



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Bakalářská práce

Sexuální chování mladistvých v kontextu zdravotně sociální problematiky

Vypracoval: Tereza Kubištová
Vedoucí práce: Mgr. Eva Suchanová, Ph.D.

České Budějovice
2016

Abstrakt

Klíčová slova:

- Sexualita
- Mladiství
- Pohlavní styk
- Sexuální chování
- Dospívání

Tématem této bakalářské práce je sexuální chování mladistvých v kontextu zdravotně sociální problematiky a úkolem práce je toto chování zmapovat. Důvodem, proč jsem si vybrala právě tuto problematiku, je aktuálnost tématu. Trendy a myšlení mladistvých se mění. Dospívání je obdobím nejen prvního intimního kontaktu s druhým pohlavím, ale také prvních sexuálních zkušeností a praktik. Dnes je prokázáno, že tolerantní normy dospělých formují postoje mladých lidí. Proto se v práci zaměřím na vyjasnění názorů a hledisek mladistvých na sexuální život.

Práce se opírá o teoretické výzkumy v této oblasti, proto začíná teoretickou částí, která je ve své první polovině zaměřena nejprve na jednotlivá stádia psychického vývoje, aby bylo zřejmé, jaký vliv má to které období na vývoj sexuality u jedince. Adolescence, období, ve kterém se vytrácí poslední zbytky dětství, je zde též definována. S tématem práce úzce souvisí masturbace a pohlavní nemoci, jejichž základní charakteristika proto bude podána.

Druhá polovina teoretické části poukazuje na problematiku sexuálního chování a deviantního sexuálního chování. Tato kapitola se zabývá rozborem sexuálních deviací až po nejružnější sexuální odchylky. Jelikož je známé, že mnoho mladých lidí prožije svou první sexuální zkušenost na diskotékách či v barech pod vlivem alkoholu a marihuany, v práci je též zmínka o vlivu drog na sexuální chování. Aby bylo zřejmé, o čem je řeč v praktické části, byl vyjasněn pojem sexuální zkušenost, a byla řešena

otázka, kdy je nejvhodnější začít se sexuálním životem. Dále je v práci kapitola zaměřená na sociální práci s těhotnými dívkami pod 15 let věku a kazuistika dívky, která tuto situaci zažila v realitě.

Praktická část této práce mapuje sexuální chování mladistvých. Ke zjištění potřebných informací byla použita kvantitativní forma výzkumu, metoda dotazování a jako stěžejní technika sběru dat byl zvolen dotazník. Nejprve byl proveden předvýzkum na 10 lidech ve věku 17 let, abych si ověřila srozumitelnost otázek. Výzkumu se zúčastnilo celkem 40 respondentů, kteří byli vybráni principem náhodného výběru ze středních škol v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor byl kvótně rozdělen dle pohlaví na 20 dívek a 20 chlapců ve věku 17 let. Získaná data byla zpracována statistickou analýzou a pro testování hypotéz byly využity neparametrické metody, konkrétně Mann-Whitneyho test a chí-kvadrát test.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat charakteristické znaky a důsledky sexuálního chování mladistvých na středních školách v Českých Budějovicích. Na základě tohoto cíle byly stanoveny 3 hypotézy: hypotéza č. 1 „Chlapci začínají sexuálně žít dříve než dívky“, hypotéza č. 2 „Dívky dbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci“ a hypotéza č. 3 „Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma) má na základních školách význam, začínají sexuálně žít později“. Otázky v dotazníku byly vytvořeny tak, aby respondenti mohli odpovídat jak svými slovy, tak i z nabízené škály odpovědí.

Výsledky získané z této práce umožnily následující závěry. Hypotéza č. 1 byla verifikována. Chlapci začínají sexuálně žít průměrně ve věku 14,8 roku, zatímco dívky mají první sexuální zkušenost ve věku 15,5 roku. Tato hypotéza byla potvrzena pomocí Mann-Whitneyova testu. Z mého výzkumu vyplývá, že sedmnáctiletí mladiství začínají sexuálně žít v průměru o rok dříve, než uvádí literatura. V mnoha knihách se můžeme dočíst, že se posouvání věku prvního pohlavního styku v 90. letech zastavilo, a to na věkové hranici 17–18 let. Dle mého výzkumu tomu tak není.

Hypotéza č. 2 byla falzifikována. Byla ověřována pomocí chí-kvadrát testu a prokázalo se, že chlapci dbají na chráněný sexuální styk spíše než dívky, jelikož 65 % chlapců dbá na ochranu při styku oproti 33,3 % dívek. Znamená to tedy, že dívky

nedbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci. Výsledek této hypotézy ovlivnilo zjištění, že dívky se nechrání kondomem z důvodu, že v 88,8 % užívají antikoncepční pilulky. Tudíž z důvěry vložené do antikoncepce již nepovažují za důležité používat při pohlavním styku prezervativ. Zajímavé je, že i když ho nepoužívají, tak 85 % dívek se bojí těhotenství a 75 % pohlavních chorob. Z toho vyplývá, že by se dívky měly více zamyslet nad svými prioritami.

V každém výzkumu může dojít k určitému typu zkreslení informací a vzhledem k intimnosti tématu je logické, že dostaneme i vzájemně nekoherentní odpovědi. Toto se potvrzuje v případě chlapců, kteří odpověděli na otázku, zda užívají antikoncepci, v jejich případě kondom, v 65 % případů, že ne, zatímco hypotéza č. 2 prokázala, že chlapci dbají na chráněný pohlavní styk více než dívky. Na otázku, zda mají vždy chráněný pohlavní styk, odpověděli totiž v 65 % případů, že ano. Z toho vyplývá, že chlapci nevěnovali těmto dvěma otázkám příliš velkou pozornost.

Hypotéza č. 3 byla též falzifikována. Studenti, kteří souhlasí s přínosností předmětu sexuální výchova na školách, začínají sexuálně žít průměrně ve věku 15,25 roku, zatímco ti, co nesouhlasí, mají první sexuální zkušenost ve věku 14,75 roku. Rozdíl není natolik statisticky významný, aby byla přijata alternativní hypotéza, přijala se tedy nulová hypotéza: Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma ve škole) má na základních školách význam, nezačínají sexuálně žít později. Hypotéza byla zjišťována pomocí Mann-Whitneyova testu.

Na základě provedené analýzy a interpretace dat byly dedukovány tyto teoretické modely:

- 1) Chlapci ve věku 17 let začínají sexuálně žít dříve než dívky ve věku 17 let.
- 2) Dívky nedbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci z důvodu užívání antikoncepčních pilulek, přesto se bojí otěhotnění a pohlavních nemocí.
- 3) Studenti nezačínají sexuálně žít později, i když si myslí, že předmět sexuální výchova má na základních školách význam.
- 4) $\frac{2}{5}$ studentů „neřeší“ rizika sexu a jsou v „pohodě“.

- 5) Přesto, že se mladiství při pohlavním styku chrání, $\frac{9}{10}$ dívek a $\frac{1}{2}$ chlapců zná někoho, kdo po nechráněném pohlavním styku otěhotněl.
- 6) 70 % chlapců a 85 % dívek nesouhlasí s pohlavním stykem pod věkovou hranicí 15 let.
- 7) Nejvíce dívek začíná antikoncepci užívat v 15 letech.

Tato bakalářská práce by mohla být využita sociálními pracovníky při sociální práci s mladistvými. Též by ji mohli využívat kurátoři pro práci s mládeží. V neposlední řadě by mohla být použita za účelem vzdělávání dětí na základních školách, konkrétně v předmětech sexuální výchova či výchova ke zdraví.

Abstract

Key words:

- Sexuality
- Adolescents
- Sexual intercourse
- Sexual behaviour
- Pubescence

The theme of this thesis is the sexual behaviour of adolescents in the context of health and social issues and the aim of this thesis is to explore this behaviour. The reason why I chose this subject is its topicality. Trends and thinking of adolescents vary in time. Adolescence is a period not only of the first intimate contact with the opposite sex, but also of the first sexual experiences and practices. Today it is proven that tolerant standards of adults shape the attitudes of young people. Therefore, the work will focus on clarifying opinions and viewpoints of juvenile sex life.

The thesis is based on a theoretical research in this area, therefore, it begins with a theoretical part, which is in its first half foremost focused on each stage of mental development, in order to determine an impact of the stage concerned on the development of sexuality of an individual. Adolescence, a period in which the last remnants of childhood are being lost, is also defined. The theme of the work is closely related to masturbation and sexual diseases whose basic characteristics will therefore be given.

The second half of the theoretical part highlights the problems of sexual behaviour and deviant sexual behaviour. This chapter deals with the analysis of sexual deviations and various sorts of sexual deviations. Since it is known that many young people experience their first sexual experience at discos or bars under the influence of alcohol and marijuana, the thesis contains also a reference to the impact of drugs on sexual

behaviour. To make clear what the practical part deals with, it was also clarified the concept of sexual experience and the question of when it is best to start sexual life. The thesis then gives a chapter focused on social work with pregnant girls under 15 years of age and a case report of a girl who has experienced this situation in reality.

The practical part of this thesis explores sexual behaviour of adolescents. To determine the necessary information it was used quantitative form of research, questioning method and as a core technology of data collection a questionnaire was chosen. First pilot study was conducted with 10 people aged 17 to verify the clarity of the questions. The research involved a total of 40 respondents, who were selected by random selection principle from secondary schools in České Budějovice. The research sample was divided according to gender quota to 20 girls and 20 boys aged 17 years. The data were processed by statistical analysis and nonparametric methods, namely the Mann-Whitney test and the chi-square test, were used for hypothesis testing.

The main aim of this thesis was to explore the characteristics and consequences of sexual behaviour of adolescents in secondary schools in České Budějovice. On the basis of the goals three hypotheses were set: hypothesis no. 1 "The boys start sexual life earlier than girls", hypothesis no. 2 "Girls pay attention to protected sexual intercourse more than boys" and the hypothesis no. 3 "Students who think that the sex education (discussions on sexual topics) in primary schools has meaning start sexual life later". The questions in the questionnaire have been created so that respondents could respond both with their words and responses from an offered range.

Results obtained from this study allow the following conclusions. Hypothesis no. 1 was verified. The boys begin to have sex at an average age of 14.8 year, while the girls have their first sexual experience at the age of 15.5 year. This hypothesis was confirmed using the Mann-Whitney test. My research shows that seventeen years old adolescents begin to live sexually on an average one year earlier than literature states. In many books we can read that in the 90s the shifting of the age of first sexual intercourse stopped, on the age limit of 17–18 years. According to my research, this is not so.

Hypothesis no. 2 was falsified. It was tested using the chi-square test and showed that the boys pay attention to protected sexual intercourse more often than girls, because

65 % of the boys pay attention to protection during intercourse compared to 33.3 % girls. Does this mean that girls do not care for protected intercourse that much as boys? The result of this hypothesis was affected by finding that girls are not protected by condom using because 88.8 % of them use the pills. Thus, with the confidence in contraception, they no longer consider it important to use a condom during sexual intercourse. It is interesting that although it was not used, 85 % of girls are afraid of pregnancy and 75 % of STDs. Consequently, girls should reflect more on their priorities.

In each survey some type of distortion of information may occur and, considering the intimacy of the subject, it is logical that we will get some incoherent answers. This is confirmed in the case of boys who responded to the question whether they use contraception, condom in their case, "no" in 65 % of cases, while hypothesis no. 2 showed that boys pay attention to protected sexual intercourse more often than girls. Being asked whether they have always protected intercourse, they had responded "yes" in 65 % of cases. It follows that boys did not pay much attention to these two questions.

Hypothesis no. 3 was also falsified. Students who agree with merits of the subject of sexual education in schools begin to have sex at an average age of 15.25, while those who disagree have their first sexual experience at the age of 14.75. The difference is not statistically significant enough to adopt the alternative hypothesis, so we adopted the null hypothesis: Students who think that the subject of sex education (discussions on sexual topic at school) has merits at elementary schools do not start to have sex later. Hypothesis was determined using the Mann-Whitney test.

Based on the analysis and interpretation of data, following theoretical models were deduced:

- 1) Boys aged 17 years begin to have sex earlier than girls at the age of 17 years.
- 2) Girls disregard protected intercourse more than boys because of the use of contraceptive pills, yet they are afraid of pregnancy and sexually transmitted diseases.

3) Students do not start to have sex later, although they think the subject of sex education in primary schools has meaning.

4) 2/5 students do not pay attention to the risks of sex and are "cool".

5) Despite the fact that adolescents protect themselves during sexual intercourse, 9/10 of girls and 1/2 of boys know someone who conceived after an unprotected intercourse.

6) 70 % of boys and 85 % of girls agree to sexual intercourse under the age of 15 years.

7) Most girls begin to use contraception in 15 years of age.

This thesis could be used by social workers in social work with minors. It could be used also by curators for work with the young. Finally, it could be used to educate children in primary schools, particularly in the subjects of sexual education or health education.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 26. 4. 2016

.....

Tereza Kubištová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Evě Suchanové, PhD., vedoucí mé bakalářské práce, za cenné připomínky, odborné rady a především trpělivost při tvorbě práce.

Obsah

1. Současný stav	15
1.1 Teorie psychického vývoje dle S. Freuda a etapy psychosexuálního vývoje	15
1.2 Adolescence a pojem mládež	18
1.3 Masturbace dětí a mladistvých	21
1.4 Základní pohlavní nemoci	22
1.5 Sexuální chování	25
1.5.1 Deviantní sexuální chování	26
1.6 Sexuální zkušenosti	31
1.7 Kdy začít se sexuálním životem	33
1.8 Těhotenství náctiletých a interrupce	34
1.8.1 Sociální práce s těhotnými dívkami pod 15 let	37
1.8.2 Kazuistika	40
1.9 Antikoncepce	41
2. Praktická část	44
2.1 Cíle práce	44
2.2 Hypotézy	44
2.2 Operacionalizace proměnných	44
3. Metodika	46
3.1 Metodický postup a statistická analýza	46
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	47
4. Výsledky výzkumného šetření	49
5. Diskuse	59
5.1 Diskuse k první testované hypotéze	59
5.2 Diskuse k druhé testované hypotéze	60
5.3 Diskuse ke třetí testované hypotéze	61
6. Závěr	64
7. Seznam použitých zdrojů	66
8. Přílohy	72

Úvod

Sexuální chování mladistvých je v současnosti aktuální a zajímavé téma. Jedná se o problematiku, kterou společnost spíše zavrhuje, než aby o ní otevřeně hovořila. Může se zdát, že dříve se společnost tímto tématem příliš nezabývala, spíše o něm mlčela, a až v posledních letech se o něm začíná opět diskutovat. Tak tomu ovšem není, téma sexuálního chování nejen mladistvých bylo vždy jedním z nejvíce řešených témat ve společnosti. Stejně jako debata politická či ekonomická, byla populární i tato problematika. Toto téma jsem si zvolila na základě svého předpokladu, že uspěchaná a pokroková doba, ve které se nyní nacházíme a která nás ovládá, má vliv i na sexuální chování a postoje mladistvých k sexu. Také mě vždy fascinovaly názory lidí, kteří stále tvrdí, že oni byli jiní, vychovaní, a že dnešní mládež je zkažená. Chtěla jsem tedy zjistit, do jaké míry jsou tato tvrzení pravdivá.

Sexuální chování mladistvých je široký pojem. Nikde nenalezneme jednotný návod, kdy by bylo nejlepší s pohlavním životem začít, ale najdeme mnoho vymezení, co si pod sexuálním žitím představit.

V rámci tématu se budu zabývat v první řadě teoretickým popisem různých oblastí, které se týkají sexuálního chování a mladistvých. Zaměřím se na témata, jako jsou masturbace dětí a mladistvých, deviantní sexuální chování, pohlavní nemoci, a také na různé antikoncepční metody.

Praktická část této práce mapuje sexuální chování mladistvých. S ohledem na cíl výzkumu byla použita kvantitativní forma výzkumu. Byly stanoveny 3 hypotézy. Jako stěžejní technika sběru dat byl zvolen dotazník. Nejprve byl proveden předvýzkum, aby se ověřila srozumitelnost zadaných otázek. Samotného výzkumu se zúčastnilo celkem 40 respondentů, kteří byli vybráni principem náhodného výběru ze středních škol v Českých Budějovicích. Výzkumný vzorek byl kvótně rozdělen dle pohlaví na 20 dívek a 20 chlapců ve věku 17 let.

Výstupem výzkumu jsou statisticky vyhodnocené hypotézy. Pro testování hypotéz byly využity neparametrické metody, konkrétně Mann-Whitneyův test a chí-kvadrát test.

Závěry této práce by mohly sloužit jako data pro učitele předmětů sexuální výchova a výchova ke zdraví na základních školách nebo pro sociální pracovníky a kurátory při práci s mladistvými.

1. Současný stav

1.1 Teorie psychického vývoje dle S. Freuda a etapy psychosexuálního vývoje

Vágnerová (2012) ve své knize představuje názor Sigmunda Freuda, že vývoj osobnosti probíhá podle vrozeného programu. Dále autorka uvádí, že psychosexuální vývoj, který je základem pro rozvoj osobnosti, se uskutečňuje přesuny libida do různých oblastí. Podle Cipra (2015) je libido označení pro sexuální a agresivní energii. Ta je vrozená a biologická, zatímco tlak na její kontrolu je získaný vlivem výchovy. Sexualita a agrese tvoří tedy tzv. pudovou energii, proti jejímž projevům rodiče své děti přehnaně chrání pomocí různých zákazů, hrozeb a trestů. Přitom pohlavní pud je základem psychosexuálního vývoje a během toho se různě posouvá na odlišné erotogenní zóny. Pokud jsou potřeby v určité fázi až příliš uspokojovány, nebo naopak vůbec, může nastat fixace, což je vývojové ustrnutí. To může mít následky v dospělosti. Např. pokud se jedinec dostane do zátěžové situace, nevědomě se vrací na zafixovaný vývojově nižší stupeň uspokojení a chová se v podstatě jako malé dítě.

Zkušenosti, které dítě získá v nízkém věku, zůstávají v nevědomí. Jeho prožívání a chování se projevuje, jak již bylo řečeno, v pozdějším věku. Dále si tedy popíšeme jednotlivé vývojové fáze, uvedeme jejich dělení. (Vágnerová, 2012)

Blatný (2010) jako první fázi popisuje orální stadium. Ta odpovídá kojeneckému věku. Dítě dosahuje slasti pomocí sání a polykání, tedy komplexní orální aktivitou. Jakmile začne kousat, orální slasti ubývá. Znamená to, že se transformuje na vyšší úroveň.

Na orální stadium navazuje stadium anální. To odpovídá batolecímu věku. Pocity slasti jsou spojeny s fungováním konečnicku, tedy vyměšováním. Nácvik udržování čistoty je první důležitou zkušeností s vnější autoritou (Blatný, 2010). V této fázi se nejvíce formuje sebeuvědomění dítěte, jelikož dochází k vývoji ega pomocí ovládnutí svěračů a socializace impulzů. V dítěti nastává konflikt, na jednu stranu se chce osamostatnit, na druhou stranu matku potřebuje. Anální fáze je z psychoanalytického

hlediska vývoj vztahu k penězům a majetku. Na začátku procesu je výkal, který pro dítě znamená nějaký výtvar či hodnotu, zatímco od rodičů slyší pouze, že je to ošklivé a musí se to vyhodit. Později výkal nahradí bláto a celý proces se znovu opakuje. O stupeň výš je písek, se kterým si děti rády hrají. Dají se lépe očistit, tudíž písek je tolerován. Dítě svou pozornost brzy zaměří na kamínky, ze kterých později vyrábí jakoby drahokamy. To již výrazně souvisí se sbíráním mincí a peněz a v dospělosti anální řada končí vztahem k majetku a ekonomii (Cipro, 2015).

Vágnerová (2012) jakožto další stadium popisuje falické stadium, které odpovídá předškolnímu věku. Dítě zajímají genitální oblasti, slast mu přináší manipulace s nimi, zajímají ho i orgány jiných dětí. V tomto stadiu se rozvíjí tzv. oidipovský komplex, což znamená, že se dítě eroticky upne na rodiče opačného pohlaví, zatímco rodič stejného pohlaví se pro něj stává soupeřem. Cítí tedy lásku a zároveň žárlivost a zlobu. Řešením komplexu je identifikace s rodičem stejného pohlaví. Cipro (2015) dodává, že v tomto stadiu se u dětí objevuje tzv. falická soutěž, což znamená, že chlapani soutěží, kdo domočí výš a dál, dívky zkouší močit ze stoje. Chlapani vidí, že dívky nemají penis a myslí si, že jim ho maminka uřízla za zlobivost, proto se u nich může objevit kastrací úzkost, aby se jim nepříhodilo totéž. Dívka si také myslí, že penis dříve měla, ale maminka jí ho vzala, takže může pociťovat závist penisu a cítí se jako znevýhodněná vůči chlapanům. V dospělosti se falický muž může chovat jako někdo, kdo pohrdá ženami, často je střídá. Buď vystupuje jako sexuální atlet, nebo považuje ženu spíše za hospodyně do kuchyně. Vše vidí patriarchálně, i v sexu. Sexuální chování takového muže bývá sobecké. Jde mu především o uspokojení sebe samého. Opačnou formou falického muže je muž zženštlý, citlivý, slušný. Falická žena je tvrdá, ambiciózní. Má vysoké nároky, je to kariéristka. Plný výkon očekává i od svého dítěte. Opakem této ženy je žena hysterická, která dává najevo svou ženskost a sexualitu. Chodí výrazně nalíčená a svůdně oblékaná. Má ráda rozruch, scény, publikum.

Další fází uvedenou v literatuře je stadium latence. To odpovídá školnímu věku. Dítě nemá zájem o sexuální podněty a je zaměřeno na jiné aktivity. Rozvíjí se zájem o druhé lidi a vztahy s nimi. Je to stadium emočního klidu (Vágnerová, 2012).

Posledním stadiem je genitální stadium, jež odpovídá době dospívání. Zde dochází k oživení genitální slasti, ale na jiné úrovni než dřív. Objektem potenciálního uspokojení již není jeden z rodičů ani jiný člen rodiny. Toto zaměření je překonáno, je to období druhé oidipovské fáze. Dospívající si hledá náhradní objekt, chlapce nebo dívku. Cílem je překonat závislost na rodičích, hlavně vazbu sexuálního charakteru. Začínají se rozvíjet vztahy k jiným lidem a tak vzniká i sexuální charakter (Blatný, 2010). Libido vychází z partnerského vztahu, kdy sexu předchází láska. Partneri ve vztahu přikládají stejnou důležitost uspokojení sebe i svého partnera (Cipro, 2015).

Na dítě se nelze dívat jako na zmenšeninu dospělého ani jako na asexuálního tvora. V dětské sexualitě je důležité brát v úvahu a porozumět vývojovým změnám charakteristickým pro určité vývojové stupně. Sexuální vývoj je považován za velmi složitý a komplexní proces, v rámci něhož se utvářejí základní komponenty lidského sexuálního chování, což znamená pohlavní identifikaci, sexuální preferenci a sexuální reaktivitu (Weiss, 2010).

Dříve uvedená stadia lze popsat i z jiných pohledů. Jonášová (2014) také uvádí, že člověk je tvor sexuální, a to od úplného dětství. Jeho sexualita se vyvíjí v etapách, které se nedají přeskokovat, přirozeně následují za sebou. První období počíná narozením a trvá do šesti let. Dítě objevuje svoji sexualitu, ale neprožívá ji kvalitativně jako dospělý člověk, jde pouze o příjemné impulsy, které dítě zkoumá. Podle Weisse (2010) jde o zvědavost, zájem o pohlaví a genitální chování, které jsou vyjadřovány spontánně, dokud se dítě nenaučí je potlačovat či tlumit. Jonášová (2014) dodává, že je to období sexuálních her a objevování zážitků.

Dále navazuje druhé období, trvající od šesti do dvanácti let věku. Dítě si začíná uvědomovat, že například oblast genitálií nebo sexualita patří do jisté intimity, a stahuje se do soukromí (Jonášová, 2014). Weiss (2010) doplňuje, že tělesný růst se zpomaluje a dítě se začíná soustředit na nové možnosti duševního rozvoje. Na základní škole si děti posílají zamilovaná psaníčka, mají sexuální fantazii. Hra na maminku a tatínka je nahrazena mužsko-ženskou rolí a je sexualizována. Dívky jsou častěji vnímány jako vychovatelky vůči chlapcům. Pro chlapce to může být až agresivně obtěžující.

Třetí období trvá podle Jonášové (2014) od třinácti do patnácti let věku, tedy od puberty do rané adolescence. Vyskytují se první experimenty s masturbací, dospívající se začíná stydět, je pro něj problematické bavit se s dospělými. Weiss (2010) píše, že se rozvíjí sekundární pohlavní znaky a prožívání těla se stává opět primárním. Sexuální chování je bezmyšlenkovité, často zbrklé. V tomto věku se odehrává aktivní psychosexuální vývoj.

Čtvrté období počíná od patnácti, šestnácti let věku, tedy střední a pozdní adolescence. V tomto věku jsou mladí lidé schopni dospělé sexuality, kam spadá intimita, sexuální reakce i plnohodnotný sexuální vztah (Jonášová, 2014). Rozvíjejí se vztahy a sexuální uspokojení. Sexuální odezvy může být dosaženo masturbací nebo partnerským sexem. V tomto období je nejdůležitější přijmout sexuální identifikaci, tedy projít procesem přijetí svého pohlaví, jako součástí formování osobní identity. S tím souvisí přijetí určitého vzoru chování, motivací, postojů. Je důležité, aby přebíraná identita byla ostatními lidmi potvrzena, což znamená otevřenou debatu o sexualitě. V dnešní době získávají děti a dospívající většinu informací z internetu (Weiss, 2010).

1.2 Adolescence a pojem mládež

Vágnerová (2012) uvádí, že v tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti. Psychoanalýza kladla důraz na význam pohlavního dozrávání a nastupující sexuální aktivity.

Adolescence neboli mládí, též však období dospívání, zahrnuje životní úsek mezi dětstvím a dospělostí. Dělí se na 3 základní fáze, a to na preadolescenci, ranou adolescenci a pozdní adolescenci. Častěji se však využívá termín postpubescence, což celkově zahrnuje období od 15–20 let (Novotná et al., 2012).

Podle Langmeiera (2006) je u rané adolescence, která trvá od 13 do 16 let, nejnápadnějším procesem tělesné dospívání, spojené s pohlavním dozráváním, tedy s pubertou. Tělesné zrání je důležité pro další změny, které mohou proběhnout jen za

předpokladu, že je na ně jedinec dostatečně připraven. Pubescence je období, které představuje důležitý biologický mezník, z dítěte se stává člověk schopný reprodukce. Tělesné dospívání se projevuje viditelnými i pociťovanými důsledky, jako jsou růst postavy, proměna proporcí, objevení se sekundárních pohlavních znaků, sexuální prožitky apod. Dále autor uvádí, že tyto proměny těla mohou dokonce v krajním případě vyvolat pocit ohrožení osobnosti a vést ke ztrátě sebejistoty. Tělesné změny mohou být vnímány jako něco, čeho by bylo lepší se zbavit, nebo alespoň jejich tempo zbrzdit. Pubescent, pro kterého tělesná změna představuje takovou ztrátu jistoty, která není přijatelná, se této zátěži brání, popírá realitu. Lze to vysvětlit na příkladu dívky, která je značně vyspělá a její reakce je, že si vezme volný svetr, aby zakryla prsa. Ranější dospívání je zatěžující více právě pro dívky.

Podle Weisse (2010) chlapci v průměru dospívají pomaleji než dívky. Jak už bylo řečeno, velkou roli hraje odlišnost tělesných změn, které dospívání přináší. U chlapců je významný především růst a později rozvoj svalů. Na první pohled se tedy tato proměna jeví pouze jako růst a zesílení, tj. změna kvantity. Sekundární pohlavní znaky nejsou na první pohled viditelné, a proto nejsou ani tolik zneklidňující. Vyšší postava u chlapce je vysloveně výhodná, protože má větší šanci na získání lepšího sociálního statusu ve vrstevnické skupině. Brzy dospívající chlapci bývají populárnější, sebejistější a mívají vedoucí roli. Slabý, malý a tělesně nevyspělý hoch mívá naopak nízký sociální status. To může vést např. ke kompenzaci úspěšnosti v jiné oblasti nebo hledání úniku z ponižující pozice vazbou na silnějšího vrstevníka.

Vágnerová (2012) uvádí, že dívky mají sekundární pohlavní znaky nápadnější, a proto jsou dospělými chápány jako významnější. Jinými slovy se jedná o tzv. kvalitativní změny. Rodiče mívají strach z předčasné sexuální aktivity, kterou od fyzicky vyspělých děvčat očekávají. Jejich reakce vyznívají pak spíše jako negativní hodnocení nadměrné vyspělosti a dívka je jako takové ze strany rodičů přijímá. Nepříjemné mohou být i erotické narážky od starších vrstevníků.

I v druhé fázi dospívání, tedy v pozdní adolescenci, v rozmezí věku od 17 do 21 let, hraje tělesný vzhled velkou roli. Na konci tohoto období je obvykle spokojenost s vlastním tělem vyšší. Adolescent se svým vzhledem často dost zabývá. Často

srovnává své tělo s fyzickými kvalitami vrstevníků. Fyzická atraktivita je významnou součástí identity. Pokud odpovídá ideálu, je pro člověka oporou v sebevědomí. Adolescent, jehož zevnějšek normě nebo ideálu neodpovídá, bude tento rozpor prožívat vesměs jako nespravedlnost. Bude mít úzkosti a napětí v situacích, kde má zevnějšek nějaký význam. Může se projevit také zlost a vztek, kterou dotyčný může různě ventilovat, třeba i autoagresí. Dospívající mohou mít také problémy s opožděným pohlavním dozráváním. Vypadají ještě jako děti, ačkoli jimi již nejsou a s touto rolí se neztotožňují. Infantilita coby odlišnost je mnohem významnější než v první fázi dospívání, protože ve srovnání s vrstevníky je čím dál nápadnější. Jedinec, který vypadá nezrale, dostává často podřízenou roli, která odpovídá mladšímu dítěti. Stává se objektem agrese, která slouží k potvrzení kompetencí vyspělejších vrstevníků (Vágnerová, 2012).

Podle Weisse (2010) v tomto období dosahují dospívající sexuální odezvy pomocí masturbace nebo partnerského vztahu. Tato životní etapa je velice náročná a těžká. Nejdůležitější je cesta sexuální identifikace, jako proces přijetí svého pohlaví coby součástí osobní identity.

Slovo adolescent, jak již bylo výše vysvětleno, je typické spíše pro psychologii a znamená označení vývojového období. Naopak širší pojem mládež nebo mladiství je používán spíše v sociologii a pedagogice a vztahuje se na označení skupiny (Gomolová, 2007). Definice mládeže ve Velkém sociologickém slovníku (Petrušek, Vodáková, 1996, str. 635) vymezuje tento pojem poměrně komplexně a zdůrazňuje začlenění příslušníků mládeže do stejné věkové kategorie: „*Termín mládež označuje buď nepřesně ohraničenou věkovou skupinu, nebo sociální kategorii vymezenou specifickými biologickými, psychickými a sociálními znaky. Příslušníky mládeže spojuje to, že se nalézají ve stejném životním cyklu nazývaném mládí a že jsou stejnou generací.*“

V kriminologii se k pojmu mládež jako významná součást definice přidává navíc i trestní odpovědnost. Kriminologická literatura, jak uvádí Svatoš (2013), pod pojem mládež zahrnuje následující věkové skupiny. Jako první sem patří děti, které jsou ještě trestně neodpovědné, dále se sem zahrnují mladiství ve věku 15–17 let, další skupinu

tvoří lidé s věkem 18 let, jenž je blízký věku mladistvému, a nakonec osoby ve věku 18–23 let, které jsou označovány za mladé dospělé.

Hranice mezi dítětem a mladistvým je v právním řádě vymezena nejednotně. Například v Úmluvě o právech dítěte je za dítě považována každá lidská bytost mladší 18 let. Jinak k termínu přistupuje policie, která mluví pouze o dětech a mladistvých, jelikož v Zákoně č. 218/2003, o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů, se pod pojmem mládež rozumí jen dvě skupiny, a to „dětí mladší patnácti let“ a „mladiství“. Dítětem mladším patnácti let se rozumí ten, kdo v době spáchání činu jinak trestného nedovršil patnáctý rok věku. Mladistvým se rozumí ten, kdo v době spáchání provinění dovršil patnáctý rok, a nepřekročil osmnáctý rok svého věku.

Pro účely bakalářské práce se budu držet vymezení pojmu mládež vycházejícího ze zákona o soudnictví ve věcech mládeže. Pod pojem mládež budu řadit skupinu dětí mladších 15 let a skupinu mladistvých.

1.3 Masturbace dětí a mladistvých

Jonášová (2014) ve své knize rozebírá také dětské sebeuspokojování. Je to zcela přirozená část vývoje a je úzce spjata s dětským prozkoumáváním těla. Děti se pozorují a dotýkají také vzájemně. Typická je hra na doktora. Děti, které se zapojují do her, jsou většinou stejně staré, jsou ve stejném vývojovém období a jejich hra je založena na základě touhy po poznání. Dětská masturbace však má svá specifika, dítě se většinou svých genitálií přímo nedotýká, ale k uspokojení si pomáhá například zkřížením nožiček a rytmickými pohyby nebo třením o různé předměty. Je pak velice podstatné, jak na dětskou onanii reagují rodiče. Určitě není správné dítěti nějak nadávat nebo ho trestat, aby mělo pocit provinění či studu za to, že prožívá příjemné pocity, a to ani, když to provádí na veřejnosti. V případě, že jde o dítě v mladším předškolním věku, většinou stačí odvést jeho pozornost, zaujmout ho něčím jiným. Dítě má selektivní pozornost, nedokáže se soustředit na dvě věci najednou, avšak velice rychle dokáže

přecházet od jedné činnosti ke druhé. Pokud se tedy dotýká svých genitálií nebo se pouští do sebeuspokojování na ne zrovna nejvhodnějším místě, stačí, když s určitou dávkou nadšení rodič odvede jeho pozornost k něčemu jinému. S dítětem ve věku zhruba pěti let už je možné si o tom, co je vhodnější dělat v soukromí, promluvit.

Antonov (1991) doplňuje, že masturbace je charakteristická i pro mladistvé. Přiznává ji většina mužů a o trochu méně dívek. V minulosti byla onanie považována za velkou neřest, hřích, za příčinu téměř všech známých nemocí. V současnosti je toto tvrzení ovšem považováno za naprosto neopodstatněné. Lze s jistotou říci, že sebeukájení (s výjimkou nadměrných projevů) není bezprostřední příčinou žádných nemocí. Představuje přirozený projev sexuality v určitém vývojovém období. Naopak, u mladistvých, kteří jsou zastrašováni „hroznými následky“, mohou vzniknout psychické poruchy, nejsou-li schopni překonat intenzivní potřebu odstranit pohlavní napětí. Rozšířenou novinkou, která vznikla díky internetu, je tzv. cybersex. Prostřednictvím internetové sítě si mladiství posílají různé erotické vzkazy, popisují své představy, sexuální fantazie apod. Tento fenomén může zahrnovat i masturbační techniky. Důležitá je anonymita a snadná dostupnost uživatele cybersexu. Nebezpečí této novinky spočívá v rizicích rychlé závislosti, nezájmu o reálný sex či přechodu do reálného pohlavního styku bez dřívějšího poznání partnera (Sikorová, 2011).

Podle Pastora (2007) téměř všichni muži masturbují celý život. Ženy sice méně, ale má se za to, že alespoň 80 % žen někdy ve svém životě masturbovalo. Méně problémů v pozdějším pohlavním životě mají ženy, které masturbují od puberty. Ty také častěji dosahují orgasmu. Ženy s vyšším vzděláním masturbují více a častěji, otevřeněji se staví k sexu a tolik se nezatažují mýty. Matky své dospívající dcery od masturbace často odrazují a tím potlačují jejich sexualitu.

1.4 Základní pohlavní nemoci

Pohlavní nemoci jsou sexuálně přenosné choroby, které mohou postihovat kromě tělních orgánů i například oběhovou, pohybovou nebo zažívací soustavu. Mezi známé

pohlavní choroby patří syfilis, kapavka, HIV a AIDS. Nejnebezpečnější je nákaza v době těhotenství, kdy může pohlavní nemoc způsobit trvalé poškození plodu, ačkoli i u ostatních lidí může způsobit neplodnost, někdy i smrt (Hudecová, 2012).

Dále autorka uvádí, že pohlavní nemoci lze rozdělit na dvě základní skupiny. Za první na nemoci pohlavní jako takové, které se týkají pohlavních orgánů, a za druhé na nemoci sexuálně přenosné, přenášené pohlavním stykem. Ty tvoří velkou skupinu a kromě pohlavních orgánů mohou postihovat, jak již bylo uvedeno, i jiné tělesné soustavy. Mezi takzvané klasické pohlavně přenosné choroby patří kapavka, syfilis, měkký vřed a venerický lymfogranulom. Dále se vyskytují chlamydiové infekce, HIV, AIDS, z těch méně závažných potom záněty pochvy nebo močových cest a kvasinkové infekce (Hudecová, 2012).

O pohlavních nemocích se zmiňuje také zákon. Konkrétně se jedná o zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Zde je v § 155 Ohrožení pohlavní nemocí uvedeno: *„Kdo jiného vydá, byť i z nedbalosti, nebezpečí nákazy pohlavní nemocí, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.“* A dále pak v § 152 Šíření nakažlivé lidské nemoci: *„Kdo úmyslně způsobí nebo zvýší nebezpečí zavlečení nebo rozšíření nakažlivé nemoci u lidí, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.“* (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 155 Ohrožení pohlavní nemocí a § 153 Šíření nakažlivé lidské nemoci, str. 386)

Nejčastěji se pohlavní nemoci přenáší pohlavním stykem, krví a infikovanými injekčními stříkačkami. Výjimečně je možné se nakazit například i znečištěným ložním prádlem, lůžkovinami nebo v prostředí se zhoršenými hygienickými podmínkami, ale tento způsob nákazy je velmi vzácný (Hudecová, 2012).

Mezi základní choroby, které jsou přenosné pohlavním stykem, se řadí:

- a) bakteriální (syfilis, kapavka, měkký vřed, lymfogranuloma venereum, granuloma inguinale, chlamydie, mykoplasmatické infekce, gardnerely);
 - b) virové (papilomaviry, herpes virus, HIV, cytomegalovirus, viry hepatitid);
 - c) parazitární (pedikuloza, svrab);
 - d) protozoální (Trichomonas vaginalis, Giardia lamblia, Entamoeba histolytica);
 - e) kvasinkové (Candida).
- (Mašek, 2012)

Nejnebezpečnější a nejvíce známý je virus HIV. Na objevení viru, který způsobuje syndrom získaného selhání imunity AIDS, pracovala v letech 1983 – 1984 řada týmů. Ke sjednocení názvu došlo v roce 1986, kdy byla nemoc pojmenována Mezinárodní komisí pro nomenklaturu virů jako HIV (Human Immunodeficiency Virus – virus lidského imunodeficitu). (Sedláček, 2004; Machová, 2009)

Při analýze epidemiologických dat se zjistilo, že přenos HIV je možný třemi způsoby. Nejčastěji dochází k nakažení při nechráněném pohlavním styku, dále krví infikovaných osob nebo kontaminovanými nástroji a nakonec přenosem vertikálním – z matky na dítě. Nejčastější formou přenosu je přenos v perinatálním období (Hájek, 2004).

Infekce viru HIV se během poloviny 80. let rozšířila z USA do zemí západní Evropy a ostatních světadílů. Nejhorší situace je již od počátku výskytu viru v subsaharské Africe, kde je v některých oblastech infikován každý třetí obyvatel. Infekce je ve většině případů šířena heterosexuálně a každý den na ni zemře až 9000 osob (Sedláček, 2004). Největší riziko nákazy podstupují promiskuitní osoby, které často střídají větší počet neznámých sexuálních partnerů, dále homosexuální a bisexuální muži a samozřejmě narkomani (www.aids-hiv.cz).

V České republice je komplexní péče HIV/AIDS nemocným poskytována v AIDS centrech. První z nich vzniklo v roce 1986 ve fakultní nemocnici v Praze Na Bulovce (Sedláček, 2004).

Podle Roztočila (2011) je syfilis celoživotní systémové onemocnění, jehož původcem je bakterie *Treponema pallidum*. Projevuje se ve třech stádiích. Nejprve vzniká tvrdý vřed, který se obvykle nachází na pohlavním ústrojí, avšak může vzniknout i na sliznici úst. Ten se objevuje přibližně tři týdny po nákaze a po osmi týdnech spontánně zmizí. Neprojevuje se hnisavým otokem ani větší bolestivostí. Poté dochází v průběhu let ke zvětšení mízních uzlin, také k bolestem hlavy, únavě a zvýšené teplotě. V dalším stádiu vznikají vyrážky neboli exantémy. Na ženském pohlavním ústrojí se objevují pupínky, měkké puchýře. Léčba syfilidy je možná na základě včasné diagnostiky a léčí se obvykle penicilinem.

Kapavka je podle Maška (2012) pohlavní choroba vyvolaná bakteriemi *Neisseria gonorrhoeae*, které způsobují hnisavý zánět sliznice močové trubice a pohlavního ústrojí. V případě análního sexu mohou bakterie postihovat i sliznici konečníku. Onemocnění podléhá povinnému hlášení. U mužů se projevuje pálením při močení a zelenožlutým výtokem z močové trubice. U žen má toto onemocnění méně příznaků a nemusí být tak zřetelné. Nejčastěji to jsou bolesti v podbřišku a hnisavý výtok z pochvy. V chronické fázi onemocnění ženy udávají jen nepravidelné močové obtíže (pálení) a hlenovitý výtok. Nutná je léčba antibiotiky. Pokud není žena včas a dostatečně doléčena, hrozí riziko trvalého poškození zejména vejcovodů a následná neplodnost.

Chlamydiové infekce jsou podle Hájka et al. (2014) jedny z nejčastějších sexuálně přenosných bakteriálních onemocnění v civilizovaných zemích. Původcem je bakterie *Chlamydia trachomatis*, která způsobuje hluboký zánět pánve a následnou neplodnost nebo mimoděložní těhotenství. U mužů může způsobit záněty močové roury. Ty se projevují především mírným pálením v močové trubici či nepříjemnými pocity v podbřišku. K vyšetření je někdy potřeba kromě odběrů krve i provedení stěru ze sliznice močové trubice tenkými štětičkami. Nejúčinnějším lékem jsou antibiotika.

1.5 Sexuální chování

Knih (2014) ve své knize vykládá slovo sex, které pochází z latinského slova „sexus“, což znamená pohlaví. Je to zpravidla fyzický kontakt mezi lidmi spojený se sexuálním vzrušením. Cílem je uspokojení pudové potřeby člověka. Spočívá v koitálním i nekoitálním styku ženy a muže, může mít ale i jinou podobu i jiné aktéry. Z hlediska biologického je sexuální chování v podobě pohlavního styku mezi mužem a ženou základním nástrojem k zajištění reprodukce. Ze sociálního hlediska slouží sex jako nástroj sociální komunikace. A z fyzického hlediska je zdrojem příjemných pocitů a intenzivní slasti.

Weiss (2008) píše, že za normální sexuální chování je považováno takové chování, které je obvykle v dané kultuře rozšířené a také většinou zákonem dovolené. České sexuální chování bylo převážně ovlivněno křesťanským a židovským náboženstvím. S nástupem křesťanství se objevily poměrně přísné postoje k sexualitě. Ta se stala pouze účelovou záležitostí, tedy nástrojem k rozmnožování. V bibli je možné nalézt mnoho norem, které se dotýkají sexuality, např. zákaz některých sexuálních praktik nebo trestání homosexuálních projevů. Kniha (2014) se vrací do ještě dřívější doby, konkrétně do doby helénské a ke starým Slovanům, kde bylo v rámci sexuálních hrátek dovoleno téměř cokoli. Na počátku středověku a později docházelo k ještě většímu omezování, co se týče sexuálního chování. Dodnes jsou v zemích omezení. Například v téměř polovině států unie se považuje za trestný čin homosexuální styk mezi muži a v Severní Karolíně je zakázána jakákoli expozice genitálů.

Podle Sejblové (2007) bývá sexuální norma upravena v dané společnosti právními předpisy. Ty se ve světě a také v Evropě výrazně liší. Například v Evropě je nejnižší věkový limit, od kterého není pohlavní styk trestný, 12 let (Malta, Vatikán) a nejvyšší věk je v Severním Irsku a je to hranice 17 let. V České republice je zákonná hranice pro koitarché neboli zahájení pohlavního života stanovena na 15 rok života. Mladiství přesto nejsou ještě úplně psychosociálně zralí. Psychosociální nezralost se projevuje neschopností přijmout zodpovědnost za své sexuální chování. Příkladem může být, že těhotenství většina chlapců řeší útekem a děvčata potratem (Roznerová, 2007).

1.5.1 Deviantní sexuální chování

Fifková (2009) uvádí, že definice sexuálních deviací bývá výrazně ovlivněna kulturou, která sexuální a s tím související právní, medicínské i morální normy stanovuje. V současné době západní civilizace definuje sexuální odchylky jako kvalitativní poruchy sexuální motivace. Ty se pak dělí na deviace sexuální orientace, deviace sexuálního chování a na deviace kombinované. Dále v knize uvádí, že sexuální odchylky tvoří s největší pravděpodobností komplex vrozených faktorů, a to především

z oblasti vlivů hormonálních a genetických, působících na mozek dítěte během nitroděložního vývoje (Fifková, 2009). Krčmářová (2014) také popisuje termín sexuální deviace (jinak také parafilie či perverse) jako stav kvalitativně změněné sexuální motivace lidí.

Adolescenti tráví mnoho času zabraní v médiích, která jsou vysoce sexualizované. Sexuální materiály mohou nalézt v hudbě, v televizi, na internetu, také v časopisech a knihách. Adolescenti zabraní do médií jsou často ovlivněni a témata sexuálního obsahu je vedou k tomu, aby se zapojili do rizikového sexuálního chování (Harris, 2015).

Zajímavostí je, že WHO (Světová zdravotnická organizace) přednesla syndrom rizikového chování v dospívání, který zahrnuje tři oblasti, jež se navzájem kombinují a mají společné příčiny. Syndrom byl stanoven proto, že WHO považuje adolescenty za samostatnou rizikovou skupinu. Jeho tři složky tedy jsou: za prvé zneužívání návykových látek, za druhé negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje a za třetí rizikové chování v oblasti reprodukční, kam patří předčasný sex, předčasné rodičovství (těhotenství před devatenáctým rokem života je považováno za předčasné a nechtěné, protože se kříží dospívání s rostoucím plodem). Dále sem je zahrnuto časté střídání partnerů nebo pohlavní nemoci (Nielsen, Sobotková, 2014).

Jak již bylo na začátku kapitoly uvedeno, jsou tři kategorie sexuálních odchylek. Jako první kategorii Fifková (2009) představuje deviaci v sexuální orientaci. Sem patří odchylky, v rámci kterých není upřednostňovaným objektem sexuální touhy dospívající nebo dospělý objekt. Kolářský (2008) sem řadí pedofilii, což je sexuální a citová orientace na děti. Podle pohlaví dítěte se dělí na homosexuální a heterosexuální pedofilii. Jedinec, který je pedofilně orientovaný, prožívá stejné emoce a city směrem k dítěti jako nedelegantní člověk k dospělému partnerovi. Tito lidé často pracují v profesích, kde jsou dětem nablízku. Netouží dítěti ublížit agresivním způsobem. Mnoho lidí svou odchylku celoživotně zvládá a nedopustí se žádného trestného činu. Dle Fifkové (2009) do této skupiny dále patří hebefilie a efebofilie. Jedná se o erotické zaměření na dospívající dívky a chlapce. Je velice obtížné stanovit medicínskou normu. Nepochybně sem musí být zařazen také fetišismus. Jak uvádí Pavlovský (2012), jde o erotické zaměření pouze na určité symboly sexuálního partnera. Například se to může

týkat jen určité části těla (vlasy, kotníky) nebo oděvu (prádlo, boty). Někdy se může být fetiš bez srozumitelného vztahu k erotickému objektu (kožešiny, guma). Vyskytuje se převážně u mužů. Většina lidí s fetišistickým zaměřením uspokojuje své potřeby alespoň částečně v rámci masturbačních aktivit nebo při sexu se spolupracujícím partnerem. Fifková (2009) do této skupiny v neposlední řadě zahrnuje zoofilii nebo nekrofilii. Jedná se o speciální a vzácné deviace, které se v praxi skoro nevyskytují. Zoofilie je fixace na zvířata, nekrofilie je fixace na mrtvé tělo.

Předposlední skupinou je deviace v sexuálním chování. Porucha spočívá ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Normou je zde souhlasný sex, který partnerům nezpůsobuje fyzickou ani psychickou újmu (Fifková, 2009). Raboch a Pavlovský (2013) do této skupiny zařazují exhibicionismus. Ten se projevuje tím, že přetrvává touha ukazovat genitál cizím lidem, obvykle na veřejných místech bez výzvy nebo záměru k intimnímu kontaktu. Exhibicionismus se vyskytuje prakticky jen u heterosexuálně orientovaných mužů. Tito muži obvykle nemají agresivní tendence a nedoráží na děti. Dále sem autoři řadí voyeurismus, což je vzrušení způsobené sledováním objektu při intimních erotických i neerotických aktivitách. Jako poslední sem patří sadomasochismus (Fifková, 2009). Berner (2015) popisuje sadomasochismus jako potřebu mít druhého zcela pod kontrolou, vydaného na milost a nemilost, způsobit i bolest. Podle Rabocha a Pavlovského (2013) je předmětem erotického zájmu agrese k sexuálnímu objektu. Sadismus může být orientovaný heterosexuálně, homosexuálně i pedofilně. Rozlišujeme dva typy sadismu, fetišistický a agresivní.

Krčmářová (2014) se ve své studii zmiňuje o sexuální odlišnosti. Odlišnost se projevuje v sexuálním chování, emocích a reakcích, sexuální identifikaci a sexuální orientaci. Při používání termínu odlišnost je vhodné popsat, s jakou normou je odlišnost sexuální orientace srovnávána. Proto je definována většinová i menšinová orientace. Patří sem heterosexuality. Za heterosexuála se považuje člověk, který se zamilovává do osoby opačného pohlaví nebo ho tato sexuálně přitahuje. I zde se však mohou objevit známky homosexuality nebo jisté tápání ve vlastní orientaci. Dále se do sexuální odlišnosti řadí i již zmiňovaná homosexualita. Procházka (2008) popisuje homosexuálně orientovaného člověka jako někoho, kdo se zamilovává do osoby

stejného pohlaví nebo ho taková osoba sexuálně přitahuje. Tato orientace se objevuje u mužů i žen. Pro homosexuální muže se prosadilo označení gay, pro ženy lesba. Nelze přesně zjistit, kolik homosexuálně orientovaných osob ve společnosti je, protože se respondenti často stydí nebo bojí přiznat a celkově se špatně sestavuje vzorek pro takový výzkum. Krčmářová (2014) zmiňuje také termín bisexualita. Ten původně znamenal dvojpohlavnost, což znamená, že tato sexuální orientace je vyhrazena pro osoby, které přitahují stejně muži i ženy. Podle Pondělíčkové (2005) je názor veřejnosti na tuto sexuální orientaci velice nejednotný. Lze v podstatě vymežit dva přístupy. Ten první se přiklání k tomu, že bisexualita skutečně existuje a je to sexuální orientace celoživotní, neměnná a je to nezvolený stav, zatímco druhý vidí bisexualitu buď jako pouhou přechodnou fázi, než si dotyčný ujasní skutečnou orientaci, anebo jako obranu před homosexualitou, před kterou se člověk tak brání a je pro něj nepřijatelná. Jako další je mezi druhy orientací uváděna intersexualita. Podle Procházky (2008) jde v případě intersexuála o jedince, u kterého se vyskytují pohlavní znaky mužské i ženské, zejména však sekundární. Je to člověk pohlavně nevyhraněný. Obléká se hodně nespécificky, což brání možnosti rozpoznat, zda je muž, či žena. Osoba se necítí být ani jedním pohlavím a není schopna si vyjasnit, zda ji přitahuje více muži nebo ženy. Krčmářová (2014) uvádí jako poslední případ transsexualitu. Podle Weisse (2008) jde o stav intenzivní sexuální orientace. Fifková (2008) upozorňuje, že tělesné a psychické pohlaví u takového člověka je úplně odlišné. Laicky řečeno, osoby samy sebe vnímají jako jedince opačného pohlaví, než kterými z fyzického hlediska jsou. Transsexualita zahrnuje také předvádění se v chtěné roli, nenávisť k vlastním genitáliím a intenzivní přání po operativní změně pohlaví.

Podle Weisse (2010) mívají na sexuální chování velký vliv drogy. Drogy se projevují v oblasti bezpečnosti sexuálního chování, nepřímo ovlivňují výběr partnera, dále v sociálním prostředí a v neposlední řadě také v ekonomických rovinách. Ve zdravotnictví může užívání drog způsobit například nechtěné těhotenství nebo nákazu HIV či jinou pohlavní nemocí, novorozenecký abstinenci syndrom apod. Například amfetaminy, tedy podle extc.cz stimulační látky známé pod slangovým názvem speed a metamfetamin neboli pervitin, piko, peří či péčko, jsou drogy, které se objevují na

diskotékách či různých party. V tomto případě slouží k prodloužení bdělosti a čilosti. Podle Weisse (2010) v uživatelích vyvolávají sexuální touhu, ale zabraňují jejímu naplnění. Často se myšlenka na sex stává neodbytnou. Díky užití těchto drog se v sexuálních praktikách projevuje kreativita. Abstinující klienti se později nedokáží se svým sexuálním partnerem sladit, při běžných praktikách se nudí. Do této skupiny patří též kokain a efedrin. Mezi další často užívané drogy na diskotékách se řadí LSD, marihuana a extáze. Všechny drogy náleží mezi halucinogeny. Tyto látky mění vnímání a způsobují nerealistické představy a halucinace. Extáze neboli „taneční droga“ bývá nazývána též empatogen, tedy látka, která napomáhá vcítit se do druhého. Po užití látky se dostavuje pocit lásky a vřelosti ke všem, ale především k sexuálnímu partnerovi. Někteří se cítí být více fyzicky vzrušeni, jiní mluví o opaku. Pocit lásky k celému světu však zvyšuje rizikové sexuální chování, a to jak ve výběru partnera, tak i v nepoužití kondomu. U některých mužů extáze snižuje schopnost erekce a oddaluje ejakulaci. U žen nemusí dojít k orgasmu.

Marihuana a jiné konopné látky jsou v populaci velmi rozšířené. Podle Milovského (2008) byly v České republice provedeny dotazníkové studie, které zkoumaly vztah mezi užíváním alkoholu a konopných drog a výskytem nechráněného pohlavního styku u mladistvých. Zkoumaný soubor byl ve věku 12–17 let. Výsledky ukázaly, že užívání konopných drog souvisí s riskantním sexuálním chováním. Osoby si nepřipouští možný přenos pohlavních nemocí, což souvisí s nepravdělným používáním kondomu.

LSD je látka, která se používá nejčastěji ve formě tripu, což je papírek napuštěný diethylamidem kyseliny d-lysergové, který se nechá rozpustit v ústech. Na sexualitu může mít pozitivní dopad i díky změněnému vnímání a větší barevnosti vjemů. Na každého jedince však působí droga odlišně, takže se může stát, že pohlavní styk je ze začátku příjemný a později se změnil na nepříjemný až traumatický. Při silnější intoxikaci se chuť na sex potlačí, případně je znemožněn, z důvodu nevolnosti, pocení a slabosti (Weiss, 2010).

Dále lze do tohoto širokého tématu zařadit též incest. Podle Knihy (2014) se jedná o zákaz pohlavního styku mezi blízkými příbuznými. Obecně incest vyvolává u lidí veliký odpor. Skoro všichni totiž vědí, že sexuální vztahy mezi příbuznými jsou

nepřípustné. O incestu jasně hovoří i náš zákon. V trestním zákoníku 40/2009 Sb. je v § 188 Soulož mezi příbuznými uvedeno, že: „*Kdo vykoná soulož s příbuzným v pokolení přímém nebo se sourozencem, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.*“ (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 188 Soulož mezi příbuznými, str. 396)

1.6 Sexuální zkušenosti

Sak (2000) tvrdí, že sexualita je jedním z významných projevů člověka a je specifická v každém období lidské ontogeneze. Zvláště mládí přináší tolik sexuálních problémů a zároveň i silných citových zážitků jako žádný jiný věk. Kniha (2014) ji definoval jako prvek lidské biologie, který v první řadě reprezentuje reprodukční účely, a v druhé řadě na ni je možné pohlížet jako na zdroj příjemných fyzických pocitů. Na rozdíl od jiných živočišných druhů je lidská sexualita velmi specifická a v mnoha věcech se liší. Zvláštnosti se projevují například v tom, že žena může prožívat orgasmus, nebo v tom, že člověk je sexualizován po celý rok, to znamená, že nezná dobu říje.

Stejně jako lidské jednání má své společenské a morální normy, tak i sexuální chování je řízeno sexuálními a erotickými normami. Pro současnou mládež to je těžký úkol, začlenit se do těchto norem. Mnoho věcí, které byly ještě v nedávné minulosti považovány za úchytku, je nyní v širším společenském prostředí považováno za normální. Tyto normy na jednu stranu vymezují samotnou sexualitu a na druhou stranu určují, co je v otázce sexuality tabu (Sak, 2000). Podle Weisse (2008) lze na sexuální chování nahlížet z různých hledisek. Prvním je hledisko kulturní, podle kterého je normální chování to, co je v dané době pro stanovené společenství obvyklé. Názory společnosti se však v průběhu let mění a stejně tak i kulturní zvyky, tudíž tuto normu nelze uznat za trvalou a konstantní. Druhou normou je norma statistická. Za normální se v tomto směru považuje chování s největším výskytem. Ani v tomto případě nemůže být norma platná s úplnou přesností. Sak (2000) upozorňuje, že na jedné straně jsou normy sexuálního chování rušeny a přehodnocovány, na druhé straně jsou vytvářeny.

A to především ze strany vrstevníků, kdy je v určitém věku vyvíjen vnitřní tlak na zahájení sexuálního života u chlapce či dívky. Věk této významné události v životě člověka má také charakter společenské normy. Ta se spolupodílí na věku první reálné sexuální události v životě člověka.

Kyzlinková (2008) píše, že ze zdravotního hlediska by měl být první pohlavní styk předpokládáný, tedy nemělo by jít o šok, měl by být chtěný, a to ze strany obou partnerů, chráněný, aby nedošlo k nechtěnému těhotenství a přenosu sexuálně přenosných chorob, a v neposlední řadě by to měl být příjemný prožitek a zdroj radosti.

Podle Saka (2000) se první sexuální zkušenosti do dvanácti let objevují jen minimálně. Vzestup zkušeností začíná až od třinácti let. Weiss (1998) upozorňuje, že zahájení sexuálního života příliš brzy může mít i velmi negativní následky pro další psychosexuální vývoj. Prokázalo se, že dívky, které mají svůj první pohlavní styk před čtrnáctým rokem, mají vyšší pravděpodobnost, že budou střídat své sexuální partnery, budou mít styky s rizikovými partnery nebo opakovaně absolvují interrupci.

Podle Vágnerové (2012) lze se za první sexuální zkušenosti považovat líbání, francouzské polibky, mazlení – necking (tzn. mazlení od pasu nahoru), petting (tzn. mazlení a laskání od pasu dolů), orální sex až po sám pohlavní styk.

Do sexuálních zkušeností patří tedy orální sex, jak bylo výše zmíněno. Tento druh sexuální aktivity znamená, že pohlavní orgány muže nebo ženy jsou ústy a jazykem stimulovány. Mnozí lidé projevují nechuť k tomu, vyzkoušet tyto ústní hrátky. Jiní se zase bojí nebo stydí partnerovi své přání ohledně orálního sexu sdělit (Kubík, 2012).

Dále se může do sexuálních zkušeností avšak pro „pokročilé“, zařadit též anální sex. Při sexuální aktivitě zvané anální sex dochází k anální souloži nebo k jinému druhu dráždění konečníku či řitního otvoru. Slouží většinou ke zpestření stereotypů. Partneři by měli mít znalosti o bezpečné technice tohoto styku, o lubrikačních gelech a o prezervativech, pokud se rozhodnou anální sex provozovat (Pastor, 2007).

Mezi nejzákladnější sexuální zkušenosti patří tedy i líbání. Polibek je označován jako dotek rtů dvou osob. Více polibků se nazývá líbání. Většinou bývá polibek počáteční jiskra před sexem. Polibek je také považován za pozdrav, při kterém se vzájemně dotkneme rty (Formáčková, Kraus, 2012).

Na vrchol sexuálních zkušeností se řadí samotný pohlavní styk neboli sex neboli koitus. Sex je synonymum pro erotiku nebo v napodobení amerického použití „to have sex“ – mít pohlavní styk. Z fyzického pohledu je sex zdrojem prožívání intenzivní slasti, kterou doprovází intimní, milostný vztah. Eroticko-slastná funkce sexu znamená propojená sexuálního kontaktu jako zdroje fyzického potěšení (Kniha, 2014). Pro účely této práce bude sex chápán výhradně jako koitální či pohlavní styk.

1.7 Kdy začít se sexuálním životem

Podle Weisse (1998) neexistuje odpověď, která by jasně definovala, kdy se má se sexuálním životem začít.

Kyzlinková (2008) považuje zahájení sexuálního života za tzv. mezník ve fyzickém a psychickém vývoji ženy a muže. To, v jakém věku dojde k prvnímu styku a za jakých okolností, může mít pro jedince chvilkové či dlouhotrvající následky. Například u dívky, která začne pohlavně žít, lze nalézt v mnoha případech sociální a zdravotní dopady jejího jednání. Obzvláště jestliže otěhotní a těhotenství bude mít za následek nechtěné rodičovství nebo umělé ukončení těhotenství.

Sak (2000) uvádí, že věk zahájení sexuálního života se začal výrazně snižovat v šedesátých letech, kdy se celosvětově hovořilo o sexuální revoluci. Podle jeho záznamů má mládež ve věku 15 – 18 let nejčastěji první sexuální styk v šestnácti letech, věková skupina ve věku 19 – 23 let má nejčastěji styk v šestnácti, sedmnácti a osmnácti letech a pro populaci ve věku 24 – 45 let je rokem nejčastější první sexuální zkušenosti sedmnáct let. Podle Pastora (2007) se trend snižování věku prvního pohlavního styku v devadesátých letech zastavil. Obě pohlaví mají průměrně první pohlavní styk mezi sedmnáctým až osmnáctým rokem života. Nesnižuje se ani počet lidí, kteří si nacházejí ke koitálním aktivitám náhodného partnera. U mužů je to asi 30 % a u žen 12 %. Ženy obvykle mají svůj první styk se stálým partnerem zhruba po sedmi až osmi měsících.

Zákonem povolená věková hranice pro pohlavní styk se v evropských zemích pohybuje v rozmezí mezi dvanácti až sedmnácti lety, polovina zemí má hranici čtrnáct

let a méně. V České republice a ve Slovenské republice je věkový limit patnáct let (Weiss, 2005). U mladistvých je zapotřebí rozeznávat věk trestní odpovědnosti a dohodnutou věkovou hranicí pro legální sex. Na politické scéně se tomu začalo říkat věk povolení sexu neboli age of consent. Toto označení představuje věk oběti nebo poškozeného trestným činem pohlavního zneužívání. Tento a podobné trestné činy jsou definovány v trestním zákoníku (Švarc, 2010). Například v zákoně č.40/2009 Sb., trestního zákoníku, v § 187 o pohlavním zneužití, je jasně stanoveno, že: „*Kdo vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až osm let.*“ (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 187 Pohlavní zneužití, str. 396) Zákon dále jasně popisuje další související trestné činy, mezi které patří soulož mezi příbuznými, sexuální nátlak nebo znásilnění (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník).

Do roku 1990 byl v trestním zákoníku § 244, který stanovoval jinou věkovou hranici pro tolerovaný souhlasný pohlavní styk homosexuální a heterosexuální. Ačkoli u osob s opačným pohlavím byla věková hranice patnáct let, u osob stejného pohlaví osmnáct let. Rozdílné věkové hranice pro styk přetrvávají dodnes v zákonech menšiny evropských států, jako například v Anglii, Rakousku. Tyto normy vyvolávají představu, že je lepší mladistvé před homosexualitou chránit. Většina raných partnerských pohlavních aktivit probíhá s vrstevníky (Weiss, 2005).

1.8 Těhotenství náctiletých a interrupce

Kyzlinková (2008) se ve svém článku zaměřila na to, jak samy náctileté dívky hodnotí svůj sexuální život v minulosti, konkrétně, jak vidí svůj první sexuální zážitek a jaké mají názory na antikoncepční chování. Právě díky nepravidelnému užívání antikoncepce nebo jejímu selhávání se život dívek často nasměřoval jinam, než samy chtěly.

V období od března do června roku 2004 v České republice probíhal kvalitativní výzkum zaměřený na téma sexuální a antikoncepční chování náctiletých těhotných žen

a matek. Bylo provedeno 58 polostrukturovaných rozhovorů se ženami, které byly těhotné nebo porodily své první dítě do 20 let. Cílem celého kvalitativního šetření bylo popsat skutečnost slovy náctiletých matek a zohlednit tak jejich vlastní pohled na problém.

V daném souboru bylo kromě jiného také zjištěno, že pět dívek bylo v raném věku sexuálně zneužíváno. Dvě z těchto dívek byly zneužity po rozvodu rodičů a týkalo se to těch, které byly svěřeny do otcovy péče. Sexuální zneužívání má mnoho následků. Je jednou z příčin dřívějšího začátku pohlavního života u dívek nebo také rodičovství. Ženy, které začaly pohlavně žít před 15 rokem života, většinou udávají, že byly znásilněny nebo že se styk udál mimo partnerský vztah. Sexuální zneužívání také značně přispívá k pozdějšímu strachu z intimního života.

Dále se 21 dívek vyjadřuje o svém prvním pohlavním styku jako o „úletu“ či „známosti na jednu noc“. Pouze 2 dívky se na svůj první styk s partnerem připravovaly. Z časového hlediska nebyl styk, kromě případu dvou právě zmíněných dívek, nijak plánovaný, sledovaný soubor uváděl většinou „prostě se to stalo“.

Jelikož verbální komunikace v tomto případě moc nefunguje, často se stává, že se realizují očekávání mužů na úkor očekávání jejich partnerek. Dívky jsou tlačeny do něčeho, co nechtějí. Zvláště u náctiletých dívek je dominance mužů velice aktuální, jelikož se vše odehrává v raném věku. Většina dívek ze sledovaného souboru uvedla, že měly bolestivé pocity a pocity zklamání. Mnoho dívek mělo z prvního pohlavního styku strach.

Bylo zjištěno, že 21 dívek prožilo svůj první styk s budoucím otcem dítěte. Naopak, některé dívky ani nevěděly, kolik sexuálních partnerů měly, a tak se soubor dělil na dvě skupiny. V první skupině byly dívky s jedním partnerem a ve druhé pak ty, které jich vystřídalý mnohem více. Jedna dívka si nebyla jista otcovstvím svého dítěte.

Podle Thalera (2010) je těhotenství náctiletých vážný problém a velmi často se stává, že dívky, které mají svého prvního potomka v 18 letech, otěhotní během roku nebo dvou znovu. Proto v některých zemích, jako je např. Severní Karolína, se zkouší zavést program „dolar za den“, což znamená, že náctileté dívky dostávají dolar za každý den, kdy nejsou znovu těhotné. Výsledky vypadají pozitivně. Dolar je pro město

Greenboro v Severní Karolíně zanedbatelná částka, i když jí platí rok nebo dva. Avšak pravidelná malá platba je pro náctileté matky taková motivace, že dokážou podniknout určité kroky, aby znovu neotěhotněly. Jelikož daňoví poplatníci platí v souvislosti s dětmi náctiletých velkou částku, jsou výhody programu obrovské a náklady jsou výrazně menší, než kdyby dotyčné otěhotněly. Proto mnoho lidí tento program propaguje jako modelový, který může pomoci snížit počet těhotných náctiletých.

Do této kapitoly jistě patří pojem interrupce neboli umělé přerušování těhotenství. Podle Molnárové (2001) je tento problém jedním z nejdiskutovanějších problémů na světě, protože souvisí se základním lidským právem člověka – právem na život. Každá země přistupuje k interrupci jinak. V podstatě lze současné přístupy zemí k tomuto problému rozdělit do čtyř skupin. První skupinu tvoří téměř čtvrtina lidské populace a jsou to země, kde je umělé přerušování těhotenství zcela zakázáno. Výjimku tam tvoří pouze záchrana života matky. Patří sem většina muslimských zemí, státy z Latinské Ameriky, mnoho zemí na africkém kontinentě a také Malta, Irsko a Albánie. Druhou skupinu tvoří země, kde není interrupce úplně zakázána, ale důvody k jejímu provedení jsou úzce vymezeny. Může jít převážně o vitální indikaci, což znamená soubor neodkladných okolností, které vyžadují provedení určitého lékařského zákroku, bez něhož je mizivá šance na přežití. Třetí kategorii tvoří země, kde neuznávají právo ženy svobodně se rozhodnout o svém mateřství, ale také se zde připouští důvody, díky kterým lze interrupci provést. Řadí se sem země jako Japonsko, Velká Británie, Finsko, Indie, Maďarsko. Poslední skupinu tvoří státy, které umožňují interrupci na základě žádosti ženy. Patří do ní USA, Dánsko, Švédsko aj.

V České republice platí právní úprava zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství, a prováděcí vyhlášky č. 75/1989 Sb. Podle Navrátilové (2013) jsou stanoveny celkem dva druhy právního řešení interrupce. Umělé přerušování těhotenství může být provedeno na základě žádosti ženy. Aby mohla být interrupce vykonána, je zapotřebí splnit zákonem dané podmínky. Tou základní podmínkou je písemná žádost ženy o umělé přerušování těhotenství. Tuto žádost může vzít kdykoli zpět až do začátku výkonu umělého přerušování těhotenství. Žena nemá povinnost uvádět důvody, které jí k tomuto rozhodnutí vedly. Mezi další podmínky patří, že interrupci nesmí bránit

zdravotní podmínky a těhotenství nesmí přesahovat 12 týdnů. Barták (2006) uvádí, že interrupční zákrok není možné provést víckrát než 1× za 6 měsíců. Za zdravotní důvody, za kterých nelze na žádost ženy provést interrupci, se považuje zdravotní stav ženy, kterým se zvyšuje zdravotní riziko spojené s umělým přerušением těhotenství, a dále umělé přerušení těhotenství, od něhož neuplynulo šest měsíců. Výjimku tvoří případy, kdy žena alespoň dvakrát rodila nebo dovršila 35 let věku. Také sem patří důvodné podezření, že žena otěhotněla v důsledku trestné činnosti, která vůči ní byla spáchána. Podle Molnárové (2001) je druhým případem, který zákon rozlišuje, interrupce ze zdravotních důvodů. A to jestliže je ohrožen život nebo zdraví matky nebo zdravý vývoj plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu. Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou definovány jako zdravotní důvody pro umělé přerušení těhotenství, je uveden v příloze vyhlášky č. 75/1986. I v tomto případě vyjadřuje žena souhlas s přerušением těhotenství. Pokud dalo podnět k interrupci zdravotnické zařízení a žena tento návrh odmítá, pak musí napsat písemné prohlášení. I v tomto případě je stanoven časový limit 12 týdnů délky těhotenství. Po uplynutí tohoto času lze uměle přerušit těhotenství jen v případě, že by byl ohrožen život ženy nebo bylo prokázáno těžké poškození plodu, nebo také za podmínky, že plod je neschopen života. Do 24 týdnů délky těhotenství lze těhotenství uměle přerušit z genetických důvodů.

Bezprostřední ohrožení na životě je jen výjimečné. Může však dojít k infekcím a zánětům, které představují nebezpečí do budoucna. Díky těmto okolnostem dochází často k srůstům v okolí dělohy, což může způsobit neplodnost nebo mimoděložní těhotenství (www.ulekare.cz). Podle Bartáka (2006) se může objevit i psychické trauma z potratu.

1.8.1 Sociální práce s těhotnými dívkami pod 15 let

Může nastat situace, kdy se matkou stane dívka, které ještě nebylo ani 15 let. Důležité je, aby si dívka dokázala odpovědět na základní otázky týkající se jejího zdravotního, psychického a sociálního stavu. Tedy, zda je schopna porodu, jestli

zvládne roli matky a v neposlední řadě, kde bude bydlet a na koho se může obrátit. Dívky se nacházejí ve věku, kdy hledají svoji vlastní identitu. Jsou výdělečně nečinné, jelikož jsou to studentky středních škol nebo žákyně základních škol. Jsou závislé na finanční a materiální pomoci (Chrenková, 2010).

Těhotenství nezletilých s sebou nese mnoho zdravotních a psychických rizik. Zde se však zaměříme pouze na rizika sociální, sociální pomoc a na různé jiné možnosti, které by nezletilé matky měly k dispozici. Jelikož jsou partneři nezletilých dívek většinou nezaměstnaní, je to hlavně nedostatek financí, co tvoří překážku těhotenství v mladém vztahu (Vašková, 2005).

Dále autorka uvádí, že těhotenství nezletilých dívek se vyskytuje spíše u rozvedených nebo neúplných rodin, kde se častěji objevuje domácí násilí nebo sexuální obtěžování (Vašková, 2005).

Naštěstí v České republice existuje poměrně bohatá síť sociálních dávek, díky kterým se do jisté míry nezletilá těhotná dokáže zabezpečit sama (Vašková, 2005). Nezletilá dívka, která čeká potomka, má nárok na dávky státní sociální podpory, kam patří přídavek na dítě, příspěvek na bydlení, porodné, rodičovský příspěvek aj. Dále má nárok také na dávky pomoci v hmotné nouzi, do kterých se řadí příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc a peněžitá pomoc v mateřství (PPM). Pokud se zaměřím pouze na dívku nezletilou a těhotnou, pak na PPM má nárok pouze v případě, že v době těhotenství přeruší denní studium. Dále, pokud dívka ještě nedosáhla 16 let, nemá právo na porodné. V tomto případě musí být stanoven poručník, který tuto dávku může přebrat. Jedná se o jednorázovou částku, o kterou se žádá na Úřadu práce a která činí 13 000 Kč. Podobné je to též v případě s rodičovským příspěvkem. Ten nemůže pobírat dívka, která je nezletilá, jelikož nemá rodičovskou zodpovědnost. Opět je stanoven poručník nebo je určena jiná osoba, které bylo dítě svěřeno do péče, a ta příspěvek pobírá. Totéž se týká přídavku na dítě. Nezletilá matka má nárok i na jiné dávky ze státní sociální podpory, jestliže tomu odpovídá její životní situace, která se posuzuje podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře (Chrenková, 2010).

V případě, že se dívce dítě již narodí, vyskytuje se zde pomoc v podobě zajištění bydlení. Probíhá snaha o odstranění pocitů sociální izolace a pomoc při péči o dítě. Mezi ty nejzákladnější nabídky patří například ubytování v azylových domech pro matky s dětmi. To se však týká dívek, které již dovršily věk zletilosti. Ubytování je v těchto domech dočasné a hlavními výhodami jsou zajištění stravy, hygieny a jídla, také pomoc a poradenství v rámci práva a vzdělávání. Také pouze pro zletilé matky jsou domy na půl cesty. Zde mohou matky bydlet až do svých 26 let, avšak služby se poskytují zpravidla na jeden rok. Dále je možností diagnostický ústav, kde je pobyt buď dobrovolný, nebo nařízený soudem a trvá zpravidla osm týdnů (Trávníčková, 2012). V neposlední řadě se sem zahrnují dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Jejich povinností je péče o nezletilé těhotné dívky. Ačkoli je pomoc povinná, ne všechna zařízení poskytují potřebnou péči, a to z důvodu, že nejsou kapacitně a personálně vybavena (Chrenková, 2010).

Situace, kdy je nezletilá dívka těhotná, se řeší s týmem odborníků. Patří mezi ně např. sociální pracovník působící na oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Sociální pracovníci z OSPODu se zaměřují na plnění výchovných povinností, které nezletilá matka z důvodu nízkého věku nemůže naplňovat dostatečně dle našeho práva. Jelikož dívka nemá rodičovskou zodpovědnost, je v těchto případech určen opatrovník nebo poručník dítěte nebo je dítě svěřeno do péče jiné osoby. Často se stává, že se dívka setká se sociálním pracovníkem až v porodnici. Pracovník je v kontaktu se zákonným zástupcem a OSPODem. Pokud je dívce méně než 15 let, musí být kontaktován sociální kurátor magistrátu města nebo obvodu, kde má mladá matka uvedeno trvalé bydliště (Chrenková, 2010).

Odborníků, kteří se situaci snaží řešit, je mnoho. Poslední, na koho se zaměřím, je policie. Policie v zájmu dítěte spolupracuje s OSPODem, kurátory, školami a soudy. Také je přítomna ve věci určení otcovství. Při útěku dívek z domova policie zasahuje, předává je zpět zákonným zástupcům či do ústavních zařízení (Chrenková, 2010).

1.8.2 Kazuistika

Dana poprvé otěhotněla v 15 letech, svůj první pohlavní styk měla už ve 14 letech. V té době studovala střední odborné učiliště, obor kadeřnice. Petr, otec jejího dítěte pocházel ze stejné vesnice a byl o tři roky starší. Oba byli rozhodnutí si dítě nechat, narazili však na odpor rodičů. Nakonec ani jiné řešení neexistovalo, protože Dana se o svém těhotenství dozvěděla až ve čtvrtém měsíci. Narodila se jí zdravá dcera. Studium ukončila a zůstala s dítětem doma u rodičů. Partner bydlel s nimi. Poté, co dokončil školu, se společně přestěhovali do vlastního domu. Jejich vztah prošel krizí a znovu se upevnil po porodu druhého dítěte, zdravého chlapce. V té době bylo Daně 18 let. Druhou krizi už jejich vztah nevydržel a partner od rodiny nakonec odešel. V současné době má Dana třetí dítě s novým partnerem.

Přestože Dana věděla o možnostech používání ochrany, nepřikládala jim příliš velký význam, neboť zastávala názor, že v 15 letech je dívka na otěhotnění příliš mladá: *„O ochraně jsme samozřejmě věděli. Některé mé spolužačky ze základní školy braly dokonce i hormonální antikoncepci – takovou tu na pleť, v jejich případě. Já jsem se bála, že by to mohli rodiče zjistit. Většinou jsme užívali kondomy. Když jsme ale neměli, nijak jsme to neřešili. Jak už jsem říkala, absolutně nás nenapadlo, že bych mohla otěhotnět – bylo mi přece patnáct!“*

Dana pocházela z úplné rodiny, měla i dva starší sourozence. Po oznámení těhotenství se doma nesetkala s podporou ani jednoho z rodičů, s časovým odstupem se jako první začala s novou situací smířovat matka, otcí to trvalo až do porodu dítěte, než byl ochoten jejího partnera přijmout. Protože je o svém těhotenství informovala až ve čtvrtém měsíci, nemohli na ni rodiče naléhat s interrupcí. Přestože po psychické stránce jí nebyli oporou, po stránce materiální se o ni postarali.

Krizi ve vztahu překonala Dana s partnerem porodem druhého dítěte. Jednalo se však pouze o stav dočasný a partneri se nakonec rozešli. Dana si našla nového přítele a vyučila se: *„Nyní mám nového přítele, se kterým mám krásného chlapečka. Petr je s dětmi v kontaktu a náš vztah je taky více méně dobrý. V průběhu let jsem se vyučila na*

prodavačku, a než jsem odešla na mateřskou, pracovala jsem v místním obchodu s textilem, což byl vlastně vždycky tak trochu můj sen.“ (Trávníčková, 2012).

1.9 Antikoncepce

Názory na antikoncepci se velice různí, především ve srovnání dnešní a minulé doby. Barták (2006) uvádí, že ještě v roce 1878 tvrdil doktor Routh před Britskou lékařskou společností, že sexuální fradulence (tj. antikoncepce), především kondomy, způsobují řadu nemocí, jako je rakovina, poruchy srdeční činnosti, ztráta paměti a nakonec celkový nervový rozpad, který vede až k sebevraždě. Už staří Egypťané však doporučovali mnoho metod k zabránění početí. Mezi jejich techniky patřilo například zavést do pochvy před souloží pastu vyrobenou z krokodýlího nebo sloniho trusu. Použit se mohla také volská žluč, stromová smůla či zelí. Staří arabští učenci razili teorii vzít pravé varle vlka, obalit ho bavlnou nasáklou olivovým olejem a tento antikoncepční čípek před pohlavním stykem zavést do pochvy. Ve starověké Číně se mělo o ochranu před početím postarat spolknutí 24 živých pulců chycených na jaře. Žádná z těchto metod se neudržela až do dnešní doby. První antikoncepční tablety, které se daly používat, byly Enavid-10. Ty schválil v roce 1960 Americký úřad pro potraviny a léčiva.

Dále autor uvádí, že v dnešní době lze antikoncepci rozdělit na mužskou a ženskou. Mužskou antikoncepcí se míní možnost zabránění vzniku spermií ve varleti. V 80. letech 20. století se podařilo výzkumníkům čínské národnosti získat z bavlníkového oleje látku s názvem gossypol. Nejprve to vypadalo velmi nadějně, že by mohli být muži s touto látkou neplodní, později se však zjistilo, že jsou současně zcela impotentní. Zatím tedy neexistuje žádný přípravek, který by dokázal napodobit ženskou hormonální antikoncepci. Ze strany muže lze za použitelnou antikoncepci považovat pouze přerušovanou soulož a prezervativ (Barták, 2006).

Ženská antikoncepce je mnohem pestřejší. Pro ženy to je dnes skvělá možnost, jak rozhodnout, kolik dětí bude mít a kdy je bude mít. Dnes už se nemusí ženy spoléhat na

partnera a ve strachu prožívat každé zpoždění menstruace. Antikoncepce je osvobození a zároveň velká zodpovědnost. Při rozhodování, jakou antikoncepční metodu zvolit, hraje roli věk ženy, zdravotní stav, finanční možnosti a v neposlední řadě také to, za jak dlouho chce mít děti, a jestli vůbec je chce mít (www.vitalia.cz).

Nejčastěji používané druhy antikoncepce, tedy ty nejzákladnější, zde budou definovány. Drews a Hirscher (2015) uvádí, že mezi jedny z nejjistějších antikoncepčních metod, spíše pro mladší ženy, patří antikoncepční pilulka, též nazývaná hormonální pilulka. Podle vitalia.cz tento malý velký zázrak, který obsahuje hormony estrogen a progesteron, funguje na základě třech principů. Tím prvním je, že hormony blokují ovulaci, tedy vajíčko se neuvolní z vaječníku, a není tedy nic, co by se mohlo spojit se spermií. Druhým účinkem je, že hormony zhušťují hlen děložního hrdla a tím je cesta spermií za vajíčkem ztížena. Poslední princip spočívá v zeslabení děložní sliznice, tak by se na ní případně oplodněné vajíčko nemohlo ani uchytit. Podle Drewse a Hirschera (2015) je k tomu, aby byla pilulka účinná, zapotřebí užívat ji pravidelně každý den. Může se stát, že pilulka bude neúčinná, pokud dívka během tří hodin od okamžiku, kdy si pilulku vzala, dostane buď silný průjem, nebo se vyzvrací, či užívá nějaké léky. Podle vitalia.cz je spolehlivost hormonální antikoncepce teoreticky velmi vysoká. V praxi je to komplikované tím, že například více jak dvanáctihodinové zpoždění v braní pilulky může znamenat snížení spolehlivosti. Vynechané tablety během měsíce jsou také hodně riskantní. Mezi další možnosti, spíše novější, antikoncepce patří depotní implantát. Jedná se též o hormonální antikoncepci. Tato metoda se ve formě podkožního implantátu zavádí pod kůži, konkrétně na vnitřní stranu paže, a to jako tyčinka nebo kapsle, která chrání před otěhotněním tři roky. Vhodná je pro ženy, které nesnáší estrogen. Tento způsob antikoncepce stojí kolem pěti tisíc korun. Další možností je antikoncepční náplast. Barták (2006) uvádí, že princip je stejný jako u tablet, náplasti také obsahují hormony estrogen a progestin. Užívá se také 3 týdny, na celý týden 1 náplast a pak se týden vynechá. Jde o kombinovanou hormonální antikoncepci. Jinou možností může být nitroděložní tělísko. Jedná se o tělíska různého tvaru, která se zavádějí do pochvy. Dělí se na nitroděložní tělíska bez hormonu a na tělíska s hormonem, která obsahují syntetické hormony. Vyrábějí se z plastických hmot

a jsou doplněna měděným drátkem (nebo zlatým, stříbrným, příp. ze slitiny zinku a stříbra). Tělíska se do dělohy zavádějí ambulantně bez anestezie na 5 let. Zjednodušeně řečeno fungují tak, že v děloze působí jako cizí těleso, přitahují množství bílých krvinek a ty se vrhají na spermie, které postupují dělohou vzhůru. Brání tedy spermii, aby se dostaly k vajíčku. Hlavní nevýhodou tělísek je, že nechrání před nádory a cystami vaječníku ani před záněty vnitřních rodidel (www.antikoncepce.cz).

Předposlední metodou antikoncepce, kterou zde uvedu, je kondom neboli prezervativ. Ten představuje formu jednorázové antikoncepce, která se prodává v automatech, drogeriích, lékárnách i supermarketech. Poskytuje také ochranu před pohlavními nemocemi, např. HIV. Kondom je pouzdro z úzkého latexu, polyuretanu a přírodních blan, které se používá při pohlavním styku. Zachytává sperma před ejakulací (výron semene), během ní i po ní (Leifer, 2004).

Poslední metodou je přerušovaná soulož. Zde jde o to, že muž přerušuje soulož ještě před orgasmem a ejakuluje mimo orgán ženy. Cílem je zabránit kontaktu spermií a pochvy (www.antikoncepce.cz).

2. Praktická část

2.1 Cíle práce

Ve výzkumné části se zaměřím na zmapování charakteristických znaků a důsledků sexuálního chování mladistvých, na vybraných středních školách v Českých Budějovicích.

2.2 Hypotézy

H1) Chlapci začínají sexuálně žít dříve než dívky.

H2) Dívky dbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci.

H3) Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma) má na základních školách význam, začínají sexuálně žít později.

2.2 Operacionalizace proměnných

H1) **začínají sexuálně žít** – věk, ve kterém studenti poprvé zažili sexuální zkušenosti (mezi sexuální zkušenosti se řadí: pohlavní styk, orální sex, líbání, anální sex)

H2) **chráněný pohlavní styk** – pro účely této bakalářské práce je tento termín definován jako pohlavní styk, při kterém se používá kondom (prezervativ)

H3) **předmět sexuální výchova** – pro účely této bakalářské práce je pojem vymezen dle MŠMT (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy) jako předmět, který se vyučuje na základních školách za účelem objasnit žákům problémy jako nárůst počtu HIV pozitivních osob, zvyšující se výskyt pohlavně přenosných chorob, zvýšený výskyt

rakoviny prostaty, rakoviny prsu a děložního čípku, sexuální zneužívání dětí, nežádoucí otěhotnění, zvyšující se počet případů domácího násilí atd.

besedy na sexuální téma – pro účely této bakalářské práce je pojem vymezen jako přátelské sezení s vyškoleným pracovníkem a žáky základních škol, kde probíhají rozhovory a povídání na různá témata týkající se nárůstu počtu HIV pozitivních osob, zvyšujícího se výskytu pohlavně přenosných chorob, zvýšeného výskytu rakoviny prostaty, rakoviny prsu a děložního čípku, sexuálního zneužívání dětí, nežádoucího otěhotnění, zvyšujícího se počtu případů domácího násilí atd.

3. Metodika

3.1 Metodický postup a statistická analýza

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byla zvolena forma kvantitativního typu výzkumu. Jako technika sběru dat byl použit dotazník s 13 otázkami, který byl zpracován 40 respondenty (20 chlapců a 20 dívek). Výhodou dotazníkového šetření je možnost získání dat od velkého počtu respondentů za krátký časový úsek (Sedláková, 2015). Dotazníkové šetření jsem provedla v březnu 2016. Byly položeny otázky uzavřené (1, 2, 6, 7, 8, 11, 12, 13), kde si respondent vybral odpověď z nabízené škály, polootevřené (3, 10), což je kombinace otázek otevřených a uzavřených, a nakonec i otázky otevřené (4, 5, 9), kde respondent odpovídal svými slovy. Otevřené typy otázek byly zpracovány cestou kódování indexovaných dat a kategorizace odpovědí. U otázky číslo 11 bylo možné označit více odpovědí. Dotazník je anonymní a obsahuje 13 otázek.

Dotazník je tvořen souborem otázek, které jsou již předpřipraveny na formuláři. První dvě otázky jsou identifikační. Otázka č. 3 zjišťuje, zda respondenti již mají nějaké sexuální zkušenosti, v otázkách č. 4–5 se zaměřuji na to, v kolika letech začali sexuálně žít a jaká byla jejich první zkušenost, díky otázce č. 6 se dozvím, jaký mají názor na pohlavní styk pod zákonnou hranicí 15 let, a v 7. a 8. otázce zjišťuji, jak jsou na tom dotyční s antikoncepcí. Otázka č. 9 je zaměřena na dívky, zda navštěvují pravidelně gynekologa. Otázky č. 10 a 11 zjišťují, jestli mají respondenti chráněný sex a zda znají rizika nechráněného sexu. S tím souvisí otázka č. 12, ve které se ptám, zda dotyční znají někoho, kdo otěhotněl po nechráněném sexu, a končím otázkou č. 13, zjišťující, zda má podle respondentů předmět sexuální výchova na školách význam. (Originální forma dotazníku je uvedena v příloze č. 1.)

Předvýzkum byl zásadní částí přípravné fáze dotazníku a uskutečnila jsem jej s 10 mladými lidmi (17 let), abych si ověřila srozumitelnost otázek. Předvýzkum byl realizován v únoru 2016.

Pro testování hypotéz byly využity neparametrické metody, konkrétně Mann-Whitneyův test a chí-kvadrát test. Pro zpracování dat byl dále použit program Microsoft Office Excel 2007 a SPSS neboli program Statistika. K vyhodnocení získaných dat a jejich zpracování posloužily grafy a tabulky v absolutních číslech a v procentech. Hraniční hodnota významnosti byla stanovena na 0,05 (5 %), nižší hodnota dosažené významnosti znamená statisticky průkazný rozdíl v odpovědích chlapců a dívek. Ostatní otázky byly statisticky vyhodnoceny a zaznamenány do tabulek, ze kterých je zřejmý počet i procentní vyjádření výsledků sběru dat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor pro dotazníkové šetření jsem zvolila studenty ze středních odborných škol v Českých Budějovicích. Byla definována kvóta věku 17 let, tedy studenti druhého ročníku. Školy byly vybrány principem náhodného výběru bez opakování, kde jsem si definovala kvótní výběr u pohlaví, 20 dívek a 20 chlapců. Ve výsledku jsem získala 40 řádně vyplněných dotazníků. návratnost dotazníků při sběru dat byla 100 % a při rozdávání a vyplňování dotazníků jsem byla ve třídách přítomna a realizovala jsem nejen vlastní instruktáž, ale i eventuální pomoc při vyplňování.

Dvacet dotazníků vyplnily studentky z náhodně vybraných středních škol, a to ze Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Českých Budějovicích ve 2. ročníku. Dívky byly též vybrány principem náhodného výběru bez opakování z jedné třídy.

Dvacet dotazníků vyplnili studenti z náhodně vybraných středních škol, a to ze Střední průmyslové školy stavební v Českých Budějovicích ve 2. ročníku. Chlapci byli též vybráni principem náhodného výběru bez opakování z jedné třídy.

Tabulka č. 1: Počet respondentů na vybraných školách

Počet respondentů		
	celkem	%
SZŠ	20	50
SPŠ	20	50
celkem	40	100

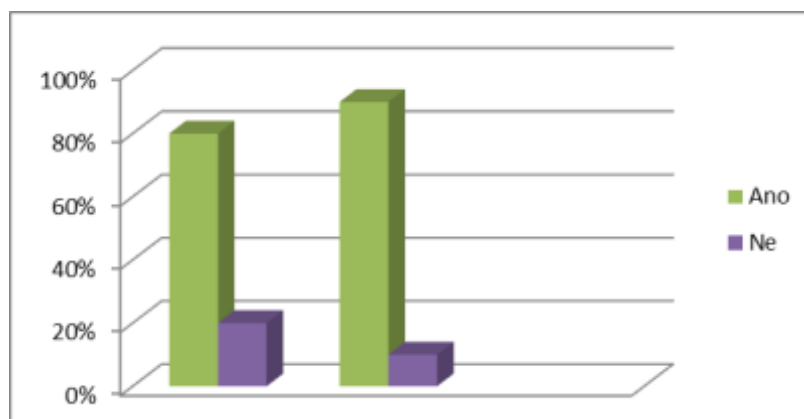
Zdroj: vlastní výzkum

4. Výsledky výzkumného šetření

Jak již bylo uvedeno výše, celkový počet dotazovaných respondentů, ve věku 17 let, byl 40, 20 chlapců ze Střední průmyslové školy stavební (50 %) a 20 dívek ze Střední zdravotnické školy (50 %).

Graf 1: Otázka č. 3 Máš už nějaké sexuální zkušenost?

	Ano	Ne
Chlapci	80 %	20 %
Dívky	90 %	10 %



Zdroj: vlastní výzkum

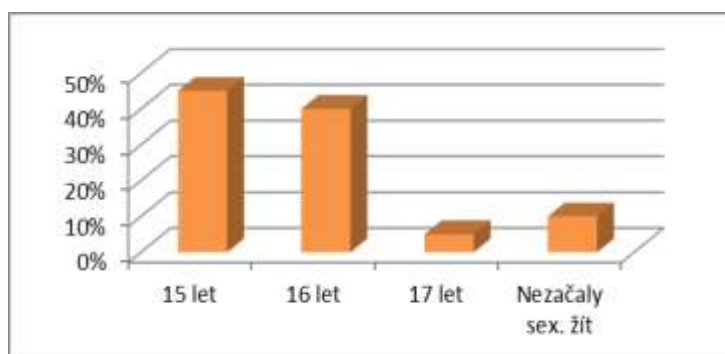
Dle výsledků je patrné, že dívky mají více sexuálních zkušeností než chlapci; 18 dívek uvedlo, že již prožilo pohlavní styk (sex, koitus), další 4 dívky k pohlavnímu styku připsaly ještě orální sex (orál), 2 dívky ještě žádné sexuální zkušenosti neměly a obě na otázku „proč?“ odpověděly, že ještě nenašly vhodného partnera.

U chlapců byly odpovědi obdobné; 15 chlapců uvedlo, že měli pohlavní styk (sex), 1 chlapec uvedl pouze orální sex, dalších 6 doplňuje k pohlavnímu styku také orální sex a 2 chlapci k pohlavnímu a orálnímu sexu připsali ještě anální sex. Konečně, 4 chlapci

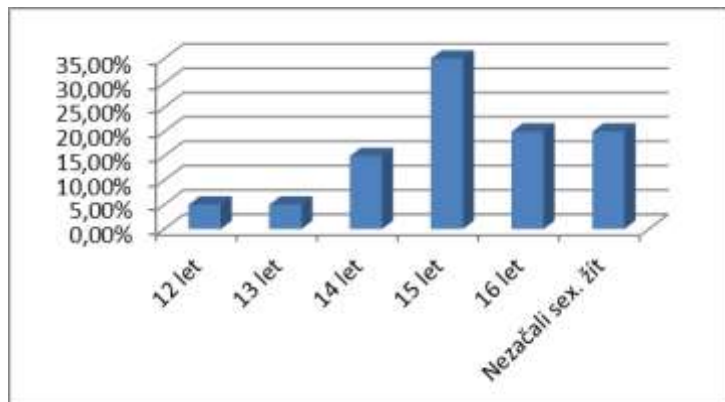
ještě nemají žádné sexuální zkušenosti a odpovědi zněly „Nenašel jsem vhodnou partnerku“.

Graf 2: Otázka č. 4 V Kolika letech jsi začal/a sexuálně žít?

DÍVKY -20 DÍVEK	
15 let - 9 dívek	45 %
16 let - 8 dívek	40 %
17 let - 1 dívka	5 %
Nezačaly sex. žít - 2 dívky	10 %



CHALPCI - 20 CHLAPCŮ	
12 let - 1 chlapec	5 %
13 let - 1 chlapec	5 %
14 let - 3 chlapci	15 %
15 let - 7 chlapců	35 %
16 let - 4 chlapci	20 %
Nezačali sex. žít - 4 chlapci	20 %



Zdroj: vlastní výzkum

Testování hypotézy: H1: Chlapci začínají sexuálně žít dříve než dívky.

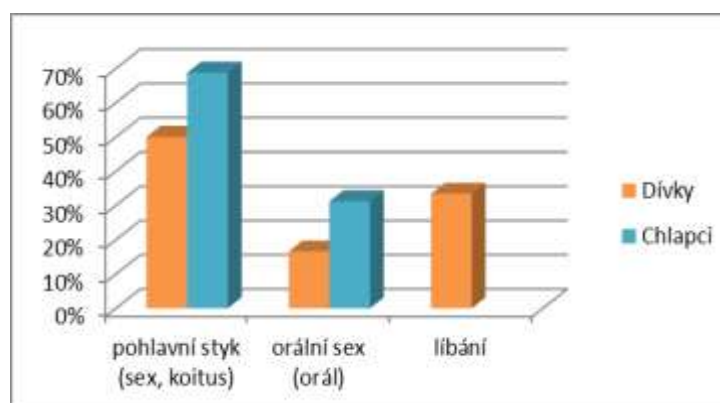
Popisné statistiky začátku sexuálního života dle pohlaví

Pohlaví	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Medián	Nejnižší hodnota
Chlapec	19	14,79	1,18	15	12
Dívka	17	15,53	0,62	15	15

Hypotéza *Chlapci začínají sexuálně žít dříve, než dívky* byla přijata na pětiprocentní hladině významnosti (Man Whithney U=106,5, p=0,04). Chlapci začínají sexuálně žít průměrně ve věku 14,8 roku, zatímco dívky mají první sexuální zkušenost ve věku 15,5 roku. Je nutno falsifikovat nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu **Chlapci začínají sexuálně žít dříve než dívky.**

Graf 3: Otázka č. 5 Jaká byla tvoje první sexuální zkušenost?

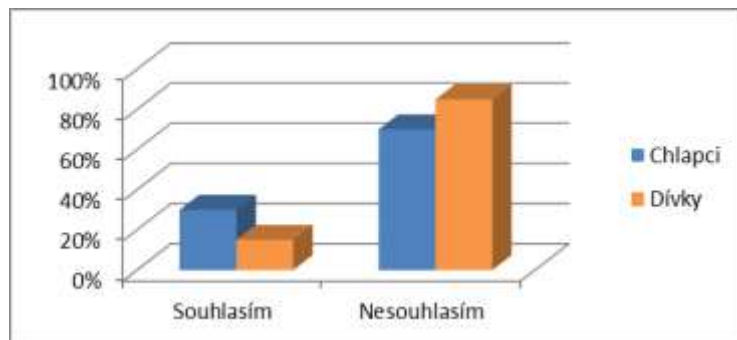
	DÍVKY	CHLAPCI
Pohlavní styk (sex, koitus)	50 %	68,75 %
Orální sex (orál)	16,60 %	31,25 %
Líbání	33,40 %	



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4: Otázka č. 6 Někdy se stane, že dívka nebo kluk začne mít sex před 15. rokem. Jaký na to máš názor?

	Souhlasím	Nesouhlasím
Chlapci - 20 chlapců	30 %	70 %
Dívky - 20 dívek	15 %	85 %

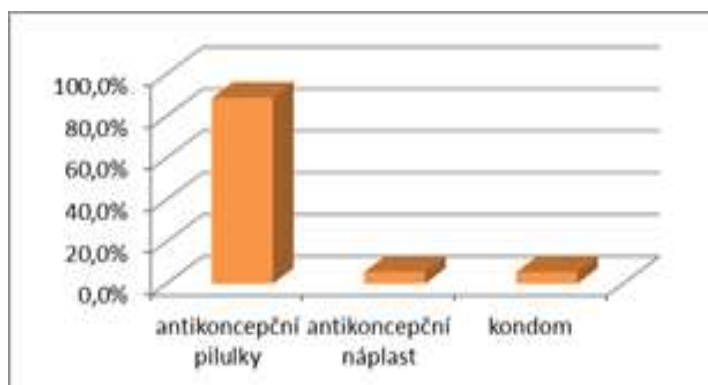


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5: Otázka č. 7 Užíváš antikoncepci?

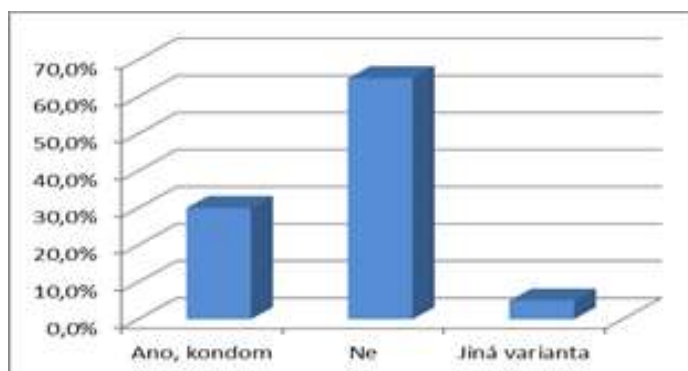
Dívky - 20	
Ano	90 %
Ne	10 %

Dívky - 18 dívek	
Jakou formou?	
antikoncepční pilulky	88,8 %
antikoncepční náplast	5,6 %
kondom	5,6 %



Zdroj: vlastní výzkum

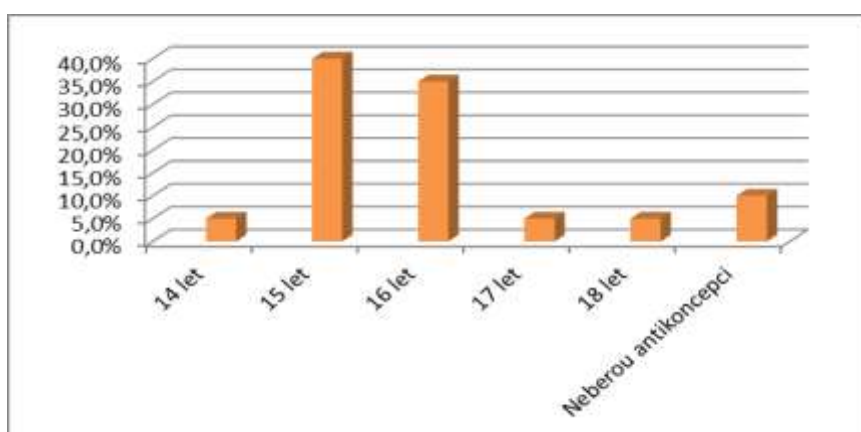
Chlapci - 20 chlapců	
Ano, kondom	30 %
Ne	65 %
Jiná varianta	5 %



Zdroj: vlastní výzkum

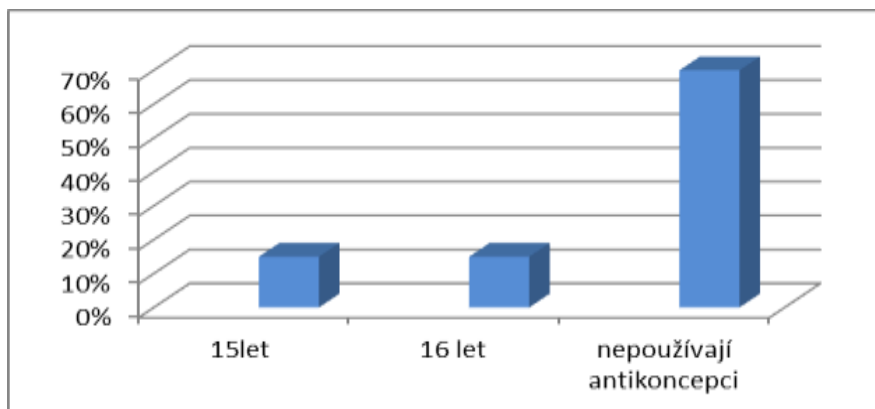
Graf 6: Otázka č. 8 V kolika letech jsi začal/a užívat antikoncepci?

Dívky - 20 dívek	
14 let - 1 dívka	5 %
15 let - 8 dívek	40 %
16 let - 7 dívek	35 %
17 let - 1 dívka	5 %
18 let - 1 dívka	5 %
Neberou antikoncepci - 2 dívky	10 %



Zdroj: vlastní výzkum

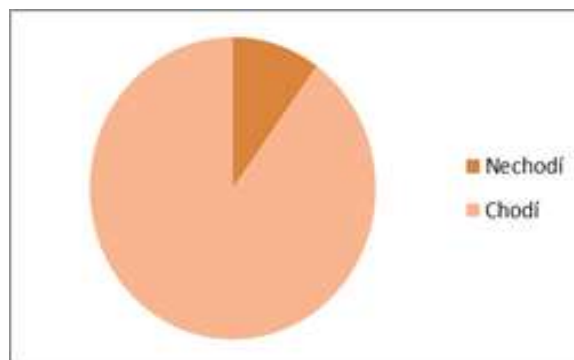
Chlapci - 20 chlapců	
15let - 3 chlapci	15 %
16 let - 3 chlapci	15 %
Nepoužívají antikoncepci - 14 chlapců	70 %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7: Otázka č. 9 Chodíš pravidelně na gynekologické prohlídky?

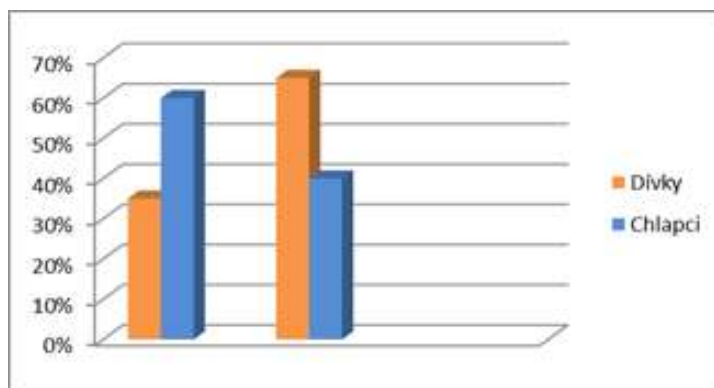
Dívky - 20 dívek	
Nechodí	10 %
Chodí	90 %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Otázka č. 10 Máš vždy chráněný sex?

	Ano	Ne
Dívky	35 %	65 %
Chlapci	60 %	40 %



Zdroj: vlastní výzkum

Testování hypotézy: H2: Dívky dbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci.

Kontingenční tabulka chráněný sexuální styk x pohlaví

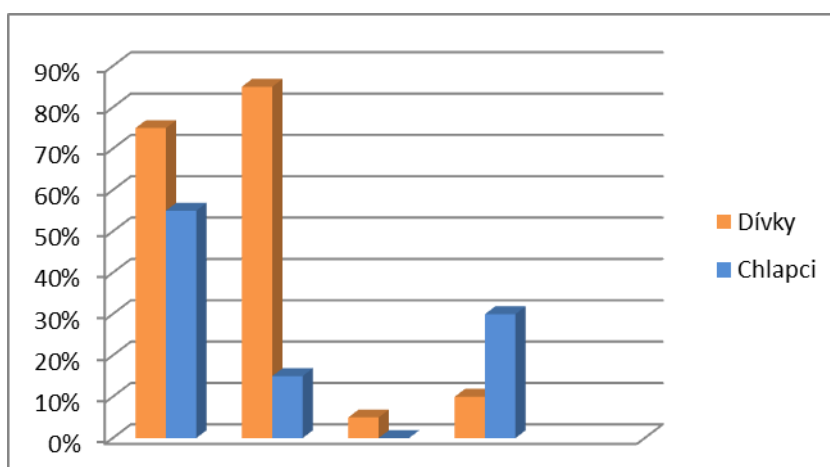
			Vždy se chrání		Celkem
			1,00	2,00	
Pohlaví	Chlapec	četnost	13	7	20
		%	65,0	35,0	100,0%
	četnost	%	%	%	
Dívka	četnost	četnost	6	12	18
		%	33,3	66,7	100,0%
	četnost	%	%	%	
Celkem	četnost	četnost	19	19	38
		%	50,0	50,0	100,0%
	četnost	%	%	%	

Testování hypotézy *Dívky dbají na chráněný pohlavní styk více, než chlapci* prokázalo, že jedna skupina vykazuje nižší hodnoty než skupina druhá (chí-kvadrát=3.8,

$p=0,05$). V kontingenční tabulce je však patrné, že chlapci dbají na chráněný pohlavní styk více než dívky, jelikož 65 % chlapců dbá na ochranu při styku oproti 33,3 % dívek. Je přijata nulová hypotéza: **Dívky nedbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci.**

Graf 9: Otázka č. 11 Znáš rizika sexu? (více možných odpovědí)

	Dívky	Chlapci
Ano, bojím se pohlavních chorob	75 %	55 %
Ano, bojím se těhotenství	85 %	15 %
Ano, bojím se, že mi sexuální partner ublíží (bude agresivní)	5 %	0 %
Ne, neřeším to, jsem v pohodě	10 %	30 %

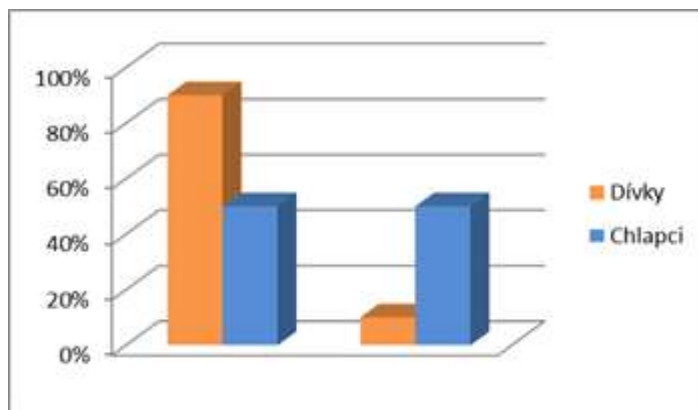


Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky byla možnost volby více odpovědí. Zatímco chlapci volili pouze jednu odpověď, dívky, konkrétně ve 14 případech, volily možností více.

Graf 10: Otázka č. 12 Znáš někoho, kdo po nechráněném pohlavním styku otěhotněl?

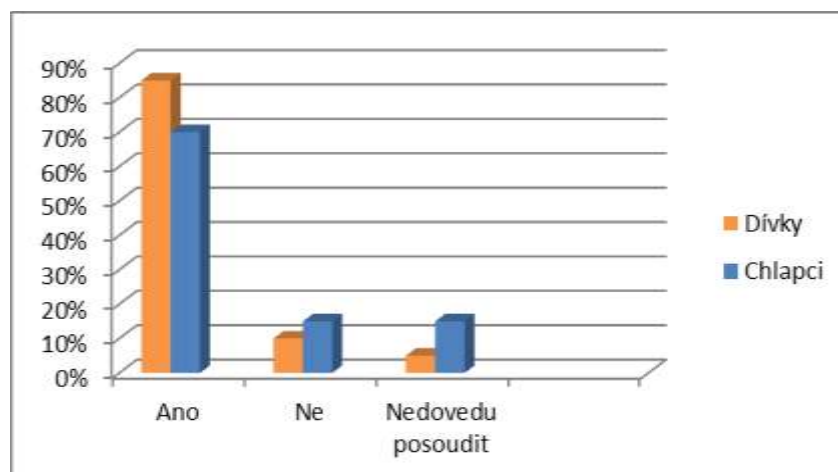
	Ano	Ne
Dívky	90 %	10 %
Chlapci	50 %	50 %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11: Otázka č. 13 Myslíš si, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma) má na základních školách význam?

	Ano	Ne	Nedovedu posoudit
Dívky	85 %	10 %	5 %
Chlapci	70 %	15 %	15 %



Zdroj: vlastní výzkum

Testování hypotézy: H3: Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma ve škole) má na základních školách význam začínají sexuálně žít později.

Popisné statistiky souhlasu s přínosností sexuální výchovy a začátku sexuálního života

Besedy jsou přínosné	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Medián	Nejnižší hodnota
Souhlasí	28	15,25	0,93	15	12
Nesouhlasí	4	14,75	0,96	14,5	14

Hypotéza *Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma ve škole) má na základních školách význam, začínají sexuálně žít později*, nebyla přijata na pětiprocentní hladině významnosti (Man Whithney $U=35$, $p=0,18$). Žáci a žákyně, kteří souhlasí s přínosností předmětu sexuální výchova na školách, začínají sexuálně žít průměrně ve věku 15,25 roku, zatímco ti, co nesouhlasí, mají první sexuální zkušenost ve věku 14,75 roku. Rozdíl není dost statisticky významný na to, abychom přijali alternativní hypotézu, přijímáme tedy nulovou hypotézu: **Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma ve škole) má na základních školách význam, nezačínají sexuálně žít později.**

5. Diskuse

V této bakalářské práci jsem se snažila zmapovat sexuální chování mladistvých.

Bylo provedeno dotazníkové šetření u studentů 2. ročníku principem náhodného výběru ze středních škol, nakonec průmyslové a zdravotnické. To, že jsem byla při sběru dat přítomna ve třídách, se později ukázalo jako výhoda. Studentům jsem zaručila anonymitu a dotazníky, které jsem si od nich vybrala, jsem ihned schovala do desek, aby ani přítomný učitel neměl možnost do nich nahlédnout. Díky provedení předvýzkumu, kde jsem si na 10 mladých lidech ve věku 17 let ověřila srozumitelnost otázek, jsem již nemusela otázky objasňovat. Předvýzkum byl proveden v únoru 2016. Na základě svého pozorování jsem zjistila, že chlapci si při vyplňování dotazníků radili a navzájem se vychloukali. Dívky byly naopak „zakřiknutější“ a pracovaly samostatněji. Naštěstí se vyplňování dotazníků jinak obešlo bez větších komplikací.

Pro sběr a analýzu dat této bakalářské práce byla zvolena jako nejvhodnější metoda kvantitativního přístupu. Tato metoda umožňuje získat data od většího počtu respondentů za relativně krátkou dobu. Dle Kozla (2006) je účelem kvantitativního výzkumu získat měřitelné číselné údaje. Získávají se údaje o četnosti výskytu něčeho, co již proběhlo, nebo se děje právě teď.

Pro výzkumné záměry této práce jsem sestavila dotazník o 13 otázkách a 3 hypotézy, na které práce přináší odpovědi. Výzkumu se zúčastnilo 40 respondentů.

5.1 Diskuse k první testované hypotéze

První hypotéza zněla, že „Chlapci začínají sexuálně žít dříve než dívky“.

Tato hypotéza byla ověřována pomocí Mann-Whitneyova testu. Bylo zjištěno, že chlapci začínají sexuálně žít průměrně ve věku 14,8 roku, zatímco dívky mají první sexuální zkušenost ve věku 15,5 roku. Moje první hypotéza byla verifikována. Chlapci začínají sexuálně žít dříve než dívky. Tato data se však neshodují s výzkumem Saka (2000), jenž uvádí, že mládež ve věku 17 let má nejčastěji první sexuální styk v 16 letech. Dle výsledků je patrné, že u dívek je to zhruba o půl roku dříve a u chlapců o rok

dříve. Dále bych nesouhlasila s Pastorem (2007), který píše, že obě pohlaví mají průměrně první pohlavní styk mezi 17. a 18. rokem života. Také Weiss se Zvěřinou (2001) říkají, že první pohlavní styk zůstává nejčastěji mezi 17 a 18 lety věku a že se trend snižování věku prvního pohlavního styku v české populaci v devadesátých letech zastavil. S tímto tvrzením nemohu plně souhlasit, protože mé výsledky tomu neodpovídají. Jak již bylo uvedeno výše, studenti v tomto věku začínají sexuálně žít mnohem dříve. Co se týče konkrétně pohlavního styku, na tuto otázku jsem se ptala v otázce č. 5 „Jaká byla tvoje první sexuální zkušenost?“ Na to 50 % dívek odpovědělo, že jejich první sexuální zkušenost byl právě pohlavní styk. U chlapců byla stejná odpověď zastoupena 68,75 %.

5.2 Diskuse k druhé testované hypotéze

Druhá hypotéza zněla, že „Dívky dbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci“.

Tato hypotéza byla testována pomocí chí-kvadrát testu. Bylo zjištěno, že chlapci dbají na chráněný sexuální styk více než dívky, jelikož 65 % chlapců dbá na ochranu při styku oproti 33,3 % dívek. Hypotéza tedy nebyla verifikována, dívky nedbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci. Z jakého důvodu? Výsledky souvisí s otázkou č. 7, kde jsem se dívek ptala na užívání antikoncepce a její formu. Dle odpovědí 88,8 % dívek totiž užívá antikoncepční pilulky, 5,6 % antikoncepční náplast a 5,6 % kondom. Dívky tedy z důvodu užívání hormonální antikoncepce již nemají potřebu se více chránit, jelikož antikoncepci věří. Zde souhlasím s Bartákem (2006), který tvrdí, že nejčastější antikoncepční metodou u mladých dívek jsou antikoncepční pilulky. K diskusi by byl vhodný též věk, kdy dívky začaly antikoncepci užívat. Bylo zjištěno, že 5 % už ve 14 letech, 40 % v 15 letech, 35 v 16 a po 5 % v 17 a 18 letech. Podle Tomanové et al., kteří prováděli výzkum užívání hormonální antikoncepce u dospívajících dívek v olomouckém regionu, je věk jejího prvního užívání 14 let. Tato věková hranice se v mém výzkumu nepotvrdila, dívky v Českých Budějovicích užívají

antikoncepci převážně nejvíce od 15 roku. Na užívání antikoncepce jsem se ptala též chlapců, kteří mi v 65 % případů odpověděli, že antikoncepci (v jejich případě kondom) nevyužívají. To však nepotvrzovalo otázku č. 10, kde jsem se ptala, zda mají vždy chráněný sex. Zde 60 % odpovědělo ano, že se chrání, proto byla hypotéza potvrzena, že chlapci dbají na chráněný pohlavní styk více než dívky. Rozdílnost odpovědí je zajímavá, avšak ne neočekávaná. Domnívám se, že respondenti tyto dvě otázky nevyplňovali dle pravdivosti, ale na základě rozumového úsudku nejsprávnější odpovědi. V každém výzkumu může dojít k určitému typu zkreslení informací a vzhledem k intimnímu rázu tématu jsou odpovědi logické. Podle Weisse (2001) a spol., kteří zkoumali sexuální chování u reprezentativního vzorku 1011 českých adolescentů do věku 18 let, nikdy nepoužila kondom skoro třetina sexuálně aktivních chlapců a dívek, pouze 28 % z nich jej používalo pravidelně. Z toho vyplývá, že co se týče ochrany, měla by se dnešní mládeži poskytovat osvěta o chráněném pohlavním styku, aby tuto oblast nepodceňovali, jakmile chtějí pohlavně žít.

5.3 Diskuse ke třetí testované hypotéze

Třetí hypotéza zněla „Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma ve škole) má na základních školách význam, začínají sexuálně žít později“.

Tato hypotéza byla též ověřována pomocí Mann-Whitneyova testu. Bylo zjištěno, že studenti a studentky, kteří souhlasí s přínosností předmětu sexuální výchova na školách, začínají sexuálně žít průměrně ve věku 15,25 roku, zatímco ti, co nesouhlasí, mají první sexuální zkušenost ve věku 14,75 roku. Rozdíl nebyl tak statisticky významný, aby byla přijata alternativní hypotéza, přijala se tedy nulová hypotéza. Z toho vyplývá, že studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma ve škole) má na základních školách význam, nezačínají sexuálně žít později. Hypotéza nebyla verifikována. Výsledky tedy značí, že efektivita předmětu sexuální výchova nebo besed na sexuální téma na základních školách je ve směru věku

první sexuální zkušenosti nulová. Žáci nejsou výukou či přednáškami nikterak ovlivněni, co se týče počátku sexuálního žití.

Zajímavé bylo zjištění, které ukázaly výsledky v otázce č. 12 „Znáte někoho, kdo po nechráněném pohlavním styku otěhotněl?“ Na tuto otázku odpověděly dívky v 90 % ano, tudíž že znají někoho, kdo otěhotněl po nechráněném pohlavním styku. Zde se tedy opět potvrzuje, že dívky nedbají na chráněný pohlavní styk. Možná by bylo vhodné, jak uvádí Kramulová (2011), nespolehat se jen na svou antikoncepci, ale přenést zodpovědnost více na chlapce, jako je tomu v jiných evropských zemích, např. Holandsku, Francii nebo Velké Británii.

Otázka č. 11 „Znáš rizika sexu?“ přinesla také překvapující výsledky. Zde byla možnost zvolit více odpovědí z nabízené škály. Zatímco chlapci volili pouze jednu odpověď, dívky ve 14 případech volily více odpovědí. Těchto 14 dívek má strach z pohlavních chorob a zároveň z otěhotnění. Tato odpověď dosahuje až 85 % případů. Otázka zní, proč se dívky bojí, když většina z nich užívá antikoncepční pilulky? Nevěří antikoncepci? Přitom podle serveru Antikoncepce.cz jsou pilulky jako antikoncepční metoda velmi spolehlivé (až 100× spolehlivější než kondom). Pohlavních nemocí se bojí také chlapci, a to v 55 %. Otázka by mohla znít, proč se bojí pohlavních nemocí, když uvedli, že v 60 % mají vždy chráněný pohlavní styk? Podle Leifera (2004) je přitom kondom jediná antikoncepční metoda, která brání šíření infekcí. Umožní bezpečnější sex. Weiss (2001) o problematice užívání kondomů píše, že chování naší populace zůstává stále rizikové – například počty uživatelů kondomů jsou stále jen poloviční než ve vyspělých zemích. V celku překvapující je údaj, že ze 40 respondentů 40 % neřeší ani jedno možné riziko a jsou „v pohodě“. Je to pro mě trochu zarážející z důvodu, že jsou to takřka dospělí lidé a měli by mít v sobě, dle mého názoru, kus zodpovědnosti. Ačkoli, na druhou stranu, v dnešní době je populární moc věcí takzvaně „neřešit“ a spoustou věcí se nestresovat. Možná, že i my jsme byli v 17 letech stejní a do období, kdy se všechno zase „řeší“ až moc, tito studenti teprve dospějí.

Za pozitivní zjištění považuji výsledky u otázky č. 3 „Máš už nějaké sexuální zkušenosti“, a konkrétně to, že 30 % respondentů ještě žádné zkušenosti nemá. Všichni uvedli stejnou odpověď, že nepotkali vhodného partnera/partnerku. Považuji za úspěch,

že se to nebáli přiznat a naplňuje mě to pocitem optimismu, že ne všichni adolescenti jsou tak sexuálně zdatní.

Mé vlastní subjektivní stanovisko k získaným datům této práce:

Některá data získaná při analýze dotazníků mě překvapila a jiná mi jen potvrdila, co jsem si o dnešní mládeži myslela. To, že začínají sexuálně žít dříve, než uvádí literatura, se mi z mého výzkumu potvrdilo, stejně jako to, že mají v mnoha případech větší sexuální zkušenosti než leckterý dospělý. Avšak přesto všechno si nemyslím, že by byli špatní nebo zkažení.

6. Závěr

Budme k sobě upřímní a zeptejme se sami sebe, jací jsme byli, když jsme byli mladí. Sexuální chování mladistvých je v dnešní společnosti diskutovaným tématem. Lidé mají tendenci se k takovýmto věcem příliš nevyjadřovat nebo naopak na dnešní adolescenty jen nadávat, jak jsou zkažení. Jako nejlepší výzkumný soubor pro sběr dat se jevíli studenti z náhodně vybraných středních škol v Českých Budějovicích ve věku 17 let. Výzkumný vzorek byl kvótně rozdělen dle pohlaví na 20 dívek a 20 chlapců. Cílem práce bylo zmapovat charakteristické znaky a důsledky sexuálního chování mladistvých. Pro výzkumnou část této práce byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Dotazník obsahoval 13 otázek uzavřených, otevřených i polootevřených. Nejprve byl proveden předvýzkum, aby se ověřila srozumitelnost zadaných otázek. Byly určeny 3 hypotézy, na které jsou v rámci statistického zpracování dat pomocí Mann-Whitneyova testu a chí-kvadrát testu podány odpovědi.

Díky tomuto výzkumu se podařilo získat mnoho zajímavých údajů o sexuálním chování mladistvých.

Hypotéza č. 1 „Chlapci začínají sexuálně žít dříve než dívky“ byla verifikována. Chlapci začínají sexuálně žít průměrně o půl roku dříve než dívky. Tato hypotéza byla potvrzena pomocí Mann-Whitneyova testu. Hypotéza č. 2 „Dívky dbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci“ byla falsifikována. Byla zjišťována pomocí chí-kvadrát testu a prokázalo se, že chlapci dbají na chráněný sexuální styk více než dívky, jelikož 65 % chlapců dbá na ochranu při styku oproti 33,3 % dívek. Myslím si, že výsledek této hypotézy není natolik překvapující zjištění. Dívky se nechrání kondomem z důvodu, že v 88,8 % užívají antikoncepční pilulky. Tudíž na základě důvěry vložené do antikoncepce již nepovažují za důležité používat při pohlavním styku prezervativ. Zajímavé je, že i když ho nepoužívají, tak 75 % se bojí pohlavních chorob. I když se říká, že dívky jsou rozumnější a vyspělejší, v tomto případě by si možná měly uvědomit, že v případě hrozící nákazy pohlavní chorobou je ochránit pouze kondom. Hypotéza č. 3 „Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na

sexuální téma) má na základních školách význam, začínají žít později“ nebyla verifikována. Studenti, kteří si myslí, že předmět sexuální výchova (besedy na sexuální téma ve škole) má na základních školách význam, nezačínají sexuálně žít později. Hypotéza byla zjišťována pomocí Mann-Whithneyova testu. Toto je zajímavý výsledek. MŠMT (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy) stále prosazuje předmět sexuální výchova do všech základních škol jako povinný. Otázka by ale zněla, zda se to vyplatí nebo čeho by tím chtělo MŠMT vlastně dosáhnout, když výsledky nasvědčují tomu, že to nikterak účinné není.

Na základě provedené analýzy a interpretace dat byly dedukovány tyto teoretické modely:

- 1) Chlapci ve věku 17 let začínají sexuálně žít dříve než dívky ve věku 17 let.
- 2) Dívky nedbají na chráněný pohlavní styk více než chlapci z důvodu užívání antikoncepčních pilulek, přesto se bojí otěhotnění a pohlavních nemocí.
- 3) Studenti nezačínají sexuálně žít později, i když si myslí, že předmět sexuální výchova má na základních školách význam.
- 4) $\frac{2}{5}$ studentů neřeší rizika sexu a jsou v „pohodě“.
- 5) Přesto, že se mladistvý při pohlavním styku chrání, $\frac{9}{10}$ dívek a $\frac{1}{2}$ chlapců zná někoho, kdo po nechráněném pohlavním styku otěhotněl.
- 6) 70 % chlapců a 85 % dívek nesouhlasí s pohlavním stykem pod věkovou hranicí 15 let.
- 7) Nejvíce dívek začíná antikoncepci užívat v 15 letech.

Závěry vyvozené na základě provedeného výzkumu by mohly sloužit jako podklady pro výuku předmětů sexuální výchovy a výchovy ke zdraví na základních školách nebo sociálním pracovníkům a kurátorům pro práci s mladistvými.

7. Seznam použitých zdrojů

HARRIS AL. Urban Lit and Sexual Risk Behavior: A Survey of African-American Adolescent Girls. *Journal Of National Black Nurses' Association: JNBNA* [online]. 2015, 26(1), 58-63 [cit. 2016-02-13]. ISSN 08856028.

HUDECOVÁ, Kateřina. *Pohlavní nemoci*. [online]. © 2012. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/pohlavni-nemoci>.

BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.

BAUER, Jan. *Sex v dějinách*. Třebíč: Akcent, 2003. ISBN 80-7268-252-0.

BERNER, Wolfgang. *Perverze*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4852-2.

BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.

CIPRO, Martin. *Psychoanalytické koučování: Vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5350-8.

ČESKO. Zákon č. 218 ze dne 25. června 2003 zákon o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 79, s. 386. [online]. [cit. 2016-03-12] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 zákon trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 386, 396. [online]. [cit. 2016-01-20] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlo
uvy

EXTC. Amfetaminy. *Extc.cz* [online]. © 2009 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/amfetaminy.html>

FIFKOVÁ, H., P. WEISS, I. PROCHÁZKA a kol. *Transexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1.

FORMÁČKOVÁ, Marie a Jindřich KRAUS. *Kniha o líbání*. Praha: Pragoline, 2012. ISBN 978-80-86546-80-3.

GOMOLOVÁ, Marie. *Využití sociálních služeb při probačním dohledu nad mládeží*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií, Ústav sociální politiky a sociální práce.

HÁJEK, M., K. NOVÁK a D. SEDLÁČEK. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-2476-018-5.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví 3. zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

CHRENKOVÁ, Monika. *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice*. Ostrava, 2010. Disertační práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta sociálních studií, Ústav sociální práce.

KNIHA, M., J. KAŇÁK a B. KRČMÁŘOVÁ. *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. Brno: CPress, 2014. ISBN 978-80-264-0290-9.

KOZEL, Roman a kol. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0966-X.

KUBÍK, Josef. *Sexualita bez tabu*. ©Carpe diem, 2012. ISBN 978-80-87631-79-9.

KRAMULOVÁ, Daniela. *Sexuální život náctiletých*. [online] © 1999-2016 [cit. 2016-04-16] Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek8418.htm>

KÝR, Karel. *40 výletů do historie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-7512-016-8.

KYZLINKOVÁ, Renáta. Okolnosti prvního pohlavního styku a antikoncepční chování těhotných žen a matek ve věku do dvaceti let. *Demografie*, 2008, roč. 50, č. 2, s. 99-109. ISSN 0011-8265.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MALÝ, Marek a Vratislav NĚMEČEK. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2011* [online]. © 2011 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aids/prenos.html>

MAŠEK, Ladislav. *Sexuálně přenosné choroby* [online]. © 2012. [cit 2016-09-03]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/sexualne-prenosne-choroby/>

MEDITORIAL. *Potrat může být riziko pro budoucí těhotenství*. Ulekare.cz [online]. © 2007-20015 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/potrat-muze-byt-riziko-pro-budouci-tehotenstvi-10919>

MILOVSKÝ Michal a kol. *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.

MOLNÁROVÁ, Gabriela. *Umělé přerušování těhotenství a jeho úprava v českém právním řádu*. [online]. © 2001. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/umele-preruseni-tehotenstvi-a-jeho-uprava-v-ceskem-pravnim-radu-7062.html?mail>

NAVRÁTILOVÁ, Michaela. Interrupce včera a dnes. *Sestra*. 2013, č. 07-08, s. 54-55. ISSN 1210-0404.

NIELSEN SOBOTKOVÁ Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.

PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.

PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie: 4., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4332-5.

PETRUSEK, Miloslav a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996, s. 635. ISBN 80-7184-310-5.

PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava a Jan RABOCH. *O sexualitě a partnerských vztazích*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-323-0.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 97-88024-619-85-9.

ROZNEROVÁ, Jana. *Rizikové chování mládeže*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta lékařská, Ústav ošetřovatelství.

ROZTOČIL Aleš. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SAK, Petr. *Proměny české mládeže*. Praha: Petrklíč, 2000. ISBN 80-7229-042-8.

SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3568-9.

SEJBALOVÁ Petra a Helena REGULI. Naše zkušenosti s atypickými sexuálními projevy mladistvých. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, č. 3, s. 135-137. ISSN 1213-0508.

SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.

SLEZÁKOVÁ Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

SVATOŠ, Roman. Vývoj kriminality mládeže v České republice. *Kriminalistika*. 2013, č. 2, s. 139-145. ISSN 1210-9150.

ŠVARC, Jiří. Nový trestní zákoník, sexuologie, děti a mladiství. *Zdravotnictví a medicína*. 2010, č. 16, s. 28-29. ISSN 1805-2355.

THALER, Richard H., SUNSTEIN, Cass R. *Nudge (Šťouch)*. Zlín: Kniha Zlín, 2010. ISBN 978-80-87162-66-8.

TOMANOVÁ Jitka a kol. *Užívání hormonální antikoncepce u dospívajících dívek v olomouckém regionu*. Olomouc, 2014. Původní práce. Univerzita palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav pro studium odborných předmětů a praktických dovedností.

TRÁVNÍČKOVÁ, Eva. *Těhotenství nezletilých a jeho důsledky na psychosociální vývoj*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta pedagogická, Ústav rodinné výchovy a výchovy ke zdraví.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka a Petr LOŠAN. *Nepłodnost: Útok imunity, 2.vyd.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4555-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VAŠKOVÁ, Renata. Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné rodiny u náctiletých matek. *Demografie*, 2005, roč. 47, č. 4, s. 251-264. ISSN 0011-8265.

VITALIA. Vyberte si správnou antikoncepci. *Vitalia.cz* [online]. © 2009 - 2016 [cit. 2016-05-11]. Dostupné z:
<http://www.vitalia.cz/specialy/antikoncepce/antikoncepcni-naplast/>

WEISS, Petr. *Sex*. Praha: Alberta Plus, s.r.o., 1998. ISBN 80-85792-99-0.

WEISS, Petr a Jaroslav ZVĚŘINA. *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-558-X.

WEISS, Petr. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-419-X.

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0929-5.

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

8. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

ANONYMNÍ DOTAZNÍK!!!

Vážení studenti, Vážené studentky,

jmenuji se Tereza Kubištová a jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Chtěla bych Vás touto formou poprosit o vyplnění anonymního dotazníku k mé bakalářské práci s názvem Sexuální chování mladistvých ve zdravotně sociálním kontextu. Některé odpovědi stačí zakroužkovat, u jiných otázek Vás prosím o krátkou odpověď. Celková délka vyplnění dotazníku je přibližně 10 minut. Dotazník je anonymní, prosím, nepodepisujte se. Děkuji moc za Váš čas a ochotu.

- 1) Jsi: a) muž b) žena

- 2) Kterou školu studuješ?
 - a) Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická
 - b) Střední průmyslová škola strojírenská a jazyková škola

- 3) Máš už nějaké sexuální zkušenosti?
 - **Ano:** Uveď jaké:

 - **Ne:** Proč?
 - a) Nepotkal/a jsem vhodného partnera
 - b) Obavy, nejistota, strach
 - c) Duchovní důvody (víra..)
 - d) Zdravotní důvody

4) V kolika letech jsi začal/a sexuálně žít?

5) Jaká byla tvoje první sexuální zkušenost?

6) Někdy se stane, že dívka nebo kluk začne mít sex před 15. rokem. Jaký na to máš názor?

Souhlasím – Nesouhlasím

7) Užíváš antikoncepci?

Ano – Ne

Pokud ano, jakou formou? a) antikoncepční pilulky

b) náplast

c) nitroděložní tělíčko

d) kondom (prezervativ)

e) přerušovaná soulož

f) jiná varianta

8) V kolika letech jsi začal/a užívat antikoncepci?

a) 14

b) 15

c) 16

d) 17

e) jiná odpověď

9) Chodíš pravidelně na gynekologické prohlídky?

10) Máš vždy chráněný sex?

- **Ano**
- **Ne: Proč?**

11) Znáš rizika sexu? (více možných odpovědí)

- a) Ano, bojím se pohlavních chorob
- b) Ano, bojím se těhotenství
- c) Ano, bojím se, že mi sexuální partner ublíží
(bude agresivní)
- d) Ne, neřeším to, jsem v pohodě

12) Znáš někoho, kdo po nechráněném pohlavním styku otěhotněl?

- **Ano**
- **Ne**

13) Myslíš si, že předmět Sexuální výchova (besedy na sexuální téma) má na základních školách význam?

- **Ano**
- **Ne**
- **Nedovedu posoudit**

DĚKUJI!