, s. 29).

„Závěry z výzkumů potvrzují, že žáci, kteří se aktivně zapojí do studia, dosahují lepších výsledků při standardizovaných testech, při testech čtenářských dovedností a z matematiky“ (Grecmanová, Urbanovská, 2007, s. 107).

Aktivita je východisko pro výkon, samostatné rozhodování a tvořivost jedince. Aktivizaci chápeme jako celkovou připravenost organismu k činnosti. Nejen problematikou učebních aktivit se zabýval jeden z nejdůležitějších pedagogů 17. století Jan Amos Komenský. Zastával názor, že škola má být místem dobrovolné, spontánní, aktivní, samostatné a svobodné práce žáků. Kladl důraz především na přirozenost a spontánnost. Hlásal, že žák nemá pouze trpě naslouchat výkladu učitele a pamatovat si jej. Žák si zapamatuje více, pokud při učení využije více smyslových orgánů nebo dokonce něco zažije a vyzkouší si to sám „na vlastní kůži“. Prožitek je pak mnohem silnější a zanechá hlubší paměťové stopy (Maňák, 1998).

Učitelé by měli pasivní posluchače přeměnit ve své partnery, kteří se budou aktivně podílet na průběhu výuky. Tyto metody vychází z teorií psychologie učení, že jedinec se naučí novým poznatkům a osvojí si nové vědomosti lépe a rychleji pokud si je sám zkusí.

Dílčí cíle aktivizačních metod: naučit žáky spolupracovat s ostatními. Rozvíjet komunikační a prezentační dovednosti, schopnost argumentace a obhájení si vlastního názoru, popřípadě přistoupení na názory kolegů nebo nalezení kompromisu. Rozvíjet sociální dovednosti, analytické a kritické myšlení, kreativitu, umění jednat a vcítit se do určitých rolí. Učit žáky samostatnosti a zodpovědnosti. Všechny tyto dílčí cíle jsou vedle vědomostí a znalostí neméně důležité jak v pracovním, tak v osobním životě.

„Učitel pomocí aktivizačních metod dokáže zprostředkovat pro studenty „nudné a nezáživné“ téma novým, zajímavým způsobem“ (Kotrba, Lacina, 2007, s. 42).

Cílem rozhodně není nahrazení klasického výkladu v podobě frontální výuky, ale spíše jeho doplnění. Aktivizující metody mají svá omezení, nelze je použít ve všech fázích vyučování. Omezení existuje především ve fázi shrnutí učiva, které by měl provést sám učitel klasickou monologickou metodou, aby učivo žákům ucelil a systematizoval. Zamezí tak nepřesnostem a nejasnostem.

Důležitým úkolem učitele je přizpůsobit aktivizační metody konkrétním podmínkám a především vzdělávacím a výchovným cílům samotné výuky. Posléze metody může využít i ve fázi diagnostiky vědomostí a znalostí žáků při opakování látky z předcházejících hodin použitím různých soutěží, křížovek, vědomostních kvízů, pexes apod. Žáky tak více motivuje a zároveň zkouší zábavnou formou.

Vedlejšími efekty aktivizačních metod může být nejen přátelštější atmosféra ve třídě, ale také hlubší poznání žáků učitelem (Kotrba, Lacina, 2011).

Aktivizační metody můžeme dělit a systematizovat na základě různých hledisek. Kotrba a Lacina (2007, s. 141-142) je rozdělují podle následujících faktorů:

- 1) *podle časové náročnosti přípravy lektora,*
- 2) *podle časové náročnosti aplikace metody ve výuce,*
- 3) *podle materiálové a obsahové náročnosti na přípravu,*
- 4) *podle materiálové náročnosti ve výuce (pomůcky nutné pro realizaci, vybavení třídy),*
- 5) *podle tematického zařazení do kategorií,*
- 6) *podle účelů a cílů použití ve výuce (vhodnost metod),*
- 7) *podle požadavků na samotné studenty.*

Kotrba a Lacina (2011) rozdělují aktivizační metody do jednotlivých kategorií:

- 1) **problémové vyučování,**
- 2) **hry,**
- 3) **diskusní metody,**
- 4) **situační metody,**
- 5) **inscenační metody,**
- 6) **speciální metody.**

3.2.1.1 Problémové vyučování

Podle Kotrby a Laciny (2011) patří problémové metody k základním aktivizačním metodám. Učí žáky, jak řešit určitý problém. Vyžadují od žáků aktivitu, samostatnost a produktivní myšlení. Dále také vytváří návyk k tvořivému osvojování vědomostí a vedou k tvořivé činnosti. Při problémové výuce se uplatňuje nejen smyslové vnímání, ale také teoretické i empirické poznávání. Při vyučování je nezbytná silná motivace účastníků, kteří musí chtít určitý problém řešit.

Podle Skalkové (2007) existuje celá řada problémových úloh, které se dají rozlišovat podle mnoha hledisek. Podle způsobu řešení lze všechny problémové úlohy rozdělit na skupinové a individuální. Při skupinovém řešení problému se žáci zabývají stejným problémem ve skupinkách. Zatímco při individuálním řešení problému žák pracuje samostatně. Problémový úkol může mít mnoho podob (od jednoduchých otázek, nad kterými se žáci zamýšlejí přímo v průběhu výuky, k poměrně složitým problémům, které vyžadují samostudium dané problematiky, domácí přípravu či vyhledání nezbytných podkladů k řešení problému).

Do problémového vyučování patří tyto metody (Kotrba, Lacina, 2011):

1. Analýza případové studie

Případová studie je didakticky upravený případ skutečné události, který má více než jedno řešení. Žáci mají za úkol navrhnout řešení reálné situace a obhájit si je. Tato metoda zvyšuje aktivitu žáků, rozvíjí jejich tvůrčí myšlení a dovednosti v aplikaci teoretických poznatků, učí je také diskutovat, argumentovat a obhájit si své názory vůči oponentům. Hlavním cílem této metody je naučit žáky samostatně a nezávisle myslet, rozhodovat se a jednat. Všechny případové studie by měly být zaměřeny určitým směrem, měly by mít konkrétní cíl, kterého má být jejím řešením dosaženo.

2. Metody heuristické

Jsou metody samostatného řešení problému. Tyto metody využívají dosavadních vědomostí a dovedností žáků, kteří v zadaném úkolu objevují relativně nové poznatky. Pomoc učitele při řešení problému je minimální. Žáci samostatně hledají nové poznatky, objevují nové souvislosti, a tím rozvíjí své myšlení, posilují poznávací procesy a také získávají intelektuální dovednosti. Heuristické metody jsou časově náročné a didakticky složitější. Jsou vhodné především pro zkušené pedagogy.

3. Metoda černé skříňky (Black box)

Je metoda, kdy v zadání problémové úlohy je záměrně vynechána její funkční část. Žák zná jen vstupy a výstupy. Dozví se fakta: jaké faktory působily na začátku a co zůstalo na konci po průchodu tzv. černou skříňkou. Úkolem je zjistit funkční část mechanismu, tedy vydedukovat, co způsobilo změny.

4. Metoda konfrontace

Je metoda, při níž učitel formuluje nejméně dvě věrohodné a správné teorie. Úkolem žáků je provést rozbor, samostatně třídít fakta a snažit se dokázat, že obě teorie jsou správné, avšak protichůdné. Řešitelé posléze domýšlejí a diskutují o specifických podmínkách, za kterých teorie platí.

5. Paradoxy

Metoda paradoxů je založena na rozporech mezi teoretickým tvrzením (např. zákonem, teorií, modelem) a běžným jevem v praxi. Nejde přímo o popírání prověřených

a podložených teoretických základů, ale o to, aby se žák zamyslel nad různými výjimkami, které v praxi odporují publikovaným odborným zákonitostem.

6. Úlohy samostatně sestavované

Při této metodě pedagog zadá podmínky problémové úlohy a úkolem žáka je samostatně formulovat problém nebo úlohu samostatně vyřešit. Přínosem je především nácvik samostatné práce žáků. Do úloh samostatně sestavovaných patří veškeré domácí úkoly, cvičení, vyhotovení protokolů, psaní seminárních a slohových prací a další samostatné práce žáků. Mezi nejčastější příklady práce s textem patří: řízené čtení, zaznamenávání hlavních myšlenek textu, rozsypaný text, nedokončené věty nebo tematicky zaměřený poslech. Dále sem lze zařadit také volné psaní a tvorbu myšlenkových map (Kotrba, Lacina 2011).

1) Práce s textem – Grecmanová a Urbanovská (2007) upozorňují na výzkumy čtenářské gramotnosti v ČR (výzkum PISA), podle kterých jsou žáci ZŠ mírně podprůměrní oproti jiným státům. Pod pojmem čtenářská gramotnost není považována pouze dovednost číst a psát, ale také porozumět psanému textu a dokázat text použít za cílem rozvoje vědomostí. Pro tuto skutečnost je nezbytné, aby učitelé tuto dovednost u svých žáků rozvíjeli. Podle Vališové a Kasíkové (2011) se práce s textem dělí do dvou skupin, a to do skupiny reproduktivní (žák se učí informacím, které jsou v textu obsaženy) a skupiny produktivní (text podněcuje tvořivou činnost žáka). Patří zde tyto metody:

- **Řízené čtení (čtení s předvídáním)** – při řízeném čtení učitel žákům sdělí název textu a žáci odhadují, čeho by se text mohl týkat. Následuje společné čtení textových pasáží. Učitel klade otázky a rekapituluje přečtený text. Do názorů žáků nezasahuje. Žáci dále odhadují a diskutují nad tím, co by podle nich v textu mohlo následovat. Dále se pokračuje ve čtení textu až do konce (Kotrba, Lacina, 2011).
- **Variety zaznamenávání hlavních myšlenek textu** – existují různé obměny práce s textem. Např. po přečtení určitého textu si každý žák vybere jednu myšlenku, která ho zaujala. K dané myšlence vypracuje krátký komentář, kde sdělí důvod, proč si ji vybral a jaké stanovisko k ní zaujímá. Následuje diskuse se všemi žáky.

Jinou variantou může být např. střídavé čtení. Při této metodě žáci pročítají text ve dvojici a vzájemně si kladou otázky, které zjišťují, jak informace chápou a jak přečtenému textu porozuměli. Obměnou může být rozdělení textu na dvě části, kdy oba dva žáci čtou první část textu a následně jeden žák druhému přečtené převypráví. V druhé části textu si žáci vymění své role (Kotrba, Lacina, 2007).

Další tentokrát propracovanější variantou je metoda I. N. S. E. R. T. neboli znaménkování textu, kterou se zabývaly Grecmanová a Urbanovská (2007). Úkolem žáků je označit si informace v odborném textu znaménky, které jsou uvedeny v tabulce 2. Po zaznamenání symbolů následuje diskuse o zaznačených informacích. Znamének může učitel zvolit i více než čtyři.

Tabulka 2. Symboly pro metodu I. N. S. E. R. T.

Symbol	Význam textu
✓	známé myšlenky
+	nové informace získané z textu
-	myšlenky, se kterými nesouhlasíte
?	údaje, kterým nerozumíte nebo o kterých se chcete dozvědět více

Zdroj: Grecmanová a Urbanovská (2007)

Další variantou je práce s textem, kdy si žáci před zahájením čtení textu vytvoří tři sloupce s nápisy „Dozvěděl jsem se“, „Sám vím“ a „Chci vědět“, kam si v průběhu čtení zaznamenávají své myšlenky pro následnou diskusi. Informace o daném tématu, které se dozvěděli v průběhu studování textu, si zapisují do prvního sloupce. Fakta, která znají, a která nejsou v textu, si zapisují do sloupce druhého (např. vlastní zkušenosti, asociace z předešlé hodiny či mimoškolního života apod.). Do třetího sloupce si zapisují, co je v souvislosti s textem napadne a co v textu nenajdou.

- **Rozsypaný text a nedokončené věty** – při této metodě učitel rozdává žákům obálky, ve kterých je rozstříhaný text (po větách, odstavcích či tematických celcích). Úkolem žáků je poskládat jednotlivé části tak, aby dávaly smysl. Grecmanová a Urbanovská (2007) uvádí, že touto aktivitou se rozvíjí schopnost systematického a logického uspořádání informací.

Obměnou jsou nedokončené věty, které žáci domýšlí. Doplněné věty žáci anonymně odevzdávají pedagogovi, který je čte, rozebírá je a reaguje na ně. Jinou lehčí variantou může být text, do kterého žáci mají správně umístit základní pojmy z výčtu pod textem.

- 2) **Volné psaní** – dle Grecmanové a Urbanovské (2007) mají žáci během časového limitu (např. 3-5 minut) napsat na dané téma v celých větách cokoli je napadne. Cílem je vytvořit co největší množství myšlenek souvisejících s námětem. Hodnotí se především

zajímavost a kreativita. Následuje prezentace tvořivého psaní, kdy se pedagog zaměřuje na hlavní myšlenky, na které naváže. Volné psaní lze využít jednak k opakování již probraného tématu, anebo i k úvodu do problematiky, kdy funguje jako motivace.

3) Myšlenkové mapy – jsou dle Grecmanové a Urbanovské (2007) obměnou volného psaní. Doprostřed papíru si žáci napíší (nebo doprostřed tabule napíše pedagog) pojem, otázku či konstatování. Kolem dokola píší vše, co je v souvislosti s daným slovem napadne např. asociace, vliv, otázky. Všechny nápady spojí čarou s hlavním pojmem. Dále mohou žáci propojit i vzájemně související myšlenky. Myšlenková mapa je také označována jako tzv. prostorový brainstorming, který vyhovuje především žákům s prostorovou orientací. I zde existují různé obměny, např.:

- pedagog nadiktuje pojmy, které žáci zpracují do myšlenkové mapy,
- žáci vytvoří myšlenkovou mapu na základě práce s textem,
- učitel předloží „slepu“ nebo částečně vyplněnou myšlenkovou mapu a úkolem žáků je doplnit údaje.

Podle Koláře a Šikulové (2007) myšlenkové mapy podněcují u žáků aktivní myšlení, rozvíjí schopnost analyzovat a třídit pojmy a nalézat mezi nimi vztahy a souvislosti. Pedagog je může využít ke zpracování nové učiva, při opakování reflexi i hodnocení. Sitná (2009) dodává, že myšlenkovou mapu lze vytvořit i ve skupině, kdy je důležitý nejen celkový výsledek, ale také proces její tvorby.

Podle Kotrby a Laciny (2011) dále patří do úloh samostatně sestavovaných veškeré výpočty, samostatné úkoly v chemických, fyzikálních a biologických praktikách, ale také jazyková a mluvnická cvičení ve výuce cizích jazyků. Podmínkou, která zajistí zdárný průběh této metody, je jednoznačné zadání úlohy pedagogem.

7. Úlohy na předvídání

Jsou metody, při nichž učitel ve výuce definuje určitý problém, popíše konkrétní situaci, případně probere celé učební téma. Pro oživení výuky učitel podněcuje žáky k zamyšlení nad danou problematikou pomocí tzv. „provokativní“ otázky, na niž nemusí existovat jednoznačná správná odpověď. Na základě známých faktů a daných podmínek žák předvídá, k čemu by mohlo dojít, jak by se daná situace mohla vyvinout (Ouroda 2009). Cílem metody je nahlédnutí žáka na určitou problematiku z více úhlů pohledu a domýšlení jiných podmínek (Kotrba, Lacina, 2011).

3.2.1.2 Hry

Hru můžeme obecně definovat jako soubor seberealizačních aktivit jedinců nebo skupin, které jsou vázány danými, předem domluvenými pravidly, a jejichž primárním cílem není materiální zájem ani užitek. Hra představuje jednu ze základních forem činnosti člověka, pro niž je charakteristické, že se jedná o svobodně zvolenou aktivitu, jež nesleduje žádný zvláštní účel, ale má cíl a hodnotu sama o sobě (Maňák, Švec, 2003).

Hry musí být ohraničeny herními pravidly. Mají pro děti velký význam a výhodou je, že je můžeme nabídnout dětem různého věku. Platí zde pořekadlo „Kdo si hraje, nezlobí“. Mohou mít mnoho účelů: od pouhého pobavení, rozptýlení a odreagování se až přes výchovu a výukové účely. Cílem hry je tedy především zahrát si, pobavit se, zúčastnit se a získat pozitivní zážitek. Tím se ve své podstatě hra liší od soutěže, kde je naopak cílem co nejlepší umístění každého hráče.

Průběh a výsledek hry ve škole je závislý především na zkušenostech učitele, který hru řídí a je v pozici nezávislého a nestranného rozhodčího. Dobrý pedagog by měl v přípravné části vyučovací hodiny posoudit především vhodnost hry pro konkrétní výchovný a vzdělávací cíl a také přihlídnout k věku a možnostem žáků.

Výběr samotné hry je plně v kompetenci učitele. Mladší žáci by měli hrát spíše jednodušší a méně náročné hry, zatímco ve vyšších ročnících je vhodné náročnost her úměrně zvyšovat. Pro úspěšnou realizaci jakékoliv hry jsou nedílnou součástí kladně motivovaní účastníci a také odpovídající herní prostředí (Kotrba, Lacina, 2011).

Velmi důležitá je zejména metodická příprava hry. Aby hra splnila svůj očekávaný účel, musí být především didakticky promyšlená. Pedagog si musí vytyčit cíle hry, dále diagnostikuje připravenost žáků, ujasní si pravidla hry, stanoví způsob hodnocení hry, zajistí vhodné místo ke hře, připraví pomůcky, rekvizity či materiál, určí časový limit hry a promýšlí případné varianty hry (Maňák, Švec, 2003).

Ve hře se nejčastěji hodnotí výkon hráčů např. v podobě rychlých reakcí, přesných odpovědí, hbitosti, kreativního a netradičního řešení problému nebo také času výkonu.

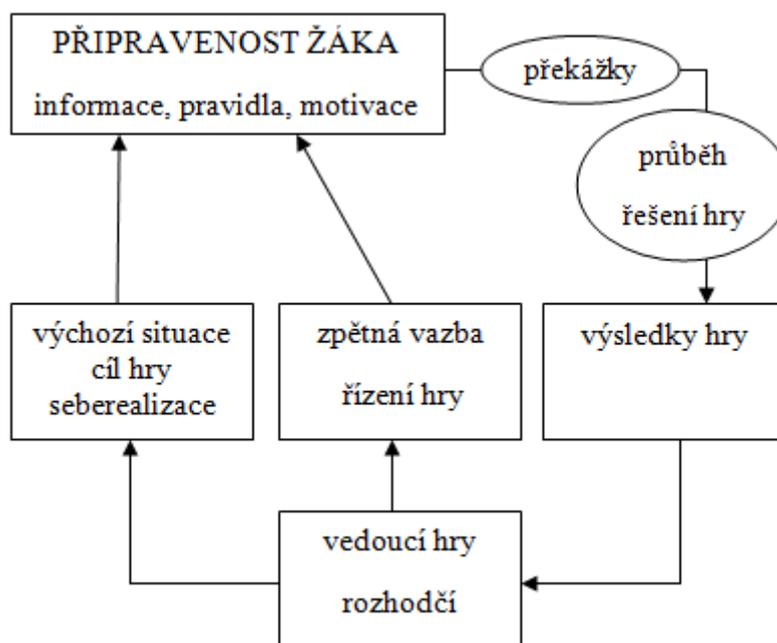
Základem úspěchu hry je kvalitní a precizní příprava pedagoga a později vedoucího a sudího herní aktivity. Učitel by rovněž měl být schopen odhadnout časové nároky na realizaci, typické herní situace i možné reakce studentů. Zdárný průběh hry zajistí zcela nezbytné přesné a detailní vysvětlení pravidel hry. Tímto zamezíme pozdějším neshodám a nesmyslným hádkám samotných hráčů, které by mohly žáky odradit od hraní jiných dalších her. „Zapálení“ hráči jsou totiž velmi „citliví“ na záležitosti týkající se pravidel

(např. změna pravidla v průběhu hry). Před samotným zahájením hry se pedagog musí ujistit, že veškerá pravidla hry jsou hráčům jasná (Kotrba, Lacina, 2011).

Hry můžeme obecně rozdělit do tří oblastí:

1. Didaktické hry

Didaktické hry a soutěže jsou ve vyučování využívány nejčastěji. Jsou založeny na řešení problémových úloh a situací. Vhodné jsou především pro účely motivace žáků, opakování nebo procvičení učiva. Avšak neměly by nahrazovat výklad učitele. Didaktická hra má svoji strukturu, kterou můžeme vidět na obr. 1. (Maňák, Švec, 2003).



Obr. 1. Didaktická struktura hry

Podle Maňáka a Švece (2003) by každá didaktická hra měla obsahovat:

- 1) didaktický cíl – předpokládaný efekt, čeho chceme dosáhnout,
- 2) pravidla – podmínky hry,
- 3) obsah – motivace, přitažlivost hry.

Didaktické hry můžeme rozdělit podle délky trvání:

- krátkodobé – trvající několik minut,
- dlouhodobé – mohou trvat i celý školní rok.

Všechny hry nelze realizovat v jakémkoli prostředí. Hry proto dále můžeme dělit podle místa, kde se budou odehrávat – ve třídě, ve školní jídelně, na hřišti, v tělocvičně či v lese nebo na louce při pobytu na škole v přírodě apod.

V neposlední řadě můžeme hry členit podle svého zaměření a účelu – hry, pomocí kterých zopakujeme vědomosti žáků, pohybově zaměřené hry, hry na rozvoj sociálních a jiných dovedností atd. (Maňák, Švec, 2003).

2. Neinterakční hry

Při neinterakční hře hraje každý hráč sám za sebe, tudíž výsledek hry není závislý na spolupráci a vzájemném ovlivňování jednotlivých hráčů. Jednotlivci či herní týmy řeší stejný problém za stejných podmínek. Patří zde např. křížovky, kvízy, pexesa, domina, přesmyčky, vědomostní a diagnostické testy, otázkové hry, doplňovačky, slepé mapy, deskové hry s úkoly, skrytá slova, šifrované texty atd. Úkolem pedagoga je pouze usměrňovat žáky, obcházet hráče nebo skupinky, sledovat, jak pracují, dohlížet na dodržování pravidel a posléze sdělit správné řešení (Maňák, Švec, 2003).

3. Interakční hry

Jsou hry, při kterých jsou účastníci ve vzájemné interakci jednak svým počínáním a také svým rozhodováním. Žáci při hře reagují na tahy svých soupeřů a přizpůsobují své chování dané herní situaci. U složitějších interakčních her, hraje velkou roli schopnost žáků rozdělit si práci a spolupracovat jako tým. Do této kategorie patří tzv. ekonomické hry, které jsou významné především pro dospělé (Kotrba, Lacina, 2011).

3.2.1.3 Diskusní metody

Každá skupina může dobře fungovat jen tehdy, pokud její členové spolu vzájemně komunikují, dokážou obhájit své názory a pochopit motivaci či myšlenky druhých lidí. K nábídku těchto dovedností může učitel využít diskusní metody, které patří mezi metody dialogické. Cílem této metody není pouze naučit žáky komunikovat mezi sebou, ale i vnímat ostatní a umět naslouchat. Tato metoda slouží také ke stmelení kolektivu. Při diskusi si účastníci vyměňují své názory a řeší existenci problému či rozporu. Podmínkou je především spontánnost a dobrovolnost diskutujících. Diskuse musí mít určité hranice, a proto učitel nesmí dopustit, aby byl v průběhu diskuse někdo zesměšněn (Kotrba, Lacina, 2007).

Diskusi lze využít při výkladu nového učiva, k procvičování, opakování a upevnování učiva. Před samotným výkladem učiva motivuje žáky, zatím co při výkladu zvyšuje jejich pozornost. Diskuse uskutečněná po výkladu učiva učiteli poskytuje velmi důležitou zpětnou vazbu, a on se tak dozvídá, jak žáci látku pochopili, jestli se v ní správně orientují, jestli ji pochopili a jaký mají názor na danou problematiku. Tato metoda se ovšem nejlépe osvědčila ve formě skupinové diskuse ve fázi procvičování již probraného učiva (Kotrba, Lacina, 2007).

Existuje celá řada diskusních metod. Mezi ně patří:

1. Bouře mozků (brainstorming)

Aktivizační metoda zvaná bouře mozků patří v praxi mezi nejznámější a nejvíce používané diskusní metody. Někdy ji můžeme nazývat také jako burza nápadů. Jde o metodu, která se zaměřuje spíše na kvantitu než kvalitu (Sitná, 2009). Cílem brainstormingu je produkce nových myšlenek a hypotéz, které vedou k řešení daného problému. Výzkumy ukazují, že při použití této metody mají žáci dvakrát tolik nápadů, než když pracují samostatně (Petty, 2008). Tato metoda vyžaduje, aby všichni účastníci ve stanoveném čase zformulovali co nejvíce spontánních nápadů k danému problému. Náměty se mohou zapisovat na tabuli, aby vyprovokovaly k dalším myšlenkám. Nápady účastníků se ve stanoveném čase nekritizují. Teprve po uplynutí stanovené doby se myšlenky analyzují a hledá se v nich racionální jádro (Skalková, 2007).

2. Brainwriting, metoda 635

Jde o písemnou podobu brainstormingu. Tato aktivizační metoda se hodí zejména pro odbourání psychických bariér z diskusních metod, které se mohou objevit u bouře mozků. Využití této metody je výhodné ve větších skupinách nebo v případě, že záměrem učitele je zklidnit žáky. Nejjednodušší základní formou brainwritingu je psaní nápadů na lístečky, které pak žáci připevňují na tabuli pro inspiraci ostatních (Kotrba, Lacina, 2007).

Metoda 635 je určitou alternativou brainwritingu. Učitel žáky rozdělí do skupin po šesti. Každý žák do předem připraveného formuláře napíše tři návrhy, jak by řešil určitý problém. Po té předá formulář spolužákovi ve skupině. Formuláře tedy rotují mezi jednotlivci skupiny, přičemž počet kol musí být pět, aby se formulář vrátil na začátek (Maňák, Švec, 2003).

3. Diskuse ve spojení s přednáškou

Tato metoda může mít několik forem a výuce ji vyučující používají velmi často. Diskuse může být zařazena před přednášku, jejím cílem je nejen vzbudit zájem žáků o probírané učivo, ale také ověřit nabyté vědomosti z předcházejících hodin a motivovat žáky. Tzv. momentu překvapení využívá diskuse zařazená v průběhu přednášky. Cílem je zvýšit pozornost žáků a ověřit si porozumění probírané látce. Posledním typem je zařazení diskuse po přednášce, která slouží ke shrnutí učiva, upevnění a procvičení. Pro učitele je okamžitou zpětnou vazbou, jestli jeho přednes byl efektivní.

Role učitele při diskusi je velmi důležitá, protože musí umět nejen diskusi vyvolat, ale také vést. Diskuse spojená s přednáškou má i svá omezení. Nelze ji aplikovat při více jak třiceti žácích, což vyplynulo ze zkušeností pedagogů (Kotrba, Lacina, 2007).

4. Řetězová diskuse

Tato metoda se využívá v případech, kdy žáci ještě nemají dostatečné zkušenosti s diskusí. Při řetězové diskusi jde především o nácvik naslouchání druhých, učení se správně formulovat pádne otázky a shrnout závěry (Kotrba, Lacina, 2007).

Učitel uvede téma diskuse. Na jeho slova navážou žáci. Každý z nich krátce shrne předchozí příspěvek spolužáka a také vysloví své stanovisko, a tím se téma diskuse dále rozvíjí. Tento typ diskuse ovšem vyžaduje velké soustředění účastníků. Opět je zde velmi důležitá role učitele, který usměrňuje čas a hlídá, aby se diskuse neodchýlila k jinému tématu nebo k nepodstatným detailům (Maňák, Švec, 2003).

5. Diskuse na základě tezí

Pro tuto diskusi je velmi důležitá fáze domácího samostudia hlavních myšlenek neboli tezí před vlastní diskusí. Cílem je, aby se žáci samostatně učili pracovat s textem a literaturou. Výběr a formulaci hlavních myšlenek provádí sám učitel. Tato metoda je vhodná pro větší kolektiv např. celou třídu a využívá se při aplikaci, procvičení a upevnění učiva (Kotrba, Lacina, 2007).

6. Panelová diskuse

Této metody se účastní žáci a pozvaní odborníci. Diskuse probíhá v neformální skupině, kdy počet účastníků nebývá omezen. Odborník může být buď jeden, anebo jich může být i více. Nezbytnou podmínkou je, aby odborníci přizpůsobili téma diskuse věku žáků. Na počátku panelové diskuse vyjádří odborníci krátkými výstupy či prezentací své

stanovisko k dané problematice. Následně mají žáci prostor pro diskusi, při níž pokládají pozvaným odborníkům své dotazy (Maňák, Švec, 2003).

7. Diskuse v malých skupinách

Výhodou této aktivizační metody je možnost, aby všichni účastníci vyjádřili svůj názor. Úkolem učitele, je rozdělit žáky tak, aby malé skupinky byly pokud možno co nejroznorodější, ovšem ne konfliktní. Optimální jsou skupinky po sedmi žácích.

Žáci pomocí diskuse řeší zadaný problém. Učitel do práce žáků nezasahuje. Posléze probíhá diskuse v plénu, kdy představitelé jednotlivých malých skupin představují a obhajují své závěry před ostatními. Diskusi na závěr uzavírá učitel (Kotrba, Lacina, 2007).

8. Gordonova metoda

Cílem této aktivizační metody je vytvořit jedno úplně nové originální řešení daného problému. Diskuse začíná obecným problémem, který učitel postupně zužuje, a tím se snaží žáky nasměrovat ke konkrétnímu tématu, kterého chce dosáhnout. Žáci do poslední chvíle nevědí, jaký problém se vlastně řeší a co je cílem kladených otázek. To je podstatou této originální aktivizující metody (Ouroda, 2009).

9. Philips 66

Při této skupinové diskusní metodě jsou žáci rozděleni do skupinek po šesti členech, ve kterých diskutují vždy šest minut. Žáci si písemně zaznamenávají řešení problému, aby je později při prezentaci nemohly měnit. Po každém diskusním kole se mluvčí všech skupin sejdou u jednoho stolu, kde představí svoje řešení problému a diskutují s ostatními vedoucími skupin. Následovat mohou další diskusní kola ovšem závěrečné řešení a zhodnocení by měl provést opět v plénu diskutujících učitel. Výhodou metody je krátký časový limit na diskusi, který však neumožňuje řešení složitějších problémů (Ouroda, 2009).

10. Metoda cílených otázek

Je velice známá aktivizující diskusní metoda, kterou využívá každý učitel především v diagnostické fázi vyučování, tedy při zkoušení. Cílem ústně prověřovaného žáka je formulace jasných a přesných odpovědí na otázky kladené učitelem. Tato diskusní metoda může mít několik forem:

Při první variantě učitel klade uzavřené otázky a žáci odpovídají pouze kladně (ano) či záporně (ne). Vyučující určí pořadí žáků, aby se pro střídali všichni. Každou správnou odpověď si zaznamenává např. do předem připraveného archu se jmény žáků. Na závěr hodiny zhodnotí, pochválí a případně odmění nejaktivnější žáky.

Druhá varianta je založena na otázkách otevřených. Úkolem žáků je odpovídat, jasně, stručně, výstižně a srozumitelně. Platí především pro ústní zkoušení. Ovšem pokud tuto variantu použije učitel pro účely motivace žáků, musí mít perfektně připraveny otázky tak, aby na sebe logicky navazovaly, protože záměrem je dovést se k určitému tématu, k probírané látce. Tato varianta je velmi náročná na ucelené znalosti, přehled a analytické myšlení žáků.

Velmi důležitá je rovněž technika pokládání otázek. Po položené otázce by měl učitel vždy nechat žákům určitý čas na promyšlení odpovědi. Doporučuje se, aby učitel zadal otázku pro celou třídu a posléze vybral žáka, který na ni odpoví. Při opačném sledu ostatní nevyvolaní žáci nemusejí dávat pozor, protože vědí, že nebudou odpovídat.

V případě, kdy žák odpoví na kladenou otázku chybně, by se mu učitel ani ostatní spolužáci neměli vysmívat. Důležité je dát žákům správnou odpověď a případně upřesnit drobné nesrovnalosti. Střídáním různých druhů otázek učitel nejen žáky aktivizuje, ale především motivuje (Ouroda, 2009).

3.2.1.4 Situační metody

Podle Kotrby a Laciny (2007) jsou situační metody založeny na přehledné, přiměřené, řešitelné a vhodné problémové situaci. Jde o modelové situace, které vycházejí z reálných událostí, a které je třeba řešit. Problémové úlohy mají zpravidla více řešení a často vyžadují komplexní přístup, tedy vědomosti z různých předmětů s důrazem na mezipředmětové vztahy. Cílem situačních metod je analýza dané situace. Žákům může učitel danou situaci zprostředkovat několika způsoby:

- 1) textová podoba** – příběh, odborný článek, popis konkrétní situace, úryvek z knihy;
- 2) audio ukázka** – např. nahrávka rozhovoru, popis konkrétní situace, analýza hudební skladby, namluvený příběh, ukázka poezie;
- 3) video ukázka** – profesionální odborně zaměřené filmy, reklamy, firemní prezentace, divadelní ukázky, zahrané scénky s firemního prostředí;
- 4) počítačová podpora** – situaci jde vyhledat na webových stránkách – může to být krátké video, zvukové ukázky, text, fotografie, prezentace, výukové programy atd.

Učitelé žákům zprostředkovávají situační metody nejčastěji v textové podobě. Je to nejen nejjednodušší, ale také nejlevnější způsob. Při realizaci aktivizačních situačních metod je důležité uvědomit si, že mají statický charakter, to znamená, že zachycují problém v daném okamžiku a žák nemá možnost sledovat, jak by se daný problém vyvíjel dále po jeho vyřešení. Tento problém ovšem může vyřešit sám učitel, a to tak, že po aplikaci situační metody může na závěr ukázat řešení problémové metody v praxi, a to všemi výše uvedenými popsánymi způsoby.

Při řešení situačních metod by žáci měli shromáždit co nejvíce dostupných informací, poznatků a podkladů. Na jejich základě mohou stanovit příčiny vzniku daného problému a posléze navrhnout opatření, která by vyřešila současný stav. Cílem je tedy vypracování alternativních řešení a především stanovení preventivních opatření, aby k situaci v budoucnu opakovaně nedocházelo. Na závěr by se žáci měli shodnout na optimální variantě řešení daného problému (Obst, 2006).

Situační metody můžeme rozdělit do několika skupin:

1. Rozborové metody

Jsou někdy nazývány také jako metody harvardské, a to podle místa svého vzniku. Této rozborové metodě předchází individuální samostudium zadaného problému. Pro žáky je tato metoda náročnější, protože se musí na vyučování připravit. Jednak vypracovat rozbor situace, ale také nachystat si podklady pro diskusi, která bude probíhat ve vyučování. Ve výuce se daná situace analyzuje, probírají se příčiny či podmínky vzniku, důsledky a možná řešení. Cílem je logické uvažování, samostatné myšlení a samozřejmě výběr optimálních variant řešení (Maňák, Švec, 2003).

2. Metody konfliktních situací

Úvodem učitel popíše žákům konflikt, kdy jim přiblíží neshody mezi účastníky konfliktu či různou situaci z oblasti mezilidských vztahů. Přednostně se řeší dějově jednodušší spor. Situace by měla být reálná a také popsána přehledně. Vyučující může často vyjít z reálných konfliktů, které se již v běžné praxi a životě staly např. střety názorů, postojů, zájmů jednotlivých účastníků nebo interpersonální konflikty apod. Metody konfliktních situací jsou především zaměřeny na výchovně-vzdělávací oblast.

Cílem těchto metod je především analýza jednání jednotlivých účastníků. Jednoduše řečeno, žáci se mají na představeném příkladě učit správně reagovat a rozhodovat se v konfliktních situacích. Žáci musí vycházet pouze ze známých faktů,

neměli by domýšlet další podmínky, které nebyly zadány. Sama diskuse nemusí mít jednoznačný závěr, protože v případě mezilidských konfliktů většinou ani neexistuje pouze jeden závěr. Úkolem učitele je vybrat takový konflikt, který vede k více variantám řešení. Na závěr hledá nejvhodnější řešení situace, ke kterému se přiklání i většina diskutujících. Určitě by však neměl hodnotit správnost řešení a dělat jednoznačné závěry. Jde hlavně o to, aby se žáci zamysleli nad klady a zápory vybraných nejlepších variant a jejich následků (Maňák, Švec, 2003).

3. Metody incidentu

Incidenční metoda je velmi podobná metodě konfliktních situací. Cílem je naučit žáky pokládat správné otázky, které povedou k řešení dané situace. Tato metoda začíná krátkou a stručnou ústní zprávou učitele, který posléze žáky vyzve, aby pomocí dotazů získali potřebná fakta pro hlubší analýzu, stanovili příčinu problému a vyvodili potřebná opatření. Časový limit na dotazy žáků je přibližně 15 minut. Učitel nesmí vyslovit žádná nová fakta navíc, pouze odpovídat na kladené dotazy. Žáci se učí třídít informace, snaží se orientovat ve složitější a ne příliš jasné situaci a logicky myslet. Vliv na řešení situace mají i předchozí zkušenosti žáků a znalosti psychiky člověka.

Při této metodě hraje velmi důležitou roli učitel tedy zprostředkovatel příběhu, který musí znát vyprávěný příběh do všech detailů, jež mohou hrát při řešení významnou roli. Po části analytické následuje vlastní řešení případu formou diskuse v plénu, která má časový limit přibližně 20 minut, do níž učitel již nezasahuje. Závěrem hodnotíme tato kritéria:

- **aktivita jednotlivých žáků:** kdo měl nejvíce dotazů, byly dotazy žáků podstatné či nepodstatné, jaké druhy otázek byly kladeny atd.,
- **zhodnocení řešení případu a příčin:** učitel objektivně hodnotí, zda žáci nedomýšleli a nedoplňovali či neupravovali danou skutečnost,
- **celkové zhodnocení přínosu řešeného případu:** na závěr vyučující vyzdvihne všechny klady a zápory, dále pak uvede, zda by bylo možné řešenému incidentu zabránit, případně jak by byl reálně řešen (Maňák, Švec, 2003).

4. Bibliografické metody

Tyto aktivizační metody představují zvláštní případ situačních metod. Žáci, se prostřednictvím filmu, textu v odborné literatuře či dalších didaktických pomůcek seznamují s životem významné osobnosti (vědce, lékaře, ekonoma, spisovatele, výtvarníka) týkající se daného předmětu. Po analýze životopisu se snaží vyvodit odpovědi na otázky, jak by se dotyčná osobnost zachovala v různých životních situacích (Kotrba, Lacina, 2007).

3.2.1.5 Inscenační metody

Jsou aktivizační metody, které nazýváme též metodami hraní sociálních rolí. Každý člověk během svého života plní různé sociální role (dané, vývojově vznikající či dočasné). V rámci svých sociálních rolí od nás společnost očekává určité chování (Obst, 2006).

Podstata inscenačních metod spočívá v hraní a případně ve ztotožnění se s přidělenou rolí. Důraz je kladen na přímou zkušenost. Pro žáka je daleko větším přínosem, když si danou roli může zahrát, když se snaží vžít se do role a zaujmout správné postoje, než když pasivně naslouchá učiteli, jak by se měla daná role projevat. Každý účastník inscenace samozřejmě promítá do hrané role svoje pojetí a ztvárnění, které je ovlivněno předchozími zkušenostmi, schopnostmi a postoji. Žáci získávají díky inscenaci emotivní zážitek a zkušenost. Podstatou je osvojit si sociální učení v modelových situacích. Inscenace je vhodné zařadit v případě probrání určité tematické oblasti výuky. Učitel tak může prostřednictvím praktické činnosti procvičit získané vědomosti (Maňák, Švec, 2003).

Inscenační metody můžeme rozdělit podle náročnosti, zkušeností žáků s inscenacemi a počtu zapojených účastníků do tří skupin:

1. Strukturální inscenace

Při této aktivizační metodě dostanou všichni účastníci inscenace jednak popis výchozí situace a zároveň popis své role. Situace je tedy pro žáky přehledná a jasná. Režisérem je učitel, který má na starosti přípravu i průběh celé inscenace. Při tvorbě scénáře vychází z výchovně pedagogických cílů.

Vyučující vybere žáky, kteří dostanou čas na seznámení se scénářem a současně se svojí rolí. Poté učitel působí jako poradce, kdy vysvětluje jednotlivcům, jak by se měli chovat, jak by měli hrát, jaké by měli mít postoje a cíle, jaké by měli používat argumenty atd. Popis výchozí situace dostane také obecnost (Kotrba, Lacina, 2011).

Cílem jednotlivých rolí je obsahové, verbální a afektivní ztvárnění. Nezbytné je vytvořit správnou atmosféru, tedy vytvořit u žáků kladný postoj k hraní inscenace. V průběhu inscenace učitel do děje nezasahuje.

Po výstupu je důležité, aby vyučující rozebral a zhodnotil práci žáků. Nejdříve by se však měli zhodnotit sami účastníci a také dát prostor k hodnocení obecně. Jednotlivé názory a připomínky by měl učitel zapisovat na tabuli, protože je posléze může využít jako podklad pro diskusi (Kotrba, Lacina, 2007).

2. Nestrukturní inscenace

V případě nestrukturní inscenace mají všichni žáci k dispozici pouze popis výchozí situace, nikoli však popis jednotlivých rolí. Je vhodné, aby se metoda nestrukturní inscenace zařazovala do výuky až tehdy, když žáci získají zkušenost se strukturními inscenacemi, protože tato metoda patří mezi náročnější. Má pouze improvizovaný charakter. Neexistuje dopředu sepsaný scénář, tudíž záleží na každém žákovi, jak ztvární danou situaci. Do děje situace opět učitel nezasahuje.

Doporučený počet herců se pohybuje okolo dvou až tří osob. Délka trvání nestrukturní inscenace záleží především na tvůrčích a improvizčních schopnostech vybraných žáků, většinou trvá okolo 5 až 10 minut, výjimečně déle (Kotrba, Lacina, 2007).

Role pozorovatelů

Strukturní i nestrukturní inscenace lze obohatit o roli pozorovatelů. Pozorovateli jsou žáci, na které nevyšly zadané role. Vyučující jim připraví otázky a úkoly, na které budou odpovídat v průběhu inscenace. Žáci v roli pozorovatelů se vyjadřují:

- **k výkonům samotných aktérů** – vnímají a kritizují jejich pojetí a ztvárnění role, hereckou přirozenost, slovní vyjadřování a také gesta a mimiku,
- **k průběhu inscenace** – sledují hlavní dějovou linii, přehlednost situace,
- **k závěru inscenace** – hodnotí, zda byl naplněn její cíl, jak aktéři řešili danou situaci, případně, jak by ji řešili sami pozorovatelé, zda odpovídala realitě (Kotrba, Lacina, 2007).

3. Mnohostranné hraní rolí

Metoda zvaná mnohostranné hraní rolí, spadá do inscenačních metod a pro žáky je náročnější. Tato aktivizující metoda má několik variant.

První možností je zapojení všech žáků do inscenace, kdy každý žák hraje svoji roli. Počet rolí závisí na počtu účastníků. Velice důležitým úkolem učitele je dobrý výběr inscenace. Vhodné jsou rozsáhlé simulační hry, kdy každý účastník má svoji úlohu, kterou zastává určitou rolí (Kotrba, Lacina, 2011).

Druhou možností je rozdělení žáků do skupin. Účastníci hrají inscenaci souběžně, ale pracují v oddělených místnostech. Jsou rozděleni do skupin obvykle po 5 až 6 lidech a pokud někdo přebývá, může se stát pozorovatelem určité skupinky. V každé skupině stanovíme roli vedoucího, což může být např. nadaný žák, který od učitele obdrží velmi detailní popis své role a vede celou inscenaci. Dále má za úkol vypracovat závěr zahrané inscenace, který může být ve formě shrnutí či zápisu do sešitu.

Nevýhodou této metody je menší přehled učitele o průběhu inscenací než u předchozích dvou typů. Vyučující totiž současně nemůže sledovat všechny skupinky žáků. Navíc přístupy žáků k dané problematice mohou být odlišné, tudíž mohou inscenaci sabotovat, nechtějí hrát danou sociální roli nebo pouze čtou věty ze scénáře či opravdově ztvární zadanou sociální roli (Kotrba, Lacina, 2007).

3.2.1.6 Speciální metody

Do speciálních metod řadíme všechny aktivizující metody, které nelze zařadit do předchozích uvedených kategorií. Patří zde např. kombinace předešlých metod a specifické případové metody. Speciální metody se využívají především pro vzdělávání a rozvoj dospělých, ale i přesto se některé po didaktické úpravě učitelem dají využít i pro žáky ŽS (Skalková, 2007).

Do speciálních metod, které můžeme použít v praxi na ZŠ, patří:

1. Balík došlé pošty

Učitel žákovi sdělí jeho funkci, do které se pokusí vžít (např. role sekretářky ředitele) a dále mu řekne co je jeho cílem a úkolem. V krátkém čase žák třídí podle svého uvážení tzv. balík došlé pošty. Na stole má položeny papíry obsahující např. různé zprávy, povinnosti, úkoly, schémata, organizační řády, příkazy ředitele, normy, soukromé, rodinné a pracovní vzkazy, také naléhavé zprávy, telefonáty, dopisy, připomínky, požadavky atd. Úkolem žáka je uspořádat jednotlivé zprávy podle důležitosti a priorit. Od činností, které

by sekretářka vyřídila ihned, až po ty méně důležité. Pro zpestření hry může učitel postupně přidávat i rušivé elementy jako je např. zvonění telefonu nebo předání naléhavých zpráv dalším žákem. Po zdárném průběhu hry by měli účastníci vyplnit dotazník, týkající se jejich pocitů a dojmů ze hry, zhodnotit jestli byli ve stresu, a který úkol byl pro ně nejtěžší. Závěrem učitel vyhodnotí jednotlivé hráče a sdělí jim správné řešení, jak měli balík pošty roztrždit. Obdobou této metody je hra nazvaná přežití jedinců v extrémních podmínkách mimo civilizaci (např. na poušti, na pustém ostrově, vysoko v horách). Úkolem žáků je seřadit různé předměty na seznamu podle důležitosti, a to z hlediska přežití jedince (Kotrba, Lacina, 2007).

2. Projektová výuka

„Projekt můžeme vymezit jako komplexní praktickou úlohu (problém, téma) spojenou se životní realitou, kterou je nutno řešit teoretickou i praktickou činností, která vede k vytvoření adekvátního produktu“ (Maňák, Švec, 2003, s. 168).

Projektová výuka může mít mnoho podob od výstavy výrobků, modelů, kreseb, fotografií, literárních prací, návrh časopisu až po velké projekty. Na projektech se mohou podílet učitelé z několika vyučujících předmětů a také žáci z různých tříd.

Průběh projektu je podle Maňáka a Švece (2003) je následující:

- stanovení cíle projektu – motivační charakter pro žáky,
- vytvoření plánu řešení – finanční a materiální náklady, způsob prezentace výsledků,
- realizace plánu – aktivity, pomocí kterých dosáhneme výsledků,
- vyhodnocení projektu – sebekritika, objektivní posouzení, výsledky a výstupy projektu.

3. Icebreakers

Tyto aktivizační metody slouží k tzv. „prolomení ledů“ mezi účastníky. Cílem je tedy prolomit psychické bariéry (mezi učitelem a žáky), uvolnit napětí a vytvořit přátelskou atmosféru mezi hráči. Nejsou náročné na přemýšlení, nevyžadují znalosti a vědomosti. Cílem je „rozehřát“ hráče a také kladně motivovat. Často se používají na začátku ranní vyučovací hodiny, kdy jsou žáci ještě rozespali a učitel je chce zaktivizovat. Nesmí trvat příliš dlouho, optimální délka je 5 minut (maximálně 10 minut). Učitel může využít krátké nenáročné hry. Icebreakers jsou také doporučovány ke vzájemnému seznámení žáků na začátku školního roku. Výborně se uplatňují také v průběhu výuky, kdy u žáků klesá křivka pozornosti a je tedy žáky nutno aktivizovat (Kotrba, Lacina, 2007).

3.2.1.7 Návrh aktivizačních metod

Název metody: SEMAFOR

Téma: Cesty přenosu viru HIV

Třída: 8. – 9.

Pomůcky: 20 obrázků, magnety, kolečka z papíru v barvách semaforu

Výukové cíle:

- Žák dokáže přiřadit k jednotlivým situacím barevné kolečko podle výše rizika přenosu viru HIV. Žák je schopen vyjmenovat nejrizikovější a nejméně rizikové situace.
- Žák je nakloněn myšlence, že chránit se před pohlavně přenosnými chorobami je důležité z hlediska celistvého zdraví.

Časová náročnost: 20 – 30 minut

Postup: Na tabuli učitel připevní pomocí magnetů 20 obrázků. Úvodem žáci vysvětlí, jaké situace jsou na jednotlivých obrázcích znázorněny. Učitel opravuje případné chyby. Dále učitel vysvětlí, co znamenají jednotlivé barvy semaforu (*červená = vysoké riziko, žlutá = existuje určité riziko, zelená = bez rizika*). Žáci chodí po jednom k tabuli. Vyberou si obrázek, přiřadí barvu a následně zdůvodní své rozhodnutí. Po té proběhne ve třídě krátká diskuse o tom, zda je přiřazená barva správně. Učitel opraví případné chyby a vysvětlí správné řešení.

Poznámka: Tuto metodu jsme vytvořili na základě inspirace z programu Hrou proti AIDS.

Popis jednotlivých obrázků:

Obr. č. 1. Nechráněný vaginální styk – červená = vysoké riziko. Žena je více ohrožena než muž, protože doba expozice viru HIV je u ženy podstatně delší než u muže. Množství viru HIV ve spermatu je rovněž podstatně vyšší než ve vaginálním sekretu. Žena je také vystavena většímu poškození sliznice.

Obr. č. 2. Nechráněný anální styk – červená = vysoké riziko. Výrazným rizikovým faktorem je poškození sliznice konečníku, často doprovázené krvácením. Při styku do konečníku je více ohrožen příjemce semene.

Obr. č. 3. Nechráněný orální styk – červená = vysoké riziko. Existuje určité riziko přenosu viru HIV, zejména při poranění rtů a dutiny ústní. Více je ohrožen příjemce než dárce.

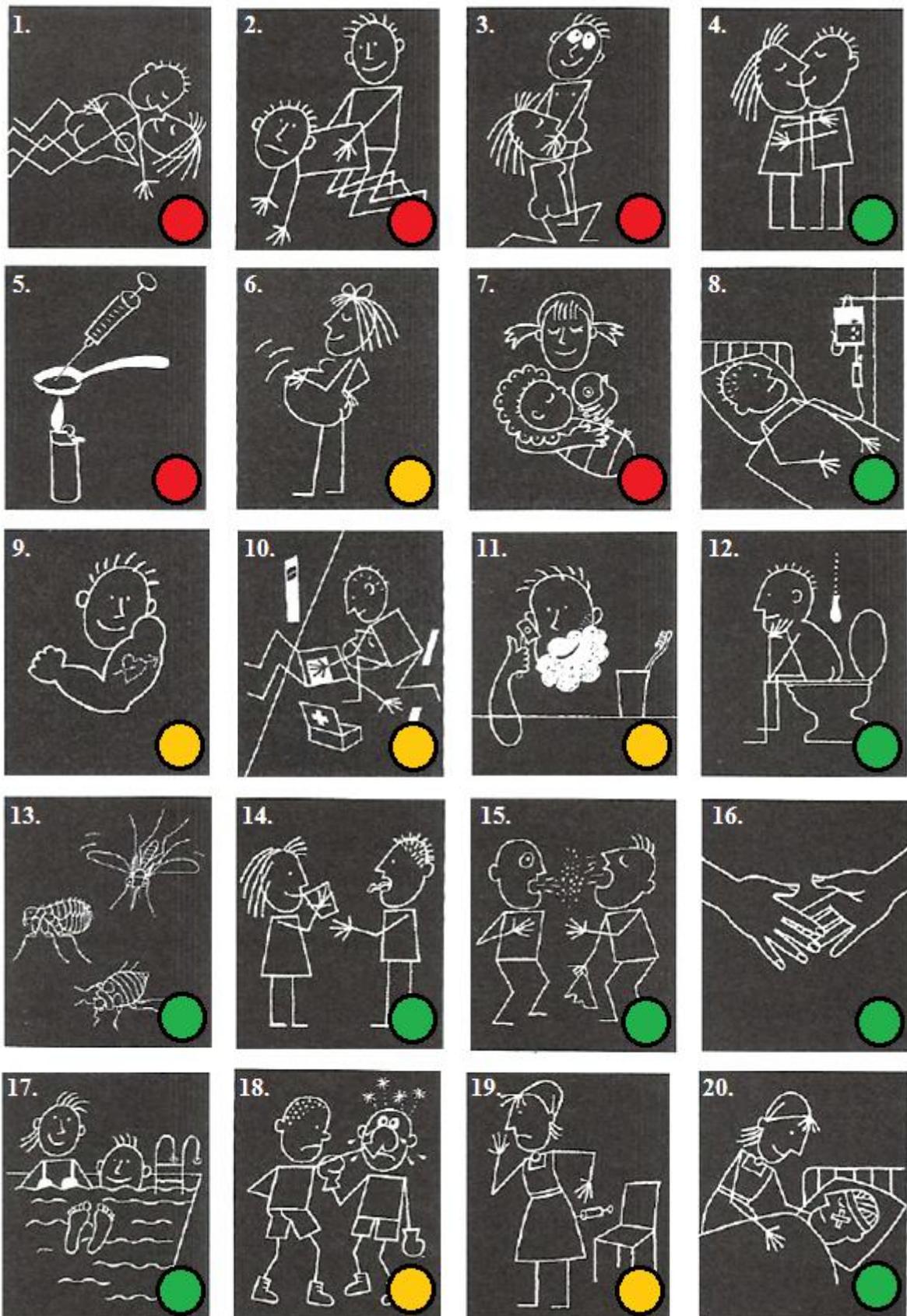
Obr. č. 4. Líbání – zelená = bez rizika. Při hlubokém tzv. francouzském líbání – určité riziko existuje při poranění sliznic a krvácení dásní.

Obr. č. 5. Injekční užívání drog – červená = vysoké riziko. Přenos viru HIV i virů hepatitid B a C se uskutečňuje díky sdílení injekčních jehel, stříkaček, roztoku drogy a dalších pomůcek k užívání drogy.

- Obr. č. 6. Přenos z infikované matky na dítě – žlutá = existuje určité riziko.* Zejména pokud žena v těhotenství nechodí na pravidelné prohlídky. Její dítě se může nakazit přes placentu. Také záleží na typu porodu (císařský řez nebo porod přirozenou cestou).
- Obr. č. 7. Kojení – červená = vysoké riziko.* HIV+ matky nemohou své dítě kojit, protože virus HIV se vyskytuje i v mateřském mléce.
- Obr. č. 8. Transfúze – zelená = bez rizika.* V České republice se od roku 1987 kontrolují všichni dárci krve, krevních derivátů i dárci orgánů, proto by v českých nemocnicích k infekci virem HIV nemělo dojít.
- Obr. č. 9. Tetování a piercing – žlutá = existuje určité riziko.* Při používání nesterilních nástrojů a roztoku mimo tetovací salóny.
- Obr. č. 10. První pomoc – žlutá = existuje určité riziko.* Při krvácejících poraněních, lze riziko omezit používáním gumových rukavic, roušek, eventuálně improvizovaných pomůcek např. kapesník, mikrotenový sáček.
- Obr. č. 11. Pomůcky na holení, kartáček na zuby – žlutá = existuje určité riziko.* Při sdílení těchto pomůcek.
- Obr. č. 12. Použití WC – zelená = bez rizika.*
- Obr. č. 13. Komáři, klíšťata a další krev sající hmyz – zelená = bez rizika.* Důvodem je mále množství nasáté krve, nemožnost pomnožení viru v trávicím ústrojí hmyzu a chemické látky v jeho zažívacím traktu, které ničí virus HIV.
- Obr. č. 14. Společné používání sklenic, nádobí, příborů apod. – zelená = bez rizika.*
- Obr. č. 15. Kašlání a kýčání – zelená = bez rizika.* AIDS nepatří mezi choroby, které se přenáší vzdušnou cestou.
- Obr. č. 16. Podání ruky a běžný společenský styk – zelená = bez rizika.*
- Obr. č. 17. Plavání v bazénu – zelená = bez rizika.* Virus HIV je citlivý k zevním vlivům. Ničí ho běžné fyzikální a chemické prostředky, např. teplota nad 60 °C, běžné dezinfekční prostředky, např. chlorové preparáty.
- Obr. č. 18. Box a podobné „krvavé“ sporty – žlutá = existuje určité riziko.* Při krvácejícím zranění obou zápasníků.
- Obr. č. 19. Poranění zdravotnického pracovníka o jehlu – žlutá = existuje určité riziko.* Záleží na typu jehly a úrazu. Po zaschnutí virus HIV záhy hyne.
- Obr. č. 20. Ošetřování pacienta u lůžka – zelená = bez rizika.* Při dodržování hygienických opatření.

Závěr: Žáci zrekapitulují nejrizikovější situace a situace bez rizika.

Správné řešení:



(Zdroj obrázků: Hrou proti AIDS – manuál)

Název metody: PŘÍBĚH**Téma:** Rizikové chování v sexuální oblasti**Třída:** 8. – 9.**Pomůcky:** kartičky s otázkami k příběhu, papíry a propisky**Výukové cíle:**

- Žák je schopen doplnit odpovědi na dané otázky.
- Žák je ochoten spolupracovat ve skupině, prezentovat práci skupiny a diskutovat se svými spolužáky.

Časová náročnost: 25 – 30 minut

Postup: Žáky rozdělíme do skupin po čtyřech až pěti lidech. Každá skupinka si zvolí svého mluvčího, který bude prezentovat jejich práci. Posléze skupinky obdrží kartičku s otázkami k příběhu, čistý papír a propisku. Úkolem žáků bude zodpovědět na následujících patnáct otázek, čímž vznikne jejich příběh. Žáky učitel upozorní, že se v příběhu nesmí vyskytovat žádné vulgarismy a pokud možno, měl by to být příběh reálný.

Poznámka: Tuto metodu jsme vytvořili na základě inspirace z programu Hrou proti AIDS.

Otázky k příběhu:

- 1) Je hrdina vašeho příběhu muž/žena?
- 2) Jak se jmenuje?
- 3) Kolik má let?
- 4) Odkud pochází?
- 5) Co dělá? Studuje? Pracuje?
- 6) Jak vypadá?
- 7) Jaké má záliby?
- 8) Je chytrý/chytrá?
- 9) Má sourozence?
- 10) S kým bydlí?
- 11) Kolik měl/a sexuálních partnerů?
- 12) Jak se nakazil/a virem HIV?
- 13) Jak zjistil/a, že je nakažený/á, co ho/ji vedlo k tomu jít na test?
- 14) Kde si nechal/a udělat test?
- 15) Co bylo dál?

Závěr: Jednotlivé skupiny žáků prezentují svůj příběh před tabulí. Posléze učitel hodnotí práci žáků a vybere nejlepší příběh, který získá odměnu.

Název metody: SEXESO

Téma: Opakování problematiky HIV/AIDS

Třída: 8. – 9.

Pomůcky: 5x rozstříhané sexeso

Výukové cíle:

- Žák dokáže nalézt dvě stejné kartičky, vlastními slovy vysvětlit obrázky na kartičkách a je schopen kontrolovat správnost odpovědí svých spolužáků při hře.
- Žák je ochoten soutěžit se svými spolužáky.

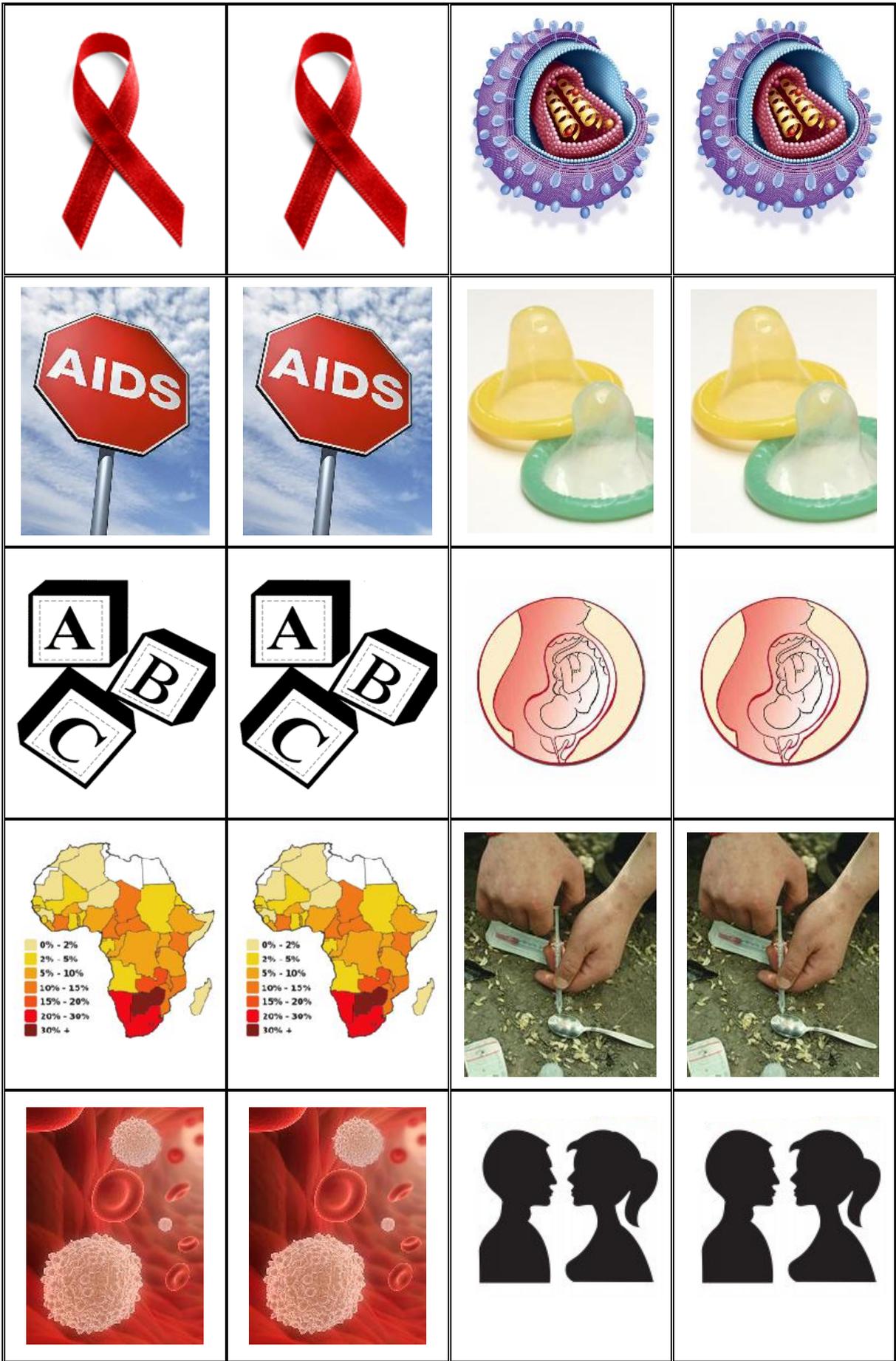
Časová náročnost: 15 – 20 minut

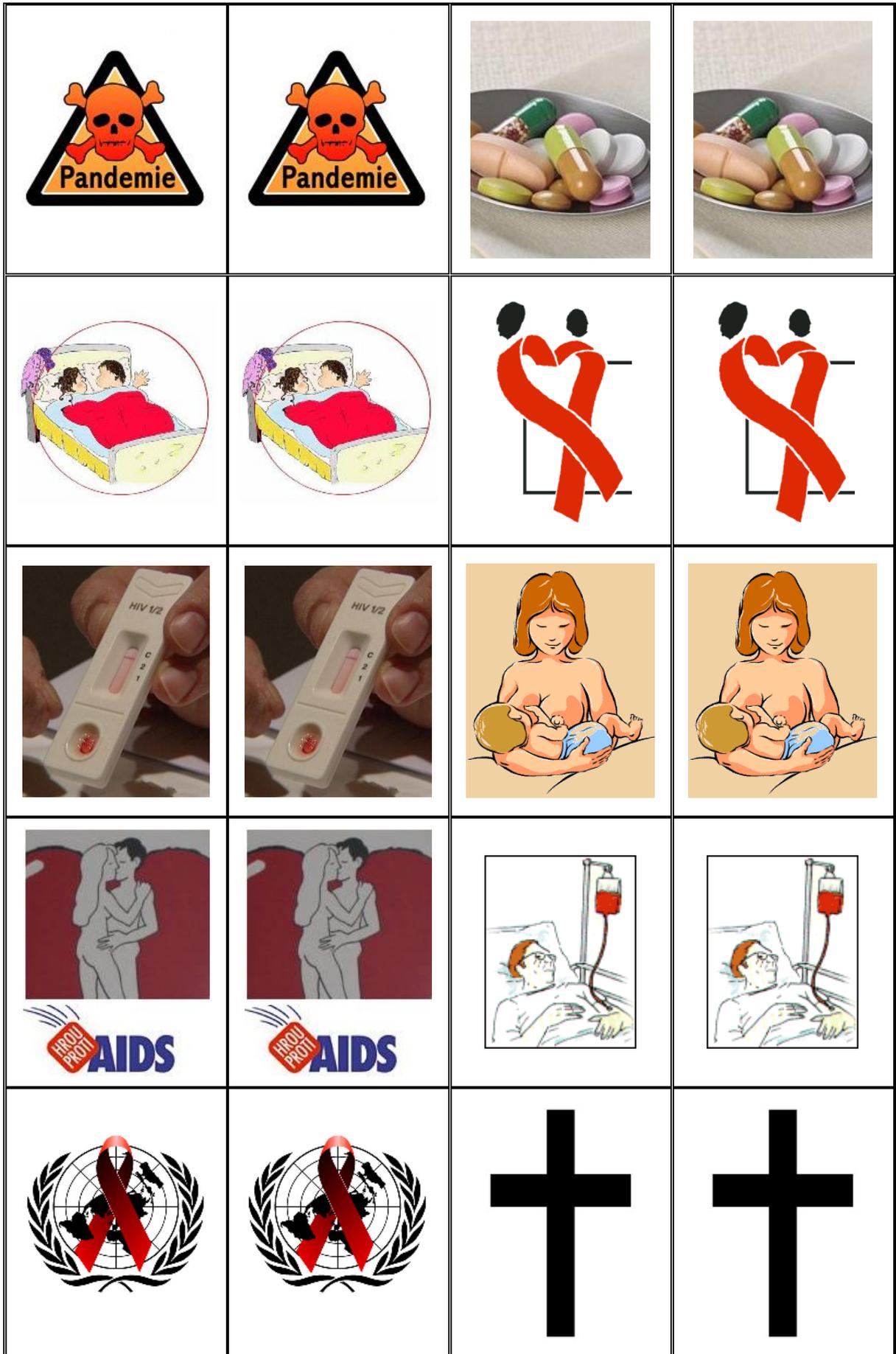
Postup:

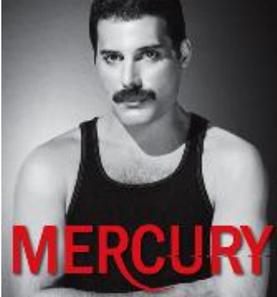
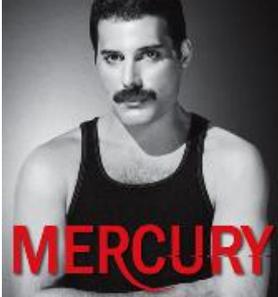
- Žáky rozdělíme do skupinek po pěti až šesti lidech.
- Jednotlivé skupiny si srazí dvě lavice k sobě a posedají si okolo.
- Každá skupina žáků obdrží jedno promíchané sexeso.
- Kartičky se rozloží na stůl do obdélníku 6x5 rubovou stranou nahoru.
- Hráč, který hru začne, otočí libovolné dvě kartičky lícem navrch.
- Když jsou karty rozdílné, otočí je rubem navrch a ve hře pokračuje další hráč.
- Pokud jsou karty shodné, žák vysvětlí, co dané obrázky znamenají (např. kondom – je to druh antikoncepce, která snižuje riziko nákazy pohlavně přenosných chorob a nechtěného těhotenství). Ostatní žáci kontrolují, zda odpověděl správně. Po té získává bod, kartičky si ponechá a může pokračovat ve hře otočením další dvojice karet.
- Hraje se tak dlouho, dokud nejsou všechny dvojice odhalené.

Poznámka: Tuto metodu jsme převzali a upravili tak, aby byla použitelná pro zopakování problematiky HIV/AIDS a aby splnila daný výukový cíl. Inspirovali jsme se primárně preventivním programem Hrou proti AIDS.

Závěr: Žáci si sečtou body. První tři žáci, kteří budou mít nejvíce bodů, získají odměnu.





		 800 144 444	 800 144 444
DŮM SVĚTLA 	DŮM SVĚTLA 	1. prosinec	1. prosinec
		 MERCURY	 MERCURY
			
		SEDM AIDS CENTER V ČR	SEDM AIDS CENTER V ČR

Zdroje obrázků k aktivizační metodě SEXESO [online] citováno 3. 3. 2013, dostupné z:

1. **Červená stužka:** <<http://chroustovice.cz/?p=2050>>,
2. **Vir HIV:** <<http://tema.novinky.cz/aids>>,
3. **AIDS:** <http://www.denik.cz/z_domova/hiv20080718.html>,
4. **Kondom:** <<http://www.vitalia.cz/specially/antikoncepce/kondom/>>,
5. **Strategie ABC:**
<<http://www.wgsi.utoronto.ca/GAAP/publications/gendereq/index.html>>,
6. **Těhotná žena:** <<http://health.uml.edu/thc/HealthIssues/HIV%20NP/default.html>>,
7. **Afrika:** <<http://cs.wikipedia.org/wiki/AIDS>>,
8. **Injekční uživatelé drog:** <http://www.lidovky.cz/denne-sebereme-15-strikacek-dcm-zpravy-domov.aspx?c=A080910_091106_ln_praha_hel>,
9. **T-lymfocyty:** <<http://cs.medixa.org/lecba/lymfocyty>>,
10. **Symbol muže a ženy:**
<http://cz.123rf.com/photo_15569287_silueta-mua-e-a-a-eny-vztah-symbol.html>,
11. **Pandemie:** <<http://www.business-wissen.de/personalmanagement/pandemie-wie-unternehmen-fuer-den-notfall-vorsorgen-koennen/>>,
12. **Antiretrovirové léky:** <http://relax.lidovky.cz/nasazeni-leku-proti-hiv-vcas-snizuje-riziko-sireni-viru-pk2-/zdravi.aspx?c=A110513_162138_ln-zdravi_glu>,
13. **Nechráněný pohlavní styk:**
<<http://health.uml.edu/thc/HealthIssues/HIV%20NP/default.html>>,
14. **Národní program boje proti AIDS (logo):**
<<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/informace-o-HIV-AIDS>>,
15. **Test na HIV:** <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/178044-s-pripominkou-obeti-aids-se-upozornuje-i-na-rizika/>>,
16. **Kojení:** <<http://galenus.cz/tehotenstvi-kojeni-techniky.php>>,
17. **Hrou proti AIDS:** <http://geg.wz.cz/fotky/aids2005.php?foto=img_5934>,
18. **Transfúze:** <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-301.php>>,
19. **Světový program boje proti AIDS:**
<<http://www.intrad.com/langeng/?page=Clients>>,
20. **Kříž jako symbol smrti:** <<http://kerky.cz/?s=vyb%C3%ADr%C3%A1n%C3%AD>>,
21. **Femidom:** <<http://www.dorotheewolters.de/web/main/arbeiten.php?b10=96&b01=6>>,
22. **Linka pomoci (zdarma):** <<http://www.noveudoli.eu/kontakty/contact.htm>>,
23. **Dům světla:** <<http://kktrnovany.troell.cz/hry/hry.html>>,
24. **Světový den boje proti AIDS:** <http://www.aids-pomoc.cz/archiv_zprav.htm>,
25. **Komár:**
<http://www.oandd.cz/index.php?page=galerie&galerie=vektorova_grafika&foto=3>,
26. **Freddie Mercury (oběť AIDS):** <<http://www.hollywoodreporter.com/news/freddie-mercury-book-michael-jackson-elton-john-david-bowie-343526>>,
27. **Polibek:** <http://www.bantice.cz/index.php?ID=73&ARTICLE_NR=1209421501>,
28. **Použití WC:**
<<http://vicrul07.blogspot.cz/2012/06/wc-tidak-boleh-searah-membelakangai.html>>,
29. **Podání ruky:** <http://finance.idnes.cz/usetrete-na-danich-i-se-spolupracujici-osobou-foq-/podnikani.aspx?c=A070302_111026_p_dane_vra>,
30. **AIDS CENTRA:** <http://www.aids-pomoc.cz/pro_pozitivni_kontakty.htm#AC>.

Název metody: OSMISMĚRKA

Téma: Pohlavně přenosné choroby

Třída: 8. – 9.

Pomůcky: osmisměrky, propisky

Výukové cíle:

- Žák dokáže řešit osmisměrku.
- Žák je ochoten spolupracovat se spolužákem v lavici.

Časová náročnost: 5 – 8 minut

Postup:

- Vysvětlíme pravidla osmisměrky.
- Do každé lavice rozdáme jednu osmisměrku a propisku.

Pravidla: Úkolem hráčů je nalézt a vyškrtnout všechny ukrytá slova v osmisměrce, která lze číst zleva doprava, svrchu dolů a diagonálně.

Pro žáky:

ÚKOL: Najděte a vyškrtněte osm pohlavně přenosných chorob.

Z	P	I	E	Q	T	L	O	Ů	X	V	B	S	M	K
H	K	A	P	A	V	K	A	S	A	T	L	Y	E	H
S	Y	Ř	P	U	F	G	L	M	É	O	K	F	T	E
C	A	Q	H	I	V	/	A	I	D	S	J	I	Z	P
V	É	M	X	O	L	E	C	S	U	L	T	L	U	A
N	L	/	K	H	A	O	R	Ř	Á	P	A	I	O	T
Č	M	J	P	L	Ý	S	M	Ž	S	L	Y	S	P	I
M	Ě	A	Ř	U	L	Ú	S	A	M	Í	X	V	K	T
L	K	N	M	P	O	Ž	V	Ě	V	N	C	B	J	I
Ů	K	A	C	H	L	A	M	I	D	I	E	N	H	D
Í	Ý	S	D	F	G	H	J	K	L	Ů	R	M	Í	A
P	V	/	A	P	O	Z	Š	E	/	Ř	U	U	G	-
Z	Ř	O	I	Č	T	R	Y	C	V	M	L	Q	S	B
G	E	N	I	T	Á	L	N	Í	O	P	A	R	Q	/
Ě	D	T	Ů	P	L	K	J	G	F	D	S	A	Y	S

Správné řešení:

1. KAPAVKA,
2. SYFILIS,
3. HIV/AIDS,
4. CHLAMIDIE,
5. GENITÁLNÍ OPAR,
6. MĚKKÝ VŘED,
7. PAPILOMAVIRUS,
8. HEPATITIDA-B.

Z	P	I	E	Q	T	L	O	Ů	X	V	B	S	M	K
H	K	A	P	A	V	K	A	S	A	T	L	Y	E	H
S	Y	Ř	P	U	F	G	L	M	É	O	K	F	T	E
C	A	Q	H	I	V	/	A	I	D	S	J	I	Z	P
V	É	M	X	O	L	E	C	S	U	L	T	L	U	A
N	L	/	K	H	A	O	R	Ř	Á	P	A	I	O	T
Č	M	J	P	L	Ý	S	M	Ž	S	L	Y	S	P	I
M	Ě	A	Ř	U	L	Ú	S	A	M	Í	X	V	K	T
L	K	N	M	P	O	Ž	V	Ě	V	N	C	B	J	I
Ů	K	A	C	H	L	A	M	I	D	I	E	N	H	D
Í	Ý	S	D	F	G	H	J	K	L	Ů	R	M	Í	A
P	V	/	A	P	O	Z	Š	E	/	Ř	U	U	G	-
Z	Ř	O	I	Č	T	R	Y	C	V	M	L	Q	S	B
G	E	N	I	T	Á	L	N	Í	O	P	A	R	Q	/
Ě	D	T	Ů	P	L	K	J	G	F	D	S	A	Y	S

Poznámka: Tuto aktivizační metodu jsme vytvořili na základě inspirace z časopisů pro děti a mládež. Naším cílem bylo podpořit u žáků jejich pozornost, rozvíjet představivost i logické myšlení.

Závěr:

- Učitel může ohodnotit dvě nejrychlejší dvojice.
- Sdělí žákům správné řešení.

Název metody: KVÍZ

Téma: Opakování učiva bloku sexuální výchova

Třída: 8. – 9.

Pomůcky: 20 kartiček s otázkami (10 červených pro jeden tým, 10 modrých pro druhý tým) pro 20 žáků (počet otázek nutno přizpůsobit počtu žáků), magnety

Výukové cíle:

- Žák je schopen vybavit si správnou odpověď na kladenou otázku a definovat pojmy týkající se sexuální výchovy.
- Žák je ochoten soutěžit v týmu.

Časová náročnost: 30 minut

Postup: Pomocí magnetů přiděláme otázky na tabuli (žáci vidí pouze čísla od 1. do 10.). Žáky rozdělíme do dvou skupin (např. řady lavic). Každá skupina si zvolí svého kapitána. Kapitáni si „stříhnou“ o volbu otázek (červená x modrá) a možnost začínat. Následně vysvětlíme pravidla hry.

Pravidla:

1. Pro každého hráče je nachystaná jedna otázka.
2. Hráč z prvního týmu (např. Honza) si vybere:
 - jakéhokoliv *protihráče* z druhého týmu (např. Aničku),
 - jakékoliv *číslo otázky* (např. 7.).
3. Následně tedy Honza odpovídá na otázku číslo 7.
 - pokud ví správnou odpověď, jeho tým získá bod,
 - pokud odpoví špatně, má možnost odpovídat jeho protihráč tedy Anička:
 - pokud odpoví protihráč – Anička správně, získá její tým bod,
 - pokud odpoví protihráč – Anička špatně, nezíská bod ani jedno družstvo.
4. Dále volí číslo otázky i protihráče hráč z druhého týmu.
5. Hra pokračuje tak dlouho, dokud každý žák nevyčerpá svoji jednu otázku.

Poznámka: Tuto aktivizační metodu i její pravidla jsme vytvořili sami. Je tedy originálem. Dala by se samozřejmě aplikovat i na další tematické bloky Výchovy ke zdraví.

Závěr: Sečteme body družstev a vyhodnotíme, které družstvo kvíz vyhrálo.

Nerozhodný stav: Pokud by došlo ke shodě bodů např. 10 : 10 rozhodli by kapitáni, kteří by dostali otázku, na kterou by museli co nejrychleji odpovědět. Kapitán, který by rychleji vykřikl odpověď, by svému družstvu pomohl k vítězství.

Správné řešení:

Otázky pro první skupinu:	Otázky pro druhou skupinu:
1) Jak se nazývají tři doby porodní? ➤ <i>otevírací, vypuzovací, porod placenty</i>	1) Jak se nazývá období šesti týdnů ode dne porodu? ➤ <i>šestinedělí</i>
2) Vysvětli pojem pornografie. ➤ <i>neumělecké znázornění lidského těla či sexuálního chování</i>	2) Vysvětli pojem prostituce. ➤ <i>poskytování sexuálních služeb za úplatu</i>
3) Jak se nazývá ženská pohlavní buňka? ➤ <i>Vajíčko</i>	3) Jak se nazývá mužská pohlavní buňka? ➤ <i>spermie</i>
4) Vysvětli pojem incest. ➤ <i>soulož mezi příbuznými</i>	4) Vysvětli pojem celibát. ➤ <i>sexuální abstinence</i>
5) Kdo je to bisexuál? ➤ <i>Je člověk s nevyhraněným sexuálním zaměřením.</i>	5) Kdo je to transsexuál? ➤ <i>Je muž, který se cítí být ženou, odmítá mužské tělo.</i>
6) Kdo je to exhibicionista? ➤ <i>Je člověk, který odhaluje své genitálie na veřejnosti.</i>	6) Kdo je to voayer? ➤ <i>Je člověk, který utajeně pozoruje lidi při různých aktivitách.</i>
7) Mezi jakou metodu antikoncepce řadíme spermicidní gel? ➤ <i>chemická metoda</i>	7) Mezi jakou metodu antikoncepce řadíme kondom? ➤ <i>bariérová metoda</i>
8) Kdo je původcem pohlavně přenosné choroby zvané AIDS? ➤ <i>virus HIV</i>	8) Kdo je původcem pohlavně přenosné choroby zvané kapavka? ➤ <i>bakterie</i>
9) Vysvětli pojem ovulace. ➤ <i>Je okamžik, kdy dojde k uvolnění vajíčka z vaječníku.</i>	9) Vysvětli pojem menstruace. ➤ <i>Je periodicky opakující se krvácení u žen.</i>
10) Vysvětli pojem sterilizace. ➤ <i>Zbavení jedince jeho reprodukční schopnosti.</i>	10) Vysvětli pojem interrupce. ➤ <i>Je umělé přerušování = ukončení těhotenství.</i>

Název metody: KVĚTINY**Téma:** Závěrečné opakování učiva bloku sexuální výchova**Třída:** 8. – 9.**Pomůcky:** šest obálek s rozstříhanými květinami**Výukové cíle:**

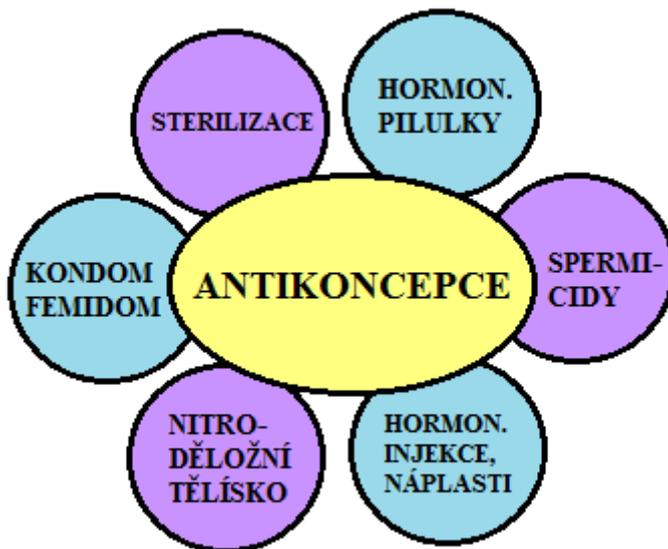
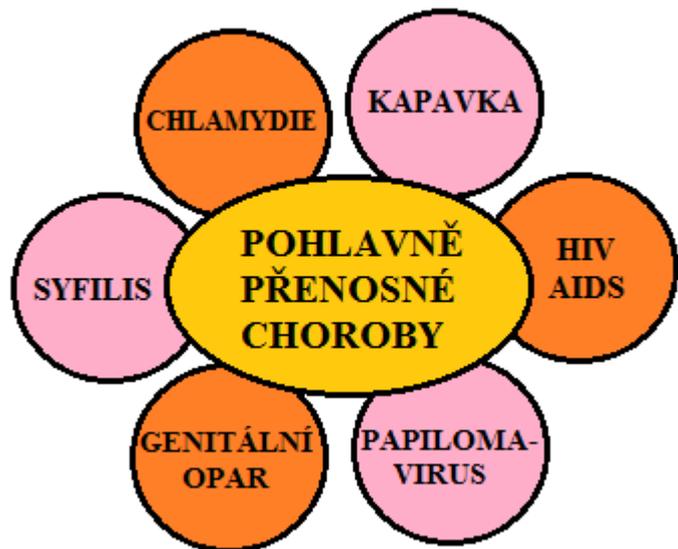
- Žák je schopen vybrat a přiřadit jednotlivé pojmy k určité problematice a vlastními slovy shrnout přidělené téma.
- Žák je ochoten pracovat ve skupině a diskutovat se spolužáky.

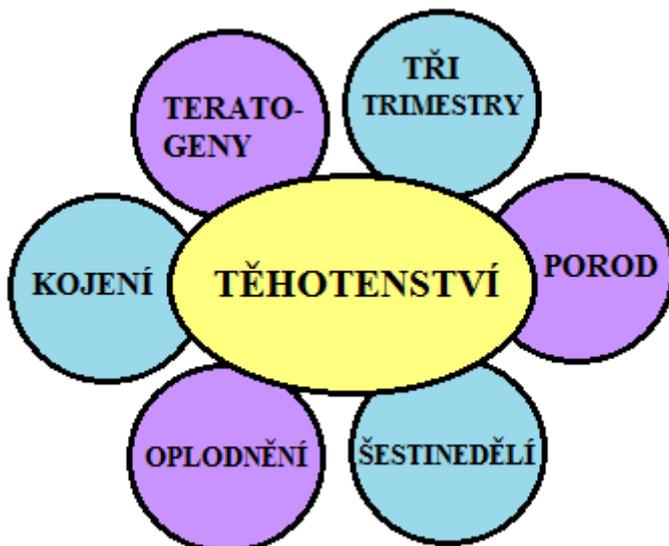
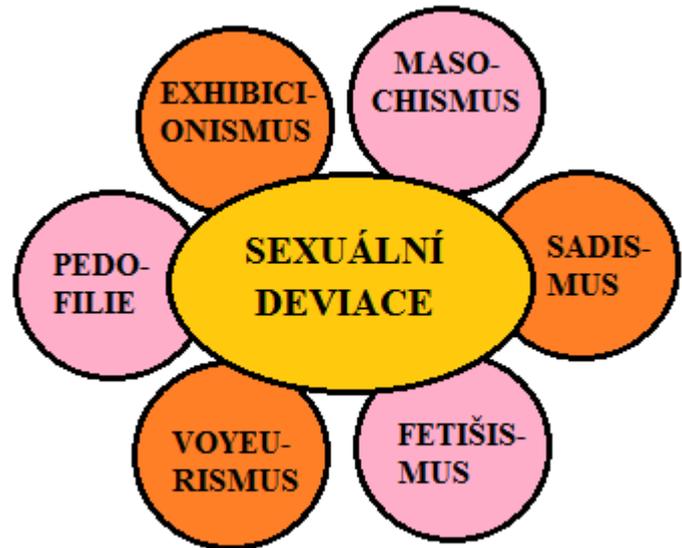
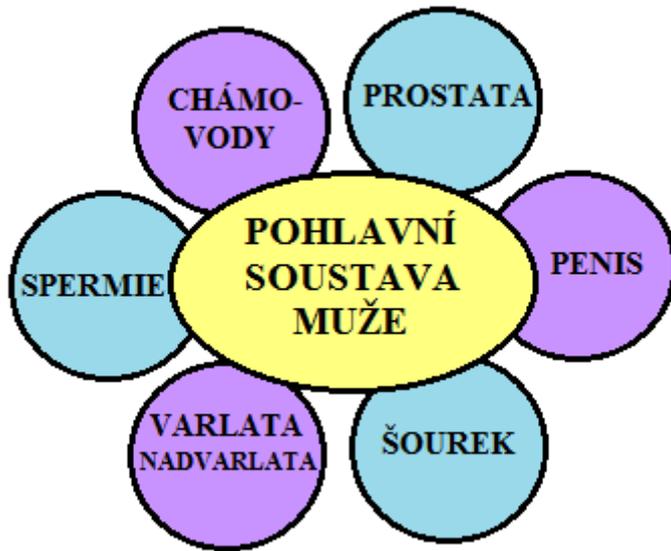
Časová náročnost: 25 minut**Postup:**

- Žáky rozdělíme do šesti skupinek po pěti až šesti lidech (záleží na počtu žáků).
- Jednotlivé skupiny si přichystají své pracovní místo.
- Každá skupina žáků obdrží jednu obálku se šesti rozstříhanými květinami.
- Jednotlivé okvětní plátky a střed okvěti si otočí popsanou stranou nahoru.
- Prvním úkolem žáků je správně vybrat a přiřadit jednotlivé okvětní lístky ke středu okvěti, přičemž každá květina má 6 okvětních plátků.
- Po splnění prvního úkolu bude následovat druhý úkol.
- Každé skupince přidělíme jednu květinu, o které žáci ve 3-4 minutách společně pohovoří.
- Dáme žákům cca 3-5 minut na promyšlení tématu.
- Posléze každá skupinka vlastními slovy shrne nejdůležitější poznatky dané problematiky. Např. Pohlavně přenosné choroby – Jsou choroby infekční, které se šíří převážně nechráněným pohlavním stykem. Mohou postihnout všechny lidi, kteří se chovají rizikově (promiskuita, drogově závislí lidé atd.). Patří zde např. tyto choroby: HIV/AIDS, kapavka, syfilis, genitální opar, chlamydie, HPV virus a další. Riziko přenosu můžeme snížit používáním bariérové antikoncepce (kondom, femidom). Jiné druhy antikoncepce (hormonální, chemická atd.) nás před těmito onemocněními nechrání...
- Ostatní pozorně poslouchají přednes skupiny.
- Dále mohou doplnit ještě další informace, které nezazněly.
- Nakonec učitel objasní nesrovnalosti, pokud se vyskytly.

Poznámka: Tuto aktivizační metodu i její pravidla jsme vytvořili sami. Je tedy originálem.**Závěr:** Pedagog i žáci zhodnotí práci skupin.

Správné řešení:





3.3 Pohlavně přenosné choroby

Sexuálně přenosná onemocnění nazývané také jako venerické choroby (podle římské bohyně lásky – Venuše) jsou choroby infekční, které se téměř výhradně šíří nechráněným pohlavním stykem. Znáť je můžeme také pod zkratkou STD z anglického pojmenování Sexually Transmitted Diseases či novější zkratkou STI z anglického názvu Sexually Transmitted Infections. Ukazuje se totiž, že se mnohdy tyto nemoci nemusí projevit žádnými příznaky, ale jejich infekce v organismu bezpříznakově probíhá a působí stejně závažné následky. Patří k chorobám, které v posledních letech zaznamenávají nárůst počtu nemocných. Představují velký zdravotní problém především pro dospívající mládež, která vstupuje do sexuálního života, jelikož pohlavně přenosnými chorobami je na celém světě nejvíce postižena věková skupina 15-24 let. Nejpravděpodobnější přenos nastává při styku dvou nahodilých partnerů, ke kterému mnohdy dochází pod vlivem alkoholu, návykových látek, ze zvědavosti, z lehkomyšlnosti, u osob nezdrženlivých či dokonce bez morálních zásad. Ovšem není nikterak vzácný ani přenos mezi osobami, které nezapadají do výše zmíněné charakteristiky. Mezi rizikové faktory patří promiskuita, nechráněný pohlavní styk (vaginální, anální i orální), prostituce např. k získání drog, městská populace a chudoba. Při častém střídání sexuálních partnerů stačí v řetězci osob pouze jeden nakažený jedinec a infekce se šíří geometrickou řadou. Často bezpříznakový průběh onemocnění má vliv na další šíření choroby (Machová, Hamanová, 2002; Vránová, 2010).

V současné době je známo více než 50 patogenních původců venerických onemocnění, mezi které patří: viry, bakterie, prvoci, parazitární houby a zevní parazité. Sexuálně přenosné choroby se řadí svým výskytem hned na druhé místo, a to za infekční onemocnění respirační. Klasické venerické nemoci: příjice (*sypphilis*, *lues*), kapavka (*gonorrhoea*), měkký vřed (*ulcus molle*), venerický lymfogramulom (*lymphogranuloma venereum*) a *granuloma inguinale* podléhají povinnému hlášení a dispenzární (soustavné a odborné) péči. Hlášení dále také podléhá HIV/AIDS, hepatitida B, zavšivení (*pediculosis*) a svrab (*scabies*). Ostatní STI tvoří urogenitální infekce různé etiologie, kam patří např. *Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Trichomonas*, *Candida* aj. Pozitivní zprávou je, že výskyt kapavky a příjice v posledních dvou desetiletích ve světě poklesl zřejmě vlivem změněného sexuálního chování v důsledku AIDS. Avšak v ČR od roku 1989 výskyt příjice opět vzrůstá. Sexuálně přenosné choroby usnadňují přenos infekce HIV, na druhé straně u nemocných s HIV infekcí mají atypický průběh a reakci na léčbu (Štork, 2008).

Vybrané pohlavně přenosné choroby:

3.3.1 HIV/AIDS

Onemocnění AIDS, které je známé od roku 1981, je konečným stádiem infekce, způsobené virem HIV. Zkratka AIDS je odvozena od prvních písmen anglického pojmenování *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (česky syndrom získaného selhání imunity). Tuto chorobu známe relativně krátkou dobu, a přesto se dokázala rozšířit na všechny kontinenty a stala se pandemií, která postihuje všechny bez rozdílu. Celosvětově zahubila více lidí než všechny morové epidemie středověku. Podle odhadů UNAIDS žije s virem HIV více než 30 milionů osob. Každý rok přibližně přibudou další čtyři miliony a necelé tři miliony lidí každoročně zemrou. Nejpostiženější oblastí stále zůstává subsaharská Afrika. Ovšem výrazný nárůst nových případů zaznamenala v posledních deseti letech i východní Evropa. Česká republika patří mezi země s nízkým výskytem HIV/AIDS. Alarmující je však nárůst nových případů v posledních pěti letech, kdy v každém následujícím roce byl zjištěn dosud nejvyšší zaznamenaný počet. K 31. 1. 2013 to bylo již 1 900 HIV+ lidí z toho 371 osob již bylo ve stádiu AIDS a z toho 191 jedinců této chorobě podlehl (www.aids-pomoc.cz, www.szu.cz, [citováno 9. 3. 2013]).

Původce

Původcem smrtelné choroby AIDS je **virus HIV** (*Human Immunodeficiency Virus*, česky virus lidské imunitní nedostatečnosti), který byl objeven roku 1983. Je obsažen v tělních tekutinách nakažené osoby, zejména v krvi (včetně menstruační krve), ejakulátu, poševním sekretu, mozkomíšní tekutině a mateřském mléku. V nízkých koncentracích, které nepředstavují reálné riziko nákazy, byl nalezen i ve slinách, slzách a moči. Tento retrovirus způsobuje ztrátu obranyschopnosti (imunity) organismu. Prostřednictvím enzymu, nazývaném reverzní transkriptáza, je schopen zabudovat svoji genetickou informaci do genomu hostitelské buňky. Napadá zejména bílé krvinky, tzv. T-lymfocyty, které jsou zodpovědné za buněčnou imunitu. Vir se v nich množí, poškozuje jejich funkci a nakonec je i usmrcuje. Lidský organismus posléze začíná být náchylný k řadě infekčních a nádorových onemocnění. Virus HIV se vyskytuje ve dvou typech. S HIV-1 se můžeme setkat především v Evropě, Americe a Asii. HIV-2 postihuje především západní Afriku. HIV je mimo lidské tělo velmi citlivý k vnějším vlivům. Spolehlivě ho zničí teploty nad 60 °C, běžné dezinfekční prostředky a zaschnutí. Odolný je vůči nízkým teplotám, gama a ionizujícímu záření (Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora, 2004).

Přenos se uskutečňuje:

- 1. Krevní cestou** – krev je z hlediska přenosu viru HIV nejnebezpečnější tekutinou. Riziko spočívá ve sdílení injekčních jehel, stříkaček či roztoku drogy u nitrožilních narkomanů nebo v opakovaném používání jehel v zemích se zaostalým zdravotnictvím. Přenos krevní transfuzí je v současné době díky testování krve ve vyspělých zemích spíše jen teoretický, ale přesto k němu může v důsledku opožděné tvorby protilátek dojít. Určité riziko spočívá i při transplantacích orgánů (Štork, 2008).
- 2. Nechráněným pohlavním stykem** – Při rizikovém vaginálním pohlavním styku je více ohrožena žena, jelikož je vystavena většímu množství tělesných tekutin, po delší dobu a větší plochou sliznice než muž. Dále také sperma obsahuje větší koncentraci viru v porovnání s vaginálním sekretem. Anální soulož je z hlediska přenosu viru HIV nejrizikovější a opět je více ohrožen příjemce. Menší riziko (nikoli nulové) představuje orální sex, zejména pokud dojde k ejakulaci do úst. Také krvavé sadomasochistické aktivity jsou velmi nebezpečné. Celosvětově je sexuální přenos nejčastější cestou přenosu viru HIV (Šulová, Fait, Weiss, 2011).
- 3. Z matky infikované virem HIV na plod** (vertikální přenos) – dítě se může infikovat transplacentární cestou během nitroděložního vývoje. Při porodu prostřednictvím krve či vaginálních sekretů matky a také pomocí mateřského mléka při kojení. Proto musí být porod u HIV+ žen veden císařským řezem a posléze nesmí kojit (Zemková, 2001).

Inkubační doba a klinické projevy

Od doby kdy se člověk infikuje virem HIV k plně rozvinutému onemocnění AIDS, může uplynout i řada let. Jedinec, který je HIV+ nemusí být nemocný AIDS, protože choroba AIDS představuje pouze poslední, nejzávažnější fázi HIV infekce. Infekce HIV se projevuje pestrým klinickým obrazem (www.aids-hiv.cz, [citováno 10. 3. 2013]).

Podle Štorka (2008) můžeme průběh HIV infekce rozdělit do čtyř stádií:

- 1. Akutní retrovirový syndrom (primární HIV infekce)** – klinická kategorie A. Je symptomatický a v 80 % případů následuje po inkubační době 3-6 týdnů. U primoinfekce jsou zpravidla přítomny příznaky virózy či chřipky, mezi které patří: zvýšená teplota, celková únava, noční pocení, malátnost, bolest svalů a kloubů, strnulá šije, nauzea, bolesti v krku, průjem, fotofobie (světloplachost) aj., které většinou odezní do 1 měsíce. Asi v 70 % se objeví vyrážka postihující trup, dlaně i plosky, dále také vředy na genitálu či slizniční kandidóza.

- 2. Asymptomatické (bezpriznakové) období** – nastává období latence, které může být různě dlouhé (zpravidla 2-15 roků). Infikovaný jedinec nemívá zpravidla žádné obtíže a je bez klinických příznaků. Někdy se může objevit zduření lymfatických uzlin. V této druhé fázi nastávají postupné změny imunitního systému a jejich nejnápadnějším projevem je pokles CD4+ T-lymfocytů (hodnoty $CD4 > 500/mm^3$).
- 3. Časná symptomatická fáze** – klinická kategorie B. Je charakteristická výskytem malých oportunních infekcí, jako je opakující se výskyt kvasinkového onemocnění v dutině ústní a nosohltanu (orofaryngeální kandidózy) či kvasinkové infekce zevního pohlavního ústrojí a pochvy ženy (kandidové vulvovaginitidy). Také se může objevit pásový opar (*herpes zoster*) a dochází k postupnému zmenšování předtím zduřelých lymfatických uzlin. Třetí fáze je provázena celkovými příznaky, jako jsou: zvýšené teploty, hubnutí, nechutenství, průjemy, únava a migréna. CD4+ se pohybují mezi hodnotami 500-100/ mm^3 .
- 4. Pozdní symptomatická fáze (rozvinuté onemocnění AIDS)** – klinická kategorie C. Dochází ke zvýšení počtu kopií HIV RNA v séru (tzv. virové nálož) až ke stům tisícovým hodnotám na mililitr. Při hlubokém poklesu CD4+ T-lymfocytů (hodnoty pod 200/ mm^3) nastává těžká porucha imunitního systému a tehdy infekce HIV přechází do stadia AIDS. Organismus napadají velké oportunní infekce, opakující se zápal plic, tuberkulóza, salmonelová bakteriémie, objevují se nádory (Kaposiho sarkom, Burkittův lymfom), postižení nervové soustavy, demence, těžké vyhubnutí a wasting syndrom (syndrom „chřadnutí“). Nemocní neumírají na samotnou chorobu AIDS, ale na některou z komplikací onemocnění (www.venerologie.cz, [citováno 10. 3. 2013]).

Testování

V České republice se testy na HIV provádějí od roku 1985. Kromě dárců krve a ostatních orgánů je (podle Zákona o ochraně veřejného zdraví) od roku 2000 zavedeno povinné testování gravidních žen. Otestovat se můžeme v sedmi tzv. AIDS centrech, ve většině zdravotních ústavů nebo u každého praktického lékaře (test hrají zdravotní pojišťovna). Pokud je organismus infikován začnou se v krvi vyrábět protilátky proti viru HIV. Jejich koncentrace se zvyšuje postupně. S jistotou je lze prokázat až za 2-3 měsíce od nákazy. Pokud by se test provedl dříve, může být falešně negativní, protože se jedinec nachází v období tzv. „imunologického okénka“. Člověk je infekční okamžitě od proniknutí viru HIV do krve, a to již v době, kdy se testem ještě nedá prokázat HIV pozitivita (www.aids-hiv.cz, [citováno 10. 3. 2013]).

V ČR je ročně provedeno téměř 20 tisíc HIV testů na vlastní žádost a při nich je zjištěna přibližně polovina všech nových HIV+ případů. Z toho přibližně čtvrtina testů je provedena anonymně. V reprezentativní studii Weisse a Zvěřiny uvedlo 16 % žen a 18 % mužů, že již byli alespoň jednou testováni. V nejohroženější skupině mužů homosexuálů vyhledalo alespoň jednou HIV test 52 % mužů (Šulová, Fait, Weiss, 2011).

Léčba

V současné době neexistuje žádná účinná látka, která by HIV+ lidem zachránila jejich život. Vývoj vakcíny stěžuje fakt, že virus HIV má několik subtypů. Nejdůležitější v boji proti chorobě AIDS je prevence! Léčebné preparáty nedokážou virus v organismu zcela zlikvidovat. Zpomalují pouze jeho množení a umožňují tak předejít úplnému zhroucení imunity. U gravidních žen preparáty snižují riziko přenosu viru HIV na plod z 25 % na méně než 5 % (www.aids-pomoc.cz, [citováno 9. 3. 2013]).

Protivirová léčba se standardně podává pacientům od poloviny 90. let. Základem terapie je kombinace látek (až tři léků) v rámci tzv. vysoce účinné antiretrovirové terapie označované zkratkou HAART (*Highly-Active Anti-Retroviral Therapy*). Hlavní skupiny látek tvoří inhibitory reverzní transkriptázy a inhibitory virových proteáz. Léčba je velmi nákladná, a proto je často nedostupná pacientům z rozvojových zemí (www.hiv.cz, [citováno 10. 3. 2013]).

Prevence sexuálního přenosu HIV/AIDS spočívá ve strategii zvané ABC.

A = abstinence – tato preventivní aktivita se týká především dospívajících, kteří ještě nezahájili sexuální život. Spíše než o úplnou abstinenci jde o oddálení začátku pohlavního života.

B = buď věrný – tato zásada má smysl pouze tehdy, když prokazatelně víme, že náš partner je HIV negativní a zároveň vyžaduje věrnost od obou partnerů. Vzhledem k tomu, že jen cca 10 % naší populace mělo v životě jediného partnera, je bod „buď věrný“ vhodnou alternativou zpravidla jen pro ty páry, které v případě navázání vážného vztahu po předchozím užívání kondomu podstoupí společně HIV test.

C = kondom – používáním bariérové antikoncepce se podstatně snižuje riziko nákazy nejen virem HIV, ale i dalšími STD. Pro anální pohlavní styk je vhodnější zesílený prezervativ, který lze doporučit i pro vaginální sex u HIV+ párů. Použití kondomu je dostatečně spolehlivé jen tehdy, když je soulož chráněna po celou dobu. Z latexu se vyrábí také ženský kondom tzv. femidom (Havlín, 2011; Šulová, Fait, Weiss, 2011).

3.3.2 Kapavka (*Gonorrhoea*)

Je jednou z nejčastějších bakteriálních pohlavně přenosných nemocí. Tuto chorobu známe již po staletí a přece se znovu připomíná zvýšeným výskytem u promiskuitních jedinců. Latinské pojmenování *Gonorrhoea* vzniklo ze slov: *gonos* (semeno) a *rhoe* (téci), kdy výměšek hlenu byl dříve chybně označován za výron semene. Kapavka postihuje především sliznice močového a pohlavního ústrojí, v některých případech konečník, ústní část hltanu, ale vzácně i spojivky. Infekce bývá častěji zjištěna u mužů než u žen a trápí především věkovou skupinu mezi 15-35 lety. Hlavně pro mladé ženy se jedná o nebezpečné onemocnění, které může postihnout reprodukční schopnost. Člověk je jediným hostitelem v přírodě. V současné době je zaznamenán problém rezistence gonokoka k některým antibiotikům. (www.vitalion.cz, [citováno 4. 3. 2012]).

Původce

Kapavka je vyvolána gonokokem zvaným *Neisseria gonorrhoeae*, což je tzv. gram-negativní bakterie. Pod mikroskopem se svým tvarem podobá kávovému zrnku. Bakterie je velmi citlivá k fyzikálním i chemickým zevním vlivům. Např. při působení dezinfekčních prostředků rychle hyne (Hřivnová, Forýtková, 2006).

Přenos se uskutečňuje:

1. Pohlavním stykem.

2. Z infikované matky na plod.

3. Výjimečně nepřímou cestou – při zhoršených hygienických podmínkách přes vlhké předměty potřísněné kapavčitým hnisem jako jsou např. žínka, ručník, znečištěné spodní prádlo, lůžkoviny (Machová, Hamanová, 2002).

Inkubační doba

Standardní inkubační doba kapavky je podle lékařů období 1-14 dnů. U žen se první příznaky objeví nejčastěji mezi 4-7 dnem po nakažení. U mužů zpravidla o něco dříve, nejčastěji mezi 2-5 dnem, kdy dochází k akutnímu hnisavému zánětu sliznic močového a pohlavního ústrojí. Pokud člověk akutní stádium neléčí, po několika týdnech přejde do stádia chronického. Ovšem existují i výjimky. U některých infikovaných jedinců, může trvat i několik měsíců než se symptomy projeví (www.pohlavni-choroby.cz, [citováno 4. 3. 2013]).

Klinický obraz

Onemocnění probíhá obvykle lokálně v místě vstupu infekce (urogenitální trakt, anální oblast, oční spojivka, orofaryng atd.). Bakterie postihuje cylindrický epitel. Buněčná imunita se neuplatňuje a protilátkou je pouze krátkodobá (Zákoucká, 2009).

U **mužů** bývá prvním příznakem svědění, pálení až řezání při močení a také časté nucení na močení během dne. Onemocnění je často doprovázeno také hustým hnisavým výtokem zelenožluté barvy. Ústí močové trubice a předkožka jsou zarudlé a zduřelé (akutní kapavka přední). Pokud nedojde k zahájení léčby, kapavka se rozšíří i na zadní část sliznice močové roury. Odtud na močový měchýř, prostatu, chámovody a také do oblasti varlat a nadvarlat, což je doprovázeno bolestí (akutní zadní kapavka). Při zánětu nadvarlat může dojít ke slepení vývodných kanálků, což má za následek jejich neprůchodnost. Při vrcholu penisu se v ranních hodinách objevuje tzv. „ranní kapka“ hnisu. Výsledkem neléčené kapavky je trvalá sterilita (www.pohlavni-choroby.cz, [citováno 4. 3. 2013]).

U **žen** akutní kapavka postihuje především sliznici pochvy a děložního hrdla, anebo močové trubice. Stejně jako u mužů se projevuje pálením při močení. Dále je patrný mohutný výtok z rodidel. Může se také objevit krvácení mezi menstruačními periodami či krvácení po sexuálním styku. Ovšem až u 50 % případů se na počátku choroba nemusí projevovat nápadnými klinickými příznaky. Pokud žena nepodstoupí léčbu, kapavka se může rozšířit na sliznici děložní, vejcovody a na vaječníky. Komplikace jako např. zánět pánevní nebo zánět vejcovodu s následnou neprůchodností, ohrožují zdraví ženy a především její plodnost. Infekce může postihnout i zevní pohlavní ústrojí (žlázky na malých pyscích a žlázky při ústí močové trubice). V těhotenství může kapavka způsobit samovolný potrat, předčasný porod nebo nitroděložní odumření plodu. V neposlední řadě je kapavka rizikové onemocnění z hlediska toho, že výrazně zvyšuje pravděpodobnost infikování virem HIV. Při chronické formě představuje žena zdroj infekce pro sexuální partnery (Machová, Hamanová, 2002).

Děti se mohou infikovat kapavkou během porodu, kdy dojde k oční infekci novorozence, což má za následek zánět očních spojivek, který se projevuje hnisavým výtokem a otokem víček. Komplikací je vředové postižení rohovky, které může vést až ke slepotě dítěte. V českých porodnicích se dětská kapavka téměř nevyskytuje, jelikož po porodu se novorozencům preventivně dezinfikují oči vkapáváním roztoku do spojivkového vaku obou očí, který spolehlivě zabrání rozšíření infekce. Jde o tzv. kredeizaci (Hřivnová, Forýtková, 2006).

Léčba

Kapavka je léčitelná nemoc, a to pomocí antibiotik, na které jsou bakterie citlivé. Při včasné zahájení léčby je naděje k úplnému vyléčení velice dobrá. Léčba této choroby je zákonem stanovená jako povinná. Osobám, které by se chtěly léčbě vyhýbat, hrozí trestní stíhání. Během léčby je nutné striktně dodržovat sexuální abstinenci, omezit fyzickou námahu a dodržovat dietu bez alkoholu. Posléze je nutné projít bakteriologickými kontrolami. Při opakujících se negativních výsledcích (až po 4 měsících) je pacient vyřazen z evidence a označen za zdravého. Důležité je vědět, že kapavka nezanechává v těle žádnou imunitu, a proto se můžeme nakazit opakovaně (Štork, 2008)!

Prevence

Nejúčinnější prevencí, kromě partnerské věrnosti a samotného výběru partnera, je používání dostupné bariérové antikoncepce (kondomu), která při každém pohlavním styku nejen s novým partnerem snižuje riziko nákazy. Mezi další preventivní opatření patří zodpovědné sexuální chování, tedy vyvarování se sexuálnímu známostem tzv. na jednu noc a také omezení počtu sexuálních partnerů (Zákoucká, 2009).

3.3.3 Příjice (*Syphilis, Lues*)

Syfilis je celosvětově se vyskytující infekční choroba přenášená především pohlavním stykem. Postihuje různé orgány včetně kůže, kardiovaskulárního, pohybového a centrálního nervového systému. Je považována za jednu z nejnebezpečnějších pohlavně přenosných chorob, jelikož na její následky mohou lidé zemřít. Má schopnost napodobovat celou řadu nemocí, proto ji označujeme jako „opici nemocí“. Příjice může být získaná či vrozená. Nejčastěji postihuje osoby ve věkové kategorii 15-30 let. Incidence v ČR je kolem 13,4/100 000 obyvatel/rok (www.pohlavni-choroby.cz, [citováno 4. 3. 2013]).

Původce

Onemocnění je způsobené bakterií spirálovitého tvaru zvanou *Treponema pallidum*. Člověk je jejím jediným hostitelem. Spirocheta proniká narušeným povrchem do kůže a sliznic (především genitálu a úst). Přes kapiláry se dostává do spádových lymfatických uzlin, odkud po pomnožení dochází k hematogennímu rozsevu. Je velmi citlivá na vyschnutí, změny teploty, pH a hladin O₂. Ničí ji běžné dezinfekční prostředky (www.venerologie.cz, [citováno 10. 3. 2013]).

Přenos se uskutečňuje:

- 1. Pohlavním stykem** – kontaktem s infekčními projevy či tělesnými tekutinami. I při orálních či análních praktikách. Jde o nejčastější cestu přenosu.
- 2. Transplacentárně** – z infikované matky na plod či během porodu. Méně obvyklá cesta přenosu. Ovšem pokud k nákaze během gravidity dojde, může dojít kromě infekce k těžkým deformacím, ale také k potratu.
- 3. Krevní transfúzí** – tzv. „dekapitovaná syfilis“, pro chybění primárního stádia. Díky dnešním opatřením již nepřipadá tato cesta přenosu v úvahu.
- 4. Zanedbáním hygieny** („příjice nevinných“) – v ojedinělých případech prostřednictvím infikovaných předmětů nebo velice blízkém kontaktu s nakaženou osobou (Machová, Hamanová, 2002).

Inkubační doba

U primární syfilidy (od nákazy do vzniku vředu) je inkubační doba zpravidla 3 týdny (9-90 dní). Asi jedna třetina jedinců onemocní po styku s infekcí. Sekundární syfilis (exantém) vzniká většinou 6 týdnů od vzniku vředu, čili kolem 9 týdne od infekce (Hřivnová, Forýtková, 2006).

Klinický obraz

Příjice se projevuje ve třech stádiích:

- 1. Primární stádium** – pro první fázi nemoci je charakteristický obvykle jeden lesklý, růžovočervený, nebolestivý tzv. tvrdý vřed o velikosti 5-25 mm. Sekret z jeho povrchu je vysoce infekční. Objeví se v 90 % v oblasti genitálu, ale může se vyskytovat také na rtu, jazyku, na patrových mandlích, na prsní bradavce či v konečníku. U žen nejčastěji v oblasti malých a velkých stydkých pysků, na klitoris, v ústí močové trubice či na děložním hrdle. U mužů v oblasti žaludu. Současně může dojít ke zduření nejbližších mízních uzlin (např. v tříselech). Doprovází ho obvykle méně zřetelná vyrážka na trupu. Pokud není první stádium u infikovaného člověka léčeno, vřed se obvykle spontánně za 4-6 týdnů zhojí. Takto končí první fáze nemoci, tedy období, kdy bylo nejjednodušší infekci zlikvidovat, a kdy postiženému hrozila nejmenší újma na zdraví. Léčený vřed se zahojí do 1-2 týdnů (www.antikoncepce.cz, [citováno 12. 3. 2013]).

2. Sekundární stádium – začíná okolo 9. týdne po nákaze a celkově může trvat 2-3 roky.

Dostavují se příznaky podobné chřipce: zvýšená teplota, výtok z nosu, únava, bolesti hlavy, svalů a kloubů, malátnost a pocity skleslosti. Pro druhou fázi nemoci je typická rozsáhlá vyrážka, která nesvědí. Objevuje se na různých částech těla (v oblasti trupu, končetin, v dlaních, na ploskách, na čele), a to zejména v podobě bílých stroupků. Mezi další příznaky patří: pigmentové poruchy, ložiskový výpad vlasů, slizniční plaky v ústech, „Venušin náhrdelník“, dále také zduření lymfatických uzlin. V místě vlhké zapáčky (např. na přilehlých částech stehen, na kůži pod prsy či mezi prsty nohou) vznikají ploché výrůstky (kondylomata), které jsou velmi infekční (plně treponem). Někdy během sekundární období všechny symptomy vymizí a potom se určitou dobu zdánlivě nic neděje. Toto období klidu označujeme jako bezpříznakové období nemoci, které může trvat různě dlouho, i řadu let. Sérologické vyšetření krve je samozřejmě pozitivní. Signalizuje, že se infekce různými cestami postupně šíří tělem nemocného. Výsledkem je obtížně rozeznatelné a zároveň těžké postižení organismu (Štork, 2008).

3. Terciární stádium – do třetí fáze nemoci dojde asi třetina neléčených případů. Vzniká

s odstupem 3-7 i více let. Pokud ani v této fázi jedinec nepodstoupí léčbu, způsobí mu choroba závažné psychické i fyzické poruchy. Charakteristická je lokalizace v určitém orgánu (na kůži, v kostech a ve svalech, v okolí kloubů, v játrech, na jazyku, v cévách a v CNS). V orgánech vznikají zpočátku tvrdé hrboly (*gummata*), které později měknou, a vytéká z nich vazká žlutavá tekutina (podobná arabské gumě). V oblasti orální může vést guma až k destrukci a deformaci nosní přepážky, měkkého i tvrdého patra, jazyka, krčních mandlí či čípku hrtanu. Syfilitická aortitida může způsobit náhlé prasknutí aorty (úmrtí). Syfilitické postižení zadních míšních kořenů a provazců (*tabes dorsalis*) se projevuje vystřelujícími bolestmi, ztrátou reflexů dolních končetin, slábnutím zraku, hluchotou či ztrátou čítí. Progresivní paralýza je psychiatrické onemocnění, které způsobuje změny osobnosti, rozvrat intelektu, hlubší změny povahy, sklon k hrubosti, prudké výkyvy nálad, dezorientaci, halucinace, bludy až demenci. V konečném stádiu je nemocný otupělý, nedodrží základní hygienické návyky, trpí spontánními zlomeninami a dekubity, dále dojde k metabolickému rozvratu, který končí smrtí jedince. Takto rozsáhlé následky choroby v dnešní době najdeme v rozvinutých zemích pouze ve výjimečných případech (Mašata, Jedličková, 2004).

Vrozená příjice

Jde o vzácnou vrozenou formu syfilidy, která je způsobená transplacentárním přestupem treponemat. V prvním trimestru gravidity je pro spirochetu placenta nepřekročitelná, jelikož ještě není plně dotvořena, a proto je riziko infekce minimální. Pokud je žena v tomto období léčena, dítě se narodí zdravé. Infikované a neléčené matky až v 80-90 % přenášejí syfilis nejčastěji od 5. měsíce těhotenství na plod. Forma a míra postižení plodu jsou dány infekčností stádia syfilidy matky a především množstvím treponemat v krvi. Infekce plodu může vést k jeho potratu, předčasnému porodu nebo dokonce k porodu mrtvého plodu. V ČR je povinnost lékaře provádět ženám na začátku a během gravidity sérologické testy. Vrozená příjice se může projevit v několika formách:

- 1. Časná** (syfilis kojenců) – postižena je kůže (vyrážka), sliznice, kosti, slezina, játra a jiné orgány. Dále může být přítomna krvavá rýma, postižení hlasivek (sípání či afonie), hydrocefalus, nízká porodní váha, anémie atd. Po spontánním ústupu lehčích forem se mohou po několika letech objevit projevy třetího stádia, obdobně jako u dospělých. Při včasné léčbě je prognóza dobrá, závislá na poškození vzniklém při nitroděložním vývoji. Bez léčby polovina dětí umírá.
- 2. Pozdní** – projeví se nejčastěji mezi 7. až 19. rokem tedy v období puberty dítěte. Mezi projevy patří: postižení vnitřních orgánů, nerovnováha soustavy, očních rohovek s možností vzniku slepoty, dále také hluchota, soudkovité zuby, šavlovité bérce, sedlovitý nos v důsledku chybění či vkleslé kostěné části nosu, perforace patra, dopředu vyklenuté čelo (www.medmicro.info, [citováno 12. 3. 2013]).

Léčba

Příjice podléhá povinnému hlášení. Léčí se intenzivní kúrou antibiotik (nejčastěji penicilinu, na který dosud před 50 let užívání nebyla pozorována rezistence), která je zahajována během hospitalizace. Po prodělaném a vyléčeném onemocnění nevzniká dlouhodobá imunita, to znamená, že je možná reinfekce (Šulová, Fait, Weiss, 2011).

Prevence

Vzhledem ke skutečnosti, že se příjice přenáší převážně kontaktně, tak ani kondom nemusí před nákazou chránit zcela spolehlivě, pokud je kontakt s onemocněním na místě, které prezervativ nekryje. Relativně častý je přenos choroby i při orálním sexu. Prevence tedy převážně spočívá v odpovědném výběru partnera a v monogamii (www.vitalion.cz, [citováno 4. 3. 2012]).

3.3.4 Genitální opar (*Herpes genitalis*)

Herpetická onemocnění patří mezi nejvíce rozšířená virová onemocnění. Infekce herpetickými viry zvláště u novorozenců a osob s imunodeficitem může probíhat těžce nebo až smrtelně. *Herpes genitalis* je pohlavně přenosná choroba, která v 60. letech minulého století zastavila sexuální revoluci. Jedná se o velice nepříjemné onemocnění, které komplikuje intimní život partnerů. Výskyt viru je celosvětový a postihuje 50-90 % populace (www.antikoncepce.cz, [citováno 12. 3. 2013]).

Původce

Genitální opar způsobuje *Herpes simplex virus* (HSV), což je dvouvláknový DNA virus patřící do čeledi herpetických virů, které dokážou přetrvávat v latentním stádiu v nervové tkáni po celý život a mohou se kdykoliv aktivovat a vyvolávat opakované infekce. HSV je velmi dobře adaptován na svého lidského hostitele. Rychle se inaktivuje při pokojové teplotě a je citlivý na vyschnutí. Existují dva hlavní typy tohoto viru. Typ I. (HSV-1) postihuje kůži a ústní sliznici (vzácně i pohlavní orgány). Typ II. (HSV-2) postihuje především genitál. K infekci HSV-1 dochází nejčastěji mezi 1. až 5. rokem života, zatímco infekce HSV-2 stoupá ve věkové skupině 15. až 30. let, což souvisí se sexuální aktivitou (Litvik, Vantuchová, 2007).

Přenos HSV-1 se uskutečňuje:

- 1. Kapátkovou infekcí** – zejména slinami při líbání.
- 2. Kontaminovanými předměty.**

Přenos HSV-2 se uskutečňuje:

- 1. Pohlavním stykem** – vaginálním, orálním, i análním.
- 2. Z matky na dítě** – transplacentárně (vzácně) či vertikální cestou (při porodu).
- 3. Bezprostředním kontaktem** – přes drobná poranění kůže nebo sliznice (Štork, 2008).

Inkubační doba a klinický obraz

K tzv. primoinfekci dochází po 2-7 denní inkubační době. Klinické projevy, které jsou vyvolané HSV, závisí na imunologickém stavu organismu jedince. Genitální opar postihuje muže i ženy, u nichž bývá jeho průběh komplikovanější. Projevuje se typickými svědivými a palčivými puchýřky většinou na zevním pohlavním ústrojí. U žen se vyskytuje nejčastěji v oblasti stydkých pysků, hráze ale někdy i v pochvě nebo na děložním čípku.

U mužů se opar vytváří na žaludu, předkožce nebo v okolí konečníku (u homosexuálů provozujících anální praktiky). Puchýřky praskají a posléze se mění v bolestivé vřídky, které jsou infekční. Většinou se zpravidla zahojí samy, avšak u citlivějších jedinců je vyrážka doprovázena oboustranným bolestivým zvětšením tříselných lymfatických uzlin, slabostí a horečkou. U žen může být virus zavlečen do močové trubice, což se projevuje bolestivým močením. Po primární infekci přechází onemocnění do bezpříznakového stádia. Virus může v organismu přetrvávat a opakovaně vyvolávat onemocnění. Udává se, že HSV-1 se opakuje u 14-25 % případů a u HSV-2 dojde k recidivě v 60-88 %. Mezi faktory, které vyvolají recidivu této nemoc, patří: fyzická i psychická zátěž pro organismus neúnosná (stres), hormonální změny v době menstruace či těhotenství, traumata, oslunění, nošení nevhodného a neprodyšného oblečení z umělých vláken, dále také špatné stravovací návyky, horečka či celková infekce (Viera, Amini, Huo, 2010).

Genitální herpes v těhotenství

Pro gravidní ženu jsou herpetická onemocnění velmi závažná. Virus se může při primoinfekci vzácně přenést přes placentu na plod. Avšak mnohem závažnější a častější je přenos vertikální (při porodu). Možnými komplikacemi herpetické infekce v těhotenství mohou být: spontánní potraty, nedonošenost plodu, nitroděložní růstová retardace, vrozené či novorozenecké infekce. Při infekci novorozence je postižena: kůže, játra, slezina, plíce, spojivky i CNS. Často však má tato choroba pro novorozené děti fatální následky (70 % úmrtnost). Nejvyšší riziko spočívá v primoinfekci matky několik týdnů před porodem. Prevencí před přenesením nákazy na dítě je císařský řez (Mašata, Jedličková, 2004).

Léčba

Onemocnění se léčí virostatickými přípravky např. ve formě tablet. Pokud se začne s aplikací léků v samostatném začátku vzniku oparu, tak mohou jeho průběh zkrátit, ovšem nezamezí recidivám. Nekomplikovaný opar se zhojí do 10 dnů. Při léčbě záleží na tom, zda jde o primární infekci nebo již o recidivu choroby. Herpetická vakcína bohužel doposud nepřekročila experimentální stádium (Litvik, Vantuchová, 2007).

Prevence

Vyhýbat se přímému kontaktu s infikovanou osobou. Používat kondom, který snižuje riziko přenosu infekce, avšak pokud se projevy nalézají mimo oblast krytou prezervativem, pak se i přesto můžeme nakazit (www.vitalion.cz, [citováno 4. 3. 2012]).

3.3.5 Lidské papilomaviry

Genitální papilomavirové infekce patří v současné době mezi nejčastější sexuálně přenosná onemocnění. Během života se HPV nakazí 75 až 80 % pohlavně aktivních lidí. K hlavním rizikovým faktorům HPV infekce patří rizikové sexuální chování (časný začátek pohlavního života a počet sexuálních partnerů). Rizika dále zvyšují také hormonální antikoncepce, imunosupresivní léčba, těhotenství, kouření, alkoholismus a toxikomanie. Nejvyšší prevalence (až 40 %) je sledována u mladých sexuálně aktivních žen mezi 20-25 lety. Po 35. roce věku nemocnost výrazně klesá (až na 5 %). Karcinom děložního čípku, který způsobují především HPV 16, 18 a 45, je v ČR každoročně diagnostikován u zhruba 1 000 žen, téměř 400 z nich na tuto nemoc umírá. V rámci Evropské unie patří ČR k zemím s nejvyšším výskytem rakoviny děložního čípku. Celosvětově je diagnostikováno asi 500 000 nových případů a 250 000 úmrtí (Laco, 2012).

Původce

Human papilloma virus (HPV – lidský papilomavirus) je tzv. DNA vir, patřící do čeledi *Papovaviridae*, který postihuje kůži či sliznice. V současné době známe více jak 100 typů těchto virů a přibližně 40 z nich infikuje oblast genitální. Určité typy způsobují běžné bradavice na ruce a chodidlech, naopak některé typy jsou zcela neškodné. Slizniční papilomaviry dělíme na typy vysoce (HPV 16, 18, 45), středně (HPV 31, 33, 35) a nízko rizikové (HPV 6, 11). Vysoce rizikové (*high risk*) papilomaviry nesou onkogenní potenciál a způsobují vznik karcinomu děložního čípku. Nízkorizikové (*low risk*) HPV způsobují tvorbu genitálních bradavic tzv. kondylomat (www.venerologie.cz, [citováno 10. 3. 2013]).

Přenos se uskutečňuje:

- 1. Pohlavním stykem** – do organismu se viry dostanou pomocí kožních a slizničních mikrotraumat (drobné poranění).
- 2. Příмым kontaktem** – méně častá, ale možná cesta přenosu (kožní kondylomata).
- 3. Infikovaným prádlem** – výjimečně.
- 4. Vertikální přenos z matky na dítě** – je možný při porodu (Mašata, Jedličková, 2004).

Inkubační doba

Doba od přenosu infekce do rozvoje onemocnění se pohybuje v rozmezí od 6 týdnů do 8 měsíců – průměrně 3 měsíce (Hřivnová, 2010).

Klinický obraz

Většina HPV infekcí není provázena žádnými příznaky, proto infikovaní lidé mohou virus dále přenášet, aniž by o tom věděli. Ve většině případů spontánně bez jakýchkoliv komplikací (během 6 až 24 měsíců) vymizí. Buněčná imunita hostitele je schopna nákazu potlačit. U některých žen však HPV infekce přetrvává a právě tyto ženy mají zvýšené riziko vzniku karcinomu cervixu, ale také pochvy či zevního genitálu. Muži jsou ohroženi karcinomem penisu a obě pohlaví karcinomem konečníku, ale i hlavy či krku. V oblasti genitálu se infekce HPV projevuje vznikem kondylomat, která mají různé formy (špičaté, pupencovité, plošné a obří). Genitální bradavice ke svému vzniku vyžadují určité prostředí, zvláště vlhkost. Nejdříve se tvoří bělavé až červenavé výrůstky, které se časem zvětšují, rozrůstají se a přeměňují v květákovité útvary s bradavičnatým povrchem. Časem mohou pokrýt rozsáhlé plochy zevního genitálu. Někdy na povrchu a v záhybech mokvají, pokrývají se hnisem a zapáchají. Pokud nejsou odstraněny, odumírají a oplošťují se. Mohou napodobovat kondylomata u syfilis a pokud prorůstají do análního otvoru, mohou připomínat též hemoroidy. U žen postihují malé a velké stydké pysky, hráz, pochvu i děložní čípek. U mužů se vyskytují na předkožkovém vaku, uzdičce, žaludu, ústí močové trubice či kolem análního otvoru. Vznik zhoubného bujení je dlouhodobý proces a doba potřebná pro vznik karcinomu se odhaduje na 20-25 let (Viera, Amini, Huo, 2010).

Léčba

K dispozici je celá řada možností léčby, ovšem žádná není zcela efektivní. Nejčastěji se při léčbě HPV používají virostatické a imunomodulační látky. Větší ložiska kondylomat vyžadují chirurgické odstranění. Lékaři preferují chirurgické ošetření (kličkou, jehlou) nebo studeným nožem (Šulová, Fait, Weiss, 2011).

Prevence

Jednou z možných prevencí je změna sexuálního chování, nejlépe soužití s jedním partnerem (i když i on může být nosičem infekce). Používání bariérové antikoncepce (prezervativu) bohužel není dostatečnou ochranou před přenosem HPV infekce. V současné době je nejperspektivnější využití vakcín, které jsou dostupné na trhu, avšak ani ty prozatím nezajistí 100 % ochranu. Základem prevence karcinomu děložního čípku jsou pravidelné gynekologické prohlídky. Jde o tzv. screening, to znamená záchyt změn na čípku ještě před prvními projevy onemocnění pravidelným vyšetřováním buněk odebraných z děložního čípku (www.hpv.cervix.cz, [citováno 16. 3. 2013]).

Očkování – primární prevence

Od roku 2006 jsou k dispozici dvě profylaktické vakcíny: Cervarix a Silgard, které jsou účinné zejména u osob, které se doposud s infekcí HPV nesetkali. Základem těchto vakcín jsou tzv. virům podobné částice. Chrání sliznici v oblasti genitálií před vniknutím HPV. Avšak nedokáže zneškodnit infekci, která v těle již byla. Spolehlivost vakcíny je 93 % bez ohledu na typ viru HPV. Účinnost se vztahuje k nejtěžším přednádorovým změnám na děložním čípku, které jsou posledním předstupněm před rakovinou. Papilomavirus 16 a 18 stojí přibližně za 70 % diagnostikovaných případů karcinomu děložního čípku, zatímco HPV 6 a 11 způsobují přibližně 90 % případů genitálních bradavic (Laco, 2012).

Správná doba k očkování

Vakcíny jsou vhodné pro dívky a ženy od 9 do 45 let. S narůstajícím věkem ovšem klesá prospěch vakcíny, protože je vyšší pravděpodobnost předchozí infekce a nižší pravděpodobnost budoucí infekce. Nejvhodnější dobou k vakcinaci je období před zahájením sexuálních aktivit, tedy ve věku 11-13 let. Vakcína má význam i pro dívky a ženy, které již žijí sexuálním životem. Přestože již mohly být vystaveny HPV viru, jistě se nesetkaly se všemi typy, před kterými vakcína chrání. Vakcína Silgard je vhodná i pro chlapce nejlépe ve věku 9 až 15 let z důvodu prevence genitálních bradavic a karcinomů penisu, konečníku, hlavy a krku a také z důvodu snížení rizika přenosu HPV na partnerku. Obě vakcíny jsou podávány nitrosvalově v časovém intervalu 6 měsíců (Fait, 2009).

Příspěvky na očkování

Vakcína Cervarix proti rakovině děložního čípku (tři dávky) je v České republice od 1. 4. 2012 hrazena pro všechny 13leté dívky z veřejného zdravotního pojištění. Vakcína Silgard se pohybuje okolo 7-9 000 Kč za celou sérii (www.cervarix.cz, [cit. 16. 3. 2013]).

Gynekologické vyšetření – sekundární prevence

Děložní čípek preventivně vyšetřuje gynekolog během pravidelných preventivních prohlídek, jehož úlohou je aktivní vyhledávání přednádorových změn na čípku. Toto vyšetření (cytologický stěr) je hrazeno jedenkrát ročně pro všechny ženy od 15 let. I přes možnost prevence žije v ČR asi 16 500 žen s diagnózou rakoviny děložního čípku, protože zdaleka ne všechny ženy docházejí na pravidelné gynekologické prohlídky (www.vsecomuzu.cz, www.cervarix.cz, [cit. 16. 3. 2013]).

3.3.6 Chlamydiové infekce

Infekce způsobené chlamydiemi dnes patří mezi nejčastější sexuálně přenosné infekce ve vyspělých zemích představující asi 50 % všech nespecifických infekcí genitálu. Podle Světové zdravotnické organizace každoročně přibude okolo 500 milionů nových případů pohlavně přenosných nemocí. Z tohoto počtu přibližně 90 milionů případů je připisováno *Chlamydia trachomatis*. Alarmující výskyt této infekce byl zaregistrován až s vývojem nových diagnostických technik od druhé poloviny 20. století. Jelikož infekce nejsou smrtelné, není této chorobě věnována příliš velká pozornost. Vyvolávají chronické záněty močových a pohlavních cest, které svým průběhem a následky mohou připomínat kapavčítý zánět. Dále mikroorganismy chlamydií napadají také plíce a posléze klouby, srdce a mozek. Nejvyšší prevalence je u mladých, sexuálně aktivních lidí ve věkovém rozpětí 16-32 let. S chlamydiemi se seznámí alespoň 1x za život 80-90 % lidí. Závažnější potíže nastanou asi u 20 % populace v plodném věku. Proč u některých jedinců chlamydie vyvolávají onemocnění, kdežto u jiných ne, zůstává záhadou. Pravděpodobně sehrávají svoji roli dědičné dispozice a nastavení imunitního systému (Ždichynec, 2009).

Původce

Chlamydiové choroby jsou způsobené intracelulárními parazitickými bakteriemi patřící do čeledi *Chlamydiaceae*. Svou strukturou a uspořádáním jsou velmi příbuzné gramnegativním bakteriím. Preferují mnohobuněčné organismy, zvláště člověka, jelikož ke svému přežití potřebují jeho energii z buněk. Do rodu *Chlamydia* patří 4 nejrozšířenější a známe druhy: *Chlamydia trachomatis* (CTR), *Chlamydia pneumoniae* (CPN), *Chlamydia psittaci* (CPS) a *Chlamydia pecorum* (CPC). V medicíně mají hlavní význam CTR a CPN, které jsou lidskými patogeny. CPS je primárně zvířecím patogenem, ovšem může dojít k přenosu na člověka (Partyková, 2007).

Chlamydia trachomatis se vyskytuje v několika typech (A-K). Typy A-C jsou příčinou oční infekce (zánět spojivek), jejichž následkem je *trachom*, který je příčinou slepoty. Typy L₁₋₃ jsou původci tzv. „čtvrté pohlavní nemoci“ nazývané *Lymphogranuloma venereum* (u nás vzácná). Typy D-K způsobují pohlavně přenosné urogenitální infekce.

Chlamydia pneumoniae je známá již přes 10 let. Bez zjevných klinických příznaků napadá českou populaci. V 5-10 % způsobuje onemocnění horních dýchacích cest. Až v 25 % je původcem komunitních pneumonií (zápal plic) a ve 20 % je příčinou primární ataky průduškového astmatu nebo jeho akutního vzplanutí (Mašata, Jedličková, 2004).

Chlamydia psittaci způsobuje tzv. psitakózu nebo ornitózu. Psitakóza vzniká nákazou od papouškovitých ptáků, zatímco ornitóza nákazou od ostatních ptáků včetně drůbeže. V České republice se vyskytuje sporadicky u lidí, kteří přicházejí do styku s ptactvem (drůbežárny či chovatelé exotického ptactva). Přirozeným hostitelem tohoto typu chlamydie jsou ptáci a savci. Ptačí kmeny vyvolávají horečnatá onemocnění dýchacích cest a zápal plic. Savčí kmeny způsobují zánět placenty.

Chlamydia pecorum byla izolována z ovcí, skotu, koček, prasat a domácího ptactva, a to nejčastěji z trusu. Jde o nově klasifikovaný druh. Jejím přirozeným hostitelem jsou doma chovaní ptáci či savci. Nejpravděpodobněji vyvolává skryté střevní infekce (Partyková, 2007).

Chlamydie jsou velice citlivé na vlivy zevního prostředí a mají nízkou rezistenci vůči jak chemickým, tak fyzikálním vlivům. Rychle hynou při teplotě nad 56 °C, jsou citlivé na běžné dezinfekční přípravky a nesnáší vyschnutí (Mašata, Jedličková, 2004).

Přenos *Chlamydia trachomatis* se uskutečňuje:

- 1. Pohlavním stykem** – vaginálním, análním i orálním.
- 2. Nedodržením hygieny** – vlhkým prádlem, ručníkem či potřísněnými prsty z genitálu.
- 3. Z infikované matky na dítě** – k novorozenecké nákaze dochází v 60-70 % případů při průchodu infikovaným cervikálním kanálem. Infekce může infikovat oči a vyvolat zánět spojivek. Dále mohou být postiženy všechny tkáně přicházející do kontaktu s porodním kanálem: nosohltan, střední ucho, dýchací ústrojí, ale i zevní pohlavní ústrojí. Zápal plic novorozence se projeví již ve 3-4 týdnu po porodu a může mít velmi závažné komplikace zvláště u předčasně narozených dětí. Děti porozené císařským řezem mají velice malé riziko infekce, pokud neodtekla plodová voda (Machová, Hamanová, 2002).

Přenos *Chlamydia pneumoniae* a *Chlamydia psittaci* se uskutečňuje:

- 1. Vzdušnou cestou** – přenášejí se kapénkami a postihují dýchací cesty. Tyto dva druhy bakterií jsou charakteristické častou reinfekcí, což svědčí o nízké imunitě po prodělané nákaze (Ždichynec, 2009).

Inkubační doba

Inkubační doba po pohlavním styku, který vedl k infekci, je několik dní až týdnů, zpravidla 10-20 dní (Štork, 2008).

Klinický obraz je neobyčejně pestrý:

U **mužů** se objeví výtok z močové trubice, který je většinou řídký a vodnatý, ale může být i hlenový a hnisavý. Někdy může výtok zcela chybět a jediným příznakem je pálení při močení, které signalizuje zánět močové trubice. Až u 50 % mužů probíhá infekce zcela bez příznaků. Hlavní komplikací je zánět varlat a nadvarlat s možným ohrožením plodnosti. Méně častý je zánět prostaty či Reiterův syndrom (zánět močové trubice + kloubů + spojivek). Homosexuální muži jsou navíc ohroženi zánětem konečníku.

U **žen** chlamydiová infekce způsobuje zánět děložního hrdla, který je krytý jednovrstevným cylindrickým epitelem, který je zvláště vnímavý pro chlamydie. Z děložního čípku se infekce šíří vzhůru do dělohy a napadá děložní sliznici. Odtud může pokračovat do vejcovodů, kde může způsobit jejich neprůchodnost. Výsledkem je hluboký pánevní zánět, který vede k následné sterilitě ženy. Mezi další následky chlamydiových infekcí patří: mimoděložní těhotenství, samovolný potrat nebo předčasný porod. Infekce chlamydiemi je jednou z nejzávažnějších pohlavně přenosných chorob u dívek, protože může mít zcela nenápadný průběh. Bezpříznakově probíhající onemocnění se vyskytuje až u 80 % případů. Méně často je choroba doprovázena několika příznaky. Mezi ně patří: výtok z pochvy, pálení v močové trubici či v pochvě, častější močení, bolesti v podbřišku, bolestivý pohlavní styk, krvácení mimo menstruační cyklus či jeho nepravidelnosti. Chlamydie se dále mohou spolupodílet na vzniku jiných závažných onemocnění, jako jsou: karcinom cervixu, choroby cév, infarktu myokardu atd. (Ždichynec, 2009).

Léčba

Je velice nákladná. V lehčích případech může probíhat ambulantně za pomoci antibiotik. Léky se mohou podat jednorázově, ale častěji se aplikují po dobu 1-2 týdnů. V případech kdy se infekce vrací, může léčba trvat mnohem déle. Během léčby je nutná sexuální abstinence a také léčba všech sexuálních partnerů, aby nedošlo k tzv. ping-pong reakci. V České republice chlamydie nepatří mezi infekce, které podléhají povinnému hlášení (www.pohlavni-choroby.cz, [citováno 4. 3. 2013]).

Prevence

Spočívá především v zodpovědném sexuálním chování a v používání bariérové antikoncepce (kondom), která snižuje riziko nákazy. Dále hraje svoji roli také věrnost partnerovi a dodržování intimní hygieny a obecně zásad hygieny – používání vlastních ručníků, spodního prádla atd. (www.vitalion.cz, [citováno 4. 3. 2012]).

4 Metodika práce

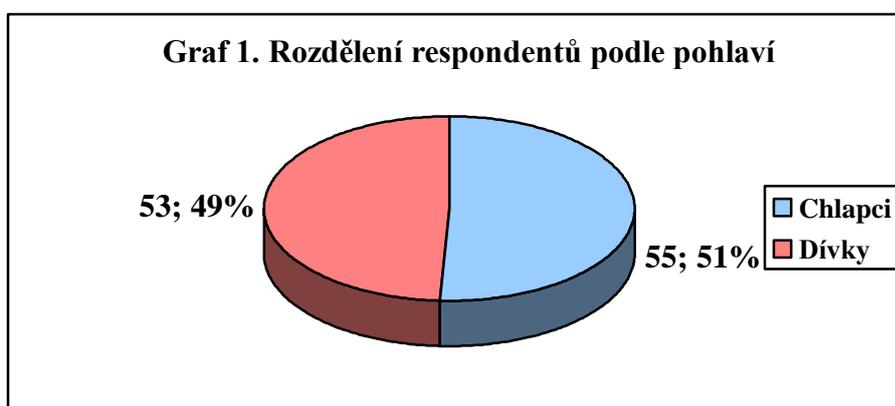
V této čtvrté kapitole charakterizujeme skladbu výzkumného vzorku z hlediska pohlaví a věkového složení a také podrobněji popíšeme metodiku výzkumu.

4.1 Popis výzkumného vzorku

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 108 žáků z 8. a 9. tříd základní školy a nižšího stupně gymnázia. Výzkumný vzorek tvořilo padesát pět chlapců (51 %) a padesát tři dívek (49 %). V tabulce 3 a grafu 1 vidíme rozdělení respondentů podle pohlaví.

Tabulka 3. Rozdělení respondentů podle pohlaví

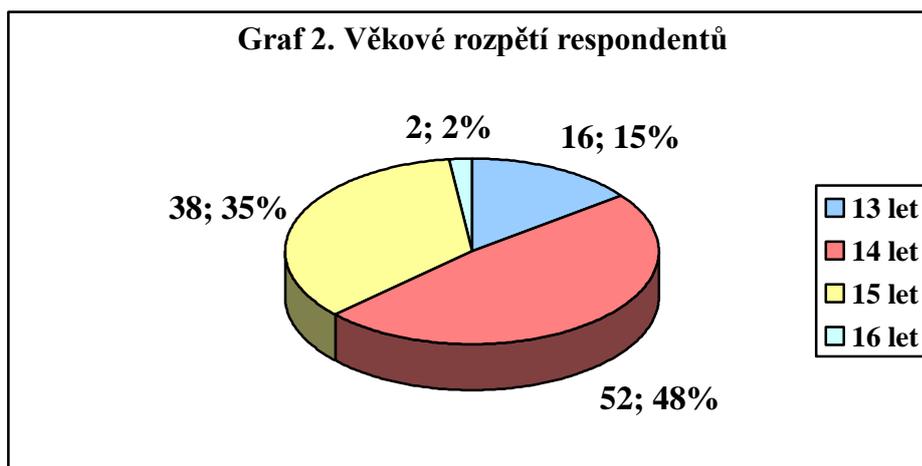
Pohlaví	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Počet žáků	55	51	53	49	108	100



Věkové rozpětí skupiny žáků se pohybovalo mezi 13 a 16 lety. Pro přehlednost jsme věkové rozpětí respondentů zpracovali do tabulky 4 a grafu 2.

Tabulka 4. Věkové rozpětí respondentů

Věk	13 let		14 let		15 let		16 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Počet žáků	16	15	52	48	38	35	2	2	108	100



Výzkum byl proveden po dohodě s cvičnými učiteli v rámci výstupů na první a druhé souvislé pedagogické praxi. Na souvislé pedagogické praxi I., která proběhla na jaře roku 2011 na nižším stupni gymnázia – Olomouc Hejčín, se výzkumného šetření zúčastnilo celkem 52 respondentů ze dvou 8. tříd. Návratnost dotazníků díky vlastní distribuci byla 100 %. Výzkumnou skupinu rovnými polovinami tvořilo 26 chlapců a 26 dívek ve věku 13-14 let.

Na souvislé pedagogické praxi II., která se konala na podzim roku 2012 na základní škole – Stupkova Olomouc, se do výzkumu zapojili žáci dvou 9. tříd, což celkem dalo 56 respondentů. Návratnost dotazníků díky vlastní distribuci byla taktéž 100 %. Z celkového počtu respondentů tvořilo výzkumnou skupinu 29 chlapců a 27 dívek ve věkovém rozpětí 14-16 let. Údaje o pohlaví a věku jsme rozpracovali do tabulky 5.

Tabulka 5. Rozdělení respondentů dle instituce, pohlaví a věku

Instituce	Gymnázium Olomouc Hejčín		ZŠ Stupkova Olomouc		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Počet žáků	52	48	56	52	108	100
Chlapci	26	47	29	53	55	51
Dívky	26	49	27	51	53	49
13 let	16	100	0	0	16	15
14 let	36	69	16	31	52	48
15 let	0	0	38	100	38	35
16 let	0	0	2	100	2	2

4.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část pro tuto diplomovou práci byla provedena formou totožného vstupního a výstupního dotazníku a dále také dotazníku, který se týkal použitých aktivizačních metod. Oba typy dotazníků byly anonymní. Vědomostní dotazník obsahoval 13 otázek, přičemž každá otázka měla pouze jednu správnou odpověď. Cílem vstupního vědomostního dotazníku (příloha 1.) bylo zmapovat vědomosti žáků týkající se problematiky HIV/AIDS. Cílem výstupního vědomostního dotazníku bylo zjistit, jestli se znalosti žáků v oblasti pohlavně přenosných chorob po výuce realizované pomocí aktivizačních metod, změnily. Dotazník k aktivizačním metodám (příloha 2.) měl 6 otázek. Cílem tohoto dotazníku bylo zjistit, zda jsou aktivizační metody při výuce sexuální výchovy (v rámci Výchovy ke zdraví) efektivní. Jestli mají přínos pro výuku a zda dokážou žáky motivovat k učení.

Průběh výzkumu. Na první i druhé souvislé pedagogické praxi byli osloveni cviční učitelé s prosbou o uskutečnění výzkumného šetření v 8. či 9. třídách v rámci výstupů v předmětu Výchova ke zdraví. Cvičným učitelům bylo vysvětleno, že výsledky výzkumu budou zpracovány pro diplomovou práci. Díky ochotným pedagogům bylo možno výzkum realizovat. Výzkumné šetření a realizace výuky pomocí aktivizačních metod proběhla v průběhu tří týdnů. Každý týden se konala jedna vyučovací hodina, to znamená, že celkový čas na výuku činil 135 minut.

Vstupní i výstupní vědomostní dotazníky a také dotazníky k aktivizačním metodám vyplnilo celkem 108 žáků. Žáci byli seznámeni s autorem výzkumu, který výzkumné šetření provádí a dále také s hlavními cíli, které očekáváme, že budou naplněny. Bylo řečeno, že dotazníky jsou anonymní, a proto se nikdo nemusí podepisovat. Důležité je pouze zatrhnout pohlaví a napsat svůj věk a třídu. Dále jsme žákům sdělili, že na dotazník mají dostatek času, a proto jsme je poprosili, aby kladené otázky četli pozorně a pokud by v průběhu vyplňování dotazníku něčemu neporozuměli, mohou se kdykoliv na cokoliv zeptat. Před samotnou realizací dotazníkového šetření jsme vícekrát zdůraznili, že u každé otázky v dotazníku musí být zatrhnuta pouze jedna odpověď, aby byl dotazník platný. Toto důkladné poučení bylo pozitivem pro náš výzkum, protože překvapivě všechny dotazníky do jednoho se vrátily kompletní, a tudíž mohly být všechny použity do výzkumu.

Na úplný závěr, po vyplnění výstupního vědomostního dotazníku, jsme spolu s žáky prošli správné odpovědi, aby měli i oni zpětnou vazbu a nakonec jsme poděkovali za jejich spolupráci a ochotu a poskytli jsme jim ještě prostor pro diskuzi.

5 Výsledky a diskuze

V páté kapitole jsme zpracovali a vyhodnotili výsledky vědomostního dotazníku a dotazníku k aktivizačním metodám. Také jsme umožnily prostor k diskusi.

5.1 Vědomostní dotazník

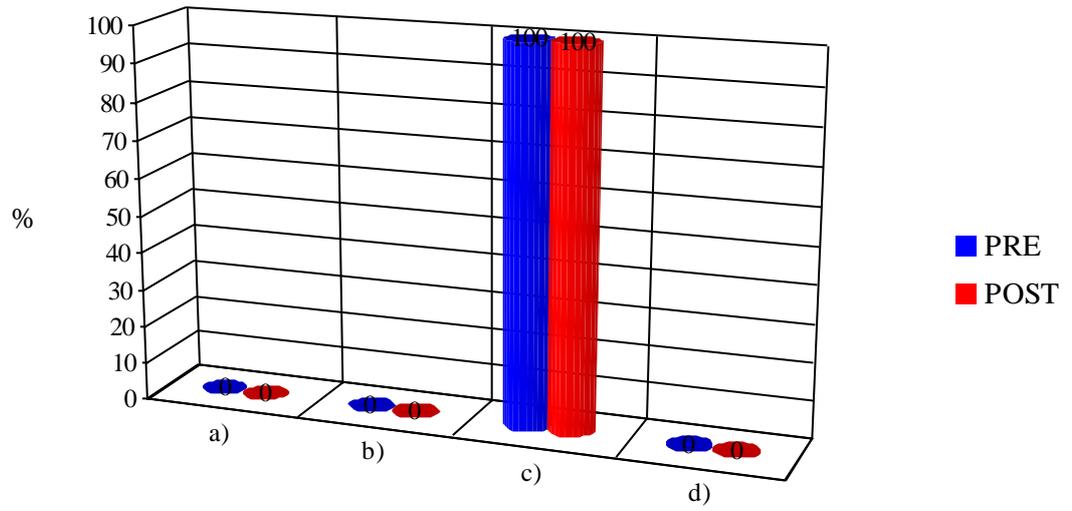
V této podkapitole jsou prezentovány výsledky vstupního a výstupního anonymního vědomostního dotazníku. V grafech jsou výsledky vstupního dotazníku (v legendě označeny zkratkou PRE) znázorněny modrou barvou, zatímco výsledky výstupního dotazníku (v legendě pod zkratkou POST) barvou červenou.

Otázka číslo 1 se ptala: Co nebo kdo je podle Vás HIV? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) HIV je prvok, b) HIV je hmyz, c) HIV je virus, d) HIV je nemocný člověk. Správná byla možnost: **c) HIV je virus**, jak uvádí Hájek, Novák, Sedláček, Pazdiora (2004). Tato první otázka byla pro žáky jednoduchá, protože jak můžeme vidět v tabulce 6 a grafu 3, všech sto osm respondentů (100 %) ji mělo správně.

Tabulka 6. Co nebo kdo je podle vás HIV?

Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) HIV je prvok	0	0	0	0
b) HIV je hmyz	0	0	0	0
c) HIV je virus	108	100	108	100
d) HIV je nemocný člověk	0	0	0	0
CELKEM	108	100	108	100

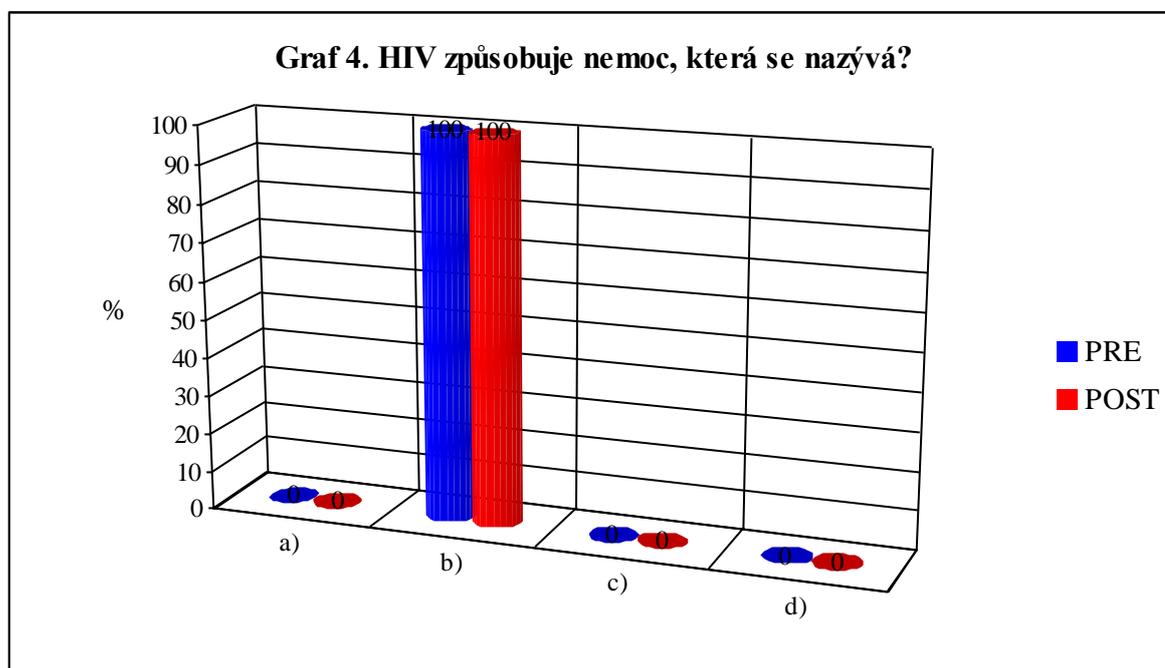
Graf 3. Co nebo kdo je podle Vás HIV?



Otázka číslo 2 zjišťovala: HIV způsobuje nemoc, která se nazývá? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) angína, b) AIDS, c) rakovina, d) tuberkulóza. Správná byla možnost: **b) AIDS**, jak tvrdí Štork (2008). I tato druhá jednoduchá otázka nedělala žákům 8. a 9. tříd žádné problémy. V PRE i POST dotazníku ji věděli všichni respondenti (100 %). To nám ukazuje tabulka 7 a graf 4.

Tabulka 7. HIV způsobuje nemoc, která se nazývá?

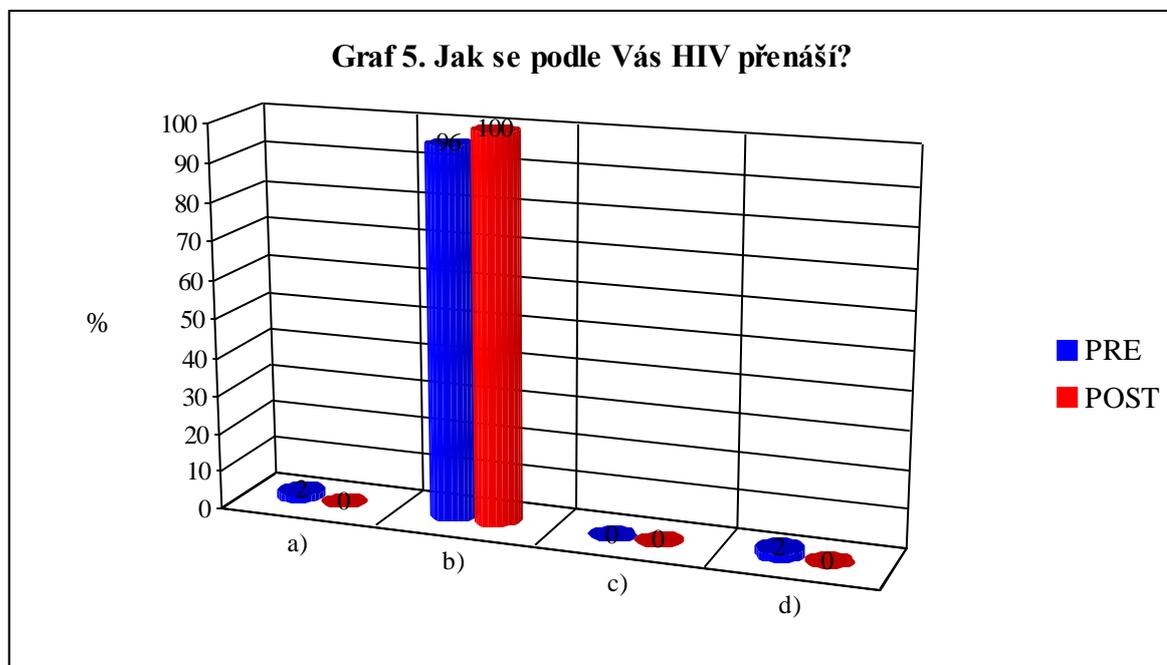
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) angína	0	0	0	0
b) AIDS	108	100	108	100
c) rakovina	0	0	0	0
d) tuberkulóza	0	0	0	0
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 3 byla následující: Jak se podle Vás HIV přenáší? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) stejně jako chřipka (kapénkami), b) nechráněným pohlavním stykem, c) štípnutím komára, d) podáním ruky. Správná byla možnost: **b) nechráněným pohlavním stykem** (Havlín, 2011). Na třetí otázku v PRE dotazníku odpovědělo sto čtyři respondentů (96 %) správně, dva žáci (2 %) zvolili možnost a) stejně jako chřipka (kapénkami) a další dva jedinci (2 %) vybrali variantu d) podáním ruky. V POST dotazníku již odpověděli všichni správně. Výsledky třetí otázky nám znázorňuje tabulka 8 a graf 5.

Tabulka 8. Jak se podle Vás HIV přenáší?

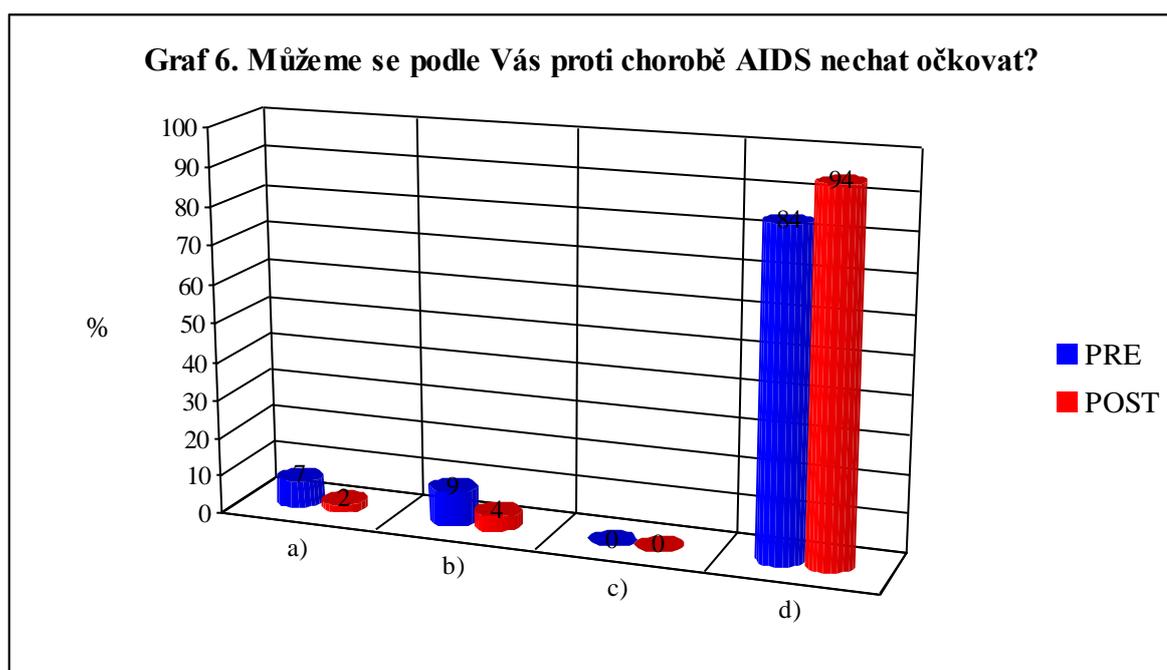
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) stejně jako chřipka (kapénkami)	2	2	0	0
b) nechráněným pohlavním stykem	104	96	108	100
c) štípnutím komára	0	0	0	0
d) podáním ruky	2	2	0	0
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 4 se dotazovala: Můžeme se podle Vás proti chorobě AIDS nechat očkovat? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) ano můžeme, vakcína je dostupná v lékárnách, b) ano můžeme, ale vakcína je velmi drahá, c) ne nemůžeme, vakcína v ČR není dostupná, d) ne nemůžeme, vakcína proti chorobě AIDS neexistuje. Správná byla možnost: **d) ne nemůžeme, vakcína proti chorobě AIDS neexistuje**. PRE dotazník ukázal, že devadesát respondentů (84 %) vědělo správnou odpověď, zatímco deset (9 %) si myslelo, že existuje očkování, ale že vakcína je velmi drahá, a dokonce osm žáků (7 %) žilo v myslné představě, že si vakcínu můžeme zakoupit v lékárně. POST dotazník ukázal pokrok ve vědomostech žáků, když sto dva respondentů (94 %) vědělo správnou odpověď. Ovšem jak vidíme v tabulce 9 a grafu 6, šest žáků (6 %) v této otázce ještě chybovalo.

Tabulka 9. Můžeme se podle Vás proti chorobě AIDS nechat očkovat?

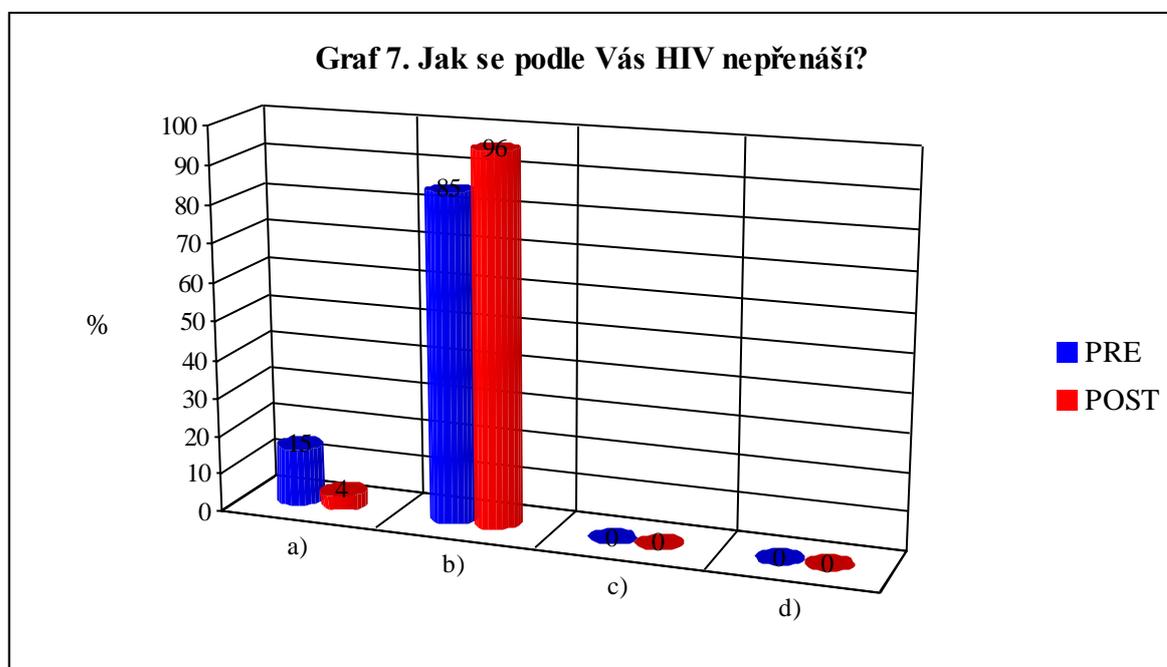
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) ano můžeme, vakcína je dostupná v lékárnách	8	7	2	2
b) ano můžeme, ale vakcína je velmi drahá	10	9	4	4
c) ne nemůžeme, vakcína v ČR není dostupná	0	0	0	0
d) ne nemůžeme, vakcína proti chorobě AIDS neexistuje	90	84	102	94
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 5 zkoumala: Jak se podle Vás HIV nepřenáší? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) z matky na plod, b) bodnutím včely, vosy nebo komára, c) infikovanými injekčními stříkačkami uživatelů drog, d) nechráněným pohlavním stykem. Správná byla možnost: **b) bodnutím včely** (Zemková, 2001). V PRE dotazníku volilo devadesát dva respondentů (85 %) správnou možnost. Překvapivě šestnáct žáků (15 %) tvrdilo, že se HIV nepřenáší z matky na plod. V POST dotazníku se navýšila správná odpověď na číslo sto čtyři (96 %) a jak můžeme vidět v tabulce 10 a grafu 7 jen čtyři respondenti (4 %) v této otázce ještě neměli zcela jasno.

Tabulka 10. Jak se podle Vás HIV nepřenáší?

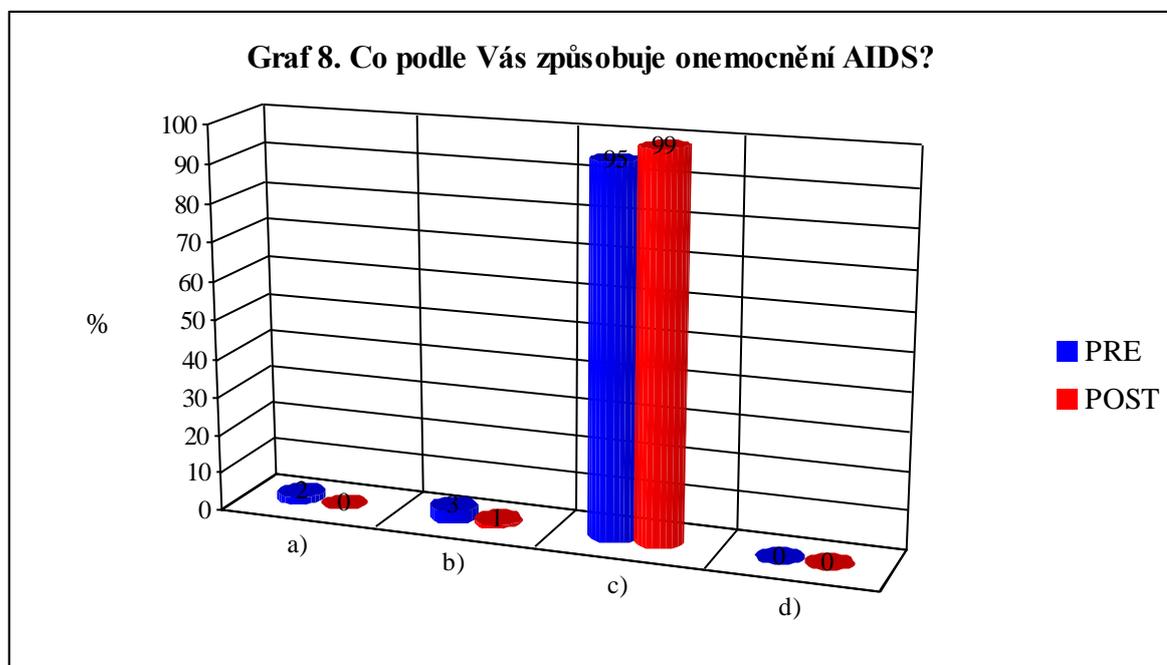
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) z matky na plod	16	15	4	4
b) bodnutím včely	92	85	104	96
c) infikovanými injekčními stříkačkami uživatelů drog	0	0	0	0
d) nechráněným pohlavním stykem	0	0	0	0
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 6 se ptala: Co podle Vás způsobuje onemocnění AIDS? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) obezitu, b) selhání srdce, c) rozvrat imunitního systému, d) nemoc zvanou příušnice. Správná byla možnost: **c) rozvrat imunitního systému**, jak tvrdí také Šulová, Fait, Weiss (2011). V PRE dotazníku správně odpovědělo sto tři respondentů (95 %). Dva žáci (2 %) se domnívali, že AIDS způsobuje obezitu, zatímco tři žáci (3 %) si mysleli, že jde o selhání srdce. V tabulce 11 a grafu 8 vidíme, že v POST dotazníku sto sedm mladistvých (99 %) zvolilo správnou odpověď a jen jeden žák (1 %) zvolil variantu b) selhání srdce.

Tabulka 11. Co podle Vás způsobuje onemocnění AIDS?

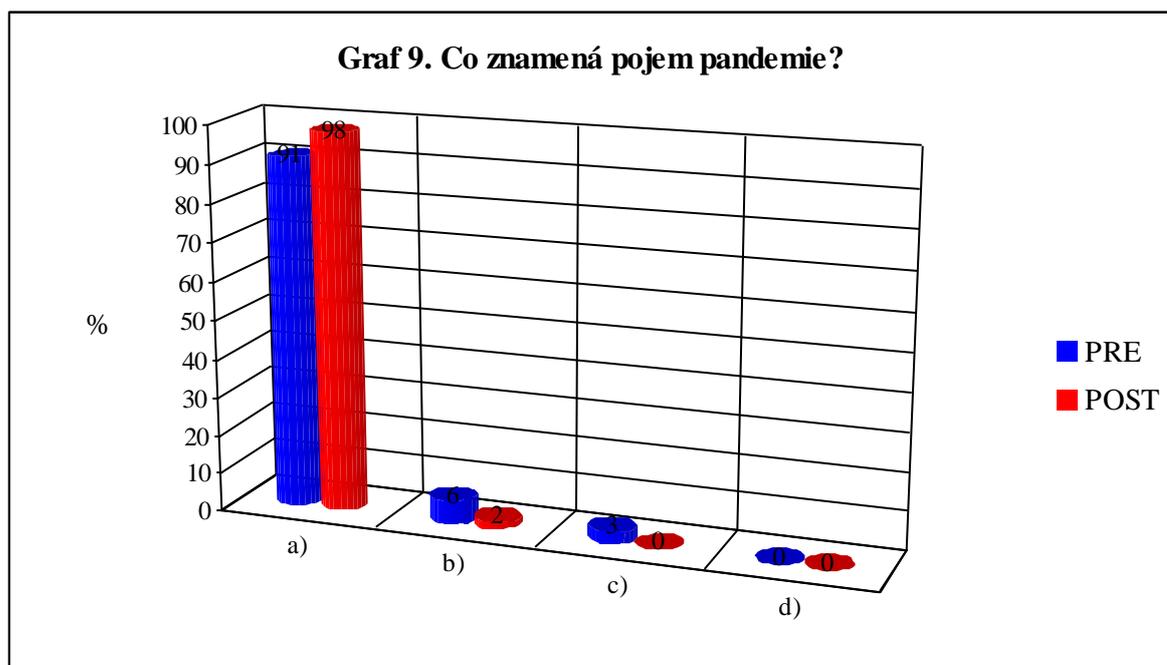
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) obezitu	2	2	0	0
b) selhání srdce	3	3	1	1
c) rozvrat imunitního systému	103	95	107	99
d) nemoc zvanou příušnice	0	0	0	0
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 7 zjišťovala: Co znamená pojem pandemie? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) onemocnění je rozšířeno celosvětově, b) onemocnění je rozšířeno v Africe, c) onemocnění je rozšířeno jen v ČR, d) onemocnění je rozšířeno ve městě. Správná byla možnost: **a) onemocnění je rozšířeno celosvětově**. Tato sedmá otázka překvapivě žákům nedělala problém. PRE dotazník ukázal, že devadesát osm respondentů (91 %) vědělo správnou odpověď a pouze deset žáků (9 %) zvolilo jinou možnost. V POST dotazníku jsme opět zaznamenali vědomostní zlepšení, kdy již sto šest respondentů (98 %) zvolilo správnou variantu a jen dva žáci (2 %) byli přesvědčeni, že onemocnění je rozšířeno v Africe. Tyto výsledky nám ukazuje tabulka 12 a graf 9.

Tabulka 12. Co znamená pojem pandemie?

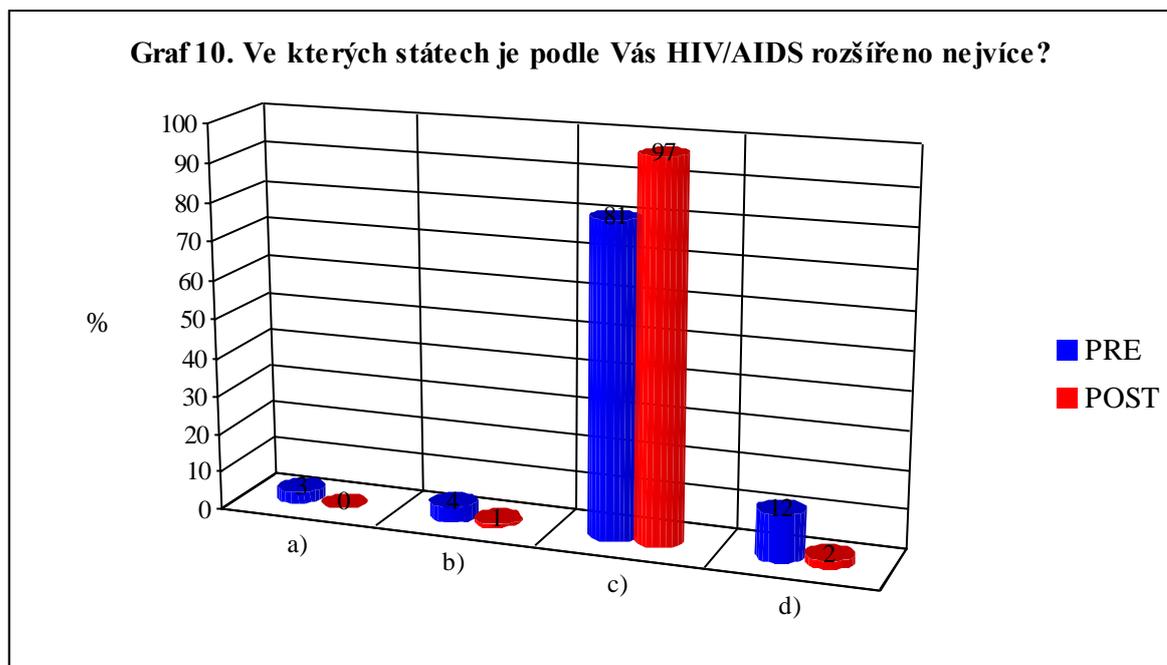
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) onemocnění je rozšířeno celosvětově	98	91	106	98
b) onemocnění je rozšířeno v Africe	7	6	2	2
c) onemocnění je rozšířeno jen v ČR	3	3	0	0
d) onemocnění je rozšířeno ve městě	0	0	0	0
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 8 byla následující: Ve kterých státech je podle Vás HIV/AIDS rozšířeno nejvíce? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) Švédsko, Dánsko, Finsko, b) ČR, Polsko, Německo, c) státy subsaharské Afriky, d) státy Jižní Ameriky. Správná byla možnost: **c) státy subsaharské Afriky**. Na osmou otázku v PRE dotazníku odpovědělo osmdesát osm žáků (81 %) správně. Třináct respondentů (12 %) si myslelo, že je HIV/AIDS rozšířeno nejvíce ve státech Jižní Ameriky, čtyři jedinci (4 %) zakroužkovali písmeno b) a tři žáci (3 %) volili variantu a). V POST dotazníku měla většina mladistvých v této otázce jasno. Jak ukazuje tabulka 13 a graf 10 celých sto pět respondentů (97 %) se rozhodlo pro správnou možnost. Už jen tři žáci (3 %) chybovali.

Tabulka 13. Ve kterých státech je podle Vás HIV/AIDS rozšířeno nejvíce?

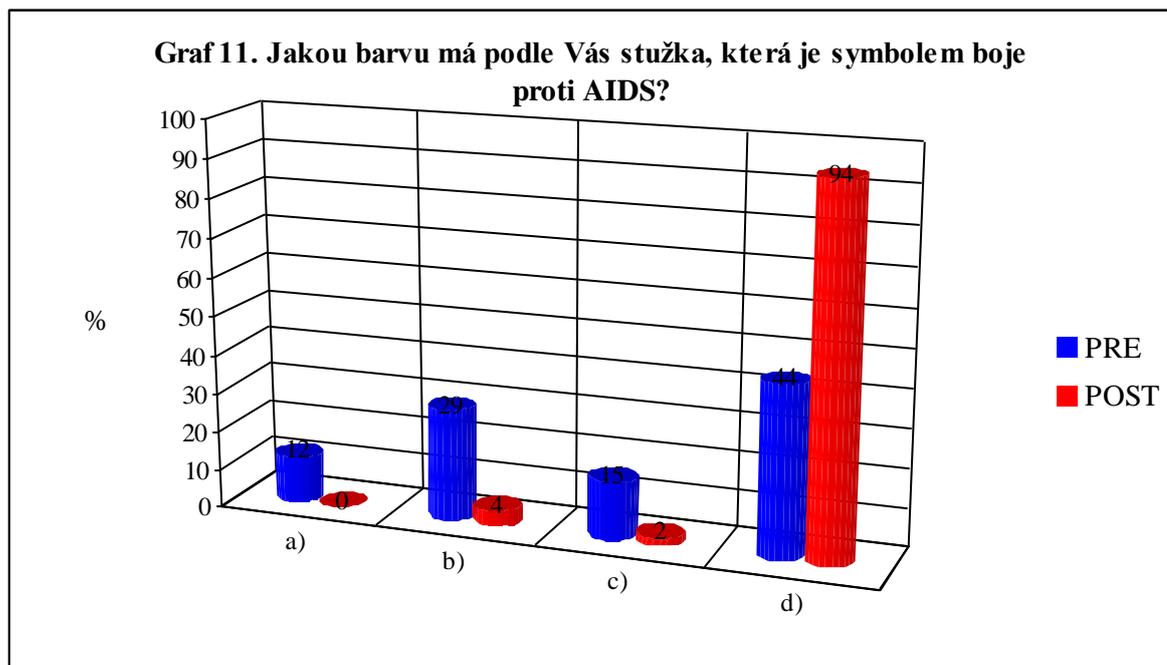
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) Švédsko, Dánsko, Finsko	3	3	0	0
b) ČR, Polsko, Německo	4	4	1	1
c) státy subsaharské Afriky	88	81	105	97
d) státy Jižní Ameriky	13	12	2	2
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 9 se dotazovala: Jakou barvu má podle Vás stužka, která je symbolem boje proti AIDS? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) černou, b) fialovou, c) modrou, d) červenou. Správná byla možnost: **d) červenou**. Tato otázka podle našich předpokladů dělala žákům největší problém. Z celkového počtu respondentů volilo správnou možnost čtyřicet osm žáků (44 %). Pro barvu černou se rozhodlo třináct jedinců (12 %), pro fialovou třicet jedna žáků (29 %) a barvu modrou zvolilo šestnáct dětí (15 %). V POST dotazníku vidíme obrovské zlepšení v této otázce. Již sto dva respondentů (94 %) vědělo správnou odpověď a celkově jen šest žáků (6 %) se mylilo. Tabulka 14 a graf 11 prezentují tyto výsledky.

Tabulka 14. Jakou barvu má podle Vás stužka, která je symbolem boje proti AIDS?

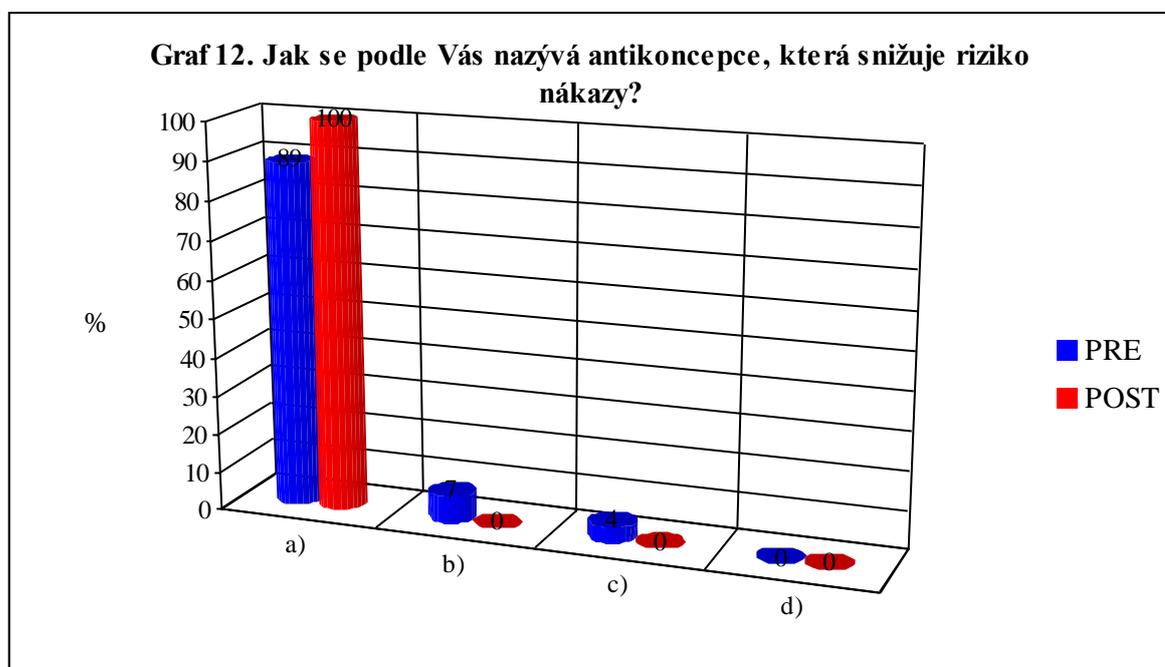
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) černou	13	12	0	0
b) fialovou	31	29	4	4
c) modrou	16	15	2	2
d) červenou	48	44	102	94
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 10 zkoumala: Jak se podle Vás nazývá antikoncepce, která snižuje riziko nákazy? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) kondom, b) hormonální pilulky, c) nitroděložní tělísko, d) spermicidní gel. Správná byla možnost: **a) kondom**, což uvádí Světový program boje proti AIDS. PRE dotazník ukázal, že správnou odpověď znalo devadesát šest respondentů (89 %), avšak osm žáků (7 %) chybně zvolilo možnost b) hormonální pilulky, a dokonce čtyři žáci (4 %) si mysleli, že riziko nákazy virem HIV snižuje nitroděložní tělísko. V tabulce 15 a grafu 12 vidíme, že v POST dotazníku měli všichni žáci (100 %) v této desáté otázce zcela jasno.

Tabulka 15. Jak se podle Vás nazývá antikoncepce, která snižuje riziko nákazy?

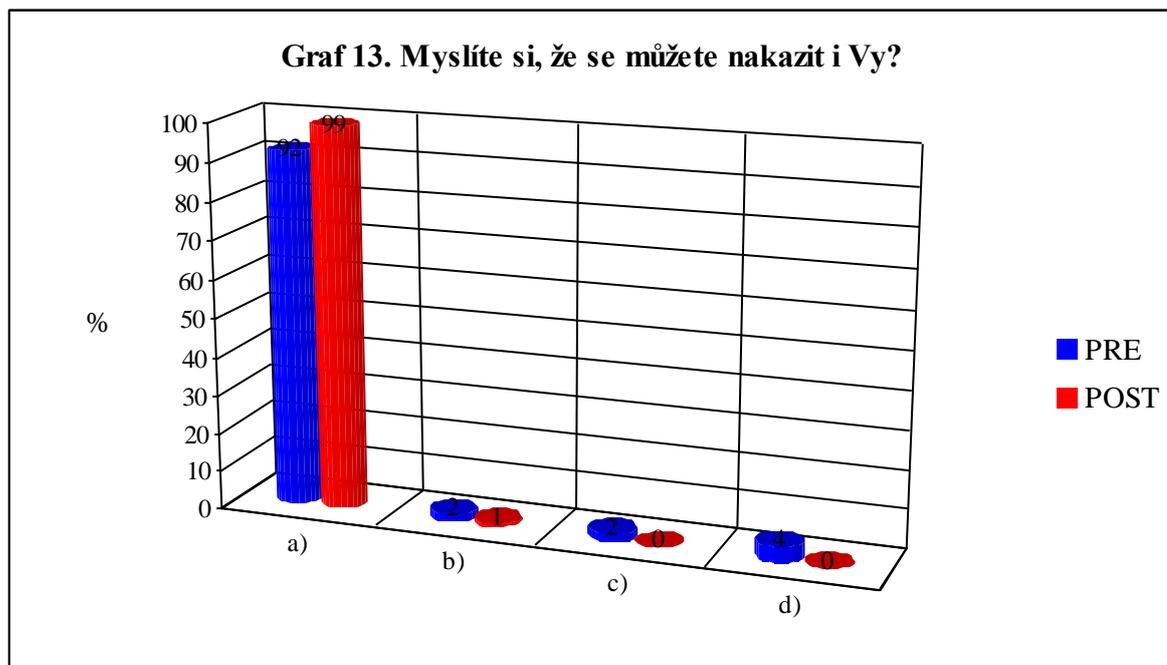
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
Nabízené možnosti	n	%	n	%
a) kondom	96	89	108	100
b) hormonální pilulky	8	7	0	0
c) nitroděložní tělísko	4	4	0	0
d) spermicidní gel	0	0	0	0
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 11 se ptala: Myslíte si, že se můžete nakazit i Vy? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) ano můžu, pokud se budu chovat rizikově, b) ne nemůžu, HIV/AIDS se v ČR nevyskytuje, c) ne nemůžu, d) nevím. Správná byla možnost: **a) ano můžu, pokud se budu chovat rizikově**. PRE dotazník ukázal, že sto respondentů (92 %) zakroužkovalo správnou variantu. Dva žáci (2 %) se domnívali, že se v ČR HIV nevyskytuje, dva žáci (2 %) žili v myslné představě, že se nakazit nemohou a čtyři žáci (4 %) se rozhodli pro možnost nevím. V POST dotazníku správně odpovědělo sto sedm respondentů (99 %) a pouze jeden mladistvý (1 %) zvolil písmeno b). Tyto výsledky můžeme vidět v tabulce 16 a grafu 13.

Tabulka 16. Myslíte si, že se můžete nakazit i Vy?

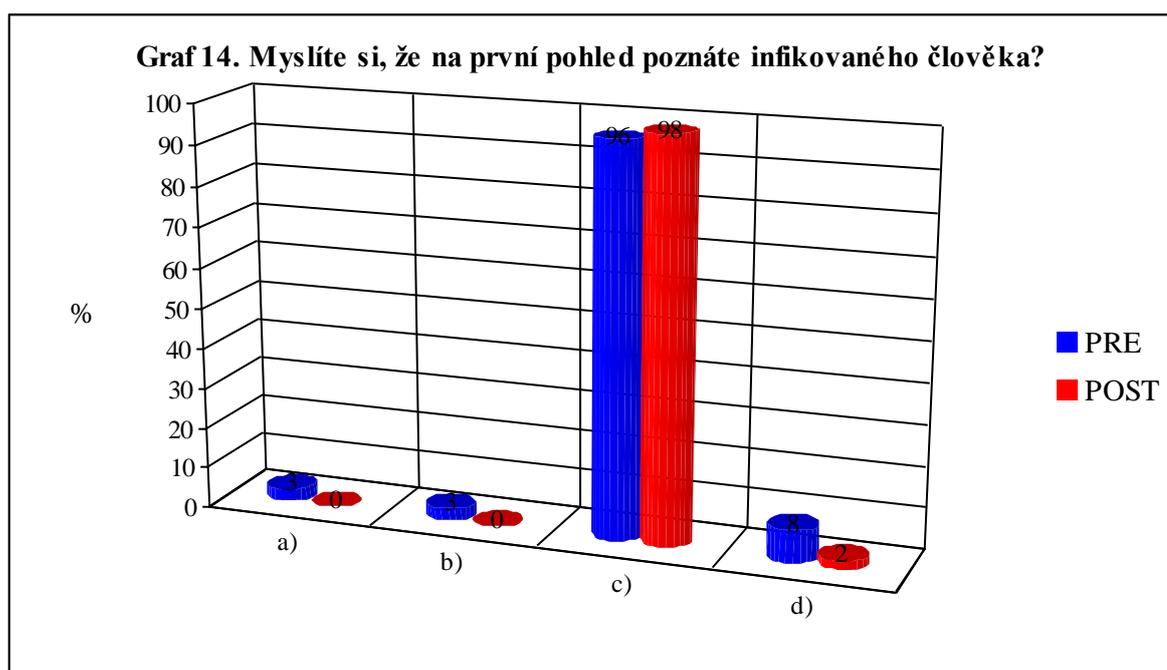
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) ano můžu, pokud se budu chovat rizikově	100	92	107	99
b) ne nemůžu, HIV/AIDS se v ČR nevyskytuje	2	2	1	1
c) ne nemůžu	2	2	0	0
d) nevím	4	4	0	0
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 12 zjišťovala: Myslíte si, že na první pohled poznáte infikovaného člověka? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) ano poznám, vypadá nemocně, b) ano poznám, má typické chování, c) ne nepoznám, d) nevím. Správná byla možnost: **c) ne nepoznám**. Tuto variantu si v PRE dotazníku vybralo devadesát tři žáků (96 %). Devět žáků (8 %) zvolilo možnost nevím, tři žáci (3 %) si mysleli, že infikovaný člověk má typické chování a stejný počet (3 %) se domnívali, že nakažený člověk virem HIV vypadá nemocně. Opět v POST dotazníku můžeme vidět pokrok ve znalostech, jelikož sto šest respondentů (98 %) již kroužkovalo správnou variantu a jen dva žáci (2 %) opět zvolili písmeno d) nevím. Výsledky dvanácté otázky prezentuje tabulka 17 a graf 14.

Tabulka 17. Myslíte si, že na první pohled poznáte infikovaného člověka?

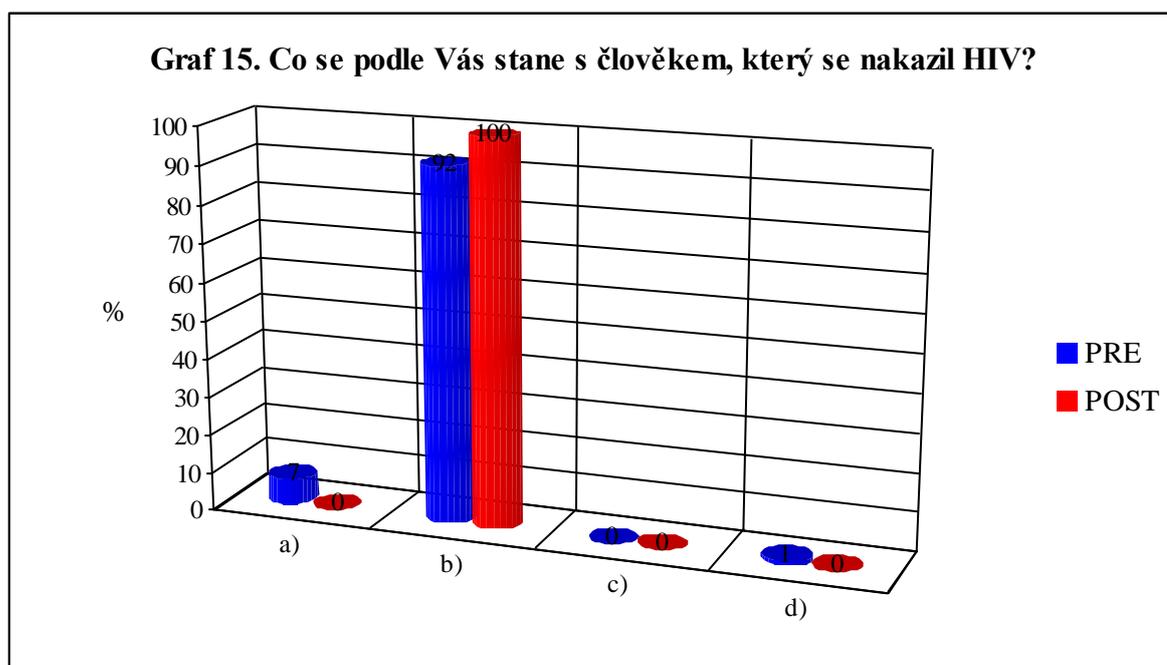
Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) ano poznám, vypadá nemocně	3	3	0	0
b) ano poznám, má typické chování	3	3	0	0
c) ne nepoznám	93	96	106	98
d) nevím	9	8	2	2
CELKEM	108	100	108	100



Otázka číslo 13 byla následující: Co se podle Vás stane s člověkem, který se nakazil HIV? Nabízené čtyři možnosti byly následující: a) podstoupí léčbu, která mu zachrání život, b) zemře, c) žije dál a léčit se nemusí, tělo si s infekcí poradí samo, d) nevím. Správná byla možnost: **b) zemře**. Tato poslední třináctá otázka většině žáků nedělala problém. V PRE dotazníku se pro správnou variantu rozhodlo devadesát devět mladistvých (92 %), ovšem osm žáků (7 %) žilo v myslné představě, že infikovaný člověk může podstoupit léčbu, která mu zachrání život. Jeden žák (1 %) zvolil možnost nevím. Jak můžeme vidět v tabulce 18 a grafu 15, v POST dotazníku věděli všichni respondenti správnou odpověď (100 %).

Tabulka 18. Co se podle Vás stane s člověkem, který se nakazil HIV?

Vědomostní dotazník:	PRE		POST	
	n	%	n	%
Nabízené možnosti				
a) podstoupí léčbu, která mu zachrání život	8	7	0	0
b) zemře	99	92	108	100
c) žije dál a léčit se nemusí	0	0	0	0
d) nevím	1	1	0	0
CELKEM	108	100	108	100



5.2 Dotazník k aktivizačním metodám

V této podkapitole jsou vyhodnoceny výsledky dotazníku k aktivizačním metodám. Dotazník obsahoval celkem šest otázek. U otázky číslo 1. jsme žákům nabídli hodnocení pomocí číselné škály od 1 do 10, přičemž desítka znamenala nejlepší hodnocení a jednička naopak znázorňovala nejhorší hodnocení z hlediska efektivity metody. To znamená, že pokud žák označil metodu číslem 10, považoval ji za efektivní, pokud zvolil hodnocení číslem 5, byla pro něj metoda průměrná a pokud kroužkoval číslo 1, znamenalo to, že se mu metoda z hlediska efektivity líbila. U zbylých pěti otázek měli respondenti vybrat jednu ze tří možných variant, která byla jejich názoru nejbližší.

Otázka číslo 1 byla následující: Která z aktivizačních metod byla pro tebe nejpřínosnější? Výpočtem koeficientu jsme zjistili, že nejpřínosnější či nejzajímavější byla pro žáky 8. a 9. tříd aktivizační metoda zvaná Semafor, která se zabývala přenosem viru HIV. Tato metoda získala koeficient 9,2. Na druhém místě s koeficientem 9,1 se umístila metoda, kterou jsme pojmenovali Sexeso, která nám sloužila k opakování problematiky HIV/AIDS. Těsně třetí místo obsadila aktivizační metoda, které jsme říkali Příběh. Získala od žáků koeficient 9,0. Tato metoda se zabývala rizikovým chováním v sexuální oblasti. Nejméně přínosná či atraktivní s koeficientem 8,0 se stala metoda zvaná Osmisměrka, která sloužila k propojení učiva o pohlavně přenosných chorobách.

Všechny zmíněné metody hodnotila většina žáků kladně, číslem 10-8, jen pár žáků hodnotilo metody spíše záporně, známkami menšími než 5. Tyto překvapivě pozitivní výsledky jsme opravdu nečekali. Zpracovali jsme je podrobněji do tabulky 19.

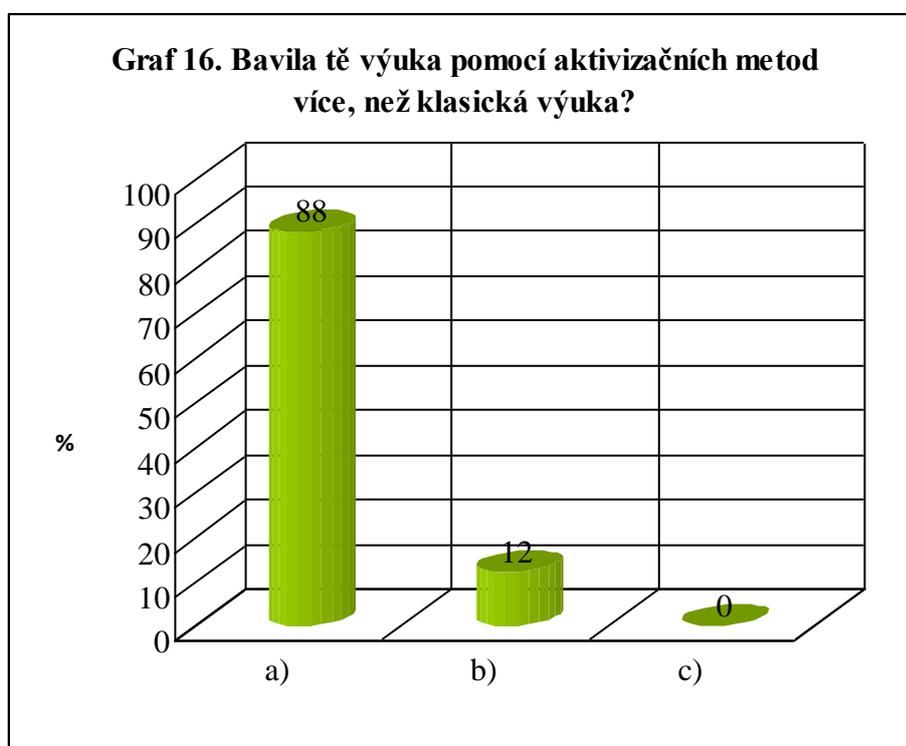
Tabulka 19. Která z aktivizačních metod byla pro tebe nejpřínosnější?

AKTIVIZAČNÍ METODA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem	Ø
Semafor	0	0	0	1	3	4	3	9	20	68	108	9,2
Příběh	0	0	1	0	2	3	6	11	32	53	108	9,0
Sexeso	0	0	0	0	2	2	5	17	21	61	108	9,1
Osmisměrka	0	1	3	2	5	6	12	22	37	20	108	8,0

Otázka číslo 2 zněla: Bavila tě výuka pomocí aktivizačních metod více, než klasická výuka? Nabízené tři varianty byly následující: a) ano, byla zábavná, přínosná a efektivní, b) byla náročná, bavili mě jen některé metody, c) ne, nebavila mě, upřednostňuji klasickou výuku. Sto čtyři respondentů (88 %) si vybralo první možnost. To znamená, že považovaly výukové metody za zábavné, přínosné a efektivní. Čtrnácti žákům (12 %) se aktivizační metody zdály náročné a byly pro ně zajímavé jen některé z použitých metod. Možnost c) překvapivě ne zvolil žádný jedinec. Výsledky druhé otázky můžeme vidět v tabulce 20 a grafu 16.

Tabulka 20. Bavila tě výuka pomocí aktivizačních metod více, než klasická výuka?

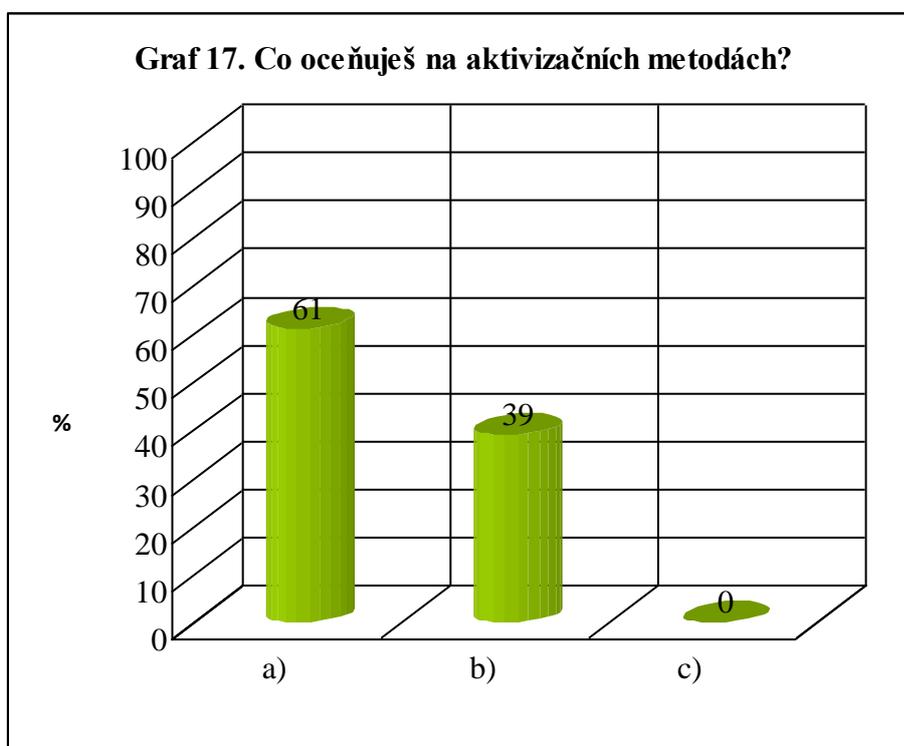
Nabízené možnosti	n	%
a) ano, byla zábavná, přínosná a efektivní	104	88
b) byla náročná, bavili mě jen některé metody	14	12
c) ne, nebavila mě, upřednostňuji klasickou výuku	0	0
CELKEM	118	100



Otázka číslo 3 zjišťovala: Co oceňuješ na aktivizačních metodách? Nabízené tři varianty byly následující: a) můžu projevit vlastní názor, b) můžu se aktivně zapojit do výuky, c) nic, metody mě nezaujaly. Ve třetí otázce je patrné, že nadpoloviční většina žáků ráda projeví svůj názor k dané problematice. Tuto možnost si zvolilo šedesát šest jedinců (61 %). Máme radost i ze čtyřiceti dvou respondentů (39 %), kteří si vybrali druhou možnost, a tudíž tvrdí, že se rádi aktivně zapojí do výuky. Možnost třetí si opět nevybral žádný žák, z toho plyne, že se každému líbila alespoň jedna aktivizační metoda, kterou jsme realizovali. Tyto údaje jsou zpracovány v tabulce 21 a grafu 17.

Tabulka 21. Co oceňuješ na aktivizačních metodách?

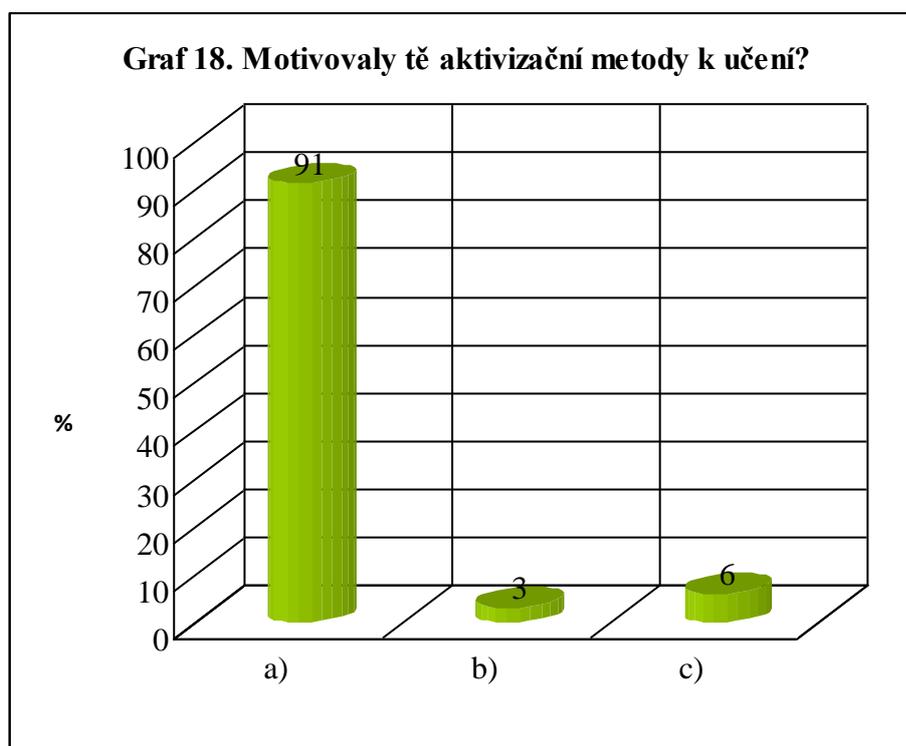
Nabízené možnosti	n	%
a) můžu projevit vlastní názor	66	61
b) můžu se aktivně zapojit do výuky	42	39
c) nic, metody mě nezaujaly	0	0
CELKEM	118	100



Otázka číslo 4 se ptala: Motivovaly tě aktivizační metody k učení? Nabízené tři varianty byly následující: a) ano, b) ne, c) nevím. I čtvrtá otázka v dotazníku dopadla velmi kladně, jelikož devadesát osm žáků (91 %) tvrdilo, že je aktivizační metody motivují k učení. Zde je patrné, že pokud se výuka realizuje zábavnou formou, potom může bavit i žáky, kteří by normálně o probíranou látku nejevili zájem. Dále můžeme vidět v tabulce 22 a grafu 18, že sedm respondentů (6 %) kroužkovalo možnost nevím a pouze tři mladiství (3 %) zastávali názor, že je aktivizační metody nemotivují k učení.

Tabulka 22. Motivovaly tě aktivizační metody k učení?

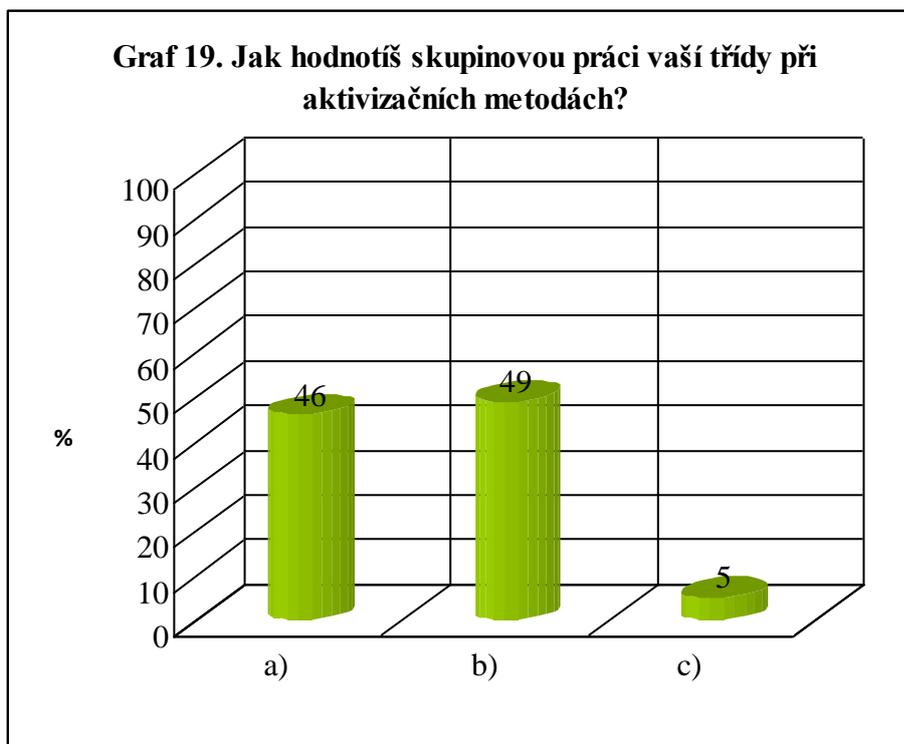
Nabízené možnosti	n	%
a) ano	98	91
b) ne	3	3
c) nevím	7	6
CELKEM	118	100



Otázka číslo 5 se dotazovala: Jak hodnotíš skupinovou práci vaší třídy při aktivizačních metodách? Nabízené tři varianty byly následující: a) pracovali jsme velmi dobře, b) pracovali jsme uspokojivě, c) práce ve skupinách nám příliš nešla. Pátá otázka přinesla překvapení, protože jak můžeme vidět v tabulce 23 a grafu 19, padesát tři jedinců (49 %) se rozhodlo pro možnost, že práce ve skupinách byla uspokojivá. Z našeho hlediska jde o příliš velkou kritiku žáků. Naopak rovných padesát mladistvých (46 %) zvolilo možnost, že jako skupina pracovali velmi dobře. Jen pět žáků (5 %) zakroužkovalo možnost c), to znamená, že s prací ve skupinách nebyli spokojeni.

Tabulka 23. Jak hodnotíš skupinovou práci vaší třídy při aktivizačních metodách?

Nabízené možnosti	n	%
a) pracovali jsme velmi dobře	50	46
b) pracovali jsme uspokojivě	53	49
c) práce ve skupinách nám příliš nešla	5	5
CELKEM	118	100

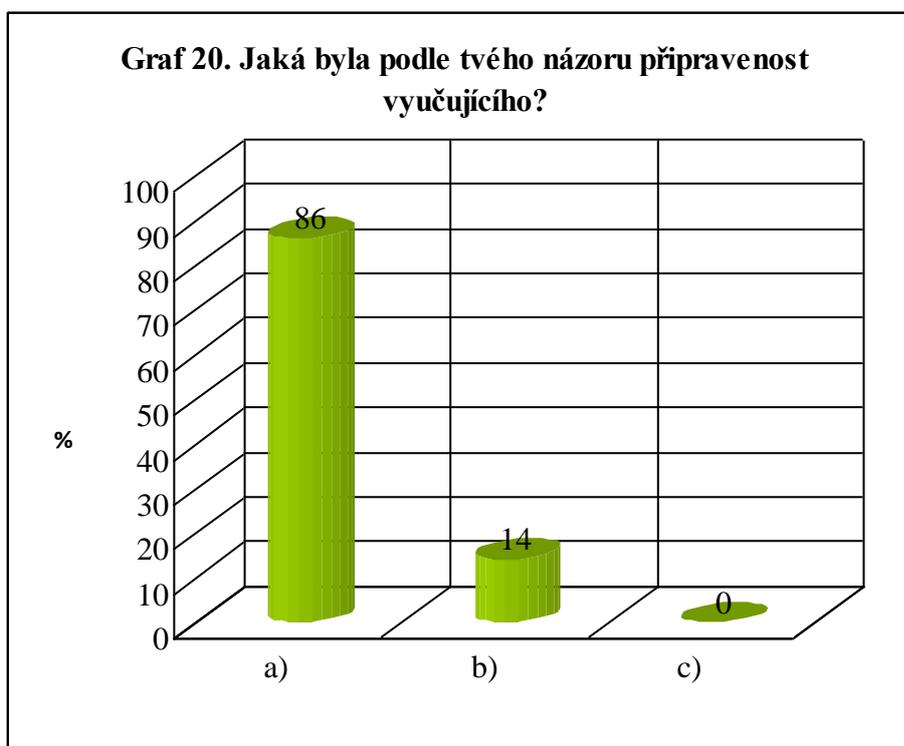


Otázka číslo 6 zněla: Jaká byla podle tvého názoru připravenost vyučujícího?

Nabízené tři varianty byly následující: a) velmi dobrá, b) průměrná, c) nevyhovující. V této poslední šesté otázce nám žáci udělali opravdu velkou radost, protože ocenili naši práci. Devadesát tři respondentů (86 %) vybralo první možnost a přiklonilo se k názoru, že připravenost učitele byla velmi dobrá. Patnáct žáků (14 %) tvrdilo, že naše činnost byla průměrná. Z toho plyne, že určitě máme ještě co zlepšovat. Ovšem překvapivě nikdo neoznačil variantu, že by příprava pedagoga byla nevyhovující. Tabulka 24 a graf 20 prezentují tyto výsledky.

Tabulka 24. Jaká byla podle tvého názoru připravenost vyučujícího?

Nabízené možnosti	n	%
a) velmi dobrá	93	86
b) průměrná	15	14
c) nevyhovující	0	0
CELKEM	118	100



6 Závěr

Předložená diplomová práce se zabývala aktivizačními metodami v bloku "sexuální výchova" ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví. Hlavní cíle, které jsme si na počátku stanovili, obsahovaly tvorbu metodických materiálů pro výuku sexuální výchovy se zaměřením na pohlavně přenosné choroby. Realizaci aktivizačních metod v praxi a zjištění zda jsou efektivní a jaký přínos mají pro výuku na základní škole. Také jsme zmapovali znalosti žáků před a po využití aktivizačních metod.

Výzkumné šetření proběhlo v rámci I. a II. souvislé pedagogické praxe, nejdříve na nižším stupni gymnázia – Olomouc Hejčín a posléze na základní škole Stupkova Olomouc. Výzkumu se zúčastnilo celkem sto osm žáků z 8. a 9. tříd ve věkovém rozpětí 13-16 let. Výzkum se skládal ze dvou částí. První část tvořil vědomostní dotazník (PRE a POST) a druhou část dotazník k aktivizačním metodám. Oba dotazníky byly anonymní.

Vyhodnocením vědomostního dotazníku jsme zjistili, že žáci mají velmi dobré znalosti o problematice HIV/AIDS. Příliš se neorientují pouze v detailech problematiky. Vyhodnocením dotazníku k aktivizačním metodám jsme se dozvěděli, že 88 % žáků hodnotí aktivizační metody jako zábavné, přínosné a efektivní. Nadpoloviční většina žáků (61 %) oceňuje, že mohou při aktivizujících metodách provít svůj názor a 39 % jedinců ocenilo, že se mohli aktivně zapojit do výuky. Celých 91 % tvrdí, že je tyto metody motivovaly k učení. Práci ve skupinách žáci hodnotili mírně kriticky. 46 % zastávalo názor, že pracovali velmi dobře a 49 % se přiklonilo k názoru, že jako skupina pracovali uspokojivě. Přípravenost učitele hodnotili velmi kladně, 86 % zvolilo možnost velmi dobrá a 14 % vybralo variantu průměrná. Respondenti velmi pozitivně hodnotili aktivizační metody z hlediska přínosnosti. Seřadili je následně: nejvíce přínosná byla metoda Semafor, která získala koeficient 9,2. Na druhém místě skončila metoda Sexeso ($\bar{X} = 9,1$). Jako třetí v pořadí se umístila metoda zvaná Příběh ($\bar{X} = 9,0$). Na čtvrté místo se díky žákům zařadila metoda Osmisměrka ($\bar{X} = 8,0$). Celkově všechny aktivizační metody, které jsme realizovaly, získaly nadprůměrný koeficient (8 – 9,2) a byly kladně hodnoceny.

V závěrečném hodnocení při porovnání vědomostního dotazníku PRE a POST jsme došli k závěru, že vědomosti žáků se při použití aktivizačních metod změnila, a to především v detailech dané problematiky, kterých si žáci začali všimnout. Můžeme konstatovat, že stanovené cíle této práce byly naplněny.

7 Souhrn

Tato diplomová práce byla především zaměřena na tvorbu didaktických materiálů pro sexuální výchovu, která se v dnešní době vyučuje na základní škole v rámci Výchovy ke zdraví. V první teoretické části jsme se zabývali: sexuální výchovou, metodami výuky se zaměřením na aktivizační metody a vybranými pohlavně přenosnými chorobami. V druhé výzkumné části jsme prezentovali výsledky dotazníkového šetření, které jsme uskutečnili v rámci souvislé pedagogické praxe.

Aktivizační metody, které jsme zpracovali, jsou zaměřené na pohlavně přenosné choroby. Věříme, že tyto metodické materiály využijeme v naší budoucí pedagogické profesi a také, že se stanou přínosem pro ostatní učitele, kteří chtějí vyučovat sexuální výchovu zábavně a efektivně. Také doufáme, že tyto metody budou přínosem i pro žáky, které budou motivovat k učení a k získávání nových poznatků.

Závěrem lze říci, že žáci mají zájem o školní sexuální výchovu, protože jde o problematiku, která se jejich života přímo týká. Motivuje je především fakt, že tyto poznatky budou moci v budoucnosti využít.

8 Summary

This thesis was mainly focused on the development of didactic materials for sex education, which is nowadays taught in elementary school through the subject of Health Education. In the first theoretical part, we examined: sex education, teaching methods focusing on activation methods and selected sexually contagious diseases. In the second part of the research we presented results of a survey that we conducted in the framework of continuous pedagogical practice.

The activation methods that we analyzed are focused on sexually contagious diseases. We believe that we will use these methodical materials in our future pedagogical profession and that they also become beneficial to other teachers who want to teach sex education in the fun and effective way. We also hope that these methods will be beneficial for pupils to be motivated to study and acquire new knowledge.

In conclusion we can say that pupils are interested in the school sex education because it is an issue that directly affects their lives. They are mainly motivated by the fact that they will be able to use this knowledge in the future.

9 Referenční seznam

9.1 Literární zdroje

1. ANCHELL, M. *What's wrong with sex education?* 1. vyd. St Louis, MO: Central Bureau of the Catholic Central Verein of America, 1993. 108 s. ISBN 09-626-2574-4.
2. AUGUSTYN, J. *Sexuální výchova v rodině a ve škole.* 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1998. 80 s. ISBN 80-7192-331-1.
3. FAIT, T. a kol. *Očkování proti lidským papilomavirům: kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 118 s. ISBN 978-80-7345-204-9.
4. GRECMANOVÁ, H., URBANOVSKÁ, E. *Aktivizační metody ve výuce, prostředek ŠVP.* 1. vyd. Olomouc: Hanex, 2007. 178 s. ISBN 978-80-85783-73-8.
5. HÁJEK, M., NOVÁK, K., SEDLÁČEK, D., PAZDIORA, P. *HIV/AIDS v chirurgických oborech.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0857-4.
6. HAJNOVÁ, R., KLEINOVÁ, S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní školy a střední školy.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 86 s. ISBN 80-7013-359-7.
7. HAVLÍN, M. a kol. *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.
8. HŘIVNOVÁ, M. a kol. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 151 s. ISBN 978-80-244-2503-0.
9. HŘIVNOVÁ, M., FORÝTKOVÁ, D. *Zdravotnické disciplíny: Studijní text pro distanční studium.* 1. vyd. Olomouc: Hanex, 2006. 79 s. ISBN 80-85783-68-1.
10. JANIŠ, K. *Učební text k problematice rodinné a sexuální výchovy.* 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 117 s. ISBN 978-80-7041-898-7.
11. JANIŠ, K., TÄUBNER, V. *Didaktika sexuální výchovy.* 1. vyd. Hradec králové: Gaudeamus, 1999. 107 s. ISBN 80-7041-902-4.
12. KOLÁŘ, Z., ŠIKULOVÁ, R. *Vyučování jako dialog.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 131 s. ISBN 978-80-247-1541-4.
13. KOLAŘÍKOVÁ, M., ONDŘEJOVÁ, E. *K realizaci sexuální výchovy v základní škole: sborník příspěvků z pracovního semináře.* 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2011. 66 s. ISBN 978-80-7248-634-2.

14. KOTRBA, T., LACINA, L. *Aktivizační metody ve výuce – příručka moderního pedagoga*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2011. 185 s. ISBN 978-80-87474-34-1.
15. KOTRBA, T., LACINA, L. *Praktické využití aktivizačních metod ve výuce*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2007. 188 s. ISBN 978-80-87029-12-1.
16. LACO, J. *Lidské papilomaviry a jejich úloha v etiopatogenezi dlaždicobuněčného karcinomu dutiny ústní a orofaryngu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 163 s. ISBN 978-80-7262-874-2.
17. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v období dospívání*. 1. vyd. Jinočany: H & H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
18. MACHOVÁ, J., MARÁDOVÁ, E., KLEMENTA, J. a kolektiv. *Výchova ke zdravému životnímu stylu: Základy sexuální výchovy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1998. 95 s. ISBN 80-86039-63-3.
19. MAŇÁK, J. *Rozvoj aktivity, samostatnosti a tvořivosti žáků*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1998. 134 s. ISBN 80-210-1880-1.
20. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Výukové metody*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
21. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. a kolektiv. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0.
22. NELEŠOVSKÁ, A., SPÁČILOVÁ, H. *Didaktika primární školy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 254 s. ISBN 80-244-1236-5.
23. NOVÁČKOVÁ, J. *Mýty ve vzdělávání: O škodlivosti některých zaběhnutých představ učení, škole a výchově a cestách, jak je překonat*. 3. aktualiz. vyd. Kroměříž: Spirála, 2006. 48 s. ISBN 80-901873-8-2.
24. OBST, O. *Didaktika sekundárního vzdělávání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 195 s. ISBN 80-244-1360-4.
25. OURODA, S. *Oborová didaktika*. 2. vyd. Brno: MZLU, 2009. 117 s. ISBN 978-80-7375-332-0.
26. PELIKÁN, J. *Výchova jako teoretický problém*. 1. vyd. Ostrava: Amosium servis, 1995. 234 s. ISBN 80-85498-27-8.
27. PETTY, G. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.
28. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.

29. RAŠKOVÁ, M. *Pět otázek k sexuální výchově dětí předškolního a mladšího školního věku (3-11 let): Informativní příručka o sexuální výchově nejen pro studenty, učitele, vychovatele a rodiče.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 43 s. ISBN 978-80-244-1737-0.
30. RAŠKOVÁ, M. *Přípravenost učitele k sexuální výchově v kontextu pedagogické teorie a praxe v české primární škole.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 190 s. ISBN 978-80-244-2077-6.
31. SITNÁ, D. *Metody aktivního vyučování: Spolupráce žáků ve skupinách.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7367-246-1.
32. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika.* 2. rozš. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2007. 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
33. ŠIMONÍK, O. *Úvod do didaktiky základní školy.* 1. vyd. Brno: MSD, 2005. 140 s. ISBN 80-86633-33-0.
34. ŠTORK, J. et al. *Dermatovenerologie.* 1. vyd. Praha: Galén: Karolinum, 2008. 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.
35. ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. a kolektiv. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
36. TÄUBNER, V. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, rodiče a studenty učitelství.* 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 45 s. ISBN 80-7071-029-2.
37. TÄUBNER, V., JANIŠ, K. *Na pomoc studentům a učitelům v sexuální výchově.* 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. 50 s. ISBN 80-7041-194-5.
38. TROJAN, O. *Jak mluvit s dětmi o sexu: Rádce pro rodiče a učitele.* 1. vyd. Praha: Fragment, 2009. 152 s. ISBN 978-80-253-0833-2.
39. UZEL, R. *Sexuální výchova.* 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-69-5.
40. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. *Pedagogika pro učitele.* 2. rozš. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. 456 s. ISBN 978-80-247-3357-9.
41. VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HAJD-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí: II. díl.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 81 s. ISBN 80-7184-878-6.
42. VENGLÁŘOVÁ, M., BROŽOVÁ, V. *Nové trendy v sexuální výchově.* 1. vyd. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2009. 39 s. ISBN 978-80-86956-52-7.
43. VRÁNOVÁ, V. *Výchova k reprodukčnímu zdraví.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.

44. ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.
45. ŽDICHYNEC, B. *Chlamydie: skrytá hrozba v těle*. 1. vyd. Praha: Český klub, 2009. 111 s. ISBN 978-80-86922-14-0.
46. ZVĚŘINA, J. *Lékařská sexuologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 83 s. ISBN 978-80-246-2049-7.

9.2 Internetové zdroje

1. *Antikoncepce*. [online]. 2012 [cit. 12. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.antikoncepce.cz/>>.
2. BRANDEJSKÁ, A. Děti o sexuální výchovu stojí, říká žena, která učí 20 let. *iDNES*. [online]. 11. 2. 2012 [cit. 24. 2. 2013]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/deti-o-sexualni-vychovu-stoji-rika-zena-ktera-ji-uci-20-let-pz3-/domaci.aspx?c=A120208_102949_domaci_abr>.
3. ČÁBALOVÁ, D. Pedagogika pro učitele základních a středních škol. *Kompetentní učitel*. [online]. 30. 3. 2011 [cit. 26. 2. 2013]. Dostupné z: <<http://www.kompetentniucitel.cz/cz/e-knihovna/studijni-prirucky/>>.
4. *Česká společnost AIDS pomoc*. [online]. 2005-2013 [cit. 9. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.aids-pomoc.cz/>>.
5. *HIV*. [online]. 2001-2013 [cit. 10. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.hiv.cz/showpage.php?key=co-je-hiv>>.
6. *HPV asociované cervikální léze*. [online]. 2006 [cit. 16. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.hpv.cervix.cz/>>.
7. KUBÁLKOVÁ, P., NEJEZCHLEBOVÁ, L. O sexu se ve škole učí, až když bývá pozdě. *iDNES*. [online]. 16. 10. 2007 [cit. 24. 2. 2013]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/o-sexu-se-ve-skole-uci-az-kdyz-byva-pozde-fd0-/domaci.aspx?c=A071016_105358_studium_bar>.
8. LITVIK, R., VANTUCHOVÁ, Y. Léčba kůže a sliznice při infekci virem herpes simplex. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 2007, č. 4 [cit. 14. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2007/04/02.pdf>>.
9. *Mikrobiologie*. [online]. 2013 [cit. 12. 3. 2013] Dostupné z: <<http://www.medmicro.info/>>.

10. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách.* [online]. 2006-2012 [cit. 22. 2. 2013]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/file/10975>>.
11. MITLÖHNER, M. Právní otázky sexuální výchovy u dětí školou povinných. *Společnost pro plánování rodiny a sex. výchovu.* [online]. 19. 1. 2006 [cit. 8. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006011911>>.
12. *Národní program boje proti AIDS v České republice.* [online]. 2011 [cit. 10. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/>>.
13. PARTYKOVÁ, V. Nebezpečí zvané chlamydie – jeden z nejzávažnějších globálních zdravotnických problémů. *Meduňka – alternativní cesty ke zdraví.* [online]. 2007 roč. 3, č. 6 [cit. 19. 3. 2013]. ISSN 1214-4932. Dostupné z: <http://www.urinoterapie.eu/u_chlamydie.htm>.
14. PEROUTKA, F. Sexuální výchova je nesmysl. *Česká televize.* [online]. 12. 1. 2012 [cit. 24. 2. 2013]. Dostupné z: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/blogy/160173-sexualni-vychova-je-nesmysl/>>.
15. *Pohlavní choroby a nemoci.* [online]. 2008-2013 [cit. 4. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.pohlavni-choroby.cz/>>.
16. *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky.* [online]. 1995-2013 [cit. 8. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.
17. POSPÍŠIL, P. Sexuální výchova a její kritici. *Nový prostor.* [online]. 2011, č. 386 [cit. 24. 2. 2013]. ISSN 1213-191. Dostupné z: <<http://www.novyprostor.cz/clanky/386/sexualni-vychova-a-jeji-kritici.html>>.
18. PROCHÁZKOVÁ, M. Sexuální výchova musí učit i o citech, ne jen o kondomech, znělo v Senátu. *iDNES.* [online]. 24. 1. 2012 [cit. 24. 2. 2013]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/sexualni-vychova-musi-ucit-i-o-citech-ne-jen-o-kondomech-znelo-v-senatu-1e9-/domaci.aspx?c=A120124_131811_domaci_taj>.
19. *První český zdravotnický portál.* [online]. 2001-2013 [cit. 8. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=4288&s_rub=0&s_sv=19&s_ts=41308,0887615741>.
20. SEDLÁČKOVÁ, V. V Praze se sešli odpůrci sexuální výchovy. *Český rozhlas.* [online]. 1. 9. 2010 [cit. 24. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/v-praze-se-sesli-odpurci-sexualni-vychovy--778324>.

21. *Silgard – očkování proti rakovině děložního čípku*. [online]. 2011 [cit. 16. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.vsecomuzu.cz/uvod/>>.
22. *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu*. [online]. 2001 [cit. 2. 11. 2012]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006010626>>.
23. *Státní zdravotní ústav*. [online]. 2013 [cit. 9. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/>>.
24. UZEL, R. Petice proti sexuální výchově je absurdní. *Novinky*. [online]. 7. 7. 2011 [cit. 23. 2. 2013]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/235730-radim-uzel-petice-proti-sexualni-vychove-je-absurdni.html>>.
25. *Vakcína Cervarix – očkování a ochrana proti rakovině děložního čípku*. [online]. 2012 [cit. 16. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.cervarix.cz/>>.
26. *Venerologie*. [online]. 2013 [cit. 10. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.venerologie.cz/venerologie/index.htm>>.
27. VIERA, M., AMINI, S., HUO, R. Herpes simplex virus and human papillomavirus genital infections : new and investigational therapeutic options. *International journal of dermatology*. [online]. 2010, roč. 49, č. 7 [cit. 4. 3. 2013]. ISSN 1365-4632. Dostupné z: <<http://en.z150.com/20110421258855890.html> >.
28. *Vitalion: Lepší informace, lepší zdraví*. [online]. 2012 [cit. 4. 3. 2013]. Dostupné z: <<http://www.vitalion.cz/>>.
29. *Výbor na obranu rodičovských práv*. [online]. 2013 [cit. 24. 2. 2013]. Dostupné z: <<http://www.vorp.cz/>>.
30. *Výchova ke zdraví*. [online]. 2009 [cit. 2. 11. 2012]. Dostupné z: <<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/sexualni-vychova.html>>.
31. WALLEROVÁ, R. Odborníci i rodiče se přou, s kým mají děti mluvit o sexu. *iDNES*. [online]. 6. 8. 2010 [cit. 23. 2. 2013]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/odbornici-i-rodice-se-prou-s-kym-maji-deti-mluvit-o-sexu-pgb-/domaci.aspx?c=A100806_1428436_domaci_hro>.
32. WEISS, P. Základní pojmy v sexuologii. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2007, roč. 103, č. 7 [cit. 22. 2. 2013]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_7_364_365.pdf >.
33. ZÁKOUCKÁ, H. Kapavka – stručné připomenutí aktuálního problému. *Zprávy epidemiologie a mikrobiologie* [online]. 2009, roč. 18, č. 12 [cit. 5. 3. 2013]. ISSN 1804-6422. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/371_kapavka.pdf>.

10 Seznam zkratek

Seznam zkratek

Ø – koeficient

% – procento

ABC – preventivní strategie

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (syndrom získaného selhání imunity)

aj. – a jiné

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

°C – stupeň Celsia, jednotka teploty

CNS – centrální nervový systém

CPC – *Chlamydia pecorum*

CPN – *Chlamydia pneumoniae*

CPS – *Chlamydia psittaci*

CTR – *Chlamydia trachomatis*

č. – číslo

ČR – Česká republika

DNA – *deoxyribonucleic acid* (deoxyribonukleová kyselina)

HAART – *Highly-Active Anti-Retroviral Therapy* (antiretrovirová terapie)

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

HIV+ – HIV pozitivita

HPV – *Human papilloma virus* (lidský papilomavirus)

HSV – *Herpes simplex virus*

IPPF – *International Planned Parenthood Federation* (Mezinárodní federace plánovaného rodičovství)

kol. – kolektiv

mm – milimetr, jednotka délky

mm³ – milimetr krychlový, jednotka objemu

např. – například

O₂ – kyslík, prvek

obr. – obrázek

pH – *potential of hydrogen* (vodíkový exponent)

PISA – *The Programme for International Student Assessment* (Program pro mezinárodní hodnocení žáků)

POST – výstupní vědomostní dotazník

PRE – vstupní vědomostní dotazník

RV – Rodinná výchova

s. – strana

SPRSV – Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu

STI – *Sexually Transmitted Infections* (pohlavně přenosné infekce)

STD – *Sexually Transmitted Diseases* (pohlavně přenosné choroby)

tj. – to je

tzv. – takzvaný

UNAIDS – *United Nations Joint Programme on HIV/AIDS* (Světový program boje proti AIDS)

VORP – Výbor na obranu rodičovských práv

WC – *water closet* (splachovací toaleta)

WHO – *World Health Organization* (Světová zdravotnická organizace)

ZŠ – základní škola

11 Seznam obrázků

Obrázek 1. Didaktická struktura hry

12 Seznam tabulek

- Tabulka 1.** Efektivita metod z hlediska zapamatování učiva.
- Tabulka 2.** Symboly pro metodu I. N. S. E. R. T.
- Tabulka 3.** Rozdělení respondentů podle pohlaví.
- Tabulka 4.** Věkové rozpětí respondentů.
- Tabulka 5.** Rozdělení respondentů dle instituce, pohlaví a věku.
- Tabulka 6.** Co nebo kdo je podle vás HIV?
- Tabulka 7.** HIV způsobuje nemoc, která se nazývá?
- Tabulka 8.** Jak se podle Vás HIV přenáší?
- Tabulka 9.** Můžeme se podle Vás proti chorobě AIDS nechat očkovat?
- Tabulka 10.** Jak se podle Vás HIV nepřenáší?
- Tabulka 11.** Co podle Vás způsobuje onemocnění AIDS?
- Tabulka 12.** Co znamená pojem pandemie?
- Tabulka 13.** Ve kterých státech je podle Vás HIV/AIDS rozšířeno nejvíce?
- Tabulka 14.** Jakou barvu má podle Vás stužka, která je symbolem boje proti AIDS?
- Tabulka 15.** Jak se podle Vás nazývá antikoncepce, která snižuje riziko nákazy?
- Tabulka 16.** Myslíte si, že se můžete nakazit i Vy?
- Tabulka 17.** Myslíte si, že na první pohled poznáte infikovaného člověka?
- Tabulka 18.** Co se podle Vás stane s člověkem, který se nakazil HIV?
- Tabulka 19.** Která z aktivizačních metod byla pro tebe nejpřínosnější?
- Tabulka 20.** Bavila tě výuka pomocí aktivizačních metod více, než klasická výuka?
- Tabulka 21.** Co oceňuješ na aktivizačních metodách?
- Tabulka 22.** Motivovaly tě aktivizační metody k učení?
- Tabulka 23.** Jak hodnotíš skupinovou práci vaší třídy při aktivizačních metodách?
- Tabulka 24.** Jaká byla podle tvého názoru připravenost vyučujícího?

13 Seznam grafů

Graf 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví.

Graf 2. Věkové rozpětí respondentů.

Graf 3. Co nebo kdo je podle vás HIV?

Graf 4. HIV způsobuje nemoc, která se nazývá?

Graf 5. Jak se podle Vás HIV přenáší?

Graf 6. Můžeme se podle Vás proti chorobě AIDS nechat očkovat?

Graf 7. Jak se podle Vás HIV nepřenáší?

Graf 8. Co podle Vás způsobuje onemocnění AIDS?

Graf 9. Co znamená pojem pandemie?

Graf 10. Ve kterých státech je podle Vás HIV/AIDS rozšířeno nejvíce?

Graf 11. Jakou barvu má podle Vás stužka, která je symbolem boje proti AIDS?

Graf 12. Jak se podle Vás nazývá antikoncepce, která snižuje riziko nákazy?

Graf 13. Myslíte si, že se můžete nakazit i Vy?

Graf 14. Myslíte si, že na první pohled poznáte infikovaného člověka?

Graf 15. Co se podle Vás stane s člověkem, který se nakazil HIV?

Graf 16. Bavila tě výuka pomocí aktivizačních metod více, než klasická výuka?

Graf 17. Co oceňuješ na aktivizačních metodách?

Graf 18. Motivovaly tě aktivizační metody k učení?

Graf 19. Jak hodnotíš skupinovou práci vaší třídy při aktivizačních metodách?

Graf 20. Jaká byla podle tvého názoru připravenost vyučujícího?

14 Seznam příloh

Příloha 1. Vědomostní dotazník.

Příloha 2. Dotazník k aktivizačním metodám.

Příloha 1. Vědomostní dotazník. Autor: Bc. Jana Jiravová

Milí žáci,

jmenuji se Jana Jiravová a studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, obor Učitelství přírodopisu a výchovy ke zdraví. Tento dotazník je určen pro Vás, žáky 8. – 9. tříd ZŠ. Mým cílem je zmapovat Vaše znalosti o problematice HIV/AIDS. Prosím Vás tedy o vyplnění dotazníku, který je **anonymní** a bude sloužit k výzkumné části diplomové práce s názvem „Aktivizační metody výukového bloku "sexuální výchova" ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví.“. Dotazník má 13 otázek. Každá otázka má vždy jen jednu možnost správnou – **zakroužkujte ji**. Prosím Vás, vyplňte dotazník samostatně bez spolupráce se sousedem v lavici. Děkuji moc za váš čas a spolupráci! ☺

Pohlaví: chlapec x dívka

Věk: ...

Třída: ...

1. Co nebo kdo je podle Vás HIV?

- a) HIV je prvok,
- b) HIV je hmyz,
- c) HIV je virus,
- d) HIV je nemocný člověk.

2. HIV způsobuje nemoc, která se nazývá?

- a) angína,
- b) AIDS,
- c) rakovina,
- d) tuberkulóza.

3. Jak se podle Vás HIV přenáší?

- a) stejně jako chřipka (kapénkami),
- b) nechráněným pohlavním stykem,
- c) štípnutím komára,
- d) podáním ruky.

4. Můžeme se podle Vás proti chorobě AIDS nechat očkovat?

- a) ano můžeme, vakcína je dostupná v lékárnách,
- b) ano můžeme, ale vakcína je velmi drahá,
- c) ne nemůžeme, vakcína v ČR není dostupná,
- d) ne nemůžeme, vakcína proti chorobě AIDS neexistuje.

5. Jak se podle Vás HIV nepřenáší?

- a) z matky na plod,
- b) bodnutím včely, vosy nebo komára,
- c) infikovanými injekčními stříkačkami uživatelů drog,
- d) nechráněným pohlavním stykem.

6. Co podle Vás způsobuje onemocnění AIDS?

- a) obezitu,
- b) selhání srdce,
- c) rozvrat imunitního systému,
- d) nemoc zvanou příušnice.

7. Co znamená pojem pandemie?

- a) onemocnění je rozšířeno celosvětově,
- b) onemocnění je rozšířeno v Africe,
- c) onemocnění je rozšířeno jen v ČR,
- d) onemocnění je rozšířeno ve městě.

8. Ve kterých státech je podle Vás HIV/AIDS rozšířeno nejvíce?

- a) Švédsko, Dánsko, Finsko,
- b) ČR, Polsko, Německo,
- c) státy subsaharské Afriky,
- d) státy Jižní Ameriky.

9. Jakou barvu má podle Vás stužka, která je symbolem boje proti AIDS?

- a) černou,
- b) fialovou,
- c) modrou,
- d) červenou.

10. Jak se podle Vás nazývá antikoncepce, která snižuje riziko nákazy?

- a) kondom,
- b) hormonální pilulky,
- c) nitroděložní tělíčko,
- d) spermicidní gel.

11. Myslíte si, že se můžete nakazit i Vy?

- a) ano můžu, pokud se budu chovat rizikově,
- b) ne nemůžu, HIV/AIDS se v ČR nevyskytuje,
- c) ne nemůžu,
- d) nevím.

12. Myslíte si, že na první pohled poznáte infikovaného člověka?

- a) ano poznám, vypadá nemocně,
- b) ano poznám, má typické chování,
- c) ne nepoznám,
- d) nevím.

13. Co se podle Vás stane s člověkem, který se nakazil HIV?

- a) podstoupí léčbu, která mu zachrání život,
- b) zemře,
- c) žije dál a léčit se nemusí, tělo si s infekcí poradí samo,
- d) nevím.

Příloha 2. Dotazník k aktivizačním metodám. Autor: Bc. Jana Jiravová

Milí žáci,

jmenuji se Jana Jiravová a studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, obor Učitelství přírodopisu a výchovy ke zdraví. Tento dotazník je určen pro Vás, žáky 8. – 9. tříd ZŠ. Mým cílem je dozvědět se Váš názor na aktivizační metody. Prosím Vás tedy o vyplnění dotazníku, který je opět **anonymní** a bude sloužit k výzkumné části diplomové práce s názvem „Aktivizační metody výukového bloku "sexuální výchova" ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví.“. Dotazník má 6 otázek. Prosím Vás, vyplňte dotazník samostatně bez spolupráce se sousedem v lavici. Děkuji moc za váš čas a spolupráci! ☺

Pohlaví: chlapec x dívka

Věk: ...

Třída: ...

1. Která z aktivizačních metod byla pro tebe nejprínosnější?

- METODA SEMAFOR (cesty přenosu viru HIV),
– 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 +
- METODA PŘÍBĚH (rizikové chování v sexuální oblasti),
– 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 +
- METODA SEXESO (opakování problematiky HIV/AIDS),
– 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 +
- METODA OSMISMĚRKA (pohlavně přenosné choroby).
– 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 +

2. Bavila tě výuka pomocí aktivizačních metod více, než klasická výuka?

- a) ano, byla zábavná, přínosná a efektivní,
- b) byla náročná, bavili mě jen některé metody,
- c) ne, nebavila mě, upřednostňuji klasickou výuku.

3. Co oceňuješ na aktivizačních metodách?

- a) můžu projevit vlastní názor,
- b) můžu se aktivně zapojit do výuky,
- c) nic, metody mě nezaujaly.

4. Motivovaly tě aktivizační metody k učení?

- a) ano,
- b) ne,
- c) nevím.

5. Jak hodnotíš skupinovou práci vaší třídy při aktivizačních metodách?

- a) pracovali jsme velmi dobře,
- b) pracovali jsme uspokojivě,
- c) práce ve skupinách nám příliš nešla.

6. Jaká byla podle tvého názoru připravenost vyučujícího?

- a) velmi dobrá,
- b) průměrná,
- c) nevyhovující.

15 Anotace

Jméno a příjmení:	Jana Jiravová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Aktivizační metody výukového bloku "sexuální výchova" ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví
Název v angličtině:	Activation methods of teaching bloc of the "sex education" in the teaching subject of Health Education
Anotace práce:	Diplomová práce je především zaměřena na zpracování didaktických materiálů. Teoretická část práce se zabývala sexuální výchovou, výukovými metodami a pohlavně přenosnými chorobami. Praktická část práce hodnotí výsledky dotazníkového šetření, kterého se zúčastnili žáci 8. a 9. tříd nižšího gymnázia a ZŠ.
Klíčová slova:	aktivizační metody, sexuální výchova, pohlavně přenosné choroby
Anotace v angličtině:	This thesis is mainly focused on the processing of didactic materials. The theoretical part of this thesis dealt with sex education, teaching methods and sexually contagious diseases. The practical part of the paper assesses the results of the survey, which was participated by pupils of the 8. and 9. classes of lower grammar school and elementary school.
Klíčová slova v angličtině:	Activation methods, sex education, sexually contagious diseases
Přílohy vázané v práci:	CD – 2 přílohy
Rozsah práce:	120 s.
Jazyk práce:	CZ