

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Rizikové sexuální chování u studentů středních škol

Bc. Lucie Przewková

Diplomová práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Przewczková**
Osobní číslo: **Z14257**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Rizikové sexuální chování u studentů středních škol**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. DOLEJŠ, M. Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2010. 188 s. ISBN 978-80-244-2642-6.
2. FISCHER, S.; ŠKODA, J. Sociální patologie. Praha: Grada, 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
3. KABÍČEK, P.; CSÉMY, L.; HAMANOVÁ, J. et al. Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. Praha: TRITON, 2014. 51 s. ISBN 978-80-7387-793-4.
4. NIELSON SOBOTKOVÁ, V. et al. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
5. WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ V ČR - srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008. [online] 2009 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>.

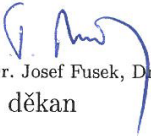
Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **6. května 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2016

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 6. 5. 2016

.....

Lucie Prcezková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Adéle Michkové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, její cenné rady, trpělivost a vstřícnost. Poděkování patří také studentům za ochotu vyplnit dotazník, který sloužil jako podklad k mému výzkumu. Děkuji také mé rodině a přátelům za podporu při studiu.

ANOTACE

Diplomová práce byla zpracována na téma „Rizikové sexuální chování studentů středních škol“. V teoretické části je charakterizováno období adolescence a soudobé poznatky ve vztahu k rizikově sexuálnímu chování. Dále se práce zabývá výzkumy sexuálního chování, mapuje trendy a možnosti prevence v souvislosti s rizikově-sexuálním chováním. Výzkumná část práce je realizována pomocí metody dotazníkového šetření u zletilých studentů ze třech typů středních škol. Závěrečná diskuze obsahuje vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření a zadaných výzkumných otázek.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adolescence, rizikové sexuální chování, syndrom rizikového chování, prevence

TITLE

Risky sexual behavior among secondary school students

ANNOTATION

The topic of this thesis deals with “Risky sexual behavior among secondary school students”. A period of adolescence and contemporary findings linked with sexual risky behavior are characterized in the theoretical part. The thesis also deals with researches of sexual behaviour, as well as trends and possibilities of prevention in the context of sexual risky behavior. The practical part is realized by method of a special research among adult students of three types of secondary school. The final discussion contains evaluation of questionnaire survey results and research questions.

KEYWORDS

Adolescence, sexual risky behavior, risky behavior syndrome, prevention

Obsah

ÚVOD	12
CÍLE PRÁCE.....	14
1 ADOLESCENCE.....	15
1.1 Období pubescence	16
1.2 Období adolescence	16
2 RIZIKOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ	18
2.1 Normy a normalita	18
2.2 Vymezení pojmu rizikové chování	18
2.3 Charakteristika sexuálně rizikového chování	19
2.4 Syndrom rizikového chování v dospívání (SRCH-D)	20
2.5 Příčiny rizikového chování	21
2.6 Zdraví 21	22
3 SEXUALITA DOSPÍVAJÍCÍCH	23
3.1 Předčasné zahájení pohlavního života	23
3.2 Trendy v oblasti sexuálního chování adolescentů	25
3.2.1 Výzkumy sexuálního chování provedené v Americe a v Evropě	25
3.2.2 Výzkumy sexuálního chování provedené v České republice	27
4 ZDROJE INFORMACÍ	29
5 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY (STD).....	31
5.2 Kapavka	33
5.3 Chlamydie	34
5.4 Lidský papilomavirus (HPV).....	34
5.5 HIV a AIDS	35
6 PREVENCE RIZIKOVÉHO SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ.....	37
VÝZKUMNÁ ČÁST	40
7 VÝZKUMNÉ CÍLE.....	40

8 METODIKA VÝZKUMU.....	41
8.1 Soubor respondentů	42
8.2 Použité veličiny a jejich symboly ve vyhodnocování tabulek a grafů.....	43
9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
10 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	45
11 DISKUZE	67
12 ZÁVĚR	79
13 POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE.....	80
14 SEZNAM PŘÍLOH.....	87

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Úspěšnost studentů ve znalostním testu	45
Obrázek 2 Nejčastější volba odpovědi „nevím“	47
Obrázek 3 Upřesnění odpovědi „jiné“ u otázky č. 16.....	49
Obrázek 4 První setkání studentů s výukou zaměřenou na STD	51
Obrázek 5 Absolvování přednášky či výchovného programu o sexuální problematice na SŠ.....	52
Obrázek 6 Názor studentů na zařazení výuky o sexuální problematice na SŠ	53
Obrázek 7 Hodnocení míry informovanosti o STD z pohledu studentů.....	56
Obrázek 8 Upřesnění oblasti informací, které respondenti postrádají.....	57
Obrázek 9 Zahájení pohlavního života studentů.....	58
Obrázek 10 Upřesnění důvodu zahájení pohlavního života studentů.....	61
Obrázek 11 Míra rizika nákazy pohlavní chorobou.....	63
Obrázek 12 Snaha studentů o snížení rizika nákazy STD	64
Obrázek 13 Upřesnění odpovědi „jiné“ u otázky č. 26.....	65
Obrázek 14 Četnost pohlavního styku studentů pod vlivem alkoholu/drogy.....	66
Obrázek 15 Porovnání studentů SŠ dle součtu nejvyššího počtu dosažených bodů	69
Obrázek 16 Upřesnění odpovědi „jiné“ při snížení rizika nákazy STD	77

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Nejčastěji označená chybná odpověď.....	46
Tabulka 2 Zdroje informací studentů o významu chráněného pohlavního styku.....	48
Tabulka 3 Náзор chlapců na úlohu rodiče v prvním seznámení se sexuální problematikou.....	50
Tabulka 4 Náзор dívek na úlohu rodiče v prvním seznámení se sexuální problematikou	50
Tabulka 5 Náзор chlapců na vhodnou formu výuky sexuální výchovy	54
Tabulka 6 Náзор dívek na vhodnou formu výuky sexuální výchovy	54
Tabulka 7 Důvod zahájení pohlavního života chlapců	60
Tabulka 8 Důvod zahájení pohlavního života dívek	60
Tabulka 9 Porovnání úspěšnosti chlapců s VL ve znalostní části dotazníku se subjektivním hodnocením znalostí	75

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Acquired ImmunoDeficiency Syndrome, syndrom získaného selhání imunity
ČR	Česká republika
ČSAV	Československá akademie věd
G	gymnázium
HBSC	survey Health Behaviour in School-aged Children, studie o životním stylu mladé generace
HIV	Human Immunodeficiency Virus, virus způsobující selhání imunity
HPV	Human papillomavirus, lidské papilomaviry
MAT	maturita
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
RSCH	rizikové sexuální chování
RVP	Rámcový vzdělávací program
SOŠ	střední odborná škola
SRCH-D	Syndrom rizikového chování v dospívání
SŠ	střední škola
STD	sexually transmitted diseases, sexuálně přenosná onemocnění
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠVP	Školní vzdělávací program
USA	United States of America, Spojené státy americké
VL	výuční list
VO	výzkumná otázka

ÚVOD

Adolescence je vnímána jako přechodné období mezi dětstvím a dospíváním, během něhož prochází organismus mladého jedince významnými změnami. Tyto změny lze zaznamenat nejen v oblasti tělesné, ale především v rovině emocionální a sociální, jež se podílí na formování osobnosti, hledání vlastní identity a nezávislosti na dosavadních autoritách (Marková, 2007, s. 138).

Zdravý vývoj adolescentů je podmíněn dobře fungujícím rodinným zázemím, ale také harmonickými vztahy s dospělými a vrstevníky. Pro dobrý duševní vývoj mladého člověka je klíčový i pozitivní vztah k sobě samému. Proces vývoje jedince však mnohdy provází překážky, které se mohou podepsat na jeho nesprávném rozhodování a vedou tak k chování spojenému s riziky nejen pro samotného jedince, ale i pro jeho okolí.

Rizikové chování mládeže je dnes považováno za celosvětový problém. Projevuje se v oblasti abúzu návykových látek, v oblasti psychosociální a zasahuje také oblast reprodukčního zdraví. K projevům rizikového chování vedou často podobné příčiny a typickým se stává jejich společný výskyt. O rizikovém chování tak lze v současnosti hovořit jako o „nové morbiditě“ mládeže (Hamanová, Kabíček, 2001).

Ve své diplomové práci se zabývám rizikovým chováním sexuálním. V oblasti sexuálního zdraví jsou právě adolescenti nejohroženější skupinou. Dospívání s sebou přináší řadu nových situací a možností, které mladý jedinec touží vyzkoušet. K životu mnohdy přistupuje bezstarostně a nepřipouští si možný výskyt nepříznivé životní situace. S touhou nabýt sexuální zkušenosti tak mladý člověk může tíhnout k častějšímu střídání sexuálních partnerů, nechráněnému sexu či pohlavnímu styku pod vlivem návykové látky, aniž by si uvědomoval negativní dopad takového chování např. v podobě nákazy sexuálně přenosnou infekcí či nechtěného těhotenství.

Řešení problematiky rizikového sexuálního chování se pojí s 20. stoletím, kdy se poprvé začala soustředit pozornost na průzkum sexuálního chování obyvatelstva v USA a Evropě. Mezi průkopníky v této oblasti se stal Alfred Kinsey, který v období let třicátých a čtyřicátých provedl nejen první širší výzkum v oblasti sexuálního chování, ale podařilo se mu také prolomit tabu mlčení o sexu. Pro výzkum se však stala přelomovými osmdesátá a devadesátá léta, kdy propukla epidemie AIDS. Spojené státy a téměř všechny západoevropské země se v této době začaly plně soustředit na průzkum chování svých obyvatel v sexuální oblasti.

Také Česká republika má v této výzkumné oblasti autory, které je potřeba zmínit. Výzkumy Weisse a Zvěřiny se zaměřují na rizikovost sexuálního chování mládeže a adolescentů

v souvislosti s nákazou HIV. Na oblast sexuálního chování a sexualitu obecně se soustředí také Uzel, Pondělíčková - Mašlová a Rabušic s Kepákovou, kteří se zabývali výzkumným šetřením pod názvem Youth and AIDS. Celkové problematice rizikového chování v adolescenci se pak věnují kupříkladu Dolejš, Nevoralová a Nielsen Sobotková.

Aby se rizikovému sexuálnímu chování mládeže předcházelo, je nutná důsledná primární prevence realizovaná na základních a středních školách. Již několik let je předmětem diskuzí zavedení sexuální výchovy do výuky, což se však neseťká s pozitivním ohlasem převážně ze strany rodičů. Mladí lidé se tak o rizicích spojených se sexuálním životem dozvídají ve školách pouze z předmětu Výchova ke zdraví, který je součástí rámcového vzdělávacího programu. Ten však stanovuje minimální požadavky na preventivní program a školy si ho tak mohou upravit podle vlastních školních vzdělávacích programů.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na rizikové chování v oblasti reprodukčního zdraví dospívajících. Zabývá se faktory, které ke vzniku rizikového chování přispívají, v návaznosti na provedené výzkumy mapuje trendy v sexuálním chování adolescentů a soustředí se na prevenci vzniku rizikového chování v sexuální oblasti.

Část výzkumná se zaměřuje na to, zda jsou mladí lidé o této problematice dostatečně informováni a zda se snaží rizikovému chování vyhýbat.

CÍLE PRÁCE

Teoretický cíl

Teoretickým cílem práce je:

- předložit poznatky o období adolescence ve vztahu k rizikovému sexuálnímu chování;
- zmapovat soudobé poznatky o problematice rizikového sexuálního chování;
- zjistit, jaké jsou nové trendy v sexuálním chování mládeže;
- popsat možnosti preventivního opatření, jak rizikovému sexuálnímu chování mládeže předcházet.

Výzkumné cíle

Pro výzkumnou část diplomové práce byly stanoveny 3 cíle:

1. Zjistit úroveň znalostí respondentů o rizikovém sexuálním chování.
2. Zjistit úlohu školy v informovanosti respondentů o RSCH
3. Zjistit přístup respondentů k problematice rizikového sexuálního chování.

1 ADOLESCENCE

Dle odborných slovníků lze adolescenci definovat jako období dospívání, které trvá od puberty do dospělosti, odpovídá tedy přibližně době studia na střední škole (Vokurka, Hugo, 2009). Společností je tato životní etapa tradičně chápána jako perioda počínající pubertou ve věku teenagera dovršená legálně zákonně stanovenou dospělostí (Dictionary.com Unabridged, 2016). Nielsen Sobotková (2014) uvádí, že legální věk pro určení dospělosti je dle zákonů dané země stanoven od 16 do 21 let.

Jak zmiňuje Jandourek (2007), pojem adolescence byl poprvé použit v 15. století. Vznikl odvozením latinského slova *adolescere*, které lze vysvětlit slovesy mohutnět či dorůstat, ale můžeme ho chápat také jako dospívající nebo mladý. Termín adolescence bývá často zaměňován s širším označením mládež, ale i s pojmem dospívání.

Charakterizovat adolescenci je možné z pohledu jednotlivých vědních oborů, ať už se v nich objevuje jako termín odborný nebo je předmětem jejich zkoumání.

Langmeier a Krejčířová (2006) vysvětlují dospívání z pohledu biologického. Vymezuji ho jako úsek života ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavní zralosti a urychlením růstu, na straně druhé dovršením plné reprodukční schopnosti a dokončením tělesného růstu. Autoři dále uvádí, že spolu se zráním biologickým je možné pozorovat také řadu významných a nápadných psychických změn. Ty se komplexně projevují jako nové pudové tendence provázené hledáním způsobů jejich naplnění a kontroly, emoční nestabilitou, ale také nástupem vyspělého způsobu myšlení.

Sociologie nahlíží na toto období jako na etapu oddělení se od rodiny se snahou nalezení vlastního místa ve společnosti. To doprovází budování společenského postavení a úsilí o ekonomickou nezávislost. Tento nelehký proces bývá ovlivněn příležitostmi, ale i určitou mírou zranitelnosti osobnosti dospívajícího.

V našich podmínkách je dosažení dospělosti vymezeno také právně. Švarc (2010) poukazuje na to, že občan České republiky získává plnou trestní odpovědnost až od dosažení 18 let věku podle zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže (ZSM), platného od 1. 1. 2004. „Podle tohoto zákona pachatel mladší 18 let nepáchá trestný čin, nýbrž se dopouští „provinění“ (§ 6). U pachatelů mladších 18 let zaniká trestnost jejich činů (tedy nebudou nijak potrestáni) s horní trestní sazbou do 5 let, jestliže po činu projeví takzvanou účinnou lítost, tedy například osvědčí snahu po nápravě, napraví následek, nahradí způsobenou škodu, pokusí se odčinit následky (§ 7).“

Dospívání je složitým a nejednotným vývojovým obdobím. Protože se jedná o poměrně dlouhou etapu, bývá členěno do různých fází (DpP).

Langmeier (1991) představuje dospívání v tradičním pojetí a člení ho do dvou fází zvaných pubescence a adolescence. Novější pojetí však rozlišuje tři fáze dospívání, a to prepubertu, pubertu a adolescenci (Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan, 2004). Macek (2003) rozděluje adolescenci na tři fáze: časnou, vymezenou od 10 do 13 let, střední, pohybující se v rozmezí 14 - 16 let a pozdní v intervalu 17 - 20 (22) let. Vágnerová (2012) rozlišuje období adolescence pouze na rané a pozdní.

Jelikož se ve svém výzkumu věnuji cílové skupině chlapců a dívek v pozdní adolescenci, nastíním pro úplnost období pubescence jen krátce.

1.1 Období pubescence

Pro fázi prepuberty (první pubertální fáze) jsou typické první známky pohlavního dospívání. Objevují se zejména první sekundární pohlavní znaky společně se zrychlením tělesného růstu. U většiny evropských dívek trvá tato fáze přibližně od 11 do 13 let a končí nástupem menarche. U chlapců je fyzický vývoj zhruba o 1 - 2 roky opožděn a období prepuberty je zakončeno nočními polucemi.

Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze) navazuje na ukončenou prepubertu a pokračuje do dosažení reprodukční schopnosti. První menstruace bývají u dívek často anovulační a nepravidelné. Pravidelnost ovulačního cyklu je tedy možné zaznamenat až po určité době prvních menses, obvykle za 1 až 2 roky. Také chlapci dosahují plné reprodukční schopnosti až po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Tuto vývojovou fázi můžeme přibližně vymežit věkem 13 - 15 let (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 143).

1.2 Období adolescence

Pozdní adolescence trvá podle Vágnerové (2012) od 15 do 20 let. Existuje zde samozřejmě jistá individualita, která je u každého jedince vymezena převážně na úrovni psychické a sociální. Z biologického hlediska je počátek pozdní adolescence vymezen pohlavním dozráváním, kdy také obvykle dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Kolem 20 let věku je ukončen růst uteru, testes ještě rostou po 20. roce života. Zároveň je již pomalejším tempem dokončován růst tělesný (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 143).

Jak zmiňuje Šafářová (2002), je období dospívání provázáno hlavně psychickými změnami, které se podílí na utváření vlastní identity společně s ujasněním vztahu k sobě samému.

Vágnerová (2012) dodává, že se v dospívání objevuje několik fází duševního vývoje. Mladý jedinec se setkává s novými rolemi, jež se pojí s vyšší prestiží, než měly role dětské. Dosud silná vazba na rodinu je pomalu ukončena, také vztahy s rodiči se jeví jako klidnější a stabilnější. Naopak můžeme zaznamenat rozvoj vztahů s vrstevníky, a to zejména v partnerské oblasti. Carr-Gregg spolu s Shalem (2010) objasňují tento proces adaptace dospívajícího obdobně a zmiňují se také o tom, že v poslední etapě dospívání adolescent hledá své místo ve světě. Dozrává, plně si uvědomuje a vyrovnává s tím, co se kolem něj děje. Vypořádává se s krizí vlastní identity a dokáže si odpovědět na otázku, kým je. Macek (2003) doplňuje, že průběh procesu sebereflexe probíhá v konkrétním kulturním a sociálním prostředí. To má o mladém jedinci stanovenou představu, která koreluje s požadavky, normami, stereotypy, odměnami a sankcemi danými společností, stejně tak však dokáže určitým způsobem tolerovat a respektovat adolescentovo chování. Vágnerová (2012) ještě upozorňuje na jeden pohled týkající se chápání adolescence, a to jako období volnosti. Dospívající v něm má dostatek svobody, ovšem minimální zodpovědnost. Poskytuje tak jedinci prostor k tomu, aby porozuměl sám sobě, uvědomil si, jakých životních cílů chce dosáhnout a osamostatnil se.

2 RIZIKOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

2.1 Normy a normalita

Sillamy (2001) charakterizuje normalitu jako relativní pojem, který se mění dle doby a sociokulturního prostředí. Normy lze chápat jako kulturně hodnotné vzorce. Každý z nás je může internalizovat, čímž vzniká hodnotová orientace, kterou se dále sami řídíme. Normy by tedy měly být nápomocné orientaci ve společnosti. To však není v dnešní rychle se měnící době a nárocích společnosti snadné, jelikož dochází k jejich dynamickému přetváření. (Lašek, 2011, s. 37) Jedinci si spojují jev „normální“ se synonymem „průměrný“, nejčastěji se vyskytující či pozorovaný. Co se vzdaluje od průměru, vnímají jako abnormální. Tento přístup je však ryze statistický (Sillamy, 2001, s. 133).

Kraus (2010) uvádí, že za normální může být společností považováno to, co umožňuje její fungování, ale také to, co vnímá jako kulturně obvyklé či prostřednictvím médií prezentované jako normální.

Hayesová (1998) popisuje hodnoty jako stálé osobní předpoklady, jež leží v samém základu postojů. Právě ty si každý z nás utváří v průběhu života a mohou se tak měnit vlivem zkušeností a prostředí. Pozitivní i negativní postoj nemusí být vysvětlen racionálně, je jednoduše naučeným subjektivním hodnocením. Přestože jsou normy jasně vymezeny, může k nim člověk zaujmout vlastní postoj. To se týká také přístupu a vnímání určitého sexuálního chování.

2.2 Vymezení pojmu rizikové chování

Dle definice psychologického slovníku znamená pojem „riziko“ nebezpečí, ale i volbu situace či aktivity, která s sebou nese vyšší pravděpodobnost neúspěchu či ztráty a ohrožuje něco, co je pro člověka hodnotově významné (Hartl, Hartlová, 2000, s. 511). Riziko obecně vysvětluje Sobotková (2014) jako vystavení se nepříznivým podmínkám a okolnostem. Jedná se o velmi silný stav nejistoty, která souvisí s konkrétní situací. Obvykle má negativní důsledky, ovšem ty mohou být usměrňovány dobrými následky, dokonce až ziskem.

Pojem riziko úzce souvisí také s pojmy resilience a sensation-seeking. Resilience, angl. „resiliency“, lze přeložit do češtiny jako odolnost (psychická) či nezdolnost v oblasti psychiky. Šolcová (2009) se zmiňuje o tom, že ačkoliv existuje mnoho definic, shodují se v tom, že resilience představuje schopnost zvládnutí konfrontace s nepříznivými podmínkami a vlivy. Z toho plyne, že čím bude resilience vyšší, tím snadněji by se měl jedinec umět vypořádat s rizikovým způsobem života než jedinec s nižší mírou nezdolnosti.

Typickým pro období adolescence se stává koncept sensation-seeking, který v roce 1979 uvedl Zuckerman (in Plháková, 2003, s. 359). Tento pojem by mohl být vyjádřen v češtině jako prahnutí po nových věcech a zážitcích či touha zkusit něco zakázaného a nebezpečného. Takovéto chování pak vede k velkému uspokojení, jež přebíjí jistá sociální, zdravotní, ale i finanční rizika.

Ambrožová (2010) popisuje rizikové chování jako chování s možným následkem zranění, úmrtí, trvalého postižení nebo jiné aktivity vedoucí ke snížení kvality života riskujícího nebo jiných osob. Může se také promítnout do narušení psychiky jedince, vztahů a ekonomické či hmotné škody. Toto chování jedinec vykazuje cíleně, a to sám nebo podporován skupinou dalších lidí. Šafářová (2002) dále rozděluje rizikové chování do dvou skupin. Do první skupiny řadí takový typ chování, jež poškozují zdraví samotných adolescentů. Druhá skupina zahrnuje chování spojené s ohrožením společnosti.

2.3 Charakteristika sexuálního rizikového chování

Dospívání je jedna ze zásadních etap lidského života, ve které je adolescent postaven před mnohé překážky. Pokud se v tomto spleťtém období jedinec dostane do situace, kdy jedná v rozporu se zájmy společnosti, s právními i obecně přijímanými normami a toto chování vede k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných, vzdělávacích a dalších rizik pro něj i jeho okolí, hovoříme o tzv. rizikovém chování. Toto označení dnes nahrazuje dříve užívaný termín sociálně patologické jevy. V současnosti můžeme na vzorce rizikového chování pohlížet jako na soubor fenoménů. Jejich existenci a důsledky je možné vědecky zkoumat a lze se pokusit o jejich ovlivnění preventivními a léčebnými intervencemi (Miovský et al, 2010, s. 24).

Dle tvrzení Lemelina et al. (2014) není rizikové sexuální chování stále pevně stanoveno. Dodge a Albert (2012) takový typ chování přisuzují výsledku mnoha neurobiologických změn. Ty zvyšují reakce na fyzické a společensko-emoční podněty, jestliže je instinktivní jednání chráněno před okamžitým uspokojením.

Nevoralová (2011) pohlíží na rizikové sexuální chování jako na soubor projevů takového druhu chování, jež provází sexuální aktivity vykazující pro jedince rizika v různých oblastech, např. v oblasti sociální a zdravotní. Mezi rizikové aktivity řadí nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti, promiskuitu, rizikové sexuální praktiky, kombinaci užívání návykových látek spolu s rizikovým sexem, ale také sexuální zneužívání ve všech jeho formách a v současnosti velmi rozšířené zveřejňování intimních fotografií na internetu

či jejich zasílání mobilním telefonem. Jak je možné zjistit ve studiích Rice et al. (2014), s rizikovým sexuálním chováním u adolescentů se pojí také hledání přítele přes internet. Burnett et al. (2013) poukazuje na další oblast vedoucí k rizikovému chování. Tou je situační charakteristika, z níž jmenuje hlavně spontánnost ovlivňující sexuální sebeúčinnost studentů. Machová a Kubátová spolu s kolektivem (2009) upozorňují na současný jev, kdy mizí tradiční způsob dospívání jakožto pozvolné navazování nejprve citových a později sexuálních vztahů k druhému jedinci. To poskytovalo dostatek času nejen pro rozvoj osobnosti, ale i pro přípravu na budoucí manželský, rodičovský a profesní život. Dnešní přístup k sexualitě je ryze konzumní. Společnost neklade důraz na přítomnost emocionálního vztahu k sexuálnímu partnerovi, což mladistvým usnadňuje zahájit předčasný pohlavní život. Na rizikové chování ovšem nelze pohlížet jen negativně, má také pozitivní úhel dopadu. V období adolescence je typické hledání vlastní identity a právě tu lze dle Macka (2003) nalézt pomocí rizikového chování. Většina autorů uvádí jako jedno z hlavních pozitiv rizikového chování získávání vztahů a respektu k vrstevníkům i k sobě samým. Také je možné jmenovat pocit osamostatnění a dospělosti jakožto důsledek rizikového chování.

2.4 Syndrom rizikového chování v dospívání (SRCH-D)

Hamanová a Kabíček (2001) charakterizují syndrom rizikového chování v dospívání jako kombinaci tří hlavních oblastí rizikového chování. Za ty považuje Pelcák a Pelcáková (2013) abúzus návykových látek, mezi které patří nikotin, alkohol, kanabinoidy a další ilegální drogy, negativní jevy v psychosociální oblasti, jako jsou poruchy chování, agrese vedoucí až k delikvenci a kriminalitě, ale také autoagrese a suicidální chování, záškoláctví či ničení majetku a konečně rizika spojená v oblasti reprodukční, tedy předčasné zahájení pohlavního života spojené s častějším střídáním sexuálních partnerů vedoucí k nechtěným těhotenstvím a přenosu pohlavních nemocí. Hamanová s Kabíčkem (2001) dodávají, že je u většiny dospívajících prokázána vzájemná kombinace těchto tří oblastí, která také ovlivňuje jejich vznik. Jmenované oblasti mají také společný či podobný původ, respektive společné rizikové a ochranné faktory. Syndrom rizikového chování v dospívání považují za specifický pro toto vývojové období. Uvádí, že některé jeho projevy lze chápat jako problémové pouze ve vztahu k věku. Jeho další součásti však mohou být vzhledem k osobnostnímu vývoji účelové a funkční. Pomáhají tedy řešit osobní nesnáze, a to například zvýšením sebevědomí nebo zapojením se do vrstevnické skupiny, i když se tímto jednáním nebezpečí následků nikterak neeliminuje.

2.5 Příčiny rizikového chování

Vznik rizikového chování souvisí s mírou působení celé řady faktorů, které se mohou vzájemně ovlivňovat. Proto není snadné určit, který z nich je hlavním původcem rizikového chování.

Za predisponující faktory na straně osobnosti jsou označovány: pohlaví, typ temperamentu společně s povahovými rysy, jako je snížená sebekontrola a získání návyků nezdravého životního stylu. V neposlední řadě jsou jmenovány také somatické a psychické hendikepy (Kocourková, Koutek, 2005, s. 378). Scheithauer, Hayer a Niebank (2008) význam charakteru a vlastní osobnosti, jakožto silného faktoru v jednání a rozhodování adolescenta, potvrzují a jako další možné příčiny podílející se na vzniku rizikového chování vyzdvihují genetické abnormality, opožděný vývoj, sníženou sebeúctu, sklon k agresivitě, impulzivnímu jednání, neschopnost vcítění se do druhých osob, sebestřednost či povyšování a nízkou sociální adaptaci v různých podmínkách a situacích.

Šolcová (2009) klade důraz především na nefunkční rodinu a nevhodné sociální prostředí, jež mohou adolescenta negativně ovlivnit. Právě rodina a blízcí lidé formují jedince od raného dětství. V rodinném kruhu tráví dítě nejvíce času, proto je přirozené, že od svých nejbližších přijímá také názory a pohled na svět. Pro vývoj dítěte je stěžejní také ekonomická, sociální, výchovná a emoční funkce rodiny. Kocourková s Koutkem (2005) uvádí, že rozvoj rizikového chování podněcuje rodina i v případě zneužívání, až týrání dítěte. K jeho správnému vývoji nepřispívá ani nepřítomnost obou rodičů v rodině, časté stěhování, chudoba a psychiatrická morbidita některého z členů rodiny. Průcha (2004) se zmiňuje o tom, že chování dospívajících je odrazem dalších negativních rodinných faktorů, mezi které řadí nedostatečné citové pouto s rodiči, nepochopení a neumožnění potřebné seberealizace, ale také nedůsledná rodinná a výchovná pravidla. To, jak bude jedinec v adolescenci a dospělosti zvládat vztahy, přisuzuje Průcha neschopnosti rodiny umět společnými silami vhodně řešit různé zátěžové životní situace a konflikty. V důsledku dlouhodobého neuspokojování potřeb se tak mladý jedinec uchyluje k tomu získat různými cestami a způsoby to, co je mu odpíráno.

Za riziko v sociální oblasti považují Kocourková a Koutek (2005) negativní vliv masmédií spolu s nedostupností podpůrných systémů a blízkost problémové party. Nielsen Sobotová (2014) s tímto tvrzením souhlasí a ve své publikaci uvádí, že především masmédiá působí jako výrazný novodobý faktor, jež ovlivňuje myšlení a život nejen adolescentů, ale také osob jiných věkových kategorií. Televize, internet, rozhlas, časopisy či různá periodika mají

tendenci vytvářet na mladou generaci tlak prostřednictvím prezentování exkluzivního finančně náročného až nereálného stylu života. Mladá generace tak časně získává konzumentské návyky, které přinášejí ekonomický zisk mediálnímu světu. Dospívající si však nemusí uvědomovat nereálnost a nedosažitelnost takto prezentovaného způsobu života, kterým se nechává nezdravým způsobem uchvátit.

Stejně jako rodinné, tak i školní prostředí ovlivňuje ve velké míře dospívajícího. Navrátil a Mattioli (2011) upozorňují na situaci, kdy je mladý jedinec ze strany rodičů nucen studovat nedobrovolně zvolený obor nebo se ve škole setkává s šikanou. Může tak snadno tíhnout k revoltě či depresím. Je zřejmé, že právě na základě klimatu prostředí, ve kterém jedinec tráví nejvíce času, se formuje jeho osobnost a způsob životního stylu.

2.6 Zdraví 21

„Sexuální vztahy, které jsou výrazem komunikace, lásky a potěšení, patří k důležitým součástem života dospělých osob. Zdravý sexuální život prospívá lidskému zdraví a pohodě, ale stejně tak může lidské zdraví i ohrozit“ (WHO Zdraví 21, 2000, s. 97).

Zdraví pro všechny v 21. století (tzv. Zdraví 21) je dlouhodobý mezíresortní program schválený dne 30. října 2002 vládou České republiky. Problematikou rizikového chování mládeže se zabývá především cíl č. 4, ve kterém je uvedeno, že do roku 2020 by mělo u mladých lidí evropského regionu dojít ke zlepšení zdraví a schopnosti plnit své role ve společnosti. Jednotlivými specifickými úkoly jsou:

1. Děti a dospívající mládež by se měly stát způsobilějšími ke zdravému způsobu života a měly by se taktéž stát schopnějšími v učinění rozhodnutí vedoucích ke zdraví.
2. Snížení počtu úmrtí a tělesného postižení mladých lidí alespoň o 50%, a to v důsledku násilí a dopravních nehod.
3. Podstatně snížit podíl mladých lidí, pro které je typické škodlivé chování, k němuž patří konzumace drog, tabáku a alkoholu.
4. Snížit o třetinu počet nechtěných těhotenství u dospívajících dívek (Zdraví 21, 2000, s. 41).

3 SEXUALITA DOSPÍVAJÍCÍCH

Sexualita je neoddělitelnou součástí života každého z nás. Obsahuje prvky pudového jednání, nepodléhá tak do jisté míry rozumovým kontrolním mechanismům. Sexualitu však nelze vnímat pouze jako lidský pud orientovaný na pohlavní vzrušení a emoční uspokojení. Její součástí jsou i jiné aktivity vzbuzující sexuální zájem subjektů či případných objektů. Pro sexuální motivaci lidské sexuality jsou charakteristické čtyři základní složky: sexuální identifikace ve smyslu sexuální role, sexuální orientace, tedy erotická preference, sexuální emoce, jako je pohlavní vzrušení, orgasmus či zamilovanost a jako poslední jmenované sexuální chování. (Zvěřina, 2012, s. 8) Také Spilková (2013) říká, že na sexualitu je vhodné pohlížet komplexněji, ne jen jako na sexuální akt. Utváří se již v raném dětství, kdy je podmíněna součinností determinantů biologických, psychologických a sociálních. Za základ vývojového procesu lze považovat faktory konstituční, ty jsou však částečně ovlivněny výchovou a učením. (Weiss, 2011, s. 71 - 75) Ač je dětství vnímáno jako období sexuálního klidu, dítě nelze považovat za asexuálního tvora. Projevuje se již základní stránka sexuálních emocí, neobvyklá není ani genitální stimulace a formování typických pohlavních zájmů. Sexuální projevy však ještě nenesou nádech erotiky. To se ovšem mění v období pubescence a adolescence, které přináší již zmiňované proměny biologické a psychické, vytvářející předpoklad rozvoje pohlavního života a reprodukce. Dalším výrazným jevem je také silná touha po sexuální zkušenosti. (Spilková, 2013, s. 78)

Hooperová (2006) uvádí, že představu o intimitě získávají děti již ze vzoru chování rodičů. Nelze však opomenout i vliv osobnosti partnera a jeho postoj k intimitě, protože právě ta je nedílnou součástí zdravého a trvalého vztahu, ve kterém podporuje lásku, oddanost a sexuální touhu. Sexuální intimitu ovšem nemůžeme získat hned, neboť souvisí s důvěrou k partnerovi.

3.1 Předčasné zahájení pohlavního života

Šilerová (2003) píše o prvním pohlavním styku jako o důležitém mezníku v životě dospívajícího. Může totiž významně ovlivnit jeho další pohlavní život. Dle Vágnerové (2005) je pohlavní akt jedním z prožitků symbolizujících přechod z dětství do dospělosti. Mladý jedinec ho tak může vnímat jako další důkaz vyrovnání se s dospělostí.

Na základě provedeného výzkumu uvádí Weiss (2008) průměrný věk prvního pohlavního styku. U dívek je to konkrétně 18,05 let, chlapci zahajují pohlavní život o něco dříve, a to v průměru v 17,85 letech. Dochází také k překonávání stereotypů týkajících se pojetí mužské a ženské role v souvislosti se sexuálním chováním (Macek, 2003, s. 61). Rozehnalová (2005)

zmiňuje zákonem stanovenou věkovou hranici pro první pohlavní styk, která je v České republice vymezena patnáctým rokem života.

„Motivace k zahájení pohlavního života v dospívání je často jiná než v dospělosti. Pozitivní, sociálně přijatelná motivace (s cílem vytvoření stabilního vztahu a eventuálně rodiny), přichází většinou až na konci dospívání. Dříve, a to zvláště v adolescenci časné, je motivace velmi často nevhodná“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 16). V téže publikaci autorky dále jmenují motivy časného zahájení sexuální aktivity. Řadí mezi ně tlak vrstevníků a snahu vyrovnat se jim, zvědavost, naléhání partnera a také požití většího množství alkoholu. Upozorňují na fakt, že jedinci v časném období adolescence nemají adekvátní výplň volného času a dostatek zájmů. Brzké zahájení pohlavního života je tak nejen následkem těchto podnětů, ale koreluje i s všeobecně rozšířenou liberalizací sexu (Machová, Hamanová, 2002, s. 16).

Hamanová s Hellerovou (2000) upozorňují na důsledky brzkého zahájení pohlavního života. Nejen, že zvyšuje riziko promiskuity a přenosu pohlavních infekcí, souvisí také s vyšším výskytem neplánovaného těhotenství. Jmenují také faktory větší náchylnosti dívek k nákaze STD. V období dospívání ještě dívky nemají zcela rozvinuté ochranné funkční mechanismy organismu proti sexuálně přenosným infekcím a zánětům pohlavního ústrojí, proto lze u nich pozorovat vyšší míru rizika přenosu infekce. Patnáctileté dívky, které již pohlavní život zahájily, jsou pak náchylnější ke vzniku karcinomu čípku děložního.

Je všeobecně známo, že ženy a muži přistupují k souloži odlišně. Hooperová (2006) hovoří o ženské vnímavosti intimního styku jako o vyjádření lásky. Proto ženy tolik netíhnou k nezávaznému sexu. Důvodem rozdílné sexuality mezi mužem a ženou je také snadno přístupný mužský penis, což souvisí s faktem, že chlapci objevují své genitálie dříve a odhalují tak časněji pohlavní smyslnost. Naopak ženské genitálie jsou skryté, dívky je zkoumají méně. Pro jejich pohlavní stimulaci je pak prioritní představivost. Podle Macka (2003) je nástup sexuality u chlapců spojen především s potřebou ventilovat pohlavní pud i určitou míru agrese a s touhou dobývat. Zahájení sexuálního života je u chlapců taktéž častým předmětem diskuzí, zatímco dívkám záleží především na hodnocení vlastní sexuální atraktivity opačným pohlavím. K prvním schůzkám s erotickým podtextem ovšem dochází častěji u dívek. To proto, že si obvykle volí staršího partnera.

Výskyt promiskuity koreluje s definicí adolescence, na kterou se pohlíží jako na polygamní stadium sexuálního vývoje (Vágnerová, 2005, s. 291). Projevuje se tendence k experimentování a získávání zkušeností s různými partnery. V tomto případě se jedná především o nezávazné vztahy, avšak i vztahy s delším trváním mají spíše povrchní charakter,

zdůrazňují vzájemnou atraktivitu a vedou k nabytí prvních sexuálních zkušeností. Většina dospívajících má již v tomto věku ucelené informace o negativním dopadu brzkého zahájení pohlavního života, je však zřejmé, že tyto informace nemají vliv na jejich chování (Kabíček, Csémy, Hamanová, 2014, s. 29).

K navázání vztahů stabilnějších a dlouhodobějších dochází spíše v adolescenci pozdní. To se pozitivně odráží nejen na partnerské věrnosti, která je již vnímána jako přednost a součást stabilního vztahu, ale také na prohloubení intimity, zodpovědnosti a účinnější prevenci proti pohlavně přenosným chorobám. Takovéto vztahy však nemusí být vnímány zcela pozitivně ze strany rodičů, u kterých se může projevit strach z neplánovaného rodičovství či časného uzavření sňatku, jež by mohl skončit nezdarem (Macek, 2003, s. 61).

3.2 Trendy v oblasti sexuálního chování adolescentů

Současný pohled na chování mládeže je z hlediska populace kritický. Nejen u starší generace se setkáváme s označením „zkažená“ mládež. Jestliže toto tvrzení aplikujeme do oblasti sexuálního chování, pak by mělo u dospívajících docházet k dřívějšímu zahajování pohlavního života, stejně tak, jako k častějšímu střídání pohlavních partnerů, výskytu pohlavních chorob aj. Tomu ovšem neodpovídají výsledky prováděných výzkumů, ze kterých vyplývá, že trendy v sexuálním chování lze hodnotit příznivě (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160).

Aby však bylo snazší porozumět problematice sexuálního chování, je vhodné seznámit se s dosud získanými vědeckými daty, které umožní vyvrátit jisté mýty, předsudky a mylné představy spojené s touto oblastí. Weiss a Zvěřina (2001) hovoří takto: „Spolehlivá kvantitativní data jsou podstatná např. pro porozumění formám reprodukčního chování, používání antikoncepce a pro sledování šíření pohlavně přenosných chorob, a jsou zásadní pro informovanou diskuzi o načasování a o obsahu sexuální výchovy.“

3.2.1 Výzkumy sexuálního chování provedené v Americe a v Evropě

Průkopníkem ve výzkumné oblasti zabývající se sexuální tematikou se stal americký zoolog Alfred Kinsey, který v období let třicátých a čtyřicátých minulého století provedl se svými spolupracovníky průzkum sexuálního chování na náhodně vybraném vzorku čítajícím více jak osmnáct tisíc mužů a žen. Výsledky studie byly pro dosud konzervativní, tradičně smýšlející Ameriku šokující. Kinsey spolu s kolegy vyvrátili všeobecnou domněnku o dodržování předmanželské sexuální abstinence, stejně jako tvrzení, že nevěsty vstupují do manželství jako panny. Další překvapivou zprávou pro společnost bylo zjištění, že polovina mužů

udržuje nemanželské styky, třetina má homosexuální zkušenosti, většina pak pravidelně onanuje apod. Tento výzkum však nebyl zcela správně metodologicky sestaven, neboť se týkal pouze dobrovolníků bez předem stanovených výběrových kritérií (Weiss, Zvěřina, 2001, s. 20 - 21).

Kinseyho počín odstartoval nejen v USA éru pravidelně prováděných průzkumů s již propracovanější metodikou a výběrem reprezentativního vzorku z populace. Tyto výzkumy byly hodnotné zejména v době, kdy propukla vlna AIDS. Moderní způsob sestavení jejich metodiky a aplikace do oblasti sexuálního chování však nabyly významu až v 60. a 70. letech. Postrádaly bohužel zaměření na více či méně specifické skupiny obyvatel nebo se zabývaly otázkou určitého zdravotního či sociálního problému, který nastal. Jejich výsledky proto nemohly být zobecněny pro celou populaci (Weiss, Zvěřina, 2001, s. 23).

Za zmínku rozhodně stojí i průzkum chování amerických adolescentů z hlediska sexuálního. V letech 1992 - 1993 k němu bylo vybráno více než 12 tisíc respondentů ve věku 15 až 18 let. Z výzkumu vyplynulo, že sexuální chování mužů zůstalo v průběhu let víceméně stejné. Oproti tomu u žen proběhla změna v přístupu pojetí sexuálního života, a to především vlivem celkové liberalizace ženské sexuality (Weiss, Zvěřina, 2001, s. 24).

80. a 90. léta 20. století byla průlomová nejen v zahájení průzkumů týkajících se sexuálního chování obyvatelstva v USA, ale téměř ve všech zemích Evropy (Švédsko, Finsko, Norsko, Nizozemsko, Dánsko, Švýcarsko, Velká Británie, Německo, Francie, Slovensko, Polsko), a to především v návaznosti na propuknutí epidemie AIDS (Weiss, Zvěřina, 2001, s. 26).

Ze studií prováděných v rámci zemí Evropy, jež srovnávají věk pro zahájení pohlavního života, vyplynulo, že dochází ke zpomalení trendu ve snížení věku, stejně jako se zmenšují rozdíly mezi pohlavími. Výsledné údaje průzkumů jednotlivých států se ukázaly jako značně rozdílné. U islandské a slovenské populace byl v roce 2004 zjištěn průměrný věk prvního pohlavního styku v 16,5 letech, a to v rozmezí od 15,7 let na Islandu, do 18,0 let na Slovensku. Na předních příčkách se také umístilo Německo, Rakousko, Švédsko a Nizozemsko. Zadní příčky pak obsadilo Polsko, Španělsko a Itálie (WHO, 2009a, s. 93). Tuto různorodost výsledků výzkumných šetření v Evropě potvrzuje i studie HBSC survey prováděná v letech 2009 - 2010. Ve srovnání např. s Řeckem, kde má již ve věku 15 let sexuální zkušenost 46 % chlapců a 71 % dívek, se Česká republika s 26 % dívek a 22 % chlapců nachází zhruba ve středu žebříčku. Jak dokazují výzkumná šetření, lze obecně tvrdit, že zvláště ve východoevropských zemích je větší prevalence u chlapců. Tomu však neodpovídá Česká republika, která se řadí spíše ke státům skandinávským (Currie et al., 2012, s. 174).

3.2.2 Výzkumy sexuálního chování provedené v České republice

Výzkumné činnosti zabývající se sexuálním chováním obyvatel České republiky příliš nepřál socialistický režim. Teprve v roce 1988 bylo Ústavem pro filozofii a sociologii ČSAV provedeno výzkumné šetření mapující sexuální chování a postoje Čechů v návaznosti na problematiku epidemie AIDS. Pro rozšíření výzkumné činnosti se stal zlomovým rok 1989 spolu s pádem komunistického režimu (Weiss, Zvěřina, 2001, s. 27).

Mezi významné autory v oblasti výzkumu můžeme v postrevoluční době řadit Weisse a Zvěřinu. Jejich výzkumná činnost soustředící se mimo jiné i na užití antikoncepce zaznamenala pozitivních změn. Došlo ke snížení počtu jedinců, kteří při prvním pohlavním styku nevyužili žádný způsob ochrany, a to z 57 % mužů v roce 1993 na 45 % v roce 2008, u žen pak z 64 % v roce 1993 na 59 % v roce 2008. Zaregistrováno bylo také snížení použití nespolehlivého způsobu ochrany. Velkých změn dosáhlo i používání antikoncepčních metod mezi stálými partnery, a to převážně ve využití hormonální antikoncepce. V roce 2008 si tento způsob ochrany zvolilo 52 % žen, kdežto v roce 1993 to bylo pouhých 22 %. Zlepšila se rovněž uvědomělost mužů při stycích s náhodnými partnerkami. Prezervativem se v roce 1993 chránilo 41 %, v roce 2008 už 88 % mužů (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 161 - 162). Charakteru pozitivních změn odpovídají také poznatky Střelcové a Tellingerové (2006), z jejichž průzkumu vyplývá, že 81,2 % jedinců použilo při prvním koitu antikoncepci. Více jak polovina respondentů si vybrala prezervativ, zbylý počet dotazovaných upřednostnil hormonální antikoncepci. Je zřejmé, že od dříve preferovaného přerušovaného styku při první sexuální zkušenosti se již ustupuje a začínají se projevovat výsledky dlouhodobější osvěty.

V rámci mezinárodního šetření byl v roce 1997 proveden výzkum s názvem Youth and AIDS. Toto výzkumné šetření proběhlo pod vedením Rabušice a Kepákové (1999), kteří zařadili mezi respondenty studenty 3. ročníků brněnských středních škol za použití metody vícestupňového náhodného výběru. Získali tak 993 dotazníků od studentů ve věkovém rozmezí 16 - 18 let. Výzkum odhalil poměrně dobrou úroveň znalostí respondentů o problematice AIDS, a to především o cestách nákazy virem HIV. Znalostem studentů však neodpovídá chování dle zásad bezpečného sexu. Ve srovnání se západními zeměmi jsou čeští adolescenti taktéž více promiskuitní (Rabušic, Kepáková, 1999, s. 167).

Střelcová a Tellingerová (2006) zkoumaly věk, ve kterém adolescenti zahajují pohlavní život, v závislosti na typu navštěvované školy. Jejich výzkumný soubor představoval 248 respondentů ve věkovém rozmezí 17 - 19 let. Z výsledků průzkumu vyplynulo,

že k zahájení sexuálního života přistupují jako první studenti učňovských oborů, jejichž průměrný věk činí 16,4 let u mužů a 15,9 let u žen. Studenti gymnázií se ke koitálním praktikám uchylují naopak nejpozději, a to v průměrném věku 17 let. U dívek tento věk dosahuje v průměru 16,1 let, u chlapců pak 16,7 let. Mezi studenty gymnázií se však setkáváme i s vysokým počtem respondentů, kteří ještě svůj sexuální život nezahájili. To vede k navýšení průměrného věku první soulože gymnazistů. Rozdíly mezi studenty jsou patrné také v postojích z hlediska náboženského přesvědčení. Věřící studenti jsou v sexuální oblasti obecně zdrženlivější (Szabó, Švihelová, 2001, s. 129 - 135).

Česká republika se může pyšnit projektem, který je exkluzivní v celosvětovém měřítku. Tento projekt má charakter výzkumu a provádí se v pravidelném intervalu 5 let s cílem mapování změn sexuálního jednání české populace. Podobné výzkumy probíhají samozřejmě i v zahraničí. Jejich nevýhodou je však jednorázové provedení, které neumožňuje srovnání dat z dlouhodobého hlediska (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160).

Zjištěné poznatky tohoto projektu poukazují na fakt, že k zahájení partnerské sexuality s výrazným předstihem nedochází. První zkušenosti se zamilovaností, líbáním a randěním přicházejí v průměru v 15. roce života. Zhruba o rok starší jedinci se seznamují s neckingem, nekoitální aktivitou od pasu nahoru. Zahájení pettingu, laskání celého těla doprovázené genitálním drážděním, je patrné v cirka 17 letech. Teprve kolem 18 let dospívající navazují první partnerské vztahy s delším než půlročním trváním. Jak už bylo zmiňováno v kapitole o předčasném zahájení pohlavního života, nemění se dlouhodobě ani věk prvního pohlavního spojení, který připadá v průměru na 18. rok života (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160 - 161).

4 ZDROJE INFORMACÍ

Období adolescence se pojí s touhou objevovat a poznávat věci dosud neznámé. Mladí jedinci si uvědomují svou sexualitu a v souvislosti s ní hledají odpovědi na vše, co je zajímavé. K tomu se jim nabízí nejrůznější informační zdroje.

Jak píše Secor - Turner a kolektiv (2011), informace nabyté o sexualitě v době dětství a dospívání vysoce ovlivňují pozdější sexuální jednání adolescentů. Mladí jedinci mohou získat informace z různých typů zdrojů formálního i neformálního charakteru. K formálním zdrojům se řadí například škola. K neformálním zdrojům pak patří rodiče spolu se sourozenci a vrstevníky. Vrstevníci obvykle nahlížejí na sexuální problematiku podobně a stejným způsobem vnímají i sexuální normy. Rodiče naopak zaujímají ke svým potomkům postoje rádců a informovaností o nesprávném sexuálním chování spojeném s riziky se snaží ovlivnit jejich postoje a chování.

Výsledky kontinuálního výzkumu Weisse a Zvěřiny (2009) z roku 2009 poukazují na fakt, že jako nejvýraznější, zato nejméně spolehlivý zdroj informací působí kamarádi. Poté mladí jedinci nejvíce vyhledávají knihy a masmédiá. Zcela nedostačující informační úlohu však zastává škola společně s rodinou. Šilerová (2013) prezentuje aktuálnější informace, ze kterých je jako hlavní zdroj zřejmý rodina a škola, poté internet následovaný odborníky a vrstevníky. Od vrstevníků mladí jedinci očekávají spíše sdílení nabytých zkušeností, než plnohodnotné informace. Jsou zde patrné také rozdíly v získávání informací mezi pohlavími. Zatímco dívky rády získávají nové poznatky z časopisů, hraje pro mladé muže významnější roli osobní zkušenost. Také internet se řadí mezi oblíbené a často využívané zdroje, ačkoliv si mladí lidé uvědomují, že v něm dostupné informace nemusí být vždy pravdivé. I přesto, že se v průběhu let vliv jednotlivých zdrojů mění, uvítala by většina mládeže více relevantních informací o sexualitě ze strany rodiny a školy.

Břendová s Boroňovou (2011) se zabývaly informovaností adolescentů ve věku 17 až 20 let o pohlavně přenosných chorobách a antikoncepci. Na základě 65 % úspěšnosti vyplněných dotazníků konstatovaly, že jsou jejich získané informace nedostatečné. Stejného názoru jsou i Dvořáková s Drahošovou (2011, s. 85 - 86). Zjistily nejen to, že se mládež první informace o antikoncepci dozvídá od svých vrstevníků, z časopisů a knih, ale také to, že je úroveň informovanosti studentů vyšší na gymnáziích a středních školách, než u studentů učňovských oborů.

Rutledge et al. (2011) provedli mezi léty 2004 a 2006 výzkum s 333 vysokoškolskými studenty a absolventy univerzity v jihovýchodní USA, který se zabýval názorem respondentů

na to, kdo by měl přebrat primární zodpovědnost za učení mladých jedinců o sexuální problematice a jaká je realita. 67 % respondentů uvedlo, že by se primárním zdrojem informací měli stát rodiče, pouhých 15,5 % dotazovaných je však zmínilo jako skutečný zdroj. Z toho 12,5 % náleží matce a jen 3 % přísluší otci. 13,9 % respondentů ovšem přiznalo, že by se nikdy nepokoušeli rozebírat pohlavní styk se svými rodiči. Z výzkumu se lze dozvědět také důvody vedoucí k těmto výsledkům. Téměř 60 % studentů má ostych položit rodičům intimní otázku, 40 % se obává jejich reakce a 15 % dotazovaných uvádí, že by se pravděpodobně rodič styděl otázku zodpovědět. Intimní záležitosti studenti preferují diskutovat se svými přáteli, jak zmínilo 40 % z nich. Přibližně 23 % respondentů dále získává informace od odborníků, 15,5 % studentů spoléhá na vlastní dohledání informací a 8,8 % využívá média. Pouhých 7,8 % studentů však požádá o radu svého vyučujícího.

Petříčková (2006) vysvětluje domněnku, zda si mladí lidé vůbec uvědomují význam a důležitost informovanosti v souvislosti s problematikou partnerství a rodičovství. Ve svém průzkumu s 309 gymnazisty ve věku 17 - 21 let zjistila, že 58,25 % studentů nepovažuje za nutné absolvovat výuku tohoto charakteru. 70,23 % dotázaných je ovšem takového názoru, že by mělo být o této problematice podrobně informováno. 40,13 % studentů by pak rádo využilo možnosti přihlásit se do volitelného předmětu s tímto zaměřením.

5 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY (STD)

Sexuálně přenosné choroby patří do skupiny infekčních onemocnění, která jsou přenosná pohlavním stykem. Obor zabývající se jejich diagnostikou a léčbou se nazývá venerologie a byl odvozen od římské bohyně lásky Venuše (Říčař, 2014, s. 2).

Choroby přenášené pohlavním stykem dělí Lázničková (2000) dle patogenů na:

- a) „bakteriální (syfilis, kapavka, měkký vřed, lymfogranuloma venereum, granuloma inguinale, chlamydiosy, 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).“

Za nejčastější sexuálně přenosnou nemoc je v současnosti považována infekce chlamydiemi.

Říčař (2014) uvádí, že jsou ze skupiny venerických chorob vyčleňovány tzv. klasické venerické nemoci. Mezi ty jsou řazeny syfilis, kapavka, měkký vřed, venerický lymfogranulom a granuloma inguinale. Na tyto pohlavní choroby se v České republice vztahuje Zákon o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., který pojednává o povinném hlášení, evidenci a léčbě příslušné pohlavní nemoci. Pacient se tedy musí řádně léčit, docházet na pravidelné kontroly a sdělit ošetřujícímu lékaři jména všech osob, se kterými měl v tzv. kritické době sexuální styk. Na podkladě získaných údajů pak probíhá depistáž. Jedná se o aktivní vyhledávání a vyšetřování osob uvedených pacientem (Záhenský, s. 124). Povinností lékaře zůstává výše uvedená onemocnění nahlásit příslušné krajské hygienické stanici, která informaci předává do Registru pohlavních nemocí. Povinnému hlášení podléhá také virus HIV, svrab, vši a pohlavní nemoci způsobené chlamydií trachomatis (Říčař, 2014, s. 2). Pro sexuálně přenosné nemoci je charakteristické, že se jejich počet neustále rozšiřuje. Všechny STD mají společný jeden rizikový faktor, a tím je způsob pohlavního chování (Zvěřina, 2003, s. 257). Machová a Hamanová (2002) dodávají, že „nejpravděpodobnější přenos nastává při styku dvou nahodilých partnerů, ke kterému dochází mnohdy pod vlivem alkoholu, ze zvědavosti, z lehkomyšlnosti, u osob nezdrženlivých, bez morálních zásad.“ Autorky dále zmiňují, že k přenosu chlamydiové infekce či kapavky může dojít i při styku se stálým partnerem. Děje se tak v případě, kdy partner není zcela vyléčen nebo o své nákaze neví. Největší výskyt pohlavních nemocí ve světě je zaznamenán u věkové skupiny 15 - 24 let.

5.1 Syfilis (lues, příjice)

Syfilis patří mezi infekční choroby s celosvětovým výskytem. Původcem tohoto onemocnění je spirocheta *Treponema pallidum*, která se do organismu dostává po přímém kontaktu narušeným povrchem kůže a sliznic. Přenos je možný jak pohlavním stykem, tak také transplacentárně a prostřednictvím krevní transfuze infikované krve či kontaminovanými předměty. Syfilis lze rozdělit na vrozenou a získanou. Získaná syfilis se dále rozlišuje dle stádia nemoci na primární, sekundární a terciární.

Primární syfilis charakterizuje vznik tvrdého nebolestivého vředu (*ulcus durum*) s typickými ostrými okraji a tuhou červenou spodinou s výpotkem, který palpačně doprovází jednostranná spádová lymfadenopatie. Tvrdý vřed postihuje v 90 % genitál a objevuje se po uplynutí inkubační doby, která trvá 9 - 90 dní. Projevy tohoto stádia syfilis se hojí spontánně do 6 týdnů, při léčbě se tato doba zkracuje na 2 týdny, lymfadenopatie ustupuje do 1 měsíce. Protože vřed obvykle nečiní pacientovi subjektivní obtíže a při jeho lokalizaci rektálně, cervikálně či např. tonzilárně pacient nemusí onemocnění vůbec zaznamenat, dochází k případům, kdy lékařská péče není pacientem vyhledávána.

Sekundární syfilis je důsledkem hematogenního rozšíření *treponem*, které probíhá přibližně 9. týden po infekci. Vzhledem k pomnožení původce a jeho invazi do tkání je právě sekundární stádium nejvíce infekční. Také klinický obraz je velmi pestrý. Zpočátku mohou přetrvávat projevy primárního stádia. Příznaky sekundární syfilis jsou však podobné jiným chorobám, čímž se stává obtížně rozpoznatelnou. Mezi nejčastější projevy patří vznik kožního exantému či slizničních projevů, které doprovází nespecifické celkové příznaky, jako je teplota, únava, nechutenství, bolesti kloubů a svalů (Říčař, 2014, s. 6). Machová a Hamanová (2002) upozorňují také na vznik vysoce infekčních plochých výrůstků - kondylomat. Nemocné jedince také trápí časté vypadávání vlasů. Pokud by se imunokompetentní nemocný v tomto stádiu syfilis neléčil, došlo by vzhledem k aktivaci imunitní odpovědi k postupnému ústupu až spontánnímu zhojení klinických projevů. Toto stádium nemoci je označováno jako časná latentní syfilis, během něhož je neléčený pacient již méně, ale přesto stále infekční. Tomu odpovídá také pozitivita séroreakce. Po uplynutí dvou let od infekce se již jedná o syfilis latentní (Říčař, 2014, s. 11).

Terciární syfilis vzniká 3 - 5 let po stádiu sekundárním a provází ji difúzní či generalizovaný granulomatózní zánět. Takto vzniklá ložiska se nazývají gumata, která v 70 % postihují kůži, v 10 % zasahují dutinu ústní a v 10 % kosti. Gumata nejsou bolestivá ani infekční a mohou

postihnout také podkoží (Říčař, 2014, s. 12). Machová s Hamanovou (2002) uvádí, že až třetina neléčených případů přechází do třetího stádia. Autorky doplňují, že u pacientů může dojít k napadení míchy a mozku, ztrátě reflexů dolních končetin, stejně jako ke ztrátě čítí, zrakovému oslabení a hluchotě. U postižených jedinců dochází k prudké změně osobnosti, rozvratu intelektu, dezorientaci, halucinacím a výkyvům nálad.

Léčba primární a sekundární syfilis spočívá v podávání prokainu penicilinu po dobu dvou týdnů, 15. den je léčba zakončena aplikací depotního benzathin benzylpenicilinu intramuskulárně. Léčba terciární syfilis je obdobná jako u předchozích dvou stádií s tím rozdílem, že se její doba prodlužuje na 21 dnů (Říčař, 2014, s. 14).

5.2 Kapavka

Říčař (2014) popisuje kapavku jako bakteriální infekci způsobenou diplokokem *Neisseria gonorrhoeae*, která primárně postihuje slizniční epitel s možností hematogenního šíření. Zvěřina (2003) uvádí znaky, jež jsou pro toto onemocnění typické. Jedná se o účinný způsob přenosu, vysoké procento bezpříznakových nosičů, nízkou úmrtnost a schopnost bakterií vyhnout se obranným imunitním mechanismům hostitele. V případě onemocnění kapavkou je u žen procentuální výskyt bezpříznakových nosičů vysoký (40 - 60 %), zatímco u mužů se jich vyskytuje pouze 1 - 7 %. Ženy jsou navíc ohroženy rizikem pánevního zánětu.

K nákaze kapavkou dochází zpravidla přímým kontaktem sliznice nakaženého jedince se sliznicí nového hostitele (Říčař, 2014, s. 15). Bakterie postihuje především sliznici močopohlavního ústrojí, za vzniku akutního hnisavého zánětu, který se rozvíjí po inkubační době 3 - 7 dní. Pokud se zánět neléčí, přechází do chronického stádia, které může způsobit těžké zdravotní komplikace. U mužů a žen lze pozorovat odlišné projevy infekce. Kapavka je nebezpečná také v těhotenství, kdy může být příčinou samovolného potratu, předčasného porodu či nitroděložního odumření plodu. K přenosu infekce dochází i během porodu, kdy se bakterie dostává do oka plodu a může tak způsobit těžké poškození zraku novorozence (Machová, Hamanová, 2002, s. 66 - 67). Aby se předcházelo novorozenecké konjunktivitidě, byla zavedena povinná křeideizace, tzn. aplikace antibakteriálních kapek do spojivkového vaku po porodu (Říčař, 2014, s. 18).

Vhodnou léčbou kapavky je vždy léčba celková, ke které se volí účinné antibiotikum. V současné době se již upustilo od léčby penicilinovými antibiotiky, u kterých byl zaznamenán vyšší počet rezistencí (Říčař, 2014, s. 18).

5.3 Chlamydie

Chlamydiové infekce se řadí k nejčastějším pohlavně přenosným chorobám na světě způsobených parazitem *Chlamydia trachomatis*. Dle typově specifických antigenů lze *Chlamydia trachomatis* rozdělit na sérotypy A - C, které způsobují oční trachom, sérotypy D - K způsobující konjunktivitidy a urogenitální infekce a sérotypy L1 - 3 vyvolávající lymphogranuloma venereum (Říčař, 2014, s. 18 - 19). Přenos chlamydií je možný nejen pohlavním stykem, ale také nepohlavní cestou, např. vlhkým prádlem. Inkubační doba po pohlavním styku trvá obvykle 8 - 14 dní. Příznaky chlamydiové infekce připomínají kapavku. Asi u poloviny nakažených mužů se příznaky nemusí projevit vůbec, u ostatních lze pozorovat výtok z močové trubice nebo se objevuje pálení při močení. Chlamydie však mohou způsobit také zánět nadvarlete a ohrozit mužskou plodnost. U žen mohou chlamydie vyvolat zánět hrdla děložního a napadnout děložní sliznici. Infekce se dále šíří vejcovody a může se tak stát příčinou neplodnosti, mimoděložního těhotenství, samovolného potratu či předčasného porodu. Zánět se vyskytuje častěji u mladých dívek než u dospělých žen a je pro něj typický nenápadný průběh. Doprovází ho totiž výtok, bolesti v podbřišku, bolesti při pohlavním styku a nepravidelnosti menstruačního cyklu. Stejně jako kapavka, tak i chlamydie mohou za porodu přenést infekci na plod, vyvolat zánět spojivek a způsobit vážné onemocnění zraku novorozence. Preventivní vykapávání očí antibakteriálním roztokem po porodu však není v případě chlamydií účinné (Machová, Hamanová, 2002, s. 70 - 71). Říčař (2014) uvádí jako lék první volby perorálně podávaný doxycyklin, a to v délce 7 až 14 dnů.

5.4 Lidský papilomavirus (HPV)

Lidský papilomavirus patří mezi viry napadající buňky pokožky a sliznic, které vedou k celé řadě degenerativních změn. Nejvíce je virus HPV spojován se vznikem kondylomat a mikropapilomů, známých jako genitální bradavice. V současnosti je známo okolo 130 typů HPV. Nejčastějším způsobem přenosu je pohlavní styk, virus však lze přenést i z rukou či úst na pohlavní orgány. Genitální HPV infekce se objevuje u 80 % žen a nejméně 50 % mužů před dosažením věku 50 let. Ve většině případů dochází do 2 let od nákazy ke spontánnímu vymizení infekce. V ostatních případech může virus vyvolat řadu onemocnění na různých místech lidského těla, včetně výše zmiňovaných genitálních bradavic u mužů i žen. Jednotlivé typy HPV infikují vždy určitou anatomickou lokalitu, proto lze degenerativní změny

zaznamenat na genitálu, konečníku, ale také v dutině ústní. Ve všech uvedených oblastech mohou změny tkáně vést k nádorovému bujení. Dle rizika vyvolání přednádorových změn v postižené tkáni lze HPV viry rozdělit na:

- HPV typy s nízkým rizikem, tzv. low risk (LR HPV), které vyvolávají pouze lehké přednádorové změny a tvorbu genitálních bradavic (př. typ 6 a 11),
- HPV typy s vysokým rizikem, tzv. high risk (HR HPV), které jsou příčinou vzniku těžkých přednádorových a nádorových změn na děložním čípku (př. typ 16 a 18).

U většiny nakažených jedinců má HPV infekce asymptomatický průběh, a to zejména u mužů. Proto by měl být kladen důraz na prevenci, ať už formou sexuální abstinence nebo používáním prezervativu, který snižuje riziko přenosu viru, infekci však stoprocentně nezabrání. V současnosti nabývá na významu z hlediska prevence očkování proti HPV virům. Očkovací látka se rozlišuje dle typu HPV, před kterým jedince chrání. Očkování je neúčinnější ještě před zahájením pohlavního života, ovšem zůstává prospěšné i pro sexuálně aktivní ženy, u kterých přispívá k tvorbě protilátek proti různým typům HPV. Neméně důležitá je však také prevence sekundární, jež probíhá formou každoročního screeningu u gynekologa. Ten se provádí pomocí stěru z čípku děložního (HPVInfo, © 2006, [online]).

5.5 HIV a AIDS

AIDS (Acquired ImmunoDeficiency Syndrome) je syndrom získaného selhání imunity. Jedná se o stav, kdy dochází ke ztrátě obranyschopnosti organismu. Lidský organismus se tak stává náchylným k celé řadě infekčních a nádorových onemocnění. Tento stav podněcuje HIV (Human Immunodeficiency Virus), tedy virus způsobující selhání imunity. Choroba AIDS je známa již od roku 1983, kdy jejího původce nezávisle na sobě objevily dva vědecké týmy. Jednalo se o tým dr. Galla z USA a tým pod vedením dr. Montagniera z Francie (Národní program boje proti AIDS, © SZÚ 2011, [online]). Za krátký čas od svého objevu se nemoc stala pandemií, jež postihuje jedince všech kontinentů bez rozdílu pohlaví a věku. AIDS postihuje svými důsledky nejen zdraví nakažených jedinců, ale zasahuje také do sféry ekonomické, sociální, legislativní, náboženské a politické (Staňková, Rozsypal, 1999 cit. dle Machová, Hamanová, 2002, s. 77).

V současnosti jsou známy dva typy viru HIV. HIV-1 se vyskytuje převážně na území Evropy a na asijském a americkém kontinentu. Typ HIV-2 zůstává lokalizován na západním pobřeží Afriky. HIV-1 je rozšířen na řadu subtypů, jež snadno podléhají mutacím, proto je obtížné vytvořit účinnou očkovací látku (Machová, Hamanová, 2002, s. 79). Montagnier (1996)

popisuje výskyt různého množství viru HIV v tělních tekutinách. Množství, které by se teoreticky mohlo podílet na přenosu onemocnění, je ve většině z nich podprahové, v praxi však nebyla možnost přenosu touto cestou potvrzena. Podprahové množství viru obsahují například sliny, pot či slzy. Tato skutečnost tedy vylučuje možnost přenosu viru při běžných činnostech, jako je podání ruky, společné sdílení koupelny či používání stejného nádobí s infikovanou osobou. Nadprahové množství viru, které je schopné vyvolat infekci HIV, bylo zjištěno u čtyř tělních tekutin, kterými jsou krev, sperma, poševní sekret a mateřské mléko. Machová a Hamanová (2002) zmiňují hlavní způsoby přenosu HIV vyplývající z těchto čtyř druhů tělesných tekutin. Je to sdílení injekčních jehel a roztoku drogy mezi narkomany, podání krevní transfuze (v současnosti v ČR prakticky vyloučeno), eventuálně znečištění poraněné kůže či sliznice infikovanou krví a nechráněný pohlavní styk (vaginální i anální). Posledním způsobem přenosu je kojení. Autorky dále uvádí, že virus HIV ničí dezinfekční prostředky a vystavení teplotám nad 60 °C.

Při podezření z nákazy virem HIV je důležité nechat se testovat. Jakmile virus propukne, začnou se v organismu vytvářet protilátky, jejichž koncentrace se postupně zvyšuje. Protilátky je možné prokázat nejdříve za 3 týdny od nákazy, průkaznost jejich přítomnosti v těle je však jistý až za 2 - 3 měsíce. Testování HIV lze provést v sedmi AIDS centrech bývalých krajských měst, u praktického lékaře a ve většině zdravotních ústavů (Národní program boje proti AIDS, © SZÚ 2011, [online]).

Procházka (2009) ve své publikaci píše o nevýrazných projevech počátečního stádia nemoci. To může trvat i řadu let, během nichž nakažený jedinec o nemoci obvykle neví, čímž dochází ke zvýšení rizika přenosu viru. Varovnými signály se mohou stát projevy nemoci, které nápadně připomínají chřipkovou virózu. Dostavují se zpravidla 2 až 6 týdnů po nákaze. Poslední, nejzávažnější fází je propuknutí AIDS. Efektivitu léčby lze zajistit podáním antivirotik za spolupráce pacienta, který musí dbát na pravidelné dávkování léku. Když však infekce přejde do stádia onemocnění AIDS, organismus člověka již není schopen bránit se vzhledem k těžkému narušení imunitního systému okolními infekcemi. V konečném důsledku se pak některá z komplikací onemocnění stává příčinou smrti (Machová, Hamanová, 2002, s. 84).

6 PREVENCE RIZIKOVÉHO SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Jak je uvedeno ve Strategii primární prevence rizikového chování na období 2013-2018 (MŠMT, 2013, s. 8) „*pojmem prevence rozumíme všechna opatření směřující k předcházení a minimalizaci jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledky. Prevencí může být jakýkoliv typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky.*“

Rozlišujeme tři stupně prevence, a to primární, sekundární a terciární. Za primární prevenci považujeme taková opatření, která zamezují vzniku onemocnění nebo poruchy u osob, které ještě rizikové chování nevykazují. Principem těchto aktivit je ovlivňování rizikových faktorů, stejně jako snižování výskytu sociálně patologických jevů (Národní referenční centrum, 2009, [online]). Hamanová s Hellerovou (2000) vysvětlují účel primární prevence v oblasti sexuálního chování. Za pozitivní výsledek této prevence se považuje oddálení věku první soulože, zvýšení množství a úrovně vědomostí mladistvých o sexuálních aktivitách a rizicích s nimi spojených.

Primární prevence se zdá být jediným účinným opatřením, proto by se měl klást důraz na její komplexnost. Tou se myslí zapojení celé společnosti, která může významně přispět ke správnému mapování a odhalování rizikových jedinců (Marková, 2007b, s. 32).

Kabíček s Hamanovou (2005) definují tři sféry, jež významně ovlivňují patologické chování jedinců. Těmi jsou výchova v rodině, role školy, jakožto výchovného činitele a míra přístupu ze strany personálu ve zdravotně - sociální oblasti.

Úkolem sekundární prevence je včas rozpoznat a eliminovat možné následky onemocnění či poruchy již vzniklé. Včasná detekce a okamžitá léčba časného stadia onemocnění či poruchy vede k lepším prognózám. Za sekundární prevenci lze považovat také zamezení recidivy rizikového chování (Národní referenční centrum, 2009, [online]).

Čevela, Čeledová a Dolanský (2009) charakterizují obsah terciární prevence. Ten spočívá v rozšíření a doplnění anamnézy. Dle jejich názoru by měl být kladen důraz na průběh změn, rizikové faktory i profesní rizika. Činnosti, které tedy tento typ prevence doprovází, mají za úkol zamezit vzniku komplikací s cílem zabránění recidivy a progresu (Národní referenční centrum, 2009, [online]).

Marková (2007) zmiňuje, že pro nabytí vyšší účinnosti prevence je rozhodující, zda mladého jedince ovlivňují činitelé z více směrů. Tomu však neodpovídá současná situace, neboť je celá problematika prevence převážně úkolem pedagogů a výchovných poradců.

Novotný a Okrajek (2012) přitom považují za zásadní rodinné zázemí. Rodinný život mladému jedinci napomáhá překonávat životní nástrahy a získat důvěru v sebe sama. Nepostradatelným prvkem výchovy se pak stává komunikace, stejně jako zájem ze strany rodičů a fakt, že by měli svým potomkům jít příkladem. To jsou však faktory dnešní dobou a společností opomíjené. Setkáváme se s označením „krize rodiny“. Ta je důsledkem úbytku společně tráveného času, aktivit a odlišných zájmů členů rodiny. K odcizení a zúžení vztahu mezi rodičem a dítětem taktéž přispívá situace, kdy rodič tráví mnoho času v práci a mladý jedinec je tak odkázán na vlastní způsob trávení volného času (Marková, 2007a, s. 138 - 139). Fait, Šulová a Weiss (2011) hovoří o negativním vlivu rodičů na své děti, a to zejména tehdy, pokud dochází ke generačnímu předávání záporného modelu chování. Jako příklad lze uvést určitý vztahový problém, který dítě vnímá a ovlivňuje jej. Následkem tak mohou být problémy v udržení pozdějšího partnerského vztahu jedince. Pokud v rodině nastává situace, kdy selhává výchovná funkce jednoho z rodičů v sexuální oblasti, přebírá tuto roli škola. Její výchovné působení vychází z aktuálních biologických, psychosociálních a vědeckých poznatků, proto by mladého člověka měla aktivně chránit před mýty a tabuizováním diskutované sexuální problematiky, stejně jako vhodně vysvětlit sexuální pojmy a potřeby každého jedince s cílem vychovat sexuálně vyrovnanou osobnost, která uznává společenské hodnoty a normy.

Jak již bylo řečeno výše, pro utváření správných sexuálních postojů adolescenta je důležitý patřičný vzor, řádným příkladem by tedy měli jít jak rodiče, tak pedagogové. Mnohá doporučení pro praxi utváří osvětu v rámci výchovných projektů pro rodiče a učitele, které se soustředí nejen na zlepšení komunikace s mladými lidmi, ale umožňují také nácvik výchovných dovedností, při kterých je kladen důraz zejména na líbivou a hravou formu, která mladého jedince dokáže zaujmout (Marková, 2008, s. 191). Fait, Šulová a Weiss (2011) dodávají, že by měl způsob předávání informací probíhat tak, aby mladému člověku zodpovídal otázky, které si sám reálně pokládá. Nedostatek informací či špatný přístup jsou pak jedním z faktorů vzniku rizikového sexuálního chování, jehož rozvoji je potřeba zabránit. Z tohoto důvodu byly do systému vzdělávání České republiky zavedeny Rámcové vzdělávací programy. Ty představují hlavní kurikulární dokumenty školství, jež se mimo jiné zaměřují také na výchovu k reprodukčnímu zdraví a určují doporučený minimální preventivní program, který musí být obsažen v osnovách školských zařízení. Rámcové vzdělávací programy jsou přizpůsobeny všem úrovním vzdělávání žáků od 3 do 19 let a jsou utvářeny ve dvou rovinách. Školní vzdělávací program (ŠVP) je platný pro vzdělávání na jednotlivých školách. Jemu nadřazený Rámcový vzdělávací program (RVP) představuje státní normu vymezující závazné

rámce vzdělávání jednotlivých etap školní docházky, tedy předškolní, základní a středoškolské (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2007, [online]).

Rámcové vzdělávací programy středních škol jsou členěny na RVP pro gymnázia a RVP pro střední odborné školy. Ty se dále liší dle konkrétního oboru a jednotlivé školy tak mají možnost jejich úpravy ve vlastních školních vzdělávacích programech. V současnosti však dochází k situaci, kdy prevence rizikového sexuálního chování není obsahem učiva určitých typů středních škol. Důvodem jsou základy prevence zahrnuté již ve výuce na základní škole. Rozšířenější vzdělávání v oblasti reprodukčního zdraví je tak možné spatřit spíše u gymnázií a škol s pedagogickým, zdravotním či sociálním zaměřením, u nichž má výchova ke zdraví souvislost s charakteristikou oboru.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ CÍLE

Pro výzkumnou část diplomové práce byly stanoveny 3 cíle:

1. Zjistit úroveň znalostí respondentů o rizikovém sexuálním chování.
2. Zjistit úlohu školy v informovanosti respondentů o RSCH.
3. Zjistit přístup respondentů k problematice rizikového sexuálního chování.

8 METODIKA VÝZKUMU

Diplomová práce má teoreticko-výzkumný charakter. K získání potřebných informací byl jako výzkumná metoda zvolen dotazník vlastní konstrukce (Příloha 1). Hlavní přednost dotazníkového šetření spočívá v získávání velkého počtu respondentů za krátkou časovou jednotku. Dotazník byl určen pro zletilé studenty středních odborných škol s výučním listem, středních odborných škol s maturitou a pro studenty gymnázií. Studenti vyplňovali dotazník anonymně. Ten obsahoval celkem 27 položek. Byly použity otázky uzavřené výběrové, kdy studenti volili jednu z nabízených odpovědí, dále otázky uzavřené výčtové, které nabízí možnost výběru několika nabízených alternativ zároveň a otázky polouzavřené, v nichž se po studentech vyžadovalo upřesnění, popř. dovysvětlení zvolené odpovědi.

V období od července do srpna 2015 proběhla pilotní studie, která odhalila významný nedostatek dotazníku v jeho znalostní části. Dotazník byl předložen šesti studentům středních škol ve věku 18 - 20 let. Z gymnázia, ze střední školy zakončené výučním listem a maturitou byli pro výzkum vybráni vždy dva zástupci opačného pohlaví. Na základě vyhodnocení dotazníku a doplňujících otázek, v nichž se respondenti k dotazníku vyjadřovali, bylo zjištěno, že z celkového počtu 15 znalostních otázek bylo 10 z nich alespoň jednou označeno jako otázka obtížná. To ovšem neodpovídalo počtu správných odpovědí studentů. Na základě tohoto zjištění vyvstala domněnka, že ve znalostní části dotazníku respondenti ve velké míře odpovědi tipovali. V části dotazníku zaměřené na odpovědné sexuální chování se ukázala jako problematická otázka týkající se způsobů ochrany proti STD. Na základě pilotáže byla znalostní část dotazníku přepracována tak, aby respondenty nebyla vnímána jako test, v němž musí obstát, ale aby měli možnost vyjádřit odpověď „nevím“. Současně došlo ke zjednodušení formulace otázek a přepracování otázek ve zbylých dvou oblastech dotazníku na otázky polouzavřené, aby odpovědi nebyly pro respondenty limitující.

Dotazník je rozdělen na čtyři části. První část dotazníku zjišťuje základní údaje (věk, pohlaví a typ střední školy). Druhá část se zaměřuje na oblast znalostí studentů. V třetí části dotazníku je možné zjistit, odkud studenti čerpají informace o rizikovém sexuálním chování, zda už se s výukou zaměřenou na sexuální oblast setkali a zdali by na střední škole uvítali předmět sexuální výchova. Čtvrtá část dotazníku pojednává o postojích studentů v oblasti sexuálního života.

Znalostní část dotazníku byla definována na základě Rámcového vzdělávacího programu pro daný typ střední školy, tedy co by studenti již měli znát. Jsou to informace o sexuálně přenosných chorobách, jak se projevují, jak je lze léčit, jak se před jejich šířením může

jedinec chránit a jak by měl postupovat, pokud daný typ příznaku nemoci zjistí. Pokud respondent danou otázku zodpověděl správně, získal jeden bod. Pakliže označil chybnou odpověď, nebo variantu „nevím“, nezískal bod žádný. Celkově tak respondenti mohli dosáhnout nejvýše 15 bodů.

Na základě RVP považují za důležité znalosti studentů tyto:

- projevy nejčastějších STD a způsoby jejich přenosu (HIV, genitální opar, syfilis, kapavka, vaginální mykóza; orálně, vaginálně, análně, transplacentárně, krevní cestou);
- jakými způsoby je možné se před STD chránit (sexuální abstinence, kondom);
- jaké sexuální chování považujeme za rizikové (nechráněný sex, promiskuita, pohlavní styk pod vlivem návykové látky, sexuální násilí).

Aby mohly být dotazníky interpretovány, byla pro znalostní test vymezena následující bodová škála:

- 15 - 13 bodů - úroveň znalostí velmi dobrá;
- 12 - 10 bodů - úroveň znalostí uspokojivá;
- 9 - 0 bodů - úroveň znalostí nedostačující.

V informační oblasti dotazníku lze zjistit, zdali jsou zdroje informací získané mimo školní prostředí pro studenty dostatečné. To je následně možné ověřit ve znalostním testu. Poslední oblast dotazníku je zaměřena na sexuální chování studentů. Byly pokládány nejdůležitější otázky ze sexuální oblasti, tedy kdy byl u studentů zahájen pohlavní život, jak se chrání proti pohlavně přenosným chorobám či jakým způsobem se studenti snaží snížit míru rizika v sexuální oblasti. Z této části dotazníku lze vyhodnotit, jaké postoje respondenti k sexuálnímu chování zaujímají.

Pro zpracování a interpretaci poslední části dotazníku bylo potřeba rozlišit, co lze považovat za sexuálně zodpovědné chování a co už nikoli. Za sexuálně zodpovědné chování tedy považují: chráněný pohlavní styk za použití kondomu, věrnost jednomu partnerovi a pravidelné absolvování zdravotních prohlídek. Mezi sexuálně nezodpovědné chování řadím: nechráněný pohlavní styk, promiskuitu a pohlavní styk pod vlivem návykové látky.

8.1 Soubor respondentů

Výzkumný soubor tvořilo celkem 180 studentů středních škol nezdravotnického zaměření ve věku 18 - 20 let. Výzkumné šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku, který

byl respondentům rozdělán během vyučovací hodiny. Na vyplnění dotazníku měli respondenti časový limit 30 min, většině respondentů však k vyplnění stačil čas 10 min. K dotazníkovému šetření bylo vybráno vždy 30 dívek a 30 chlapců jednotlivého typu střední školy. Tento počet studentů byl zvolen proto, aby bylo možné porovnat rozdíly mezi studenty v rámci jednoho typu střední školy z hlediska pohlaví, neboť počet zletilých chlapců na středních školách zřídka převyšoval číslo 30. Jelikož bylo obtížné nalézt střední školy pro realizaci výzkumu, nebyly tak do výzkumu zahrnuty střední školy z jednoho regionu. Tímto je bohužel limitována také možnost interpretace výsledků.

8.2 Použité veličiny a jejich symboly ve vyhodnocování tabulek a grafů

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány pomocí popisné statistiky za použití počítačových programů Microsoft Word a Excel. Získané informace byly poté prezentovány pomocí tabulek a grafů. Ve výsledcích byly použity statistické veličiny: absolutní četnost, relativní četnost a suma.

Absolutní četnost: n_i

Relativní četnost: f_i v %

Vzorec pro výpočet relativní četnosti: $f_i = n_i / n \times 100$

Suma: Σ

9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanovených cílů výzkumu a studia odborné literatury byly formulovány tyto výzkumné otázky:

- VO 1. Jaká je úroveň znalostí respondentů o rizikovém sexuálním chování?
- VO 2. Jakou úlohu v poskytování informací o RSCH zastává škola?
- VO 3. Jaký je názor studentů na možnost získání informací o RSCH od rodičů?
- VO 4. Uvítali by středoškolští studenti samostatný předmět týkající se sexuální výchovy?
- VO 5. Považuje středoškolská mládež nabyté informace za dostačující?
- VO 6. V kolika letech studenti zahájili pohlavní život a co je k tomu vedlo?
- VO 7. Tíhnou studenti k rizikovému sexuálnímu chování i přes získané znalosti o možných rizicích a jejich prevenci v této oblasti?

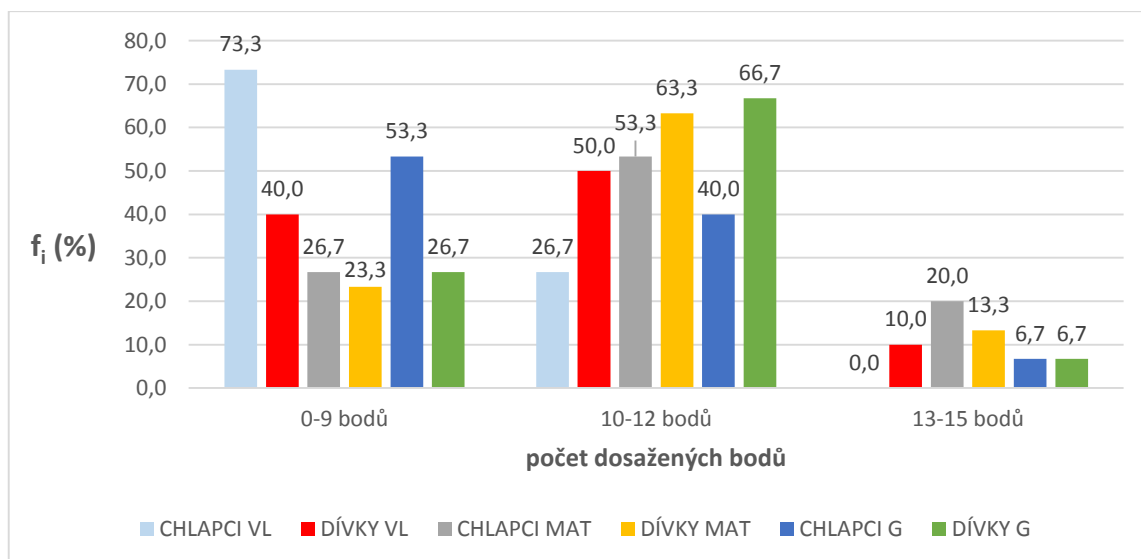
10 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumu pomocí tabulek a grafů. U jednotlivých položek jsou vždy uvedeny názvy otázek tak, jak byly respondentům položeny v dotazníku. Výjimku tvoří otázky č. 1 - 15, které nejsou rozpracovány jednotlivě. Výsledky těchto otázek jsou zpracovány dohromady jako znalostní část dotazníku (Příloha 1).

Znalostní oblast

Otázka č. 1 - 15

V těchto patnácti otázkách měli respondenti za úkol rozhodnout, zda jsou uvedená tvrzení správná, či nikoliv. Pokud si svou odpovědí nebyli jistí, mohli zvolit odpověď „nevím“.



Obrázek 1 Úspěšnost studentů ve znalostním testu

Ve znalostní části dotazníku bylo cílem zjistit, jaká je úroveň znalostí respondentů o rizikovém sexuálním chování. Z výsledků vědomostního testu vyplývá, že nejnižšího bodového rozmezí 0 - 9 bodů dosáhlo na bodové škále 22 chlapců (73,3 %) ze SOŠ s výučním listem. Naopak nejlepší znalost prokázalo 6 chlapců (20 %) studujících v oboru zakončeném maturitní zkouškou. 10 - 12 bodů získalo nejvíce studentek z gymnázia. Jednalo se o 20 dívek (66,7 %), stejné bodového hodnocení získalo 19 studentek SOŠ s maturitou (63,3 %), (Obrázek 1).

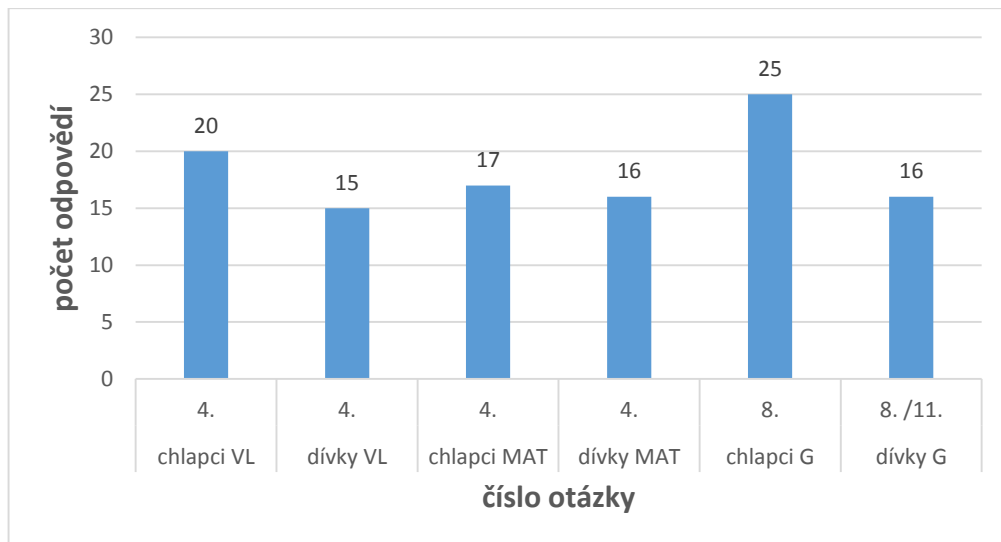
Tabulka 1 Nejčastěji označená chybná odpověď

studenti dle typu SŠ	číslo otázky	počet odpovědí	f _i (%)
chlapci MAT	9.	13	43,3
chlapci VL	9.	11	36,7
dívky MAT	9.	10	33,3
dívky VL	11.	10	33,3
chlapci G	11.	10	33,3
dívky G	2./11./13.	10	33,3

Z uvedených výsledků je patrné to, které číslo otázky činilo studentům největší potíže. Jednalo se o otázku č. 9, která byla uvedena jako tvrzení „*HIV můžeme spolehlivě vyšetřit v jakékoliv době po nákaze.*“ Správná odpověď měla znít „NE“. Toto tvrzení chybně označilo 13 chlapců (43,3 %) studujících SOŠ s maturitou, stejně tak 11 chlapců (36,7 %) ze SOŠ zakončené výučním listem a 10 studentek (33,3 %) vzdělávajících se v oboru ukončeném maturitní zkouškou.

V pořadí druhou nejproblémovější otázkou se stala otázka č. 11: „*Mezi sexuálně přenosné nemoci patří také veš muňka, kandidóza a svrab.*“ Odpověď měla znít „ANO“. Chybně reagovalo 10 dívek (33,3 %) ze SOŠ s výučním listem, stejně jako 10 studentů gymnázia (33,3 %) a shodný počet gymnazistek (33,3 %).

10 studentek gymnázia chybovalo také v otázce č. 2 „*Do sexuálně rizikového chování řadíme zveřejňování vlastních intimních fotografií na internetu.*“ a dalších 10 jejich spolužaček (33,3 %) uvedlo chybnou odpověď u tvrzení: „*Při podezření či potvrzení diagnózy pohlavního onemocnění je lékař povinen podat hlášení, které obsahuje údaje o nemocném i osobách, které s nemocným žily v domácím prostředí či v kolektivu v době rozvinutých příznaků nemoci.*“ Správné odpovědi u těchto dvou tvrzení zní „ANO“.



Obrázek 2 Nejčastější volba odpovědi „nevím“

Z uvedeného grafu (Obrázek 2) lze zjistit, u kterého čísla otázky respondenti nejčastěji volili odpověď „nevím“. Tato odpověď se nejčastěji vyskytovala u otázky č. 4: „Preventivním opatřením k zamezení přenosu již vzniklé pohlavní nemoci může být spermicidní gel v kombinaci s pesarem“. Tuto odpověď zvolilo 20 chlapců (66,7 %) ze SOŠ s výučním listem, 15 dívek (50 %) ze stejného typu školy, 17 chlapců (56,7 %) studujících SOŠ zakončenou maturitní zkouškou a 16 dívek (53,3 %) se stejným typem studia. Správná odpověď v tomto případě zněla „NE“.

25 studentů gymnázia (83,3 %) označilo nejčastěji odpověď „nevím“ u otázky č. 8: „Kapavka může mít u žen asymptomatický (bezpríznakový) průběh“. Shodná odpověď byla u téže otázky zvolena také 16 respondentkami z gymnázia (53,3 %). Respondenti měli správně označit možnost „ANO“.

Stejný počet dívek, tedy 16 studentek gymnázia (53,3 %), zvolilo odpověď „nevím“ také u otázky č. 11. Tvrzení znělo: „Mezi sexuálně přenosné nemoci patří také veš muňka, kandidóza a svrab.“ Odpověď zněla „ANO“.

Následující otázky jsou zařazeny v informační oblasti dotazníku

Otázka č. 16: Informace o významu chráněného pohlavního styku jsem se dozvěděl/a:

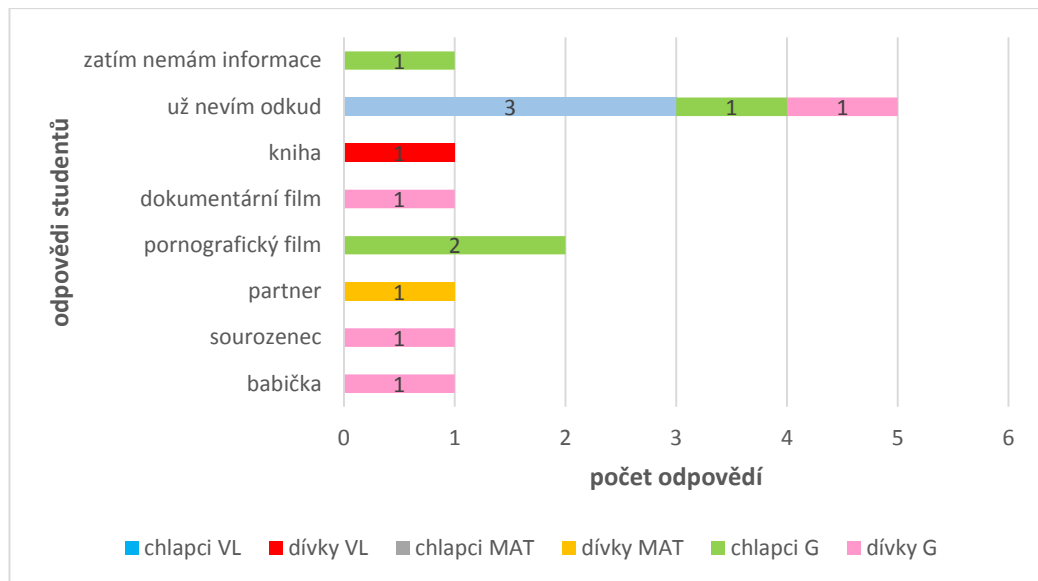
- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> z časopisu | <input type="checkbox"/> od rodičů |
| <input type="checkbox"/> z reklamy | <input type="checkbox"/> od kamaráda |
| <input type="checkbox"/> z internetu | <input type="checkbox"/> od lékaře |
| <input type="checkbox"/> ve škole | <input type="checkbox"/> jiné |

Tabulka 2 Zdroje informací studentů o významu chráněného pohlavního styku

zdroj informací	chlapci		dívky		Σn_i	Σf_i (%)
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
škola	66	74,8	68	77,1	134	74,4
internet	59	67,2	54	60,3	113	62,8
rodiče	31	34,8	50	56,8	81	45,0
lékař	26	29,1	30	32,6	56	31,1
časopis	29	32,5	27	29,6	56	31,1
kamarád	28	32,0	25	27,4	53	29,4
reklama	19	21,5	8	8,9	27	15,0
jiné	7	8,2	6	7,4	13	7,2

V této otázce bylo zjišťováno, odkud studenti čerpají informace týkající se důležitosti chráněného pohlavního styku. Jednalo se o otázku, ve které respondenti měli možnost zvolit jednu či více odpovědí. Pokud respondent zvolil položku „jiné“, bylo vyžadováno upřesnění této odpovědi.

Jelikož nedochází k výraznému procentuálnímu rozdílu mezi typem středních škol, byla informovanost studentů hodnocena z hlediska pohlaví. Došla jsem ke zjištění, že nejčastějším zdrojem poskytování informací je u obou pohlaví škola. Tuto položku označilo 66 chlapců (74,8 %) a 68 dívek (77,1 %). Druhým nejvyužívanějším zdrojem informací je mezi studenty internet. Ten vybralo 59 chlapců (67,2 %) a 54 dívek (60,3 %). Rodiče zastávají významnou informativní úlohu u 50 dívek (56,8 %), zatímco jen 31 dotazovaných chlapců (34,8 %) hovoří s rodiči na toto téma. Časopis působí jako informační zdroj u 29 chlapců (32,5 %) a 27 dívek (29,6 %). 30 dívek (32,6 %) pak získává dané informace od lékaře, se kterým o stejné problematice hovoří také 26 chlapců (29,1 %). 28 chlapců (32 %) a 25 dívek (27,4 %) uvedlo, že na toto téma vedou diskuze se svými kamarády. 19 chlapců (32,5 %) a 8 dívek (8,9 %) se také dozvídá o této problematice z reklamy. Ze 180 respondentů zvolilo položku „jiné“ 7 chlapců (8,2 %) a 6 dívek (7,4 %). Viz Tabulka 2.



Obrázek 3 Upřesnění odpovědi „jiné“ u otázky č. 16

Z uvedeného grafu (Obrázek 3) lze vyčíst, z jakých dalších zdrojů studenti středních škol získávají informace o významu chráněného pohlavního styku. 3 respondenti (10 %) ze SOŠ s výučním listem si nevzpomínají, odkud se informace dozvěděli, stejně jako 1 respondent z gymnázia (3,3 %). 2 chlapci (6,7 %) z gymnázia uvedli, že jim byl chráněný pohlavní styk demonstrován v pornografickém filmu a 1 jejich spolužák (3,3 %) sdělil, že takovou informaci dosud nenabyl. Také studentky gymnázia uvedly, z jakých jiných, než uvedených zdrojů informace čerpají. 2 dívky (6,7 %) zmínily rodinné příslušníky, babičku a sourozence. 1 studentka (3,3 %) čerpala takovéto informace z dokumentárního filmu a další respondentka (3,3 %) si už nepamatuje, odkud informace získala. Pouze 1 dívka (3,3 %) ze SOŠ s výučním listem uvedla jiný zdroj, a to knihu. 1 respondentku (3,3 %) ze SOŠ s maturitou pak informoval o významu chráněného pohlavního styku partner. Ani jeden ze studentů SOŠ s maturitou odpověď „jiné“ neoznačil.

Otázka č. 17: Myslíte si, že by Vás s problematikou sexuálního života měli jako první seznámit rodiče?

- ano
 ne
 nepovažuji za důležité, zda mě jako první informují právě rodiče

Tabulka 3 Názor chlapců na úlohu rodiče v prvním seznámení se sexuální problematikou

možné odpovědi	chlapci VL		chlapci MAT		chlapci G		Σn_i	Σf_i (%)
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
ano	13	43,3	22	73,3	13	43,3	48	53,3
ne	4	13,3	5	16,7	6	20,0	15	16,7
není důležité, kdo	13	43,3	3	10,0	11	36,7	27	30,0
Σ	30	100	30	100	30	100	90	100,0

Tabulka 4 Názor dívek na úlohu rodiče v prvním seznámení se sexuální problematikou

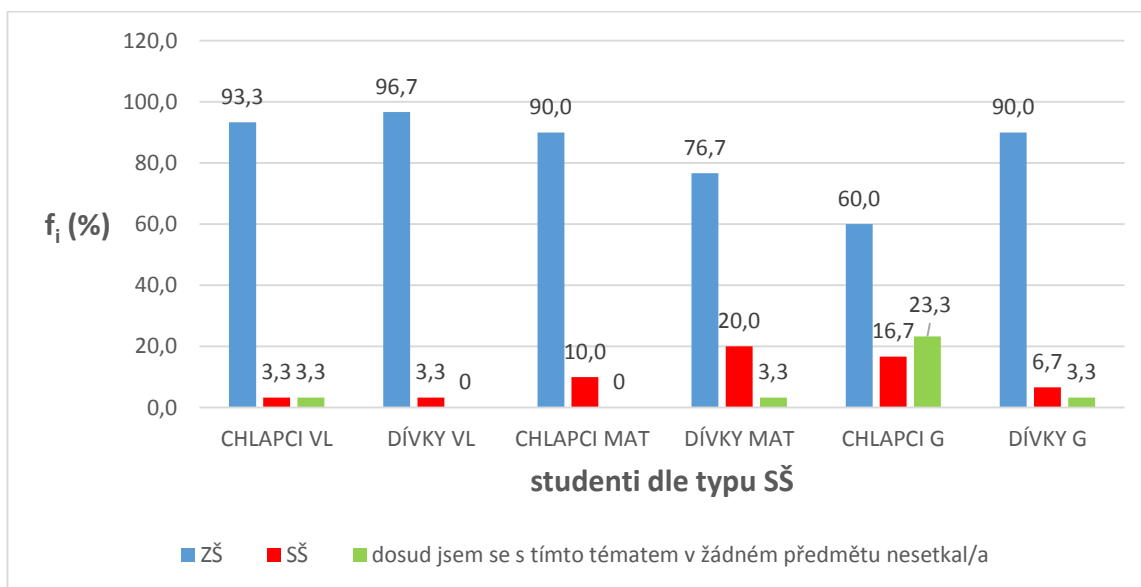
možné odpovědi	dívký VL		dívký MAT		dívký G		Σn_i	Σf_i (%)
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
ano	23	76,7	20	66,7	14	46,7	57	63,3
ne	3	10,0	3	10,0	1	3,3	7	7,8
není důležité, kdo	4	13,3	7	23,3	15	50,0	26	28,9
Σ	30	100	30	100	30	100	90	100,0

Tato otázka řeší názor respondentů na význam role rodičů v informování o sexuální problematice. Respondenti měli zvolit jednu z nabízených odpovědí.

Nejvyšší počet 23 dívek (76,7 %) ze SOŠ s výučním listem se domnívá, že by svého potomka měli se sexuální problematikou seznámit jako první rodiče. Také 22 chlapců (73,3 %) ze SOŠ s maturitou dává přednost tomu, aby je jako první na toto téma informovali rodiče. Stejného názoru je i vyšší počet studentek SOŠ s maturitou, kterých tuto odpověď zvolilo 20 (66,7 %). Pouze 1 studentka gymnázia (3,3%) by si nepřála, aby ji s touto problematikou seznámili právě rodiče, stejně jako nejvyšší počet, tedy 6 chlapců z gymnázia (20 %), kteří označili shodnou odpověď. Naopak 15 respondentkám navštěvujících gymnázium (50 %) je lhostejné, kdo první informace poskytne. Stejný názor má také 13 chlapců (43,3 %) ze SOŠ zakončené výučním listem a 11 gymnazistů (36,7 %). (Viz Tabulka 3, Tabulka 4).

Otázka č. 18: S výukou zaměřenou na sexuálně přenosné choroby jsem se poprvé setkal/a:

- již na základní škole
- na střední škole
- v žádném předmětu jsem se s tímto tématem dosud nesetkal/a



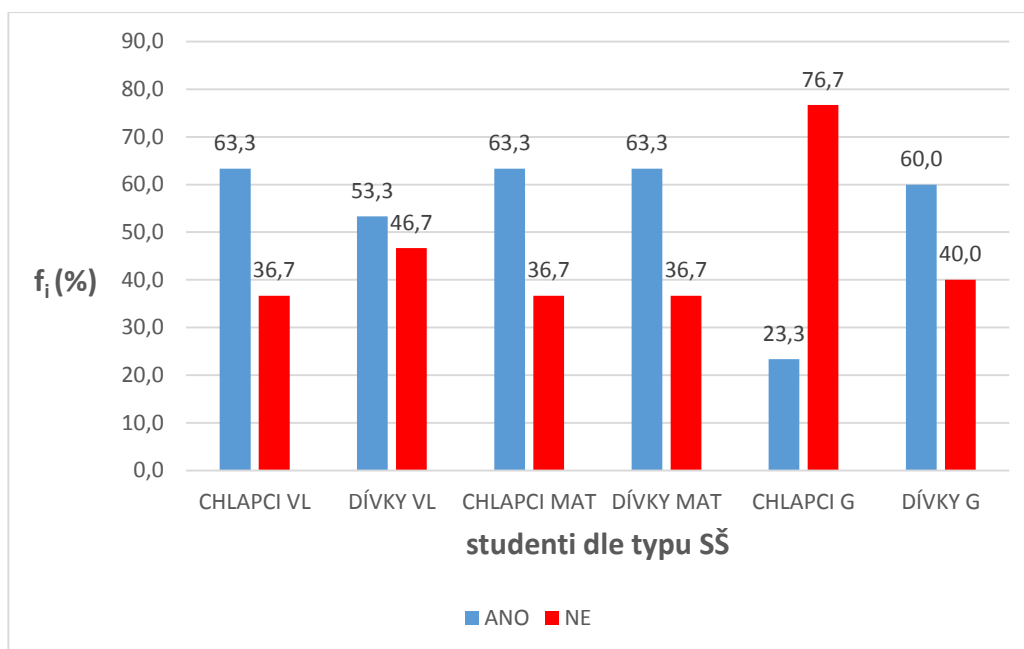
Obrázek 4 První setkání studentů s výukou zaměřenou na STD

Cílem této otázky bylo zjistit, kde se respondenti s výukou zaměřenou na problematiku sexuálně přenosných chorob poprvé setkali. Byly nabídnuty tři možné odpovědi a respondenti vybírali jednu z nich.

Nejvíce studentů označilo položku „již na základní škole“. Jednalo se o 29 studentek SOŠ s výučním listem (96,7 %), 28 studentů (93,3 %) ze stejného typu střední školy, 27 chlapců ze SOŠ zakončené maturitní zkouškou (90 %), stejně jako 27 studentek gymnázia (90 %). Teprve na střední škole se o STD poprvé dozvědělo 6 studentek SOŠ s maturitou (20 %), nezanedbatelný je také počet chlapců navštěvujících gymnázium, kterých shodnou položku označilo 5 (16,7 %). 7 jejich spolužáků (23,3 %) pak uvedlo, že se s tímto tématem zatím v žádném předmětu nesetkalo. Naopak dívky navštěvující SOŠ zakončenou výučním listem a stejně tak i chlapci studující SOŠ s maturitou patří mezi studenty, kteří se již s výukou takového typu setkali (Obrázek 4).

Otázka č. 19: Na střední škole jsem absolvoval/a přednášku či výchovný program vedený odborníkem v problematice sexuálního chování:

- ano
 ne



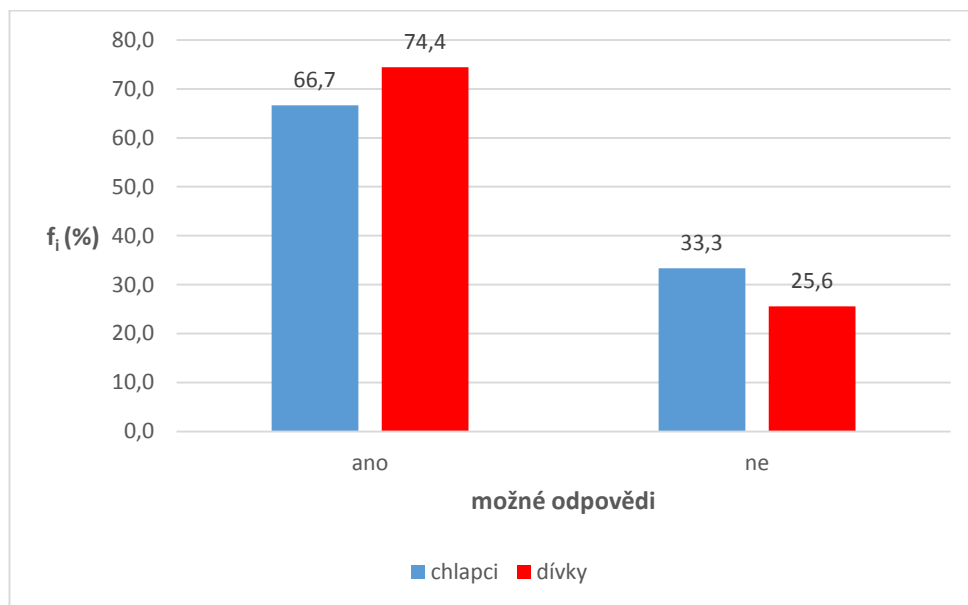
Obrázek 5 Absolvování přednášky či výchovného programu o sexuální problematice na SŠ

V této otázce bylo zjišťováno, zda jsou středoškolští studenti během studia seznámeni s problematikou RSCH prostřednictvím přednášky či výchovného programu vedeného odborníkem. Respondenti měli zvolit jednu z nabízených odpovědí.

Z výsledků vyplývá (Obrázek 5), že odbornou přednášku neabsolvovalo 23 chlapců (76,7 %) z gymnázia, zatímco 7 jejich spolužáků (23,3 %) se s takovýmto programem na gymnáziu již setkali. U studentek gymnázia jsou hodnoty odlišné. 18 dívek (60 %) uvedlo, že jim už toto téma bylo odborníkem přednášeno, kdežto 12 dívek (40 %) přednášku zatím neabsolvovalo. Výsledky studentů středních odborných škol s maturitou jsou shodné u obou pohlaví. 19 dívek i chlapců (63,3 %) se zúčastnilo odborné přednášky, kdežto 11 dívek (36,7 %) a 11 chlapců (36,7 %) se od odborníka o problematice STD nedozvědělo. Shodné výsledky jsou patrné také u studentů SOŠ s výučním listem, kdy 19 chlapců (63,3 %) takovouto přednášku absolvovalo a 11 jejich spolužáků (36,7 %) nikoliv. Přednášku vedenou odborníkem si vyslechlo také 16 studentek (53,3 %) SOŠ s výučním listem, 14 jejich spolužaček (46,7 %) se přednášky nezúčastnilo.

Otázka č. 20: Bylo by dle Vašeho názoru vhodné zařadit na střední škole do výuky předmět týkající se sexuální výchovy?

- ano, myslím si, že bych měl/a o této problematice větší přehled
- ne, nemyslím si, že by to pro mě bylo přínosné



Obrázek 6 Názor studentů na zařazení výuky o sexuální problematice na SŠ

Tato otázka zjišťovala, zda se studenti domnívají, že by bylo prospěšné zařadit předmět týkající se sexuální problematiky do výuky na středních školách. Respondenti měli možnost vybrat jednu ze dvou nabízených odpovědí.

Jelikož nedochází k výraznému procentuálnímu rozdílu mezi typem středních škol, byla tato otázka hodnocena z hlediska pohlaví. 67 dívek (74,4 %) vyjádřilo souhlas se zavedením sexuální výchovy do výuky. Také 60 chlapců (66,7 %) by uvítalo zařazení takového předmětu do středoškolské výuky. Opačného názoru je pak 30 chlapců (33,3 %) a 23 dívek (25,6 %). (Obrázek 6).

Otázka č. 21: Za vhodnou formu výuky sexuální výchovy považují:

- výklad (ústní poskytnutí informací)
- poskytnutí materiálů (letáky, brožury, texty k pročtení v soukromí)
- diskuzi na zvolené téma
- praktickou formu (instruktáž, např. jak navléknout kondom; ukázka antikoncepčních pomůcek a jejich použití, např. pesar, nitroděložní tělísko)
- exkurzi (prohlídka gynekologické či urologické ambulance s výkladem)

Tabulka 5 Názor chlapců na vhodnou formu výuky sexuální výchovy

možné odpovědi	chlapci VL		chlapci MAT		chlapci G		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
výklad	15	50,0	20	66,7	16	53,3	51	56,7
materiály	10	33,3	10	33,3	11	36,7	31	34,4
diskuze	10	33,3	15	50,0	13	43,3	38	42,2
praktická forma	13	43,3	10	33,3	14	46,7	37	41,1
exkurze	13	43,3	16	53,3	6	20,0	35	38,9

Tabulka 6 Názor dívek na vhodnou formu výuky sexuální výchovy

možné odpovědi	dívký VL		dívký MAT		dívký G		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
výklad	22	73,3	18	60,0	20	66,7	60	66,7
materiály	17	56,7	18	60,0	16	53,3	51	56,7
diskuze	18	60,0	16	53,3	20	66,7	54	60,0
praktická forma	12	40,0	12	40,0	13	43,3	37	41,1
exkurze	10	33,3	15	50,0	7	23,3	32	35,6

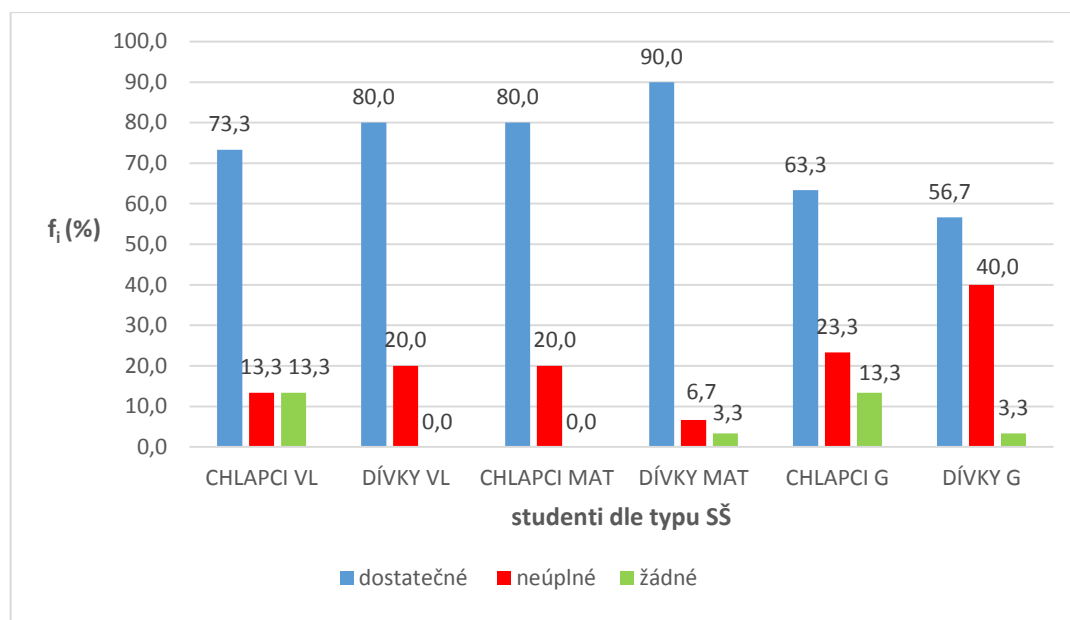
Cílem této otázky bylo zjistit, jakou formu výuky sexuální výchovy by studenti středních škol považovali za přínosnou. Respondentům bylo nabídnuto 5 položek, z nichž měli možnost vybrat jednu či více odpovědí.

Z celého souboru respondentů jsou studenti nejvíce nakloněni výuce ve formě výkladu. Tuto položku označil nejvyšší počet dívek ze SOŠ s výučním listem, tedy 22 respondentek (73,3 %). Tato forma výuky by vyhovovala také 20 studentkám gymnázia (66,7 %). Shodný počet, tedy 20 dívek (66,7 %) studujících stejný typ střední školy by však o sexuální problematice rádo vedlo diskuzi. Pouze 6 studentů gymnázia (20 %) by chtělo v rámci výuky

absolvovat exkurzi, naopak 16 chlapců (53,3 %) ze SOŠ s maturitou preferuje tuto formu výuky jako druhou v pořadí (Tabulka 5, Tabulka 6).

Otázka č. 22: Informace, které mám o pohlavně přenosných chorobách, považuji za:

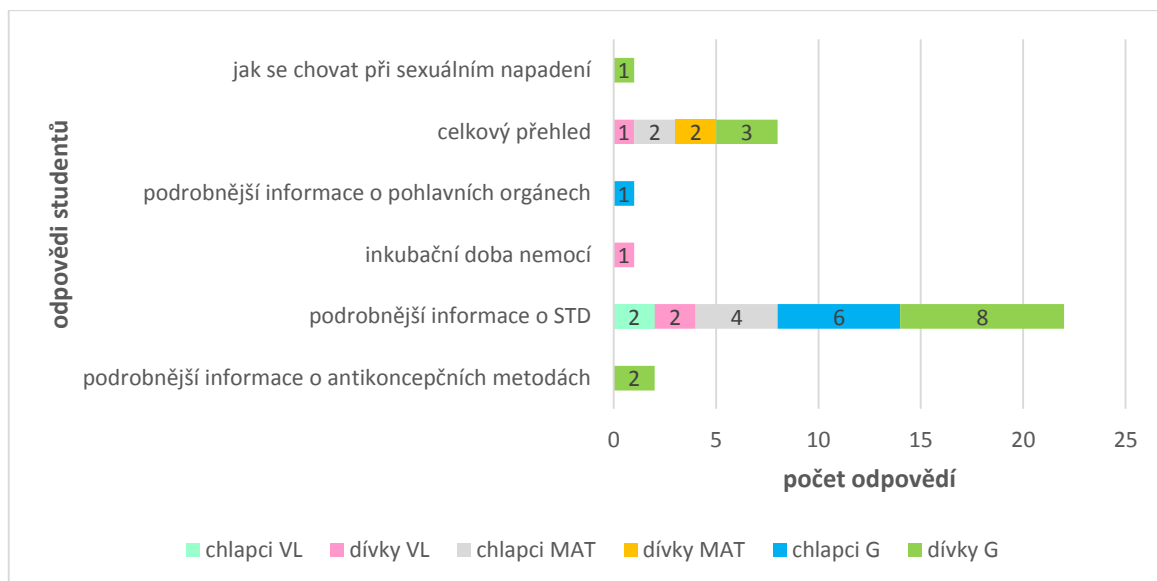
- zcela dostatečné
- neúplné, chybí mi informace o: ____
- nemám žádné informace



Obrázek 7 Hodnocení míry informovanosti o STD z pohledu studentů

V této otázce měli respondenti možnost subjektivně zhodnotit své znalosti o pohlavně přenosných chorobách. Ze tří nabídnutých odpovědí respondenti volili jednu z nich, v případě označení možnosti „neúplné“ bylo vyžadováno slovní upřesnění odpovědi.

Nejvyšší počet respondentů, tedy 27 dívek (90 %) navštěvujících SOŠ s maturitou se domnívá, že jsou o pohlavně přenosných chorobách dostatečně informovány. Stejného názoru je i 24 chlapců (80 %) studujících stejný typ střední školy, 24 dívek (80 %) ze SOŠ s výučním listem, 22 chlapců (73,3 %) studujících SOŠ s výučním listem, 19 gymnazistů (63,3%) a 17 studentek (56,7 %) gymnázia. Z celého souboru respondentů právě studentky gymnázia nejčastěji hodnotily své nabyté informace o STD za neúplné. Jednalo se o 12 dívek (40 %). Z celkového počtu chlapců pak považuje své informace za neúplné 7 respondentů z gymnázia (23,3 %). 4 studenti (13,3 %) SOŠ s výučním listem, stejně jako 4 studenti (13,3 %) z gymnázia uvedli, že dosud nezískali žádné informace o STD. Tuto položku naopak neoznačil žádný ze studentů SOŠ s maturitou a stejně tak i žádná studentka SOŠ s výučním listem. (Obrázek 7).



Obrázek 8 Upřesnění oblasti informací, které respondenti postrádají

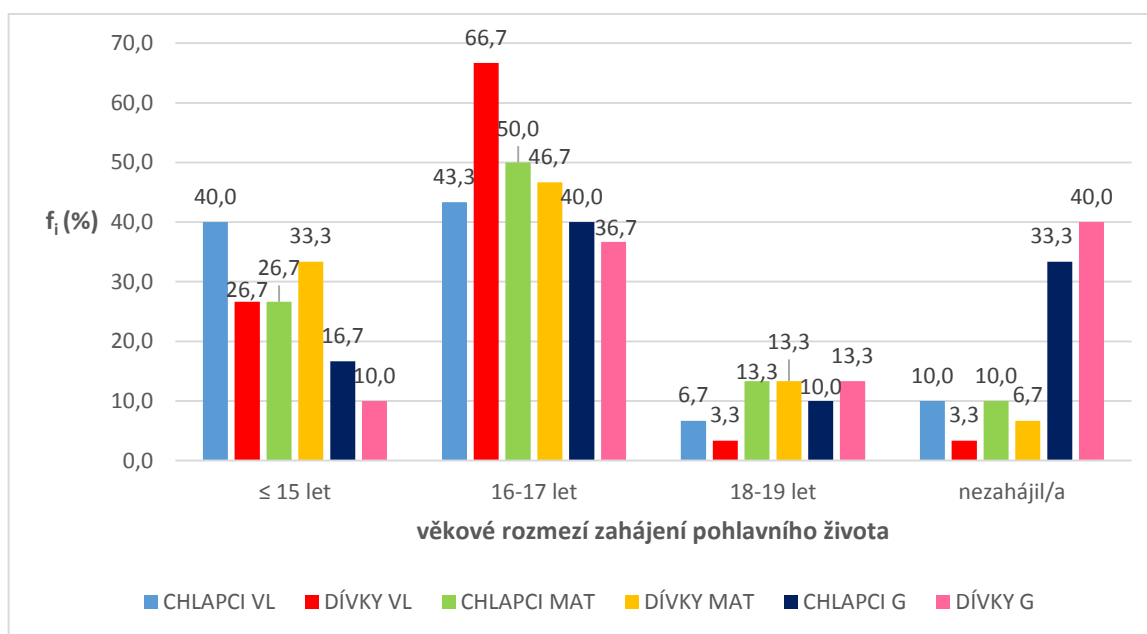
Z uvedeného grafu (Obrázek 8) lze zjistit, jaké informace v souvislosti s problematikou sexuálně přenosných chorob respondentům chybí. Graf je doplněním odpovědi „neúplné“ otázky č. 22.

8 respondentek z gymnázia (26,7 %) by rádo získalo podrobnější informace o STD. 3 jejich spolužačky (10 %) se domnívají, že jim chybí celkový přehled o této problematice, další 2 studentky gymnázia (6,7 %) postrádají podrobnější informace o antikoncepčních metodách a 1 dívka (3,3 %) z téže školy uvedla, že nemá informace o tom, jak se zachovat v případě sexuálního napadení. 6 studentům z gymnázia (20 %) chybí informace o STD a 1 spolužák (3,3%) postrádá podrobnější informace o pohlavních orgánech. Podrobnější informace o STD schází také 4 chlapcům ze SOŠ s maturitou (13,3 %), 2 chlapci (6,7 %) z téhož typu střední školy pak uvedli, že postrádají všeobecný přehled o této problematice, stejně jako 1 studentka SOŠ s výučním listem (3,3 %). Další dvě její spolužačky (6,7 %) uvedly, že nedostatek informací spatřují v podrobnějších informacích o STD a 1 spolužačce (3,3 %) chybí celkový přehled. Pouze 2 respondenti ze SOŠ s výučním listem (6,7 %) označili v otázce č. 22 položku „neúplné informace“. Upřesnili ji odpovědi o nedostatku podrobnějších informací o pohlavně přenosných chorobách.

Následující otázky zjišťují postoje studentů k rizikovému sexuálnímu chování

Otázka č. 23: V kolika letech jste zahájil/a svůj pohlavní život?

- ≤ 15 let
- 16 - 17 let
- 18 - 19 let
- pohlavní život jsem zatím nezačal/a



Obrázek 9 Zahájení pohlavního života studentů

Tato otázka řešila, v jakém věkovém rozmezí respondenti zahájili pohlavní život, či zda ještě pohlavní život nezačali. Respondenti volili jednu ze čtyř nabízených variant. Z grafu (Obrázek 9) je patrné, že svůj sexuální život zahájil ve věkovém rozmezí 16 - 17 let nejvyšší počet studentek SOŠ s výučním listem, tedy 20 dívek (66,7 %). Druhou nejpočetnější skupinou v tomto věkovém rozmezí jsou chlapci studující SOŠ s maturitou. Tuto kategorii označilo 15 z nich (50 %). Naopak z celkového počtu respondentů zahájilo svůj pohlavní život ve věku 18 - 19 let nejméně studentů. Jedná se o 1 dívku (3,3 %) ze SOŠ s výučním listem, 2 chlapce (6,7 %) ze stejného typu střední školy, 3 studenty gymnázia (10 %), 4 studenty (13,3 %) SOŠ s maturitou, stejně jako 4 studentky (13,3 %) ze stejného typu střední školy a gymnázia. Věkovou hranici ≤ 15 let označil nejvyšší počet chlapců ze SOŠ s výučním listem, tedy 12 studentů (40 %). Z dívek do této věkové kategorie spadá nejvyšší počet studentek SOŠ s maturitou. Položku označilo 10 z nich (33,3 %). Pouze 1 dívka ze SOŠ

s výučním listem (3,3 %) uvedla, že pohlavní život nezačala. Studentky gymnázia tvoří největší skupinu dívek, které sexuální život dosud nezačaly. Tuto variantu zvolilo 12 z nich (40 %). Z chlapců v této kategorii dominují studenti gymnázia. Pohlavní život dosud nezačalo 10 (33,3 %) z 30 dotázaných gymnazistů.

Otázka č. 24: Svůj pohlavní život jsem zahájil/a v tomto věku, protože:

- měl/a jsem již delší vztah a já i můj partner/ka jsme si přáli sex vyzkoušet
- partner/ka na mě naléhal/a
- byl jsem pod vlivem alkoholu/drogy a neuvědomoval/a jsem si, co dělám
- většina mých vrstevníků měla již první sexuální zkušenost za sebou a já jsem nechtěl/a zůstat pozadu
- jiné: _____

Tabulka 7 Důvod zahájení pohlavního života chlapců

možné odpovědi:	chlapci VL		chlapci MAT		chlapci G		Σn_i	Σf_i (%)
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
a	14	46,7	14	46,7	10	33,3	38	42,2
b	4	13,3	4	13,3	1	3,3	9	10,0
c	3	10,0	4	13,3	4	13,3	11	12,2
d	2	6,7	3	10,0	0	0,0	5	5,6
e	7	23,3	5	16,7	15	50,0	27	30,0
Σ	30	100	30	100	30	100	90	100

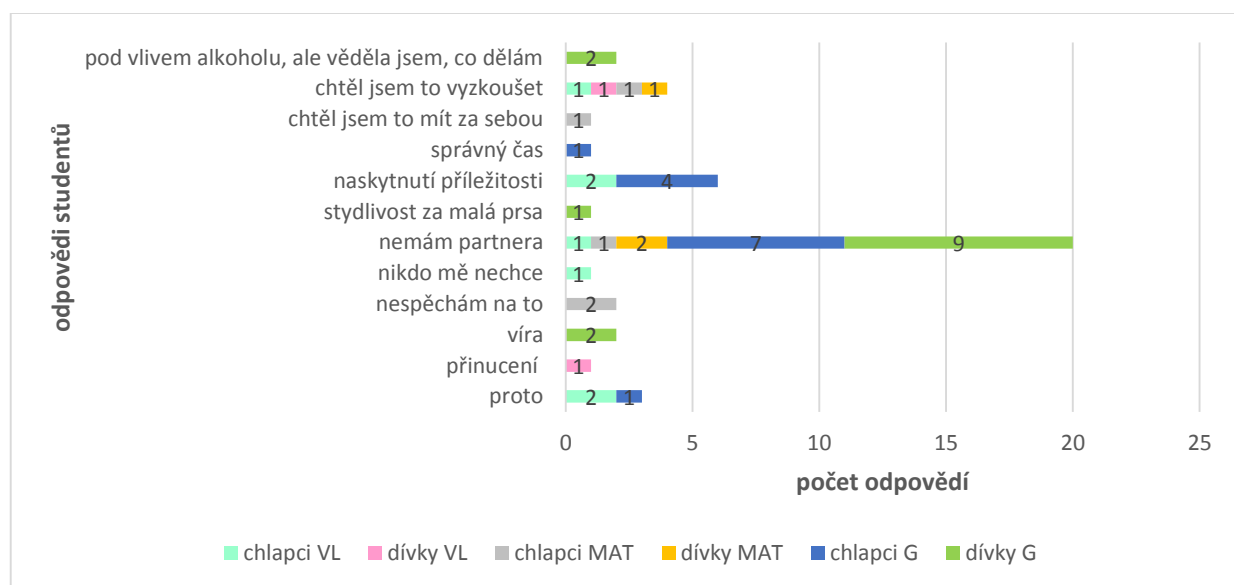
Tabulka 8 Důvod zahájení pohlavního života dívek

možné odpovědi:	dívký VL		dívký MAT		dívký G		Σn_i	Σf_i (%)
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
a	22	73,3	20	66,7	14	46,7	56	62,2
b	2	6,7	2	6,7	1	3,3	5	5,6
c	4	13,3	3	10,0	1	3,3	8	8,9
d	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	2,2
e	2	6,7	3	10,0	14	46,7	19	21,1
Σ	30	100	30	100	30	100	90	100

Tato otázka řeší, z jakého důvodu respondenti zahájili sexuální život. Z pěti nabídnutých odpovědí respondenti volili jednu variantu, v případě označení možnosti „jiné“ bylo vyžadováno slovní upřesnění odpovědi.

Nejčastější odpověď chlapců na tuto otázku zněla: „*měl jsem již delší vztah a já i moje partnerka jsme si přáli sex vyzkoušet*“. Tuto odpověď označilo 14 studentů (46,7 %) SOŠ s výučním listem, stejně jako 14 studentů (46,7 %) SOŠ s maturitou a 10 gymnazistů (33,3 %). Také dotázané dívky označily nejčastěji tuto variantu. Z celkového počtu 90 respondentek ji zakřížkovalo 22 dívek (73,3 %) ze SOŠ s výučním listem, 20 studentek

(66,7 %) navštěvujících SOŠ s maturitou a 14 dívek (46,7 %) studujících gymnázium. Pouze 1 chlapec a 1 dívka (3,3 %) z gymnázia uvedli, že by k pohlavnímu styku svolili kvůli naléhání partnera a ani jeden ze studentů gymnázia se nenechal ovlivnit sexuální zkušeností svých vrstevníků, stejně jako žádná z dívek navštěvujících SOŠ s výučním listem. Pod vlivem alkoholu či drogy svůj sexuální život zahájili 4 chlapci (13,3 %) ze SOŠ s maturitou a stejně tak i z gymnázia. 3 respondenti (10 %) ze SOŠ s výučním listem pak označili stejnou odpověď. Z dotázaných dívek takto jednaly 4 studentky (13,3 %) SOŠ s výučním listem, 3 studentky (10 %) navštěvující SOŠ s maturitou a 1 studentka (3,3 %) gymnázia.



Obrázek 10 Upřesnění důvodu zahájení pohlavního života studentů

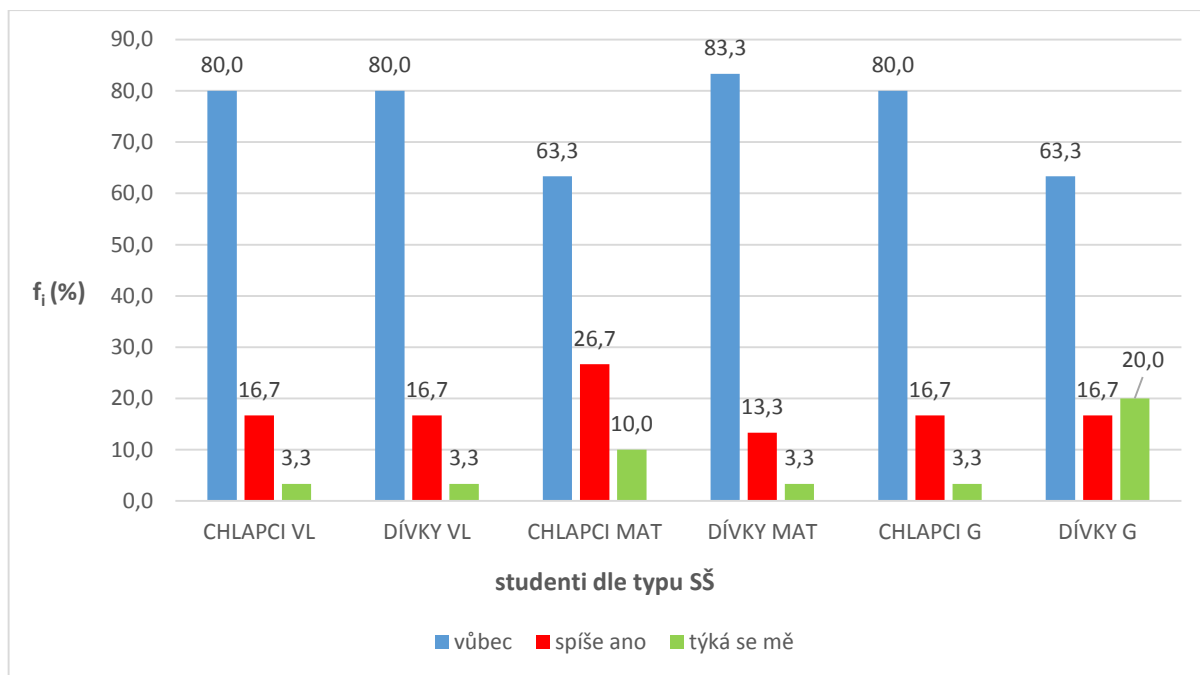
Z uvedeného grafu (Obrázek 10) lze zjistit, jaké další důvody vedly respondenty k zahájení pohlavního života. Graf je doplněním varianty „jiné“ otázky č. 24.

Nejčastěji zmiňovaným důvodem odpovědi, proč respondenti sexuální život nezačali, byla absence partnera, kterou označilo 9 studentek gymnázia (30 %), 7 chlapců (23,3 %) z téhož typu střední školy, 2 dívky (6,7 %) navštěvující SOŠ s maturitou, 1 student (3,3 %) SOŠ s výučním listem, stejně jako 1 student (3,3 %) střední školy s maturitou. Jako další důvody nezačání pohlavního života respondenti uváděli víru, kterou uvedly 2 studentky (6,7 %) gymnázia. 2 chlapci (6,7 %) ze SOŠ s maturitou na 1. pohlavní styk nespěchají, 1 studentka (3,3 %) se stydí za své menší poprsí a 1 respondent (3,3 %) ze SOŠ s výučním listem uvedl jako důvod to, že se domnívá, že není pro dívky dost žádoucí. 4 respondenti (13,3 %) z gymnázia dále uvedli, že k zahájení pohlavního života došlo díky naskytnutí příležitosti, kterou využili, stejně jako 2 chlapci (6,7 %) ze SOŠ s výučním listem. 2 studentky gymnázia

(6,7 %) zdůvodnily své zahájení pohlavního života tím, že byly pod vlivem alkoholu, ale uvědomovaly si své jednání. 4 studenti si přáli pohlavní styk vyzkoušet. Jednalo se o 2 studenty (6,7 %) - dívku a chlapce ze SOŠ s výučním listem a stejně tak i 2 studenty (6,7 %) - dívku a chlapce navštěvující SOŠ s maturitou. 1 chlapec (3,3 %) vzdělávající se v oboru zakončeném výučním listem pak chtěl mít tento akt již za sebou a 1 gymnazista (3,3 %) se domnívá, že byl k zahájení sexuálního života ten správný čas. 1 dívka (3,3 %) uvedla i ten důvod, že byla k 1. pohlavnímu styku přinucena.

Otázka č. 25: Jak moc si myslíte, že se Vás týká riziko nákazy pohlavní chorobou?

- vůbec se mě netýká
- spíše se mě týká
- týká se mě



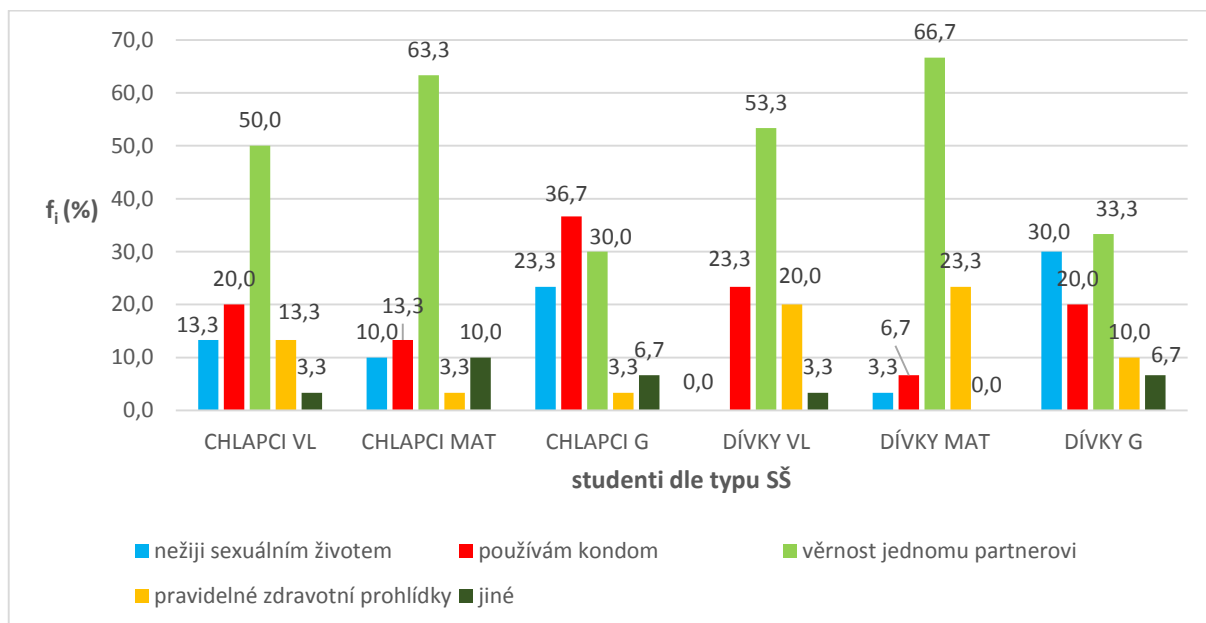
Obrázek 11 Míra rizika nákazy pohlavní chorobou

Tato otázka řeší, jak moc se respondenti domnívají, že se jich týká riziko nákazy pohlavní chorobou. Otázka nabízela výběr ze tří odpovědí a úkolem respondentů bylo zakřížkovat jednu z nich.

Nejvyšší počet, tedy 25 dívek (83,3 %) ze SOŠ s maturitou si myslí, že se jich riziko nákazy STD netýká. Shodný názor má také 24 studentů (80 %) SOŠ s výučním listem, stejně jako 24 studentek (80 %) z téhož typu školy a 24 studentů (80 %) gymnázia. 6 studentek gymnázia (20 %) naopak uvedlo, že se jich riziko nákazy STD týká nejvíc. 8 chlapců SOŠ s maturitou (26,7 %) označilo v největším počtu variantu „spíše se mě týká“. (Obrázek 11)

Otázka č. 26: Jak se snažíte snížit riziko nákazy pohlavně přenosné nemoci?

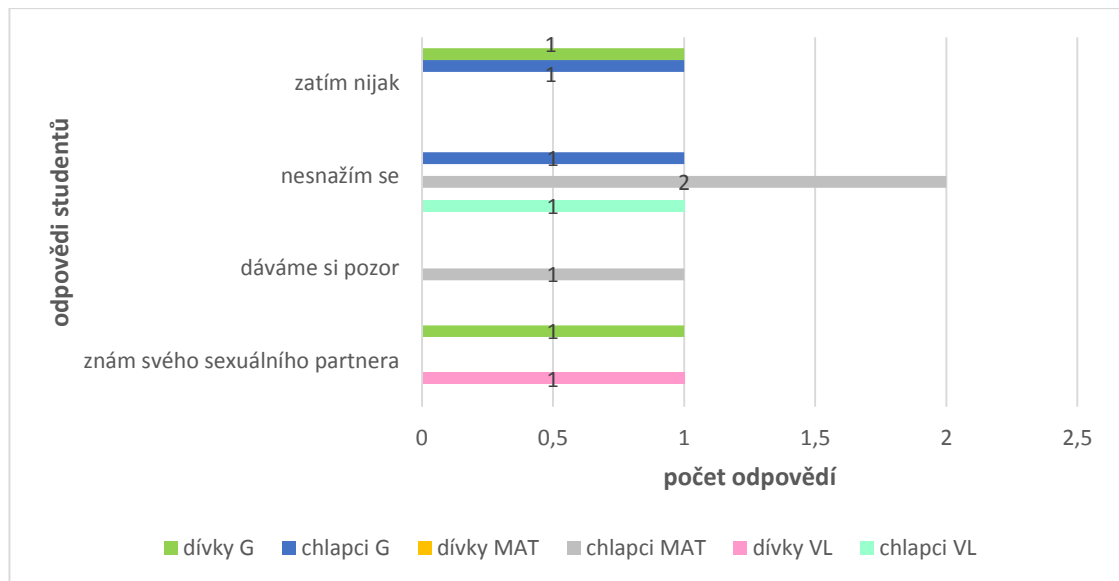
- Vůbec nežiji sexuálním životem.
- Používám kondom.
- Jsem věrný/á jednomu partnerovi.
- Chodím na pravidelné zdravotní prohlídky.
- Jiné: ____



Obrázek 12 Snaha studentů o snížení rizika nákazy STD

Tato otázka zjišťuje, jakým způsobem se respondenti snaží snížit riziko nákazy pohlavně přenosné nemoci. Z pěti nabídnutých odpovědí respondenti volili jednu variantu.

Z výsledků vyplývá (Obrázek 12), že jsou studenti nejvíce nakloněni možnosti udržet věrnost jednomu partnerovi. Tuto položku označilo nejvíce studentek SOŠ s maturitou, tedy 20 dívek (66,7 %). Dále tuto odpověď nejčastěji zmiňovalo 19 chlapců (63,3 %) ze SOŠ s maturitou. Výjimku tvoří studenti gymnázia, z nichž se 11 respondentů (36,7 %) chrání před přenosem STD prezervativem. 7 dívek (23,3 %) ze SOŠ s maturitou uvedlo v nejvyšším počtu z celkového počtu dotázaných odpovědí „pravidelné zdravotní prohlídky“. 9 dívek (30 %) a 7 chlapců (23,3 %) z gymnázia, stejně jako 4 studenti (13,3 %) SOŠ s výučním listem, 3 studenti (10 %) SOŠ s maturitou a 1 dívka (3,3 %) SOŠ s maturitou uvedli, že nežijí pohlavním životem.

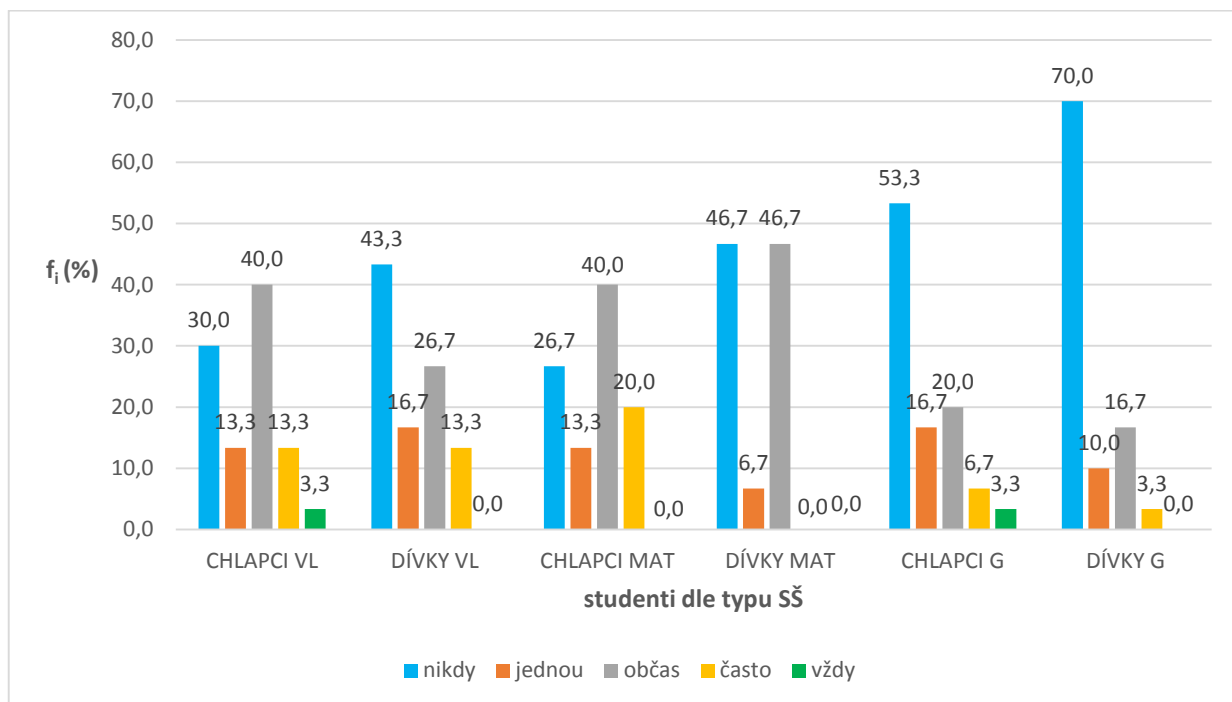


Obrázek 13 Upřesnění odpovědi „jiné“ u otázky č. 26

1 studentka gymnázia (3,3 %), stejně jako 1 studentka (3,3 %) SOŠ s výučním listem uvedla, že důvěřuje svému partnerovi. 1 student (3,3 %) SOŠ s maturitou zmínil, že jsou s partnerkou opatrní a dávají si pozor, aby se STD nenakazili. 2 studenti z gymnázia (6,7 %) - dívka a chlapec zatím neprojevují snahu se chránit. 2 studenti (6,7 %) SOŠ s maturitou, 1 chlapec (3,3 %) ze SOŠ s výučním listem a 1 gymnazista (3,3 %) pak přiznali, že se nesnaží riziko nákazy pohlavně přenosnou chorobou snížit vůbec.

Otázka č. 27: Pohlavní styk pod vlivem alkoholu/drogy jsem měl/a:

- nikdy
- jednou
- občas
- často
- vždy



Obrázek 14 Četnost pohlavního styku studentů pod vlivem alkoholu/drogy

Tato otázka zjišťovala, zda měli někdy respondenti pohlavní styk pod vlivem alkoholu či drogy a pokud ano, jak často k takovému aktu došlo. Bylo nabídnuto pět odpovědí a respondenti volili jednu z nich.

Pohlavní styk pod vlivem návykové látky nemají dívky z gymnázia, tedy 21 studentek (70 %). Pouze jednou došlo k pohlavnímu styku pod vlivem návykové látky u 5 studentů gymnázia (16,7 %) a stejného počtu dívek ze SOŠ s výučním listem (16,7 %), jejichž odpovědi byly v této kategorii nejpočetnější. Z celkového počtu respondentů prožilo občas pohlavní styk pod vlivem návykové látky nejvíce dívek, tedy 14 studentek (46,7 %) SOŠ s maturitou. Mezi chlapci byla tato odpověď nejčastěji zaznamenána u 12 studentů (40 %) SOŠ s maturitou a stejně tak i u 12 studentů (40 %) SOŠ s výučním listem. Často pak k takovému pohlavnímu styku došlo nejvíce u 6 respondentů (20 %) ze SOŠ s maturitou. Položku „vždy“ označil pouze 1 chlapec (3,3 %) z gymnázia a 1 student (3,3 %) SOŠ s výučním listem.

11 DISKUZE

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, jaké znalosti mají respondenti o problematice rizikového sexuálního chování, jaký názor mají respondenti na úlohu školy v poskytování informací o problematice rizikového sexuálního chování a jaké postoje k této problematice zaujímají.

Na základě stanovených cílů a poznatků z odborné literatury byly formulovány jednotlivé výzkumné otázky. V následujícím textu jsou hodnoceny výsledky posouzení stanovených výzkumných otázek (VO).

VO 1. Jaká je úroveň znalostí respondentů o rizikovém sexuálním chování?

Cílem znalostní části dotazníku bylo zjistit, jaké úrovně znalostí o rizikovém sexuálním chování respondenti dosahují. Celkový počet bodů, kterých respondenti dosáhli, je součtem získaných bodů za správně zodpovězené otázky č. 1 - 15.

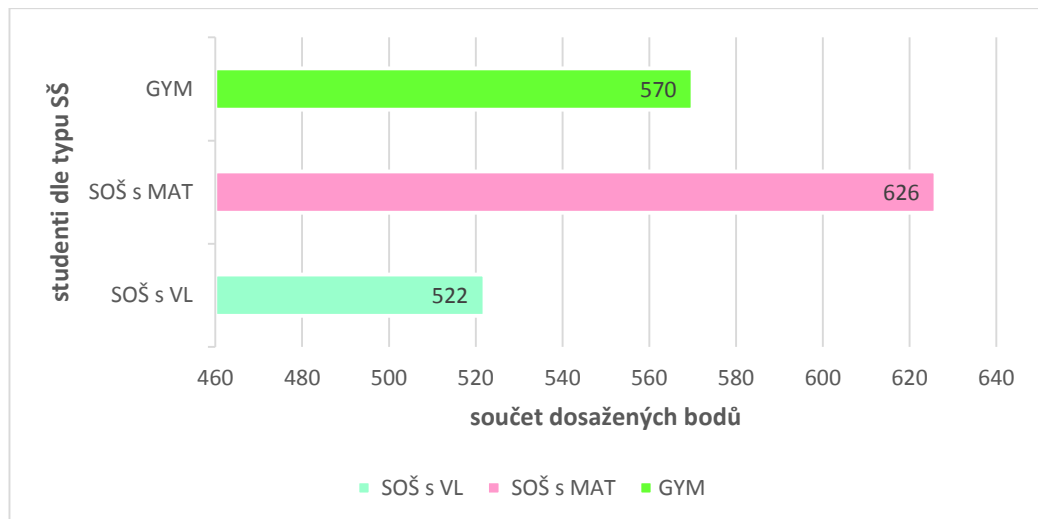
Z výzkumu vyplynulo, že velmi dobré znalosti o RSCH prokázalo nejvíce chlapců ze SOŠ s maturitou (20 %). Naopak nedostačující znalosti má nejvíce chlapců ze SOŠ s výučním listem (73,3 %). Překvapivým zjištěním však bylo, že nedostačující úroveň znalostí prokázalo také 53,3 % chlapců z gymnázia, kdežto velmi dobré znalosti, tedy 13 - 15 bodů získali z celkového počtu 60 studentů gymnázia pouze 2 chlapci (6,7 %) a 2 dívky (6,7 %). Zde si lze klást otázku, jak je možné, že studenti gymnázia dosáhli takovýchto výsledků, ač je problematika rizikového sexuálního chování zahrnuta v nejvyšším počtu vyučovaných předmětů ve srovnání s dalšími typy středních škol vybraných pro výzkum. Malichová (2005) uvádí, že na středních školách bez zdravotnického zaměření jsou informace související s funkcí a stavbou lidského těla a sexuálním zdravím zahrnuty zejména do předmětů Základy společenských věd a Biologie. Vysvětlením této skutečnosti mohou být častější požadavky testování organizacemi Cermat či Scio a studenti tak v otázkách znalostní části dotazníku hledali zbytečné složitosti či chytáky, které ovlivnily jejich úsudek při volbě správné odpovědi.

Také nedostačující znalost problematiky RSCH téměř $\frac{3}{4}$ chlapců SOŠ s výučním listem (73,3 %) stojí za úvahu. Protože se RVP liší dle konkrétního oboru střední školy a jednotlivé školy si je dále upravují v rámci ŠVP, není tak předmět týkající se sexuální problematiky zařazen zejména do výuky chlapců studujících obory technického směru. Z tohoto důvodu jsem se zaměřila také na to, čím je tento předmět nahrazen, aby studenti přehled v dané problematice získali. Obě střední školy, nabízející jak maturitní tak učňovské obory, kde bylo

dotazníkové šetření provedeno, informují studenty o úskalích sexuálního života v rámci projektových dnů. Obě střední školy, nabízející jak maturitní, tak učňovské obory pro chlapce i dívky, ve kterých byl výzkum proveden, se také aktivně účastní výchovných přednášek pod vedením gynekologa MUDr. Petra Kováře s názvem „Láska ano, děti ještě ne“. Studenti se v těchto přednáškách dozvídají o důsledcích rizikového sexu, nejčastějších pohlavních chorobách a metodách antikoncepce. Proto zde vyvstaly otázky: 1. Je taková forma poskytování informací pro studenty přínosná? 2. Pomůže studentům po přednášce zopakování informací ve škole a následné ověření např. formou testu k tomu, aby ve znalostním testu uspěli? Tak by alespoň část studentů věnovala určitou časovou přípravu studiu probrané látky a zapamatovala si více informací o této problematice.

Z výsledků dotazníkového šetření dále vyplynulo, že velmi dobrou úroveň znalostí prokázalo pouze 17 studentů (9,4 %) z celého výzkumného souboru. Naopak u 73 respondentů (40,6 %) lze znalosti hodnotit jako nedostačující. Také Břendová a Boroňová (2011) zkoumaly informovanost adolescentů o STD a antikoncepčních metodách. Úspěšnost respondentů byla 65 %. Na základě těchto výsledků autorky konstatovaly, že informace, které adolescenti o problematice získali, jsou nedostatečné.

Dvořáková s Drahošovou (2011) zase došly ke zjištění, že je úroveň informovanosti studentů vyšší na gymnáziích a středních školách, než u studentů učňovských oborů. Jak je možné vidět na grafu níže (Obrázek 15), sečteme-li nejvyšší počet dosažených bodů znalostní části dotazníku jednotlivých studentů z daného typu SŠ a porovnáme je s celkovým součtem získaných bodů studentů ostatních typů středních škol, pak výsledky dotazníkového šetření potvrzují zjištění Dvořákové a Drahošové. Nelze si však nevšimnout výrazně lepších celkových výsledků studentů SOŠ s maturitou v porovnání se studenty gymnázia. Výsledné bodové hodnocení se liší o 56 bodů.



Obrázek 15 Porovnání studentů SŠ dle součtu nejvyššího počtu dosažených bodů

Z celkového počtu 180 respondentů prokázala uspokojivé znalosti polovina dotázaných studentů (50 %). Bodového rozmezí 10 - 12 bodů tak dosáhlo nejvíce dívek navštěvujících gymnázium (66,7 %), nadpoloviční většina (63,3 %) dívek ze SOŠ s maturitou, 16 studentů SOŠ s maturitou (53,3 %), polovina dotázaných dívek ze SOŠ s výučním listem (50 %), 12 studentů gymnázia (40 %) a nejmenší počet dívek ze SOŠ s výučním listem (26,7 %). Dále jsem došla ke zjištění, že nedochází k výrazným rozdílům na všech úrovních počtu dosažených bodů mezi dívkami ze SOŠ s maturitou v porovnání se studentkami gymnázia. Výsledný procentuální rozdíl jednotlivých bodových rozmezí nepřesahuje 10 %. Domnívám se, že podobných výsledků dívky dosáhly proto, že jsou dle RVP pro maturitní obory středních škol stanovena doporučení zařadit do výuky více předmětů soustředících se na oblast sexuálního zdraví. V ŠVP (Příloha 3, Příloha 4) je tak možné dohledat, že se dívky o problematice související s vývojem člověka v průběhu života dozvídají z předmětu Základy společenských věd či Psychologie. Informace o fungování lidského těla a jeho vyrovnání se s určitými problémy a nemocemi pak studentky získávají v předmětu Zdravověda či Biologie a ekologie. Počet předmětů zabývajících se zkoumanou problematikou, jež jsou zařazeny do výuky SOŠ s maturitou, je tedy srovnatelný s počtem předmětů vyučovaných na gymnáziu.

Ve znalostní části dotazníku bylo také hodnoceno, v jakých otázkách respondenti nejčastěji chybovali. Nejvíce problémovou otázkou se stala otázka č. 9: „*HIV můžeme spolehlivě vyšetřit v jakékoliv době po nákaze.*“ Správná odpověď měla znít „NE“. Na tuto otázku z celkového počtu 180 respondentů chybně odpovědělo 34 dotázaných studentů (18,9 %). Zde si kladu otázku, jak je možné, že tuto informaci studenti nemají, neboť informovanost

společnosti o všech úskalích této nemoci je velká a zaštituje ji Ministerstva zdravotnictví. „Řešení problematiky HIV/AIDS na úrovni ČR je součástí celkové sociální a zdravotní politiky ochrany veřejného zdraví v ČR.“ Do aktivit Národního programu řešení problematiky HIV/AIDS v ČR pro období let 2013 - 2017 (Příloha 2), která je usnesením vlády ČR č. 956/2012, je zapojena místní samospráva, nevládní organizace, občanská společnost včetně osob žijících s HIV/AIDS a v neposlední řadě státní instituce, tedy i škola jakožto vzdělávací zařízení. (Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011-2012, s. 113, 2013) „Pro vzdělávání v oblasti prevence HIV/AIDS jsou klíčové rámcové vzdělávací programy, které se zabývají výchovou ke zdraví, jejíž součástí je i sexuální výchova včetně prevence HIV/AIDS a dalších sexuálně přenosných chorob.“ MŠMT standardně podporuje realizaci preventivních programů ve školách, jež se zaměřují na tuto problematiku. Také učitelé jsou v této problematice vzdělávání v rámci svého dalšího vzdělávání. (Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011-2012, s. 110, 2013) Domnívám se proto, že cíle Národního programu zatím nebyly zcela naplněny v oblasti informovanosti mládeže.

V pořadí druhou nejproblémovější otázkou se stalo tvrzení č. 11 ve znění: „*Mezi sexuálně přenosné nemoci patří také veš muňka, kandidóza a svrab*“. Správná odpověď zněla „ANO“, odpověď „ne“ však zakřížkovalo celkem 30 studentů (16,7 %). U této otázky je taktéž možné odkazovat na RVP zabývající se výchovou ke zdraví, jejíž součástí by měla být prevence sexuálně přenosných onemocnění. (Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011-2012, s. 110, 2013) Přestože jsou RVP upravovány v rámci ŠVP a problematika STD tak na jednotlivých typech škol nemusí být do výuky zařazena, je nutné zohlednit, že na tuto otázku chybně odpovídalo 10 chlapců z gymnázia (33,3 %), stejně jako 10 dívek z gymnázia (33,3 %), kterých se zařazení této problematiky do výuky týká. Zbýlých 10 dívek (33,3 %) jsou studentky SOŠ s výučním listem, které však navštěvují střední školu, která se aktivně účastní výchovných přednášek MUDr. Kováře, jak již bylo zmiňováno výše. Povědomí o těchto nemocech by tedy studentky měly mít.

10 studentek gymnázia chybovalo také v otázce č. 2 „*Do sexuálně rizikového chování radíme zveřejňování vlastních intimních fotografií na internetu*.“ a 10 studentek gymnázia (33,3 %) uvedlo chybnou odpověď u tvrzení: „*Při podezření či potvrzení diagnózy pohlavního onemocnění je lékař povinen podat hlášení, které obsahuje údaje o nemocném i osobách, které s nemocným žily v domácím prostředí či v kolektivu v době rozvinutých příznaků nemoci*.“ Správné odpovědi u těchto dvou tvrzení měly znít „ANO“. Domnívám se, že studentky v odpovědích chybovaly proto, že se výuka na gymnáziích soustředí v rámci

problematiky RSCH převážně na oblast sexuálně přenosných onemocnění, a to hlavně na jejich projevy a původce. Studentům tak chybí informace o komplexní problematice RSCH.

U otázky č. 2 se také nabízí otázka, zda studentky vůbec považují zveřejňování vlastních intimních fotografií na internetu za rizikové. V dnešní době je odhalování těla vnímáno zcela odlišným způsobem. Macek (2003) uvádí, že dívkám záleží především na hodnocení vlastní sexuální atraktivity opačným pohlavím. Zveřejňování vlastních intimně laděných fotografií zejména na sociálních sítích tak dává dívkám možnost utvrzení se v tom, že jsou okolím vnímány jako krásné a žádoucí.

Ve znalostní části dotazníku bylo také vyhodnocováno, u kterých otázek došlo k nejčastější volbě odpovědi „nevím“. U této odpovědi je potřeba upozornit na to, že pokud respondent tuto položku označil, uvědomuje si, že mu daná informace chybí. Odpověď „nevím“ se nejčastěji vyskytovala u otázky č. 4 : „*Preventivním opatřením k zamezení přenosu již vzniklé pohlavní nemoci může být spermicidní gel v kombinaci s pesarem*“. Správná odpověď zněla „NE“. Položku „nevím“ zvolilo 68 respondentů (37,8 %). Také Kolečkářová (2008) hodnotí ve svém výzkumu znalosti adolescentů o antikoncepčních metodách a jejich spolehlivosti. Výzkumným vzorkem byli studenti středních škol ve věku 17 - 20 let. (Výzkum byl proveden u studentů SOŠ, gymnázia, ale také střední zdravotnické školy.) Adolescenti odpověděli na otázku s 59 % úspěšností.

41 respondentů označilo nejčastěji odpověď „nevím“ u otázky č. 8 : „*Kapavka může mít u žen asymptomatický (bezpríznakový) průběh*“. Respondenti měli správně označit možnost „ANO“. Jelikož se nejčastější volba odpovědi „nevím“ týkala 25 chlapců (83,3 %) a 16 dívek (53,3 %) z gymnázia, nabízí se otázka, zda jsou dívkám předávány informace jiné kvality a rozsahu než chlapcům, a to např. prostřednictvím odborných přednášek. Bývají pořádány především pro dívky, protože z vyhodnocení této otázky jednoznačně vyplývá, že chlapcům z gymnázia tato informace chybí.

Dalších 16 studentek gymnázia (53,3 %) označilo odpověď „nevím“ u otázky č. 11: „*Mezi sexuálně přenosné nemoci patří také veš muňka, kandidóza a svrab*“. Pokud porovnáme počet studentek gymnázia (53,3 %), které u této otázky uvedly „nevím“ s počtem studentek gymnázia, které na tuto otázku odpověděly chybně (33,3 %), vyvstává domněnka, že dívky, které v otázce chybovaly, pouze tipovaly správnou odpověď. Znalost těchto pohlavně přenosných nemocí jim však chybí.

VO 2. Jakou úlohu v poskytování informací o RSCH zastává škola?

Na tuto otázku odpovídaly následující dotazníkové otázky:

- otázka č. 16 (*Informace o významu chráněného pohlavního styku jsem se dozvěděl/a.:*);
- otázka č. 18 (*S výukou zaměřenou na sexuálně přenosné choroby jsem se poprvé setkal/a.:*);
- otázka č. 19 (*Na střední škole jsem absolvoval/a přednášku či výchovný program vedený odborníkem v problematice sexuálního chování.:*).

Z celkového souboru 180 respondentů uvedlo jako hlavní zdroj informací školu 134 dotázaných studentů (74,4 %). Druhým nejvyužívanějším zdrojem informací o významu chráněného pohlavního styku je mezi studenty internet. Položku označilo 113 respondentů (62,8 %). Pouze 81 studentů (45 %) se tyto informace dozvídá od rodičů. Výsledky kontinuálního výzkumu Weisse a Zvěřiny (2009) z roku 2009 jsou zcela odlišné. Autoři uvádí, že nejvýraznějším, zato nejméně spolehlivým zdrojem poskytování informací jsou kamarádi. Poté respondenti nejvíce vyhledávají knihy a masmédiá. Informativní úloha školy a rodiny je však zcela nedostačující. Také Šilerová (2013) prezentuje výsledky výzkumného šetření z oblasti informovanosti adolescentů. Aktuálnější výsledky vypovídají o tom, že jako hlavní zdroj informovanosti působí škola, poté internet a následně odborníci spolu s vrstevníky. Od výzkumu Šilerové se tedy výsledky mého dotazníkového šetření liší v pořadí informativní úlohy rodičů, které respondenti zařadili na třetí místo. Odborníci spolu s vrstevníky zastávají méně významnou informativní roli. Lékaře označilo 56 respondentů (31,1 %) a kamaráda 53 dotázaných studentů (29,4 %). Pokud tyto tři výzkumy mezi sebou porovnáme, domnívám se, že se v mém výzkumném šetření škola stala hlavním zdrojem informací proto, že se rizikové sexuální chování adolescentů stává stále aktuálnějším tématem. Aby se míra rizikového chování mladých jedinců snížila, je kladen důraz především na primární prevenci, kterou se rozumí vytváření zdravých postojů ovlivňujících chování adolescentů ještě dříve, než k rizikovému sexuálnímu chování skutečně dojde. Právě v primární prevenci má škola nezastupitelnou úlohu.

Respondenti měli také možnost vyjádřit, z jakého jiného, než uvedeného zdroje informace o významu chráněného pohlavního styku získávají. V tomto případě respondenti nejčastěji uváděli (2,8 %), že si již nevzpomínají, odkud či kým jim byla informace poskytnuta. Dle mého názoru může tato skutečnost poukazovat na fakt, že si respondenti neuvědomují, co všechno je v této problematice ovlivňuje.

Drtivá většina studentů (84,4 %) dále uvedla, že se s výukou zaměřenou na sexuálně přenosná onemocnění poprvé setkala již na základní škole. Malichová (2005) píše, že se na ZŠ vyučuje předmět Výchova ke zdraví již u žáků 4. a 5. třídy. V 6. - 9. ročníku pak probíhá výuka Rodinné výchovy, kde je jednou z probíraných oblastí také sexuální výchova. 18 respondentů (10 %) se s výukou zaměřenou na STD setkala až na střední škole a 10 respondentů (5,6 %) uvedlo, že se s tímto tématem v žádném předmětu dosud nesešlo. Na základě tohoto zjištění si kladu otázku, jak je možné, že se takový počet respondentů nesešlo s výukou zaměřenou na STD již na základní škole. I tady je vhodné zohlednit, že výzkum nebyl proveden v rámci jednoho regionu. Přesto se domnívám, že jsou na základních školách stanovené osnovy a výuka předmětu zahrnující tuto problematiku by tak měla být dodržena ve všech regionech.

Z dotazníkového šetření jsem dále zjistila, kolik studentů bylo během výuky na střední škole seznámeno s problematikou RSCH prostřednictvím přednášky či výchovného programu vedeného odborníkem. Přednášky se zúčastnilo 53 dívek (58,9 %) a 45 chlapců (50 %). Zde bych ráda upozornila na to, že odpovědi studentů závisí na regionu, kde byl výzkum proveden. Udivilo mě však, jak je možné, že vznikl tak výrazný rozdíl (53,4 %) u chlapců z gymnázia. Přednášku neabsolvovalo 23 těchto studentů (76,7 %). Domnívám se proto, že chlapci otázku nečetli pozorně a v zadání otázky zaměnili střední školu za základní.

VO 3. Jaký je názor studentů na možnost získání informací o RSCH od rodičů?

Na tuto otázku odpovídala následující dotazníková otázka:

- otázka č. 17 (*Myslíte si, že by Vás s problematikou sexuálního života měli jako první seznámit rodiče?*).

Z celkového počtu 180 respondentů 105 studentů (58,3 %) uvedlo, že by se o problematice pohlavního života rádo dozvědělo od rodičů. Naopak 22 dotázaných studentů (12,2 %) by si nepřálo hovořit s rodiči na toto téma. 53 respondentům (29,4 %) pak nezáleží na tom, kdo je o této problematice informuje jako první. Pokud porovnáme počet studentů (58,3 %), kteří by chtěli být informováni o problematice RSCH rodiči s počtem studentů, které rodiče skutečně informovali (45 %), dostáváme se ke zjištění, že rodiče nepředali informaci o dané problematice 24 respondentům (13,3 %), kteří by toto ocenili. Marková (2007a) poukazuje na význam vlivu rodiny na mladého jedince a klade důraz na komunikaci v rodině. Za stěžejní pokládá zájem ze strany rodičů, jejich emoční angažovanost a projev empatií. Autorka dále uvádí, že se však v dnešní době hovoří o „krizi rodiny“. Rodiče s dětmi tráví až chronicky

málo času, což přispívá k odcizení rodičů od dítěte. Domnívám se tak, že právě zmiňované odcizení rodičů od dítěte je největší příčinou toho, proč rodiče s dětmi o dané problematice nemluví.

VO 4. Uvítali by středoškolští studenti samostatný předmět týkající se sexuální výchovy?

Na tuto otázku odpovídaly následující dotazníkové otázky:

- otázka č. 20 (*Bylo by dle Vašeho názoru vhodné zařadit na střední škole do výuky předmět týkající se sexuální výchovy?*)
- otázka č. 21 (*Za vhodnou formu výuky sexuální výchovy považují:*)

Z výsledků vyplývá, že 53 dotázaných studentů (29,4 %) nemá zájem o zařazení předmětu týkající se sexuální výchovy do středoškolské výuky. Opačného názoru je 127 respondentů (70,6 %). Také ve výzkumu Petříčkové (2006) se většina respondentů (70,23 %) staví k zařazení sexuální výchovy do výuky kladně. U této otázky je vhodné upozornit na to, že 134 studentů (74,4 %) považuje právě školu za zdroj informací.

V dotazníku bylo také zjišťováno, jakou formu výuky sexuální výchovy by studenti upřednostnili. Z celého souboru respondentů je 111 dotázaných studentů (61,7 %) nejvíce nakloněno výuce ve formě výkladu. 92 studentů (51,1 %) by na danou problematiku rádo diskutovalo, 82 respondentů (45,6 %) by si chtělo o dané problematice prostudovat materiály, dalších 74 respondentů (41,1 %) by upřednostnilo praktickou formu výuky a 67 dotázaných (37,2 %) by rádo absolvovalo exkurzi. Zjištění, že je nadpoloviční počet respondentů nakloněn výuce ve formě výkladu, bylo pro mě překvapující. Domnívala jsem se, že studenti budou volit pestřejší a zábavnější formu výuky, než je klasický průběh vyučování ostatních předmětů. Na druhou stranu lze usuzovat, že studenti volili výklad právě proto, že je pro ně jako forma výuky nejpřínosnější.

VO 5. Považuje středoškolská mládež nabyté informace za dostačující?

Na tuto otázku odpovídala následující dotazníková otázka:

- otázka č. 22 (*Informace, které mám o pohlavně přenosných chorobách, považuji za:*)

Po vyhodnocení této otázky jsem zjistila, že z celkového počtu 180 respondentů považuje 133 dotázaných studentů (73,9 %) své znalosti o STD za zcela dostatečné. Pouze 10 respondentů (5,6 %) uvedlo, že nemá žádné informace. Dalších 37 studentů (20,5 %) se domnívá, že jsou jejich znalosti o STD neúplné. Také Kolářová (2014) zkoumala, jak studenti středních škol

hodnotí míru dosažených informací o pohlavně přenosných chorobách. Autorka došla k závěru, že 7,17 % respondentů si je jistých, že informace o STD má. 45,29 % respondentů uvedlo, že informace spíše mají, 42,60 % informace spíše nemá a 4,93 % respondentů se domnívá, že informace nemá. Výsledné hodnocení výzkumu je tedy téměř půl na půl ve smyslu kladného a negativního subjektivního zhodnocení znalostí, kdežto z mého dotazníkového šetření vyplývá, že svou úroveň znalostí o STD hodnotí kladně $\frac{3}{4}$ dotázaných studentů. Zde bych také ráda upozornila na skutečnost, že ačkoliv studenti považují své nabyté informace za dostačující, 73,3 % respondentů uvedlo, že by uvítalo výuku zaměřenou na sexuální výchovu na SŠ.

V případě, že došlo k označení odpovědi „neúplné“, měli studenti za úkol upřesnit, které informace jim chybí. Nejčastěji respondenti zmiňovali podrobnější informace o STD (12, 2 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že studentům chybí celkový přehled o této problematice (7,2 %). Domnívám se, že studenti takto odpověděli z toho důvodu, že si během znalostního testu uvědomili, u kolika otázek si jsou odpovědi skutečně jistí.

V rámci této výzkumné otázky byly porovnány také výsledky znalostní části dotazníku s výsledky dotazníkové otázky č. 22. K nejzajímavějšímu zjištění došlo u porovnání výsledků chlapců ze SOŠ s výučním listem. (Tabulka 9) Přestože žádný z chlapců neprokázal velmi dobrou úroveň znalostí, tedy 13 - 15 bodů, domnívají se téměř $\frac{3}{4}$ z nich, že jsou jejich znalosti o STD zcela dostatečné. Z tohoto zjištění usuzuji, že si chlapci nejsou vědomi toho, kolik informací o pohlavně přenosných chorobách jim chybí.

Tabulka 9 Porovnání úspěšnosti chlapců s VL ve znalostní části dotazníku se subjektivním hodnocením znalostí

bodové rozmezí:	dostatečné znalosti		neúplné znalosti		žádné znalosti		Σn_i	Σf_i (%)
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)		
15 - 13 bodů	0	0	0	0	0	0	0	0
12 - 10 bodů	8	26,7	0	0	0	0	8	26,7
9 - 0 bodů	14	46,7	4	13,3	4	13,3	22	73,3
Σ	22	73,3	4	13,3	4	13,3	30	100

VO 6. V kolika letech studenti zahájili pohlavní život a co je k tomu vedlo?

Na tuto otázku odpovídají následující dotazníkové otázky:

- otázka č. 23 (*V kolika letech jste zahájil/a svůj pohlavní život?*)
- otázka č. 24 (*Svůj pohlavní život jsem zahájil/a v tomto věku, protože:*)

Z výsledků vyplývá, že nejdříve zahájí pohlavní život chlapci ze SOŠ s výučním listem (40 %). V sexuální oblasti jsou naopak nejzdrženlivější studenti gymnázií, z nichž pohlavní styk dosud nemělo 40 % dívek a 33,3 % chlapců. Výsledky průzkumu Střelcové a Tellingnerové (2006) toto zjištění potvrzují. Autorky zkoumaly věk zahájení pohlavního života adolescentů v závislosti na typu navštěvované školy. Vyhodnocením bylo, že k zahájení sexuálního života přistupují jako první učni. Průměrný věk u chlapců činí 16,4 let a 15,9 let u dívek. Naopak studenti gymnázií začínají sexuálně žít nejpozději, a to v průměrném věku 17 let. Szabó a Švihelová (2001) zase zmiňují, že se lze mezi gymnazisty nejčastěji setkat s jedinci, kteří svůj sexuální život nezačali.

Téměř polovina studentů pak (47,2 %) uvedla, že svůj sexuální život zahájila ve věkovém rozmezí 16 - 17 let. 17,2 % respondentů začalo být sexuálně aktivních až po dosažení plnoletosti. Také Weiss a Zvěřina (2009) upozorňují na skutečnost, že věk prvního pohlavního spojení připadá v průměru na 18. rok života.

Dále došlo ke zjištění, že důvodem zahájení pohlavního života nadpoloviční většiny studentů (58 %) byl vztah delšího trvání, kdy si oba partneři přáli sex vyzkoušet. Jelikož zdůvodnění zahájení (nezahájení) pohlavního života navazovalo na otázku předchozí, je patrné, že se stala nejčastější odpovědí gymnazistů položka „jiné“. V tomto případě obě pohlaví nejčastěji zmiňovala důvod - absenci partnerského vztahu (8,9 %). Z této skutečnosti usuzují, že k brzkému zahájení pohlavního života netíhnou zejména studenti, kteří se po ukončení středního vzdělání plánují věnovat dalšímu studiu.

VO 7. Tíhnou studenti k rizikovému sexuálnímu chování i přes získané znalosti o možných rizicích a jejich prevenci v této oblasti?

Na tuto otázku odpovídají následující dotazníkové otázky:

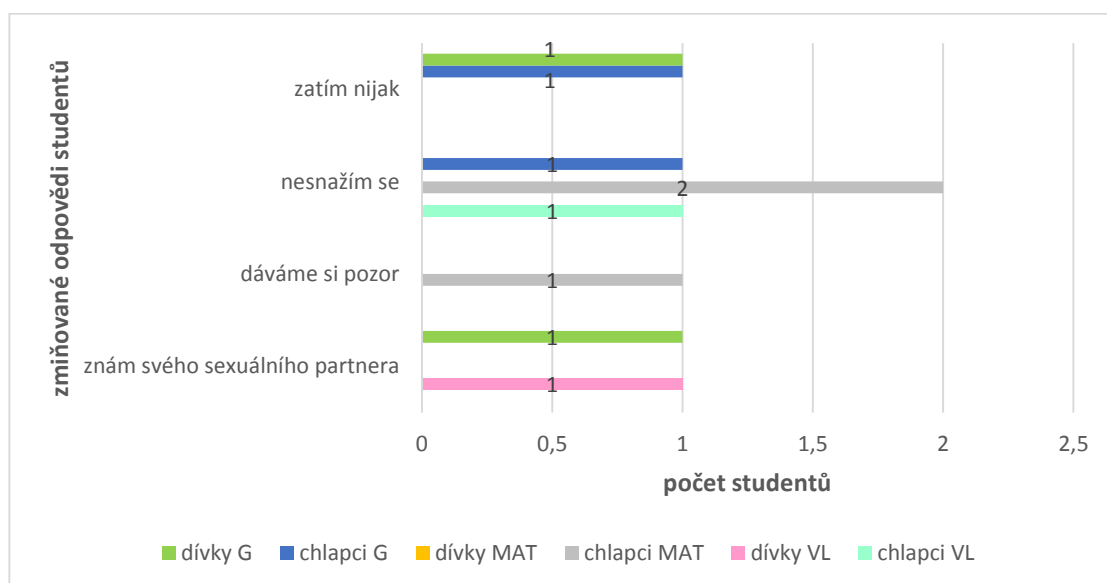
- otázka č. 25 (*Jak moc si myslíte, že se vás týká riziko nákazy pohlavní chorobou?*)
- otázka č. 26 (*Jak se snažíte snížit riziko nákazy pohlavně přenosné nemoci?*)
- otázka č. 27 (*Pohlavní styk pod vlivem alkoholu/drogy jsem měl/a.:*)

Z vyhodnocení dotazníkového šetření vyplynulo, že si ¾ respondentů myslí, že se jich riziko nákazy STD netýká vůbec. Odpověď „spíše ano“ označil největší počet chlapců ze SOŠ s maturitou (26,7 %). Tuto skutečnost jsem neočekávala hlavně proto, že ve znalostní části dotazníku tito studenti prokázali nejvyšší míru znalostí. Předpokládala bych tedy, že se chlapci vzhledem k nabytým znalostem budou snažit před pohlavně přenosnými chorobami aktivně chránit, aby se necítili být ohroženi. Překvapivým zjištěním také bylo,

že 20 % studentek gymnázia uvedlo, že se domnívá, že se jich riziko nákazy pohlavní chorobou týká. Překvapivé bylo toto zjištění z toho důvodu, že 40 % studentek gymnázia uvedlo v otázce č. 23, že pohlavní život dosud nezačalo. Macek (2003) ve své publikaci uvádí, že k prvním schůzkám s erotickým podtextem dochází častěji u dívek než u chlapců. Děje se tak proto, že si dívky obvykle volí staršího partnera. Autor však dále zmiňuje, že k navázání dlouhodobějších vztahů dochází spíše v adolescenci pozdní. Z tohoto důvodu vyvstala domněnka, že dívky, které již sexuální život zahájily, prožily více známostí se staršími, tedy i sexuálně aktivnějšími partnery a mohou se tak cítit ohrožené sexuálně přenosnou chorobou.

Z provedeného výzkumného šetření dále vyplývá, že se polovina respondentů (49,4 %) snaží snížit riziko nákazy tak, že klade důraz na věrnost jednomu partnerovi. Dívky upřednostňují absolvování zdravotních prohlídek (8,9 %), zatímco kondomem se chrání 11,7 % chlapců. Weiss a Zvěřina (2009) uvedli, že se zlepšuje uvědomělost mužů v používání ochrany, prezervativem se v roce 2008 chránilo 41 %. Dolejš (2010) poukazuje na zajímavou skutečnost, že s věkem mládeže klesá počet jedinců, kteří při styku používají kondom jakožto ochrannou pomůcku. Tato skutečnost je vysvětlena tím, že se adolescenti začali chránit i jinými formami antikoncepce. Navazují také stálejší, déletrvající partnerské vztahy a vykazují nižší míru promiskuity.

Respondenti měli také možnost vyjádřit jiný, než uvedený důvod snížení rizika nákazy STD. Z Obrázku 16 lze vyčíst, že nejvíce studentů uvedlo (2,2 %), že se riziko nákazy STD nesnaží snížit vůbec.



Obrázek 16 Upřesnění odpovědi „jiné“ při snížení rizika nákazy STD

Poslední zkoumanou oblastí bylo, kolik respondentů již mělo pohlavní styk pod vlivem alkoholu či drogy. Sex pod vlivem návykové látky nikdy nevyzkoušela téměř polovina respondentů (45 %). Jednou takto došlo k pohlavnímu styku u 12,8 % studentů. 31,7 % respondentů pak uvedlo, že se ke koitálním praktikám pod vlivem návykové látky uchyluje občas. Přestože pohlavní styk pod vlivem návykové látky hodnotím jako rizikový, Hamanová a Kabíček (2001) považují syndrom rizikového chování v dospívání za specifický pro toto vývojové období a některé jeho projevy lze tak chápat jako problémové pouze ve vztahu k věku. Domnívám se tedy, že ač jsou studenti ve větší míře o problematice rizikového chování informováni, nachází se ve věku, kdy dochází k rozvoji jejich osobnosti, potýkají se s životními nástrahami a vlivem okolí, což se promítá také do jejich sexuálního života. Vzhledem k tomu, že je v této životní etapě objevování sexuality aktuální, je tak pro adolescenty těžké odolat zkoumání nových věcí a prožitků a zároveň touhu po poznání skloubit s uvědomělým chováním.

12 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň znalostí středoškolských studentů o rizikovém sexuálním chování, zjistit, jakou úlohu v poskytování informací studentům zastává škola a zmapovat přístup respondentů k problematice RSCH. V teoretické části je popsán současný stav problematiky - příčiny rizikového chování, informovanost studentů a trendy v sexuálním chování mládeže.

Za rizikové sexuální chování mládeže je pokládán soubor behaviorálních projevů, jež doprovázejí sexuální aktivity, které prokazatelně směřují k rizikům v oblasti zdravotní i sociální. Důležitým aspektem pro život adolescentů se stává objevování vlastní sexuality. V této oblasti jsou mladí jedinci vystaveni řadě rizik, jejichž následky si mnohdy neuvědomují.

Za základní pilíře pro předcházení rozvoje patologického chování dospívajících označují Kabíček a Hamanová (2005) výchovu v rodině a školu. V poskytování informací je pro respondenty škola na prvním místě, role rodiny je však v této oblasti nedostačující.

Docílit toho, aby se dospívající zřekl již rozvinutého rizikového chování, je věc velmi nesnadná. Proto je zásadní účinná prevence. Základním pilířem poskytování primární prevence, jež se jeví jako nejúčinnější, je její komplexnost. Tím je myšleno zapojit do procesu celou společnost, jejímž důležitým úkolem je mapování a identifikace rizikových jedinců.

Závěrečná doporučení:

Podporovat rodiče v komunikaci se svými dětmi o sexuální problematice.

Dbát na důslednou prevenci v rámci poskytování informací na školách alespoň v rámci výchovných přednášek či projektů.

Zapojit do edukace mládeže odborníky, tedy lékaře a porodní asistentky, kteří podpoří předání správných, nezkrivených informací.

13 POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE

1. AMBROŽOVÁ, K. a kol. *Rizikové chování dětí a mladistvých: Příčiny, následky, prevence*. Praha: Akademos, 2010. ISBN neuvedeno.
2. BŘENDOVÁ, M.; BOROŇOVÁ, J. Rizikové chování adolescentů a jeho prevence. In HRSTKOVÁ, H. *XVII. Luhačovické pediatrické dny: sborník příspěvků*. 1. vyd., Brno: Česká pediatrická společnost, 2011. ISBN 978-80- 87450-00-0.
3. BURNETT, A. J.; SABATO, T. M.; Ott WALTER, K.; KERR, D. L.; WAGNER, L.; SMITH, A. The influence of attributional style on substance use and risky sexual behavior among college students. *College Student Journal* [online] 2013.41(1), 122. [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=da1c8f1e-0654-4749-93c4-a1cb02174039%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4211>.
4. CARR-GREGG, M., SHALE, E. *Pubertáči a adolescenti: Průvodce výchovou dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 197. ISBN 978-80-7367-662-9.
5. CURRIE, C. et al. *Social determinant of health and well-being among young people: Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey* [online]. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. [cit. 2016-02-13]. ISBN 978-92-890-1423-6. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Socialdeterminants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf.
6. ČEVELA, R.; ČELEDOVÁ, L.; DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.
7. *Dictionary.com* [online]. 2015 [cit. 2015-11-09]. Dostupné z: <http://dictionary.reference.com/browse/adolescence>
8. DODGE, K. A., ALBERT, D. Evolving Science in Adolescence. *Developmental Psychology* [online]. 2012, 48(3), 624-627. [cit. 2016-02-3]. doi: 10.1037/a0027683 Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389833/>.
9. FAIT, T., ŠULOVÁ, L., WEIST P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*, Praha: Maxdorf. 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
10. HAMANOVÁ, J. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář, SZÚ 5.-7.9. 2000*. [online]. 2000. Free Teens Press. ISBN 80-902898-0-0 [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://www.cevap.cz/?&lang=CZ&ID=25>.

11. HAMANOVÁ, J.; HELLEROVÁ, P. Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*. 2000, 55(6), 380-387. ISSN 1803-6597.
12. HAMANOVÁ, J.; HELLEROVÁ, P. Syndrom rizikového chování v dospívání (2. část). *Československá pediatrie*. 2000, 55(7), 466-473. ISSN 1803-6597.
13. HAMANOVÁ, J.; KABÍČEK, P. Syndrom rizikového chování v dospívání. *Zdravotnické noviny – Příloha: Lékařské listy* [online], 4/2001, 38-40. ISSN: 0044-1996. [cit. 2015-11-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/syndrom-rizikoveho-chovaniv-dospivani-132984>.
14. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-X.
15. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 165. ISBN 80-717-8198-3.
16. HOOPEROVÁ, A. *Sexopedie: vše, co jste dosud nevěděli*. Praha: Nakladatelství Ikar, 2006. S. 272. ISBN 80-249-0778-X.
17. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 285. ISBN: 80-7367-269-3.
18. KABÍČEK, P.; CSÉMY, L.; HAMANOVÁ, J. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.
19. KABÍČEK, P.; HAMANOVÁ, J. Prevence rizikového chování v dospívání. *Postgraduální medicína – příloha* [online], 2/2005, 57-58. [cit. 2016-03-09]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevencerizikoveho-chovani-v-dospivani-166584>.
20. KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. Spektrum autodestruktivity v adolescenci – rizikové chování, sebepoškozování, suicidalita. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* [online]. 2005, 40(4), 374-379. [cit. 2015-10-11]. ISSN 055-5574. Dostupné z: <http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/CelyCasopis/papd-2005-4-text.pdf>.
21. KOLÁŘOVÁ, R. *Znalosti studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách*. Olomouc, 2014. 114 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
22. KOLEČKÁŘOVÁ, V. *Aspekty pohlavního života mladých lidí v současnosti*. Zlín, 2008. 111 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Helena Krausová.

23. KRAUS, B. Sociální deviace v proměnách společnosti. In: *Socialia 2010: mezinárodní konference: sociální deviace v kontextu společenských věd*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 30-39. ISBN 978-80-7435-091-7.
24. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN neuvedeno.
25. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
26. LAŠEK, J. *Sociální psychologie II*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 142. ISBN 978-807-4351-167.
27. LEMELIN, C.; LUSSIER, Y.; SABOURIN, S.; BRASSARD, A.; NAUD, Ch. Risky sexual behaviours: The role of substance use, psychopathic traits, and attachment insecurity among adolescents and young adults in Quebec. *Canadian Journal of Human Sexuality* [online]. 2014, 23(3), 189-199. [cit. 2016-02-5]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6556125b-28b6-477c-bbfb-96471522f97e%40sessionmgr110&vid=12&hid=126>.
28. MACEK, P. 2003. *Adolescence*. 2. upravené vydání. Praha: Portál, 2003, s. 141. ISBN 80-7178-747-7.
29. MACHOVÁ, J.; HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v období dospívání*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2002, 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
30. MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009, s. 296. ISBN 978-80-247-2715-8.
31. MALICHOVÁ, M. *Úroveň informovanosti středoškolské mládeže o antikoncepci*. Hradec Králové, 2005. 80 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Hradci Králové, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Jaroslava Košťálová.
32. MARKOVÁ, M. 2007b. *Vliv socioekonomických a demografických faktorů na problémové chování a kvalitu života mládeže – disertační práce* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta. [cit. 2016-03-10]. ISBN neuvedeno. Dostupné z: http://theses.cz/id/90kqbx/downloadPraceContent_adipIdno_9657.
33. MARKOVÁ, M. 2008. Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online], 2008, 9(3), 190-191. [cit. 8. 1. 2015]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/03/11.pdf>.
34. MIOVSKÝ, M.; SKÁCELOVÁ, L.; ZAPLETALOVÁ, J.; NOVÁK, P. 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN [online].

- 2010, s. 262. [cit. 2015-11-10]. ISBN 978-80-87258-47-7. Dostupné z: http://www.krustecky.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1656512.
35. MONTAGNIER, L. *AIDS: fakta – naděje*. 2. čes. vyd. Praha: Nadace pro život: Státní zdravotní ústav: Národní referenční laboratoř pro AIDS, 1996. 68 s.
36. *Národní program boje proti AIDS v České republice*. [online]. © Copyright SZÚ 2011 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aids/test-na-hiv.html>.
37. *Národní referenční centrum*. [online]. © 2009 [cit. 2016-01-25]. Dostupné z: https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA106503/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3j_Vyklad_ruznych_forem_prevence.pdf.
38. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018* [online]. Praha: MŠMT ČR, 2013, 25 s. [cit. 2016-02-26]. Dostupné z: http://www.zslidickabrno.cz/data/download/files/skolni_preventivni_strategie/msmt-strategie-prevence-rizikoveho-chovani-2013-2018.pdf.
39. NAVRÁTIL, S.; MATTIOLI, J. *Problémové chování mládeže. Jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, s. 120. ISBN: 978-80-247-3672-3.
40. NEVORALOVÁ, M. 2011. *Vymezení rizikového chování*. © Klinika adiktologie 2011. [online]. [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/Vymezeni-rizikoveho-chovani>.
41. NIELSEN SOBOTKOVÁ, V. a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 152. ISBN: 978-80-247-4042-3.
42. PELCÁK, S.; PELCÁKOVÁ, M. *Rizikové chování dětí a mládeže. Škola za oponou - sociálně patologické jevy u dětí a mládeže*. 2. vyd. Benepal, 2013. ISBN neuvedeno.
43. PETŘÍČKOVÁ, J.. 2006. Mají studenti středních škol zájem o výuku výchovy k partnerství, manželství a rodičovství? In MITLÖHNER, M. *14. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2006, 14. -16. září 2006: sborník referátů* [online], 1. vyd. Praha: SPRSV. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006101901>.
44. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. ACADEMIA, 2003, s. 442. ISBN nezjištěno.
45. PROCHÁZKA, I. a kol., 2011. *Sexuální výchova- vybraná témata*. 1. vyd. Praha: Příručka MŠMT. ISBN 978 - 80 - 87000 - 29 - 8.

46. RABUŠIC, L.; KEPÁKOVÁ, K. Sexuální chování adolescentů a riziko HIV. *Sociologický časopis*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 1999, roč. 35, č. 2, s. 161-179. ISSN 0038-0288.
47. RICE, E.; WINETROBE, H.; HOLLOWAY, I. W.; MONTOYA, J.; PLANT, A.; KORDIC, T. Sexting and sexual behavior among middle school students. *Pediatrics* [online] 2014 134(1): e21-28. [cit. 2016-10-03]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24982103>.
48. Ročenka Národního programu HIV,/AIDS v České republice 2011 - 2012. *Národní program boje proti AIDS* [online]. © Copyright SZÚ 2011 - 2013. 203 s. ISBN: 978-80-7071-327-3. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/rocenky/2011/rocenka-2011-12.pdf>.
49. ROZEHNALOVÁ, M. *Co se skrývá za sexem dospívajících? Aneb Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků*. 1. vyd. Praha: Cevap, 2005. ISBN 80-902898-8-6.
50. RUTLEDGE, S. E.; SIEBERT, D. C.; CHONODY, J.; KILLIAN, M. Information about human sexuality: sources, satisfaction, and perceived knowledge among college students. *Sex education: Sexuality, Society and Learning*. [online]. 2011, 11(4), 471-487. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681811.2011.601133>.
51. ŘÍČAŘ, J. Pohlavně přenosné nemoci. *Výukový portál Lékařské fakulty v Plzni* [online]. 2014. ISSN 1804-4409. [cit. 2016-03-31] Dostupné z: <http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=343>.
52. SECOR-TURNER, M.; SIEVING, R.; EISENBERG, M.; SKAY, C. *Associations between sexually experienced adolescents' sources of information about sex and sexual risk outcomes*. *Sex education: Sexuality, Society and Learning*. [online]. 2011, 11, 489-500. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z 86 <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=93f249b4-bc66-44df->
53. SCHEITHAUER, H., HAYER, T., NIEBANK, K. *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter*. 1.vyd. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2008, s. 364. ISBN: 978-3-17-019507-3.
54. SILLAMY, N. *Psychologický slovník*. 1. české vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 246. ISBN 80-244-0249-1.

55. SPILKOVÁ, J. 2013. Sexuologické problémy u dětí. *Pediatric pro praxi* [online], 2013, 14(2), 78-80. [cit. 10-10-2015]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/02/02.pdf>.
56. STŘELCOVÁ, H.; TELLINGEROVÁ, D. Zahájení pohlavního života mládeže. In MITLÖHNER, M. *14. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2006, 14. -16. září 2006: sborník referátů* [online]. [cit. 14. 4. 2014]. 1. vyd. Praha: SPRSV. [cit. 2015-02-04]. ISBN nezjištěno. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007012703>.
57. SZABÓ, I.; ŠVIHELOVÁ, D. Skúsenosti mladých ľudí v oblasti sexuality. In MITLÖHNER, M., ed. *9. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2001, 18. -20. října 2001: sborník referátů*. 1. vyd. Praha: SPRSV, 2001. s. 142. ISBN 80-86559-02-5.
58. ŠAFÁŘOVÁ, M. Rizikové chování v adolescenci. In Smékal, V.; Macek, P. *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal, 2002, s. 191 – 208. ISBN 80-85947-83-8.
59. ŠILEROVÁ, L. *Mladí lidé a informace o sexualitě: Informační potřeby a informační zdroje*. [online]. 2013. Ostrava: CAT Publishing. ISBN [cit. 2016-02-15]. Dostupné z http://www.planovanirodiny.cz/storage/tisk/safe_factsheet_final_CZ.pdf.
60. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova: Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0291-6.
61. ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 102. ISBN 978-80-247-2947-3.
62. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 872. ISBN: 9788026202257.
63. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, 467 stran. ISBN 80-246-0956-8.
64. *Váš průvodce HPV infekcí – HPV SROZUMITELNĚ*. [online]. © 2006 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://hpvinfo.cz/cipku-delozniho-ockovani-proti-rakovine>.
65. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1160 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
66. WEISS, P. Vývoj pohlavní identity. In ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. a kol. *Výchova k sexuálně reprodukcímu zdraví*. 1. vyd. Praha: MAXDORF s.r.o., 2011. s. 71-76. ISBN 978-80-7345-238-4.

67. WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi* [online], 2009, 10(3), 160-163. [cit. 2016-02-02]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>.
68. WHO Světová zdravotnická organizace. [online]. 2000 [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: <http://benes1.datim.cz/images/dokument/Zdravi21.pdf>.
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A snapshot of the health of young people in Europe, A report prepared for the European Commission Conference on Youth Health*. [online]. 2009 Denmark: WHO [cit. 2016-02-10]. ISBN nezjištěno. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf.
70. ZÁHENSÝ, J. a kol. *Speciální ošetrovatelská péče o dospělé na dermatovenerologickém oddělení*. Brno: NCONZO. 1994. ISBN 80-7013-161-6.
71. ZVĚŘINA, J. 2012. *Lékařská sexuologie*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2012, s. 83. ISBN 978-80-246-2049-7.

14 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Dotazník na téma rizikové sexuální chování u studentů středních škol.....	88
Příloha B Výňatek z Ročenky Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011-12 .	92
Příloha C Školní vzdělávací program oboru Kosmetické služby	98
Příloha D Školní vzdělávací program oboru Pedagogické lyceum	100

DOTAZNÍK NA TÉMA RIZIKOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ U STUDENTŮ STŘEDNÍCH ŠKOL

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Przczková a jsem studentkou magisterského oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví Univerzity Pardubice. Jednou z podmínek úspěšného zakončení studia je obhájení diplomové práce, pro kterou jsem si vybrala téma Rizikové sexuální chování u studentů středních škol. Tento dotazník je zcela anonymní a slouží pouze pro potřeby mé diplomové práce. Za jeho vyplnění Vám velmi děkuji.

kontakt: Lucie Przczková, email: lucie.przczkova@gmail.com

Zakřížkujte, prosím:

Věk: 18 let 19 let jiný: ____

Pohlaví: muž žena

Typ školy: střední škola s výučním listem střední škola s maturitou gymnázium

OBLAST ZNALOSTÍ

✓ V otázkách č. 1 - 15 rozhodněte, zda je dané tvrzení správné a zakřížkujte ho:

1. Za rizikové sexuální chování považujeme nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti.
 ano ne nevím
2. Do sexuálně rizikového chování řadíme zveřejňování vlastních intimních fotografií na internetu.
 ano ne nevím
3. Věková hranice pro legální pohlavní styk je 15 let.
 ano ne nevím
4. Preventivním opatřením k zamezení přenosu již vzniklé pohlavní nemoci může být spermicidní gel v kombinaci s pesarem.
 ano ne nevím
5. Virus HIV je přenosný objímáním a polibky.
 ano ne nevím
6. Genitální opar se může vyrazit po orálním sexu s infikovanou osobou.
 ano ne nevím

7. Syfilis se projevuje jako tvrdý nebolestivý vřed, který se bez léčby po měsíci spontánně zhojí. Znamená to, že se nemocný uzdravil.
 ano ne nevím
8. Kapavka může mít u žen asymptomatický (bezpříznakový) průběh.
 ano ne nevím
9. HIV můžeme spolehlivě vyšetřit v jakékoliv době po nákaze.
 ano ne nevím
10. Vaginální mykóza též označovaná jako kvasinková infekce je charakteristická svědivým, bělavým, tvarohovitým výtokem z pochvy.
 ano ne nevím
11. Mezi sexuálně přenosné nemoci patří také veš muňka, kandidóza a svrab.
 ano ne nevím
12. Při podezření z nákazy či onemocnění kapavkou nebo syfilis je dotyčný povinen podrobit se lékařskému vyšetření, při zjištěné infekci se léčit a absolvovat kontrolní vyšetření, která potvrdí vyléčení.
 ano ne nevím
13. Při podezření či potvrzení diagnózy sexuálně přenosného onemocnění je lékař povinen podat hlášení, které obsahuje údaje o nemocném i osobách, které s nemocným žily v domácím prostředí či v kolektivu v době rozvinutých příznaků projevů nemoci.
 ano ne nevím
14. Termín promiskuita vyjadřuje sexuální nestálost, nevázanost a časté střídání sexuálních partnerů.
 ano ne nevím
15. Sexuální násilí je jakékoli sexuální jednání zahrnující pokusy o dosažení sexuálního styku, nežádoucí sexuální poznámky a návrhy.
 ano ne nevím

- ✓ V následujících otázkách vyberte a zakřížkujte jednu odpověď, pokud není přímo otázkou uvedeno jinak:

OBLAST ZDROJŮ INFORMACÍ

16. Zakřížkujte jednu či více odpovědí:

Informace o významu chráněného pohlavního styku jsem se dověděl/a:

- z časopisu
- z reklamy
- z internetu
- ve škole
- od rodičů
- od kamaráda
- od lékaře
- jiné: _____

17. Myslíte si, že by Vás s problematikou sexuálního života měli jako první seznámit rodiče?

- ano
- ne
- nepovažuji za důležité, zda mě jako první informují právě rodiče

18. S výukou zaměřenou na sexuálně přenosné choroby jsem se poprvé setkal/a:

- již na základní škole
- na střední škole
- v žádném předmětu jsem se s tímto tématem dosud nesetkal/a

19. Na střední škole jsem absolvoval/a přednášku či výchovný program vedený odborníkem v problematice sexuálního chování:

- ano
- ne

20. Bylo by dle Vašeho názoru vhodné zařadit na střední škole do výuky předmět týkající se sexuální výchovy?

- ano, myslím si, že bych měl/a o této problematice větší přehled
- ne, nemyslím si, že by to pro mě bylo přínosné

21. Zakřížkujte jednu či více odpovědí:

Za vhodnou formu výuky sexuální výchovy považuji:

- výklad (ústní poskytnutí informací)
- poskytnutí materiálů (letáky, brožury, texty k pročtení v soukromí)
- diskuzi na zvolené téma
- praktickou formu (instruktáž, např. jak navléknout kondom; ukázka antikoncepčních pomůcek a jejich použití, např. pesar, nitroděložní tělísko)
- exkurzi (prohlídka gynekologické či urologické ambulance s výkladem)

22. Informace, které mám o pohlavně přenosných chorobách, považuji za:

- zcela dostatečné
- neúplné, chybí mi informace o: _____
- nemám žádné informace

OBLAST POSTOJŮ

23. V kolika letech jste zahájil/a svůj pohlavní život?

- < 15 let
- 16 - 17 let
- 18 - 19 let
- pohlavní život jsem zatím nezačal/a

24. Svůj pohlavní život jsem zahájil/a v tomto věku, protože:

- měl/a jsem již delší vztah a já i můj partner/ka jsme si přáli sex vyzkoušet
- partner/ka na mě naléhal/a
- byl jsem pod vlivem alkoholu/drogy a neuvědomoval/a jsem si, co dělám
- většina mých vrstevníků měla již první sexuální zkušenost za sebou a já jsem nechtěl/a zůstat pozadu
- jiné: _____

25. Jak moc si myslíte, že se Vás týká riziko nákazy pohlavní chorobou?

- vůbec se mě netýká
- spíše se mě týká
- týká se mě

26. Jak se snažíte snížit riziko nákazy pohlavně přenosné nemocí?

- Vůbec nežiji sexuálním životem.
- Používám kondom.
- Jsem věrný/á jednomu partnerovi.
- Chodím na pravidelné zdravotní prohlídky.
- Jiné: _____

27. Pohlavní styk pod vlivem alkoholu/drogy jsem měl/a:

- nikdy
- jednou
- občas
- často
- vždy

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Lucka

A. Hlavní strategické cíle Národního programu HIV/AIDS

1. Potlačení výskytu a šíření HIV infekce

V posledních letech bylo dosaženo značného pokroku v diagnostice a léčbě infekce HIV a onemocnění AIDS. Nicméně se dosud nepodařilo splnit základní požadavek, a to najít způsob, jak vyloučit virus HIV z organismu infikovaných osob, a tím zabránit jeho dalšímu šíření v populaci.

Přes velké celosvětové úsilí se také nepodařilo vyvinout účinnou anti-HIV vakcínu pro specifickou prevenci HIV/AIDS. Proto zůstávají k dispozici stále jen nespecifická preventivní opatření, která jsou však v podstatě neúčinnější, nejnáze uplatňovatelnou a zároveň nejméně nákladnou cestou k dosažení vytyčeného cíle, tj. potlačení šíření HIV/AIDS.

Na všech úrovních, a to celorepublikových, regionálních i lokálních je třeba realizovat cílenou primární prevenci, do edukačních aktivit zapojit státní a nevládní neziskový sektor a podporovat jejich spolupráci.

Velmi důležitou oblastí je podpora mezinárodní kooperace a koordinace všech preventivních aktivit.

Neméně důležitými specifickými preventivními opatřeními jsou HIV screening a včasná antiretrovirová terapie HIV infikovaných osob.

K dosažení tohoto cíle je nezbytné využívat následující prostředky:

1.1. Prevence sexuálního přenosu infekce HIV.

1.2. Prevence přenosu infekce HIV krevní cestou – transfuzními přípravky, krevními deriváty, dárcovstvím buněk, tkání, orgánů, při injekčním užívání drog a při kosmetických výkonech (egradu, piercing a další).

1.3. Prevence přenosu HIV infekce z matky na plod/novorozence.

1.4. Podpora celospolečenských akcí a aktivit, které vedou ke zviditelnění problému a propagaci preventivních metod při současném respektování lidských práv a důstojnosti osob, které jsou HIV infekcí ohroženy, nebo již jsou infikovány.

1.5. Zajistit podmínky pro včasnou klinickou i laboratorní diagnostiku HIV pozitivních osob, tím snižovat výskyt rozvinutých forem HIV infekce.

1.6. Zajistit prevenci přenosu infekce HIV snížením virové nálože, a to podáním včasné adekvátní léčby s důrazem na adherenci pacientů k léčbě.

1.7. Zapojit do preventivních aktivit samotné osoby žijící s HIV infekcí ve smyslu dodržování zásad zdravého životního stylu a zejména zodpovědnosti v dodržování zásad bezpečnějšího sexu, ale i dodržování léčebného režimu.

1.8. Využívat metody epidemiologické a behaviorální surveillace k bližšímu poznání šíření HIV/AIDS ve společnosti a k cíleným intervencím.

1.9. V primární i sekundární prevenci podporovat jednoleté i víceleté projekty prevence HIV/AIDS pro státní i nevládní neziskový sektor.

2. Omezení dopadu HIV infekce na jednotlivce i společnost

K dosažení tohoto cíle využívat následující prostředky:

2.1 Zajistit dostatečnou podporu AIDS center – personální i ekonomickou, což je podstatná podmínka pro dostupnou a kvalitní terapeutickou i profylaktickou péči všech HIV infikovaných osob.

2.2 Zajistit dostatečně širokou síť HIV testovacích míst, včetně možnosti bezplatného anonymního testování pro populační skupiny ve zvýšeném riziku infekce HIV.

2.3 Zajistit profylaktická opatření u všech HIV pozitivních gravidních žen a jejich novorozenců, včetně těch, které nemají zdravotní pojištění.

195

2.4 Zajistit pomoc a podporu prostřednictvím sociálních služeb pro HIV pozitivní osoby a jejich rodiny v rozsahu určeném ve smyslu ustanovení § 2, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

2.5 V rámci přímé péče o HIV pozitivní osoby podporovat a rozvíjet provoz a činnost NNO, které poskytují sociální a zdravotně sociální péči těmto osobám.

2.6 Podporovat hospicová zařízení, která budou pečovat o HIV/AIDS pacienty, kteří nevyžadují terapii na lůžkovém oddělení AIDS center, ale nejsou soběstační, nebo vyžadují zvýšenou paliativní péči.

2.7 Monitorovat případy diskriminace a porušení práv a svobod HIV pozitivních osob, hledat cesty ke zlepšení postavení těchto osob ve společnosti.

B. Cílové skupiny populace, na které je Národní program HIV/AIDS zaměřen

1. Celá populace (zejména se zaměřením na mládež).

2. Gravidní ženy (s ohledem na riziko přenosu HIV infekce z matky na plod/novorozence).

3. Jednotlivé skupiny ve zvýšeném riziku získání HIV infekce, které jsou definovány takto:
- 3.1. Muži mající sex s muži (MSM).
 - 3.2. Osoby poskytující sexuální služby za úplatu.
 - 3.3. Injekční uživatelé drog (IUD).
 - 3.4. HIV negativní sexuální partneři osob žijících s HIV/AIDS.
 - 3.5. Osoby ve výkonu vazby a ve výkonu trestu odnětí svobody.
 - 3.6. Migranti přicházející ze zemí s vysokým výskytem HIV/AIDS.
 - 3.7. Osoby se specifickými sociokulturními charakteristikami (osoby bez přístřeší, sociálně vyloučené komunity a jiní).
 - 3.8. Osoby v rizikových situacích, např. osoby cestující do oblastí s vysokým výskytem HIV infekce.
 - 3.9. Osoby z výchovných a vzdělávacích institucí, kde jsou kolektivy mladých osob, např. školy, diagnostické ústavy, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež apod.
 - 3.10. Příslušníci zahraničních misí Armády ČR a příslušníci Policie ČR a HZS vysílání k plnění svých úkolů do zahraničí.
 - 3.11. Osoby ve vyšším riziku nákazy z důvodů profesionálních, např. zdravotníci, nebo zdravotních, např. příjemci krve a krevních složek, lidských buněk, tkání, orgánů.
 - 3.12. Osoby ve vyšším riziku nákazy z důvodů profesionálních (pornoherci a pornoherečky).
 - 3.13. Osoby vyhledávající se a sdružující se za účelem provozování specifických (rizikových) sexuálních praktik (swingle parties, egra atd.).
 - 3.14. Pracovníci zařízení, kde v rámci poskytovaných služeb dochází k porušení integrity kůže – tetování, aplikace piercingu, permanentní makeup apod.
4. Dárci krve a jejich složek, orgánů, tkání a buněk.
5. Osoby žijící s HIV/AIDS.

Základní prioritou celého programu zůstávají preventivní programy zaměřené na výše uvedené cílové skupiny, u nichž je třeba usilovat v maximální míře o zvýšení jejich informovanosti v oblasti prevence HIV/AIDS a podporu odpovědného postoje k vlastnímu zdraví a zdraví dalších osob s cílem dosáhnout takového ovlivnění rizikového chování a dalších rizik, které povede k omezení dalšího šíření HIV infekce v populaci. Důležitým úkolem v rámci tohoto programu je cílená edukace, propagace a podpora účelného HIV testování a zkvalitnění poradenství prováděného v rámci tohoto testování.

C. Přehled konkrétních aktivit vedoucích k dosažení strategických cílů programu

1. Aktivity na úseku prevence přenosu HIV infekce

1.1 Pokračovat v preventivních aktivitách na národní i regionální a místní úrovni zaměřených na širokou veřejnost s cílem zvýšení znalostí o významu bezpečnějšího sexu v prevenci HIV/AIDS a dosažení odpovídající změny rizikového sexuálního chování s využitím odborných článků, besed, výchovných akcí, televizních a rozhlasových pořadů, spotů a dalších médií a komunikačních kanálů.

Vytvářet a nabízet vrstevnické a vzdělávací programy směřující k omezení dalšího šíření infekce HIV. Ke zviditelnění problematiky HIV/AIDS je třeba přispět i prostřednictvím moderních technologií, jako jsou elektronická média a nových komunikačních kanálů (například sociálních sítí jako Facebook nebo Twitter). Podporovat vzdělávání v problematice HIV/AIDS u zdravotnických pracovníků, v sociálních službách i v nezdravotnických rezortech, zajišťovat pravidelné školení pracovníků ve vězeňství, školství, správních institucích, azylových centrech a dalších obdobných zařízeních. K těmto úkolům využívat zkušeností organizací v rámci státního a nevládního neziskového sektoru.

Odpovědné organizace: MZ ČR, MŠMT ČR, MV ČR, MS ČR, MK ČR.

Spolupracující organizace: MPSV ČR, SZÚ, ZÚ, KHS, AIDS centra, IPVZ, ČSAP a další NNO, klinická pracoviště, orgány samosprávy – kraje, obce.

Termín: Průběžně do roku 2017.

Kritéria hodnocení: Procento oslovených osob z cílových skupin v rámci preventivních aktivit, počet vzdělávacích akcí, počet mediálních pořadů, počet populárně odborných článků a publikací a dalších výstupů.

1.2 Pro populační skupiny ve zvýšeném riziku HIV/AIDS široce využívat komunitních programů a komunitních poradenských středisek s cílem omezit šíření HIV infekce.

Aktivity by měly zahrnovat cílenou edukaci (včetně inzerce a propagace bezpečného sexu ve specializovaných médiích), propagaci včasného HIV testování, včasné diagnostiky a léčby HIV, informace o profylaktickém podávání léků (postexpoziční profylaxi) po ojedinělém vysokém riziku vystavení se HIV infekci, bezplatnou distribuci informačních materiálů, kondomů, lubrikačních gelů, injekčních stříkaček a jehel, substituční léčbu drogové závislosti. Informace cíleně předávat prostřednictvím terénních preventivních programů (tzv. streetwork

a outreach), vrstevnických (peer) programů, individuálním poradenstvím, specifickými cílenými preventivními materiály a moderními formami elektronické komunikace. K oslovení cílových skupin budou využívána i veřejnoprávní média, přičemž pozornost bude věnována nejen preventivnímu poselství, ale i respektu a zachování důstojnosti osob z cílových skupin. Komunitní programy by se měly zaměřit na následující skupiny ve zvýšeném riziku HIV/AIDS: MSM, osoby poskytující sexuální služby za úplatu, IUD, osoby ve výkonu vazby a ve výkonu trestu odnětí svobody, migranti přicházející ze zemí s vysokým výskytem HIV/AIDS, sociálně vyloučené komunity, osoby bez přístřeší, provozovatelé skupinových volnočasových sexuálních aktivit. Zvláštní pozornost by měla být věnována osobám žijícím s HIV/AIDS. Při přípravě komunitních programů je nutno využívat zkušenosti nevládních a 197 neziskových organizací poskytujících služby výše uvedeným skupinám populace. Komunitní poradenská střediska (resp. Služby) jsou nízkoprahová nezdravotnická zařízení (resp. Programy), které vznikají za podpory specifických skupin ve zvýšeném riziku HIV (například MSM) a nabízejí HIV poradenství a testování na dobrovolné bázi pro tuto ohroženou komunitu v prostředí, které je pro příslušníky komunity dostupné a přátelské. V prostředí komunitních služeb a komunitních center podporovat použití rychlých screeningových instantních testů, upravit metodický a organizačně-technický rámec pro poskytování rychlých testů rizikovým skupinám tak, aby tyto testy byly dostupné a byly poskytovány v souladu s předpisy ČR.

Odpovědné organizace: MZ ČR, MPSV ČR, MV ČR, MS ČR.

Spolupracující organizace: MŠMT ČR, SZÚ, ZÚ, KHS, kraje a obce, AIDS centra, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, zejména ČSAP a další NNO.

Termín: Průběžně do roku 2017.

Kritéria hodnocení: Počet osob oslovených z cílových skupin, počet akcí a účast na nich, počet mediálních akcí, počet komunitních poradenských středisek, počet realizovaných programů, přehled aktivit poradenských středisek, počet vrstevnických a streetwork aktivit, auditů projektů prevence HIV/AIDS, počet zdarma distribuovaných kondomů, stříkaček a jehel, počet provedených screeningových testů.

1.3 Zmapovat rozsah a způsob realizace primární prevence HIV/AIDS na základních a středních školách.

Odpovědné organizace: MŠMT ČR.

Spolupracující organizace: MZ ČR, SZÚ, ZÚ.

Termín: Do konce roku 2017.

Kritéria hodnocení: Dosažené výsledky v rámci realizace dotazníkové studie MŠMT ČR.

1.4 Pokračovat v realizaci výchovy ke zdravému životnímu stylu, včetně sexuální výchovy, primární prevence HIV/AIDS a uplatnění interaktivních aspektů ve výuce na základních a středních školách a v egraduálním a postgraduálním vzdělávání pedagogů.

Odpovědné organizace: MŠMT ČR.

Spolupracující organizace: SZÚ, ZÚ, KHS, zřizovatelé škol, ČSAP a další NNO.

Termín: Průběžně do roku 2017.

Kritéria hodnocení: Šetření MŠMT ČR a zřizovatelů škol o zadávání problematiky prevence HIV/AIDS do rámcových vzdělávacích programů, počet výukových hodin o prevenci HIV, počet vzdělávacích aktivit pro pedagogy.

ŠKOLNÍ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM - Kosmetické služby

69-41-L/01 Kosmetické služby

ČTYŘLETÝ STUDIJNÍ OBOR

střední vzdělání s maturitní zkouškou

Školní vzdělávací program studijního oboru kosmetička je koncipován jako čtyřletý a zabezpečuje získání odborných vědomostí a praktických dovedností potřebných k profesionálnímu vykonávání kosmetických služeb na úrovni úplného středního odborného vzdělání, součástí výuky je také odborný výcvik.

Cílem školního vzdělávacího programu je příprava k poskytování kvalifikovaných a kvalitních kosmetických služeb (základní odborné práce při přípravě zákazníků pro kosmetické úkony, např. povrchové čištění pleti pleťovým mlékem a pleťovou vodou, odborné odličování řas a obočí, úprava obočí, napařování kompresí i přístroji a různé druhy manuálních a přístrojových masáží obličeje a krku, aplikace obkladů a masek, běžné odborné práce při ošetřování pleti a pokožky, např. epilace a depilace, kosmetické masáže různých částí těla, poradenské služby v kosmetickém ošetřování pleti ohledně používání vhodných přípravků podle aktuálního stavu pleti a věku zákazníka) a poskytování kvalifikované a kvalitní péče o ruce a nohy.

Žáci se rovněž účastní různých regionálních soutěží, mistrovství České republiky, ale i mezinárodních soutěží např. v Německu.

Učební plán platí ve školním roce 2015/2016 počínaje 1. ročníkem.

UČEBNÍ PLÁN	1. ročník	2. ročník	3. ročník	4. ročník
Všeobecně-vzdělávací předměty				
1. Český jazyk a literatura	4	3	3	3
2. Cizí jazyk I	3/3	3/3	3/3	3/3
3. Cizí jazyk II	2/2	1/1	1/1	1/1
4. Základy společenských věd 1		1	1	1
5. Dějepis	1	-	-	-
6. Matematika	3	3	3	3
7. Chemie	2	1	1	1

8. Fyzika	1	-	-	-
9. Informační a komunikační technologie	1/1	1/1	1/1	1/1
10. Psychologie a komunikace ve službách	1	1	1	-
11. Tělesná výchova	2	2	2	2
12. Ekonomika	-	-	-	2
13. Daňová evidence	-	-	-	1
14. Zdravověda	2	2	2	2
15. Kosmetika	1	2	2	3
16. Materiály	-	-	1	2
17. Výtvarná výchova	2	1	-	-
18. Odborný výcvik	6	9	12	9

ŠKOLNÍ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM - Pedagogické lyceum

78-42-M/03 Pedagogické lyceum

ČTYŘLETÝ STUDIJNÍ OBOR

střední vzdělání s maturitní zkouškou

Učební plán platí od 1. 9. 2015 počínaje 1. ročníkem.

Obor je určen absolventům základní školy se zájmem o humanitní obory, estetickovýchovné disciplíny, tělesnou výchovu či cizí jazyky.

Studijní obor pedagogické lyceum je určen žákům se zájmem o humanitní obory, estetickovýchovné disciplíny, tělesnou výchovu či cizí jazyk, kteří po jeho absolvování chtějí pokračovat ve vysokoškolském studiu především na fakultách připravujících učitele (např. učitelství pro mateřské školy, učitelství pro I. stupeň základní školy, dvouoborové kombinace učitelství pro základní a střední školy s výchovami, humanitními či jazykovými předměty, pedagogikou, psychologií apod.) či humanitních oborů (např. sociální práce, andragogika, pedagogika, psychologie, dějepis, občanská nauka apod.), popř. budou studovat vyšší odborné školy pedagogického či sociálního zaměření.

Cílem studijního oboru je podchytit a prohloubit zájem žáků o studium učitelských oborů a vybavit žáky nejen potřebnými vědomostmi a s nimi souvisejícími dovednostmi, ale i dovednostmi, technikami a návyky potřebnými pro jejich úspěšné další studium. Pedagogické lyceum usiluje o zkvalitnění přípravy žáků ke studiu na vysokých, popř. vyšších odborných školách příslušného zaměření.

Absolventi pedagogického lycea získávají odbornou kvalifikaci:

- a) pedagoga volného času podle § 17 odst. 1 písm. e) zákona č. 563/2004 Sb., v platném znění
- b) asistenta pedagoga podle § 20 odst. 1 písm. e) zákona č. 563/2004 Sb., v platném znění

UČEBNÍ PLÁN	1. ročník	2. ročník	3. ročník	4. ročník
Všeobecně-vzdělávací předměty				
1. Český jazyk a literatura	4	4	4	4
2. Cizí jazyk I	3/3	3/3	3/3	3/3
3. Cizí jazyk II	2/2	2/2	3/3	3/3
4. Konverzace v ciz. jazyce I -	-	-	-	1/1

5. Základy společenských věd 1		1	1	2
6. Dějepis	2	2	2	-
7. Fyzika	2	-	-	-
8. Zeměpis	2	2	-	-
9. Chemie	2	-	-	-
10. Biologie a ekologie	2	2	2	-
11. Matematika	3	3	4	4
12. Hudební výchova	2	1/1	1/1	1/1
13. Výtvarná výchova	2	1/1	1/1	1/1
14. Dramatická výchova	2/2	1/1	1/1	1/1
15. Tělesná výchova	2	2	2	2
16. Informační a komunikační technologie	1/1	1/1	2/2	2/2
17. Ekonomika	-	1	1	1
18. Pedagogika	-	1	2	3
19. Psychologie	-	1	2	3
Odborné předměty				
20. Dramatická výchova	-	3/3	3/3	3/3
21. Hudební výchova	-	-/3	-/3	-/3
22. Výtvarná výchova	-	-/3	-/3	-/3