

4



SPRSV

PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

SBORNÍK REFERÁTŮ

3. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ

Pardubice 1995

12.—14. října 1995

Uspořádal JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc

Tento pracovní materiál neprošel
autorskou korekturou

ČÍSLO 4, ROČNÍK 2
1995

Čestné předsednictvo konference

Prof. MUDr. Jan Raboch, DrSc.,
čestný předseda České sexuologické společnosti — předseda

Mgr. Vladimír Bláha,
naměstek primátora města Pardubic

Doc. MUDr. Zdeněk Dytrych, CSc.,
nám. ředitele Psychiatrického centra a ved. odděl. pro výzkum rodiny, Praha

Ing. Miroslava Chmelíková,
ředitelka reg. inspektorátu COI Pardubice

PhDr. Richard Knot,
majitel Nakladatelství a vydavatelství R 3, Praha

PhDr. Jiří Kotyk,
okresní školní inspektor, Pardubice

Aleš Krupka,
velkoobchodník a majitel firmy WILLY-ZBF Kolín

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.,
výkonný místopředseda Nezávislé iniciativy (NEI)

Doc. MUDr. Vladimír Třebner, CSc.,
vysokoškolský učitel VŠP Hradec Králové

Doc. MUDr. Radim Uzel, CSc.,
ředitel Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu, Praha

MUDr. Jiřina Weissová,
dermatovenerolog nemocnice Pardubice

Dr. ing. Vladimír Wynnyczuk, CSc.,
člen předsednictva SPRSV, Praha

Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.,
předseda Sexuologického ústavu 1. LF UK, Praha

Organizační výbor konference

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.,
předseda

Dana Hádková,
tajemnice

ing. Jiří Tetiva,
pokladník

Miroslav Burcar
PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc.
Jan Lexa
Jiří Müller

Program konference

12. ŘÍJNA 1995

14.00 prezentace účastníků v Parkhotelu LABE, nám. T. G. Masaryka Pardubice

15.30 slavnostní zahájení konference

15.45 I. přednáškový blok

1. Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. (Praha):

12. Světový sexuologický kongres v Jokohamě 12.—16. 8. 1995

2. Prof. MUDr. Jerzy Rzepka, CSc. (Katowice):

Polský model výchovy učitelů sexuální výchovy

3. Wolfgang Schmalluss (Chemnitz):

Rozvoj, výsledky a perspektivy sexuální výchovy v Německu

4. Doc. MUDr. Radim Uzel, CSc., Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. (Praha):

Sex a erotika v USA

5. PhDr. Sonja Regelová (Brno):

Ať žije láska aneb Jak praktikovat bezpečný sex a jiné poznatky ze stáže v nizozemském Ubrechtu

17.30 přestávka

17.50 II. přednáškový blok

6. PhDr. Eva Poláková, CSc. (Nitra):

Zkušenosti s výcvikem učitelů ZŠ a SŠ v problematice sexuální výchovy ve Slovenské republice

7. Prof. MUDr. Andrzej Jaczewski (Warszawa):

Problémy současného dospívání mládeže a sexuální vývoj

8. Danna Datlová (Praha):

Preventivní využití Fernigelu

9. MUDr. Pavel Kolan (Praha):

Moderní hormonální antikoncepce — kék od puberty po klimakterium

10. MUDr. Jaroslava Lorencová (Praha):

Prezentace firmy JENAPHARM

19.00 ukončení přednáškového bloku a prvního dne konference

13. ŘÍJNA 1995

8.30 III. přednáškový blok

11. Prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc., a kol. (Praha):

Dětské krizové centrum, jeho koncepce a činnost v péči o týrané, zneužívané a zanedbávané děti

12. Doc. MUDr. Radim Uzel, CSc. (Praha):

Plánované rodičovství a masmědia

13. PhDr. Petr Weiss (Praha):

Současné trendy v sexuálním chování

14. Dr. Ing. Vladimír Wyrnyczuk, CSc. (Praha):

Změny v reprodukčním chování obyvatelstva v České republice

15. PhDr. Zdeněk Měák (Ostrava):

Sexuální život studentek Ostravské univerzity

10.15 kávová přestávka

10.45 IV. přednáškový blok

16. RNDr. Jiřina Kocourková (Praha):

Poslední vývoj plodnosti a potrativosti v České republice

17. PhDr. Bohumila Baštecká (Liberec):

Sexualita menšin

18. Doc. MUDr. Radim Uzel, CSc. (Praha):

Etičké problémy lidské reprodukce

19. MUDr. Dagmar Dvořáková (Praha):

Primární prevence onemocnění AIDS a drogových závislostí — zkušenosti ze Středočeského kraje

20. JUDr. Miroslav Mítlöhner, CSc. (Praha):

Trestněprávní problematika lidské sexuality

12.30 společný oběd

13.30 V. přednáškový blok

21. Doc. PhDr. Vladimír Tábíner, CSc. (Hradec Králové):

Některé základní otázky sexuální výchovy na školách

22. MUDr. Evžen Bělka (Jilové):

Sexuální výchova v Děčíně po dvou pardubických konferencích

23. PhDr. František Vizek (Jablonec nad Nisou):

Příčiny obtíží se zaváděním sexuální výchovy

24. Mgr. Ivetta Vojtová (Ústí nad Labem):

Výchova k rodičovství v praxi I. stupně základní školy

25. PhDr. Lenka Sulcová, CSc. (Praha):

Výchova k manželství a rodičovství jako významná prevence snižování stability rodiny — kon-
cepce sexuální výchovy na ZŠ a SŠ

26. Mgr. Eva Křístková (Ostrava):

Zkušenosti z výuky sexuální výchovy v předmětu občanská výchova

15.30 kávová přestávka

16.00 VI. přednáškový blok

27. PaedDr. Josef Rydlo (Rychnov nad Kněžnou):

Sexuální výchova v rámci PEER programu

28. MUDr. Dušan Suňavský (Olomouc):

Modely sexuální výchovy v mateřských školách

29. Mgr. Myrna Vnařová (Brno):

Sexuální výchova na střední škole — vlastní zkušenosti s výchovou a výukou

30. Mgr. Ivo Vojtek, PhDr. Petr Parma (Uherské Hradiště):

Zkušenosti s výcvikovými kurzy pro učitele k sexuální výchově

31. MUDr. Hana Fílková (Praha):

Sexuální výchova učitelů

32. MUDr. Ivo Procházka (Praha):

Sexuální výchova v homosexuální minoritě

18.00 ukončení druhého dne konference

18.15 organizovaná prohlídka historické části města s výkladem (pro zájemce)

20.00 společenský raut

14. ŘÍJNA 1995

8.30 VII. přednáškový blok

33. PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc. (Nymburk):

Kompendium sexuální výchovy — jedno z možných řešení

34. Jiří Kydlíček (Plzeň):

Ekologická výchova a sexuální výchova — styčné body, zkušenosti

35. PhDr. Petr Parma (Uherské Hradiště):

K názvu «sexuální výchova»

36. MUDr. Jiří Šrámek (Vollitov):

Neviditelná ruka trhu v roli sexuální výchovy

37. MUDr. František Krivák (Mělník):

Sex ve zdravotní výchově — zdravotní výchova v sexu

38. MUDr. Pavel Zemek, CSc., JUDr. Petr Zemek, JUDr. Edita Kodlová, Pavla Zemková (Praha):

Zdravotnictví, sexologie, sexuální výchova — poznámky k tématu

10.00 kávová přestávka

10.30 panelová diskuse s účastí auditoria

12.30 závěr konference

13.00 tisková konference

„Skví se jako Pardubice“, bylo nejrozšířenější přísloví ke všemu krásnému již v 16. století v celých Čechách. Dnes, po 700 letech od první písemné zmínky, naleznete na území stotisícového univerzitního města mnohá místa, která se mohou znovu pyšnit tímto přirovnáním. Město jako centrum jihovýchodní části kraje získává nové významné předpoklady pro svůj další rozvoj. Dopravní křižovatkou se stalo již před 150 lety, kdy byla zprovozněna železnice Olomouc—Pardubice, ale nynější zřízení civilního letiště v napojení na free zone a reálně projektovaný přístav jsou dalšími potenciálními lákadly pro investory a podnikatele. Pardubice přitahují širokou veřejnost nejen svou polohou v srdci Čech, ale i unikátní dostihovou tradicí, závody na ploché dráze, tenisovou juniorkou, kulturními projekty, jako jsou Festival francouzského filmu, Pardubické hudební jaro, Městský festival.

V kalendáři významných událostí obohacujících život našeho města zaujímá přední místo i vaše celostátní konference s mezinárodní účastí k sexuální výchově v České republice. O sexuální problematice se v poslední době hovoří stále častěji a otevřeněji. A aby ne! Vždyť přece patří k běžným projevům všeho živého, a tedy i nás všechny provází od útlého dětství. Jsem proto osobně velmi rád, že již potřetí to budou právě Pardubice, které hostí tak zajímavou akci.

Třetí celostátní konference k sexuální výchově v České republice Pardubice 1995 se uskuteční ve dnech 12. až 14. října a na programu budou poznatky a zkušenosti ze sexuální výchovy v zahraničí, program sexuální výchovy na základní škole, zkušenosti ze zavádění sexuální výchovy v České republice i medicínské, filozofické a právní aspekty lidské sexuality.

Přeji všem jejím účastníkům, aby z Pardubic odjžděli spokojeni jak s výsledky jednání, tak se setkáním s přáteli a odborníky. A ještě něco. Nezapomeňte se veďte sexu ve volné chvíli projít po Pardubicích — také stojí za to!

Mgr. Vladimír Bláha,

náměstek primátora města Pardubic

STANOVISKO SPOLEČNOSTI PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU K SOUČASNÉ DISKUSÍ O KONCEPCI SEXUÁLNÍ VÝCHOVY V ČESKÉ REPUBLICE

Česká společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu jako přidružená společnost Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF) pozorně sleduje současný diskuse vyvolané návrhem KDU-ČSL ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR týkající se nové koncepce sexuální výchovy na školách. Máme v současné době k dispozici nepřehledné množství informačních materiálů a zahraničních zkušeností týkajících se této problematiky. I když jsme si vědomi toho, že v této citlivé oblasti výchovy nelze zahraniční zkušenosti přenášet zcela beze zbytku, naopak je nutno respektovat naše svébytné kulturní tradice a práva menšin. považujeme za nutné zaujmout toto stanovisko.

S plnou zodpovědností prohlašujeme, že sexuální výchova by měla být především záležitostí výchovy rodinné, nicméně také povinná školní výchova musí být její samozřejmou součástí. Školní výchova nemůže a nesmí zavírat oči před sexuálními zneužíváními mládeže, nebezpečím nežádoucího otěhotnění, sexuálními přenosnými nemocemi a dalšími negativními jevy se sexualitou spojenými, jako je konzumní přístup k sexu a absence nezbytné výchovy mravní. Vytváření kulturního sexuálního slovníku a prevence zneužití předurčuje sexuální výchovu již do věku předškolního. Základy sexuální hygieny a věku přiměřené poučení z oblasti reprodukční biologie jsou pak přirozenou součástí základního školního vzdělání obecné školy. Nositelem této sexuální výchovy je pochopitelně učitel, odborníci ostatních oborů mohou být nanejvýš konzultanti v přípravě učebních materiálů.

Sexuální výchova nezabývá déle studi, který je jistě věku přiměřeným fenoménem provázejícím lidskou sexualitu v naší kulturní oblasti. Není však možné plést si sexuální stud s viktoriánskou prudérií, která sexuální vývoj lidského jedince obviňuje negativně a není adekvátním jevem ve střední Evropě na sklonku druhého milénia po Kristu.

S politováním konstatujeme, že většina diskutujících se s návrhem KDU-ČSL vůbec nezabývá, a pokud vystupují a priori proti školní sexuální výchově, činí tak prvoplánově, bez znalosti věci. Sexuální výchova prováděná zkušeným pedagogem nemůže v žádném případě mládež znevažovat, nýbrž právě naopak upevni duševní i tělesné sexuální zdraví. Moudrý český učitel tuto výchovu provádí už od imnulého století. Ted jde jen o to, aby jeho snahy doznaly institucionálního souhlasu. Podle výzkumu veřejného mínění s touto koncepcí souhlasí 95 % naší veřejnosti. Ty zbývající vyvolávají alespoň k zamýšlení.

V Praze dne 23. 1. 1995

Předsednictvo Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu
MUDr. Radim Uzel, CSc., výkonný ředitel

Dětské krizové centrum, jeho koncepce a činnost v péči o týrané, zneužívané a zanedbávané děti

Prof. MUDr. J. Dunovský, DrSc., a kol.

Relativní i absolutní nárůst zjištěného týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte u nás otevřel celou řadu problémů v komplexní péči o dítě, kde nebyla doposud řešena tak naléhavá a tíživá situace dětí ohrožovaných či poškozovaných násilím nebo nedbalostí. Vynutila si nutnost v péči o dětskou populaci hledat a nalézat účinné formy a způsoby, jak těmto dětem pomoci. Vycházejíce z našich dosavadních poznatků a zkušeností sociálně-pediatrických v naší poradně v Praze-Kři v letech sedmdesátých a opíraje se o zahraniční poznání a praxi v této oblasti jsme založili před více než dvěma roky při Dětském centru SOS dětských vesniček Dětské krizové centrum v Praze-Michli.

Toto pracoviště odpovídá ve svém pojetí a vlastní činnosti obdobným zařízením ve světě. V Dětském krizovém centru pracuje tým odborných pracovníků různých specializací. V návaznosti na další obory a disciplíny zúčastněné na péči o děti plní své úkoly ve smyslu pomoci týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem v souladu s doporučeními zdravotního výboru Rady Evropy. Ten mimo jiné požaduje zřizování takovýchto odborných útvarů pracujících 7 dní v týdnu a 24 hodin denně, jež by zásadním způsobem měly ovlivnit péči o děti trpící syndromem CAN (Child abuse and Neglect) v rámci celého systému péče a ochrany dětí a mládeže.

Toto naše pracoviště koresponduje také s neposledněji vznesenými požadavky Britské společnosti mentálního zdraví při prevenci CAN z konce minulého roku: vědomí co nejširší společnosti laické (a pro naše poměry třeba doplnit i odborné) veřejnosti o takovému ubližování dítěti, nutnost včasné detekce tohoto jevu a interdisciplinarity veškeré péče o děti s CAN.

Dětské krizové centrum bylo zřízeno se souhlasem Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a jeho provoz je jim z větší části finančně dotován.

DKC bylo budováno a pracuje na těchto principech a zásadách:

A) Z hlediska pojetí práce a jejích metod:

1. Komplexnost péče o dítě se v podstatě opírá o dnes již klasický pojem pedologie, nauka o dítěti a péče o ně. Skutečného rozvinutí dosáhla však v pediatrii, prosazující všestranný přístup k dítěti ve zdraví, ohrožení, nemoci a postižení v bezprostřední návaznosti na jeho prostředí, rodinu především.

2. Interdisciplinárnost péče. Tento požadavek vychází logicky z prvního a představuje rovnocennou účast všech zainteresovaných odborníků v poznávání i řešení dané problematiky, samostatně koordinované odpovědným pracovníkem za ten který případ. Zkušenosti nám ukázaly, že dosáhnout s úspěchem tohoto způsobu práce je jedním z nejtěžších úkolů, ale také pro dobrou práci takového zařízení nezbytných.

3. Kvalifikovanost pracovníků a jejich profesionalizace zaručují náležitou péči a minimum škod (a to i v rámci tolik nebezpečné sekundární viktimizace). Současně však dává i potřebný prostor pro účast dobrovolných pracovníků na této práci v patřičných rozměrech.

4. S tímto principem bezprostředně souvisí i připravenost, pohotovost a pružnost poskytovat náležitou pomoc potřebným dětem a jejich rodinám.

5. Ohrožené dítě a jeho rodina není jen objektem péče DKC a dalších orgánů a institucí, nýbrž se stává jejím subjektem s maximálním respektem k jeho právům a aktivní účastí na všech opatřeních a činnostech DKC vůbec.

6. S tím bezprostředně souvisí i další zásada práce našeho zařízení, a to je dobrovolnost klientů, na jejím základě spolupracuje s DKC. To současně zajišťuje maximální důvěrnost pro ně, pokud se ovšem projednávána problematika nedostane do závažné kontradikce se zákonem. Dětské krizové centrum však se této cestě kriminalizace daného případu snaží maximálně vyhnout.

7. Ve vlastní práci odnímat direktivní či represivní opatření a opírat se především o pomoc, podporu, radu nebo doporučení klientů na straně jedné, anebo odbornou pomoc žádajícími institucemi na straně druhé.

8. Chápat CAN jako složitý soc. problém především celé rodiny dítěte. Trestněprávní aspekt je jen jeden možný pohled na tento závažný spol. fenomén.

B) Z hlediska organizačního a metodického:

1. Základní složkou Dětského krizového centra je ambulantní část tvořená zmíněným interdisciplinárním týmem dětských lékařů, psychologů, sociologem, sociálními pracovníky a administrativní silou v celkové počtu 14 pracovníků. Tak je zde možno i nejsložitější případy řešit na principu hic et nunc, při zachování uvedených principů a požadavků. Důležitá je při tom

úzká vazba na terén především z hlediska podnětů přicházejících od centra zvenčí. Tedy od těch, kteří jsou přímo ohroženi nebo postiženi (dítě či jejich rodina). Anebo od těch, kteří pomoc chtějí zprostředkovat (sousedé) či na odborné úrovni zajistit (škola, oficiální orgány a instituce). Dětské centrum se ovšem v rámci své diagnostické i terapeutické aktivity obrací i ven, do terénu, opíraje se přitom i o principy případové a skupinové sociální práce.

2. Již na samém začátku naší činnosti bylo jasné, že je třeba pro dobrou diagnostiku a terapii CAN umístit dítě a někdy také i jeho matku do naší péče v podobě jakéhosi ústavního pobytu. Ten se nám podařilo zajistit alespoň v minimální podobě v týdenním stacionáři Diakonie pro mentálně postižené děti, s nímž sdílíme jednu budovu. Zkušenosti s těmito zatím převážně diagnosticky orientovanými pobyty (ale též urgentně azylovými) se ukázaly jako velmi dobré a co víc — pro dobrou činnost krizového centra jako nezbytné. Proto jsme navrhli jakýsi azylově terapeutický domov pro matku a dítě. Měl by splňovat všechny nároky na indikované krátkodobé i dlouhodobé péče i ústavního charakteru, jak v rovině diagnostické, tak v rovině terapeutické a rehabilitační. Sem by byly umísťovány děti i jejich matky ocitnulé se v jakékoli životní nouzi, především ohrožené či postižené týráním, zneužíváním, zanedbáváním.

3. Jakýmsi doplňkem či náhradou právě uvedeného požadavku našeho terapeutického úsilí alespoň pro děti je úzká spolupráce s léčebnárň, kde potřebným dětem zajišťujeme delší pobyt, časově však omezený v neutrálním prostředí. Jen výjimečně umísťujeme dítě v dětském domově. V indikovaných případech samozřejmě jej doporučujeme na dětské psychiatrické pracoviště.

4. Významnou složkou Dětského krizového centra je jeho tzv. **horká linka**, jejímž úkolem je především vyslechnout a zodpovědět nejrůznější dotazy dětí i dospělých a podle potřeby jim buď dát jednorázovou odpověď, či relevantní informaci nebo doporučení. Stále častěji se stává tato linka zprostředkovatelem pomoci těm nejzávažnějším či nejurgentnějším případům. Takto postižené je pak nutno zavést do Dětského krizového centra k vyšetření či zaplnění potřebného zásahu a pomoci. Vede děti volají stále častěji rodiče, příbuzní (babičky). Dále sousedé, kteří upozornili na různé ohrožení dětí v blízkosti (nutno říci, že stále méně anonymně). Častým zádatelům o komplexní vyšetření a terapii jsou orgány péče o rodinu a děti a v neposlední době pak policie v případech sexuálního zneužití.

Ve svém vlastním poslání se Dětské krizové centrum zaměřilo v prvé řadě na **klinickou práci**, diagnostiku, terapii a rehabilitaci konkrétních případů CAN, zvláště na řešení problematiky co do její formy, charakteru, urgentnosti a závažnosti. O tom chcí nyní podat zprávu.

Základní charakteristika práce a případů Dětského krizového centra:

Jak již bylo řečeno, naše činnost je především orientována na rychlou diagnostiku a intervenční ohroženého či postiženého dítěte CAN a samozřejmě jeho rodinu.

Tato pomoc a péče se realizují v podstatě ve třech základních rovinách:

1. Detekce, diagnostika a intervence u jednotlivých případů, kde se často musíme rychle orientovat v problému, potvrdit ubližování dítěti či jej vyloučit a hlavně v případě potřeby zabránit dalšímu ubližování a poškození dítěte a jeho rodiny. Dále jde o urgentní sanaci všech vzniklých škod a poruch v rámci široce pojaté první pomoci.

2. Druhá rovina pomoci dítěti s CAN je fáze rozsáhlého šetření všech okolností a souvislostí. Je prováděna všemi odborníky zaměřenými především na rodinu jako celek i jednotlivě její členy v procesu akce či reakce vůči dítěti zúčastněné ať jako abusor či jeho oběť, nebo jen jako svědek. Stanovuje se při tom komplexní terapie a zahajují se všechny potřebné její složky. Dítě při tom nesmí nikdy zůstat osamoceno a žije-li v kontroverzi s rodinou či nemá-li své blízké, musí mu pracovník DKC poskytnout emocionální podporu, pocit jistoty a bezpečí. Trvání této fáze je různé dlouhé, zahrnuje mnoho opatření, která velmi často přecházejí do třetí etapy.

3. Tato rovina je etapou dlouhodobého sledování dítěte a jeho rodiny a aplikace terapeutických a rehabilitačních opatření nejrůznějšího charakteru, především lékařské a psychologické (psychoterapeutické) povahy. Je to fáze i možných relapsů násilí na dětech, na něž nutno vždy myslet.

Ve všech závažnějších případech je nutno počítat s tím, že tato etapa nekončí nikdy.

Zvláštní klinické aktivity jsou spojeny s vyšetřováním dětí a jejich rodin k účelům vyžádaných nálezy příslušnými orgány a doporučeními, jak v té či oné situaci dítěte s CAN postupovat. Zde hlavně spolupracujeme s oddělení péče o rodinu a děti a také s orgány činnými v trestním řízení včetně vypracování odborných zpráv, popř. znaleckých posudků.

Od vzniku DKC jsme řešili za dva roky 502 případy a uskutečnili 2814 konzultací. Telefonických žádostí o pomoc bylo 738, což tvoří největší podíl našich klientů, jež máme či jsme měli v delší či kratší péči. I když byly úkoly pracovníků vymezeny pro řešení CAN, sešli jsme se s širším okruhem klientů. Jeden případ v podstatě představuje 4–5 osob. Vede těchto našich klientů je několik set případů, které se daly vyřešit jednorázově, poradou či odsláním na jiné spe-

dializované pracoviště. Zde byla prováděna akutní krizová intervence a další pomoc od nás už nebyla vyžadována. Naši vlastní dlouhodobou klientelu, tvořící za první dva roky naší činnosti oněch 502 případy, můžeme rozdělit do pěti diagnostických skupin:

Týrání dětí fyzickou formou a podezření na ně. Zahnuje 75 dětí z celkové počtu 502, tj. 15 %. Týrání se objevuje nejčastěji formou bití, kde je mnohdy těžké nalézt předěl mezi nadměrným trestáním a týráním. Toto je buď jednorázové, většinou s viditelnými následky, nebo dlouhodobé, s menší intenzitou, systematické, kdy následky bývají skryté. Většinou se o týrání dětí dovídáme po represivním hlášení v terénu, z hlášení společenství z blízkosti obydli těchto dětí nebo ze škol. Naše aktivita spočívá v akutní pomoci. Při těžších formách hledáme pro dítě neutrální prostředí, nejde o zprávy, a začínáme pracovat s rodiči, pokud je to možné. Snažíme se změnit jejich přístupy k dítěti. Velmi často se zde setkáváme s kombinací fyzického a psychologického týrání.

Psychické týrání dětí. Zahnuje 126 dětí a tvoří tak 25 % ze souboru. Největší část psychologického týrání se objevuje v porozvodových situacích. Zde dochází k hlubokým spoutím rodičů o dítě, kdy jeho prostřednictvím si bývalí manželé řeší své spory. Vážnou úlohu tu má ovlivňování dětí v prospěch jednoho z rodičů, tzv. popouzení, nepřipravování dětí na návštěvy s druhým rodičem a nakonec matení styku. Ale i rozvat rodiny s následným jejím rozpadem má silný dopad na psychiku dítěte a pravem do této skupiny náleží. Klienti této skupiny povětšinou zůstávají v naší dlouhodobé péči psychoterapeuta a jejich děti jsou zařazovány do skupinové terapie.

Ta se týká **sexuálního zneužívání dětí** a podezření na ně. Zde jde o 50 dětí, tj. 10 %. Téměř vždy je pachatel znám, bývá to buď někdo z rodiny, nebo z blízkého okolí. Týká se povětšinou dětí pod 12 let a postiženy bývají častěji holčičky (zhruba 4/5 holčiček a 1/5 chlapců). Formou bývá nejčastěji různé osahávání nebo orální a anální sex. Snažíme se o co nejcitlivější řešení, které zaznamenáváme na videozáznam, abychom dítě netraumatizovali opakovaným vyptáváním v souvislosti s dalším vyšetřováním a mohli se pak týmově k problematice vyjádřit. Můžeme pak při případném policejním či soudním jednání nabídnout naši dokumentaci, a když musí dojít k doplnění výpovědi dětí, doporučujeme tak prostřednictvím našeho psychologa.

Hrubě zanedbávání dětí je tvořena 88 dětmi, čili 17,5 % a zahrnuje děti ohrožené prostředím, děti, u kterých je doložena špatná péče rodičů nebo neschopnost rodičů pro výchovu ať vnou jejich osobnosti, či sociálním chováním, věkem nebo i onemocněním nejčastěji psychiatrickým. Často tyto děti nám bývají hlášeny jako děti týrané, ale toto se neprokáže. Zde nastupuje terénní spolupráce nejčastěji ve zdravotnické sféře, případně umístění dětí do internátních forem zařízení a spolupráce s rodiči s pokusem o správného výchovného přístupu k dítěti. Při negativním výsledku pak hledáme pro dítě jiné, adekvátní výchovné prostředí mimo jejich vlastní rodinu. Ústavní výchovu pokládáme za krajní řešení.

Ostatní problematika, s kterou se setkáváme v naší praxi. Tvoří ji 163 dětí, tj. 32,5 %. Jsou to většinou rodiče, kteří se na nás obracejí s žádostí o pomoc, a jejich problematika se týká postižených dětí, poruch chování u dětí, školních problémů šikany dětí, ať šikanovaných, nebo šikanujících, a nakonec i bytové problematiky. Velmi často se tyto problémy dotýkají až týraných či zanedbávaných dětí a téměř vždy problémových či dysfunkčních rodin.

Popsané skupiny dokumentuje následující tabulka:

říjen 1992—říjen 1994

	%	celkem
Týrání dětí fyzickou formou čini	15,0	75
Týrání dětí psychicky čini	25,0	126
Sexuální zneužívání a podezření na ně čini	10,0	50
Hrubě zanedbávání čini	17,5	88
Ostatní problematika čini	32,5	163
Celkem	100,0	502

Z dalších úkolů DKC je vypracovávání různých expertiz o situaci ohrožených dětí a návrhy na její řešení ať již pro centrální, regionální nebo místní, státní a samosprávné orgány a podílet se na vytváření koncepce péče o děti s CAN. Významná je i účast pracovníků centra při monitorování tohoto závažného jevu v populaci, rozpracovávání závažných teoretických otázek a problémů, hledání a nalézání dalších forem práce dětského centra v návaznosti na činnost všech dalších zúčastněných pracovníků péče o děti různých oborů i resortů.

S tím bezprostředně souvisí i výzkumná činnost v této oblasti a činnost vzdělávací. Jde o pořádání různých seminářů, školení, přednášek, kongresů apod. Jde také o spolupráci na úrovni mezinárodní, která je nemalá.

Závěr

Dětské krizové centrum v Praze 4-Michle znamená tedy nový kvalitativní přístup k modernímu řešení celé problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte u nás a to nejen svou vlastní klinickou prací v zájmu každého ošetřovaného dítěte a jeho rodiny, ale i prací výzkumnou, vzdělávací a expertizní s cílem najít a předat modelové přístupy a algoritmy vlastní činnosti práce na tomto úseku a v komplexní péči o dítě v nouzi vůbec.

Prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc.

Dětské krizové centrum

Na lánech/V zápoří 1250

141 00 Praha 4-Michle

tel./fax: 02/42 54 47, 61210612

(též jako «horká» linka)

Souhrn

Dětské krizové centrum v Praze 4-Michle bylo zřízeno jako první pracoviště určené pro řešení problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte u nás.

Hlavním jeho úkolem je klinická práce s takto trpícími dětmi opírající se především o komplexní interdisciplinární přístup v diagnostice, terapii i rehabilitaci a ovšem též o předcházení tohoto nepříznivého jevu v populaci.

Za dva roky práce byly řešeny 502 případy (průměrně s 3–4 klienty) při 2814 konzultacích. Nejčastěji se v klientele DKC objevilo tělesné a psychické týrání (40 %), hrubé zanedbávání v 17,5 % a sexuální zneužívání (v 10 % — s výrazným relativním nárůstem mezi 1. a 2. rokem práce centra). Ostatní problematika strádání dětí z nejrůznějších příčin (psychiatrické či jiné onemocnění rodičů, postižené dítě, dítě na útěku apod.) ve 32,5 %.

Vedle klinické práce se snaží DKC zobecňovat své poznatky, vzdělávat v dané problematice zainteresované pracovníky, podílet se na rozvoji koncepce péče o děti s CAN a její realizaci u nás.

Sexuální výchova učitelů

MUDr. Hana Fišková, MUDr. Otařej Trojan

Celá koncepce je zaměřena na základní problematiku implementace sexuální výchovy ve školách a výchovných zařízeních. Vychází z faktu, že ačkoliv učitelé a vychovatelé obvykle mají dobrý přehled o problematice HIV/AIDS i drog, málokdy jsou schopni tyto informace předat dále dostatečně efektivně.

Co chybí většinou nejvíce, je složka ovlivňující nejdůležitější determinanty chování cílových skupin (žáků a studentů), tj. sebevědomí ve vlastní znalosti, schopnost říci ne, rozhodovat plně o svém těle, otevřeně diskutovat apod.

Proto je třeba rozdílit od jiných obdobných kurzů, jakým je např. program Kamdea z NCPZ) složka informační omezena na podrobné tištěné materiály zabývající se jak odbornými, tak společenskými stránkami spojenými s epidemií HIV/AIDS a vlastní kurz probíhá formou intenzivního pokračujícího výcviku. Intenzita je mj. zajištěna dvěma kvalifikovanými lektory, kteří se věnují malé skupině frekventantů (10–15). Celý program v sobě spojuje prvky mapování vlastních postojů a vnitřních bariér s možností procvičování modelových situací a praktických dovedností.

Takové uspořádání umožňuje to, že mohou být nácviky komunikačních a jiných dovedností do dostatečné hloubky.

Výcvik je rozvržen do třech stupňů. Doporučený časový rozestup mezi jednotlivými stupni je 6–9 měsíců.

1. Stupeň I — úroveň pedagog — žák

Tuto fázi výcviku (24 h) je zaměřena zejména na nácvik komunikačních dovedností využitelných v praxi v hodinách prevence HIV/AIDS, zneužívání drog a nechtěného těhotenství. Nácviky modelových situací stejně jako konkrétní nápady k vyplnění hodin dodávají budoucím lektorům sebevědomí i metodu pro praxi.

2. Stupeň II — úroveň pedagog jako samostatný pracovník

V tomto stupni (20 h) frekventanti získají dovednosti zaměřené především na plánování osnov vlastní zdravotněpodpůrné práce na škole, kde pracují. Posilovány jsou rovněž schopnosti argumentace v rámci učitelského sboru k prosazení učebního systému vzdělávání. Dále se rozvíjejí

jž dříve získané znalosti. Tiskové materiály jsou adaptovány z «Guidelines» amerického SIECUS (Sexuality Information and Education Council of The United States). Tento materiál, z něhož vycházel např. i MUDr. Mellan a MUDr. Brzák při tvorbě svých lezí, nabízí okruhy témat k probírání dle jednotlivých věkových skupin žáků či studentů.

3. Stupeň III — úroveň školitelů lektorů

Tento stupeň je fakultativní nástavbou pro ty frekventanty, kteří chtějí ve svém regionu školit své kolegy. Je předávána metodika pro organizaci těchto kurzů i obšírné tiskové materiály. Třetí stupeň je rozdělen na dvě fáze:

III a) fáze skupinová (18 h)

V této části postupně frekventanti ve skupině předkládají svoji samostatnou práci, tj. program pro dospělé v trvání 45–90 min. Ziskávají zpětné vazby a inspiraci k další práci

III b) fáze individuální (24 h)

Absolventi doplňují lektorský tým a pod supervizi vedou jednotlivé programy 1. nebo 2. stupně. Na závěr získávají statut regionálního školitele.

Organizace

Kurzy v Praze technicky zajišťuje Pragouniversa, s. r. o.

Osvědčilo se též pořádání kurzů mimo Prahu (Blansko, Olomouc, Havířov, Brno), zájem přeskupuje možnosti lektorů.

Účast

Od září 1993 do konce srpna 1995 prošlo 1. stupněm výcviku 278 frekventantů, 2. stupněm 76 a zatím jen jedenkrát se uskutečnil 3. stupeň s 15 účastníky.

Lektorské zajištění

Lektři jsou pracovníky Sexuologického ústavu 1. LF UK Praha a Centra pro prevenci HIV/AIDS při Poliklinice Klimentská, Praha 1.

Všichni lektoři prošli výcvikem ve skupinové psychoterapii a tuto okolnost považují za velice významnou pro možnost kvalitní práce.

Kompendium sexuální výchovy — jedno z možných řešení

PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc.

V roce 2000 se podle analýz UNESCO předpokládá, že v důsledku dalšího šíření pandemie AIDS zemře nebo zcela osíří na 10 milionů dětí. Tento údaj, který je sám o sobě dost varující, není třeba komentovat. Současně však je dostatečně důležitým argumentem k tomu, že doba neposkytuje dost času na ověřit typy, co, kde, kdy, proč apod. by se mělo dělat, ale především, CO se již udělalo a CO se v nejbližší době konkrétně udělá.

Malá inventura

Jestliže ještě v roce 1993 na konferenci, která se uskutečnila v Pardubicích s názvem «Cíle a poslání sexuální výchovy v České republice» bylo v jednom z přednesených referátů mimo jiné konstatováno, že «zvláště sexuální výchova stále patří k opomíjeným otázkám výchovy»(1), pak dnes můžeme konstatovat určitý posun v přístupech k řešení celé problematiky. Sexuální výchově se dostává na stránkách masmédií prostor pro rozličné polemiky, uskutečňují se semináře, přednášky, vydávají se populárně-naučné publikace atd. Klesá také počet těch, kteří se stavějí kategoricky proti realizaci sexuální výchovy. Přednětlem diskusi se stává v poslední době otázka garanta této složky výchovy, zda jím má být opravdu škola, nebo rodina, a dále pak způsob konkrétní realizace.

K dalším pozitivním jevům patří také skutečnost, že došlo k mnohem širšímu pohledu na sexuální výchovu. Sexuální výchova již není jednostranně pojmována pouze jako prevence proti AIDS, případně jako nástroj k zabránění sexuálnímu zneužívání dětí, i když priorita v uvedených směrech je nezbytně nutná. Akutněji věnování pozornosti posledně uvedené oblasti může ilustrovat následující příklad. Podle anonymního dotazníkového šetření(2) uvedla každá třetí dotazovaná, že byla v dětství sexuálně zneužívána. «Sexuální zneužívání se nejčastěji dopustila osoba v příbuzenském vztahu k dítěti: Polovina případů se odehrála doma, každý pátý případ na letním táboře, každý desátý ve škole. Více než polovina respondentek pokládala tělesné dotyky za nepřijemné.» S tím souvisí i velice složitá a z hlediska «zakotvení» do hodnotového systému a vzorců chování dlouhodobá záležitost. Přes permanentní oslovování všech, zejména pak rizikových skupin a věkově nejmladších kategorií, došlo sice k nárůstu informovanosti, ale přechod

do roviny konativní vyžaduje přece jen více času a komplexnější přístup. S uvedením pohledem souvisí i snaha komplexněji se dívat na problematiku sexuální výchovy, zejména v souvislosti s používáním drog, s konzumací alkoholických nápojů apod.

Dál přetrvává zájem masmédií zvláště o informace, které se týkají trestné činnosti se sexuálním podtextem. Takové informace jsou s oblibou vyhledávány a prezentovány a s nemenším zájmem čtenářů i přijímány. Není třeba diskutovat o tom, že právě mnohé z těchto informací výraznou měrou globálně formují názory a postoje nejen samotných dospělých, ale v neposlední řadě i dětí a mládeže. Už samotné publikované informace dokládají, že již několikaletá snaha o nápravu má před sebou ještě velký kus cesty.

Rozhodující pro společnost je sexuální chování. Výsledky některých průzkumů hovoří jasnou řečí čísel a do její míry působí některá zjištění dosti nelichotivě. Podle průzkumu Institutu dětí a mládeže při Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy ČR by sexuální služby (tím se myslí prostitutek) bylo ochotno poskytnout 5 % dotázaných žen ve věku 15–25 let. Další 15 % takovou situaci připouští ve výjimečných případech.⁽³⁾ Uvedené výsledky můžeme velice zjednodušeně interpretovat také tak, že přibližně každá pátá žena má «sklon» k partnerské nevěře. Sexuální výchova musí k takovým zvláštnostem přihlížet a vycházet z nich při samotné realizaci.

Lze také s určitou nadšárkou konstatovat, že masmédiální i knižní trh je částečně nasycen přemírou informací z oblasti erotiky. Na druhé straně nepoklesl zájem o výrazně specifické informace z oblasti lidské sexuality ze strany věkově nejmladších adresátů. Na tento stav lze usuzovat podle analýzy čtenářských rubrik dotazů a odpovědí. Jednoznačně došlo k nárůstu zájmu o «otevřenější» informace (viz např. časopis Ty a já). Právě této skutečnosti i «kladného» vztahu sexuální tematiky a masmédií lze v plné míře využít v rámci sexuální osvěty.

Co chybí?

Konkrétně vymezit, jaké bude poslání školy v oblasti sexuální výchovy. Škola jako jediná instituce může oslovit «plošně» celou populaci, což nepochybně patří k jejím velkým přednostem. Může tak učinit v co možná nejkratším čase. I přes všechny další přednosti, jako například profesionální přípravu pracovníků, didaktické dovednosti apod., zůstává ve finále hlavním garantem sexuální výchovy rodina. Co tedy může garantovat škola? V této souvislosti je třeba souhlasit s následujícími tezími Nováka T.: «1. Škola může nabídnout jen informační servis. Výchova byla, je a bude především věcí rodiny. 2. Látka o sexualitě má být do výuky zařazována po dohodě s rodiči. 3. Sexuální výchově na školách mohou rodiče zabránit. Nemožnou ovšem zabránit tomu, aby jejich děti nepřišli do styku s tzv. pseudoerovou osvětou. To je vulgárními nápisy, výroky, posturky atd. Ta všem informovaného člověka z míry nevyvede.»⁽⁴⁾

Vedle celé řady subjektivních příčin, které svým způsobem zabraňují úspěšné a hlavně účinné realizaci sexuální výchovy v praxi, patří i příčiny objektivní povahy. Hodně upomínána je oblast teorie. Dochází převážně k monitorování skutečnosti, publikování získaných poznatků. Chybí vymezení samotného cíle sexuální výchovy na základě široké diskuse, stanovení dílčích etapových cílů, vymezení podmínek, prostředků, principů atd.

To je několik objektivních příčin k tvrzení, proč k těm nejmarkantnějším nedostatkům v současnosti patří především absence ucelené koncepce sexuální výchovy. K tomu se přiznává značná rozdílnost názorů na konkrétní realizaci a tím i správnost volby nejoptimálnější strategie a taktiky. V neposlední řadě zde chybí metodické rozpracování samotného obsahu sexuální výchovy.

Na základě poznatků z praxe se jeví jako nejslabší články v celém systému sexuální výchovy absence souhrnného materiálu snadno aplikovatelných metodických postupů. Prostředek, pomocí něhož by bylo možné překlenout počáteční rozpaky a nejistotu rodičů a učitelů, může mít podobu tzv. kompendia sexuální výchovy. Koncipované kompendium představuje ucelený soubor relativně samostatných didaktických nástrojů určených k naplnění cíle sexuální výchovy a celkem by měl současně pojíman jako rukověť lektora, učitele, rodiče aj.

Kompendium — první krůček

Jedním z prvních a také nezbytným předpokladem pro vypracování uvedeného kompendia je vymezení cíle, prostředků a obsahu. Cílem sexuální výchovy se stává vedle získání základních znalostí stav, kde jednotlivé subsystémy jsou přes svojí relativní samostatnost propojeny (např. terminologicky, odkazy, jednoty po formální stránce apod.).

Koncepce kompendia sexuální výchovy

1. Úvod do sexuální výchovy

Jedná se o základní učební text koncipovaný v několika rovinách, jednak pro rodiče, učitele, ostatní výchovně pracovníky, ale také pro jednotlivé věkové kategorie (mladší žáci, starší žáci,

mládež. Posláním učebního textu je podílet se na vytvoření globálního pohledu na celou oblast, umožnit samotným adresátům základní orientaci v problematice a umět si individuálně nalézt odpověď na jakoukoliv otázku.

2. Slovník základních pojmů z oblasti sexuální výchovy

Ne pro všechny adresáty je nepřístupnějším a současně i nepřijatelnějším zdrojem informací verbální projev. V takovém případě spočívá jedno z možných řešení v nalezení vysvětlení, objasnění daného výrazu ve slovníku základních pojmů z oblasti lidské sexuality.

Slovník nejfrekventovanějších výrazů musí být zpracován v intencích pedagogického použití, tzn. využití schémat, přehledů, příkladů, statistických údajů apod. Koncipování takové publikace by mělo odpovídat rozdílným věkovým kategoriím adresátů, tzn. upřednostnit srozumitelnost samotného textu.

3. Pracovní sešit

Pro potřeby výuky, jako např. procvičování, ověřování si správnosti pochopení daného pojmu, při řešení modelových situací, pro práci ve skupinách apod., může především pedagogovi (lektoru, vychovateli) pomoci pracovní sešit. Jedná se o prostředek, který je úzce vázan na učebnici «Úvod do sexuální výchovy» a jen ve výjimečných případech budou s ním pracovat samotní rodiče.

4. Soubor metodických námětů, postupů a pomůcek k sexuální výchově

Specifikum «souboru» spočívá v tom, že musí zahrnovat nejen vyučovací metody, ale i metody výchovné, které jsou mnohem méně propracované než první okruh metod. Současně existuje i trend, který předpokládá sexuální výchovu jako samostatný vyučovací předmět. V současné době, ač to zní paradoxně, neexistují v podstatě žádné překážky pro zavedení takového předmětu odpovídající objektivním potřebám každého jedince, také soubor dovedností a návyků, vytvořením systémů hodnot, normy a vzorce chování, které obsahují prvky lidské sexuality a nejsou v přírodním rozporu s etickými normami, hodnotami a vzorci chování převládajícími v dnešní společnosti. Přestože se nejčastěji sexuální výchova aplikuje na vztah muže a ženy, musíme v rámci široké koncepce připouštět i jiné vztahy, odlišnosti, jako například homosexuální vztahy. Klíčovým heslem se tak stává tolerance a uplatňování asertivního chování v komunikaci mezi lidmi. K dalším základním prostředkům sexuální výchovy patří rodina a škola. Při četných polemikách se vedou boje o priority toho kterého prostředku. Požadavky a potřeby praxe a to celkem v přirozeném pořadí: rodina — škola — kamarádi. Koncepce kompendia musí vycházet všem uvedeným prostředkům. Obsah sexuální výchovy je zdaleka zpracován v uceleném a kompletním dokumentu, který nese název «Návrh náplně soustavné sexuální výchovy na základních a středních školách» od autorské dvojce Melán — Brzek (5). Druhým nesmírně náročným úkolem je vytvořit v první řadě dostatečně širokou škálu metodických nástrojů, pomůcek, které by vzhledem k věkovým a individuálním zvláštnostem byly přístupny právě dané věkové kategorii. Takový přístup je nepochybně správný a společensky žádoucí, ale je i akceptovatelný většinou výchovně-vzdělávacími činiteli. Ojedinelé pokusy o konkretizaci (např. vyhotovení transparentních fólií na zpětný projektor, teze přednášek, výukový program na PC aj.) jsou k dispozici, ale chybí ucelený didaktický prostředek.

Proto se naším cílem musí stát vypracování kompendia pro sexuální výchovu. Aktuálnost konkrétního, ne proklamativního řešení vyžaduje v ngorózně vymezeném časovém prostoru vypracovat aplikovatelné metodické postupy pro jednotlivé tematické okruhy. Přístupnou formou zpracovat nejfrekventovanější termíny, připravit učební texty, pracovní sešity k sexuální výchově na základní a střední škole. Současně je třeba jednotlivé součásti kompendia zpracovat ve třech obsahově shodných rovinách, a to pro rodiče, dále pak pro učitele, vychovatele, lektory a v neposlední řadě i pro samotné děti a mládež.

Nástin představy kompendia

Kompendium sexuální výchovy musí mít jednotný didaktický systém výuky. Není ani problémem koncipovat obsah, vymezit cíle, soubory doporučených metod apod., to vše dnes není tím rozhodujícím problémem, zásadní otázkou se jeví paradoxně hodnocení (klasifikace) v takovém předmětu. To bude nepochybně i jeden z důvodů, proč se poměrně početná skupina pedagogických pracovníků přiklání k poznání, že sexuální výchova musí prolínat téměř každým vyučovacím předmětem a stát se tak nedílnou součástí celého systému výchovy a vzdělávání.

Úkolem několika námětů, jak využít tematiku AIDS v jednotlivých vyučovacích hodinách.

V hodinách matematiky, při probírání tematického celku Procenta, je možné při procvičování typových příkladů vypočítávat nárůst osob infikovaných HIV za jeden rok.

V hodinách zeměpisu pomocí slepé mapy a s využitím barevné škály vyznačit hlavní ohniska HIV/AIDS ve světě

V hodinách dějepisu rozšířit znalosti o významných objevch K. Kolumba i o jednu věc, pro-
díle které byla do Evropy importována jiná pohlavně přenosná choroba — syfilis.

V hodinách výtvarné výchovy lze vytvářet náměty na plakáty k tématu «Boj proti AIDS» atd.
V hodinách českého jazyka a literatury vést etické rozhovory nad problematikou vztahů mezi
lidmi, drogové závislosti atd.

V hodinách občanské nauky je možné vést etické rozhovory nad celou řadou otázek majících
vztah k sexualitě, promítnout videonahrávku, uskutečnit besedu s odborníkem (sexuolog, psy-
cholog, právník atd.).

Vzhledem k poměrně věkové «rozptýlenému» spektru adresátů musí obsahovat soubor i ná-
měty motivační povahy (např. doplňovačky, skryvačky, osmišměrky, pexeso, křížovky apod.) pro
mladší věkové kategorie, pro starší pak např. ukázky příběhů osob postižených AIDS, statisti-
cké přehledy nárůstu osob infikovaných AIDS atd.

V poslední době došlo na našem knižním trhu k určité exploataci publikací převzatých ze za-
hraničí. Inspirativní přínos je nepochybný, ale v této souvislosti je třeba upozornit, že nejde bez
znalosti specifik českého chlapce a dívky transponovat metody a metodické postupy z ciziny,
a to i přesto, že se plně v tamních podmínkách osvědčily. Účinnost byla dosažena na vzorku ad-
resátů navzdělých na jiný způsob výchovné práce, odlišné je společenské klima, příprava profes-
ionálních pedagogických pracovníků, postoj rodičů k realizaci sexuální výchovy atd.

Samotné zpracování kompéria nevyřeší problém sexuální výchovy. Další součástí celého
systému se mohou stát odpovědní a profesionální pracovníci na úrovni jednotlivých okresů (pří-
padně regionů), kteří by garantovali metodickou pomoc všem žadatelům.

Misto závěru

Sexuální výchova jako součást globální výchovy musí být do celého výchovně-vzdělávacího
systému začleněna velice citlivě. Plně to odpovídá povaze dané složky výchovy a jejího významu
pro další harmonický vývoj. Zezela se proto ztotožnit s názorem odborníků, že «cílům účinně pro-
váděné sexuální výchovy není strach. Pouhá epidemiologická fakta, většinou již dostatečně zná-
má, vyvolávají již sama o sobě až příliš mnoho strachu. Přitom je ovšem skutečností, že lidé tu-
to pravdu znát musí. Strach pramenící ze znalosti faktů může posloužit jen jako motivační čini-
tel, který povede k tomu, že lidé projeví zájem, potřebnou pozornost a ochotu podle doporuče-
ní sexuální výchovy modifikovat své sexuální chování. Sama sexuální výchova nesmí strach
stupňovat, ale naopak jej z lidí snímat.»(6)

Odkazy:

1. Trautner, V.: Sexuální výchova na základní škole jako součást výchovy k partnerství, manželství a rodi-
čovství.
In: Sborník. Cíle a poslání sexuální výchovy v České republice, Pardubice, 1993, str. 6.
2. Publikované výsledky sondy, kterou formou anonymních dotazníků realizovali odborníci 3. lékařské fa-
kulty Univerzity Karlovy a ze Státního zdravotního ústavu v Práci 15. 1. 1995.
3. Sex v Čechách ze zvědavosti i z lásky začíná nejčastěji u zkušenějších partnerů. (Hospodářské noviny,
zpracováno podle pramenů MSMI a ČTK, archiv autorů)
4. Novák, T.: Mladá fronta Dnes, 20. 2. 1995.
5. Mellan, J. — Brzek, A.: Návrh náplně soustavné sexuální výchovy na základních a středních školách.
Publikováno například v Učitelových novinách z 22. dne 30. 5. 1995, dále pak Česká škola aj.
6. Brzek, A. — Hubálek, S. — Procházka, I.: Prevence AIDS ve školní sexuální výchově IUIVPP, Praha,
1990.

Nové trendy ve vývoji plodnosti a potratovosti v České republice po roce 1990

MUDr. Jiřina Kocourková

Porod a potrat představují dva možné způsoby ukončení těhotenství, jinými slovy řečeno, po-
rodem rozumíme realizaci chťeného těhotenství a umělým potratem odvrácení narození nechtě-
ného dítěte a tím regulaci počtu dětí. Zatímco rození dětí je považováno za přirozený projev lid-
ské reprodukce, názory na potraty vždycky byly a dosud zůstávají nejednotné, což se odráží
i v nízké pozornosti, jaká je studiu potratovosti věnována. Oba jevy lze zkoumat z různých po-
hledů, a to z hlediska gynekologického, demografického, sociologického, psychosociálního, práv-
ního či filozofického. Tento příspěvek si klade za cíl objasnit demografické souvislosti vývoje

úrovně plodnosti a potratovosti české populace v kontextu společenských změn po listopadu 1989.

Analýza plodnosti populace nabývá na významu v 19. století, v době nástupu výrazného poklesu úrodné plodnosti. Se studiem potratovosti se začalo mnohem později, přestože potraty jako jeden z prostředků omezení velikosti rodiny s poklesem plodnosti bezprostředně souvisely. V České republice bylo zjišťování počtu potratů znemožněno tím, že až do roku 1950 bylo podle trestního zákona každé násilné ukončení těhotenství trestné. Od roku 1950 bylo povoleno provádět umělé přerušení v odborných zařízeních, ale jen ze zdravotních důvodů. Demografové se o problematiku potratovosti začali více zajímat až od roku 1958, kdy vstupala v platnost nová právní úprava umožňující provedení interrupce i ze sociálních důvodů, a to na žádost ženy. Tehdy se nárůst počtu interrupcí projevil v prudkém poklesu plodnosti žen a úroveň potratovosti tím nabyla charakteru významné reprodukční ztráty populace.

Žda je výsledkem ukončení těhotenství porození dítěte či potrat, je potřeba z hlediska právního a statistického přesně definovat. Podle mezinárodní definice žive narozeného dítěte platné od roku 1965 jsou teoretickým kritériem pro rozlišení žive narozeného dítěte od potratu projevené známky života plodu. Kritéria délky těhotenství používáme pouze u mrtvě narozeného plodu. Za potrat se považuje každý mrtvě narozený plod do 28. týdne těhotenství nebo, nelze-li délku těhotenství určit, do hmotnosti 1000 g a do délky 35 cm. Rovněž je nutno z demografického hlediska rozlišit pojmy «plodnost», «plodivost», «neplodnost» a «bezdětnost». Schopnost muže, ženy, resp. páru, rodit děti se nazývá plodivost, zatímco plodnost je míněn skutečný efekt plodivosti, tj. počet narozených dětí. Pod pojmem bezdětnost rozumíme buď fyziologickou neplodnost, nebo záměrnou snahu páru nemít děti. Konečně je třeba zmínit, že česká statistika rozlišuje tři druhy potratů, potraty na žádost (interrupce), samovolné a ostatní (nezjištěné povahy).

Tab. 1

Plodnost a potratovost v letech 1990–1994

	1990	1991	1992	1993	1994
Narození žvoté	130 564	129 354	121 705	121 025	106 618
úhrnná plodnost	1,89	1,86	1,72	1,67	1,45
průměrný věk matek při prvním porodu	22,47	22,43	22,51	22,61	—
počet žive narozených	8,6	9,8	10,7	12,7	14,6
interrupce	107 120	102 124	93 435	69 398	53 374
interrupce na 100 narozených	81,7	79,4	76,5	57,1	50,2
podíl interrupcí ze zdravotních důvodů (v %)	8,8	8,6	11,0	22,7	—
úhrnná umělé potratovost	1,49	1,44	1,31	0,96	—
úhrnná intenzita ukončených těhotenství	3,60	3,51	3,21	2,81	—

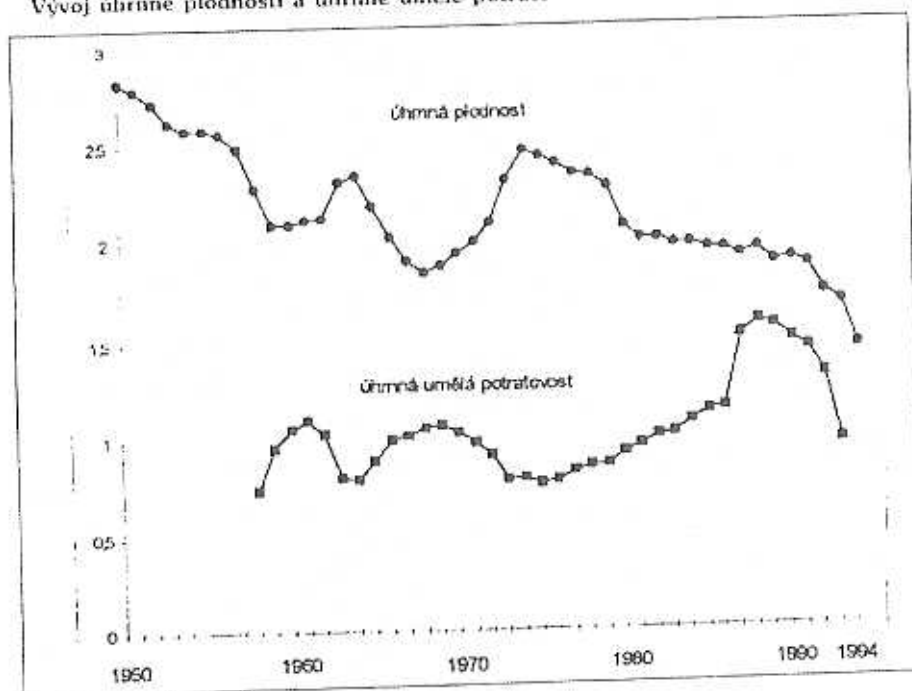
Zdroj: Populační vývoj České republiky 1994.

Rychtaříková (1995)

Pozn. Údaje o potratech se týkají žen s trvalým bydlištěm na území ČR, mimoškolní těhotenství nejsou zahrnuta.

Populace České republiky se na konci 80. let vyznačovala jak vyšší úrovní plodnosti, tak především vysokou úrovní umělé potratovosti. Změna politického klimatu a s tím související změny v ekonomické a sociální oblasti vytvořily na počátku 90. let předpoklady pro nový režim demografické reprodukce, což se výrazně odrazilo v prudkém poklesu intenzity plodnosti a indukované potratovosti (tab. 1). Nejvýstižněji je tento proces popsán hodnotami úhrnné plodnosti, úhrnné umělé potratovosti a úhrnnou intenzitou ukončených těhotenství (ukončená těhotenství: žive a mrtvě narození, potraty), jež určují průměrný počet žive narozených dětí, resp. interrupcí, resp. těhotenství, připadajících na jednu ženu během celého jejího reprodukčního období za předpokladu, že by těchto 35 let zůstala zachována současná úroveň plodnosti, resp. potratovosti. Graf 1 znázorňuje závislosti vývoje úhrnné plodnosti a umělé potratovosti od roku 1950 a lze na něm dokumentovat zlom, ke kterému došlo v roce 1990. Až do konce 80. let obě křivky vykazují protichůdný pohyb a jednotlivé výkyvy souvisely se změnami v populačním klimatu (zavádění opatření populační politiky, zpřísňování či uvolňování praxe interrupčních komisí). Pokles úrodné plodnosti se odrážel v růstu intenzity umělé potratovosti a naopak. Přestože se oba efekty z velké části vyrovnávaly, průměrný počet těhotenství na jednu ženu se nepatrně zvýšil z hodnoty 3,3 v roce 1958 na 3,7 v roce 1988.

Graf 1
Vývoj úhrnné plodnosti a úhrnné umělé potratovosti v letech 1950–1994



Zdroj dat: V. Šrb (1995)

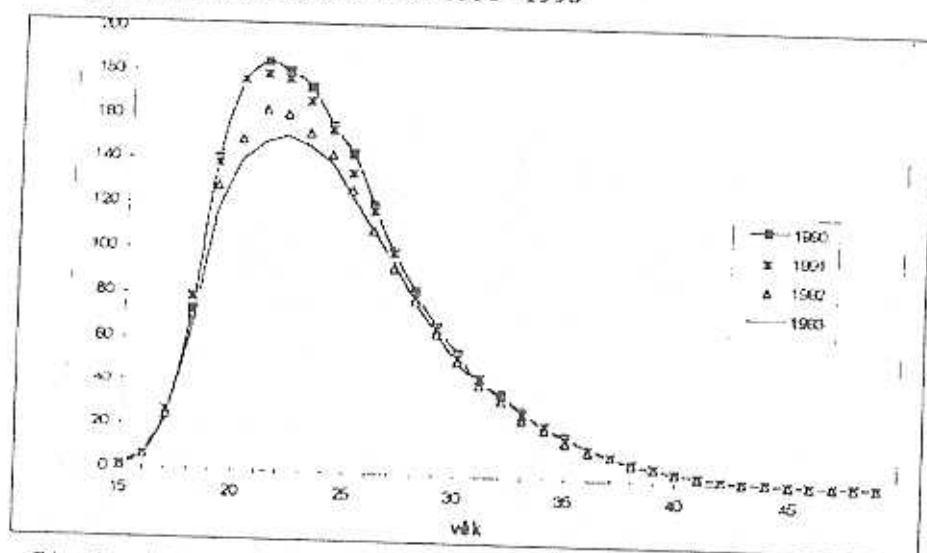
Na tomto přírůstku měly zásluhu interrupce, neboť jak úhrnná plodnost, tak úhrnná samovolná potratovost z dlouhodobého pohledu klesaly. Ženy stále více spoléhaly na možnost umělého přerušení těhotenství a tím stagnoval rozsah používání antikoncepce (Kučera, 1994). Na počátku 90. let došlo k zásadnímu obrátu, kdy pokles plodnosti již není doprovázen růstem potratovosti, ale poklesem, ba dokonce snížením úrovně potratovosti v roce 1993 bylo proti roku 1990 trojnásobně větší než pokles úrovně plodnosti. Bezprostřední příčinou bylo rozšíření moderních antikoncepčních metod a jejich snadnější dostupnost. Uplatnilo tím mnoho nechtěných těhotenství. Rychlost, s jakou zmíněný proces nastoupil, jen dokumentuje, jak velké rezervy existovaly v osvětě i v dostupnosti spolehlivých antikoncepčních prostředků. Průměrný počet živě narozených dětí jedné ženě poklesl z hodnoty 1,89 v roce 1990 na 1,45 v roce 1994. I přes značný pokles úrovně potratovosti v roce 1993 by na jednu ženu v průběhu celého jejího reprodukčního období připadala téměř jedna interrupce. Výrazné změny zaznamenaly i některé strukturální ukazatele plodnosti a potratovosti, proto je nejprve uveden rozbor demografických podmínek na konci 80. let a pak analýza vývoje obou demografických jevů v první polovině 90. let.

Charakteristickým rysem dřívějšího reprodukčního chování byla vysoká intenzita plodnosti na začátku reprodukčního období společně s koncentrací plodnosti do úzkého věkového rozpětí. Nejvyšší plodnost zaznamenávala trvale věková skupina 20–24letých žen, rovněž míry plodnosti 15–19letých žen dosahovaly na evropské poměry vysokých hodnot. Koncentraci plodnosti do začátku reprodukčního období ženy dokumentovala skutečnost, že 86 % dětí se rodilo ženám do věku 30 let. Dalším specifickým české populace byl nízký podíl bezdětných žen a orientace na dvoudětný model rodiny. Průměrný věk matky při narození prvního dítěte patřil k nejnižším v Evropě, v roce 1990 dosáhl hodnoty 22,5 roku. Druhé dítě se rodilo v průměru již za 3,1 roku po prvním dítěti. S vysokou úrovní plodnosti 15–19letých žen souvisela vysoká hodnota uka-

zatele předmanželských koncepcí a nízký podíl narozených mimo manželství. V roce 1990 se z celkového počtu prvních dětí v manželství narodilo 54 % do 8 měsíců od sňatku. Někteří mladí lidé vědomě vyčkávali se sňatkem až do doby těhotenství snoubenky, avšak lze předpokládat, že většina předmanželských koncepcí byla důsledkem nízké úrovně používání antikoncepce. Relativně vysoká plodnost žen v nejmladších věkových skupinách reprodukčního věku byla proto u nás z větší části vykazována jako manželská plodnost, zatímco v jiných zemích Evropy zvyšovala plodnost mimomanželskou. Podíl narozených mimo manželství dosáhl v roce 1990 pouhých 8,6 %.

K vysoké úrovni umělé potratovosti v České republice přispívaly především vdané ženy ve věku 20–29 let na rozdíl od některých vyspělých států v Evropě, kde nejvíce interrupcí je prováděno nevdaným ženám. Předčasné těhotenství, způsobené především nedostatečnou informovaností i omezenými možnostmi účinné kontracepce, řešily mladé dívky v České republice spíše sňatkem než interrupcí. Svobodné ženy se na interrupcích podílely v roce 1990 pouze 17 %. Největší podíl na interrupcích trvale zaznamenávaly vdané ženy, v roce 1990 tento podíl dosáhl 74 %. Mladí manželé, u kterých lze předpokládat vysokou frekvenci pohlavního soužití a tím i větší pravděpodobnost koncepcí, nevěnovali této otázce náležitou pozornost. Teprve zkušenost s těhotenstvím, které již bylo z hlediska plánovaného počtu dětí nechtěné a které většinou končilo umělým přerušením, přimulo vdané ženy zajímat se o spolehlivou antikoncepci. Zatímco z prvních těhotenství vdaných žen končila interrupcí jen minimální část, při dvou dětech převážij interrupce nad narozenými dětmi neboť pravděpodobnost interrupce je vyšší než pravděpodobnost narození třetího dítěte (Kučera, 1994). Interrupce se stala rozšířenou metodou omezování počtu dětí v rodině na dvě. Uvedená skutečnost měla za následek, že v roce 1990 se v populaci vyskytovalo jen 20 % žen, které nikdy nezažádaly o umělé přerušení těhotenství (Rychtářková, 1995). Celkový obraz o úrovni indukované potratovosti ještě dokresluje údaj o podílu interrupcí provedených ze zdravotních důvodů, v roce 1990 dosahoval jen 8,8 %.

Graf 2
Míry plodnosti podle věku v letech 1990–1993

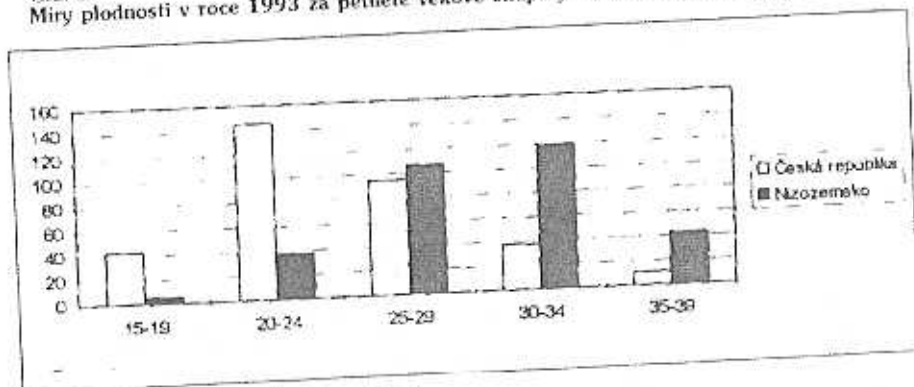


Zdroj: Populační vývoj České republiky 1994

Od počátku roku 1990 se reprodukce populace realizuje v nových a naprosto odlišných podmínkách. Zásadním rozdílem byl na jedné straně vznik nových příležitostí seberealizace mimo rodinu a na druhé straně oslabení sociálních jistot zůstát pro rodiny s dětmi. Tyto změny zasáhly především mladou generaci vstupující na počátku 90. let do reprodukčního období. Graf 2 znázorňující vývoj rozložení měr plodnosti podle věku naznačuje, že nejvíce poklesla intenzita

plodnosti u žen ve věkové skupině 20–24 let. Analýza manželské plodnosti podle pořadí narození potvrdila, že na celkovém poklesu úrovně plodnosti se nejvíce podílelo snížení plodnosti prvního pořadí (Rychtaříková, 1995). Mladé ženy začaly zakládání rodiny odkládat do vyššího věku, zatímco starší ženy si zachovaly předchozí charakter reprodukčního chování. Změna v časování porodu, kterou vdané a bezdětné ženy nastohly, však s sebou nese riziko, že část «odložených» dětí se vůbec nenarodí. Srovnání měr plodnosti podle věku s populací Nizozemska naznačuje směr budoucího vývoje (graf 3). První fáze charakterizovaná prudkým poklesem plodnosti v mladších věkových skupinách nad 25 let a 15–19 let) bude vystřídána pomalým nárůstem plodnosti ve vyšších věkových skupinách nad 25 let. Tato druhá fáze se bude vyznačovat postupným zvyšováním průměrného věku matek při narození prvního dítěte. V porovnání s Nizozemskem, kde průměrný věk matek při prvním porodu dosáhl v roce 1993 hodnoty 28,3 roku, Česká republika s hodnotou 22,6 stále výrazně zaostává. V součtu 1993 hodnoty 28,3 roku, Česká republika s hodnotou 22,6 stále výrazně zaostává. Podíl bezdětných vislostí s poklesem počtu prvorozených dětí nabývá na významu bezdětnosti. Podíl bezdětných žen vzrostl z 10 % v roce 1990 na 25 % v roce 1993 (Rychtaříková, 1995). Do popředí zájmu se v posledních letech dostala opět legitimita narozených dětí. Na poklesu úrovně plodnosti se podílejí pouze vdané ženy. Plodnost nevdaných žen naopak stoupla a tím vzrostl podíl dětí narozených mimo manželství z 8,6 % v roce 1990 na 14,6 % v roce 1994 (zvýšení o 70 %). V porovnání se Švédskem, kde tento podíl dosáhl v roce 1993 hodnoty 50,4 %, patří Česká republika stále ještě mezi země s nízkou hodnotou daného ukazatele. Vysoká frekvence předmanželských koncepcí zůstává stále doménou české populace, neboť hodnota ukazatele neznamenala žádných změn. Nadále platí, že každá druhá nevěsta se vžívá těhotná. Uvedený jev zřejmě souvisí se stále vysokou plodností v nejmladší věkové skupině 15–19 let.

Graf 3
Míry plodnosti v roce 1993 za pětileté věkové skupiny v České republice a v Nizozemsku



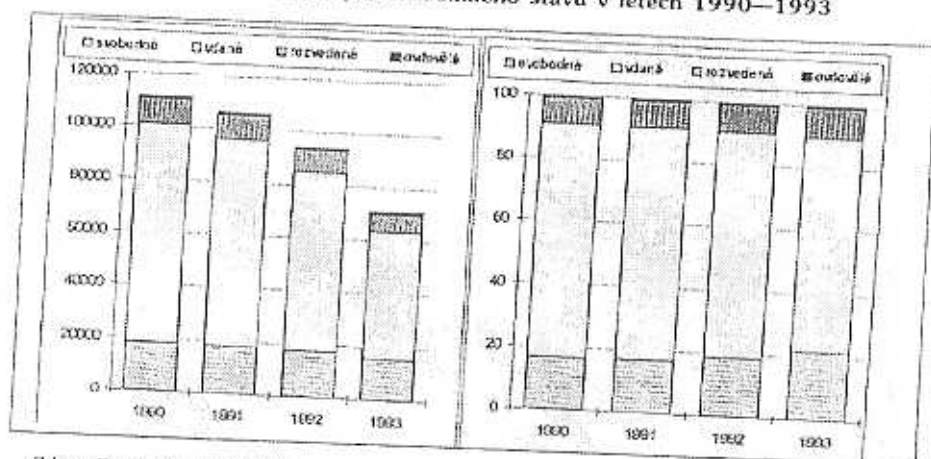
Zdroj: Populační vývoj České republiky

Prudký pokles úrovně umělé potratovosti se projevil ve snížení počtu interrupcí v roce 1994 na polovinu počátečního stavu v roce 1990. Tento nesmírně příznivý pokles byl jen začátkem dlouhé cesty k dosažení úrovně potratovosti západoevropských zemí s dlouhou tradicí používání antikoncepce. Na 100 narozených připadlo v ČR v roce 1994 50 interrupcí, zatímco například v Nizozemsku méně než 10. Zajímavým zjištěním je, že v České republice vzrostl podíl interrupcí ze zdravotních důvodů z 8,8 % na 22,7 %, což s největší pravděpodobností souvisí s tím, že za tyto interrupce se nepatí. Nejvýznamnější strukturální změnou byl pokles podílu vdaných žen na celkovém počtu indukovaných potratů a naopak růst podílu svobodných (graf 4).

Největší snížení úrovně potratovosti zaznamenaly ženy ve věku 20–29 let, z nichž nejrychleji poklesla intenzita potratovosti u vdaných žen (graf 5). Byly to tedy především mladé vdané ženy, které začaly ve větší míře používat spolehlivějších antikoncepčních metod. Vzhledem k značnému poklesu plodnosti žen ve věku 20–24 let se lze oprávněně domnívat, že ženy začaly spolehlivou antikoncepcí využívat spíše k oddálení prvního těhotenství než k zabránění dalšího nechtěného těhotenství. Starší ženy, zvláště nevdané, i nadále využívají možnost interrupce jako antikoncepce ex post. Důsledkem zmíněného snížení úrovně indukovaných potratovosti bylo zvý-

Graf 4

Počty a složení interrupcí podle rodinného stavu v letech 1990–1993

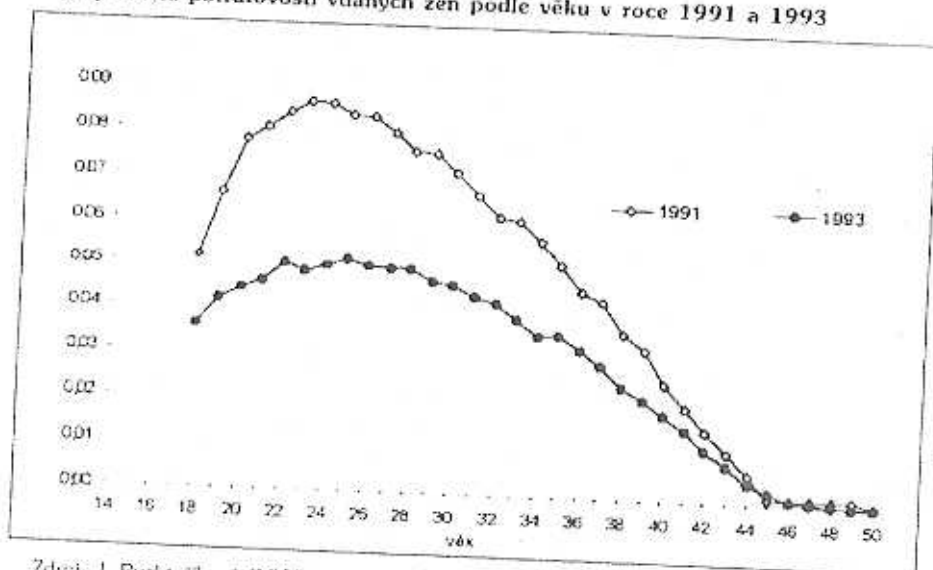


Zdroj: Rychtaříková (1995)

šení podílu žen bez interrupce, nárůst z 20 % na 52 % v roce 1993 (Rychtaříková, 1995). Při analýze úrovně indukované potratovosti podle vzdělání byla nejvyšší intenzita interrupcí zjištěna u žen se základním vzděláním a nejnižší u vysokoškoláček (Kučera, 1994). Do roku 1993 byl nejrychlejší pokles potratovosti zaznamenán u vysokoškoláček, které jsou více informovány o nových antikoncepčních prostředcích a také je více používají.

Graf 5

Míry umělé potratovosti vdaných žen podle věku v roce 1991 a 1993



Zdroj: J. Rychtaříková (1995)

V České republice jsou k dispozici poměrně spolehlivé počty živě a mrtvě narozených a interrupcí, avšak toto neplatí pro ohromný počet samovolných potratů. Skutečný výskyt spontánních potratů není přesně znám. Registrace samovolných potratů je zkracována tím, že největší úmrtnost je pravděpodobně v prvních dnech po oplodnění vajíčka, což často unikne i samotné ženě. V dlouhodobém průměru tvoří registrované samovolné potraty asi 10 % ze všech diagnostikovaných, spontánně ukončených těhotenství (spontánně ukončená těhotenství: samovolné potraty, živě a mrtvě narození), což odpovídá hodnotám zjištěným v jiných zemích. V roce 1993 poklesl tento podíl na 9,7 %.

Shrnutí

Populační vývoj v první polovině 90. let naznačil, že charakter reprodukčního chování populace České republiky se bude přibližovat západnímu modelu rychleji, než se předpokládalo. Podle dosavadních poznatků se v naší populaci začaly prosazovat i jevy dosud málo rozšířené. Rychlý pokles plodnosti je sice především důsledkem -přechodu od východního reprodukčního typu k západnímu-, ale zároveň je doprovázen růstem plodnosti nevdaných žen či zvyšováním podílu k západnímu, ale zároveň je doprovázen růstem plodnosti nevdaných žen či zvyšováním podílu bezdětných žen. Velmi pozitivně lze hodnotit vyšší intenzitu používání spolehlivé antikoncepce, která zabraňuje nechtěným početím a výrazně se tím podílí na poklesu úmrtnosti potratů. Zdá se, že uvedené trendy jsou výrazem odpovědnějšího přístupu jak k sexuálnímu, tak k reprodukčnímu chování.

Moderní hormonální antikoncepce — lék od puberty po klimakterium

MUDr. Pavel Kolan

Letos již potřetí zde z tohoto póda odznívají referáty na téma sexuální výchovy, moderní antikoncepce, probíhají zde někdy i bouřlivější diskuse, jakým způsobem konečně dostat sexuální výchovu do školních lavic.

Byť z učitelské rodiny nejsem učitel, avšak jako lékař v oboru gynekologie a sexuologie se mě tato problematika hluboce dotýká. Pamatuji se velmi dobře na léta ne tak vzdělaná, kdy tažení v masmédiích i odborných lékařských časopisech proti hormonální antikoncepci vyvolalo averzi vůči této antikoncepční metodě. A to vše již v době, kdy několik desítek kilometrů na západ, za železnou oponou, si ženy kupovaly hormonální přípravky volně bez receptu.

Dnes víme, že ani jeden z těchto extrémů není správný. Koneckonců platí to i o každé lidské činnosti. Hormonální tabletky patří, a to se doufám shodneme všichni zde v tomto sále, do rukou lékaře-odborníka. Jedině ten dokáže správným výběrem z plejády dnes na trhu nabízených hormonálních kontraceptiv snížit jejich vzácné vedlejší negativní účinky za současného zvýšení jejich pozitivního léčebného efektu.

A tak se dostáváme k tématu mého dnešního referátu. Rád bych z praxe poukázal na řadu nemocí v různých obdobích života ženy, které gynekolog i sexuolog může hormonální tabletou léčit.

V období dozrávacího fyzického dospívání, tedy kolem 16. roku, přicházejí mladé dívky poprvé do ordinace ženského lékaře. Jedním z častých stesků je bolestivá menstruace. Pokud tyto dívky již žijí sexuálním životem, přičemž jeho frekvence je někdy opravdu záviděníhodná, může bolest menstruační bolest léčit hormonální tabletou třetí generace. Zablokováním ovulace se bolest odstraní nebo výrazně sníží. Navíc mladý pár pěstuje současně bezpečný sex, což při výše uvedeném frekvenci se jeví neméně důležité.

Díky studium, která potvrdila souvislost mezi tvorbou akné — drobných to vřidků na tvářích dospívajících slečen — a zvýšenou hladinou testosteronu, tedy mužského pohlavního hormonu v jejich krvi, spotřeba preparátů Diane 35 významně stoupla. Jde o kontraceptivum, které svým složením současně snižuje hladinu androgenních hormonů v krvi. Uvítali to hlavně dermatologové, kterým se konečně po letech tápání dostal do rukou lék s opravdu léčebným efektem.

Jinou poruchou, která činí většinu žen a mladých dívkám obzvláště vážné problémy, je nepravidelná menstruace. Dovedete si představit překrměší situaci, než je nečekané krvácení fěk-něme několik hodin před životně důležitou schůzkou. I zde přichází na pomoc hormonální anti-koncepce. Pravidelné krvácení často s minutovou přesností tak předejde hlubokému zklamání

mladého muže plného očekávání. Nebo vynechání měsíček, byť jenom o několik dní? Bezesným nocím s promítáním katastrofických scénářů předejdeme rovněž pravidelným užíváním hormonální tabletky.

Ne všechny dívky mají to štěstí a dokážou dost liberálně a bez větších potíží proplout úskalími počátků sexuálního života. Restriktivní rodičovská výchova, předmanželská sexualita jako těžký březí a z toho plynoucí až děsivá hrůza z možného otěhotnění kontra přirozené se hlásící zdravá sexualita, články sexuologických poradén v dívčích časopisech jako Bravo, Popcorn a jiné i historky o prvních zkušenostech kamarádek, to vše vede ke schůzování a z něj k dospívající mladá ženy. Následkem je pak pro dívku nevysvětlitelné selhání při pokusech o podání nejvyššího důkazu lásky. Hovoříme o vaginismu, jehož léčba patří v řadě sexuálních dysfunkcí k těm úspěšnějším. Bezpečná, nejlépe hormonální antikoncepce je zde nedílnou součástí léčby.

A pomalu se dostáváme ke střednímu věku. Máme na mysli ženy převážně vdané, stále však častěji rozvedené a ne tak vzácně i svobodné. Ženatka ženy třetího a čtvrtého decenia, je to období nejvyšší plodnosti ženy, avšak jde ruku v ruce s častými poruchami produkce pohlavních hormonů. To se odráží ve vynechání ovulace, poruchách krváčení, problémech s početím. Sebe-menší nepravidelnost krváčení střeže ženu zatíženou zaměstnáním i domácností. Hormonální antikoncepce ji zbaví těchto potíží. Poctí zdraví, jistoty a současně bezpečného sexuálního života pacientky hodnotí velice kladně.

Ultrazvukovým vyšetřením zjištěné polycystické ovárium nebo i mnohčetné drobné cystičky ve vaječniku lze úspěšně léčit podáváním již zmíněného kontraceptiva Diane 35 spolu s vitamíny skupiny B. Jeho antiandrogenní účinek využívají dermatologové i v léčbě alopecie — zvýšeného padání vlasů. Nemluvě o hirsutismu — tedy nadměrném ochlupení těla ženy, z něhož kosmetičky nejvíce vadí knírek, který nutí ženu vyhledat lékaře.

Po vysazení hormonální antikoncepce jsou známa častější vícečetná těhotenství. Delší dobu utlumený vaječník může najednou vyprodukovat více zralých vajíček. Je tedy i vyšší pravděpodobnost otěhotnění. Několikaměsíční léčba hormonální tabletkou je proto jednou z alternativ léčby neplodnosti zapříčiněné poruchou ovulace.

Nemůžeme nevzpomenout ani efektu oddálení menstruace, tolik žádaného při letní dovolené. Při čemž stačí neudělat sedmidenní přestávku v užívání hormonální tabletky a nic pak nestojí v cestě příjemnému koupání se u moře.

Období klimakteria očekává většina žen se značnými obavami. Domnívám se však, že dnes to již není nutné. I když kyteláz je po čtyřicátém roce života jedním z nejběžnějších malých gynekologických záileků, histologicky prokazujeme v drtivé většině vyhasínající produkci gestageních hormonů. Relativní nadprodukce estrogenů vyvolává řadu patologických procesů. Silné a dlouhé krvácení hormonální tabletkou zvládneme téměř vždy. Upravou hladin hormonů bráníme i tvorbě děložních myomů, které se v tomto období tvoří daleko častěji. Relativní nadprodukce estrogenů téměř v polovině ženské populace po čtyřicítce vede i k cystické degeneraci prsní žlázy. Diagnózu stanovíme preventivním mamnografickým nebo ultrazvukovým vyšetřením. Nemoc je doprovázena bolestivým zvětšením prsou, někdy i sekrecí z prsní bradávky. Endokrinní léčba a dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce jsou snad jednou alternativou léčby chirurgické.

Klimakterium s návaly horka, depresivními stavy z obavy ze ztráty ženské přitažlivosti a zhoršení kvality sexuálního života působí ženám velké obavy. S poklesem hladiny estrogenů nastupuje i osteoporóza — ubývání kostní hmoty. Ta je po šedesátce příčinou patologických zlomenin, které se hojí poměrně špatně. Jedinou komplexní léčbou všech těchto klimakterických potíží je hormonální léčba. U osteoporózy se doporučuje ještě kombinace s preparáty kalcia počítat po dobu 5 až 10 let. Během této léčby pacientky vysoce hodnotí i neměnnost kvality sexuálního života, zejména dostatečnou lubrikaci.

Závěrem chci ještě jednou podotknout, že všechny zde jmenované patologické stavy je možné léčit moderními antikoncepčními hormonálními přípravky III. generace, jako jsou Cilest, Marvelon či Femoden, některé preparáty Diane 35 pro jeho již zmíněnou větší antiandrogenní aktivitu. Výmku tvoří stavy po klimakteriu, kdy vystačíme s hormonálními preparáty obsahující ještě nižší hladiny estrogenů a progestinu. Hormonální tabletky nám tedy slouží nejenom jako kvalitní a bezpečná antikoncepce, ale i jako účinný lék pro řadu nemocí, které postihují ženy od období pučerty až po klimakterium.

Problemy współczesnego dojrzewania młodzieży a rozwój seksualny

Prof. Dr. med. Andrzej Jacewski

Jednym z najtrudniejszych problemów naszej cywilizacji jest proces dojrzewania młodzieży. Rzadko sobie z tego zdajemy sprawę — ale jeszcze przed kilkadziesiąt laty (no, może ponad stu...) nie było wogóle kategorii «młodzieży». Były dzieci — które biologicznie dojrzewały bardzo późno — i byli dorośli, którzy podejmowali społeczne zadania dorosłych — będąc często biologicznie jeszcze dziećmi.

Ostatnie kilkadziesiąt lat, to okres przyspieszenia dojrzewania biologicznego i katastrofalne opóźnienie dojrzewania psychicznego i społecznego. Proces ten nazywam rozszepieniem dojrzewania.

Biologicznie dzieci dojrzewają bardzo wcześnie. Znałe biologom zjawisko akceleracji dojrzewania przyspieszało miesiączkowanie dziewcząt w ostatnich stu latach o około cztery lata. Jeżeli w połowie XIX. wieku przeciętnie dziewczęta miesiączkowały około 17-tego roku życia, obecnie wiek ten wynosi 13-cie. Można powiedzieć, że dziewczęta dojrzewają o około rok wcześniej w kolejnych pokoleniach. Nie mamy równie precyzyjnych danych w odniesieniu do chłopców — nie ma jednak podstaw by przyjmować, że jest u nich inaczej.

Dojrzałość psychiczna jest bardzo trudno określić. Brak tu takich zjawisk jak menarche dziewcząt — a rozrzut indywidualny jest tu napewno bardzo duży. W Polsce za pełnoletniość uznaje się 18-ty latka. Dziwna to pełnoletniość, bowiem co prawda pewne obowiązki (nie prawa!) otrzymuje się już wcześniej, ale jeżeli ustawodawca uznał wiek 18-ty lat jako pełnoletniość, musiał mieć przesłanki by uznać, że właśnie w tym wieku człowiek staje się dojrzałym psychicznie. Ja mam co do tego rozliczne wątpliwości, ale cieszę się, że ustawodawca wyreczył mnie od kłopotliwych poszukiwań kryterium dojrzałości psychicznej. Na tym tle wypada zapytać o dojrzałość społeczną. Pod tym pojęciem rozumiem osiągnięcie stabilizacji zawodowej i osiągnięcie niezależności utrzymania na własny rachunek siebie i ewentualnie swojej rodziny. Oczywiście też nie jest łatwo ustalić kiedy — kto taką dojrzałość osiąga... Czas trwania nauki (o wątpliwej zresztą efektywności procesu nauczania i kształcenia...) trwa coraz dłużej. Ja, jako lekarz, w wieku lat 23 byłem samodzielnym pracownikiem zarabiającym na własną egzystencję. Dziś lekarz osiąga samodzielność zawodową w wieku około 35 lat! Bo i studia dłuższe, potem staż, potem specjalizacja itp. Oczywiście zawód lekarza jest szczególnym zawodem, ale przeciętnie rzecz biorąc rzadko młody człowiek osiąga stabilizację socjalną przed 125 rokiem życia.

Jak by nie było, możemy przyjąć, że istnieje niebagatelny okres, w którym młodzi osiągają kolejne komponenty dojrzałości, i okres ten trwa około dziesięciu lat. I to jest właśnie ta kategoria «młodzieży» — kategoria bezrozumna, niezasadna i społecznie szkodliwa.

A jak na tym tle przedstawia się dojrzałość seksualna?

Chłopcy w Polsce — o ile mamy na ten temat wiarygodne dane — osiągały zdolność przeżywania orgazmu około 13—14 roku życia. Są tu oczywiście indywidualne różnice. Sekwencja jest mniej więcej taka: Najpierw następuje szybki — prawie gwałtowny rozwój genitalii — w czasie około 1,5 roku z wymiarów dziecięcych chłopcy osiągają wymiary penisa i jąder jak dorośli mężczyźni. Często przy tym penis jest większy niż u dorosłego, ponieważ poza wzrostem występuje jego obrzęk. Dochodzi do erotyzacji zakończeń czuciowych, a także erotyzacji psychicznej. Chłopcy podlegają silnemu napięciu seksualnemu, które znajduje wyraz w częstych, logicznie niezasadzonych wzdychach. Humorystyczna jest lista sytuacji, jakie wywoływały wzdychy młodych chłopców — były tam praktycznie wszystkie możliwe sytuacje, z słuchaniem hymnu narodowego włącznie... Czego to dowodzi? Silnego, niepodlegającego kontroli korowej napięcia seksualnego. Przypominam: dzieje się to w wieku około 14 lat!

W tym czasie, chłopcy podejmujący działania masturbacyjną osiągają przeżywanie orgazmu. W pół roku później, orgazmowi towarzyszy pierwszy wytrysk nasienia. Chłopcy podają, że odczuć orgazmu w tym czasie staje się znacznie intensywniejsze, ale jest to jednak orgazm — którego doświadczenie osiągneli już wcześniej.

Mamy więc taką sekwencję dojrzewania:

a) jako pierwszy komponent chłopcy osiągają dojrzałość seksualną — przy tym jest ona związana z napięciem tak intensywnym, jakiego (niestety...) nigdy już potem mężczyźni odczuwać nie będą.

b) jako drugi komponent osiągają dojrzałość biologiczną — bo za taką przyjmuje pojawienie

se emisej plynu nasíenného — choc nie bardzo wierny czy spierma na tym etapie zawiera dostateczną ilość plemników i to zdolnych do zapłodnienia. Bywa napewno różnie.

d) jako trzecia — pojawia się dojrzałość psychiczna — i jak przy elem umownie, następuje to w około cztery lata po dojrzałości seksualnej

e) i na koniec, jako ostatnia, pojawia się dojrzałość społeczna — która przecież warunkuje społecznie i obyczajowo usankcjonowaną aktywność seksualną!

Mamy więc okres około dziesięciu lat rozkojarzenia procesu dojrzewania, przy czym kolejność osaganych komponent dojrzalsci jest fatalna i najgorsza z możliwych. Bo czymże jest chłopiec podlegający napięciu seksualnemu, znający orgazm — niedojrzały psychicznie? Jest to osobnik, nanwózr neandertalczyka, któremu danoby do ręk broń atomowa oczekując ze zrobi z tego własciwy użytek!

Taka sytuacja prowadzi do negatywnych nawisk społecznych. Rozkładowywanie napięcia seksualnego następuje w warunkach dalekich od doskonałości, i masturbacja jest tu jeszcze najlepszym rozwiązaniem. Cóż, kiedy nawet ta niewinna (i jedynie dostępna!) metoda rozładowywania napięcia jest przez dominujący w tej chwili Kościół Katolicki w Polsce uznana za niemoralną, a jak głośno znów pseudo-uczeni — z kręgów ortodoksyjnych katolików — nawet szkodliwa...

To zjawisko wczesnej dojrzalsci seksualnej — przy dziecinnej psychice może prowadzić do podejmowania różnych dziwacznych form rozładowywania napięcia. To może — choc nie musi! — prowadzić do wyrabiania różnych nieswiadomych — ale dziwacznych form aktywności i wyrażania takichże upodobań, na zasadzie odruchów warunkowych. Czy przypadkiem nie to właśnie leży u podstaw, przynajmniej niektórych, perwersyjnych form upodobań seksualnych już w dorosłym życiu?

Za takim niebezpieczeństwem przemawiałyby różnica w czastosci pojawiania się perwersji wśród mężczyzn i kobiet ze znaczna przewaga mężczyzn. Może tak jest, że dziewczęta znacznie później dojrzewają seksualnie — (orgazm zazwyczaj osagają one między 17-tym a 22 rokiem życia) — i wcześniej dojrzewają psychicznie, poprostu unikają wyrabiania nieswiadomego dziwacznych upodobań? Napięcie seksualne u dziewcząt pojawia się znacznie później i jest słabiej wyrażone niż napięcie seksualne chłopców. Jest to jedyny wypadek, kiedy kobieta ma lepszą sytuację niż mężczyzna — bo poza tym, naogół mężczyźni z seksu naja same korzyści i przyjemności, a dziewczęta i kobiety — same (tu może nie same...) troski i kłopoty.

Problem rozszczenia dojrzewania widze jako zasadniczy problem naszej cywilizacji. Dziwi mnie, że zjawisko to jest mało znane pedagogom i nie znajduje odbicia w systemie wychowania, w ustawodawstwie, w praktyce wychowawczej. Bo może nie wszystko można «zalatwić», ale trzeba zdawać sobie sprawę, że późne dojrzewanie psychiczne jest wynikiem kłopotliwego, infantylizującego systemu wychowania. Także chyba i dojrzalsć społeczna możaby osagac wcześnie, przynajmniej w krajach bogatych, bo u nas jest to może i trudne a kto wie czy możliwe.

Souhrn

Proces dospívání mládeže patří mezi nejsložitější problémy naší civilizace. Přibližně ještě před sto lety kategorie mládeže neexistovala. Byli děti, které biologicky dospívaly velice pozdě, a byli dospělí, kteří plnili společenské posánni dospělých, přičemž často byli biologicky ještě dětmi.

Biologicky děti dospívají velice brzo a za posledních sto let se hranice biologické dospělosti posunula ze 17 na 13 let, přičemž děvčata dospívají ještě asi o rok dříve. Psychickou dospělost je obtížné vymezit, protože zde chybí objektivní hlediska, jako je například menstruace u děvčat. V Polsku je pintoletý člověk v 18 letech, což znamená, že je podle zákona také psychicky dospělý. Je třeba ještě hovořit o společenské či sociální dospělosti, pod kterou se rozumí dosažení pracovní stabilizace a možnosti existence na vlastní náklady.

Dospívání tedy probíhá v pořadí sexuální, biologické, psychické a společenské.

Polské chlapci mají schopnost dosahovat orgasmu około 13 až 14 let života, jsou ovšem individuální odlišnosti. Chlapci v tom věku v důsledku silného sexuálního napětí, které prožívají, začínají s masturbací.

Devičata dospívají sexuálně mnohem později a orgasmu dosahují až v období mezi 17. a 22. rokem života. Psychicky dospívají dříve, a tudíž se i sexuální napětí u nich projevuje později a je méně výrazné. To je jediný případ, kdy je na tom žena lépe než muž, protože jinak mají muži ze sexu jen ty příjemnější stránky, zatímco ženy jen starosti a problémy.

Problém diferenciacie dospívání vidím jako zásadný problém naší civilizace a udivuje mne, že je tento jev tak málo známý pedagogům, a tudíž neuplatňovaný v systéme výchovy.

Zkušenosti z výuky sexuální výchovy v předmětu občanská výchova

Mgr. Eva Křístková

Pracuji v Pedagogickém centru v Ostrově a učím didaktiku občanské výchovy na Filozofické fakultě Ostrovské univerzity. Jsem 27 let šťastně vdaná, mám dvě děti. Manžel je učitel – speciální pedagog, syn studuje na Karlově univerzitě a chce být taky učitel, a aby toho pedagogického optimismu na jednu chvíli příliš mnoho, dcera studuje medicínu.

O své rodině jsem se zmínila proto, že s ní souvisí i můj vstup do problematiky sexuální výchovy ve školním prostředí.

Když bylo synovi asi 9 let, odnášel si do školy krabici od bot, ve které měl své chlapecké poklady. Krabice se mu vysmekla a já jsem s údivem hleděla na její obsah – mezi kuličkami, autíčky a prskem ležely krabičky od prezervativů. Neměla jsem ani tušení, jak by zareagovala soudružka učitelka třetí třídy, kdyby se to stalo ve škole. Synovi jsem nedovolila sesbírat jeho poklady a urychleně jsem ho vystrčila za dveře, aby nepřišel do školy pozdě. Stála jsem v předstírané bezradné a přemýšlela o obsahu přednášky, kterou budu muset svému synovi učit. Manžel tehdy nebyl doma, takže to zůstalo na mně. Pokud máte děti, víte, jak je obtížné předávat informace ze sexuální oblasti vlastním dětem. Naštěstí vše pak proběhlo bez problému, syn vážně pokyvoval hlavou, jako že ledacos už ví, a pak mě přenášel otázkou: «Viš, že náš tatka má taky prezervativy v ložnici?» Věděla jsem to. Ale nezapomenou na udivený výraz v jeho očích, když řekl: «Tak vy se taky ještě milujete?»

Druhý den jsem o tom vyprávěla děvatým v hodině péče o dítě. Holky se chichotaly, ale pak se najednou jedna přihlásila a zeptala se: «A to jste opravdu svému synovi řekla, na co to je?» A tehdy jsem si uvědomila, že rodiče se svým dětmi o těchto otázkách nehovoří a ty ve škole dostávají jen informace anatomického charakteru v předmětech biologie. Poté jsem vstoupila na tenký led sexuální výchovy, ačkoli tento termín v té době stál daleko v pozadí výchovy k proletářskému internacionalismu a lásce k Sovětskému svazu.

Od těch dob se hodně změnilo. Po revoluci jsem se zapojila do česko-slovensko-nizozemského projektu ETHIC AND CIVIC (Etická a občanská výchova). I hlavním koordinátorem projektu se stala CARLA CAUWENBERGE QUAX z nejpřeznanějšího nizozemského pedagogického centra zabývajícího se rozvojem profesních kompetencí učitelů. Cílem tohoto projektu bylo poslatnout učitelům dostatek materiálů obrazových i verbálních k vybraným tematickým celkům občanské výchovy. V České republice byla zpracována témata: Domov a rodina, Světová, Život máme jen jeden. Při ověřování materiálů ve vybraných školách jsem si uvědomila, že i v tomto souboru se jaksí na sexuální výchovu pozpomnělo. Proto jsem vymyslela mimo projekt hru, která se hraje podobně jako Člověče, nežeb se. Je určena pro žáky ve věku 12–13 let a nazvala jsem ji Cesta pokušení – výhry a prohry.

Hra dává možnost žákům diskutovat o nejrůznějších otázkách týkajících se jejich života a mají možnost napsat učiteli na lístek problém, se kterým si nevědí rady. Mezi jinými jsou tam i tyto situace:

- Jsi pozván na pornografický film na video. Vysvětl, proč pornografie není vhodná pro mládež,
- Matka ti při praní prádla našla v kapse krabici prezervativů. Připrav si vysvětlení,
- Píchl tě komár a udělal se ti velký otok, máš strach, že jsi dostal AIDS. Napiš, jak se šíří AIDS,
- Tvůj starší kamarád se ti svěří, že se nakazil pohlavní chorobou. Zaved ho do nemocnice a poček na něj. Napiš, které pohlavní choroby znáš,
- Máš přítele a jako důkaz lásky s tebou požaduje pohlavní styk. Napiš, co je to láska,
- Na ulici tě osloví neznámý člověk, jestli bys mu nepomohl odnést těžký nákup, že si vyděláš nějaké peníze

Rozmysli si, co uděláš, a pak to sděl ostatním.

Hra žáky nesmírně zaujala, sami si kreslili a dotvářeli design hry. V závěru hodiny se na základě problémů, se kterými si žáci nevěděli rady, rozvinula živá diskuse. Mohla jsem se tak dovést i řadě mýtů, které v povědomí mladých lidí existují.

Prosadila jsem zafazování této hry do experimentální učebnice občanské výchovy, nazvané nizozemskými experty Blue-print, což znamená cosi jako «ve šmíru». Setkala jsem se s řadou protichůdných názorů a mnozí kolegové tvrdili, že tato problematika neodpovídá věkové skupině, které je určena. Jako by nebyla šokující fakta o předčasně uzavřených manželstvích mladistvých, šíření pohlavních chorob a malé informovanosti mladých lidí o sexuální problematice týkající se jejich samotných.

Do sféry sexuální výchovy patří i kultura mluveného projevu. Bydlím v hornickém městě Havířov. Po revoluci nás navštívili naši známí. Mezi žili 15 let v emigraci, a přesto jejich syn, narozený v Německu, mluvil výborně česky. Po deseti minutách stávných na autobusové zastávce mezi chlapci z učiliště znal většinu vulgárních výrazů jejich „bohatého“ slovníku. Bezeštně se mě pak hodně hlasitě v autobuse ptal, co to je „kurva a cyp“, protože tato dvě slova slyšel ve všech tvarech a pádech nejčastěji. Dovedete si jistě představit reakci spolucestujících? V autobuse je jak i mí žáci a užasně se bavili. Ve škole se mě pak ptali, jak to, že ten můj synovec, takový velký kluk, mi dělal ostudu v autobuse (Michael mě oslovoval teta a vypadal, že je mu víc než sedm let). Napadlo mě, že tuto příhodu uvedu jako motivaci v hodině OV. Chtěla jsem zjistit, které vulgární výrazy žáci znají a jak by je dokázali vysvětlit mladším sourozencům nebo kamarádům.

Hodina měla neobvykle zajímavý průběh. Největší sprostáci třídy se upepeli a nechťeli na tabuli nic napsat. Děvčata pak začala nadávkami z oblasti chovné zvíře; později se osmělovali dnuš a začaly přibívat výrazy označující lidské tělo i činnost za účelem plození i potěšení. Neaktivnější byl malý Rom, který si k tabuli přistavil židli a do prázdných míst psal taková slova, o jejichž existenci jsem do té doby neměla tušení. Když byly obě tabule popsané, požádala jsem žáky, aby si zápis z tabule vpsali do sešitu. Mnozí začali protestovat, že by je rodiče zabili, kdy by to v sešitě objevili, že jim někdo neuvěří, že jim to přikázala učitelka. Připomenula jsem jim, že někteří chtějí držet „bobříka ušlechtilosti“, kdy během 10 dnů nesmějí říci jediné sprosté slovo. A protože jsem zjistila, že za sprostá slova považují i výrazy odborné (menstruace) nebo knužní (trádní), chtěla jsem, abychom se společně dohodli, která ta slova jsou vlastně sprostá. V práci jsme pokračovali ještě v hodině JC, kdy jsme pracovali se Slovníkem spisovné češtiny pro školu a veřejnost. Žáci si zapisovali do sešitu např.: soulož-e, ž., pohlavní spolek muže a ženy... souložit, ned., konat soulož, atd.

Většinu výrazů jsme nenašli, takže jsme společně podtrhli ty, které jsme uznali za vulgární, a slíbili jsme si, že je nebudeme pokud možno vyslovovat, ale ani psát na veřejných místech.

Nevím už, kolik bobříků ušlechtilosti bylo v 7. D uloven a nakolik se jim podařilo spít ten to sňb po odchodu ze školy do života. Dokonce si na mě nepříšel stěžovat ani jeden rodič, tak že nevím, jaký měl můj způsob výuky ohlas v rodinách.

V didaktice OV na FF jsem s tímto typem hodiny seznámila své studenty — budoucí učitele. Učím formou prožitku, a proto jsem studenty vyzvala, aby si i oni zkusili napsat na tabuli, které vulgární výrazy znají. Zdaleka nebyli tak aktivní jako žáci 7. třídy a ani jejich slovník nebyl tak bohatý.

Po každém prožitku sedíme pak v kruhu a hovoříme o svých pocitech. Někerým studentům dělalo problémy přikrkat vlastní stud. (Toto cvičení odmítli dělat někerí větší studenti.)

Dva mladíci a jedna mladá dáma byli velmi aktivní a měli z toho ohromnou legraci. Najednou si ale všichni uvědomili, jak bude pro ně obtížné vysvětlit dětem obsah jednotlivých výrazů. Na mou otázku, jestli by hodinu tohoto typu dokázali vést ve škole, odpověděli jen čtyři studenti ze 32, že by jim to nedělalo problémy.

Dávám svým studentům i praktické rady. Mladí učitelé často z nerozváženosti vyzvou žáky, že se jich mohou ptát na cokoliv. Už se stalo, že se jeden žák zeptal: „A paní učitelko, jak to máte ráda?“ Dá se tomu předejít. Upozorníme žáky na ochranu soukromí a požádáme je, aby jejich otázky nepřetvořily práh naší ložnice.

Na středních školách se sexuální výchova často odhazuje tím, že se studentům pustí video typu „Láska je láska“. Dokonce jsem v jedné třídě objevila zápis „Beseda s lékařem“. A po té poznámka třídního učitele: „Žáci byli proškoleni v oblasti sexuální výchovy.“

Mnozí studenti mají problémy otevřeně hovořit ve třídě o intimních otázkách. Učitel často neví, jak dalece byli žáci informováni na základní škole a z kterého konce začít. Proto mám připravený anonymní dotazník s celou řadou otázek, např.: Co to je, když se fěkne Playboy, Co víš o NEI Reportu. Mezi odpověďmi se objevily i krátké odpovědi, jako „sviřárny, porno, cec-katé holky, první sexy matroš, Bartoška apod.“ Po vyhodnocení dotazníků dělám hodinu s Playboyem. Každá dvojice má jeden výtisk a vypisuje si informace, které je zajaly. V závěrečné diskusi bývají studenti překvapeni vysokou grafickou úrovní časopisu i tím, že tam našli informace z oblasti kultury i rozhovory se zajímavými polními a umělci.

Podobně postupují i při hodině s NEI Reportem a časopisem Bravo. Tady zadávám studentům ve dvojicích úkol, aby si časopis přečetli a našli a přečetli ostatním, co je pobavilo a rozesmálo. V hodině vládne dobrá nálada a studenti jsou v dalších hodinách mnohem otevřenější. Jsem připravena i na to, že někerí studenti z jakýchkoli důvodů nebudou chtít spolupracovat. Pro ně mám připravený výběr z milostné poezie na audiokazetě a knihy z vlastní i veřejné knihovny. Báseň nebo text, který je zaujal, si mohou opsat nebo poslechnout. Většina z nich má už vlastní walkmany, takže je požádám, aby si je do mé hodiny přinesli.

Mnohým studentům dělá problém osobní kontakt, dotyk. Proto chci, aby v svých hodinách seděli se sousedem, se kterým si rozumějí. Mohou si předsedávat, protože jejich sympatie se často mění. Začínám cvičením, při kterém se jeden druhému dívá do očí. Nejdříve beze slov a pak mají svého souseda popsat, co v jeho očích vidí. (Jakou mají barvu, tvar, výraz apod.)

Pak si zase v kruhu vyprávíme o tomto prožitku a pocitech. Často bývá ve třídě lichý počet, takže i já už o svých očích ledacos vím. Jáko civilizovaní lidé nejsme na tak blízký kontakt zvyklí, a proto je to pro mnohé velmi silný zážitek, pro někoho ne vždy příjemný. Jsou však i taci jedinci, kteří ve svých očích najdou takové zalíbení, že toto cvičení dělají i po vyučování a o samotě. Těch cvičení je celá řada a mnozí kolegové je mají ze skupinové terapie. Slouží ke zlepšení komunikace a mezilidských vztahů, vedou k větší otevřenosti. Někteří kolegové tvrdí, že tyto metody do výuky nepatří. Ale jak máme komunikovat se svými žáky, když je na otevřenou komunikaci nepřipravíme? Prožívám nádherný pocit, když se mi podaří spojit své ruce s rukama svých žáků a vytvořím lidský řetěz.

Sexuální výchova prolíná celou řadou předmětů a je součástí zdravého životního stylu. Mně osobně by proto víc vyhovoval název «Komunikace a životní styl». Ostatně nejsem sama, která přemýšlí nad sémantickým obsahem tohoto spojení. Poprosila jsem i své studenty — budoucí pedagogy —, aby se pokusili název změnit.

Buďme rádi, že o začlenění sexuální výchovy do školní výuky se tolik polemizuje. Sex je nedílnou součástí našich životů, a proto je nutné hledat cesty a formy, jak dětem a mládeži tento fakt podávat. Závěrem bych vás chtěla poprosit o spolupráci. Staňte se na chvíli mými žáky. Podívejte se nahoru, dolů, zakružte očima. Teď zavřete oči a myslte na toho, koho máte rádi. Otevřete oči a očima napište jeho jméno. Děkuji. Zavřete oči, odcházejím.

Sex ve zdravotní výchově — zdravotní výchova v sexu

MUDr. František Křivák

Soustavná zdravotní výchova na školách v oblasti sexu je mladá, nezrálá, chronicky choravá na živelnost. Doposud hledá vlastní tvář a usiluje o svébytnou samostatnost. Bývá podrobována do systému výchovy k manželství a k rodičovství.

Autoři označení výchova k rodičovství byli jistě vedeni dobrými pohnutkami a správně podřadili sexuální výchovu do širšího společensky fundovanějšího kontextu výchovy k rodičovství. Zastuť sexuální tematiky pod název zrakové a sluchové přátelnější připomíná příběh Popelky ukrývané zlou macechou.

V partnerských vztazích nechceme freudovsky akcentovat sex jako jedinou rozhodnou sílu existence člověka. Je správné, je-li sexuální výchova tradiována i v souvislostech morálně etických a v dimenzi lidské erotiky. K úkolům zdravotní výchovy v sexu bývají delegováni pediatri, z nichž někteří chápou tyto úkoly jako výchovu dětí rodičů. Nastupují i gynekologové a pak se zaměřují na menstruační cyklus, ovařiací a plánované rodičovství, těhotenství a porod. Někdy zdůrazní význam kojení tak přesvědčivě, že někteří mají deprese a pochyby viny. Primář gynekolog byl konsternován při přednášce dotazem sedmnáctileté dívky, zda je přenášovaná soulož jako antikoncepce škodlivá. Říkal: «Když pomyslím, že mám stejně starou dceru a že by mohla myslit taky na něco podobného, sahám po neprobátnatu.» Vzhledem k tomu, že dcera paná primáře nebyla psychosexuálně opožděná, pomyslíta, a její účast před interrupční komisí byl důkaz, že nejen pomyslila. Jaký tranquilizér použil pan primář potom, není mi známo.

Pedagogové mají tendenci přeskakovat jednotlivé etapy sexuální výchovy svých žáků do vyšších a vyšších tříd. Průzkum úrovně uvědomění o sexualitě prokazuje, že informace o konkrétních otázkách jsou nízké a neúplné. Snad nikde nepromítáme sebe a své zkušenosti do jiných tak suverénně jako ve sféře erotiky, sexu a rodiny.

Stává se, že dívky před odchodem ze školy jsou místo poučení postrašené nežádoucím těhotenstvím, pohlavními nemocemi a HIV/AIDS. Výslednou hrůzostrašně léčení příznaků a následků přinese a kapavky. Úspěšně lze dělat bububu i lačkovcem poševním.

Moralistní postoje přežívají i v poudění o antikoncepci. Mluví se o sílu čistoty u katolických dvojic. Antikoncepce bývá hodnocena jako morální nezrálost a jako vyhýbání se zodpovědnosti.

Je na místě, že výchova má předcházet a usměrňovat potřeby a životní styl mládeže ve společensky žádoucím směru. Lektor se často obrací svým proslavem k mládí nezávislé na jejich problémech z pozice vševědouceho experta, který poučuje nezkušené a nezodpovědné děti, a to

i tehdy, jde-li o mládež ve věku okolo pintořnosti. Je pochopitelné, že žáci mají spontánní zájem spíše o poučení o praktických otázkách konkrétně žitého sexu než o hodnoty a smysl rodičovství. Téma rodiny je adolescentům ještě «za rohem či u sousedů». Slova o morálce a zodpovědnosti, pronášená tónem nekrologu, vyvolávají nedůvěru a někdy i odstup a znechucení.

Jednorázové poučení o sexuální životě je možno v intencích ortodoxní zdravotní výchovy podat v pojmech fyziologie a anatomie a popisu fází sexuálního vzrušení, ale i tak, že v okrasných slovech o podstatě a smyslu vztahu a významu hodnot opravdové lásky naružuje už čas na zmínku, že k tomu patří i sex náš vzdejší. Připomíná to Holibovu báseň O pávovi:

Páv se skládá z hlavy, korunky a pavího oka

Jestli jsou žáci zvědaví, přidáme krk:

a ještě jedno paví oko.

Pro obzvláště pokročilé žáky přidáme nohy.

Hlava je na krku, uvedem,

a nohy vespod.

V každém případě zapřeme žákům zadek,

neboť jak by si pak mohli vážit páva.

Mé postřehy a úvahy o sexuální výchově mládeže jsou za 40 let praxe na Slovensku a v severních a středních Čechách. Sexuální výchova vyžaduje od lektora soustavné budování znalostí základních oblastí sexuologie, ale i příbuzných oborů medicíny, biologie a společenských věd, psychologie a etiky. Je to hledání cesty k mladšímu lidem zde a teď, cílkové osvojování a aplikování jazyka, který je oslovující právě pro ty, na které se obrácíme: Je náročné setkat se s adolescenty osobním, poselstvím adresné a neformálně a srozumitelně, podněcovat k zamyšlení a k ochotné aktivní spolupráci, vést, ukazovat směr a neodrazovat.

Sexuální výchova ve škole a na internátech nastupuje vždy až po výchově orientační v rodině a vždy už v určité životní etapě vývoje dospívajícího, který má své zvláštnosti a zážitky a také už ví «své», «své» osobní a nezastupitelné, velké a geniální. Zkrátka lektor se musí i s nadhledem vyrovnat s pubertáckým: «Jak je možné, že tak bíbí rodiče mají tak geniální dítě?»

Celorepublikově kvalifikované pracoviště v oblasti zdravotní výchovy — Národní centrum podpory zdraví — má řadu rozsáhlých programů, a to i v oblasti sexuální výchovy. Avšak reálné v úrovni okresů a oblastí například sexuální výchova v předškolním věku je doposud tabu, absenteje zcela anebo je virtuální, tedy při jistých okolnostech sice možná, ale ty okolnosti ne a ne nastat. A na školách a v učilištích? Hledá se a tápe a začíná stále jinak a od počátku. Tam, kde by mohla a měla zdravotní výchova dýchat, žít a naplno se konat, chybí soustavnost v přístupu a přijatelná koncepce, která by ze skript a nařízení přešla do konkrétní didaktické praxe.

V době bezbířné liberalizace a zmotků okolo privatizace ve zdravotnictví lékaři, kteří by mohli stanout před děvčaty a chlapci s hlásky a odborně podaným slovem, bojují o ekonomické bytí s body, kódy, sazebníkem a se zdravotními pojistovnami.

Lektor zdravotní výchovy nemůže a snad nemusí znát lékařskou sexualologii v rozsahu Bormannovy Encyklopedie sexuality a učebnic Hygie, Zvěřiny, Rabocha či Kolomazníka na straně jedné a na druhé straně však nemusí být ani toto penzum vědomostí vždy přiměřeně postačující. Ukalí předávání sexuálních informací je i v tom, že podstatné nejsou jen ty znalosti, nýbrž především vzájemné vztahy a naplňování života smyslem, krásou a pravdou bytí spolu a pro sebe.

Je dobré být obeznámen s aktuálními kulturní sexuální scénou u nás i ve světě, s pokroky v antikoncepci, v léčbě funkčních dysfunkcí, deviací a poruch včetně sado-maso, homosexuality, porno, různých forem sex for sale, servisu erotických salónů, prostituce a pasáctví, je dobré nebyť přespříliš zatížen předstílkou ze slery morálky, náboženství či vlastních nevyřešených konfliktů.

Láska je jazyk poezie života.

Aristoteles vzklazuje, že láska je duší dvojice.

Prezentace firmy Jenapharm

MUDr. Jaroslava Lárenczová

Německá farmaceutická firma Jenapharm má již téměř padesátiletou tradici v oblasti výzkumu, vývoje a výroby pohlavních steroidů a je proto významným podnikem produkujícím pohlavní hormony. Přibližně v roce 1965 byla na trh uvedena první pilulka, preparát Ovosiston. Firma Jenapharm se pak stala jedním z vedoucích výrobců hormonální antikoncepce a její produkty se vyvážely do více než padesáti zemí světa.

Firma Jenapharm si i dnes udržela vedoucí postavení na trhu, a to i ve znovusjednoceném Německu.

S účinností od 1. ledna 1991 získala podnik Jenapharm akciová společnost GEHE Stuttgart. Paleta u nás registrovaných kontraceptiv je již dnes velice široká a měření s jistotou tvrdí, že pro každou ženu máme tu správnou pilulku.

Základním principem hormonální antikoncepce je potlačení ovulace. Exogenně přiváděné pohlavní hormony potlačují na hypotalamickém a hypofyzárním zásladě sekreci gonadotropinů. Výsledkem je zábrana zrání folikulu a ovulace. Antikoncepční efekt je posílen řadou dalších účinků: jako zábrana zrání nidace, změna motility vajíčkovodu, změna kvality cervikálního hlenu. (Dia 1)

Kontraceptiva se mimo jiné od sebe liší různými druhy gestagenů. Celosvětově nejvíce používaný, nejlépe prozkoumaný a dokumentovaný gestagen je levonorgestrel. (Dia 9)

V tomto roce se objevil na našem trhu preparát Minisiston — mikropilulka s velice nízkým dávkováním hormonů, lidí s minimální hormonální zátěží organismu a minimálním vedlejším účinky. Minisiston je kontraceptivum registrované v Německu již od roku 1981 a je u nich velice oblíbenou a osvědčenou ženskou pilulkou. (Dia 13, 14)

Z ostatních kontraceptiv bych chtěla jmenovat u nás již dobře známé přípravky Trisiston, Gravistat 125 a Non-Ovlon. (Dia 27) Nezapomínáme ani na problémy žen v přechodu a právně nepoužívanější preparát u nás s názvem Klimonorm je našim výrobkem. (Dia 26)

Trestněprávní problematika lidské sexuality

JUDr. Miroslav Milčhner, CSc.

Trestná činnost ovlivněná lidskou sexuální potřebou je značně různorodá. Zatímco u některých trestných činů je tato potřeba prakticky jediným hnačím motivem pachatele (kupříkladu při znásilnění nebo pohlavním zneužívání), u jiných trestných činů lidská sexuální potřeba působí jen zprostředkovaně a pachatele jako by se nehykala (kupříkladu u kuplířství či ohrožení mravní výchovy mládeže). Proto také lze nalézt skutkové podstaty trestných činů přímo či nepřímo souvisejících s lidskou sexualitou v nejrůznějších částech trestního zákona.

V návaznosti na loňskou přednášku na 2. celostátní konferenci na pomoc sexuální výchově v ČR, konané v Pardubicích, se dnes zaměřím na praktický výklad nejčastěji se objevujících trestných činů.

Předcházení pohlavnímu zneužívání je složité a dlouhodobý, nepřetržitý proces, ve kterém se musí angažovat všichni — policie, státní zastupitelství, soudy, státní i nestátní orgány a organizace, ale i každý z nás jako občan či jako rodič. Právě rodina a škola zde mají nezastupitelnou roli, podtrženou nyní postupným zaváděním sexuální výchovy do škol. Různorodost příčin této trestné činnosti a okolností, za kterých k jejímu páchání dochází, účinnou prevenci do jisté míry ztěžují a vyžadují proto mnohostranné působení, od důsledného vyšetřování a důrazné represe přes působení správních orgánů až ke společenskému působení zaměřenému na tlumení a likvidaci těch podmínek, které pohlavní zneužívání umožňují a které pro ně dokonce vytvářejí příznivé podmínky.

Objektem pohlavního zneužívání bývají nejčastěji děti postrádající řádnou výchovu a dozor, nedostatečně citově zakotvené, s nedostatkem sdílnosti a důvěry v oba svoje rodiče, bez zábrany při pokusech cizích osob o zásah do jejich intimní sféry. Toužby bez dozoru, často až do pozdních večerů či nočních hodin nejsou nicím pro ně neobvyklým a při neuměrné zvědavosti a ochotě podrobovat se vůli jiného se tak tyto děti snadno stávají možnou obětí trestného činu. Ve výchově k rodičovství či sexuální výchově by se nemělo na tyto skutečnosti zapomínat a sexuální výchova na školách by se neměla obejít bez kriminologických pohledů na tuto problematiku.

Od nejmladšího věku by měla být dítěti vštěpována zásada slušného vystupování, leč odstupu vůči cizím a neznámým lidem. Dítě by mělo vědět, jak odmítnout požadovanou službičku či pomoc neznámému člověku, která se má realizovat na odlehklém místě. Mnoho dětských a rodičovských tragédií mělo až hrozivě stejný začátek. Špatně vidící páři potřeboval někým dovést, bylo třeba doručit psaníčko do posledního patra starého, téměř opuštěného domu. Jednomu chlapci se stala osudnou zvědavost a nabídka prohlídky promítací kabiny kina, v něm případě byl malý houslista jdoucí z hodiny požádaný neznámým mužem, aby šel zahrát jeho mamince k narozeninám. Mnoho kluků doplatilo na zájem o prohlídku zbrani slíbenou sympatickým vojákem základní služby. Uměrně dětské fantazii a zvědavosti jsou lákadla sexuálních deviantů, končících nezdíky v roli vrahů na lavici obžalovaných a ve výkonu trestu. Cílená sexuální výchova

je více než prospěšná a nezbytná. Musí být ale otevřená a úplná. Nesmí se prostě zapomenout na nic, co by mělo dítě ve svém věku znát. Jen forma podání bude různá. Čím více budeme v poučení dětí otevřenější, tím vyšší jim dáme šanci vyjít z osudového seikání se zdravou kůží.

Málokterý trestný čin dokáže občas pořádně zamotat hlavu policii, státnímu zástupci a soudu tak jako z násilnění. Čas od času dojde k oznámení a na jeho základě ke stíhání, které jako by podvědomě naseptávalo, že není něco v pořádku, že něco nehraje, že sice je vše jasné, ale nakonec ne tak docela. Někdy popisované násilí zanechá takové docela malé, skoro žádné stopy a na neobvyklých místech, při opakovaném výslechu si poškozený najednou popíše rodinnou ulu s panelákem nebo borovicí s lipou. Červené trenýrky pachatele byly vlastně šlipy a ne červené, ale bílé, či spíše modré anebo dokonce šedé. Zkrátka a dobře to, co bylo zpočátku jasné, je nyní čím dále tím více nejasné, zamřížené, ba dokonce zcela temné a nepřehledné. Nakonec se přidají sklopené oči, pláč a kající doznání, že to všechno bylo od samého počátku úplně jinak. Čili že to vlastně nebylo vůbec a že se neví, co se tu v té hlavě mohlo zrodit za hloupý nápad oznámit něco, co se nestalo, a zavinit tak rozběh justiční mašinérie se všemi z toho plynoucími problémy pro údajného pachatele a vzápětí nato i pro oznamovatele.

Motivace trestného činu křivého obvinění ze znásilnění, ale často i z pohledního zneužívání, bývá zajímavá, a když se vyloučí pachatelé z řad adepty psychiatrické péče, zbytek lze v podstatě rozdělit na dvě kategorie. Jednu tvoří touha po pomstě, žárlivost a podobné osoblivé vlastnosti, které bývají bohužel často s citem spojeny. Žena ve snaze získat přízeň partnera neúspěšně, a tak sžíraná pomstou oznámí, že jim byla bezostyšně a bezohledně znásilněna; často tak činnou cestou ze schůzky, aby byly k dispozici stopy soulože, mimochodem zcela dobrovolně a usku-tečně se se záměrem dalšího využití v právě začínající hře. Obzvláště pak v těchto případech uválené místo na palouku, někdy to zablácení šatů či sperma v prádle mají velkou vypovídací hodnotu a nevinný muž se má co obávat, aby z takové šlamastiky vyvázl se zdravou kůží. Nakonec ale pravda vždy vyjde najevo a vše dobře dopadne. Druhou kategorií oznamovatelé tvoří ženy, které po báječném sexuálním prožitku neuměly mluvit a jejich důvěrné kamarádky či přítelkyně během několika hodin z tajemství až za hrob udušily věc veřejnou. Následně těžký partnerský konflikt a nezbývá než manželovi či milenci tvrdit, že to bylo všechno jinak, že se podlehlo po usilovném a vyčerpávajícím zápase a že ji nakonec to zvíře bezohledně znásilnilo. Nu a na důkaz pravdivosti těchto slov se učiní příslušné oznámení. Podskupinu tvoří manželky v rozvodovém řízení, které také relativně často vylepšují svoji důkazní situaci udáním znásilnění manželům.

Orgány trestního řízení ale nejsou nikomu pro legraci a ani vyšetřování — někdy i vazebné — nepatří rozhodně k nejkrásnějším životním zážitkům. Proto ten, kdo jiného člověka obviní z trestného činu v úmyslu přivodit mu trestní stíhání, dopouští se trestného činu se sazkou do tří, případně až osmi let odnětí svobody.

U trestného činu znásilnění je dominantním faktorem agresivní chování pachatele; jehož zá-měrem je donucení ženy k souloži za použití násilí, pohrůžky bezprostředního násilí nebo zneu-žitím bezbrannosti ženy.

V souvislosti s první variantou trestného činu vystává otázka, zda a jak se má či může žena účinněji bránit, anž by se sama nedostala do konfliktu s trestním zákonem čili, jinými slovy řečeno, čím nebo jak jsou dány meze nutné obrany.

Trestní zákon v § 13 uvádí, že čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo tr-vající útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem. Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Toto ustanovení se řadí s krajní nouzí a oprávněným použitím zbraně mezi okolnosti vylučující protiprávnost a tím i trestní odpověd-nost.

V praxi může dojít k překročení mezi nutné obrany buďto tak, že útok přímo nehrůzil ani ne-trval, anebo tak, že obrana užita obráněmcem byla zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. V prv-ním případě například proto, že již byl útok odvrácen, a tudíž skončil, a přesto obrana pokračo-vala a přešla tak do stádia útoku již neodůvodněného nutností obrany; kupříkladu po znásil-nění žena využije uvolnění tenze pachatele a jeho nepozornosti, začne na něho a zraní ho. Ve druhém případě pak může jít o takové situace, kdy obhráncé použil podstatně silnějšího pro-středku nebo intenzivnějšího způsobu či metody, než bylo za dané situace nutné, čili kdy byl mezi způsobem útoku a způsobem obrany zcela zjevně nepřiměřený poměr — kupříkladu proti podnapilému, vrávorajícímu pachateli bylo použito legálně držené střelné zbraně, zatímco by k odvrácení útoku zcela postačil útek z místa činu.

Soudská právní úprava institutu nutné obrany sleduje zlepšení postavení obhránců, omezení dopadu trestního postihu v porovnání se situací před novelou. Z povahy věci vyplývá, že obra-na musí být tak intenzivní, aby skutečně hrozící útok odvrátila, a byla dostatečně účinná, tedy silnější než vedený útok. Na druhé straně ovšem nesmí být přehnaná. Jaká škoda z útoku hro-

zla a zda škoda zamýšlena a nakonec i způsobená útočníkovi nebyla zcela zjevně nepřiměřená škodě brozící z útoku, je třeba posuzovat především z pozice a představ obránce, které musí být alespoň v hlavních rysech odvozeny objektivními okolnostmi případu. Nutno přiznat, že v době nebyvalého rozšíření pohlavně přenosných nákaz včetně infekce HIV/AIDS budou představy a obavy z útoku a jeho následků bránit se ženy o intenzitě hrozícího nebezpečí objektivně značně vysoko.

Je vhodné dodat, že spáchání trestného činu při oděrcení útoku, aniž byly splněny podmínky nutné obrany, je polehčující okolností ve smyslu § 33 písm. f) tr. zák. V úvahu může přicházet i mimořádné snížení trestu podle § 40 tr. zák. nebo upuštění od potrestání podle § 24 tr. zák.

Často se nyní hovoří a píše o sexuálním obtěžování na pracovišti. Přitom ne vždy je obtěžovatel osobou žena a nejsou řídké případy, kdy je tomu přesně opačně. V této souvislosti se uvádějí zahraniční příklady o tom, k jakým závěrům došel soud, ať již šlo o náhradu škody domnělé či skutečné, anebo dokonce o trestní postih.

Pokud jde o situaci u nás, týká ve všeobecném mínění nejasno, jaká je v těchto situacích ingerence práva, a to zejména práva trestního, případně se volá po zavedení trestního postihu za takovouto činnost.

Trestní právo na tuto oblast pamatuje a není třeba nic do našeho platného trestního zákona doplňovat a cokoliv měnit. Rozhodujícím hlediskem je to, že trestní zákon poskytuje širokou ochranu osobě jako takové, a to nejen pokud jde o život a zdraví, ale i osobní svobodu a volné rozhodování v oblasti sexuálních kontaktů a sexuálního života vůbec. Je samozřejmé, že tato ochrana je příslušně diferencována s ohledem na stupeň společenské nebezpečnosti, který je do jisté míry dán věkem oběti.

Tak pachatelé soulože či jiného pohlavního zneužití osoby mladší patnácti let hrozí v základní sazbe trest odnětí svobody na jeden až osm let. Je-li oběť osoba jednak mladší než osmnáct let, u které pachatel zneužívá její závislosti na něm, jednak i starší, avšak svěřená jeho dozoru, hrozí pachatel trest odnětí svobody až na dvě léta. O osobu svěřenou dozoru pachatele může kupříkladu jít ve vztahu učnice a vedoucího dílny, ne však už ve vztahu dělnice a vedoucího dílny. Jinak však pozor — pohlaví oběti a pachatele může být i opačné, případně stejné.

Pokud jde o závislost, je to stav, v němž se někdo nemůže svobodně rozhodovat vzhledem k tomu, že je v určitém směru odkázán na pachatele a v důsledku tohoto vztahu závislosti se podřizuje pachateli.

Vysvětlením pojmu závislost se tak dostáváme k dalšímu ustanovení trestního zákona, které je plně na sexuální obtěžování na pracovišti aplikovatelné, a to je útok podle § 237 tr. zákona. Podle tohoto ustanovení je trestán odnětím svobody až na šest měsíců ten, kdo jiného nutí, zneužívá jeho tísně nebo závislosti, aby něco konal, opomínil nebo trpěl. Zde již absolutně nezáleží na věku oběti, kterou může být dokonce starší osmnácti let (jinak by šlo o pohlavní zneužívání podle § 243 tr. zák., o kterém bylo hovořeno výše), nezáleží samozřejmě ani na pohlaví toho kterého z aktérů nedobrovolného děje.

Takže sex bez zjevného násilí a výhrůžek, avšak fakticky nedobrovolný a s ohledem na existující vztah závislosti mezi pachatelem a obětí vynucený, může být předmětem trestního stíhání a odsouzení.

Nebezpečný vliv na mládež mají nejen ty osoby, které se dopouštějí trestné činnosti na mládež jako přítní pachatelé pohlavního zneužívání či znásilnění, popřípadě soulože mezi příbuznými, ale i jako pachatelé celé řady dalších trestných činů, zejména pak ohrožování mravní výchovy mládeže podle § 217 trestního zákona.

Podle tohoto ustanovení hrozí trest odnětí svobody až na dva roky tomu, kdo vydá, byť z neobdoblosti, osobu mladší osmnácti let nebezpečí zpusnutí tím, že ji umožní vést zahálčivý nebo nemravný život nebo ji k zahálčivému nebo nemravnému životu svádí. Co slovo, to termín, a tak neškodí trocha výkladu. Zahálčivý život je takový, při kterém se prostředky k obživě opatřují jinak než poctivou prací. V době povinné školní docházky je zahálčivým způsobem života rovněž záškoláctví. Nemravný život se především projevuje jako prostituce, pohlavní nevázanost, narkomanie či alkoholismus. Za «vydání osoby mladší než osmnácti let nebezpečí zpusnutí» se podle zákona i jeho výkladu považuje, jestliže si tato osoba v důsledku konání nebo opomenutí pachatele osvojuje návyky, sklony a zájmy, které ve svých důsledcích vedou právě k jejímu morálnímu úpadku. Umožnění zahálčivého nebo nemravného života spočívá v prostém vytváření podmínek, ve kterých lze negativní návyky získat nebo již získané návyky dále prohlubovat. Pachatelé tohoto trestného činu se tedy mohou stát stejně doře rodiče zanedbávající svoje rodičovské a výchovné povinnosti a nedostatkem dohledu umožňující svýma dětem prakticky cokoliv, jakož

i provozovatelé restaurací a podobných zařízení, taxikáři a další osoby umožňující činnost nezletilých prostitutek, ale i provozní personál heren umožňující nezletilým osobám hrát na výherních hracích přístrojích či u automatech.

Svádění k zahálčivému nebo nemravnému životu spočívá v jednání, které je svou povahou návodem k takovému životu a je zároveň způsobě vyvolat v nezletilci rozhodnutí takový život na dále vést. Ke spáchání tohoto trestného činu mnohdy postačí i jen krátkodobé přemlouvání, i když zpravidla půjde jinak o jednání soustavnějšího charakteru.

Prostě a krátce, s ohledem na zájem o neefektivnější ochrany mládeže před zahálčivým nebo nemravným životem je výklad naplnění skutkové podstaty trestného činu podle § 217 tr. zák. relativně široký. Nicméně je třeba zdůraznit, že se zavinění pachatele musí vztahovat na všechny znaky skutkové podstaty, to je věk ohrožené osoby, na skutečnosti, které jsou způsobily ovlivnit způsob života této osoby, a konečně i na důsledky, které pro její další život hrozí. Pokud jde o svádění k zahálčivému nebo nemravnému životu, je třeba navíc dokazovat účiny sí pachatele.

Sexuální život studentek Ostravské univerzity

Zdeněk Mláček

Úvod

Aktuální problematika úspěšného zavádění efektivní sexuální výchovy do našich škol úzce souvisí nejen s úrovní teoretické přípravy budoucích učitelů, ale také s kvalitou jejich osobního sexuálního života.

Vzhledem k tomu, že každý člověk utváří své postoje k sexualitě prostřednictvím svých subjektivních zkušeností v této oblasti, nelze vyloučit psychologicky pochopitelnou a výchovně nezávadnou možnost, že pedagog, který má v oblasti vlastní sexuality vážnější nevyřešené problémy, bude na vědomé, či spíše na nevědomé, úrovni tyto obtíže promítat na své žáky v hodinách sexuální výchovy.

Cílem naší výzkumné sondy bylo nejen zjištění alespoň základních aspektů sexuality budoucích učitelů, které poneseou zodpovědnost za účinnou sexuální výchovu přicházejících generací svých žáků, ale také přispět k řešení otázky, ve kterém ročníku svého pregraduálního studia učitelství jsou pro teoretickou přípravu v interdisciplinární oblasti sexuální výchovy osobnostně nejlépe připraveny.

Výzkum

Pro výzkum, který se uskutečnil koncem roku 1993, bylo náhodným způsobem vybráno celkem 200 dívek z Pedagogické a Filozofické fakulty Ostravské univerzity, studujících 2. a 4. ročník oboru učitelství.

Vzhledem k tomu, že 12 studentek (tj. 6 %) dosud z nejrůznějších příčin ještě nebyly partnerským sexem (viz např. důsledky příliš prudérní rodinné výchovy, náboženské důvody či absence vhodného partnera), zúčastnilo se empirického šetření 188 sexuálně žijících dívek, které měly svůj první pohlavní styk průměrně v 17,78 roku.

V průběhu šetření byla anonýmně a permissivním způsobem administrována rozšířená kroméřická verze dotazníku J. Mellana a S. Kratochvíla z roku 1970, orientovaná na komplexnější diagnostiku sexuálních funkcí žen (SFŽ).

Získaná data výzkumného projektu typu 2x2, v němž jednu nezávisle proměnnou určoval typ učitelské fakulty a druhou nezávisle proměnnou tvořil studijní ročník, byla statisticky zpracována metodou faktoriální analýzy variance. Z hlediska závisle proměnné, která byla vyjádřena kvalitou sexuálních funkcí, jsme na 0,1 hladině statistické významnosti zjistili průkazné rozdíly v kvalitě sexuálních funkcí mezi studentkami 2. a 4. ročníku. Sexuální funkce dívek 4. ročníku se ve srovnání s úrovní sexuálních funkcí dívek 2. ročníku na obou fakultách jeví ve všech sledovaných aspektech jako vývojově vyspělejší. Proměnná, určená typem učitelské fakulty, se ukázala jako neprůkazná stejně jako interakční efekt obou nezávisle proměnných.

Pro ilustraci dosažených výzkumných výsledků lze uvést ve stručnosti některá konkrétní data. Z šetření vyplývá, že 61 % dívek považuje pohlavní styk za významnou životní potřebu, 37 % po něm mimě touží a jen 2 % z nich by se bez koitu zcela obešla. 71 % dívek by vyhovovalo mít pohlavní styk 2x nebo vícekrát týdně, 14 % 1x týdně, 13 % denně a 2 % dívek by pohlavní styk stačil 1x za měsíc. Ve skutečnosti však k pohlavnímu styku s partnerem dochází u 52 % dí-

vek 2x nebo vícekrát za týden, 30 % má pohlavní styk 1x týdně, 9 % dívek udává pohlavní styk 1x za měsíc, 6 % denně, 3 % dívek méně než 1x za rok.

Z hlediska četnosti pohlavního vyvrcholení při souloži 37 % dívek dosahuje orgasmu ve většině pohlavních styků, 33 % vždy, 22 % v menšině případů a 8 % nikdy nebo jen zcela výjimečně. Z hlediska frekvence orgasmu vůbec, tedy bez ohledu na způsob jeho dosažení (sen, onanie), uvádí 52 % dívek pohlavní vyvrcholení 2x nebo vícekrát týdně, 25 % 1x za týden, 11 % 1x za měsíc, 8 % denně a 4 % méně než 1x za rok.

U 76 % dívek zjišťujeme velmi dobrou úroveň vzrušivosti při milostné předehře před stykem, 24 % z nich udává mírnou vaginální lubrikaci a chvilkové vzrušení, které se někdy rozpívá. 77 % dívek se na pohlavní styk většinou těší a dovede k němu dát sama podnět, 22 % má před pohlavním stykem na koitus chuť i náladu, ale nedokáže projevit větší iniciativu, pouze 1 % pociťuje před souloží lhostejnost.

Při milostné předehře dívky vzrušuje na 1. místě líbání, objímání, hlazení na ramenou, zádech, nohou a prsou, na 2. místě jemné hlazení a dráždění zevního pohlavního ústroje a na 3. místě slova obdivu a uznání. Při vlastním koitu dívky vzrušuje na 1. místě stimulace klitorisu, na 2. místě intravaginální stimulace pohybem penisu, na 3. místě stimulace penisem v oblasti dleložního cípu a na 4. místě pocity vznikající všem ejakulace muže.

69 % dívek projevuje při pohlavním styku vyšší estifickou aktivitu, 31 % se při koitu chová spíše pasivně. 76 % dívek preferuje při styku širší škálu poloh, 16 % střídá několik jednoduchých poloh, 8 % vchovává pouze jednu polohu. Při pohlavním styku se u 51 % dívek příjemné pocity stupňují až k vyvrcholení, u 28 % se jejich příjemné pocity stupňují jen do určitého bodu, 17 % dívek prožívá při koitu příjemné pocity, které jsou stále stejné, a pouze 4 % z nich nemají žádná zvláštní pocity.

40 % dívek dosahuje orgasmu současně se svým partnerem, 30 % až po partnerovi, 26 % pouze při přímé mimokoitální stimulaci a 4 % nikdy. 54 % dívek dosahuje orgasmu během 6 až 15 minut, 25 % během 3 až 5 minut, 10 % dívek za dobu delší než 15 minut a 11 % dívek buď vůbec ne, nebo nedokáže uvést časový údaj. 56 % dívek pociťuje při orgasmu výrazné stahy pohlavních orgánů, 22 % uvádí slabé pocity stahů, 22 % dívek pocity stahů nepociťvá.

Nalada po pohlavním styku je u 70 % dívek velmi dobrá, u 26 % přetrvává pocit, že něco chybí a je přítomna touha pokračovat, a u 4 % dívek se objevuje lhostejnost.

72 % dívek je přesvědčeno, že jsou dobrými sexuálními partnerkami, 12 % si myslí, že jsou výbornými sexuálními partnerkami, 10 % si svým hodnocením není jisto a 6 % dívek cítí, že jsou chladnější. 87 % dívek nepociťuje ve svém pohlavním životě žádnou poruchu, 6 % dívek ji zařazuje na krátkou dobu a 7 % si pro svou poruchu dělá starosti. 24 % dívek vadí, že ne vždy dosahuje orgasmu, 3 % vadí skutečnost, že je jim pohlavní styk lhostejný, a 4 % vadí, že jim pohlavní styk nepříjemný či bolestivý. Sexuální uspokojení dívek narušuje na 1. místě přílišný spěch partnera a příliš krátká milostná předehra, na 2. místě strach z otěhotnění a na 3. místě krátké trvání soulože.

K ochraně před otěhotněním dívky praktikují na 1. místě koitus interruptus, na 2. místě užívání kondomu a na 3. místě perorální antikoncepci. 9 % dívek se před otěhotněním dokonce nechrání žádnými prostředky.

Závěr

Výsledky provedeného výzkumu, které jsou vcelku konzistentní s obecně platnými sexologickými fakty, zásadně neprotivěčí ani publikovaným zprávám jiných autorů, kteří prováděli své výzkumy na studentských populacích (viz např. Burešova, Januška, Možný aj.) indukci, že úroveň sexuality studentek učteckých oborů na Ostravské univerzitě je (až na zarážející podceňování natutosti průměrné antikoncepce) relativně dobrá.

Přiznává-li našim výsledkům alespoň minimální míru externí a interní validity a přihledneme-li současně k obecným vývojovým zákonitostem ontogeneze ženské sexuality, je možné vcelku seriózně předpokládat, že většina budoucích učitelek, která bude mít v příštích letech v našem feminizovaném školsku klíčovou roli v systému sexuální výchovy, není v průběhu své profesní přípravy zatížena vážnějšími dysfunkcemi sexuálního lemmény, které by mohly sehrát výchovně negativní roli. Tím nelze eliminovat hypotézu o tom, že nárůst problémů v oblasti sexuality nemůže bohužel nastat v pozdějších životních obdobích až profesně zkušených pedagogů.

Výsledky výzkumu však přesvědčivě signalizují, že pro teoretické i didaktické zvládnutí problematiky sexuální výchovy jsou lépe prožitkové i osobnostně připraveny spíše studentky vyšších ročníků. Z tohoto důvodu je také experimentální výuka předmětu výchova k manželské a rodinné situaci na Ostravské univerzitě do 4. ročníku studia vybraných učteckých oborů.

Sexuální výchova v homosexuální komunitě

MUDr. Ivo Procházka

Jestliže hovoříme o sexuální výchově zaměřené na muže a ženy s homosexuálním citěním a chováním, pak její uskutečňování můžeme rozdělit podle způsobu provádění nebo podle jejího hlavního cíle a tématu na dvě velké části.

I. Podle způsobu provádění sexuální výchovy:

- A. Informace o homosexualitě v sexuální výchově obecně
- B. Sexuální výchova cílená na gay a lesbickou komunitu

II. Podle hlavního cíle a tématu

- A. Prevence HIV a ostatních sexuálně přenosných chorob
- B. Tolerance k homosexualitě, coming out

A. Informace o homosexualitě v sexuální výchově obecně

Součástí každé komplexní sexuální výchovy by měly být informace o homosexualitě.

Většinová část populace by se měla seznámit se základními aspekty tohoto společenského, tedy nikoli jen zdravotnického jevu. Při setkání s homosexuálně orientovanými lidmi či homosexuálním chováním by je ostatní lidé měli hodnotit na základě odborných informací, a nikoli předsudků a nesprávných předsudků. Ty jsou hlavním zdrojem nepochopení a netolerance. Otevřenost tématu homosexuality vedla k výraznému nárůstu tolerantních postojů v naší společnosti během posledních let. Jen několik procent dotázaných se domnívá, že homosexuální chování je nesprávné a kriminalizované. Nicméně v každé společnosti existuje někdo, kdo pět procent osob s nerovnováhou sklony k menšinám, které představují, jak ukázal Adorno, potenciální zdroj fašismu a rasismu. Právě negativní postoj k homosexualitě je jedním z typických rysů těchto osob. V tomto směru se tedy setkává sexuální výchova s výchovou k toleranci a lidským právům.

Velmi potřebné jsou základní informace o homosexualitě pro ty, kteří se s homosexuály v budoucnu setkají ve svém nejbližším okolí, zejména u svých potomků. Ti, kteří jsou informováni, jsou schopni lepšího přijetí a spíše svým dětem mohou pomoci při vyrovnávání se s jejich sexuální orientací.

Další důvod pro přístupnost základních informací o homosexualitě je ten, že ve většinové populaci jsou zastoupeni také lidé s homosexuálním citěním a chováním, často neuvědomělým, kteří nemusí patřit mezi členy gay a lesbické komunity. Pomohou jim tedy informace jak o homosexualitě obecně, tak základní informace o bezpečnějším sexu. Homosexuální muži v průměru zahajují svůj pohlavní život později než jejich heterosexuální vrstevníci. V důsledku odmítnutí a nepřijetí své orientace je tomu ale většinou dříve, než si vytvoří citově a stabilní vztahy. Část homosexuálně se chovajících osob nepatří vůbec do gay a lesbické komunity a jediné informace, kterých se jim o nich samých dostává, je sexuální výchova pro nejširší společnost.

Jaké informace a kdy by člověk o homosexualitě měl dostat?

Během dětského a prepubertálního věku nebývá téma homosexuality důležitým jevem. Je třeba jen reagovat na situace, při nichž se dítě s tímto jevem setká ve svém okolí. Na rozdíl od mnoha dospělých dětí bez větších problémů akceptuje skutečnost, že podobně jako se mají rádi jeho rodiče, mohou se mít stejně dobře rádi dva muži nebo dvě ženy, proto tedy žijí spolu. Podobně také u heterosexuálních párů při této informaci nezděrazňujeme sexuální stránku života.

Občas se lze u některých dětí setkat s poruchou pohlavní identity. Chlapci si pak lépe roztuší s dívkami, mají obecně zájem a naopak. Tyto děti mívají problémy s adaptací v kolektivu vrstevníků. Jejich chování pak může okolí upozornit, že v budoucnu mohou být, ale nemusí, homosexuálně orientováni.

Během puberty je vhodné informovat o homosexualitě všechny děti. Homosexualita by neměla být pojednávána jen jako varianta lidského chování, ale jako prožívání, sebeuvědomování, hledání citových vztahů a životního stylu. Vysvětlení biologických predispozic sexuální orientace může napomoci k přijetí tolerantního a akceptujícího postoje u většiny.

Období puberty je pro homosexuála nejdůležitější než pro ostatní, protože kromě všech dalších problémů se musí navíc vyrovnávat se zjištěním odlišné orientace. Někteří lidé ji v sobě potlačují, a proto ji zjistí až později. Jiní se v důsledku uvědomění odlišné sexuální orientace dostávají do depresi a může dojít až k sebevražednému jednání. Se suicidálními pokusy se u ho-

homosexuálním pacientů setkáváme ve 30–50 %. Tito lidé se většinou ještě nezačleňují do gay a lesbické komunity, cítí se osamoceni, neumějí najít podporu a sexuální výchova obecně pro ně může být důležitým zdrojem informací. Vedle školní sexuální výchovy mohou sehrát pozitivní vliv také některá média. Téměř 100 % homosexuálů hodnotí svou sexuální výchovu jako nedostatečnou a zřejmě právě absence těchto informací je pro ně podstatná.

Kromě lidí, kteří se homosexuálně identifikují, existují další lidé s homosexuálním chováním. Patří mezi ně např. ženatí homosexuálové a lidé, kteří se označují za bisexuály, neadulterní a heteronormální heterosexuálové s občasným homosexuálním chováním v rámci širšího spektra a homosexuální prostitutky. Pro tyto osoby jsou důležité základní informace o prevenci HIV infekce a ostatních pohlavně přenosných chorob.

Základním zdrojem informací o homosexualitě by měla být u dospívajících školní sexuální výchova, kterou doplňují lépe či hůře informace v médiích. Ty pak jsou hlavním zdrojem výchovy pro dospělou populaci. Jen málokterá rodina je schopna poskytnout o tomto tématu správné a potřebné informace.

B. Sexuálně výchovné informace v gay a lesbické komunitě

Sexuální výchova v rámci gay komunity je zaměřena dvěma směry

A. Prevence HIV infekce a ostatních sexuálně přenosných chorob.

Homosexuální muži jsou v České republice nejvíce zastoupeni mezi známými případy HIV infekce a AIDS. Přestože se jejich podíl na celkovém počtu snižuje, zejména v důsledku nárůstu heterosexuálních přenosů infekce, tak v absolutních číslech zůstává bez výrazných změn. Činí průměrně 12 nových případů HIV pozitivitu za rok.

Vzhledem k ustálenému podílu mužů a žen v počtu hlášených pohlavních nemocí předpokládáme, že nedošlo k výraznějším změnám v zastoupení homosexuálních mužů v populaci venereicky nemocných.

Sdružení organizací homosexuálních občanů (SOHO), které zastřešuje 19 nezávislých gay a lesbických organizací z celé ČR, vypracovalo v letech 1993 až 1995 vlastní program prevence HIV infekce v gay komunitě nazvaný coming out.

Ten zahrnuje podporu preventivněvýchovných akcí v jednotlivých komunitách, vyčlenění pravidelně dvoustranný měsíčníku SOHO revue pro informace o zdravotní a sexuální výchově, vydání cyklu čtyř informativních brožur o bezpečnějším sexu pro muže (1993), pro ženy, o coming outu (1994) a o HIV pozitivním gayovi (1995), vyjádření solidarity s HIV pozitivními během mezinárodní vzpomínkové akce Světlo pro AIDS a provedení sociosexuologického průzkumu o znalostech, postojích a chování homosexuálních osob, který je v současnosti v tisku.

Tematicky má prevence HIV infekce v gay komunitě tři základní aspekty.

1. Propagace bezpečnějšího sexu.

To znamená nejen používání kondomu a lubrikantu při análním styku, který je nejrizikovější formou pohlavního styku, ale i propagace nerizikových a méně rizikových sexuálních praktik.

Anální styk je běžnější formou sexuálního chování u 50 % homosexuálních mužů, třetina až čtvrtina z nich ho nikdy neuskutečňuje. Soulož do konečníku je častější u párů v intimních a citově bohatších vztazích. Přitom platí, že čím stabilnější jsou vztahy, tím méně často je použit kondomu při análním styku. Vyšší riziko přenosu HIV infekce je spojeno s ejakulací do úst při orálním styku. Přenos řady jiných sexuálně přenosných chorob je ale možný i při orálním styku bez ejakulace. Každé takové onemocnění zvyšuje přitom riziko nákazy HIV virem.

2. Snížení počtu sexuálních partnerů.

Počet promiskuitně a sexuálně anorgasmně se chovajících mužů je odhadován na 10–20 %. U lesbických žen je podobné chování vzácné. Je žádoucím jevem, že řada z nich při málo intimním vztahu volí právě bezpečnější formy sexuálního chování. Západoevropské zkušenosti ukazují, že vhodnější formou prevence HIV infekce při promiskuitním chování je volba nekontinálních praktik (např. v Nizozemsku) než spoléhat na kondom a lubrikant při análním styku (např. Německo). To podporují i opakovaně nedávné zprávy o tzv. relapsu — odklon od přijatého používání kondomu k rizikovějšímu chování.

Pouchý pokles počtu sexuálních partnerů je v zemích s nižší prevalencí HIV infekcí sice epidemiologicky významný, ale z hlediska osobního rizika málo efektivní.

V našich podmínkách se ukazuje vytváření stálých a věrných partnerských vztahů jako důležitá součást prevence. Polovina mužů ve stálých vztazích uvedla, že jsou svému partnerovi zcela věrní. Větší význam partnerské věrnosti v naší gay komunitě souvisí zřejmě s chyběním sexuální li beralizace sedmdesátých let, celospolečensky vnitřnou vysokou hodnotou partnerského vztahu a převahou integračních tendencí nad konfrontačními v politice české gay a lesbické komunity. Tyto jevy nacházeli odraz i v jejím úsilí o legalizaci homosexuálních partnerských vztahů.

3. Tolerance k HIV pozitivním.

Epidemiologicky příznivý fakt dosud nízké prevalence HIV infekce má svou negativní stránku v malé viditelnosti této choroby a nereálném vnímání skutečnosti. AIDS je v gay komunitě spíše mytickou hrozbou než skutečným nebezpečím. Jen 8 % gay mužů zná osobně někoho, kdo je HIV pozitivní. Tato skutečnost pak vytváří bludný kruh nízké tolerance vůči HIV pozitivním v rámci gay komunity a neumožňuje naopak HIV pozitivním až na výjimky otevřeně vystoupit a šířit zapojení do prevence. Kromě informací je pak důležitým projevem solidarity s HIV pozitivními akce Světla pro AIDS, kterou SOHO pořádá spolu s Českou společností AIDS pomocí a Národním centrem podpory zdraví.

B. Dokončení procesu coming out (sebepřijetí a vyrovnání se se svou sexuální orientací). Zdánlivě dokončení procesu coming out nejen omezi psychopatologické a sociopatologické jevy spjaté s nevyrovnáním a odmítáním své sexuální orientace, jakými jsou deprese, riziko sebevražd, nevhodné snahy a těhotenství, narušené rodinné vztahy. Vyrovnání se se svou sexuální orientací umožní vytvoření plnohodnotného alternativního životního stylu včetně stabilních partnerských vztahů. Vytvoření gay a lesbické komunity umožní vznik gay kultury v širším slova smyslu, která podobně jako jiné minoritní a alternativní životní styly doplňuje a obuhacuje celou společnost. Psychická vyrovnanost je podmínkou trvalého přijetí zásad bezpečnějšího sexu, tedy efektivnější prevence HIV infekce.

V tomto směru působí SOHO revue jako společenský kulturní měsíčník, napomáhá vydání brožury Coming out.

Nedostatky sexuální výchovy v gay komunitě je zatím relativně malá početnost gay komunity, která souvisí s krátkou dobou společenských změn a otevřenějších postojů k homosexualitě. Přestože je společnost k homosexualitě mnohem tolerantnější, nejsou častější osobní setkání s homosexuálními lidmi. Dvě třetiny lidí si nejsou vědomy, že by někoho takového ve svém okolí znaly.

Malé je tedy zdravotněpreventivní působení v rámci prevence HIV infekce mezi muži s homosexuálním chováním, kteří jsou mimo gay komunitu. Chybějí především lidé, ale ani know-how ze západoevropských zemí není vždy použitelné právě pro odlišný společenský vývoj v minulosti.

Vzácnosti jsou dosud tzv. opinion makers, kteří by byli schopni oslovit gay a lesbickou komunitu i nůždež obecně. Ti chybějí jak při prosazování gay a lesbických práv, tak i při prevenci HIV infekce a při vyjadřování solidarity s HIV pozitivními. Vlastně jedinou opravdu významnou osobností, která se otevřeně hlásí ke své homosexuální orientaci, je v USA žijící Martina Navrátilová.

Ať žije láska aneb Jak praktikovat bezpečný sex a jiné poznatky ze stáže v nizozemském Utrechtu

PhDr. Sonja Riegelová

Ať žije láska je název existujícího vzdělávacího programu, který zahrnuje: školní časopis, příručku pro učitele a interakční dvoudílné video. Vznikl v Nizozemsku v r. 1993 a je podložen řadou seriózních výzkumů. Je určen pro žáky třetích a čtvrtých ročníků všech typů středních škol bez ohledu na jejich zaměření. Lze s ním pracovat v mimoškolní výuce, ale je sestaven tak, aby se mohl stát součástí vyučovacích přednášek, jako je biologie, zdravotní výchova, náboženství a také během porad s třídním učitelem či psychologem.

Pro mladé lidi je důležité, aby si byli vědomi svých vlastních norem a hodnot a aby objevili, že ostatní mohou mít zcela odlišné názory. Nakonec budou muset učinit vlastní rozhodnutí, zda chtějí, nebo nechťejí pohlavně žít, zda chtějí mít pohlavní styk, zaměřit se na homosexuální nebo heterosexuální vztahy, používat antikoncepci a chránit se před pohlavními chorobami. Je na učitel, aby žáky podporoval v procesu, který vyžaduje rozhodování a volby. Schopnost rozhodování, schopnost komunikace s partnerem na základech rovnoprávnosti, stát si za svým názorem, umění naslouchat druhému, to vše jsou nenahraditelné dovednosti. Rozvoj postojů, zručností a naučení se jak si vybírat vyžadují systematickou výuku, která znamená více než několik lekcí

o AIDS a pohlavních chorobách. Proto je zapotřebí, aby byl tento druh výchovy zahrnut i do ostatních předmětů.

I v tomto vzdělávacím programu je kladen důraz na informace o AIDS a prevenci pohlavních chorob. V lekcích o pohlavních chorobách je pojednáno i o všeobecných aspektech sexuálního vývoje, např. o přátelství, zamilovanosti, chození, uskutečňování kontaktů, o tom, jak hovořit o sexualitě i milování (bezpečné a méně bezpečné techniky, první milování), o životních stilech a vzorech. Tyto aspekty nejsou probírány do podrobností, nasměně některá témata jsou do lekcí zahrnuta:

- Vztahy a způsoby soužití
- Sexuální preference
- Masturbace
- Puberta (sexuální charakteristika, pohlavní orgány)
- Ztráta panenství
- Menstruace
- Reprodukce a antikoncepce
- Přerušení těhotenství
- Sexuální obtěžování
- Sexuální průmysl

Přestože primární odpovědnost je na rodičích a vychovatelích, škola hraje v sexuální výchově žáků také určitou roli. Žáci se v chápání sexuality liší. Některé ještě příliš nezajímá, pro ostatní je středem zájmu. Velká část mládeže je ve větším ohrožení, než si mnohdy dospělí myslí. Výzkumy potvrdily, že vědomosti a porozumění riziku nevedou přímo k bezpečnému chování. To přirozeně platí i u mladých lidí, kteří mají tendenci brát v úvahu jen svoje názory. Do jaké míry jsou ochotni být opatrní, co se týče jejich vlastního zdraví a zdraví ostatních? Změna v chování (ochota k opatrnějšímu chování) sama o sobě nestačí. Jak uvést dobré úmysly týkající se bezpečného a zodpovědného sexu do praxe? To je zapotřebí se naučit. Naučit se zejména schopnosti komunikovat a vyjednávat se svým partnerem, přizpůsobit se, respektovat svůj protějšek, používat kondom a další zručnosti vedoucí k bezpečnějšímu sexu.

Pro všechny učitele není snadné hovořit o AIDS a pohlavních chorobách. Není to předmět, o kterém se denně diskutuje v hodinách. Učitel nemusí znát odpověď na všechny otázky, musí však mít základní znalosti. Nejdůležitější je otevřenost v otázce sexuality. Pokud má být předávání vědomostí o AIDS a pohlavních chorobách účinné, musí být hovor o sexualitě přímý a upřímný. Je vhodné vymezit prostor pro otázky, informace, diskuse o životních stylech, normách a hodnotách všech žáků, jakož i učitele. Učitel vede žáky procesem komunikace tak, že jim nabízí informace, ale hlavně stimuluje žáky, aby si vyměňovali zkušenosti, nápady a názory. To vyžaduje příjemnou a otevřenou atmosféru. Pro žáka je důležité, aby věděl, že to, co říká, je zřetelné v rámci třídy. Může se stát, že žáci nejsou ochotni zúčastnit se diskusí, buď proto, že je ještě sexualita nezajímá, nebo proto, že pro ně není snadné o ni hovořit. Učitel by měl vědět, že žáci mají právo se nezúčastnit, a měl by rovněž dohlížet na to, aby se žáci necítili k účasti nuceni. Pasivní účast může být také velmi důležitá.

Tento vzdělávací program se skládá z pěti úvodních lekcí, tří klíčových lekcí a jedné volitelné lekce.

V úvodních lekcích je věnována pozornost následujícím tématům: ideální přítel, přítelnyne, první kontakt, zamilování, chození a milování. V těchto lekcích hraje důležitou úlohu komunikace (o příjmených a vzrušujících stránkách těchto období, nejistotách, normách a hodnotách). Důraz na komunikaci je kladen proto, že výzkumy potvrzeným nejdůležitějším předpokladem pro účinné vzdělávání je to, jak hovořit o sexualitě a bezpečném sexu. Kromě toho úvodní lekce napomáhají lépe se sblížit s každodenním životem žáků.

Klíčové lekce se soustředují na informace a prevenci AIDS a ostatních pohlavních chorob.

Po skončení těchto klíčových lekcí by měla být dosaženo následujících výsledků:

Vědomosti — žáci

— jsou schopni vysvětlit, jak se šíří nejnámější pohlavní choroby včetně AIDS a jmenovat některé fyzické projevy indikující nákazu,

— jsou schopni rozlišovat mezi AIDS a nákazou HIV a jmenovat některé subjektivní potíže lidí trpících AIDS nebo HIV,

— jsou schopni určit, které druhy sexuálního chování jsou bezpečné a které nejsou.

Postoj — žáci

— jsou schopni popsat, jak se chovat preventivně,

— jsou schopni říci, jak mohou vyjádřit svůj postoj k lidem, kteří jsou nakaženi, nebo k lidem patřící do rizikových skupin.

Schopnosti — žáci:

- jsou schopni popsat, jak hovořit s partnerem nebo partnerkou o tom, že ještě nechťejí pohlavně žít, nebo chtějí pouze v případě, že budou praktikovat bezpečný sex,
- jsou schopni určit, jak během pohlavního styku učinit potřebná opatření a učinit je ve správný okamžik,
- jsou schopni jmenovat možné způsoby varování partnera, který by mohl mít pohlavní chorobu.

Hlavním cílem volitelné lekce je zvýšit nezbytné praktické vědomosti týkající se používání kondomu. Nezkoušení žáci v nižších ročnících mají ještě pozitivní postoj k používání kondomu. Použití kondomu při prvním pohlavním styku je mocným předpokladem jeho další aplikace.

Učinné didaktické metody vzdělávacího programu «Ať žije láska»

Důležité je žáky dobře informovat a rozvíjet jejich schopnosti, které jim umožňují komunikovat s partnerem o tom, co chtějí nebo nechťejí v sexuální životě, dokázat se postavit za svoje názory, určit si svoje vlastní hranice, umět říci ne, brát v úvahu přání druhého atd. K rozvoji těchto schopností komunikace jsou některé učební metody — přehrávání rolí, psaní rozhovorů, sledování videa — vhodnější než ostatní. Zejména mladí lidé s menším množstvím sexuálních zkušeností si pouze mlhavě uvědomují, jaká by mohla být jejich role v partnerském životě. Žáci mohou získat zkušenosti s «vyjednáváním» při přehrávání rolí nebo tak, že jsou jim nabídnuty příklady řešení různých situací (např. na videu), v nichž je zapotřebí dát jasné najevo, co chtějí nebo nechťejí. Například pomocí psaní rozhovorů nebo přehráváním rolí žáci zažijí, jaké to je vyjadřovat názory a postoje někoho jiného, což je vhodné i z didaktického hlediska. Vyjadřování jejich vlastních názorů a postojů může následovat později. Učitel si může vybrat metodu, která mu nejlépe vyhovuje a v níž se cítí nejistěji, což záleží na zkušenostech a situaci ve třídě.

Specifické postavení v celém vzdělávacím programu zaujímá interakční videokazeta, která je jeho nedílnou součástí. Co je vlastně jejím obsahem?

V prvním díle mládež vyjadřuje svoje názory a zkušenosti s nebezpečným sexem, překážkami v realizaci bezpečného sexu a řešením, jak tyto překážky překonat. Video představuje skupinu mladých lidí, kteří vytvářejí program pro místní televizní společnost. Uvádí rozhovory s vystavky o bezpečném sexu a diskuse o těchto rozhovorech během výroby programu. Není opomenuta ani problematika bezpečného sexu jedinců homosexuálně orientovaných.

Učitel informuje žáky o tom, na které otázky se mají při sledování prvního dílu videa zaměřit, neboť o nich budou po skončení projekce vyplňovat (případně s pomocí učitele) dotazník.

Ve druhém díle jsou zachyceny čtyři simulované velmi riskové situace, které vyžadují schopnost domluvy («vyjednávání»). V polovině dialogu, kdy jeden partner přemlouvá druhého, aby s ním měl pohlavní styk, zvláště pak nechráněný pohlavní styk, má učitel zastavit video a žáci mají «poradit» protagonistům jak jednat. Na základě konkrétních dotazů mají žáci napsat své odpovědi na pracovní listy, buď jednotlivě, nebo ve dvojicích. Někteří žáci pak přečtou nahlas své odpovědi. Po následné diskusi znovu zapnutý videozáznam uvede správné řešení. V tomto bodě je obsažen princip pozitivního modelování. Jednotlivé scény v tomto díle jsou seřazeny se stupňující se intimitou a umožňují tak učitelům promítnout je až do toho stupně, který oni sami považují za vhodný nejen pro žáky, ale který je přiměřený jejich schopnosti adekvátně v dané situaci — scéne před žáky reagovat.

Celý videozáznam je velice kvalitně prakticky konstruován a lze jej právem považovat za ojedinělý tohoto typu, poskytující možnost nácviku konkrétních forem chování žáků v sexuálních a erotických interakcích.

Nizozemský vzdělávací program lze bez rozpaků realizovat s naší mládeží, neboť podobnosti jsou velké. Poněkud odlišná je snad jen otázka užívání hormonální antikoncepce, která je v Nizozemsku mnohem běžnější a dostupnější než v naší zemi. Je pak úkolem učitele, aby žáky poučil, že užívání hormonální antikoncepce není zdaleka tak jednoduché a bez rizika, jak by se mohlo jevit podle videa zřít.

Učitelé, kteří s daným programem pracují, jsou povinni zúčastnit se přípravného kurzu, zaměřeného na využití tohoto vzdělávacího programu v praxi.

Sex a erotika v USA 1994

Doc. MUDr. Jaroslav Zwirna, CSc.
MUDr. Radim Uzel, CSc.

Toto sdělení je shrnutím některých dat a zkušeností získaných během šestitýdenní stáže na podzim roku 1994. Studijní pobyt malé české výpravy byl zprostředkován vládní organizací «American Aid». Během šesti týdnů jsme byli seznámeni s americkým systémem plánovaného rodičovství a sexuální výchovy. Základní školení bylo v režii západního regionu americké organizace «Planned Parenthood Federation». Tato federace byla mimo jiné hlavním zakladatelem mezinárodní IPPF (International Planned Parenthood Federation), mateřské organizace naší Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovy (SPRSV).

A. Údaje o sexuálním životě v USA

Tato data byla čerpána z materiálu Institutu Alana Guttmachera, organizace SIECUS a z posledního výzkumu sexuálního chování obyvatel USA.

1. Těhotenství a porody v USA

V roce 1990 v USA registrovali více než 6 milionů těhotenství. 4 179 000 jich skončilo porodem, zbytek připadá na potraty (indukované i spontánní). Ženy zde, jak je v západní kultuře obvyklé, rodí v průměru dvě děti, 60 % dětí je plánovaných a 73 % dětí se rodí v manželském svazku. Nezletilým matkám se rodí asi 13 % dětí. Znepokojivé se zvyšuje porodnost ve skupině žen do 17 let věku, což je jakási americká specialita.

Dětská úmrtnost do jednoho roku věku činí v USA asi 1 %. Tento ukazatel řadí USA na 21. místo na světě. Mateřská úmrtnost (počet žen, které zemřely v souvislosti s porodem a šestinedělím) činí 7,9 (na 100 000 živě narozených dětí).

Prenatální péče není zdaleka samozřejmostí. Ne všem ženám tuto péči hraří pojišťovna a ne všechny ženy jsou pojištěny. Svou roli hraje i nedostatek vzdělání a informací, jakož i sociální a etnické zvláštnosti jednotlivých skupin populace. 99 % porodů se děje v nemocnicích.

2. Sexuální a reprodukční chování nezletilých

Ve věkové skupině 15–19 let je 97 % žen a 99 % mužů svobodných. Z nich pak 50 % žen a 60 % mužů již mělo první pohlavní styk. Od 15 let procento zkušeností s partnerským sexem roste rok od roku. V 19 letech má první pohlavní styk 75 % žen a 86 % mužů. Šest z deseti sexuálně aktivních žen ve věku 15–18 let mělo dva a více sexuálních partnerů.

Sexuální výchova je v USA podobný problém jako u nás. Většina škol ji formálně proklameje. Základní poučení je však poskytováno pozdě a neúplně. Asi třetina států Unie sexuální výchovu ve školách nedoporučuje nebo přímo před ní varuje.

Při prvním pohlavním styku užívá nějakou antikoncepci asi 65 % dvojic. Procento použití kondomů při této příležitosti stouplo z 23 % (1980) na 47 procent (1990). Své zde jistě sehrála propagace kondomu v rámci prevence AIDS. V pohlavním životě mladistvých hraje v USA antikoncepce statisticky větší roli než u nás. Nicméně počet těhotných nezletilých žen je zde jeden z nejvyšších na světě. Ročně zde registrují více než milion těhotných žen ve věku do 19 let. Z tohoto počtu gravidit 50 % končí porodem, 36 % interrupcí a 14 % samovolným potratem.

3. Antikoncepční servis v USA

V USA žije asi 58 milionů žen ve fertilním věku (15–44 roků). Z nich 39 milionů žije v situaci ohrožení neplánovaným otěhotněním. Pozoruhodné je, že až 90 % těchto žen využívá některou z antikoncepčních metod. Vedou chirurgická sterilizace a antikoncepční pilulky následované kondomem, poševním pesarem a dalšími metodami. Většinu antikoncepční péče zajišťují lékaři. Část je poskytována ambulantněmi PPF (Planned Parenthood Federation). Tyto «Planned Parenthood clinics» využívají hlavně nepojištěné a sociálně slabší ženy z mladších věkových skupin. Antikoncepční poradny a «kliniky» jsou financovány z mnoha různých zdrojů. Řada z nich jsou zdroje vládní. Jak federální, tak jednotlivých států Unie.

Poslední konzervativní vlády nebyly příliš nakloněny financování antikoncepční péče. Vládní dotace těmto programům byly v letech 1980–1990 kráceny o třetinu. Nicméně stále více států Unie na antikoncepční programy přispívá. Zdá se, že investice do antikoncepce se státu vyplatí. Prevence nežádoucího těhotenství je totiž také významnou úsporou veřejných prostředků, které by musely být vynaloženy na zdravotní a sociální péči o většinou sociálně nesamostatné matky a jejich nechtěné děti.

4. Interrupce v USA

V roce 1988 bylo v USA provedeno asi 1,6 milionů přerušení těhotenství. Každoročně pod-

stupují lékařsky indukovaný potrat 3 ze 100 žen ve fertilním věku. Interrupční statistika je v USA mnohem vyšší než v západní Evropě. Činí 27 na 1000 žen ve fertilním věku (v Nizozemsku 5,6, v České republice ovšem v roce 1991 ještě celých 40, ale v roce 1993 již jen 31). 16 000 interrupcí se provádí v souvislosti se znásilněním anebo pohlavním zneužitím.

Více než čtvrtina ženatelů o potrat ve věkové skupině do 18 let neuznávala při pohlavním styku žádnou antikoncepci.

Za interrupci v prvním trimestru gravidity se platí od 95 do 1000 US dolarů (v průměru 250). Riziko komplikací z interrupcí (které jsou v naprosté většině případů provedeny odbornými lékaři) není vysoké. Vážnější komplikace se vyskytnou asi v 1 % případů. Není prokázán žádný statisticky významný vliv potratu v prvních třech měsících těhotenství na pozdější plodnost ženy. Riziko úmrtí je při potratu 11x nižší než při porodu dítěte.

Federální prostředky se na interrupce použít nesmějí. Neméně rušobu států Unie na interrupce přispívá. Především jde o to, zpřístupnit bezpečné interrupce sociálně slabším vrstvám žen, které by se jinak uchýlovaly k podstatně nebezpečnějším potratům ilegálním (ať již se svépomocí, nebo s asistencí andělkářek).

5. Sexuální život v USA

Data čerpaná z poslední publikace o výzkumu sexuálního života obyvatel USA. Knižka byla publikována v době našeho pobytu v USA v říjnu 1994. Vedoucí skupiny odborníků je sociolog Edward Laumann z University of Chicago. Knižka se přidala k několika dalším velkým národním studiím o sexuální chování v USA, které byly v tomto století provedeny. Původní velká studie měla zahrnovat více než 10 000 lidí a měla stát asi 20 milionů dolarů. Fondy však nebyly přiděleny. Nakonec bylo vyšetřeno 3432 lidí ve věku 15–59 let a studie stála 1,6 milionu dolarů.

Ačkoli by se v zrcadle permanentního pokřiku mravokárců mohlo zdát, že většina Američanů je poseda sexuální promiskuitou a pácháním nejrůznějších deviantních aktivit, průzkum ukázal Ameriku jako veškeru standardní příslušnici rodiny vyspělých průmyslových zemí.

Naprostá většina Američanů je se svým sexuálním životem spokojena. Naprostá většina je věrná stálému partnerovi, ať již v manželství, nebo mimo ně.

Motivace prvního pohlavního styku:

	Muži	Ženy
Láska	25 %	48 %
Zvědavost	51 %	24 %
SVatební noc	21 %	7 %

Častost sexuálních styků v posledním roce	mužů	žen
Žádný styk	9,8 %	13,6 %
Ojedinele	17,6 %	16,1 %
Několik do měsíce	35,5 %	37,2 %
2–3x týdně	29,5 %	26,3 %
4x týdně a častěji	7,7 %	6,7 %

Častost orgasmů při pohlavních stycích:	mužů	žen
Vždy	75,0 %	29,0 %
Obvykle ano	20,0 %	42,0 %
Někdy	3,0 %	21,0 %
Nikdy	2,0 %	8,0 %

Počet sexuálních partnerů v posledním roce:

	Muži	Ženy
0	9,9 %	13,6 %
1	66,7 %	74,7 %
2–4	18,3 %	10,0 %
5 +	5,1 %	1,7 %

Trvání poslední sexuální záležitosti (=event.):

	Muži	Ženy
– 15 min	11 %	15 %
15–60 min	69 %	71 %
61 + min	20 %	15 %

Sexuální praktiky

Skupinový sex přitahuje častěji muže (14 %) než ženy (1 %).
Pozorování nahého partnera je přitažlivé pro 50 % mužů a 30 % žen.
Poskytovat orální sex přitahuje 37 % mužů a 19 % žen.
Přijímat orální sex přitahuje 50 % mužů a 33 % žen.
Anální koutas zkouší někdy 25 % žen a 25 % mužů.
Sex vynucený násilím někdy zažilo 22 % žen, ale jen 3 % mužů připouští, že někdy ženu k sexu násilím nutili.

Sexuálně přenosné nemoci

Muži s počtem sexuálních partnerek 1–6 mají riziko aktivování pohlavně přenosné nemoci asi 3,5 %. Muži s počtem partnerek více než 20 mají toto riziko 28,5 %, ženy s počtem sexuálních partnerů 2–4 mají riziko 7 %, s počtem partnerů 20 a více mají riziko 36 %. V celém vyšetřeném souboru více než 3000 osob byly jen čtyři případy HIV pozitivitu. To odpovídá nízké prevalenci HIV pozitivitu v obecné populaci.

Cím více sexuálních partnerů americké ženy a muži mají, tím častěji prý používají kondomy. Ale používání kondomů stále není dostatečné.

Na «explicitní erotické materiály» se alespoň občas podívá 41 % amerických mužů, avšak jen 14 % žen.

Homosexualita

1,4 % žen a 2,8 % mužů se označuje za homosexuální nebo bisexuální.
7,4 % žen a 7,7 % mužů uvádí, že se někdy cítili přitahováni osobou stejného pohlaví.
I homosexuální zkušenost do pubertálního věku uvedlo 4,3 % žen a 9,1 % mužů.

B. Sexuální výchova v USA

Rozlišují zde důsledně mezi «sex education» a «sexuality education». První termín je méně komplexní a lépe vystihuje nedostatečnou úroveň současné sexuální výchovy. Ta je zaměřena spíše na některé sexuální problémy než na poučení o sexualitě v celém komplexu.

Nejméně devadesát procent dospělých v USA považuje za vhodné, aby sexuální výchova byla součástí učiva na školách. Naproti tomu hluchá menšina odpovídá otevřeně sexuální výchovy dává zde o sobě často vědět. Ostatně podobnou situaci známe důvěrně v naší zemi.

Konzervativní vláda za prezidentování R. Reagana a G. Bushe byla nakloněna naslouchat těm lidem, kteří si sexuální výchovu na školách buď vůbec nepřáli, nebo ji žádali omezit na poučení o sexuální abstinenci. Jediný program, který federální vláda podporovala, byl «AFLA» (Adolescent Family Life Act). Vyznačoval se tím, že byl prakticky zcela «abstinentní». AFLA má dva deklarované cíle: 1. podporovat sexuální abstinenci, a tak omezit počet těhotenství nezletilých, 2. podporovat adopci před interrupcí u nezletilých těhotných dívek. Program odstartoval v roce 1983 a byl od počátku velice kontroverzní. V roce 1993 bylo rozhodnuto, že náplň programu nesmí být jednostranná náboženská agitace. Součástí programu se mají stát objektivní medicínská data a program musí respektovat principy ideologického «sebeurčení» mládeže. Kritické programu AFLA namítají zejména to, že je založen na šíření strachu. Program se tak stal hlavním protivníkem otevřené sexuální výchovy v zemi.

Poněkud lepší je situace na úrovni jednotlivých států Unie. Již r. 1988 byla ve většině států USA doporučena sexuální výchova k prevenci HIV/AIDS. Účelně nejméně 15 států byli vyzváni, aby absolvovali doškolení o sexuální výchově a prevenci AIDS. V roce 1992 přijaly prakticky všechny státy Unie doporučení k prevenci AIDS/HIV, jak je vypracovala organizace SECUS (Sex Information and Education Council of the United States). Příslušné konkrétní akce však většinou postrádají komplexnost a vyznačují se malou účinností.

V přehledu z roku 1990 konstatuje SECUS, že sice 65 % vyhodnocených programů deklaruje sexualitu jako součást normálního života, že však o sexu poskytují jen málo konkrétních informací. Jen 8 % programů se zabývalo konkrétně sexuálním chováním a polovina programů se omezila na poučení o antikoncepci.

Je téměř celosvětovou zkušeností, že HIV/AIDS tématu dostávají zcela specifickou prioritu před vším ostatním v sexuální ldi. Prevence AIDS a sexuální výchova bývají tak často la naprosto nepřírodně od sebe odděleny.

Účelci, kteří se sexuální výchovou zabývají, prohlašují v 80 % případů, že potřebují doplnit své vzdělání a že potřebují další informace. Hlavními nepřáteli sexuální výchovy jsou podle účelců předsudky rodičů, spolupráci a vedení školy.

Rok 1994 přinesl v USA mimo jiné též nové naděje, které jsou vkládány do Clintonovy administrativy. Nová vláda je otevřenější sociálním programům, a tedy i sexuální výchově. Kon-

zervativní program AFLA, pokud vůbec přežije, dozná zřejmě podstatné změny ve smyslu liberalizace. V posledních dvou letech registruje SIECUS již více než 120 sporů o sexuální výchovu ve 34 státech USA. Oponenti sexuální výchovy se realizují nyní spíše na národní než na federální úrovni. Zdaleka nejsou umlčeni. Kontroverze kolem sexuální výchovy v USA tedy pokračuje.

C. Organizace plánovaného rodičovství v Kalifornii

Místní organizace plánovaného rodičovství PPF (Planned Parenthood Federation) v Santa Cruz založili v roce 1971. Prvních pět roků pracovali jen jako sdružení pouze dobrovolných aktivistů. Postupně se stali plnoprávným členem federální PPF a dostali tak plnou licenci na poskytování všech služeb a aktivit, pro které má oprávnění federální PPF. To je v USA velmi důležité. Nemalou část rozpočtu společnosti pro plánované rodičovství tvoří totiž platby od klientů za poskytované služby. Roční provoz organizace, která má několik «klinik» (v našem pojetí poradení a ambulancí), přijde na více než 2,4 milionu amerických dolarů.

PPF je součástí neprofitního sektoru. Poskytují se zde služby, které klienti nemohou získat jinde například proto, že nejsou pojištěni a soukromá zdravotnická zařízení by proto pro ně byla příliš drahá, a také služby, které federální ani národní stát nezajišťuje. Neprofitní organizace nepatří daně a těší se významné podpoře federálních i lokálních vlád.

Struktura místní organizace PPF je následující: 1. Vedení (management), 2. Zdravotnické služby, 3. Oddělení rozvoje, 4. Styk s veřejností, 5. Výbor ředitelů, 6. Marketing, 7. Výchovné a výukové programy. Byrokratický aparát je poměrně komplikovaný. V čele stojí zmíněný výbor ředitelů jednotlivých odborů. Ten ustanovuje výkonného ředitele. V konečné fázi je pak celá řada «ředitelů» různých aktivit: administrativní služby, financování, styk s veřejností, výchovných programů pro veřejnost, rozvoje, služeb pro pacienty a konečně lékařský ředitel. Postavení lékařů je zde spíše dozorové a poradní. Lékaři jsou zváni k výkonu jen těch komplikovanějších zdravotnických služeb (interrupce, sterilizace), protože jejich práce je drahá. Hlavním vykonavatelem zdravotnických služeb jsou «medical assistants», tedy střední zdravotní pracovníci, speciálně doškolení pro určitý druh práce. Asi jako naše porodní asistentky pro porodnictví.

Zdravotnické služby

Poradenské služby jsou úplně bezplatné a dostupné každému. K poradenské činnosti ve «family planning clinics» je třeba zvláštní licence («counselor's licences»), která se vždy po několika letech obnovuje. PPF i další organizace mají v rozpočtu zvláštní peníze nejen na poskytování poradenských činností veřejnosti, ale také na průběžné doškolení vlastních pracovníků. Vyhavení zdejších poraden tištěnými materiály je bohaté. S každým klientem vede poradce řízený rozhovor podle předtiskového formuláře. Dává mu vybrat z různých informačních programů (antikoncepce, prevence AIDS, pohlavně přenosné nemoci, pohlavní zneužívání, znásilnění, «gay and lesbian issues» ad.). K dispozici jsou videoprogramy, které mohou být konzumovány jednotlivci i celými skupinami podle dohody.

Různá vyšetření představují především těhotenské testy, vyšetření na pohlavně přenosné nemoci a HIV testy. Poradenství kolem testů, řízené pohovory s klienty a vše ostatní zajišťují střední zdravotní pracovníci («medical assistants»).

Antikoncepce: Ukázky kondomů a lubrikačních prostředků jsou poskytovány zdarma. V každé poradně, kterou jsme navštívili, byly košíky kondomů a lubrikačních prostředků. Novinkou pro nás byla «poševní fólie». Jde o tenkou fólii napaštěnou nonoxymolem. Fólie se zavádí do pochvy před pohlavním stykem. Je zhotovena z celulózového filmu. Po zavedení rychle bobtná a rozpustí se do řídké gelové hmoty. Nemá jen lubrikační, ale také spermicidní (spermie hubící) účinky.

Informace o cervikálních kloboučcích («cervical caps»), pesarech (diaphragmách) a poševních hubkách poskytují střední zdravotníci a poradci z řad proškolených laických dobrovolníků. «Asistentky» provádějí palpační gynekologické vyšetření, odběry poševní cytologie a výtěry pro kultivační vyšetření. Vyhrají tedy také vhodný pesar a instruuje klientku, jak s ním zacházet. Zjišťujeme, že v USA jsou stále kromě pesarů velmi populární též cervikální kloboučky («cervical caps»), dostupné v různých rozměrech. Poševní hubky jsou prý velmi často odmítány pro místní dražďení v pochvě.

Zavedení hormonální antikoncepce nebo nitroděložního tělíska je náročnější procedurou. Podléhá metodickým směrnicím, vypracovaným do nejmenších detailů. Pacientka je podrobně seznámena s celou antikoncepční nabídkou. Pokud projeví zájem o některou metodu, je podrobně poučena o jejích přednostech a nedostatech, o indikacích a kontraindikacích. Organizace kladá velký důraz na «kvalifikovaný souhlas» klienta. Neméně ordinace orální antikoncepce, Depo-Provera i Norplantu je plně v rukou středních zdravotnic, «asistentek». Podobná jsou to tyto

dány, kdo zde zavádí nitroděložní tělíska. Vše samozřejmě je metodicky velice přísně dozorováno lékaři.

Lékař je volán ke komplikacím a odesílají se k němu případy, které asistentky nejsou schopny vyřešit. Jeden den v týdnu je na klinickém pracovišti vyhrazen interrupcím. Ty provádí zpravidla někdo gynekolog, ale zkušený praktický lékař. Dlužno říci, že zdejší general practitioners vidla někoho gynekolog, ale zkušený praktický lékař. Dlužno říci, že zdejší general practitioners vidla někoho gynekolog, ale zkušený praktický lékař. Dlužno říci, že zdejší general practitioners vidla někoho gynekolog, ale zkušený praktický lékař.

Pro českého lékaře byla poněkud neuvěřitelná péče, kterou zde věnují přáním klientů a jejich očekáváním jednoduchými dotazníky, které se každý měsíc vyhodnocují, jsou zjišťovány stížnosti a návrhy na zlepšení stejně jako obecné hodnocení poskytovaných služeb. U nás jsem zvyklý vystupovat v roli někoho, koho lidé vyhledávají a potřebují. Zde se služby nabízejí a prodávají. Tak či onak je to evidentně pro klienty mnohem příjemnější prostředí nežli naše konvenční polikliniky a nemocnice, kde často nevíme v kontaktu zdravotník – pacient, kdo je tedy pro koho. Od pacientů zde zjistili, že ti to neradi čtou delší písemné materiály. Lépe jim vyhovují stručné letáky, videoprogramy a telefonicky poskytované informace.

Kromě zaměstnanců na plný úvazek mají řadu osob navázaných na částečné úvazky. Především pak lékaře. Larci dobrovolníci (především z řad studentů a manželů bohatých mužů) jsou školeni jako poradci a lékaři. Klade se důraz na to, aby poradci byli věkově i pohlavím adekvátní klientovi. Proto existuje speciální klinické dopoledne pro mládež, speciální poradenský čas kvátní klientovi. Proto existuje speciální klinické dopoledne pro mládež, speciální poradenský čas kvátní klientovi. Proto existuje speciální klinické dopoledne pro mládež, speciální poradenský čas kvátní klientovi.

Na poradě lektorů a zdravotnických pracovníků se diskutovaly jak problémy sexuální výchovy, tak specifické otázky antikoncepce. Například co s ženou, která trpí epilepsi, astmatem, diabetem, je HIV pozitivní.

Sexuální výchova

PPF má k dispozici bohatý sortiment sexuálněvýchovných materiálů. Od tištěných po audiovizuální programy. Mají možnost pozvat menší skupiny do svých místností, mohou ovšem také vysílat lektoři do škol a jiných zařízení.

V sexuálněvýchovných programech dominuje prevence AIDS. Základní sexuálněvýchovný programy jsou určeny již pro děti od 9 do 11 let. Existuje i zvláštní program zaměřený na prevenci «sexual harassment» (tedy pro konflikty spojené s nepřítulným sexuálním obtěžováním žen ze strany mužů) a program pro mládež, směřovaný k «postponement of sexual involvement», tedy k odložení začátku partnerské sexuality. Jeden z programů je věnován i ženské věznici, kde je možné kontaktovat prostitutky. Prostituce je zde totiž trestným činem a evropské abolice prostoje nemají v USA velké zastání.

Pro mládež zde nejvíce oceňuji skandinávský animovaný film, známý u nás z nabídky NEI Report Home Video jako «Rady začínajícím milencům». Naše lektorka se nás snažila přesvědčit, že jde o snímek kanadský. Na ve všech školách jim to však vedení dovoli promítat.

Speciálním kalifornským problémem je existence třetiny hispánského obyvatelstva. Většina programů musí být k dispozici v anglické i španělské verzi. Mnozí pracovníci PPF zařízení jsou bilingvisté, připraveni na komunikaci s hlavní zdejší jazykovou menšinou.

D. Spojené státy a erotika

USA se od osmdesátých let staly velice pruderním státem. V Kalifornii například není veřejně na policech prodejen časopis dostupný ani ten «nejměkčí» erotický magazín. Ani symbol americké kultury Playboy se zde neprodává na stáncích. Jen v superhotelech lze tato «prohibita» zakoupit. V San Francisku jsme však viděli «red district» se sex-shopy a prodejny erotické literatury a videoprogramů. V televizním vysílání jsou i ty nejpánědnější erotické programy zakódovány, aby je nemohla sledovat mládež. Rozkódování ovšem provede v kabelové televizi na telefonickou žádost příslušná centra, kdykoliv a za poměrně nízký poplatek několika dolarů. V novinách existují «nenápadně zakódované» erotickou videokazetu. Americkou specifikou totiž je, že v zastrčených regálech dostal nějakou tu erotickou videokazetu. Americkou specifikou totiž je, že v zastrčených regálech dostal nějakou tu erotickou videokazetu. Americkou specifikou totiž je, že v zastrčených regálech dostal nějakou tu erotickou videokazetu.

vat. To umožňuje poměrně prosperující černý trh, který je pro oficiální úřady sotva přehledný. Neříznější průzkumy totiž ukazují, že téměř polovina dospělých Američanů konzumuje erotické filmové a videoprogramy alespoň někdy.

Americká pruderie má starou tradici a zdá se zasahovat i do nejintimnějších sfér občanů. V jednotlivých státech Unie jsou trestné i některé méně obvyklé intimní sexuální praktiky "páchané" ve dvojici třeba i manželské a s obopojným souhlasem. Například orálně-genitální nebo anální pohlavní styky a podobné. Naproti tomu v místní televizi, přecpané ve všech pořadech reklamami na kdejakou věc, se denně promítají filmy sice důsledně cenzurované, nicméně s velice explicitními scénami násilí. Nahá zadnice je zapovězena, nicméně rozbíjení hlav pěstí, palci nebo střelnou zbraní je na denním pořádku. Kdo zná hollywoodskou produkci, dobře ví, o co jde. V nedávném americkém filmovém hitu "Specialista" (Sylvester Stallone a Sharon Stoneová v hlavních rolích) trhá výbušnina lidi na kusy ve velkém a takové "drobné explicitní násilí", jako je třeba prostřelená lebka, je pouhou malinkostí.

Poznáte-li více amerických států, uvědomíte si, že míra pruderie je v této velké zemi velice rozdílná. Zatímco třeba v Kalifornii patří obvyklý Playboy k choullostivým časopisům, v Georgii je nabízení spolu s ostatními "soft" erotiky zcela neomezené. Ve stejné státě jsme mohli v běžné televizní síti bez zakódování a zvláštních varovných upozornění (v Kalifornii zcela obvyklé) zhlédnout "explicitní erotické scény" ve filmových pořadech. Na letišti v Los Angeles prodávali "dianbaté" magazíny s titulními stránkami částečně cudně zahalenými do balíčku papíru. Letiště v Atlantě je nabízí zcela "nahatě". Takže ani s tou pověstnou pruderií v USA to není zas tak horké, jak se někdy soudí i mezi odborníky.

Postoje obou pohlaví k sobě navzájem jsou zde nápadně hostilní. Televize dnes a denně přináší scény "domestic violence". Zdá se, že průměrný americký muž svou ženu bije velmi často. Po Santa Cruz jsme viděli krátek demonstraci několika zdejších žen, které upozorňovaly na velkou četnost podobných domácích událostí. Každých osm vteřin je zde prý nějaká žena zbita, každých osm minut znásilněna a každých osm hodin zabita. Možná by nebylo od věci zkusit ať nějakým mužům místo této podlé "zabavy" nabídnout erotickou komerční produkci, třeba by přišlo na jiné myšlenky.

Sexuální výchova je dalším námětem k polemikám a sporům. Naprostá většina Američanů si sexuální výchovu ve školách přeje. Proto ji také většina škol ve svém programu nabízí. Studovali jsme několik těchto sexuální-výchovných programů. Bývají americkými sexuology často kritizovány za jednostrannou restriktivitu a strašením následky sexu. Mají však ve srovnání s "dilemy" některých našich pedagogů mnohem vyšší hodnotu. Všechny z těch, které jsme studovali, zahrnují důkladně a zcela objektivně poučení o antikoncepčních metodách a o bezpečném sexu. Všechny se zcela konkrétně zabývají používáním kondomů a aplikací lubrikačních prostředků. Mnohem více než u nás je zde věnována pozornost těhotným nezletilým dívkám a vůbec prevenci těhotenství.

Při obrovské incidenci nežádoucích gravidit nezletilých v USA není divu, že se jím zde věnuje pozornost. Některé programy cíleně a specificky zaměřené na odložení prvního pohlavního styku a na motivaci dívek k odložení porodu dítěte na pozdější dobu by zasluhovaly napodobení i v našich podmínkách. Ministerstvo školství v Sacramentu vypracovalo program prevence porodu nezletilých, který pracuje s panenkami, napodobujícími novorozence. Dávka dostane domů na několik dní panenku, která každé čtyři hodiny intenzivně pláče a musí být dvacet minut obsluhována způsobem, který napodobuje krmení novorozence. Dívky v instruktážním videoprogramu vesměs pravily, že zkušenost s panenkou byla pro ně nová a že by život realitu zatím raději doma neměly. Musíme dát Američanům šanci dokázat, že tímto způsobem lze alespoň nějakým otěhotněním "trens" opravdu předjet.

Zatím bych doporučoval zamýšlení nad dodržováním elementárních právních norem. V Kalifornii je zákonná hranice k souhlasu s pohlavním stykem 18 roků. Při dosažení tohoto věku však jen asi pětina mladých lidí dosud pohlavní styk neměla. Start do partnerského života je tu opravdu raketový. Již ve 12 letech má asi 15 % školních dětí nějaký pohlavní styk za sebou. Vyskyt pohlavního zneužívání je zde tedy veliký, ale zdá se, že trestní pohlavní styk za sebou. Vyskyt pohlavního života nezletilých zde nebudi žádnou velkou pozornost justičních orgánů a policie. Odborníci, které jsem v tomto směru intervenoval, mi vesměs pravili, že trestněprávní otázky sexuálního života nezletilých zde nebudi žádnou velkou pozornost justičních orgánů a policie. V tomto směru se mi zdá lpění středoevropských zemí na hranici 15 let a její důsledná trestněprávní ochrana mnohem praktičtější než kalifornská osmnáctiletá hranice se zcela lhostejným přístupem justičních orgánů a policie.

1. Vysvětlení některých základních pojmů

PEER AKTIVISTA — speciálně připravený dobrovolník (obvykle dospívající) působící v rámci PEER PROGRAMU na své vrstevníky.

PEER CONSULTING — angl. poradenství vrstevníkům, typ PEER PROGRAMU, při němž jsou PEER AKTIVISTÉ připraveni naslouchat a radit svým vrstevníkům s určitým okruhem problémů.

PEER PROGRAM — vrstevnický program využívající k prevenci, popř. nápravě nežádoucího chování dětí a mládeže, specifických vztahů ve skupinách vrstevníků (viz PEER SKUPINA, viz SKUPINOVÁ DYNAMIKA) a fakta, že v adolescenci je jedinec často ovlivnitelnější názorem svých vrstevníků než dospělých (učitelů, rodičů). Speciálně připravený dobrovolník (PEER AKTIVISTA) např. z řad žáků školy, z mládežnické organizace apod. vytváří pozitivní model žádoucího chování pro své vrstevníky (např. při programech prevence delinquency, zneužívání návykových látek aj.) nebo funguje jako dobrovolný poradce.

PEER SKUPINA — skupina vrstevníků (dětí nebo mladých lidí) přibližně stejného věku a častěji i s přibližně stejným sociálním statutem (sociálním postavením). Má významnou roli při socializaci jedince, zejména při přechodu k dospělé roli, nabízí určitou ochranu a zájem, může částečně kompenzovat sociální a citovou deprivaci svého člena. Může mít na své členy výrazně pozitivní vliv (jaký se realizuje prostřednictvím některých organizací a hnutí mládeže), ale i vliv výrazně negativní, vedoucí k antisociálnímu chování (delikventní party, bandy aj.).

SKUPINOVÁ DYNAMIKA — psychologické síly a procesy působící v rámci malé skupiny (např. školní třídy), které 1. určují sociologické rysy skupiny jako celku a 2. ovlivňují chování jednotlivých členů skupiny.

Pojem PEER PROGRAMU jako jednu z významných součástí prevence drogových závislostí popularizoval v odborných i laických kruzích především pan prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Způsoby, kterými lze peer programy provádět, se různí. Může jít o programy krátkodobé či dlouhodobé, modely používané pro jednotlivé třídy či vybrané jednotlivce, vycházející ze školských či vědeckých středisek.

2. Pracovní verze připravovaného peer programu

PEER PROGRAM PRO DĚTI ZE ZÁKLADNÍCH ŠKOL OKRESU RYCHNOV NAD KNĚŽNOU

1. Hlavní podstata peer programu

PEER PROGRAM (vrstevnický program) je soubor neprůznějších aktivit a praktických zaměstnání určených pro vybrané žáky (peer aktivisty) ve věku 13 let.

2. Hlavní cíle peer programu

- začlenit informace z vybraných okruhů do kontextu pedagogicko-psychologického, sociologického, zdravotního či historického
- nácvik dovedností v použití pozitivních alternativ v rámci laického působení
- nácvik schopností a dovedností čelit negativnímu působení (četné poznání a analýzy skutečných zátěžových a stresových situací)
- schopnost organizovat a podílet se na vzniku podobných setkání a programů v okolí působnosti peer aktivistů
- začlenit peer program i mezi aktivisty pro dospělé
- a) vzdělávací program pro pedagogy škol, z nichž byly vybrány děti na peer program
- b) osvětový program pro pedagogy — metodika seznamování rodičů s některými vybranými problémy

3. Hlavní obsah peer programu pro děti

1. Získání základních informací o problematice dospívání (pubertě).
2. Získání základních informací z oblasti lidské sexuality.
3. Získání základních informací o negativních jevech v lidské sexualitě.
4. Problematika onemocnění AIDS.
5. Problematika drog (kouření, alkohol a další návykové látky).
6. Základní orientace v relaxačních technikách, interakčních a komunikačních hrách a metodika tzv. icebreaků.

4. Organizace peer programu pro děti

1. přípravná etapa (leden 1995—červen 1996)

II. vlastní realizační etapa (červenec 1996)

III. etapa další spolupráce s peer aktivisty, pedagogy a rodiči (průběžně)

ad I. Přípravná etapa

1. výběr dětí — peer aktivistů — hlavní zásady:

— seznámit děti na školách s peer programem (programem kurzu) — písemně (informační letáček)

— sdělit dětem, že počet účastníků vlastního prázdninového kurzu je limitován (24 vybraných zástupců)

— nechat dětem provést výběr svých zástupců pomocí modelové situace — tři žáci ze třídy mají možnost odcestovat do zahraničí na koncert populární hudební skupiny — děti mají zvolit 1 záložníka zástupce a 2 záložní náhradníky — rozhodnutí k výběru má být učiněno na základě toho, že dotyčný bude schopen co nejlépe sdělit svůj zážitek a ostatní jej budou chtít poslouchat a budou jeho vyprávění vyhledávat

— se všemi vybranými dětmi provést rozhovor o jejich motivaci k peer programu — vybrat konečný počet (24) peer aktivistů

— rodičům vybraných dětí zaslat dopisy s podrobnými informacemi o celé akci

2. rozpracování jednotlivých témat do programu kurzu:

— jednotlivá témata jsou rozpracována do programových bloků

— každý programový blok bude probíhat jednotným algoritmem:

1. hromadný odborný výcvik — účastníci se všichni najednou a řeší většinou stejné téma

2. klubové aktivity — činnosti probíhají ve skupinách a každá skupina řeší většinou jiné téma

3. hromadné diskuse — účastníci se všichni najednou a řeší se témata řešená jednotlivými pracovními skupinami

— programovými bloky prolínají: icebreakery, kulturní a sportovní akce, rekreační aktivity, volná zaměstnání

— jednotlivé kroky v rámci programových bloků

1. předložení problému (úkol) a jeho základní charakteristika

2. individuální řešení

3. skupinové řešení

4. zpracování úkolů

5. prezentace výsledků

6. diskuse mezi jednotlivými mluvčími skupin

7. komentáře, odborné informace

8. závěry a doporučení

3. vlastní program kurzu pro peer aktivisty:

1. programový blok: Zahájení kurzu pro peer aktivisty.

— úvodní seznámení s peer aktivisty

— seznámení s cílem a smyslem peer programu

— seznámení se způsobem práce

— další organizační pokyny pro peer aktivisty

— icebreakery zaměřené na seznámení se mezi sebou

— interakční a komunikační hry zaměřené na rozhodovací procesy, na vztah sebepoznání a poznání druhých, na uvědomování si určitých emočních vztahů vůči našim reakcím a rozhodnutím

— diskuse k problémům:

— motivace a volba rozhodnutí

— vliv rodiny a společnosti (vrstevníci aj.) na rozhodování člověka

— očekávání od druhých a míra porozumění druhým

— chování a vztah k sobě

— anonymní dotazník s anketou — položené otázky se týkají témat dalších bloků (na konci celého kurzu budou položeny tyto otázky znovu)

2. programový blok: „Čeká nás období plné změn.“

Cíl:

1. po skončení zaměstnání budou peer aktivisté schopni charakterizovat období prepuberty a puberty po stránce změn tělesných, duševních a sociálních

2. peer aktivisté budou schopni pomocí svým vrstevníkům prostřednictvím správných informací o tomto vývojovém období

činnosti:

1. interakční hra

2. vysvětlení základních pojmů: intimní, pohlavní, sexuální, tělesný, duševní, sociální, potřeby, hormony — formou práce ve skupinách za použití písemného informačního letáku
3. vysvětlení základních pubertálních změn: tělesné, duševní a sociální změny — formou práce ve skupinách, každá skupina vypracuje seznam jedné skupiny změn
4. beseda vedená na základě konkrétních dotazů peer aktivistů
5. klubové aktivity: hry a praktická zaměstnání k pubertě

3. programový blok: «Sexuální anatomie a fyziologie.»

Cíl:

1. po ukončení tohoto zaměstnání budou peer aktivisté schopni podrobně charakterizovat a definovat běžně užívané pojmy týkající se anatomie a fyziologie pohlavních orgánů
 2. peer aktivisté budou schopni diskutovat o získaných poznatcích s vrstevníky obou pohlaví
- činnosti:
1. icebreaker
 2. formou rozhovoru s peer aktivisty rozebrat tezi «Každý mladý člověk se musí naučit převzít odpovědnost za své zdraví»
 3. sdělení základních informací o pojmech: zamilovanost, láska, milování se, sexuální zdraví, sexualita
 4. samostatná práce aktivistů ve skupinách: aktivisté pracují s neoznačenými obrázky mužských a ženských pohlavních orgánů a jednotlivé části pojmenovávají správnými názvy
 5. společné shrnutí základních poznatků o pohlavních orgánech muže a ženy
 6. klubové aktivity: hry a praktická zaměstnání k dané oblasti
 7. společně — doplňující test: «Co víte o sexualitě?»

4. programový blok: «Úloha ženy a muže při početí. Těhotenství a porod.»

Cíl:

1. po ukončení tohoto zaměstnání budou peer aktivisté schopni vysvětlit, jak dojde k oplodnění vajíčka spermií
 2. peer aktivisté budou schopni uvědomit si společnou odpovědnost, kterou muž a žena za početí nesou
 3. peer aktivisté budou schopni diskutovat o získaných poznatcích s vrstevníky obou pohlaví
- činnosti:
1. každý účastník dostane jednoduchý dotazník «Co víte o početí», který samostatně vyplní
 2. samostatná práce aktivistů ve skupinách: aktivisté pracují se schématy «Úloha muže při početí» a «Úloha ženy při početí»
 3. společné shrnutí základních poznatků o oplodnění a těhotenství, základní informace o porodu a dalším postnatálním vývoji
 4. klubové aktivity: «Cára života» — diskuse

5. programový blok: «Antikoncepční metody a prostředky, problematika potratů.»

Cíl:

1. po ukončení tohoto zaměstnání budou peer aktivisté umět pojmenovat základní antikoncepční prostředky a metody a chápat, jak působí
 2. aktivisté budou rovněž rozumět významu používání antikoncepce pro plánované rodičovství a zabránění nechtěnému těhotenství
 3. aktivisté budou mít základní informace o potratu a interrupčním zákonu v ČR
- činnosti:
1. diskuse s aktivisty o tom, co všechno zahrnuje rozhodnutí užít antikoncepci. Aktivisté přemýšlejí nad řešením základních otázek kdy a s kým začít pohlavně žít za pomoci schématu «Strom rozhodování»
 2. podrobně seznámit aktivisty se základními metodami a prostředky regulace početí
 3. prakticky ukázat vzorky základních antikoncepčních prostředků
 4. klubové aktivity: metodika používání prezervativu (praktický výcvik)
 5. klubové aktivity: argumenty pro a proti potratům
 6. společná diskuse k potratům
 7. základní teze interrupčního zákona v ČR

6. programový blok: «Negativní jevy v lidské sexualitě — prostituce, promiskuitní chování, pornografie, pohlavní choroby, sexuální zneužívání a týrání dětí a mládeže.»

Cíl:

1. po ukončení tohoto zaměstnání budou mít peer aktivisté konkrétní aktuální informace o dané problematice

2. aktivisté budou znát názvy nemocí přenosných pohlavním stykem, způsoby jejich přenosu, jejich symptomy a základní postup léčby; rovněž budou vědět, jak předcházet nákaze těmito nemocemi

3. aktivisté budou mít představu o konkrétních případech a příkladech týrání dětí u nás a ve světě

4. aktivisté budou vědět, jak postupovat při řešení vzniklého případu v jejich okolí

5. rovněž budou mít přehled o dalších negativních společenských jevech dané oblasti činnosti:

1. tichou rozhovoru s aktivisty zdůraznit a vysvětlit, že riziko získání a šíření nemocí přenosných pohlavním stykem vzrůstá s počtem sexuálních partnerů dotyčné osoby; před zrakem aktivistů vytvořit pyramidu velkého množství lidí, kteří mohou mít kvůli promiskuitnímu chování společné sexuální partnery; na tomto schématu rovněž vysvětlit tři základní články vzniku infekce

2. samostatná práce aktivistů ve skupinách: vytvořit plakát, který varuje před pohlavními chorobami

3. klubové aktivity: hry a scitěže na objasnění a pochopení pojmů prostituce, promiskuitní chování a pornografie

4. společné zaměstnání: přednáška lektora

a) Co je to „syndrom týraného dítěte“?

b) Historické aspekty tohoto sociálněpatologického jevu

c) Zdravotní aspekty týraných dětí

d) Psychologické a sociální aspekty týraných dětí

e) STD a statistické údaje u nás a ve světě

f) Konkrétní případy a příklady týrání a sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě

g) Cesty možné nápravy

5. klubové aktivity: hry a praktická cvičení k dané problematice; 3 pracovní bloky:

1) «Ve hře je násilí» — pojmy: násilí, konflikt, agrese»

2) «Násilí vůči ženám a dívkám»

3) «Prevence sexuálního zneužití dětí»

6. Zadání testu: «Co víte o sexuálním zneužití?»

7. programový blok: «Problematika onemocnění AIDS.»

Cíl:

1. po skončení tohoto zaměstnání bude aktivista schopen definovat onemocnění AIDS

2. bude schopen vysvětlit způsoby přenosu viru HIV

3. bude schopen vymenovat alespoň tři příznaky AIDS

4. bude znát alespoň dvě infekce spjaté s AIDS

5. bude vědět, jak zjistit, zda je nakažen

6. bude vědět, jak bránit šíření viru AIDS

7. bude znát aktuální naše i světové údaje o tomto onemocnění

8. bude mít osobní zkušenosti ze setkání s HIV pozitivním člověkem

činnosti:

1. úvodní motivační videozáznam: «Hrozba zvaná AIDS»

2. pomocí nářtu znovu akcentovat problematiku pohlavních styků při střídání sexuálních partnerů

3. pomocí značek a symbolů vysvětlit styky homosexuální, bisexuální a heterosexuální

4. beseda s HIV pozitivním člověkem

5. klubové aktivity: hry a praktická cvičení k dané problematice

6. zadání dotazníku: «AIDS — co si myslíte?»

7. každý aktivista obdrží letáček: «Fakta o AIDS pro mladé»

8. programový blok: «Problematika drog — kouření, alkohol, návykové látky, patologické hráčství.»

Cíl:

1. po skončení zaměstnání bude každý aktivista schopen charakterizovat základní návykové látky

2. aktivisté budou rozumět hlavní podstatě vzniku návyku

3. dále budou seznámeni s možnostmi vyhledání poradenské a odborné pomoci

4. budou seznámeni s technikách, jak říci NE!

činnosti:

1. úvodní odborná přednáška — vysvětlení základních pojmů a problémů

2. samostatná práce ve skupinách; vytvoření plakátů na propagaci drog a proti drogám
 3. klubové aktivity; příběhy — hledání řešení
 4. beseda s člověkem, který se léčil ze závislosti na návykové látce
 5. aktivita „Výzkum“ — rozdělit aktivisty do tříčlenných hlídek — zadat úkoly:
 - 1) sestavit dotazník o vztahu veřejnosti k problematice drog
 - 2) sestavit důvody, které vedly aktivisty k položení těchto otázek
 - 3) konzultovat sestavený dotazník s vedoucími
 - 4) zrealizovat výzkum mezi lidmi
 - 5) vyhodnotit získané údaje
 - 6) celkově zhodnotit akci včetně osobního přínosu
 - 7) diskuse, poznámky a vyhodnocení nejlepšího týmu
- význam této aktivity:
praktický nácvik komunikačních dovedností
dovednost prosadit se
kreativita
diskuse, argumentace aj.
výsledky výzkumu jsou až druhořadé

6. zadání písemného testu o drogách a návykovém chování

9. programový blok: Praktické uzavření celého peer programu.

Cíl:

1. zhodnotit globálně práci všech aktivistů
 2. zjistit názory aktivistů na celý program
 3. vypracovat dílčí závěry a další doporučení pro další kolo peer programu
- činnosti:
1. zadat kartičky s dotazy (viz úvodní dotazník s anketou)
 2. individuální práce — abstraktní řešení: „Jak si představuji zdraví“ (se vzkazem, co pro to udělat) — zadat jako pohlednice, kterou bych si sám poslal
 3. klubové aktivity: připravit akci pro své vstevníky na libovolné téma
 4. prezentace akcí, vyhodnocení nejlepší skupiny
 5. písemné hodnocení celého peer programu formou písemného dotazníku
 6. diskuse, zhodnocení, definitivní ukončení

Další organizační a technické zajištění celé akce (průběžně)

Termín: 5—7denní intenzivní kurz v červenci nebo srpnu 1996.

Místo: letní základna v okrese Rychnov nad Kněžnou (ubytování, stravování, výukové prostory).

Personální zajištění: vedoucí kurzu, lektori, výchovní pracovníci, zdravotník, technicko-hospodářští pracovníci.

Materiální zajištění: základní a střední školy v Rychnově n. Kněžnou, Konzultační středisko v Rychnově nad Kněžnou at.

Finanční zajištění: finanční dotace v rámci 2. ročníku regionálního programu rozvoje základních a středních škol

ad II. Vlastní realizační etapa — červenec nebo srpen 1996

ad III. Etapa další spolupráce s peer aktivisty, pedagogy a rodiči
— průběžně jednotlivé aktivity budou rozpracovány

3. Celkové shrnutí problematiky

Připravený peer program pro děti ze základních škol okresu Rychnov nad Kněžnou je zatím v přípravě lázi a definitivně bude dokončován v lednu 1996. Celá řada aktivit a písemných materiálů je rovněž pouze v pracovní přípravě formě. Nejdůležitější informace a zkušenosti potom přinese vlastní realizace programu v létě 1996.

Předem děkují za křivé připomínky a cenné návrhy k celému peer programu. Vřele vítám jakoukoliv formu pomoci a spolupráce.

Polský model výchovy učitelů sexuální výchovy

Prof. MUDr. Jerzy Rzepka, ČSČ

Sexuologická výchova mezi dětmi a školní mládež je vedena v Polsku od šedesátých let našeho století. Jejím tvůrcem a horlivým příhlavcem je prof. dr. Mikołaj Kozakiewicz, který již tehdy nacházel jiné entuziasty, mj. prof. Andrzeje Jaczewského, prof. dr. Jerzyho Rzepku, prof. Zbigniewa Lwa-Starowicze, a také mnoho jiných osob, hlavně lékařů, psychologů a pedagogů. Působení v tomto období se zakládalo na přednášení a besedování v školách, organizování celostátních a mezinárodních sjezdů, školení kádrů a vydávání odborné literatury v tomto oboru, vedení experimentálních programů vyučování v školách.

Předáky v tomto oboru byli činitelé Společnosti pro uvědomělé rodičovství (Towarzystwo Swiadomego Macierzyństwa) a pak Spół. pro plánování rodiny (Tow. Planowania Rodziny). Uspřádali jsem v tomto období, np. v roce 1970, cyklus veřejně přístupných přednášek na téma sexuální výchovy v Akademii tělesné výchovy v Katovicích, pro studenty všech (9) slezských vysokých škol.

Dva roky působí dvouroční Postgraduální studiu sexuální výchovy, dvě ve Varšavě na Varšavské univerzitě, s vedoucím prof. Andrzejem Jaczewským, a v Akademii tělesné výchovy, s vedoucím prof. Zbigniewem Lwem-Starowiczem, a také v Akademii tělesné výchovy v Katovicích, jehož vedoucím je prof. Jerzy Rzepka.

Vyučování v postgraduálním studiu trvá dva roky, tj. 4 semestry, a koná se dva dny v měsíci (sobota a neděle). V programu je 240 hodin přednášek a seminářů, autorské besedy, cvičení a panelové diskuse. Tematika přednášek a jiných cvičení zahrnuje otázky z oboru biologie, medicíny, hygieny a epidemiologie, dějin sexuologie, pedagogiky a psychologie, sociologie a filozofie, náboženské vědy, etiky a morálky, jakož i práva, kultury a umění.

Na postgraduálním studiu přednášejí významní domácí a zahraniční odborníci, ve všech oborech vědy a praxe, širokého spektru problematiky sexuální výchovy ve všech jejích aspektech. Vyučování vede 60 profesorů (mezi nimi 6 kněží-profesorů) a 40 doktorů.

Unifikovaný program postgraduálního studia byl vypracován profesory Andrzejem Jaczewským, Mikołajem Kozakiewiczem a Zbigniewem Lwem-Starowiczem, avšak v katovickém postgraduálním studiu tým program byl mnohdy modifikovaný a přizpůsobený lokálním potřebám a vypadá takto

Tematický program

Postgraduálního studia sexuální výchovy ATV (AWF) v Katovicích

Téma 1

Organizačně historické

1. Úvod
2. Zahájení
3. Imatrikulací akt
4. Úvodní přednáška
5. Inaugurační přednáška, historické problémy se sexuální výchovou v Polsku
6. Organizační záležitosti

Téma 2

Sexualita člověka

1. Úloha pohlavního pudu v životě současného člověka.
2. Proměny ve formách uspokojování pohlavního pudu člověka.
3. Biologické podmíněnosti pohlavního pudu člověka.
4. Analogie a rozdíly v sexuálním chování člověka a primátů.
5. Sexuální chování a jeho evoluce na základě filogeneze.

Téma 3

Sexualita v ontogenetickém vývoji

1. Dospívání podle antropologie
2. Rozdíly ve vývoji a dospívání děvčat a chlapců.
3. Současné problémy dospívání mládeže.
4. Dospívání chlapců.
5. Dospívání děvčat.
6. Metody posuzování fyzického vývoje.

7. Sexualita malého dítěte
8. Rozvod jako kritická událost ve vývojovém cyklu rodiny
9. Psychologie erotického dospívání
10. Výchova sexuálního chování
11. Proces života člověka

Téma 4

Kulturní podmíněnosti sexuálního chování

1. Erotismus v různých kulturách
2. Erotismus v různých náboženstvích
3. Typologie sexuální etiky
4. Filozoficko-náboženské koncepce:
 - nekřesťané, katolíci
 - judaismus a mohanedanství
 - náboženství Východu
 - Svědkové Jehovovi

Téma 5

Katolická církev vůči problémům sexuální výchovy

1. Základy a vývoj problematiky sexuální výchovy v katolické církvi
2. Náboženský smysl sexuality člověka
3. Výchova k etickému manželskému soužití
4. Morální otázky manželského sexu
5. Lékařský a morální význam antikoncepce
6. Výchova k vývoji lásky
7. Problém dospělosti k lásce a rodičovství
8. Duchovní útěcha osob žijících mimo manželství
9. Homosexualita v dokladech církve

Téma 6

(panelová diskuse)

Lékařské, pedagogické, psychologické, sociologické, náboženské, etické, bioetické a právní problémy sexuality

Téma 7

Polská rodina, zdraví duševní a tělesné

1. Rok 1994 Mezinárodním rokem rodiny
2. Rodina nositelem polské kultury
3. Polská rodina v době státní transformace
4. Turistika a rekreace a také jiné formy pohybové aktivity v rodině
5. Degradace prostředí a situace rodiny
6. Reflexe o současné rodině na základě Rodinné poradny
7. Naturální plánování rodiny
8. Reflexe z XVIII. mezinárodního kongresu o rodině ve Varšavě
9. Reflexe z Mezinárodní konference o lidskosti a vývoji v Káňě

Téma 8

Rodina (plánování rodiny)

1. Rodina v různých kulturách
2. Rodičovská zodpovědnost za sexuální výchovu dětí
3. Mezihrádké vztahy v různých kulturách
4. Přehled naturálních metod plánování rodiny
5. Terapie a rodinné poradenství
6. Neúplná rodina —
 - samotná matka
 - samotný otec
7. Vesnická rodina
8. Hnutí ukřivděných otců «Spolek obrany práv otců»
9. Soudně-trestní problematika nezletilých
10. Filozofické uvažování o rodině
11. Vliv původu rodiny na postoje v manželství

12. Mýty týkající se problémů partnerství, sexu, pohlaví, které mají dominantní vliv na formování osobnostních modelů v rodině a partnerství.

Téma 9

Typičnost a odlišnost

1. Úvod.
2. Společenská a odlišnost.
3. Homosexualita a problémy mládeže.
4. Poruchy identifikace pohlaví.
5. Setkání se skupinou „Laribda“.

Téma 10

Psychologie pohlaví

1. Pohlaví člověka — biologické základy rozdílů.
2. Psychologie ženy a muže.
3. Náhledy současné psychologie.
4. Sex a volní i emocionální sféra člověka.
5. Postoje a ideologie feministek.
6. Rozdíly pohlaví a jejich následky pro partnerskou komunikaci.

Téma 11

Sex-erotismus vůči psychoanalýze a současným filozofickým přístupům.

1. Úloha sexu v teorii Freuda.
2. Sex v psychoanalytické praxi.
3. Kritika freudismu.
4. Současné filozoficko-psychologické směry.

Téma 12

Obraz sexuálního chování

1. Náhledy a předsudky v oboru sexuologie a jejich prameny.
2. Dějiny výzkumu Kinseye, Masterse, Jakubsona i jiných.
3. Dějiny výzkumu v Polsku — metodologické posuzování, výsledky práce — nedostatky.
4. Obraz sexuálního chování mládeže v Polsku na základě nejnovějších výzkumů.

Téma 13

Sexuologie jako věda a praxe (klinika)

1. Evoluce názorů na téma sexuální normality — nenormality a jejich prameny.
2. Rámcové účely sexuální výchovy. Formování uznávaných podob chování a faktory rizika sociálního a protisociálního chování spojeného se sexem.
3. Hlavní problémy školní mládeže spojené se sexualitou.
4. Výchovné potíže a sexuální kriminalita.
5. Sexuologické léčení při ochraně proti nežádoucím podobám sexuálního chování.
6. Psychologická podoba a motivace sexuálních zločinů.
7. Psychoterapeutické postupy s mladistvým sexuálním zločinem.
8. Zkušenosti lékaře ze Sexuologické poradny.
9. Sexuologické problémy mládežnického poradenství.

Téma 14

Problematika antikoncepce

1. Dějiny a problematika antikoncepce.
2. Posuzování účinnosti a oceňování vedlejšího působení antikoncepčních prostředků.
3. Metodika antikoncepčních prostředků.
4. Vliv antikoncepčních prostředků na psychiku ženy.
5. Prezentace antikoncepčních prostředků farmaceutickými firmami.

Téma 15

Nemoci přenášené pohlavní cestou — AIDS

1. Dějiny nemocí přenášených pohlavní cestou a AIDS.
2. Pohlavní nemoci.
3. Epidemiologie AIDS.
4. Klinika AIDS.

5. Epidemiologická situace v zemi v oblasti AIDS.
6. Narkomanie popřením zdravého způsobu života. Ohrožení HIV/AIDS.
7. Demovy péče pro nakažené a nemocné na AIDS.
8. Typ sexuálního chování a riziko nákazy AIDS.
9. Situace týkající se vědomostí dětí a mládeže v oblasti HIV/AIDS v Polsku.
10. Situace v oblasti znalostí o HIV/AIDS u dětí a mládeže v České republice.

Téma 16

Cvičení (tréninky) na téma Sexuální výchova a prevence AIDS.

Téma 17

Sex mládeže žijící ve zvláštních podmínkách a také handicapovaných osob.

1. Mládež dlouhodobě nemocná (nemocnice, sanatoria)
2. Mládež bydlící v dětských domovech a internátech
3. Prostředí polepšoven a trestnic
4. Mládež žijící v psychiatrických ústavech
5. Sexuální problematika osob handicapovaných:
 - mentálně postižení,
 - invalidé od narození,
 - handicapování v důsledku nehody a dlouhodobých nemocí
6. Realizace pohlavního pudu u nemocných osob (orgán pohybu)

Téma 18

Právní základy v sexuologii

1. Právní regulace sexuálního chování v Polsku.
2. Právní problematika sexuologie v České republice.
3. Pornografie.
4. Násilí a sex u dětí.
5. Znásilnění.

Téma 19

Erotismus v kultuře a umění

1. Erotismus v literatuře.
2. Erotismus ve filmu.
3. Erotismus ve výtvarném umění.
4. Erotismus ve fotografii.

Téma 20

Realizační předpoklady programu sexuální výchovy

1. Praktická realizace programu sexuální výchovy v polské škole.
2. Předpoklady programu sexuální výchovy ve školách v České republice.
3. Úloha školního pedagoga.
4. Úloha biologa.
5. Úloha učitele tělesné výchovy.
6. Uvědomovací lekce.
7. Sexuální uvědomění.
 - v mateřských školách,
 - raně školní.
8. Spolupráce s rodiči.
9. Přehled pomocných materiálů používaných na uvědomovacích lekcích.

Momentálně sexologická výchova je realizována ve školách během výchovatelských hodin, avšak v budoucnosti je plánováno uspořádání samostatného předmětu (jak tomu bylo před lety), poněvadž v této věci Ministerstvo národní výchovy bylo zavázáno ústavou Sejmu Polské republiky (Sejm Rzeczypospolitej Polskiej).

Rozvoj, výsledky a perspektivy sexuální výchovy v Německu

Wolfgang Schnallfuss

Profesionální sexuální pedagogika — nutnost a potřebnost výchovy

Možnosti veškerého využívání a dalšího vzdělávání v každé oblasti, a tedy i sexuální výchovy jsou vždy závislé na kvalifikaci a odbornosti vyučujícího.

Protože je sexuální pedagogika jako samostatná disciplína nauk o výchově dosud v plenkách, mají pracovníci školství, sociálních zařízení a zdravotnictví stále málo příležitostí získávat potřebné kvalifikované informace včetně návodů jak v sexuální výchově postupovat.

Pro efektivní sexuální výchovu je nezbytné splnění některých důležitých a významných podmínek:

- sexuální výchova musí dosáhnout nezbytného společenského uznání
- musí existovat dostatečný množství systematických a specializovaných vědomostí
- musí existovat úspěšné praktické metody k řešení jednotlivých zadaných úkolů

V posledních letech dochází k určitému nárůstu společenského uznání sexuální pedagogické a výchovně-vzdělávací práce. Je zřejmé, že tomu přispělo vysvětlování aktuálních tematických okruhů jako těhotenství nezletilých, AIDS, pohlavní zneužívání, prostituce, pornografie a další. K tomu se pochopitelně přičleňují další problémové okruhy, vznikající v souvislosti se sexuální rolí ve změněných rodinných strukturách a nepřiměřenou tematikou sexuality ve společnosti.

Rada vědeckých a studií nakonec vedla ke zmapování situace a pomohla odhalit směry sexuální výchovy. Zjistilo se, že běžný občan má nedostatečné vědomosti o lidské sexualitě vůbec a o sexualitě dětí a mládeže zvláště. Z toho pak vyplývá závěr nasměrovat sexuální výchovu především ve směru odpovědného sexuálního chování jednotlivce v jednotlivých věkových kategoriích.

Rozhodně nemohou obstát představy, že »zdravý lidský rozum« a »správná morálka« člověku postačí k tomu, aby se dokázal správně orientovat v sexualitě a ve svém sexuálním vývoji. Témata okolo sexuality jsou tedy složitější, než by se na první pohled zdálo, a neméně jsou složité i otázky pedagogických a výchovných přístupů v této oblasti.

To souvisí především s přetrvávající tabuizací sexuality na jedné straně a volným trhem na straně druhé, dále s mnohotvárnou provázaností sexuality do dalších společenských a osobních oblastí, s širokým spektrem zájmu o sexualitu od vitaných a sociálně snesitelných až do násilných a zcela nepřijatelných aktivit a konečně s jejím výrazným osobně emocionálním nábojem u všech záúčastníků.

Nezanedbatelné je i určité nebezpečí narušení intimní sféry jednotlivce prostřednictvím sexuální výchovy a strach před manipulací a do jisté míry i kontrolou osobního života veřejnými institucemi.

Co je tedy nezbytně zapotřebí, je efektivní aktuální základní výzkum o sexualitě člověka a naň navazující zobrazení sexuální pedagogických zkušeností, tedy moderní metodika sexuální výchovy, diferencovaná podle toho, jakým věkovým kategoriím či společenským vrstvám je určena.

Oba tyto úkoly patří k základním opatřením na úseku výchovy a dalšího vzdělávání profesionálních pracovníků ve školství, zdravotnictví a sociální oblasti.

Rozvoj kvalifikačních možností

Zrušení státních dotací vedlo ke zrušení velké části infrastruktury výchovy a dalšího vzdělávání a bylo tudíž třeba přejít na jiné způsoby systematické výchovy a vzdělávání.

Zákon o pomoci těhotným ženám a rodinám ze dne 27. července 1992 ukládá v článku 1 Spolkové ústředně pro zdravotní osvětu následující úkoly:

— spolupracovat se vzdělávacími zařízeními pro rodinu ze účelem zdravotní prevence a zaměřením konfliktů v těhotenství koncepční sexuální výchovou s ohledem na různé věkové a osobní skupiny;

— vydávat k tomuto účelu spolkové jednotné vzdělávací materiály, obsahující mimo jiného i metody a prostředky antikoncepce.

— bezplatně předávat vzdělávací materiály všem, když o ně požádají, školám, učňovským zařízením, poradnám a dalším institucím pro práci s mládeží a její výchovou.

Následující rozsudek Spolkového ústavního soudu ze dne 28. května 1993 se stal závazným komentářem k uvedenému zákonu.

Tímto postupem se sleduje zamezení sexuální výchovy na vytýpované cílové skupiny a má být něco více než-li pouhá informace o biologickém průběhu a metodách antikoncepce. Takto pojatá sexuální výchova musí respektovat rozmanité mezilidské vztahy, způsob života, životní situ

ace, životní cíle a pochopitelně i etické aspekty včetně učitaný nenarozeného života

Sexuální pedagogika na vysokých školách

Ačkoliv je v různých směrnících pro sexuální výchovu na školách stanovena nutnost výuky a výcviku učitelů, ve společenské praxi sexuálněpedagogické aktivity přitýkly a zvýšila se profese onáně odbornosti, jsou výsledky výchovy na univerzitách, vysokých pedagogických školách a odborných vysokých školách stále minimální.

Nicméně je několik vysokých škol, které nabízejí výuku v obsahu sexuální pedagogiky, přesahující obor biologie.

Modelový projekt sexuální pedagogiky se zřizuje na univerzitě Christiana Albrechta v Kielu. Těžiště výuky spočívá na teorii a didaktice sexuální pedagogiky, práci s žáky a sexuální výchovou a osvětou AIDS.

Biologii přesahující sexuální pedagogika se již několik let vyučuje na univerzitách v Bielefeldu a Oldenburgu.

Jednotlivé sexuálněpedagogické soubory výuky se nabízejí na univerzitách nebo odborných vysokých školách v Bochumu, Brémách, Essenu, Esslingenu, Hamburku, Hildesheimu, Koblenci, Kolíně nad Rýnem, Landau, Mainz, Merseburgu a Tübingenu.

Ústav pro sexuální pedagogiku podpůrného spolku v Dortmundu zprostředkovává nástavbové sexuálněpedagogické vzdělávání při zaměstnání pro osoby činné v poradenství, opatrovatelské, výchovné a pečovatelské činnosti. Jde o získání dodatečné kvalifikace a absolvent je držitelem zvláštního certifikátu. Základní a doplňovací sexuálněpedagogické semináře provádí Německá společnost pro plánování rodiny, sexuální pedagogiku a sexuální poradenství, reg. spol. (Pro Familia) ve Frankfurtu nad Mohanem.

Rámcová koncepce sexuální výchovy

Dne 9. března 1994 byla Spolkovou zemskou společností za účasti všech spolkových zemí schválena Rámcová koncepce sexuální výchovy, zabývající se společnými úkoly, které vyplývají ze Zákonu o pomoci těhotným ženám a rodinám a dále definuje sexuální výchovu na ústřední společný úkol.

I když má Německo vybudovanou rozsáhlou síť poradenských zařízení, výsledky práce těchto zařízení stále nejsou na uspokojivé úrovni. Zejména mládež je často odkázána v oblasti sexuálních informací na mládežnické časopisy, informace kamarádů anebo na vlastní zkušenosti. Mállokdy dochází ke splnění role rodičů v oblasti sexuálního poučení svých dětí.

Úkolem sexuální výchovy je rovněž vytváření pozitivního klimatu ve společnosti ve vztahu k sexuální výchově jako takové.

Spolková ústředna pro zdravotní osvětu provedla reprezentativní opakovanou anketu, zaměřenou na získání informací o změnách v sexuálním chování mládeže, používání antikoncepce a rodinnou komunikaci o sexualitě z hlediska rodičů a jejich dětí.

První výzkumy se uskutečnily na pracovišti pro plánování rodiny ženské kliniky univerzity v Múchnenu ve spolupráci s ústavem EMID v Bielefeldu. První předběžné výsledky výzkumu, který bude probíhat ještě do konce letošního roku, byly zveřejněny v březnu 1995 a podle nich:

Neslužtejší činitelem v sexuální výchově je i nadále matka, na dalších místech se uplatňuje učitel a škola, která hraje u chlapců stejnou výchovnou roli jako otec. Naproti tomu u dívek je otec jako zdroj informací až na třetím místě, za matkou a školou. Velká většina dotazovaných preferuje školní výchovu před rodičovskou a tento trend je výraznější u chlapců než u dívek.

Téměř každý třetí chlapec a třetí dívka ve věku od 14 do 17 let přiznala zkušenosti s pohlavním stykem, z toho 75 % chlapců zážitek hodnotí jako příjemný a 16 % dívek jako nepříjemný. Na dotaz o znalostech antikoncepčních prostředků uvedlo pilulku 97 % dívek a 92 % chlapců, prezervativ uvedlo 94 % dívek a 96 % chlapců. Celkem 36 % dívek ve věku od 14 do 17 bylo nejméně jednou u lékaře pro předpis na antikoncepční prostředky. U sedmnáctiletých to činilo více než dvě třetiny.

Spolehlivost pilulky preferuje 73 % dívek a 48 % chlapců, spolehlivost kondomu preferuje 21 % dívek a 47 % chlapců. Všeobecně větší pozornost antikoncepci věnují dívky, a to v 79 %, zatímco chlapci pouze v 69 %. Jako důvody pro nepoužití antikoncepce se nejčastěji uvádí bezstarostnost, nedomyšlení následků a potíže s komunikací.

Závěrem svého vystoupení bych rád poděkoval organizátorům konference za možnost vystoupit na ní a seznámit její účastníky s některými zkušenostmi se sexuální výchovou v Německu.

Neviditelná ruka trhu v roli sexuální výchovy

MUDr. Jiří Štáček

Účinnost sexuální výchovy je hodnocena podle vícero ukazatelů. Pro mne jako gynekologa patří k ukazatelům účinnosti sexuální výchovy především počet interrupcí, počet žen užívajících účinnou kontracepci i výskyt sexuálně přenosných nemocí (STD).

Bývalá Československá republika se vyznačovala při mezinárodním srovnání s vyspělými západními státy vysokým počtem interrupcí (ITP) a nízkým počtem žen užívajících moderní účinnou kontracepci (OC — orální hormonální kontracepce, IUD — nitroděložní tělísko), což bylo pokládáno za příznak nižší kulturní a civilizační úrovně. Přitom byla vyšší úroveň potratovosti v České republice než ve Slovenské republice, takže Slovensko v tomto směru bývalé Československé republice její image mezinárodně zlepšovalo.

Příčin tohoto stavu bylo více. Zákon 68/1957 Sb. o umělému přerušení těhotenství platný od 1. 1. 1958 byl přijat v době, kdy ještě nebyla k dispozici účinná hormonální OC a nitroděložní IUD kontracepce a populace našich žen si tak zvykla regulovat svou porodnost do značné míry právě umělým přerušením těhotenství. Když pak byla vynalezena a začala se ve vyspělých západních zemích šířit hormonální a nitroděložní kontracepce, její rozšíření naráželo u nás na překážky.

Byl to jednak zvyk našich žen na ITP, ale i zaběhaná rutina gynekologických ambulantních a lůžkových zařízení, dále nedostatek tzv. mateřské zalíbenosti zdravotnických pracovníků na zavedení této kontracepce, devizové potíže při dovozu nezbytných surovin k jejich domácí výrobě i při dovozu těchto zejména OC preparátů, ale i postoj vedoucích politických činitelů — vzpomenu jen tzv. hlavní indikace hormonální kontracepce, kdy tehdejší generální tajemník KSČ a současný prezident republiky soudruh Antonín Novotný rozhodl, že hormonální kontracepce OC smí být poskytována jen vládním ženám s dvěma a více dětmi. Přistupoval i do dnešních přetrvávající monopol gynekologů na poskytování kontracepce ženám — ve srovnání s vyspělými západními státy např. v Anglii hormonální kontracepci ve více než 70 % předepisují ženám GP praktičtí a rodinní lékaři, totéž ve Francii, Nizozemsku, ve Švédsku poskytují OC a IUD ženám i porodní asistentky.

Nicméně se podařilo v polovině šedesátých let dosáhnout toho, že za OC a IUD se platilo (byly bezplatné výjimky) a část takto získaných peněz bylo možno použít k odměňování zdravotníků na poskytování kontracepce zúčastněných. Mám v živé paměti, jak jsme s tehdejšími hlavními gynekology Československé republiky královéhradeckým profesorem MUDr. Karlem Václavem, DrSc., s místopředsedou České národní rady a předsedou jejího zdravotního a sociálního výboru poslancem Věroslavem Jedličkou, s profesorem MUDr. Miloslavem Uhrem, ČSc., a Ing. Stanislavem Holánkem, vedoucím oddělení využití plastů v medicíně při Výzkumném ústavu zdravotnické techniky Chrástka Brno, seděli v starobrněnském klášterním sklepu U královny Elišky a přemýšleli, jak dosáhnout placení za kontracepci. A když už profesor Vácha dopíjel třetí džbanek lahodného Vavřínce z jižní Moravy a byly dvě hodiny po půlnoci a číšníci již začali stavět židle na stoly, tak jsme vyšli ze sklepa na čerstvý vzduch, profesor Vácha imne objal kolem rameni a povídal: «teď půjdeme ty tvoje masle (IUD DANA) prodávat na Zelný rynek v Brně». Na Zelný rynek jsme sice nešli, ale profesor Vácha dostal svým slovu, za kontracepci se začalo platit, zdravotníci byli bytí skromnější, ale přece jen odměňování a kontracepce OC a IUD se začala poměrně rychle rozšiřovat, zejména IUD.

Tento slibný vývoj byl však po srpnu 1968 zaražen, v rámci nongalizace byl profesor Vácha zbaven funkce hlavního gynekologa a jím ustanoven akademik Alfréd Kotásek. Ten kontracepci příliš nepochyboval, resp. dosáhl zrušení komise pro kontracepci při Ministerstvu zdravotnictví, jejímž jsem byl předsedou, a co horšího, dosáhl i zrušení odměňování zdravotníků zúčastněných na poskytování kontracepce jako něčeho neslučitelného s morálkou socialistického zdravotníka. Ženy však za kontracepci platily dále. Od té doby kontracepce spíše živila a počet interrupcí s tímými výkyvy stoupal.

K dalšímu vzestupu ITP došlo po přijetí nového zákona o umělém přerušení těhotenství 66/1986 Sb., platného od 1. 1. 1987 dosud, kdy byly zrušeny interrupční komise. Ačkoliv podle § 3 citovaného zákona byla ženám s výjimkou kondomu poskytována kontracepce bezplatně, k jejímu rozšíření nedošlo. Když jsem měl být omezenou možností navštívit některé západní země a zúčastnit se některých jednání IPPF Europe Region (Mezinárodní federace pro plánovanou rodičovství — International Planned Parenthood Federation), bylo mi jasné, že ke zlepšení situace nemůže dojít za tehdejšího politického systému. A skutečně teprve se změnou systému po listopadu 1989 od totalitního k pluralitně demokratickému, s přechodem od ekonomiky cent-

rálně plánované k tržní dochází k tomu, že i v oblasti regulace porodnosti se tzv. vracíme do Evropy.

Uvádím data, která tuto změnu dokládají, údaje jsou za Českou republiku.

Tabulka 1
Interrupce, orální kontracepce a živě narození v ČR

Rok	ITP	Na 1000 žen 15-44	St. zarf.	OC	Nest. zarf.	Četkem	Živě narození
1958	49 035	30,5	—	—	—	—	141 762
1986	83 564	37,9	129 708	—	—	129 708	133 356
1988	108 350	49,7	117 217	—	—	117 217	132 667
1993	69 398	30,4	109 854	190 890	—	299 090	121 025
1994	53 574	23,3	65 346	366 270	—	431 616	106 915

Od přijetí prvního interrupčního zákona počet ITP s mírnými výkyvy stále stoupal. V posledním roce jeho platnosti 1986 byl počet ITP v ČR vyšší o 34 529 než v prvním roce jeho platnosti 1958. Zvýšil se tedy počet ITP za 29 let platnosti tohoto zákona o 70 %. S novými zákonem dosud platným pak bylo dosaženo vůbec nejvyššího počtu ITP v roce 1988, kdy jejich počet stoupl proti roku 1986 — poslední rok platnosti starého zákona — o 24 796, tj. o 28,5 %.

Počínaje rokem 1989 dochází k poklesu ITP, v roce 1994 bylo ITP méně o 54 676 ve srovnání s rokem maxima 1988, tj. méně o 50,5 % — což je výrazný úspěch. Bylo jich už méně, než poslední rok platnosti starého zákona. Přitom 85 % ITP bylo provedeno jak tzv. miniITP, vyznačující se nižším zdravotním rizikem a současně ekonomickou výhodností. Tento trend klesajícího počtu interrupcí dále pokračuje.

Čím bylo takového výrazného úspěchu docíleno? Je to především důsledek rozšířeného používání kombinované orální hormonální kontracepce. Se změnou politického systému a s přechodem k tržní ekonomice došlo k importu osvědčených OC včetně nejnovějších III. generací gestagenů. Tím se i pro naše lékaře nebyvale rozšířila paketa OC, které mohou ženám předepisovat. Je opravdu z čeho vybírat. Svou úlohu sehrálo i zrušení bezplatnosti za provedení miniinterrupce a ve smyslu tržní ekonomiky je nyní jak miniITP, tak ITP plně hrazena. Nadále zůstává bezplatností těchto výkonů pouze při zdravotní indikaci. Ceny jsou ale ještě regulovány, Ministerstvo financí stanovilo maximální cenu za miniinterrupci 2876 Kč a za interrupci 3634 Kč. A jak vždy zdůrazňoval můj nezapomenutelný učitel profesor MUDr. Ludvík Havlíšek, naše ženy jsou výborné počtářky, umějí si dobře vypočítat, co je pro ně finančně výhodnější, chovají se už s určitou racionálností.

Vysoce pozitivně se dále projevila privatizace zdravotnických zařízení, neboť zatímco ve státních zařízeních počet evidovaných žen užívajících OC klesá, v nestátních, tj. privátních, výrazně stoupá. Tak proti roku 1988 stoupl v roce 1994 počet uživatelů OC o 324 399, tj. o plných 386 %! — to je přímo kontracepční revoluce. Privátní gynekologové se pak podílejí na předpisu OC plnými 85 %. Z toho je názorně vidět, jak motivačně působí na gynekology propálený pojišťovna za provádění kontracepce.

V roce 1994 užívalo v ČR hormonální kontracepci OC 18,7 % žen ve fertilním věku 15—44 r., což je velmi potěšitelný vzestup proti 5 % v roce 1988. Nicméně do vytčeného cíle cca 50 % žen ve fertilním věku užívajících OC, jako je tomu ve vyspělých západních státech, zbývá ještě mnoho výkonat, teprve se blížíme polovině cesty. Vystává otázka, nakolik by toto urychlilo odstranění stále přetrvávajícího monopolu gynekologů na kontracepci.

Naproti tomu počet žen s IUD poklesl z 264 565 v roce 1993 na 217 922 v roce 1994. Tento pokles byl způsoben snížením počtu žen s IUD ve státních zařízeních. V roce 1994 činil počet žen ve fertilním věku s IUD jen 10,1 %. Jestliže dříve v České republice převažovaly nositelky IUD nad ženami užívajícími OC, pak tento poměr se již změnil a odpovídá situaci v západoevropských zemích.

Vzestup počtu uživatelů OC se projevil nejen ve snížení počtu interrupcí, ale i ve snížení počtu mimoděložních těhotenství (EUT) — jejich snížení patří k významnému pozitivnímu účinku OC, když zvážíme, o jak rizikovou těhotenskou patologii se jedná.

Tabulka 2
OC a pokles počtu EU

Rok	Ženy užívající OC	Počet EU
1989	107 792	1963
1990	110 147	1893
1991	124 760	1749
1992	176 746	1681
1993	299 890	1560
1994	431 616	1460

Ve srovnání s rokem 1989 bylo v roce 1994 o 503 ektopických gravidit méně, tj. pokles o plných 25,7 %. O tolik méně žen ve fertilním věku bylo v ČR vystaveno této pro některou i smrtelné těhotenské patologii.

Pokles interrupcí v důsledku užívání zejména orální hormonální kontracepce je jasným důkazem toho, že nemají pravdu ti odpůrci kontracepce, kteří tvrdí, že rozšíření kontracepce bude mít za následek vzestup interrupcí — opak je pravdou. V roce 1990 uspořádaly WHO, UNFPA a IPPF v Tbilisi konferenci na téma From abortion to contraception — Od potratu ke kontracepci (potratem je zde rozuměna interrupce). V tom smyslu pak byla přijata deklarace The Tbilisi Declaration. Česká republika se řadí mezi ty státy, které tuto deklaraci úspěšně plní. Cílem je dosáhnout toho, aby interrupce byla pouze pojistkou pro případné selhání kontracepce.

S výrazným poklesem interrupcí došlo v České republice i k poklesu porodnosti. Ve srovnání s rokem 1988 se v ČR v roce 1994 živě narodilo o 25 752 dětí méně, tj. pokles o 18 %. Opět se ukázalo, že nemají pravdu ti, kteří tvrdí, že zákazem interrupcí tyto poklesnou a počet porodů že stoupne. Počet ITP v ČR výrazně poklesl, ale počet porodů nestoupil, naopak poklesl. Uplatnění základního lidského práva na plánované rodičovství, které ve svých důsledcích pro ženu znamená zánik středověkého institutu nuceného mateřství, vede k tomu, že naprostá většina dětí v ČR se dnes rodí jako děti chtěné.

Závěrem se vracím k názvu svého sdělení. Je-li jedním z ukazatelů účinnosti sexuální výchovy nízký počet interrupcí v důsledku rozšíření účinné kontracepce, pak podle výsledků se jako nejúčinnější sexuální výchova ukázala, vyjádřeno slovy předsedy vlády ČR pana Václava Klause, neviditelná ruka trhu.

Modely sexuální výchovy v mateřských školách

MUDr. Dušan Šaňavský

Přirozená sexualita se může vyvíjet pouze tehdy, když děti vyrůstají již od svého narození v rodinách s darem lásky a v prostředí, které nikdy nepotlačuje lidskou sexualitu.

Víme dobře, že dětem v MŠ ještě nemůže být vše jasné a srozumitelné, když si hrají s našimi dřevěnými modely a účastní se našich společných her na sexualitu.

Naším cílem je na prvním místě zakódovat dětem základní a zejména správné pojmy o svém těle, v co nejdříve vzdálené době od jeho narození bez ohledu na to, jestli tak učiní, či spíše neucíní, jeho rodiče. K objasnění pojmů a pravd slouží daleko více vždy znovu a znovu se opakující rozhovor dítěte s rodiči, který dítěti pomáhá k tomu, aby se mohlo samo vyjádřit k problémům sexuality a mohlo je samostatně zpracovat. K tomu všemu však dítě potřebuje rodiče, kteří vědí, že sexuální výchova začíná prakticky již jeho narozením, kteří vědí, jak vychovávat v tomto směru.

Všichni, kdo pracují v oblasti sexuální výchovy, velice dobře vědí, že právě největší překážkou rozumné a zejména včasné sexuální výchovy jsou většinou, že, rodiče

(Před časem navštívil mladý pár mého přítele sexuologa v cizině a požádal ho, aby se soukromě věnoval sexuální výchově jejich dcery, kterou mu současně představil

Kolik má roků? Ptal se sexuolog.

Bude jí pět let, odpověděla pyšná maminka.

A proč přicházíte tak pozdě? Zněla otázka sexuologa...)

Domnívám se, že pouze náročná práce a skutečnosti odpovídající vysvětlování mohou dítěti pomoci zbavit se strachu a pocitů viny v souvislosti se sexualitou.

Mnozí rodiče jsou o sexuální problematice informováni žalostně nedostatečně a ani nemohou správně pochopit sexuální vývoj svých dětí. Nyní něco málo z dávné historie k dořešení problému.

V prvních letech 17. století vedl osobní královský lékař Heroard podrobný deník o vývoji Ludvíka XIII. Dočteme se v něm, jak bezprostředně se tehdy setkávaly děti se sexualitou a jak silně byl vztah mezi dětmi a dospělými sexualizován. Cituji:

„Ludvík XIII., narozený v roce 1601, není ještě ani rok starý a už se z plna hrdla směje, když si hraje s jeho přirozením. Každý si s ním hraje a říká ho na přirození. Často leží u krále a královny v posteli a všichni jsou nazi. Když je mu jeden rok, je přislíben španělské infantce. Děti si s ním hrají, přičemž mu kladou ruku na jeho penis.“

Když jsou mu tři roky, volá na jednu dvorní dámu, že jeho pohlavní úd dělá „zvedací most“. Jeho matka mu vloží svoji ruku na penis a řekne: „Můj synu, musím se dotknout vašeho zobáku.“

V tomto věku již zná polohy při souloži a hovoří o nich se svou komornou. Mezi svým pátým a šestým rokem nechává maďomarsele Mercier, která spí v jeho přítomnosti, zaujímat takové polohy, aby mohl vidět její přirození. O něco později ji pak osahává...“

Tato zapsaná fakta u mnoha z nás vyvolají pocity nedůvěry, pohoršení a nerázímých protestů.

Podle studií mnoha zahraničních sexuologů již v kojeneckém věku lze pozorovat u chlapců samovolné ztopoření pohlavního údu a u děvčátek ztopoření poševníku a trošku vlhkosti. Od věku dvou let bylo u obou pohlaví pozorováno chování imitující pohlavní styk. Později, asi od věku 3–4 roky, jsou již děti schopny prožít orgasmus, dokonce i opakování.

Je možno pozorovat typické pohyby pávní, zvýšení svalového napětí trvající sekundy až minuty a následné uvolnění. Podle pozorování v MS v tomto věku onanuje již asi jedna pětina dětí. Asi od tří let začínají někteří chlapci hovořit o pohlavním údu a ve věku kolem 6 let to dělají prakticky téměř všichni. Pro označení penisu mají řadu hovorových výrazů: pipík, pípiček, pinda, pindourek, ptáček atd. Děvčátka mluví o díkách, pipinách, šterbinkách, čarkách, prčkách atd.

Sexuální fantazie mají děti od věku 4–5 let!

Naše nestátní zdravotnické zařízení SEGYN ITIP díky dobré spolupráci, pochopení a zájmu většiny rodičů námi navštěvovaných MS a díky sponzorské účasti některých firem a podnikatelů mohlo zahájit v květnu 1993 program sexuální výchovy v MS.

Celkem bylo dosud osloveno 48 MS jižní a severní Moravy, části západních Čech a nevelké oblasti Vysočiny. Z uvedeného počtu MS 31 vypadlo ihned kvůli nezajmu či názorové neshodě obou rodičů, kteří nepodepsali souhlas. Po počátečních zkušenostech pro rodiče, z neirázímých důvodů, byl připraven text tohoto znění: „Souhlasíme s tím, aby se naše dítě účastnilo programu sexuální výchovy MS v..., který připravuje atestovaný sexuolog, ženská sestra a učitelka MS. Programu se účastním — neúčastním se svým dítětem.“

Podpisy obou rodičů.“

Vlastní program sexuální výchovy se skládá z pěti základních návštěv ve vybrané MS. Všechno dřevěné pomůcky — hračky vyrobila soukromá firma dle našich nápadů.

1. Návštěva:

Děti se seznámí s mami, strážá Dušan, Hanku a paní učitelku. Všichni jsme v civilním oblečení, sedíme na zemi. Hry na zemi — rozdávání hraček typu „Adámek“ a „Evička“. Pozorování dětí, vše bez komentářů a vysvětlování. Úkol do příští návštěvy (týden až 14 dnů) paní učitelka dle MS sleduje, jak si děti hrají, co si povídají, do jaké míry je naše hračky zajímavé. Pokud některé dítě projeví zájem, může si vzít hračku domů.

Združňujeme, že hračku dostane na začátku každé dítě a bez výběru, tj. např. Honzík nemusí dostat za každou cenu hned na začátku „Adámek“. Dostane to, co je momentálně v tašce v pořadí.

2. Návštěva:

Chceme, aby děti rekly, s čím si hrají, aby hračky pojmenovaly. Většinou dostávajíme odpovědi: panáček, holčička, dřevěná panenka a ne moc povedená, nějaká divná holčička, doma mám nezi atd. Ve většině případů však děti dřevěné hračky přijímají dobře.

Opět sedíme všichni na zemi uprostřed místnosti a děti jsou kolem nás. Každý z nás drží v ruce jednu dřevěnou hračku. Ptáme se např.: „Kdo ví, co drží v ruce Hanka?“ Děti se překlínají a my vyvízeme postupně každé dítě, aby hračku nahlas pojmenovalo, např. „Hanka má v ruce chlapcečka, panáčka. „Adámek“ atd.“ Odměňujeme každé slovíčkem dobře, správně atd. Hra končí a většina dětí ví, že mají dřevěnou hračku panáčka — chlapcečka nebo dřevěnou panenku — holčičku.

Do příští návštěvy učitelka maluje s dětmi na papír naše hračky podle scénáře: např. Honzík, co držís v ruce? Chlápečka. Správně. Tak ho namaluj na svůj papír a můžes i barevně.

3. Návštěva

Opět sezení s dětmi na zemi. Poté uchopíme hračku a ukážeme ji všem dětem. Např. Hanča ukáže «Adámka» a ptá se všech dětí: «Co držím v ruce?» Adámka, chlápečka, panáčka — odpovídají děti.

A proč je to Adámek — chlápeček? Podle čeho jste to poznaly?

Odpovědi: Adámek má pindoura, má na provázku kuličky, Evička nemá pipíka, má dítku apod.

Pokud jsou přítomni rodiče — a zdůrazňujeme to i učitelkám MŠ! — apelujeme na ně, aby odmítla učiti své děti používat výrazy, které budou používat v dospívání a pak v dospělosti: např. penis; pohlavní úd, pochva, prsa, hadra atd. Stejně tak, jak učí své děti: toto je ucho, koleno, nos; pusa atd. Víme, že je to pro mnohé poměrně těžké, zejména na vesnici, ale je třeba domít v sobě jakýsi odpor a snažit se. Tak se nestane, že později např. chlapec, který zná označení údu z dětství a zná i vulgární výrazy pro označení svého údu, současně však ví, že ani jeden výraz např. u lékaře nemůže použít, a tak bezmocně stojí, usmívá se a náhle není schopen pojmenovat svůj vlastní pohlavní úd.

Ještě složitější situace se vyskytnú u dívek!

4. Návštěva

Ukážeme hračku dětem a ptáme se: «Co to je?» Vyzve me postupně každé dítě a požádáme je, aby předal hračku jinému dítěti, o kterém si myslí, o kterém ví, že vypadá stejně jako držaná hračka.

Např. holčička si vyzvedne ukazovaného «Adámka» a odnese ho správně např. Honzíkově. Má veřejnou pochvalu!

Ke konci společné hry drží holčičky v rukou dřevěné «Evičky» a chlapci drží dřevěné «Adámky». Opět pochvala všem!

Lze zkusit i obráceně a hru kombinovat. Např. kluci nosí svého «Adámka» holčičkám, protože vědí, že «Adámek» nevypadá stejně jako živá holčička, které «Adámka» předává.

5. Návštěva

Model «Evičky» položíme na pevnou podložku a upatrně na ni pokládáme dřevěného «Adámka» tak, aby hračky zapadly správně do sebe. Lze i obráceně — pokládat «Evičku» na «Adámka». Ptáme se pak, co to znamená?

Většinou se děti překikují a neodpovídají správně: např. oba spinkají, leží na sobě, «Adámek» tlačí «Evičku» atd.

Asistentka Honka uzavírá celý program nejčastěji touto pohádkovou větou: «Mlé děti, „Adámek“ s „Evičkou“ se mají rádi, a tak se spolu milují.» Náš program končí tím, že minimálně jednu dvojici dřevěných hraček zanecháme v každé navštívené MŠ a slibíme dětem, že se opět vrátíme za několik měsíců a možná i s novou hračkou.

Závěr

Z našich dosavadních zkušeností vyplývá, že dětem náš program vyhovuje. Těší se na každou návštěvu a většinou dobře spolupracují. Toto nelze jednoznačně konstatovat o rodičích a některých učitelkách mateřských škol. Sexuální vývoj je jev fascinující, úžasný, je ovlivněn řadou faktorů působících ještě před narozením dítěte a později po porodu.

Dětská sexualita představuje velice důležitou etapu.

Sexuální výchova od narození dítěte, ať již cílevědomě, nebo spontánní, hraje v tomto směru nezastupitelnou roli.

Některé základní otázky sexuální výchovy na školách

Doc. PhDr. Vladimír Traubner, CSc.

1. Principy sexuální výchovy na základních školách

Principy v sexuální výchově jsou výsledkem současné úrovně vědeckého poznání v pedagogice a psychologii a vyjadřují zobecněnou společenskou a historickou zkušenost výchov-

nych systémů sexuální výchovy u nás a v zahraničí. Aplikace principů zvyšuje efektivitu výchovy.

Specifičnost sexuální výchovy vyžaduje tvorbu i specifických principů. V sexuální výchově respektujeme tradiční pedagogické principy didaktické (jako např. princip názornosti, postupnosti atd.) a principy výchovy mravní (jako např. identifikace — uvědomění, úcta k žákovi atd.). V principech sexuální výchovy je vyjádřeno velmi těsné propojení výchovy a výuky. Získané vědomosti musí být na určité úrovni i součástí postoje žáka k aktuální nebo budoucí skutečnosti. Některé vědomosti a některé postoje získané v sexuální výchově se musí projevovat i v různých formách dovedností a chování žáka. Specifičnost dovedností a chování je i v tom, že mají mnohdy latentní charakter, který žák aplikuje jen v určité možné situaci (např. chování dítěte při pokusu o sexuální zneužívání). Mezi základní principy sexuální výchovy patří:

1. Princip spolupráce rodičů a školy

Rodiče musí být informováni o tom, že jejich dítě se účastní sexuální výchovy ve škole. Učitel vhodnou formou informuje rodiče o obsahu sexuální výchovy, formách a cíli. Přiměřeně respektuje i alternativní světonázorové postoje rodičů. Rodič má právo na to, aby se podílel na sexuální výchově svých dětí.

2. Princip začlenění sexuální výchovy do obecného projektu výchovy dítěte.

Sexuální výchova probíhá prakticky neustále v různých formách a je součástí celé řady výchovných postupů učitele i mimo sexuální výchovný záměr. Každý učitel se chová nepřímo sexuálně i ve svém výchovně-vzdělávacím působení (např. projevu úcty k mateřství, dodržuje etiketu mezilidských vztahů, volí jiné formy chování k dívkám a chlapcům atd.). Učitel i nespecializovaný na sexuální výchovu se dostává do situací, kdy musí vyjádřit svůj postoj, svoji vědomost a také musí předvést určité chování a vědomosti i před svými žáky. Dítě je tak formováno i mimo-intencionálně a mimo organizovanou sexuální výchovu.

Sexuální výchova je sice ve škole specifickou výchovně-vzdělávací disciplínou, ale současně prolíná celou řadou ostatních intencionálních i neintencionálních postupů každého učitele. Proto v problémech sexuální výchovy musí být vzdělán každý učitel.

3. Princip vědeckosti v sexuální výchově

Všechny informace, které učitel žákovi zprostředkovává, musí odpovídat současné úrovni vědeckého poznání. Předávaná informace v oblasti sexuální výchovy je pedagogicky transformována k úrovni žáka a k míře jeho poznání. Učitel používá vědecké, žáku přiměřené pojmy. Používá vědecky ověřených názorů a jejich didaktických pomůcek.

Princip vědeckosti je typický objektivností a pravdivostí předávaných informací. Součástí principu vědeckosti je i odborná pedagogická a psychologická erudice učitele, která se projevuje v jeho výchovně-vzdělávacím působení v sexuální výchově. Vědeckost sexuální výchovy je ověřována stálou aktuální praxí žáků v jejich aktuálním a budoucím osobním i společenském životě.

4. Princip důvěry

Učitel formuje vědomosti, postoje, dovednosti a chování žáka pro jeho současné, aktuální život a také pro jeho život budoucí. Osou sexuální výchovy jsou informace, postoje, dovednosti a chování, které se týkají intimních situací, vztahů a jevů. Děti projevují určitou ostýchavost a stud na jedné straně anebo otevřenou upřímnost, dokonce až provokaci na straně druhé. Učitel musí u dětí vzbudit velký stupeň důvěry ke svěřování se, k dotazům, k radám a samozřejmě i v důvěře v pravdivost a smysluplnost jeho výchovného konání. Učitel by nikdy neměl v sexuální výchově dítě ponižovat nebo i znevažovat jeho postoje a vědomosti. Moudrou strategií musí chyběné a mylné informace, postoje i chování transformovat do žádoucí pedagogické roviny. Důvěra v učitele patří k základním principům sexuální výchovy ve škole.

Některé informace, postoje, dovednosti a chování mají latentní charakter, tedy jsou připraveny pro možné správné užití v současnosti nebo budoucnosti. Např. žák se naučí odmlátit neoprávněný požadavek (výzva ke zneužívání alkoholu, pokus o sexuální zneužívání atd.). Své naučené informace, postoje o chování má latentně organizované tak, aby je dokázal v případě potřeby aplikovat. Jedné na principu důvěry bude dítě ochotno přijímat potřebné informace, postoje i chování, i když se mu mohou jevit jako neuzitečné a mnohdy i nepochopitelné.

5. Princip koedukovanosti v sexuální výchově

Mezi vědomostmi chlapců a dívek s užívaným pojmovým aparátem nemá být žádný významnější rozdíl. Jen některá témata lze aplikovat odděleně (např. onanie), aby se otevřel větší prostor pro intimní dotazy dětí. Koedukovaná sexuální výchova umožňuje vzájemný výcvik dovedností včetně dovedností asertivních a mravního chování v oblasti mezilidských vztahů. Dovoluje výcvik etikety v chování chlapců a dívek, už vzájemnému respektování názorů i postojů a koriguje pokrytecké a kvazimorální chování. Tento typ výchovy nečiní z přirozeného sexuálního chování člověka tabuizované chování a současně vede k jeho pedagogizaci a společenskosti. Je to i praktická výchova budoucího partnerského chování mezi mužem a ženou.

6. Princip etičnosti v sexuální výchově

Sexuální výchova vede dítě k určitému mravnímu ideálu v oblasti sexuálního chování. Je to tedy i výchova mravních mezilidských vztahů, především vztahů partnerských. Etičnost je i výchovou ke společensky žádoucím mravním chování i v oblasti typického sexuálního chování. Proto obsah sexuální výchovy obsahuje i témata sexuálního chování z hlediska společensky žádoucích mravů. Důraz sexuální výchovy je položen v obsahu etiky, přátelství, lásky, partnerského, manželského a rodičovského chování. Mimo jiné je kladen důraz na odpovědnost za druhého, na odpovědnost za dítě, patří sem výchova k pohlavní zdrženlivosti, úcta k ženě, k matce, k dítěti, k rodičům atd.

Princip etičnosti je realizován především ve výchově postojů, mravních dovedností a chování. Tento princip rovněž přispívá k vyvážení poznatkové sféry biologicko-sexuologického zaměření se sférou etickou, pedagogickou a psychologickou.

7. Princip aktivity žáka a spolupráce se žákem

Učitel v sexuální výchově volí především aktivizační metody výuky a výchovy. Žák musí být chápán jako spoluvůdce výchovy na sobě samém. Poznatky mu nejsou jen prostě sdělovány, ale kreativním procesem s ním dochází spolu s učitelem. Získané vědomosti jsou tvořeny v žákovi jako trvalé instrumenty pro současný a budoucí život, proto je nutná vysoká aktivita žáka a spolupráce učitele a žáka.

Princip aktivity je zvláště významný při konstrukci postojů žáka k jednotlivým oblastem, jevům a hodnotám. Žákův postoj musí projit fázemi identifikace a interiorizace, aby byl trvalý a použitelný. Např. postoj k alkoholu, k drogám, k mateřství, k rodičovství atd. Identifikovaný a interiorizovaný postoj je možné vytvořit jediné aktivní spoluprací se žákem. Stejně nutná je aktivita a spolupráce při tvorbě dovedností a chování.

8. Princip komplexnosti a harmonie v sexuální výchově

Tento princip ukazuje na nutnost rozvíjení všech oblastí sexuální výchovy najednou. To znamená, že od zahájení sexuální výchovy ve škole učitel věku přiměřeným způsobem postihuje všechny podstatné stránky sexuální výchovy.

Jednotlivá témata se pak spirálovitě rozvíjejí se stoupajícím věkem dětí do šíře i do hloubky. Samozřejmě je brán zřetel na procesy biologického, sociálního a psychologického zrání, přičemž některá témata tyto procesy dokonce vhodně připravují. Harmonie v sexuální výchově vyjadřuje vyvážený vztah mezi jednotlivými tématy sexuální výchovy a mezi výchovou postojů, dovedností a chování.

9. Princip osobnosti sexuálního pedagoga

Na každé škole musí být jmenován učitel odpovědný za sexuální výchovu na škole. Pakliže je sexuální výchova koncipována jako samostatný vyučovací předmět, je odpovědný učitel pověřen vedením tohoto předmětu. Jestliže je sexuální výchova svým obsahem rozložena do několika vyučovacích disciplín, musí být jmenován odpovědný učitel, který koriguje sexuální výchovu v rámci všech disciplín. Sexuální pedagog plní i funkci poradenskou a konzultační.

Sexuální pedagog je osobnost, která má odpovídající vzdělání v sexuální pedagogice a v disciplínách z ní odvozených. Má dostatečné vzdělání v psychologii a pedagogice a v disciplínách pro odbornou práci v sexuální výchově nezbytných (sexuologie, biologie, zdravotní, etika, etika, statistika sexuální výchovy atd.). Svým chováním, vlastnostmi a pedagogickými dovednostmi je vhodný pro sexuální výchovu žáků ve škole.

10. Princip přiměřenosti v sexuální výchově

Princip přiměřenosti je známý pedagogický princip. V sexuální výchově má však svůj specifický výraz. Přiměřenost v sexuální výchově je náročný postup v několika vzájemně prolínajících se oblastech.

Přiměřenost je chápána z hlediska biologického, psychologického a sociálního zrání žáka. Specifickou součástí sexuální výchovy je přiměřenost k regionu, tradicím regionu, přiměřenost k sociální skupině, rodině, světovému názoru a dosavadnímu způsobu života žáků. Zde je obsažen i pedagogický princip individuálního přístupu. Princip přiměřenosti je realizován především v těchto rovinách práce učitele.

a) Přiměřenost v rovině metod a prostředků, které učitel volí v sexuální výchově.

b) Přiměřenost v rovině obsahu a cílů sexuální výchovy.

Princip přiměřenosti je zřejmě nejnáročnějším principem v sexuální výchově.

2. Obsah sexuální výchovy

Obsahem sexuální výchovy jsou vědomosti, postoje, dovednosti, návyky a chování, které má žák během sexuální výchovy získat.

Obsah sexuální výchovy je obvykle konstruován na základě těchto podmínek a vlivů:

1. Aktuální společenská potřeba, která je podmíněna objevem nebo růstem různých negativních jevů (např. růst sexuálně přenosných nemocí, objev nových nebezpečných nemocí — AIDS, vysoký počet interrupcí, vysoký počet rozvodů, zneužívání dětí, komerční zneužití sexuality, nanišení mezikuldních partnerských vztahů, atd.).

2. Vlivy ze zemí, které modelují představy společenského vývoje ostatních zemí a tím i představy o výchově občanů.

3. Tradice a kultura společnosti, politika a ideologie státu.

4. Aktuální společenské normy, zákony a pravidla života ve společnosti z hlediska současného i budoucího.

5. Rozvoj vědeckého poznání především v pedagogice, psychologii, biologii člověka, medicíně, sexuologii a dalších příbuzných vědách.

6. Oponentní postoje, které vyplývají především z různých světonázorových postojů ostatních sociálních skupin.

1. Způsob realizace obsahu sexuální výchovy

Obsah sexuální výchovy je realizován intencionální sexuální výchovou ve výchovných institucích:

- a) v rámci obecného výchovně-vzdělávacího procesu (ve výchovné činnosti každého učitele),
- b) v rámci samostatného výchovně-vzdělávacího předmětu nebo v předmětech, které byly sexuální výchovou konkrétně pověřeny ve vyučovací proces nebo ve výchově mimo vyučování,
- c) v rámci výchovy v rodině,
- d) v rámci výchovy dětských zájmových organizací.

K realizaci jsou využívány obecné nebo specifické pedagogické formy, metody a prostředky.

Realizace obsahu sexuální výchovy je vymezena obecnými a postupnými cíli sexuální výchovy.

Za kontrolu realizace obsahu sexuální výchovy ve škole je odpovědný ředitel školy a jím pověřený zástupce. Právo kontroly však mají i rodiče žáků. Tato specifika kontroly je dána hlavním principem sexuální výchovy — spolupráce s rodinou a rodiči žáků.

Obsah sexuální výchovy je uveden podle kolektivu odborníků vedených Mellanem a Brzkem (1994), kteří upravili tzv. Minnesotskou rukověť (Guidelines for Comprehensive Sexuality Education) vydavatele SIECUS of U. S. 1991). Obsah sexuální výchovy pro žáky 1., 2. a 3. stupně základních škol tvoří šest základních dílčích témat.

2. Obsah sexuální výchovy na 1. stupni základních škol

1. Člověk
2. Vztahy mezi lidmi
3. Osobní dovednosti
4. Sexuální chování
5. Sex a zdraví
6. Sex a kultura

Učitel s obsahem pracuje ve smyslu výše uvedených principů sexuální výchovy.

Každý tematický okruh (1.—6.) obsahuje několik základních témat, která konkretizují rozsah tematického okruhu. Některé tematické okruhy patří až na vyšší stupeň. Okruhy současně představují určitou ideální postupnou nebo i cílovou výchovně-vzdělávací představu pro žáky 1. stupně základních škol.

Zevrubnější obsah najde čtenář v říjnovém a listopadovém vydání autora Jiřího Mellana v časopisu „Česká škola“ z r. 1994.

3. Metody sexuální výchovy

V sexuální výchově ve škole využívá učitel všech obecně známých metod výchovně-vzdělávací práce, a to jak metod didaktických, tak metod mravní výchovy. Proto text neprovádí jejich analýzu, ale spíše upozorňuje na jejich užitost v sexuální výchově.

Specifičnost obsahu a smyslu sexuální výchovy preferuje určitou oblast metod na úkor metod ostatních. Jde o metody, v nichž je typická vysoká aktivita a spolupráce žáka s učitelem i s probíraným tématem. Tyto metody nazýváme obvykle metodami aktivizačními.

Metody fungují v rámci známých organizačních forem vyučování a koncepcí. Zcela výjimečně postavení v sexuální výchově má dramatizace a hra.

Smyslem metod v sexuální výchově je vedle tvorby systémů vědomostí především tvorba silně identifikovaných postojů, soustav dovedností, návyků a chování. Proto je kladen takový důraz na aktivitu žáka.

Přehled aktivizačních metod v sexuální výchově

1. Metody dialogické

Dialogické metody jsou postaveny na slovní interakci mezi učitelem a žákem nebo mezi žáky navzájem. Podstatou dialogických metod je otázka a odpověď. Závěrem dialogu je vědomost nebo i postoj žáka, ke kterému došel vlastním myšlenkovým úsilím v dialogu. Závěr formuluje velmi často žák sám nebo za pomoci učitele.

Dialogické metody v sexuální výchově lze třídit podle typu interakce na:

- dialog v celé třídě (org. forma — hromadné vyučování)
- dialog ve skupině žáků (org. forma — skupinová práce)
- dialog ve dvojicích (org. forma — párová práce).

Všechny tyto metody organizuje a řídí učitel v rámci adekvátních organizačních forem. Dialogy podle tématu a záměru učitele mohou probíhat ve skupinách homogenních nebo heterogenních z hlediska pohlaví žáků nebo stupně poznání.

Dialog vzniká na základě podnětu učitele nebo samotných žáků (otázky mohou být koncipovány jako ústní nebo i písemné — písemná anketa mezi žáky). Otázky mohou být vyvolány i dialogem, který žáci sledují (simulovaný dialog, scénka na videu — filmu) nebo i referátem, který přednáší žák.

V rámci dialogických metod lze užít ještě dalších aktivizačních prvků jako:

- hlasování (děti mají v rukou barevné karty, kterými dávají najevo svůj souhlas, nesohlas nebo nepochopení),
- řetězový dialog (děti sedí v kruhu a každý na řadě vyjadřuje svůj názor k názoru vedle sedícího), vstupní názor může učitel koncipovat i kontroverzně (— „každý umělý potrat je zločinem na nenarozeném dítěti“ atd.),
- alternativy řešení (žáci odpovídají na dotazy s nabídkou alternativních odpovědí a sami svoji alternativu zdůvodní atd.),
- dialog s náčtem (žák kladě otázku, vysloví tvrzení a vyvolá jiného tím, že mu hodí malý míč, atd.).

Opět smyslem aktivizačních prvků, kterých je daleko více a jsou vlastně výsledkem inovačního úsilí učitele, je stále zvyšování aktivity žáků na spolupráci.

Závěr dialogické metody je v rukou učitele, který ve spolupráci s žáky formuluje výchovně-vzdělávací vědomosti, postoje a důsledky pro životní praxi, které vyplývají z dialogu.

2. Metody problémové

Problémové metody jsou známé metody z pedagogické teorie i praxe. Přesto nejsou příliš ve škole využívány, protože jsou náročné na učitelovu tvořivost a přípravu.

Metody problémové patří k nejvýznamnějším metodám v oblasti sexuální výchovy. Metody problémové fungují v různých organizačních formách.

Základním prvkem problémové metody je rozhodovací proces, v němž žák provádí rozhodování mezi alternativami. Na základě svých vědomostí a zkušeností volí optimální řešení problému. Řešení problému je spojeno i s aktivním hledáním dalších informací, které dovoli žákovi problém řešit.

Problém řeší žák v závislosti na organizační formě

- sám (po zadání učitelem nebo spolužákem řeší problém ústně, písemně, chováním),
- ve skupině (žáci řeší problém v kooperaci se všemi nebo jeden ukazuje ostatním řešení a vyvolá dialog k oponentuře),
- ve dvojicích (jeden a jeden).

Formulace problémových úkolů a situací závisí na učitelově tvořivém nápadu. Využívá i možnosti simulace životních situací, skutečných zpráv (např. „tyránní dítěte a jeho možnost obrany“), videofilmů, literatury, dětských výpovědí, novinových zpráv, hospitací — soudní přebíhání atd.

V rámci problémových metod je využívána tzv. případová metoda.

Případová metoda je v sexuální výchově významnou metodou a můžeme ji členit na:

- Harwardskou — rozborovou studii (žáci řeší podrobně popsanou situaci ze života, kde nemusí být problém jasně formulován a žáci sami jej objeví a řeší),
- Fiktivní studii (uměle vykonstruovaný zkrácený příběh se zřejmým problémem, např. „před dívkou v parku visí kočka a rozhalí kabát, pod kterým je nahý. Co má dívka udělat?“),
- Řešení konfliktu (základem je popis konfliktu nebo jeho záznam a žák je postaven do role rozhodčího, např. soudní spor o dítě, apod.),
- Živá případová studie (případ popisuje osoba, které se to týká, a žáci ji ho pomáhají řešit),
- Postupné seznamování s případem (žáci nedostanou zpočátku všechny informace o případu a během řešení odhalují „detektivně“ další informace, které jim pomáhají pochopit a vyřešit problém).

Problémové metody jsou vždycky uzavírány výchovně-vzdělávacím zobecňujícím stanoviskem, které za pomoci žáků koncipuje učitel. Učitel současně ukazuje další aplikace pro současnou i budoucí životní praxi dětí.

3. Metody inscenační

Podstatou inscenačních metod je problém nebo konflikt, který děti samy hrají. Metoda učí praktické dovednosti rozhodování a je schopna vytvářet dovednosti, návyky a formovat chování. Inscenační metody dělíme na metody:

- strukturální (žáci hrají předem popsané role a mohou do hry začleňovat i nepoučené spolužáky),
- nestrukturální (žáci znají své role jen obecně a řešení vyplývá ze hry samotné, případně je žáci ve hře objeví),
- demonstrativní inscenace (inscenaci předvedou najatí herci a žáci se hry neúčastní a jenom pozorují).

Žáci, kteří se inscenace aktivně neúčastní, jsou v roli pozorovatelů. Mohou podle učitelovy dramaturgie i do hry zasahovat různými radami, na konci inscenace debatují, hledají další alternativy řešení, uvádějí vlastní zkušenosti atd.

Inscenační metody jsou velmi náročné na přípravu, ale svým formativním vlivem patří mezi nejúčinnější metody sexuální výchovy.

4. Hry v sexuální výchově

Metoda her v sexuální výchově představuje velmi významný aktivizační a inovační prvek ve výchovně-vzdělávacím procesu.

Metoda her, zvláště her interakčních, které jsou pro sexuální výchovu velmi vhodné, mají pro žáky a jejich výchovu tyto významy (Hermochová, S., 1994):

- motivují žáky k sociálním učení, probouzejí jejich zvědavost a radost ze schopnosti se učit z vlastní zkušenosti, vytvářejí vědomosti, postoje a chování,
- zvyšují aktivitu pasivních členů a regulují dominantní žáky,
- dovozlují nenásilně zavedení nových norem v chování dětí,
- učí děti citlivému vnímání, učí je vyjadřovat svoje pocity, učí je umění požádat o pomoc, rozvíjejí jejich odpovědnost, děti si ujasní mezilidské vztahy a svoje role v nich, naučí chápat vlastní i cizí motivy jednání atd.

Aplikace metody v sexuální výchově je sociálním výcvikem, který významně formuje především postoje, dovednosti, návyky a chování dětí.

Steiert, U. s kolektivem spolupracovníků pro potřeby sexuální vytvořil bohatý systém her a pro potřeby českých členů je upravil Pondělíček, I. (1994).

Hry v sexuální výchově autori člení na hry:

- Sexualita a řeč (hry učí upřímnosti ve vyjadřování v sexualitě, správným terminům a asertivním vyjadřování),
- Poučení o těle a sexu (sexuální vývoj a chování, ženský cyklus, nemoci, těhotenství a porod, antikoncepce, potrat),
- Pohlavní role (role pohlaví, představa muže a ženy, typy, oblékání),
- O zevnějšku, smyslnosti a obrazech (zjev a sexualita, oblékání, obraz muže a obraz ženy, výraz, možnosti úprav),
- O vztazích mezi lidmi (počátky vztahu, biografie vztahu, vztah k vlastnímu pohlaví, komunikace ve vztazích),
- Druhá tvář sexuality (násilí v sexualitě, násilí vůči ženám a dívkám, prevence pohlavního zneužívání, prostituce, pornografie, perversita),
- Hodnoty, etnos a normy (znalost hodnot, hledání hodnotové orientace, sexuální morálka, sexuální hodnocení, věrnost).

Etické problémy lidské reprodukce

MUDr. Radim Uzel, CSc.

Etické problémy reprodukce jsou trvalé a sotva budou někdy všechny vyřešeny. Některé se táhnou po staletí. Potraty byly takovým problémem ve starověku a jsou jím dosud. Musíme si uvědomit, že s rozvojem lékařských technologií etických problémů přibývá. Zejména v prů-

běhu posledních dvou desetiletích, kdy je možno pěstovat lidské embryo mimo tělo a manipulovat s lidskými gametami, vyjadřuje veřejnost nejistotu a znepokojení a dožaduje se kontroly nad těmito ději.

Se zjevně na nové medicínské technologie lze očekávat, že některá řešení, která v současlosti s jejich zaváděním přijme pluralistická společnost, nemusí vždy vyhovovat všem jejím členům. Samotné právo spojené s morálním citěním by pak mělo být záležitostí obecně morální povahy. Bez náležité legislativy se otevírá prostor pro různá často i pochybná morální pravidla. Jednotlivci žijící ve vysoce tolerantní společnosti pocítují minimální restrikce v tomto ohledu, většinou však exaktní pravidla vyžadují.

Terapeutický potrat

O tomto problému se diskutuje dlouhá léta a diskuse stále pokračují. Téměř na každé schůzi britského parlamentu jsou činěny pokusy o změnu potratového zákona z roku 1967. Existuje silný tlak na to učinit potrat ilegálním zákrokem, jini se zase snaží posunout zákonnou hranici délky těhotenství pod 28 týdnů. Tyto tendence jsou opodstatněné, protože s rozvojem péče o těžce nemocné jedince stoupá jejich šance na přežití bez handicapu. Odborné společnosti se sjednávají na názoru posunout hranici životaschopnosti na 24. týden.

V souvislosti s etickým uvažováním při nežádoucím těhotenství je postavení žena před dilem, protože mnoho lidí to vidí jako problém mezi sobectvím a zodpovědností. I při veškerém respektu k právům této je nutno samostatného života neschopný zárodek stále považovat za součást ženina těla. To také souvisí se svobodným rozhodnutím ženy vést v těhotenství takovou životaschopnou, která by vyvíjející se plod v žádném případě nepoškodila. Také není možno celou tuto rozhodování nechat na ženě, rovněž i lékař má určitou etickou zodpovědnost.

Pochopitelně existují lidé, kteří z náboženských důvodů nepripouštějí potrat za žádných okolností, v pluralistické společnosti by však tento názor neměl být považován za základ legislativní úpravy, jelikož zdaleka ne všichni členové společnosti se s ním ztotožňují. Tváří v tvář skutečnosti, že ročně umírá 200 000 žen v souvislosti s kriminálním potratem a že jsou to ženy především ze zemí, v nichž je potrat zakázán, mělo by být považováno za neetické nutit ženu k těmto životu nebezpečným praktikám.

Sterilizace

Mnoho vlád světa uznává plánovanou rodičovství za základní lidské právo. V této souvislosti by měl mít jednotlivci právo rozhodovat o své fertilitě, a tudíž i o sterilizaci a zdravotnická služba by jim měla k tomu poskytnout informace a podmínky. V každém případě se musí jednat o ryze dobrovolný zákrok. Tam, kde je sterilizace legální, většinou neexistují vážnější překážky. Jedním etickým problémem nastává u mentálně handicapovaných lidí. Tady je snaha o podrobnou informaci problematická nebo dokonce nemožná. Měly by zde být zváženy event. alternativní možnosti zábrany fertility. Souhlas by v žádném případě neměl být vymáhán násilím a okolí pacienta by mělo být kvalifikovaně poučeno. Ve Velké Británii není povolena sterilizace mentálně postižených bez soudního rozhodnutí.

Antikoncepce mladistvých

U hlediska etického je to obtížný problém zahrnující autonomii lidského jedince. Ve středu pozornosti je otázka souhlasu a nakolik je osobnost k tomuto souhlasu kompetentní. Jestliže lékař usoudí, že mladistvá osoba je schopna přiměřeného chápání a je si vědoma následků svých rozhodnutí, pak je eticky oprávněné poskytnout takové osobě antikoncepční pomoc. Etické a právní aspekty nemusí být vždy v naprostém souladu. Rozhodně je neetické odmítnout mladé dvojce antikoncepci, jestliže proti ní má lékař zábrany morální nebo náboženské. Při žádosti o předpis antikoncepce ze strany osoby mladší 15 let (v Anglii 16 let) bylo by žádoucí přimět tuto osobu, aby celou záležitost konzultovala s rodiči nebo vychovateli. Jestliže však dívka na tom trvá, musí lékař respektovat její soukromí a vyhovět. Takto rozhodl i britský Nejvyšší soud, který se odvolal na zákonná ustanovení o autonomii osobnosti.

HIV a antikoncepce

Problémy HIV infekce a antikoncepce se často neřešitelně spolu střetávají. Bohužel právě ty antikoncepční metody, které nejlépe brání přenosu HIV, nejsou antikoncepčně nejspolehlivější a naopak. U HIV pozitivních žen je pak antikoncepce zcela prioritním úkolem vzhledem k možnému materno-fetálnímu přenosu. Tyto etické problémy bohužel ještě nejsou dostatečně řešeny.

Inseminace semene dárce

V současné době stále přibývá párů, kde je žena plodná a muž neploxy. Dítě není geneticky

kým, ale sociálním potomkem tohoto manželství. Nestuduje se motivace k dárctví a mnohým etickým problémům. Je zapotřebí otevřeně hovořit o potřebnosti a provozu sementních bank a finanční odměně dárce. Občas také probíhá diskuse o tom, zda má dítě právo znát svého biologického otce.

In vitro fertilizace

První indikací byly poškozené nebo nefunkční vejčovody. V poslední době přistupují také poruchy mužské infertility nebo případy nevysvětlitelné sterility.

Pochopitelně i zde existují morální námitky. Někteří lidé považují IVF za fundamentálně špatný výkon proti přírodě, náhrada za oplodnění soulož se jim zdá nemorální. Souvisí to jistě také s manipulací s embryi.

Další problémy nastávají při používání spermií dárce. Jsou to etické problémy stejně jako u donorogenní inseminace (viz výše). V mnoha zemích je zcela nemožné dárctví vejce. Argumentuje se tím, že tento výkon slouží k jakémusi vylepšení genetického make-upu příjemce.

Mrazení a skladování embryí

Existují námitky proti jakémukoli manipulaci s embryi, zasahování do vzniku nového člověka je považováno za neetické. Musí existovat ustanovení o tom, jak se má naložit s embryi, jehož jeden nebo oba rodiče zemřeli.

Výzkum embryí

Je to nejvíce kontroverzní kapitola asistované reprodukce. Především je nutno si uvědomit, že lidské embryo je naprosto neschopno vývoje a existence bez možnosti implantace do dělohy. Jakkoli jsou pak morální práva takového embrya? Někteří lidé zakazují jakékoli výzkumné manipulace s těmito embryi. Tito lidé přikazují implantovat každé fertilizované vejce do dělohy. Největší námitky mají pochopitelně lidé věřící, že spojením spermií a vejce vzniká vlastně už nový lidský jedinec.

Surogátové mateřství

Surogátová matka je těhotná z pověření jiné osoby nebo osob, kterým bezprostředně po porodu předává narozené dítě. Není pochyb, že takového náhradního mateřství dohodou bylo již v dřívějších dobách praktikováno per coitum jako řešení bezdětnosti. Možnosti asistované reprodukce pochopitelně rozmnožily možné případy surrogace. Různé země pokročily různě daleko ve svém zákonodárství v této záležitosti.

Britské zákonodárství považuje ženu, která dítě donosi a porodí, za matku ze zákona. Nicméně genetičtí rodiče takového dítěte mohou se souhlasem této zákonné matky vznést na soud požadavek, aby byli ustanoveni legálními rodiči tohoto dítěte. Je to pozoruhodný pokrok!

Surogace může být motivována četnými důvody, ale surgace pro pouhé pohodlí není eticky akceptovatelná. Také zde hraje roli možnost vykořisťování člověka člověkem. Ve Spojeném království byly založeny dokonce surogační komerční agentury, jejich vznik pak ovšem restringován speciálním zákonem z roku 1985 — prvním takovým zákonem na světě.

Britský lékařský svaz dokonce vydal jakousi rukověť pro lékaře, aby věděli, jak si mají počínat při žádostech svých pacientů o surgátové mateřství.

Role vlády a dalších institucí v problémech lékařské etiky

Etické problémy spojené s lékařskou praxí zasahují společnost obecně a v případech arteficiální reprodukce, potratů, sterilizace a surgátového mateřství pak obzvlášť.

V UK je komerční surgace zakázána. Zákon z roku 1985 zakazuje agenturám i jedincům jiným než potenciální surgátová matka a biologičtí rodiče dítěte) na komerční bázi iniciovat, domlouvat a shromažďovat informace umožňující realizaci surgace. Zakazuje také inzerci v této oblasti.

Zakazují se také manipulace s embryi a gametami. Ke všem procedurám asistované reprodukce je zapotřebí mít pověření. Vládní instituce jsou pověřeny kontrolou. To umožňuje zajištění vysokého standardu pracovišť, na nichž je arteficiální reprodukce prováděna.

V poslední době americké zákonodárství následuje zákony britské. Je nutno doufat, že i ostatní vlády vyspělého světa budou v tomto legislativním úsilí následovat.

Plánované rodičovství a masmédia

MUDr. Radim Uzel, CSc.

Problémy plánovaného rodičovství byly po mnoho let novináři při žurnalistických hostinách servírovány pouze jako jakási vedlejší sousto, jako doplněk podstatně důležitějších a hodnotnějších chodů. Výraznější změna nastala až po Mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji v Káhiře v září 1994. Několik měsíců předtím, během konání konference a ještě dlouhou dobu po jejím skončení, byla mnohá evropská média doslova populačními problémy přesytena. Verejnost to všechno zhlédla a dokonce ještě prosila o přidavek.

Jako počáteční chod byly ovšem servírovány zvláště pikantní konflikty, které káhiřskou konferenci provázely. Láčkových apertivů nebyla ušetřena ani velmi seriózní média: Islámští fundamentalisté spustili povyk a pravděpodobně zmasakrují podstatnou část delegátů; papež a Vatikán se pustili do boje na život a na smrt s institucemi pro plánované rodičovství; Jane Fandová uspořádala show a na její hlavu se snesla bouře hněvu křesťanů, muslimů a «pro-life» aktivistů atd., atd.

Kromě různých pikantních historek byly ovšem v seriózních médiích publikovány i fundované materiály. Např. britský *The Independent on Sunday* uveřejnil seriózní úvahu od Geoffreyho Leana nazvanou «Příliš malý svět?», ve které autor dokazuje, že pro udržení uvalého rozvoje a zabezpečení světových zdrojů je nezbytná redukce populačního přírůstku obyvatelstva.

Leana ovšem zdůrazňuje celou škálu iluzí plánovaného rodičovství včetně role žen, které nesou břemeno reprodukční kapacity a nezbytného zvýšení jejich vzdělanosti zejména v podmínkách rozvojových zemí. Objevilo se také mnoho článků, které chápaly potřeby plánovaného rodičovství spíše jako potřebu třetího světa zdůraznění celosvětového zdraví a blaha rodiny. Problematika klesající porodnosti v západní Evropě je považována rovněž za alarmující jev.

Pokud některé noviny zaujímají stanovisko k problémům plánovaného rodičovství, většinou se nevýhodou otáče potratů. Ty bývají většinou emotivním problémem a masmédia o nich pojednávají většinou z tohoto emočního hlediska. Široká generace problémů a jednotlivá stanoviska žurnalistů se pochopitelně v různých zemích dosti podstatně liší. Většinou zaujímají konzervativní či liberální postoje a zobrazují tak základní orientaci svého listu. Celý problém uměleho potratu tak kromě svých rozměrů medicínských, etických a náboženských nabývá dimenze politické, postoje k potratům v mnoha zemích vyhrávají a prohrávají volby.

Velmi odlišná je situace v bývalém východním bloku postkomunistického světa. V těchto zemích byly vlády přesvědčeny o nutnosti pronatalitní politiky, nicméně liberální potratové zákony často o mnoho let předěbýly západní země. Vládnoucími vrstvami v komunismu do jisté míry vyhovovala dehonestační antikoncepční metod, jelikož mnohé z nich byly ekonomicky nákladnější než umělé potraty, které co do nákladů spočívaly na bedrech lidské práce a veškerá úroveň zdravotnictví zde spočívala na absolutním ekonomickém zbláznění zdravotnických pracovníků.

Tisk, většinou zcela závislý na státní mašinérii, tyto názory ochotně propagoval. Ještě několik let po pádu komunismu se obyvatelé těchto zemí vyznačovali katastrofálními neznalostmi a neinformovaností v oblasti moderních antikoncepčních metod. V novém liberálním ovzduší je většina masmédií příznivě nakloněna plánovanému rodičovství, mnozí žurnalisté však mají v této oblasti pouze rudimentární znalosti.

Káhiřskou konferenci navštívilo asi 3000 novinářů z celého světa a většina z nich je už dnes zcela jasně, že problémy plánovaného rodičovství se z oblasti specializovaných a odborných publikací stávají do hlavního proudu světové žurnalistiky a doslova «hijbou světu».

Ačkoliv je počet zkušeností a vzdělaných novinářů zejména v této oblasti životně důležitý, není na světě žádná země, která by se mohla pochlubit jejich dostatkem. Tato oblast žurnalistiky je ještě nedozrálá takového rozvoje, jako např. ekologická problematika. Nicméně však existují čestné výjimky, u nichž by se právě měli ostatní novináři začátečníci učit a sbírat zkušenosti.

Tuto situaci snad může dobře ilustrovat případ Mahbuba ul Haqa, pákistánského ministra financí a plánování. Pan Haq vyprávěl, jak byl zcela přesvědčen o tom, že enormní populační přírůstek v jeho zemi může být redukován «dostatečným přísunem kondomů na vesnici». Zahájil promyšlenou a dobře připravenou kampaň, která měla přesvědčit obyvatele o používání kondomu. Ačkoliv tato kampaň zasáhla neobvykle velký počet obyvatel, populační přírůstek začal paradoxně vzrůstat!

Tento jev je možno vysvětlit dodatečnou analýzou. Pozornost lidí byla sice připoutána, nebyla však nakloněna jejich sdělení, obyvatelé nebyli přesvědčeni. Celá kampaň totiž postrádala angažovanost a mobilizaci masmédií. Bez jádra přesvědčených novinářů a vydavatelů je totiž každá taková kampaň předurčena k nezdaru.

Podobná situace nastala v USA a v některých jiných zemích při informacích o RU 486. Ten-

to prostředek přinášející ženám prokazatelné snížení počtu komplikací spojených s umělým potratem buď v důsledku nedostatečné informovanosti novinářů dehonestovan. V souvislosti s použitím tohoto preparátu nebyla nouze ani o dezinformace a někdy i vyložené lživé tvrzení.

Také u nás se v hromadných sdělovacích prostředcích často setkáváme s mnoha nepřesnostmi, často se ovšem objevují i názory vyložené nesprávně a tvrzení zkreslená a lživá. Světová zdravotnická organizace právem upozorňuje na to, že falešná a nepravdivá sexuální výchova může být horší než výchova žádná.

Mezi nejčastěji tradované bludy patří přesvědčení, že sexuální výchovou je možno mládež předčasně zkazit, sexualizovat a vhnat do náručí hříchu. Tato námitka často zaznívá proti sexuální výchově pravdivě a otevřeně, proti jejímu provádění u dětí mladších věkových skupin, konečně pak proti sexuální výchově vůbec. V návaznosti na tuto námitku se pak váže další, která se snaží v sexuální výchově potlačit sexualitu. Bojuje proti tělesnému pojetí sexuality, zdůrazňuje pouze citové vazby, a v idolizaci jakéhosi trubadýrského idolu sklouzává nezadržitelně do hájemství zamlouvaných románů viktoriánské epochy, tudíž do extralokálního prostoru. Pro tento postoj se nejlépe hodí termín Zvěřinův: lásková ideologie. Znovu podotýkáme, že se zde nehodlám zabývat vyvracením těchto úchytek, nýbrž pouze jejich výtčen a pátráním po jejich etiologii.

Neuměrné zveličování nebezpečí pomografie, která ve své neagresivní a nedevariantní formě jakékoliv nebezpečí v kterémkoliv věku postrádá, je včleněním motivem mnoha vášnivých polemik a nikam nevedoucích sporů.

Lásková ideologie vyúsťuje často v absolutizaci a idolizaci manželského sexu jakožto jediné přípustného. Dnes již zemřelý profesor gynecologie v televizním vystoupení vysvětluje princip oplození slovy: «Zde se nachází uvolněné vajíčko a tady k němu směřují manželské spermie...» O nějakých jiných spermích se v této souvislosti vůbec neuvažuje. Také Zdravotnické noviny předkládají v oficiálním dokumentu o právu na plánované rodičovství anglické slovo «couples» nikoliv jako «dvojice», nýbrž jako «manželské dvojice».

Největší množství dezinformací se však týká oblasti plánovaného rodičovství, antikoncepce a potratů. Záměrně je zamlčován mechanismus účinku jednotlivých antikoncepčních metod. Některé metody jsou falešně vydávány za tzv. abortivní, jako např. IUD, i když jejich hlavní účinek je zcela jiný. Neuměrně jsou zveličovány vedlejší účinky hormonální antikoncepce, falšovány výsledky statistik, argumentace úchýlávána z kontextu, podsouvány vedlejší účinky obsoletních preparátů, které se již dvacet let nepoužívají. Antikoncepce je označována za «vyvolání stavu ženy, i když tyto účinky již několikrát násobně vedlejší nepříznivé následky přecvaluje. Ve statistikách se záměrně nekalkuluje s rizikem gestace jakožto takové, což zejména v deklarovaném nabízení možnosti «donošení nežádoucího těhotenství a následné adopce» může hrát zhoubovou roli. Přenatální detekce vrozených vývojových vad bývá bagatelizována a dokonce i narození dítěte trpícího Downovou chorobou označováno za «puhnutí pro rodinu a společnost».

Účinně a relativně šetrně abortivum mifepriston — RU 486 je vydáváno za zhoubovou drogu, raný potrat do sedmého týdne těhotenství, který probíhá ve skutečnosti jako silnější a mírně bolestivá menstruace, ličen jako «bezpečné trávení kva», v němž se na koberec v obyčejném pokoji náhle zmltá bezmocný tvoreček — malé tělíčko...».

Samostatnou kapitolu tvoří záměrné strašení z následků umělého potratu. Výkon sám pak prezentován různými filmy na pokraji žánru hororu, jako např. nechvalně známý «Němý výkřik», v němž je bezostyšně použito záběrů mnohem pokročilejšího těhotenství a reflexní pohyby plodu prezentovány jako jakási cítěludomá obrana před smrtícím nástrojem. To vše zabaleno do falešné sentimentálního lyricky zabarveného komentáře promítáno dokonce nezletilým dětem v hlavním vysílacím čase veřejnoprávní televize. Přestože zneužívání dětí je v současné době velmi frekventovaný problém, jen málo hlasů se ozve proti tomuto zvrství.

Téměř nekonečně se opakují umělé zveličované argumenty o škodlivých následcích interrupce. Jako circulus vitiosus se následně tohoto strašení pak objevuje takzvaný postinterrupční syndrom, který má svůj původ právě v tomto umělém vyvolávání strachu a výtčků. Zruční manipulátoři tak účinně a téměř sadisticky využívají okamžiku duševního utopení ženy nacházející se v situaci mučivé trýzně a místo pomocné ruky zasazují svou zákeřnou dykou dobře cílenou ránu.

Některáleté úsilí stojí často napravně jedné dezinformace, která je vnesena do systému masmédií některým i seriózním periodikem a pravidelně pak papouškována od časopisu k časopisu. Klasickým příkladem je před několika lety v Praktickém lékařu uveřejněná zpráva o zdravotní škodlivosti tubární sterilizace, založená na mylné interpretaci zahraničního článku. Totéž se pak týká tvrzení o prístupnosti kondomu pro infekci HIV, kterýmto pseudoargumentem může ještě dlouhá léta torpédovat naše snahy o safer sex.

Příčiny těchto dezinformací mohou být různé. Bývá to především mylná představa o samotném postavení sexuality v lidském životě. Sex je chápán někdy jako projev lidské přirozenosti, přinášející člověku radost a obohacující jeho život, ale jako nějaká nemoc, jako zátěž přinášející životní komplikace. Často se také setkávám s interpretací sexuální aktivity jako hříchu či jako počinání proti dobrým mravům. A veškeré dezinformace z oblasti plánovaného rodičovství a antikoncepce pak vycházejí z finskokatolické doktriny o jediném možném způsobu zábrany nežádoucího těhotenství, takzvaných přirozených metodách antikoncepce, které mají k přirozenosti velmi daleko a ke spolehlivosti ještě dále. A konečně ten neustále diskutovaný problém o umělém potratu jako vraždě nenarozeného života.

Ve svém zdánlivě spravedlivém boji proti zlu sexuality, antikoncepce a potratu se mravokárci neštítí jakékoliv lži, jakékoliv dezinformace, strašení, horory, zkreslování statistik, vytíhávání ze souvislosti a znevažování vědeckých argumentů. Pravdivá a otevřená sexuální výchova a v neposlední řadě také zodpovědná žurnalistika by měly všechny tyto falešné argumenty nekompromisně uvádět na pravou míru.

Stejný problém se týká i témat ryze populačních. Světový tisk nepojednává o populačních problémech velmi dobře a velmi často. Zdá se to být divné. Demografie se přece historii lidstva zarámovanou do čísel.

Pokusím se pátrat, proč mnozí novináři raději o populačních problémech nepiší. Mnoho nevládních organizací vyspělých zemí má k dispozici velice zajímavé údaje týkající se světových populačních problémů a tyto údaje prezentuje novinářům všech zemí. Vydavatel obvyčejně sáhne po senzačních zprávách týkajících se «přelidnění», AIDS, invaze imigrantů apod.

Pokud některý novinář použije seriózní informace, má volně pole působnosti pouze v odborných časopisech, nebo je odsunut na periferii listu. Někteří starší novináři dosud pamatují, jak bylo asi před dvaceti lety velice módní psát o «maltuziánském smrtelném stisku», «výbuchu světové populační bomby» a podobně. Ačkoliv se výbuch této bomby nezastavil a od konce šedesátých let do roku 2000 je možno opět očekávat zdvojnásobení světové populace, apokalyptické předpovědi nemají dnes už tu náležitost a nevzbuzují senzací.

Většina zemí třetího světa přijala programy plánovaného rodičovství, v mnoha z nich však mají v rukou fundamentalisté. Jejich žurnalisté většinou pracují pod tlakem státní cenzury a ve svých názorech musí být s touto ideologií konformní. Demografické články nutně zahrnují problémy geopolitické, sexuální, rasové, náboženské, ekonomické, také se však týkají základních lidských práv. Mnoho z těchto problémů je do značné míry kontroverzní, některé tabuizované, další poplatné vládnoucí ideologii. Ikosyriákie třetího světa tak může vzdáleně připomínat i potratové boje v USA. V rozvojových zemích navíc přistupuje ještě malá tradice spolupráce s nevládními organizacemi.

Mnohé z těchto problémů se týkají i našich poměrů. Také u nás jsou mnohá média poplatná takzvané vládní politice. Také u nás jsou nevládní organizace často odsouzeny do role chudého příbuzného, který čeká na drobty padající z talíře bohatců. Mnohá média vyznívají ideologií «špatných zpráv», které jsou krví novin a roztácejí jejich ekonomiku, náklady a čtenářský rájem. Tím více je zapotřebí usilovat o pravdivé informace a prezentaci nezlomených údajů. Zejména v oblasti plánovaného rodičovství je to ještě úkol těžký, nicméně však nezbytně nutný.

Výchova k rodičovství v praxi 1. stupně základní školy

Mgr. Iveta Vojtová

Vážené účastníci 3. celostátní konference, chci vás seznámit s poznatky učitele při pokusech vnést do vyučování na 1. stupni základní školy výchovu k etice, rodičovství, mezikidským vztahům a sexualitě. Nebudu zdůrazňovat význam této výchovy, neboť isme se zde sešli právě proto, že ho chápeme.

Jsem učitelka 1. stupně základní školy, kromě 1. třídy už jsem vyučovala ve všech ostatních ročnících. Učím od roku 1988 a po celou dobu své praxe se snažím méně či více vnášet své názory a znalosti z diskutované oblasti do výuky. Neustále je to pohyb po tenkém ledu, ale na štěstí mám podporu i ve vedení školy.

Velice důležitou zkušenost jsem udělala s poučenými a nepoučenými dětmi stejného ročníku. Učila jsem 4. třídu a do výuky přírodopisu jsem zařadila i několik hodin, kdy jsem s dětmi besedovala o chování k ženám-dívkám, o biologické stavbě těla, čím se liší a co mají společného, o přecházejících proměnách a také o průběhu a významu těhotenství.

Měla jsem velice názornou pomůcku — vlastní těhotenství. Děti byly velmi iniciativní, chápavé a výsledky byly pozorovatelné v jejich chování. Nepoučené děti, též 4. třídy, jsem měla možnost zhodnotit při suplování na jiné škole. Moje objemné břicho je rozesmalo, slovo těhotenství vyvolalo přímo výbuchy smíchu, jen někteří chápavě pokyvovali hlavami při objasňování „jiného stavu“ a žádná ohleduplnost k sobě navzájem ani ke mně neexistovala. Byla jsem zvyklá na otevřeně dveře, dávání přednost, ticho ve třídě a podobně. Nic z toho zde nebylo. A zde jsem si uvědomila výsledky své práce a význam této výchovy.

Po mateřské dovolené jsem nastoupila ke 2. třídě a zde jsem již systematicky zařadila přednášky nebo spíše besedy s tématy dosud chlouostlivými tématy. A zde jsem udělala cennou zkušenost s rodiči. Využila jsem školy v přírodě, rozdělila jsem děti ze třídy na chlapce a dívky a ve dvou blocích jsem je poučila nejen o biologii, etice a sexualitě, ale i o nebezpečí sexuálních krizí a rizik bez oficiálního souhlasu vedení školy. Ale nedozníváš se, že by to byla zásadní chyba. Při pozdější konzultaci s výchovnou videokazetou „Láska je láska“ jsem zjistila, že moje názory se shodují s názory našich předních odborníků v oblasti lékařství, sexualitě a psychologie. Moje chyby byly, že jsem o těchto iniciativách neinformovala ani rodiče. Neinformovala jsem je zamýšle.

Po druhém bloku přednášek (chci zdůraznit, že odstup mezi oběma bloky byl půl roku) se na rodičovské schůzce ozvala jedna maminka. Nikoliv příměřeným způsobem. Neptala se na nic, ani ostatních rodičů a přivzala ředitele školy, v jehož přítomnosti přednesla stížnost na informovanost své dcery. Za spolupráce vedení jsme tento problém vyřešili k všestranné spokojenosti. Zajímavé však bylo, že se svou stížností zůstala osamocená. Rodiče ostatních žáků buď nevěděli, že děti byly poučeny, a dodatečně souhlasili, nebo věděli a byli rádi, že jsem za ně udělala kus obtížné práce. Zajímavé bylo i to, že ona dívka byla při besedách či přednáškách neaktivnější a neinformovanější vzhledem k ostatním děvčatům a maminka trvala na svém stanovisku, že na informace tohoto typu má ještě dost času. Mimochodem podle maminky by byl správný čas ve čtrnácti letech. Rodiče mi nepřímo potvrdili, že iniciativu školy v oblasti rodinné výchovy vítají.

Na základě těchto zkušeností jsem se rozhodla výchovu, řekněme rodinnou, zařazovat běžně do vyučovacího procesu, a to již v první třídě.

Nyní se často diskutuje o tom, jak, kdy, v jakém rozsahu zařadit rodinnou výchovu do osnov základní školy. Po zkušenostech s žáky a rodiči navrhuji rozdělení na dvě části, povinnou a nepovinnou. V povinné části by měly být základní informace z biologie, etiky, vývojové psychologie dítěte a hlavně kriminalistiky. Dobrovolně nám na hodiny rodinné výchovy nepošle dítě rodič, který se chystá na sexuální mezinárodní dítě nemá zastání ani ochranu. V nepovinné části by se měly děti formou besedy v případě zájmu dozvědět něco navíc o sobě, partnerovi či kamarádce a ostatních zajímavých oblastech. Vše samozřejmě přiměřené věku a psychologické dítěte.

Doufám, že tyto dvě zkušenosti, o kterých jsem vás informovala, napomohou při tvorbě formy a obsahu rodinné výchovy a těším se, že bude možnost získat i speciální pedagogickou kvalifikaci v tomto oboru.

Současné trendy v sexuální chování

PhDr. Petr Weiss

Od doby původních pionýrských Kinseyho výzkumů sexuálního chování obyvatelstva USA ve čtyřicátých letech se podobná šetření začala provádět i v jiných zemích včetně země západoevropských. Zvláštní význam pak mají tyto výzkumy v posledních 15 letech, a to především v souvislosti s postupující epidemií HIV infekce, u níž ve většině zemí světa převládá přenos sexuálního stykem, heterosexuálním (především v afrických zemích) nebo stykem homosexuálním (USA) a většina evropských zemí. Získala se tak data o hlavních vývojových trendech a změnách v oblasti sexuálního chování na často velmi rozsáhlých populačních souborech včetně souborů velmi specifických (homosexuálů, prostitutek apod.). V rámci těchto výzkumů byla věnována zvláštní pozornost i sexuálnímu chování mládeže, jež je právě z hlediska ohrožení HIV/AIDS kvůli své nejvyšší sexuální aktivitě a kvůli vyšším počtům sexuálních partnerů během partnerského dozrávání považována za skupinu nejohroženější.

Za zásadní lze v této souvislosti považovat především některé výzkumy sexuálního chování obecné populace provedené v USA, např. General Social Survey z r. 1988 (Smith, 1993), re-

prezentativní výzkum sexuálního chování 8450 amerických žen ve věku 15–44 let z r. 1988 (Forrest a Singh 1990, Campbell a Baldwinová 1991), reprezentativní výzkum chování amerických mužů ve věku 20–39 let (Billy et al. 1993), výzkum sexuálního chování americké populace sociologů chicagské univerzity u souboru 3432 mužů a žen ve věku 18 až 59 let (Michael et al. 1994).

V evropských zemích byly podobné průzkumy provedeny v Norsku u souboru 6255 mužů a žen ve věku 18–60 let (Sundet et al. 1992), telefonickým dotazováním u více než 20 tisíc 18– až 60letých obyvatel Francie (Spira et al. 1992) či výzkum reprezentativního souboru téměř 19 tisíc obyvatel Velké Británie ve věku 16 až 59 let (Johnsonová et al. 1994). Výzkumy však byly provedeny i v rozvojových zemích, např. v Singapuru (Feng et al. 1992), Tchaj-wanu (Ruan a Belleugh, 1992), Chile (Herold et al. 1992).

Velmi podstatné pro další vývoj národních programů prevence HIV/AIDS pak byly výsledky rozsáhlých šetření sexuálního chování adolescentů. Z posledních lze považovat za nejdůležitější americké výzkumy Sonnensteina et al. (1991) a Kuz et al. (1992) u souboru 15–19letých chlapců, Kannové et al. (1991, 1993) u reprezentativního souboru 8093 amerických středoškolačků, z evropských pak švédské výzkumy Perssona a Jarbja (1992) u téměř 10 tisíc adolescentů, Vögelsa a der Vlieta (1990) u více než 11 tisíc nizozemských dětí ve věku 11 až 18 let, německé srovnávací výzkumy Schmidt et al. (1994) u 16– až 17letých dospívajících, Traena a Lewina (1992) u 1855 17– až 19letých Norů, Choqueta a Manfredoho (1992) u 4255 francouzských adolescentů, Currieové a Toddové (1990) u reprezentativního souboru 1412 15– až 16letých skotských dětí.

V našich podmínkách však tyto výzkumy dlouho chyběly — pseudokonzervativnost totalitního režimu podobným šetřením nepřála. Až v r. 1988 byl — i to především v souvislosti s epidemií HIV/AIDS, kterou nemohly ignorovat ani oficiální komunistické státní struktury — proveden výzkum Ústavu pro filozofii a sociologii ČSAV týkající se postojů obyvatelstva k této problematice, v jehož rámci bylo položeno i několik otázek na jejich sexuální chování a zkušenosti (Dvořák et al., 1989).

První zaměřené reprezentativní průzkumy, umožňující zmapovat hlavní charakteristiky obyvatel České republiky, a zvláště pak české mládeže, v oblasti sexuálního chování, postojů a znalosti, však byly provedeny až v letech devadesátých a jejich výsledky se postupně publikují (Weiss a Zvěřina 1994, Tuček a Holub 1994, Leontjevičová 1994, Weiss et al. 1995, Trojan a Weiss 1994).

Většina provedených výzkumů u nás i ve světě svědčí o závažných změnách, jež se v posledních desetiletích projevují v sexuálnímu chování lidí v souvislosti se změnami sexuální morálky, v souvislosti s vytvářením standardů mužské a ženské role i v souvislosti s epidemií HIV/AIDS. Sexuální chování mládeže je v mnohém odlišné od sexuálního chování předchozích generací v mnoha podstatných charakteristikách.

1. Věk prvního pohlavního styku.

Jedním ze základních trendů je v této oblasti postupné snižování věku prvního pohlavního styku, jež je podchytceno naprostou většinou badatelů, a to především u žen. Např. v USA byl v r. 1960 medián věku prvního styku u žen 19,0 let (Bachrach a Horn, 1987), v r. 1990 to bylo 16,9 roku (u chlapců 16,1). V r. 1970 mělo pohlavní styk pouze 5 % amerických dívek ve věku 15 a 32 % ve věku 17 let, v r. 1988 to už bylo 26 % 15letých a 51 % 17letých (Smith, 1993). Podle zprávy Centers for Disease Control (1991) byl v letech 1970 až 1988 nárůst žen ve věku 15–19 let, jež udávají sexuální styk, celkem 55 %, přičemž největší nárůst byl zaznamenán u dívek 15letých — z 4,6 % v r. 1980 na 25,6 % v r. 1988.

Důsledkem snižování věku prvního pohlavního styku je v USA vysoký počet těhotenství nezletilých, který je v této zemi výše než v jiných vyspělých státech. Nezletilé dívky se zde podílejí na 26 % všech interrupcí a na 13 % porodů (Henshaw a Van Vort, 1989).

Podobně jako v USA jsou se snižováním koitarché zkušenosti i v evropských zemích. Podle Sundeta et al. (1992) byl medián koitarché u skupiny nejstarších norských respondentů 19,3 roku pro muže a 19,6 pro ženy, u skupiny nejmladších však 18,3 pro muže a 17,2 pro ženy. U Francouzů je věk prvního styku udáván generací 45– až 69letých 18,2 pro muže a 20,8 pro ženy, u 18– až 24letých 16,5 pro muže a 17,1 pro ženy (Spira et al., 1994). Podobně ve Velké Británii uvádí Wellingsová et al. (1994), že medián věku prvního styku zde klesl za posledních čtyřicet let z 21 na 17 let u žen a z 20 na 17 let u mužů.

Postup v německé populaci jsou uvedené změny méně markantní — při srovnání sexuálního chování 16– a 17letých adolescentů nacházejí Schmidt et al. (1994) v r. 1970 ve svém souboru 31 % sexuálně zkušených dívek a 37 % sexuálně zkušených chlapců, v r. 1990 pak pouze o 3 % více. Autoři se domnívají, že v SRN proběhly hlavní změny v této oblasti už v letech 50–

desátých. Nelze však vyloučit ani možnost, že jde o první projevy opačného trendu, souvisejícího především s nárůstem HIV/AIDS, zvyšováním zodpovědnosti v oblasti antikoncepčního chování a celkově pak s přesunem postojů mládeže směrem k většímu konzervatismu ve sféře sexuální morálky.

Ze všech uvedených výzkumů, a to jak v USA, tak i v zemích západní Evropy, přitom platí další důležitá zjištění — konvergence věku prvního pohlavního styku u žen a u mužů. Vzácně vyrovnaný je věk prvního styku i u české populace — podle Tučka a Holuba (1994) to bylo v r. 1993 18,01 roku u mužů a 17,54 roku u žen, přičemž i zde se projevilo ve srovnání s rokem 1988 urychlení (tehdy byl průměrný věk prvního styku u mužů 18,32 a u žen 17,96 roku). Podobný je trend i u pražské mládeže — průměrný věk prvního styku je zde u mužů 17,28 a u žen 17,35 roku (Weiss a Zvěřina, 1994).

Logickým důsledkem snižování věku prvního pohlavního styku je pak i narůstající počet mužů a žen, kteří mají sexuální zkušenosti před manželstvím. Podle Smitha (1993) pouze 12 % amerických žen a 61 % mužů narozených před rokem 1910 mělo pohlavní styk před manželstvím, v r. 1988 však bylo už 51,5 % svobodných žen a 60 % svobodných mužů ve věku 15 až 19 let sexuálně zkušených. Podle Wellingsové et al. (1994) se ve Velké Británii méně než jedno procento žen a mužů žení či udává bez předchozí sexuální zkušenosti, podobně více než 99 % českých mladých žen mělo pohlavní styk před uzavřením sňatku (Průzkum reprodukce a zdraví, 1993).

Jedním z velmi negativních důsledků snižování věku prvního pohlavního styku je skutečnost, že roste (opět především v případě dívek) podíl těch adolescentů, jež mají sexuální zkušenosti před zákonem určenou věkovou hranicí. Například v Norsku má dle zjištění Sundeta et al. (1992) 16 % chlapců a 14 % dívek svůj první styk před 14. rokem věku, v Nizozemsku Vogels a der Vliet (1990) mělo sexuální styk 6 % 11- až 13letých školáků a 17 % respondentů ve věku 14 až 15 let, v USA zjišťují Michael et al. (1994) u 15letých až 10 % sexuálně zkušených dívek a 20 % chlapců, u Afroameričanů však až polovinu. Ve Velké Británii klesl dle Johnsonové et al. (1994) rozdíl v poměru mezi chlapci a dívkami, kteří mají první styk před 16. rokem života (dříve zákonem určený věk konsensu), ze 7 ku jedné a nejstarší na 1,5 ku 1 u nejmladší věkové skupiny respondentů. Podobný je stav i u nás — u pražských mužů ve věku 15 až 29 let zjišťují Weiss a Zvěřina (1994) první pohlavní styk před 15. rokem u 15,4 % souboru, u pražských dívek stejného věku u 11,4 %.

2. Počet sexuálních partnerů.

Dalším ze zřetelných trendů v oblasti sexuálního chování je zvyšování počtu sexuálních partnerů, a to opět zvláště u dívek (Hoffert et al., 1987). Je to zčásti logický důsledek dvou protichůdných trendů — snižování věku prvního pohlavního styku a současně i zvyšování věku prvního sňatku. Podle Smitha (1993) např. u americké populace je v současné době dílba uplynulá mezi prvním stykem a prvním sňatkem v průměru 7,5 roku u žen a 10,4 roku u mužů. Je pak zjevné, že za tuto dobu předmanželské sexuální aktivity vystřídají muži i ženy více partnerů než v minulosti, kdy první možnost pohlavního styku často představovala až satební noc. Podle všech amerických zjištění pak v manželstvu je střídání partnerů spíše výjimečné, většina obyvatelstva nymomonželské styky nemá a zvýšení počtu sexuálních partnerů je pak patrné až u rozvedených mužů a žen.

Počet partnerů za život souvisí s předčasným zahájením pohlavního života u dívek ještě i jiným způsobem. Jak dokazují např. výzkumy Greenberga et al. (1992), dívky, které měly první styk před 14. rokem života, mají 4x vyšší pravděpodobnost, že za poslední rok měly 5 a více sexuálních partnerů než ty, které měly první styk po 17. roce. Podle Durbinia et al. (1993) dokonce dívky, jež měly styk před 13. rokem, mají 9x vyšší pravděpodobnost tří a více sexuálních partnerů než ty, které začínají sexuální život v 15 letech či později. K podobným závěrům dospěla i Wellingsová et al. (1994) ve Velké Británii.

Počet sexuálních partnerů se však zvyšuje i prostým mezigeneračním srovnáním. Podle reprezentativního amerického průzkumu GSS vzrostl např. počet těch, kteří udávají dva a více partnerů, ze 49 % mužů a 3 % žen narozených před rokem 1910 na 73 % u mužů a 26 % u žen v generaci narozené v letech 1946–1949 (Smith, 1993). Jedního sexuálního partnera za život uvádělo ve čtyřicátých letech 42 % žen ve studii Kinseyho et al. (1953), v osmdesátých letech však pouze 11 % (Wyattová et al., 1988). Dle Michaela et al. (1994) pouze třetina Američanů ve věku nad padesát let uvádí za život 5 a více sexuálních partnerů, zatímco u věkové skupiny 30–35 let je to až polovina souboru. Kost a Forrest (1992) na základě reprezentativních amerických výzkumů z osmdesátých let shrnují, že ze sexuálně aktivních žen v plodném věku (15–44 let) uvádí 67 % více než jednoho partnera, 41 % čtyři a více, 23 % šest a více a 8 % více než deset partnerů za život.

I podle britského reprezentativního výzkumu Johnsonové et al. (1992) je u mladších respondentů (hlavně mužů) zřetelná tendence k vyšším počtům partnerů. Celkově odvětví nejvyšší podíly především jedinci ve věku 25–34 let (více než 10 partnerů udalo 31,4 % mužů a 9,7 % žen této věkové skupiny). K podobným výsledkům dospěl i Spira et al. (1994) ve Francii s tím, že současně je však u mladých větší poměrný počet těch, kteří mají partnera pouze jednoho. Britský průměr je přitom 9,9 partnerek za život u mužů a 3,4 partnerů u žen, francouzský 11,0 partnerek u mužů a 3,3 partnerů u žen.

V českých výzkumech jsou tyto údaje podobné a i zde se projevuje zřetelný nárůst u respondentů z mladších věkových skupin. Např. podle rozsáhlého souboru Tučka a Holuba (1994) uváděl v r. 1988 čeští muži v průměru 8,36 partnerek a české ženy 4,03 partnerů, v r. 1993 uváděl muži 11,36 partnerek a ženy 6,51 partnerů. Před sňatkem má přitom zkušenost s více partnery 58 % mužů a 51 % žen, zkušenost pouze se snoubencem 39 % mužů a 45 % žen a jako paní či panny vstupují do manželství 3 % mužů a 4 % žen.

Zvyšování počtu partnerů souvisí dle Johnsonové et al. (1994) především se změnou sexuální morálky v posledních třiceti letech. Tato změna byla podle autorek podmíněna především dostupností spolehlivé antikoncepce, efektivní léčbou tradičních sexuálně přenosných nemocí, nárůstem mezinárodní turistiky, uvolněním zákonných omezení mužské homosexuality, interrupcí a rozvodů a otevřenějšími postoji k nejrůznějším sexuálním projevům. Rolí pak jistě může hrát i celkově pozitivější přístup k ženské sexualitě, ústup od tradičního rozdělení sexuálních rolí, vedoucí nakonec i k aktivnějšímu přístupu žen k pohlavnímu životu.

3. Antikoncepce

Dalším zřetelným trendem je zvýšené používání antikoncepce, a to především u nejmladších věkových skupin obyvatelstva. Častější užiti účinné ochrany, především kondomů a hormonální antikoncepce, se přitom týká jak prvního pohlavního styku, tak i pravidelného užívání. Jak uvádí např. Smith (1993), v USA vzrostlo použití kondomů během osmdesátých let na dvojnásobek, přičemž v letech 1965–1975 ho použili při prvním styku pouze 24 %, v polovině 80. let však už 42 % amerických žen. U amerických mužů je tento nárůst dokonce ještě zřetelnější, v r. 1989 ho užilo 21 %, v r. 1988 už 58 % z nich (Sonenstein et al. 1989). Podobně v r. 1979 použilo kondom při prvním styku pouze 21 % sexuálně aktivních amerických adolescentů, v r. 1988 to už bylo 58 % (Smith, 1993). Podle výzkumu agentury Rolonda a Siecus (1994) u 503 adolescentů ve věku 15–19 let použilo antikoncepci při prvním styku 66 % z nich.

Ve Velké Británii nepoužili žádnou antikoncepci při prvním styku více muži a více starší jedinci. U věkové skupiny 16–24letých nepoužilo žádnou antikoncepci při prvním styku pouze necelá čtvrtina žen a necelá třetina mužů, nejvíce jich užilo kondom — 47 % žen a 50 % mužů. Ten pak zůstává nejčastější ochranou při prvním styku, i když v menší míře, i u starších věkových skupin britských respondentů. Pokud se však první styk uskutečnil před 16. rokem, zvyšuje se pravděpodobnost nepoužití antikoncepce žádné — žádnou antikoncepci při prvním styku uvádí až polovina mužů i žen zahajujících pohlavní život takto brzy (Johnson et al. 1994). Ve Francii používá nějakou formu účinné antikoncepce až 70 % sexuálně aktivních adolescentů (Choquet a Manfredi, 1992).

Trendy v používání antikoncepce u 17- až 18letých Němců zkoumal Schmidt et al. (1994). Srovnáním dvou výzkumů zjistil, že zatímco v r. 1970 použilo kondom při prvním styku 25 % respondentů, v r. 1990 to už bylo 55 %. Podobný trend je i u antikoncepce hormonální — ve stejném období se její užiti při prvním styku zvýšilo z 21 na 34 %.

Tradičně nejlépe jsou na tom v oblasti antikoncepce v Evropě účastelé severovýchodních zemí — např. ze sexuálně aktivních nizozemských adolescentů ve věku 11–18 let používá 50 % antikoncepci hormonální, 44 % kondom a 9 % kombinaci kondomu a hormonální antikoncepce, tedy tzv. metodu „beh an'd braces“ (pásek a kšandy) či „double dutchman“ (dvójty Holanďan) (Vogels a der Vliet, 1990). V Dánsku užívá antikoncepci dokonce 84 % sexuálně aktivních adolescentek, a to většinou v orální formě.

I v ČR je vyšší použití antikoncepce u generace mladší, i když zatím přes příznivý vývoj čísla zdaleka nejsou uspokojivá a svědčí o tom, že ve srovnání s vyspělými zeměmi je zatím antikoncepční chování naší populace méně zodpovědné. Podle Průzkumu reprodukce a zdraví (1993) 56,6 % mladých českých žen sice uvedlo, že použily při prvním styku nějakou antikoncepci, ale přes 90 % této antikoncepce tvoří především přerušovaná soulož. Podle Leontjevičové (1994), která zkoumala sexuální chování 800 mužů a žen ve věku 15 až 29 let, použilo při prvním styku kondom 35 % z nich.

Výsledky průzkumu Tučka a Holuba (1994) však svědčí o tom, že i u nás roste procento uživatelů účinné antikoncepce. Zatímco v r. 1985 používalo přerušovanou soulož 64 % populace, metodu neplodných dnů 33 %, kondom 36 %, hormonální antikoncepci 8 % a nitroděložní tě-

lisko 23 %, v roce 1993 je zřetelný posun ke spolehlivějším metodám: i když stále ještě převládá přenášovaná soulož (56 %), uživatelé metody neplodných dnů klesli na 21 %, nitroděložních tělísek na 20 % a naopak užívání kondomu se zvýšilo na 39 % a hormonální antikoncepce na 20 %.

4. Ohrožení HIV/AIDS

Závěrem bychom se chtěli zmínit i o změnách sexuálního chování v přímé souvislosti s epidemií HIV/AIDS. Je logické, že největší pocit ohrožení touto infekcí mají obyvatelé zemí, v nichž je výskyt HIV vysoký. Jak však prokazují zaměřené výzkumy, tento pocit ohrožení nemusí vždy korelovat se skutečnými změnami sexuálního chování. Např. podle zjištění Kinga et al. (1988) se AIDS bojí až polovina mladých Američanů, ale pouze 13 % kvůli této obavě odmítá sex a pouze 14 % používá důsledně kondom.

Změna chování nemusí korelovat ani se skutečnou rizikovostí sexuálního chování. Ku et al. (1993) srovnávali reprezentativní soubory adolescentů (17–19letých mužů) v r. 1988 a v r. 1991, přičemž zjistili, že i když jejich sexuální aktivita stoupla a zvýšilo se i intravenózní užívání drog, používání kondomů se nezvýšilo. Ještě méně jsou podle Stalla a Catarini (1994) ochotni měnit své chování starší Američané — přestože více než 10 % případů AIDS je v této zemi způsobeno u jedinců starších 50 let a 10 % z nich má rizikové sexuální chování, používají kondom jedinci tohoto věku při styku 6x méně a nechávají se testovat na HIV 5x méně než respondenti ve věku 20 až 30 let.

Podle Michaela et al. (1994) změnilo své chování pod vlivem hrozby HIV celkem 30 % Američanů, hlavně respondenti mladší, obyvatelé větších měst, svobodní a respondenti promíslavějšího (své sexuální chování změnilo až 63 % těch, kteří měli za život 20 a více partnerů, a 76 % těch, kteří měli v posledním roce 5 a více sexuálních partnerů). Podle Erhardtové (1992) došlo k nejdrastičtějším změnám v komunitě homosexuálů (používání kondomů, méně anonymních partnerů, méně análních styků). V posledních letech je však zřetelné určité negativní sklouzávání zpátky k rizikovějším formám chování, a to hlavně u mladých gayů, kteří nezažili první nástup epidemie.

V evropských zemích lze podle Dubois-Arbera a Paccouda (1994) pozorovat zvýšené používání kondomů v letech 1986–87 a 1989–90, a to zvláště u rizikověji se chovajících skupin obyvatelstva — mladých a promíslavějších. Podle těchto autorů se zvýšil počet monogamních svazků a prodloužila se doba partnerství, přičemž došlo i ke snížení počtu partnerů. Podle Wellingsové (1994) jsou však změny chování menší než změny ve znalostech a postojích. Část populace, jež změnila nebo chce změnit své sexuální chování, je v evropských zemích malá — ve Španělsku 10 %, v Norsku 4 %, ve Švédsku 20 %. V některých zemích však byla preventivní kampaň velmi úspěšná — např. ve Švýcarsku, jež mělo počátkem devadesátých let relativně nejvyšší počty HIV pozitivních v Evropě, stoupl v letech 1987 až 1989 počet lidí, kteří používají kondom při každém styku, z 8 na 48 %.

V této oblasti je situace v ČR příznivější než ve většině ostatních evropských zemích. Podle zjištění Tučka a Holuba (1994) změnilo své sexuální chování kvůli AIDS 26 % českých mužů a 22 % českých žen ve věku 18 až 50 let, přičemž pouze 6 % populace se necítí vůbec touto infekcí ohroženo. Podle Petrové (1993) přitom obavy rostou s věkem a jsou přítomny více u žen. V souboru této autorky (899 mužů a žen) má strach z AIDS 38 % respondentů, 31 % dodržuje zásady safer sexu a 12 % souboru necítí žádný strach z infekce. U pražské mládeže ve věku 15 až 29 let zjišťují Weiss a Zvěřina (1994), že více své chování pod vlivem této hrozby mění muži (26,5 %) než ženy (21 %), přičemž vůbec žádné ohrožení necítí stejný počet mužů a žen (25 %). Většina mužů (53 %) i žen (61 %) se domnívá, že své chování měnit nemusí, protože se chovají zodpovědně. Intenzivní pocit ohrožení HIV/AIDS vyjádřila desetina respondentů (12 % mužů a 10 % žen).

Závěr

Na základě poznatků získaných především průzkumy sexuálního chování prováděnými na početných a reprezentativních vzorcích populace v posledních desetiletích lze charakterizovat některé hlavní trendy v této oblasti. Především je to:

- a) posouvání zahájení pohlavního života do stále nižších věkových kategorií, snižování věku koitálního debutu;
- b) současně zvyšování věku prvního sňatku a
- c) s tím související nárůst počtu sexuálních partnerů (i když některé výzkumy v evropských zemích naznačují u mládeže opačný trend v souvislosti s epidemií HIV/AIDS);
- d) nárůst předmanželských sexuálních zkušebností (jež se stavají v podstatě univerzálními);
- e) snižování věku prvního styku a částečně i počtu sexuálních partnerů u mužů a žen.

l) zvyšování počtu adolescentů zahajujících pohlavní život před věkem zákonným, g) odpovědnější antikoncepční chování a vyšší počet pravidelných uživatelů kondomů u příslušných mladší generace, a to jak při zahajování pohlavního života, tak i při pravidelných sexuálních stycích.

Většina uvedených změn se týká především sexuálního chování žen (snížování věku prvního styku, zvýšení počtu partnerů, nárůst předmanželských sexuálních zkušeností) dívek zahajujících pohlavní život před zákonnou věkovou hranicí). Je to pravděpodobně odrazem měnící se ženské role v moderní společnosti, odklonu od tradičních hodnot, odklonu od společnosti centrované na rodinu ke společnosti založené spíše na individualistických hodnotách (Popenoe, 1993). Jistě pak není v posledních desetiletích zanedbatelný ani vliv nových forem účinné antikoncepce (především hormonální, jež umožnila konečně ženám regulovat svou reprodukční historii nezávisle na mužích) i efektivního léčení pohlavních chorob.

V souvislosti s nebezpečím HIV/AIDS lze konstatovat, že počet ohrožení ani skutečná rizikovost sexuálního chování nekoreluje dostatečně s konkrétními změnami jednání, především nelze považovat za dostatečné používání kondomů. Ty se používají stále ještě jen v asi poloviční míře, než by odpovídalo zásadám safer sexu (Smith, 1993). Lze přitom pozorovat, že zejména u populací s nízkým stupněm rizika (tedy např. u heterosexuálů nebo u homosexuálů ze zemí s malou incidencí HIV) je někdy používání kondomů i častější, avšak málo konstantní (Stehliková et al., v tisku).

I když v ostatních oblastech je situace v ČR celkem totožná nebo podobná stavu a vývojovým tendencím v jiných vyspělých zemích našeho sociokulturního kruhu, v oblasti antikoncepce a ochrany před HIV se i přes pozitivní trend situace zatím nevyhovující — přesto, že některé výzkumy např. zjišťují u českých dívek až dvojnásobně počty sexuálních partnerů ve srovnání s jejich vrstevnicemi v USA, pravidelné používání kondomů je u nich poloviční (Weiss et al., 1995). I když pocit ohrožení HIV/AIDS je u nás vyšší než ve většině západoevropských zemí, pouze malá část naší populace je ochotna účinně měnit své sexuální chování.

Změny v demografickém chování obyvatelstva v České republice po roce 1990

Dr. ing. Vladimír Wymnyczuk, CSc.

Po vzniku Československa v roce 1918 se populační vývoj státu, který se skládal z dnešního Česka a Slovenské republiky, zpočátku neodlišoval od vývoje většiny rozvinutých evropských zemí. Jako všude jinde se vyznačoval tento vývoj vysokou porodností po první světové válce — a v důsledku toho růstem počtu osob důchodového věku po roce 1980 — a sníženou porodností v třicátých letech v době hospodářské krize.

K odlišnostem pak dochází v době druhé světové války, a to zejména v těch zemích, v nichž probíhají válečné akce. Zde zásadně klesá počet narozených dětí. Česká republika, tehdejší Protektorát, tvoří výjimku a je charakterizována relativně vysokou porodností: 1940 — 19,5, 1944 — 20,7 dětí na 1000 obyvatel, což je stav z mírových let 1925 — 1929. Je to způsobeno zejména tím, že vdané ženy a zejména matky malých dětí nebyly posílány na nucené práce do Německa, těhotné a kojící matky dostávaly zvýšené přídelky potravin.

I přes tuto relativně vysokou porodnost se krátce po válce opět české země zapojují mezi ostatní evropské státy a jejich porodnost stoupá do poloviny padesátých let. Od té doby dochází k jejímu permanentnímu snižování až na dnešních 10,3 dětí na 1000 obyvatel (1994). Je zde pouze jediná výjimka, která se týká České republiky, ale i Bulharska, Maďarska a Rumunska. V sedmdesátých letech zde dochází k vzestupné populační vlně, která vrcholí v letech 1973 — 1976 (1974 — 19,4), aby v dalších letech došlo k poklesu příznačnému pro ostatní evropské země. Příčinou byl vysoký počet žen v plodném věku narozených po druhé světové válce, doplněný především souborem populačních opatření, jako prodloužená mateřská dovolená, zvýšené přídelky na děti, porodné, mateřský příspěvek apod.

Od padesátých let společně s nástupem komunismu a s tím spojené politické a hospodářské situace dochází k tomu, že populační vývoj v České republice se odklání od charakteristiky vývoje severní a západní Evropy a přiklání se k demografickému vývoji Východu, k tzv. socialistickým zemím, tj. Bulharsku, Maďarsku, SSSR, Jugoslávii a Rumunsku.

Tento vývoj a sblížení s východní Evropou se projevuje zejména v těchto ukazatelích demografického chování jedince a společnosti:

1. Vysoký počet a podíl osob uzavírajících sňatek.
2. Příliš mladá manželství.
3. Příliš mladá matky.
4. Změny ve vývoji potratovosti.
5. Soužití bez uzavření manželství.
6. Růst počtu dětí narozených mimo manželství.
7. Charakteristika úmrtnosti v České republice.
8. Vysoká kojenecká úmrtnost.
9. Vysoká úmrtnost mužů ve starších věkových skupinách.
10. Nízká střední délka života zejména mužů.

Po revoluci v roce 1989 se Česká republika nejen politicky a hospodářsky, ale i z hlediska demografického vývoje vrací do Evropy.

Demografická charakteristika v České republice a její přiblížení Evropě nese s sebou změny v prioritách systému plánování rodiny, sexuální výchovy a osvěty, změny postojů týkajících se reprodukčního zdraví a péče o ně.

Úkoly, které nás v těchto oblastech očekávají, vyplývají z informací o intenzitě rozhodujících změn, pokud jsou již dnes z oficiálních pramenů k dispozici.

1. Vysoký počet a podíl osob uzavírajících sňatek

Typickým rysem vývoje bývalých socialistických států vč. České republiky byly vysoké počty sňatků. Koncem osmdesátých let byl ukazatel sňatečnosti na 1000 obyvatel 7,9–8,9, což odpovídalo sňatečnosti ostatních socialistických států, ale byl podstatně vyšší než v jiných zemích, např. v Rakousku 4,7, Francii 4,9 apod.

Tato vysoká obecná úroveň sňatečnosti měla vliv na vysoký počet a podíl osob, které alespoň jednou v životě uzavřely sňatek. V tzv. socialistických státech koncem osmdesátých let to bylo mezi obyvatelstvem ve věku 40–49 let u mužů 94,3 % a u žen 95,0 %, zatímco v ostatní Evropě tento podíl byl hluboko pod 95 %. Tak v Irsku podíl neženatých mužů činil 28,2 %, ve Finsku 13,8 %, u žen v Irsku 18,5 % a ve Francii 18,2 %, v České republice byl tento ukazatel u mužů pouze 5,7 % a u žen 5,0 %.

Vysoké počty a podíly manželství měly svůj pozitivní přínos v tom, že dokládaly, že padly bariéry hospodářské, náboženské, národnostní aj., které jedincům a někdy celým skupinám obyvatel (např. venkovský proletariát) zabraňovaly založit rodinu. Tím vším ovšem bylo dáno, že do manželství vstupovaly také osoby, které neměly dostatek zdravotních, genetických i charakterových vlastností a předpokladů pro vytvoření trvalých svazků jako základ pro úspěšnou výchovu dětí.

2. Příliš mladá manželství

Druhým základním znakem sňatečnosti v bývalých socialistických zemích je skutečnost, že mladí lidé se vdávali a ženili dříve než v západní a severní Evropě. Situace dospěla tak daleko, že Československo se dostalo na prvé místo co do počtu sňatků mužů ve věkové skupině 15–19 let. Ze všech uzavřených sňatků bylo plných 6,5 % v tomto věku, teprve za námi bylo Maďarsko 6,4 %, Bulharsko 6,1 procenta. Nejnížší ukazatele nacházíme ve Švýcarsku 0,2 %, Švédsku 0,4 % a v Dánsku 0,5 % na 100 uzavřených sňatků.

Vysoké počty mladých lidí uzavírajících sňatky snižovaly také podstatně průměrný věk ženichů a nevěst. Ten činil koncem osmdesátých let v Čechách 21 let u žen a 23–24 let u mužů. Stačily pak 4 roky, aby počet sňatků na 1000 obyvatel klesl v roce 1992 na 7,2, v roce 1993 na 6,4 a v roce 1994 na 5,7 na 1000 obyvatel.

Současné s poklesem počtu sňatků se zvyšuje věk snubenců, který svědčí o odsouvání uzavírání manželství. V roce 1993 průměrný věk nevěst vzrostl na 23,2 a ženichů na 25,4 roku. Podíl nejmladších ženichů z celkového počtu manželství klesl od roku 1989, kdy činil 6,5 %, na 5,1 % v roce 1993 na 100 sňatků.

Současné roste počet ženichů a nevěst starších věkových skupin. Tak v roce 1989 podíl ženichů ve věkové skupině 30–49 let činil 10,8 % ze všech sňatků, aby v roce 1993 tento ukazatel vzrostl na 16,0 %. Stejně tak u žen této věkové kategorie zjišťujeme posun z 4,4 % v roce 1989 na 9,4 % v roce 1993.

Pokles počtu sňatků svědčí o tom, že postupně mizí anebo se zeslábují stimuly, které za komunistického režimu přispívaly k vysoké sňatečnosti v oblasti společenské, bytové a hospodářské. Ve sféře plánování rodiny to byla nedostatečná osvěta a užívání moderní antikoncepce, kdy nežádoucí těhotenství se řešilo umělým přerušením těhotenstvím anebo ukvapeným sňatkem. (Více než 50 % prvních dětí se rodilo ženám do 9 měsíců po uzavření manželství.)

3. Příliš mladé matky

Koncem osmdesátých let porodnost v České republice, měřeno počtem narozených na 1000 obyvatel, se nijak zvláště neliší od ostatních evropských států bez ohledu, zda patříly do západní, severní či východní Evropy. Tak porodnost v České republice koncem osmdesátých let byla 12,8 — ve Švédsku 13,2, ve Velké Británii 13,6, v Norsku 13,7, v Maďarsku 11,8, v Bulharsku 12,9.

Do poloviny devadesátých let (1993) dochází k vyrovnání porodnosti v Evropě v průměru na 10–12 dětí na 1000 obyvatel a kolem tohoto průměru se pohybuje naprostá většina evropských zemí. Vzhledem k tomu, že se také úmrtnost vyrovnává na 10 úmrtí na 1000 obyvatel, je čistý přírůstek mizivý. A tak, pokud se situace zásadně nezmění, počet obyvatel Evropy by se měl podle oficiálních prognóz OSN zdvojnásobit až za 320 let, zatímco dvojnásobku má dosáhnout celý svět i Asie za 40 let, Jižní Amerika za 35 let a Afrika dokonce za pouhých 27 let.

Zatímco se tedy čísla o porodnosti zásadně neliší, nacházíme koncem osmdesátých let rozdíl ve věku matek mezi tzv. socialistickými zeměmi (plus Rakou) a ostatními zeměmi. Ve východních zemích, kam se v té době počítá i Česká republika, se maximum ze všech dětí rodí ženám ve věku 20–24 let, zatímco v ostatní Evropě je rozhodující věk 25–29 let. V České republice na matky ve věku 20–24 let připadalo 187,7 dětí a ve věku 25–29 let 108,9 (Švýcarsko 60,1 — 126,0, Dánsko 70,8 — 123,3 apod.).

Do tohoto pohledu patří také vysoké počty dětí narozené nejmladším matkám, tj. ve věku 15–19 let, které v Bulharsku činí z celkového počtu dětí narozených koncem osmdesátých let 19,3 %, v ČR 12,0 %, zatímco nejnižší ukazatele vykazují Švýcarsko 1,8 %, Švédsko 2,8 % či Nizozemsko 2,2 %.

4. Změny ve vývoji potratovosti

Vzhledem k pokroku v oblasti sexuální výchovy a přístupu k antikoncepci nastává, pokud jde o potratovost, pozitivní zvat. Ten se projevuje rostoucím počtem žen používajících nejmodernější hormonální antikoncepci: 1972 7,4 %; 1973 10,2 %; 1974 18,7 % žen ve věku 15–49 let.

Celková situace vede ke snížení potratů, které se zejména v posledních letech nápadně zvyšuje.

Rok	Počet potratů na 1000 žen	ve věku 15–44	na 100 naroz.
1988	110 394	49,7	82,9
1990	109 361	48,5	83,4
1993	69 398	30,8	57,1
1994	53 674	23,3	50,2

Zlom, který nastává v polovině devadesátých let, svědčí o tom, že na mladší ročníky zapůsobila odborná propaganda moderních antikoncepčních prostředků spojená s propagandou v tisku, vysílání rozhlasu a televize. Dále pak zřejmě skončil anebo zeslábl ohv starších věkových skupin babiček a matek dnešní mladé generace, které měly špatné zkušenosti s pilulkovou antikoncepcí 60. let.

O tom, že se ženy lépe brání nechtěnému těhotenství, svědčí nejen pokles potratů, ale zřejmě i pokles nechtěného těhotenství, které se v minulosti řešilo narychlo uzavíranými sňatky — svědčí o tom pokles počtu sňatků nejmladších věkových skupin.

5. Soužití bez uzavření sňatku

Od sedesátých let pozorujeme zejména v severní a západní Evropě hromadný růst soužití bez uzavření sňatku. Z hlediska demografické statistiky a sčítání lidu je obtížné tato soužití zjišťovat, avšak jejich tendence jasně specifikuje pohyb počtu dětí narozených mimo manželství, což je skupina dětí, kam jsou zařazovány také děti z těchto neformálních skupin.

Jak ukazují zkušenosti, zejména švédské, dánské a další, tyto svazky neznamenají, že se mladí lidé nebudou ženit a vdávat. Jedná se v praxi většinou o odsuny sňatků, které se uzavírají čas- to brzy po narození dětí.

6. Růst počtu dětí narozených mimo manželství

Od roku 1960 vzrostl podíl dětí narozených mimo manželství v Dánsku z 10 % na 40 % z celkového počtu narozených dětí, ve Švédsku z 12 % na 52 %. Podobné ke zvýšení tohoto ukazatele dochází i ve Francii, Německu, i když ne v tak vysoké míře.

České země po druhé světové válce až do roku 1989 vykazují podíl dětí narozených mimo manželství 6–7 %. Svědčí to o tom, že veřejné mínění nepřijalo za své neformální soužití a že otehotnění se řešilo sňatkem, ev. potratem, spíše než narozením mimo manželství.

Nepovídejte data svědčí o tom, že i v ČR tento druh soužití narůstá. V roce 1990 podíl dětí narozených mimo manželství dosahoval 8,5 %, v roce 1991 9,8 %, v roce 1992 10,7 %, v roce 1993 12,7 % a v roce 1994 14,5 % z celkového počtu narozených dětí.

I když nepředpokládáme, že v dohledné době dosáhneme výše ukazatelů zjištěných v Dánsku či Švédsku, musíme se na růst tohoto jevu připravit, například z hlediska sociální politiky a právních předpisů na ochranu dětí narozených v rámci těchto svazků.

7. Charakteristika úmrtnosti v České republice

Pokud jde o celkovou úmrtnost, není koncem osmdesátých let a v letech devadesátých závislá na politické situaci určité země a na jejím hospodářském systému jako spíše na charakteristice obyvatelstva podle věku.

Poněvadž ČR patří mezi státy se stárnoucí populací, ukazatel úmrtnosti na 1000 obyvatel, který je v roce 1987/88 11,4, je totožný s ukazatelem Dánska 11,5, Velké Británie 11,1 a Švédska 11,0. Mezi mladší obyvatelstvo patří Polsko s úmrtností 9,8, Raksko 9,5 a Francie 9,4. V roce 1993 se rozdíly mezi těmito ukazateli podle materiálů OSN zásadně nemění, zatímco celková úmrtnost v ČR se v podstatě neliší od zemí západní a severní Evropy, není tomu tak u úmrtnosti kojenecké a zejména u úmrtnosti mužů starších věkových skupin.

8. Vysoká kojenecká úmrtnost

Pokud jde o kojeneckou úmrtnost, koncem osmdesátých let byla sice ČR s ukazatelem 11,9 na prvním místě ve srovnání s ostatními socialistickými zeměmi, ale zaostávala téměř za všemi vyspělými evropskými státy, např. ukazatel kojenecké úmrtnosti činil ve Švýcarsku 6,8, ve Finsku 5,8, Švédsko 5,8 na 1000 narozených dětí.

Nástupem 90. let klesá kojenecká úmrtnost v ČR v roce 1991 na 10,4, v roce 1992 9,9 a v roce 1993 8,5. Vzhledem k tomu, že nejvyšší ukazatele se zásadně nemění (Švýcarsko 6,9, Švédsko 6,2, a Finsko 5,8), rozdíl se snižuje a vývoj kojenecké úmrtnosti, klesající pod evropský průměr 10,0 v roce 1993, musíme pokládat po mnoha letech za pozitivní.

9. Vysoká úmrtnost mužů ve vyšších věkových skupinách

Za negativní ukazatel je však třeba pokládat skutečnost, že v osmdesátých letech — až do dneška — má ČR jeden z nejvyšších ukazatelů úmrtí mužů, např. v předúchodovém věku 55—59 let, a to 19,9 na 1000 příslušníků této věkové skupiny. Před námi je pouze Polsko 20,2 a Maďarsko 22,2 na 1000 mužů daného věku.

Tento ukazatel se v ostatní Evropě pohybuje pod hranicí 15. V roce 1990 zůstává v ČR tato úmrtnost na 19,7 a v dalších letech poněkud klesá, avšak nadále zůstává nepřiměřený rozdíl ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi.

10. Nízká střední délka života, zejména mužů

Za situace relativně vysoké kojenecké úmrtnosti a úmrtnosti mužů není divu, že střední délka života mužů patří k nejnižším v Evropě, jak koncem osmdesátých let, tak i dnes. Koncem osmdesátých let dosahoval tento ukazatel 67,3 roku (nižší čísla vykazovalo pouze Maďarsko 65,0 a Polsko 66,8 roku). Všechny evropské státy na tom byly lépe a na vedoucím místě bylo Švýcarsko 73,0, Raksko 74,1 a Švédsko 74,2.

V polovině 90. let se ČR zlepšuje, pokud jde o střední délku života mužů, na 68—69 let, ale totéž zlepšení o 0,5—1 rok nalézáme v demografických rozbořech většiny evropských zemí (Švédsko 74—75, Nizozemsko 73—74), a tak se postavení ČR v kontextu ostatních evropských zemí nemění.

Jestliže se přikloníme k názoru, že hlavním důvodem úmrtnosti starších mužů je nezdravý způsob života, pak se domníváme, že negativní faktory ještě zesílí a zintenzivní. Zcela jistě se zvýší životní stresy u podnikatelů, ale i u jiných skupin obyvatelstva, vzhledem k vyššímu pracovnímu zatížení, poklesu životních jistot, nárůstem zodpovědnosti. S tím poroste spotřeba alkoholu, kouření a i užívání drog. To vše ještě zhorší situaci, pokud jde o úmrtnost mužské skupiny obyvatel. Z uvedeného je patrné, že ČR potřebuje nutně celostátní program ozdravení, který se osvědčil po druhé světové válce ve Finsku.

Závěr

Současné statistické analýzy ukazují, že v posledních 4 letech, i když je to velice krátká doba, se ČR vrací do Evropy nejen z hospodářského a politického hlediska, ale také demografického. V našem případě to znamená, že se základní rysy populačního vývoje našeho státu sblíží a někdy dokonce již totožňují s vývojem ostatní, zejména západní a severní, Evropy.

Z 10 uvedených demografických ukazatelů je to již zcela patrné a 8 z nich: snižují se počty sňatků, manželství se odkládají a tím uzavírají svazky starší snoubenci, porodnost se přesouvá do vyšších věkových skupin, rostou počty soužití bez uzavření sňatku, současně roste počet dětí narozených mimo manželství, což je stejný trend, který nacházíme ve většině evropských států; snižuje se kojenická úmrtnost a především prudce klesají počty potratů. Pouze úmrtnost mužů starších věkových skupin, tj. nad 40 let, a střední délka života zůstávají prakticky na nevyhovující úrovni ve srovnání s většinou evropských zemí s výjimkou bývalých tzv. socialistických států.

Mimo jiné je tento vývoj také důkazem, jak silně a zásadně je populační rozvoj ovlivněn faktory nedemografické povahy, tj. převážně činiteli ekonomickými, společenskými i tradici. Změny těchto ukazatelů poměrně rychle ovlivňují demografickou situaci, zatímco další činitelé, např. v oblasti zdravotnictví či ve sféře životního stylu, si zřejmě vyžádají delší čas.

Prameny:

1. 1993 World Population Data Sheet, vyd. Population Reference Bureau, Washington, D.C. 1994
2. Populační vývoj České republiky 1994, vyd. Katedra demografie a geodemografie U. K., Praha 1994
3. V. Srb. Demografický profil Československa, vyd. Česká společnost pro plánování rodiny, Praha 1995
4. M. Aleš. Několik úvah po čtyřech letech: Demografie, 2/1995

12. Světový sexuologický kongres, Jokohama 12.—16. 8. 1995

Doc. MUDr. Jaroslav Zeděna, CSc.

Kongres se konal pod heslem «Sexuality and Human Bonding» v Jokohamě, v kongresovém středisku Pacifico. Sešlo se zde více než šest stovek odborníků z celého světa. Účastníků bylo tedy mnohem méně, než na podobných světových kongresech bývá zvykem. Zdá se, že v Asii se sexuologie zatím nemá nejširší základnu. Mnoho zámoceňských hostů účast na kongresu oželelo. Částečně jistě proto, že v Japonsku není nejlevnější při značné nadhodnocenosti zdvořilý měny. Mnoho lidí odradilo nedávné zemětřesení. Také teroristické plynové útoky v tokijském metru. Dvě třetiny účastníků kongresu tvořili domácí. Z cizinců převažovali Američané (N=21) a Číňané (N=18). Pokud bychom však k čínskému kontu připočítali ještě Tchaj-wan a Hongkong, byli by Číňané nesporně daleko před Spojenými státy.

Japonský prezident kongresu, prof. Seiči Matsumoto, v zahajovacím projevu připomenul starou japonskou tradici sexuální literatury a umění. Zejména venkovské obyvatelstvo starého Japonska mělo postoje k sexu veskrze pozitivní. Sexualita byla zdrojem plodnosti a úrody. Vlivem buddhismu a konfucianismu se v zemi od 9. století n. l. rozšířily negativní postoje k sexu. Později se k nim připojily sexuální restriktivní vlivy západní kultury. Liberálnější období na počátku dvacátého století bylo vystřídnáno diktátorským režimem. Až po druhé světové válce se pomalu prosazují demokratizační prvky a postoje lidí k sexualitě se liberalizují. Japonskou sexualitu sečrnu hodnotil prezident kongresu jako nezralou, ovládnutou spíše čistě hedonistickými tématy.

Ze zahajovacích plenárních přednášek stojí za zmínku dvě vystoupení prof. J. Moneyho (Baltimore). V prvním představil sexuální výchovnou knížku, zaměřenou na mládež ve věku do 12 let, která dostala v Americe vysoké ocenění. Ve druhé se sobě vlastním způsobem zamyslel nad životní podstatou lidské sexuality. Tento Američan spolu s prof. R. Greenem (nedávno ještě Los Angeles, nyní Londýn) byli také největšími odbornými hvězdami kongresu.

Debra W. Hallner, prezidentka amerického SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States) hovořila o mezinárodních aspektech sexuální výchovy. Zmínila se o velké variabilitě sexuální výchovy nejen mezi jednotlivými státy, ale také uvnitř nich. Například v USA existuje taková spousta různých programů, že je nelze dokonale analyzovat. Zdůraznila potřebu komprehenzivních programů sexuální výchovy zejména pro děti a mládež. K potlačovaným tématům patří obecně homosexualita, masturbace a interrupce.

Nejaktuálnějším úkolem v sexuální výchově je péče o děti a mládež. Na světě dnes žije více než jedna miliarda dospívajících. Z nich každý dvacátý akvizuje ročně nějakou pohlavně přenosnou chorobu. Sexuální výchova přitom vyžaduje důkladné vzdělání odborníků. Světová sexuologická asociace (WAS) reagovala na tuto situaci založením speciální komise pro sexuální výchovu. Zajímavé bylo, že tato významná žena se kriticky zmínila o způsobu, jakým naši odborníci naložili se směřením SIECUS pro sexuální výchovu. Zejména se jí nelíbily vyslovené sexuální restriktivní formulace kapitoly o nekontrolovaných sexuálních aktivitách.

Vynikající japonský genetik, prof. Y. Nakagome, přednášel o genetických základech lidské se-

sexuality. Jeho přehled vývoje poznatků o expresi genů na sexuelních chromozomech byl velmi poutavý a didaktický.

Jedno ze sympozií bylo věnováno sexualitě stárnoucích a starých mužů. Prof. R. Schiavi (New York) vyšetřil větší soubor zdravých ženatých mužů ve věku 45–75 roků. Dospěl k závěru, že i když se erektilní kapacita vyšetřovaných mužů s věkem zhoršuje, jejich schopnost sexuální satisfakce nepodléhá deterioraci. V terapii starých mužů tedy doporučil klást důraz na sexuální uspokojení, nikoliv jednostranně na erekci. V tažení proti lalčickému pojetí sexu pokračoval T. Abe (Chibaken, Japonsko), se svou «Non-Erect» metodou léčby poruch erekce. Vede pacienty s poruchou erekce, aby se pokoušeli o imici měkkého penisu a aby si kromě tohoto spojení nepřáli žádnou erekci. Tento poněkud «kuchylský» psychotherapeutický manévr je prý až v 60 % případů u mužů s poruchami erekce docela úspěšný.

Zajímavá byla sdělení o etnických rozdílech v sexuální chování. Podobně jako u nás ani v Číně nebo v Japonsku není uspokojivá úroveň sexuální výchovy na školách. Naproti tomu v Nizozemsku a Švédsku jsou s ní velmi dobré zkušenosti. V celé Asii a Oceánii (s výjimkou Austrálie) prý rychle přibývá HIV séropozitivní. V tomto směru «vede» zřejmě Thajsko s vysokým exportem prostitutek do celé oblasti včetně Japonska. Některé průzkumy thajských prostitutek ukazují séropozitivitu HIV až ve 30 %!

Kolegyně H. Noh-an (Již Korea) zjistila veliké interetnické rozdíly ve způsobech soužití rodičů s dětmi. Zatímco běloši, černochi, Hispanci a Korejci spí se svými dětmi na jednom lůžku jen vzácně, mezi Vietnamci a Kambodžany je to prý velmi obvyklé. Tento zvyk má jistý vztah k incidence pohlavního zneužívání dětí.

Na sympoziu věnovaném pohlavnímu zneužívání dětí byl opakovaně konstatován neblahý vliv sexuální turistiky do rozvojových zemí. Některé státy nemají vůbec zákony, které by umožnily trestní postih sexuálního zneužívání dětí a mládeže. Američtí autoři se opakovaně zmiňují o rizicích falešného obvinění z pohlavního zneužívání. Reč byla také o možnosti falešné vzpomínky na sexuální zneužití v dětství u dospělých jedinců v rámci různých hlubinných a regresivních psychotherapeutických procedur. J. Money upozornil, že v Americe se příliš neosvědčil zákon o povinném hlášení každého případu pohlavního zneužívání, o kterém se lékař dozví. Kdo se pak vůbec může opravdu chytit obrátit na lékaře s takovým problémem, věří, že lékař je ze zákona povinen informovat policii? Dana Raphael (Westport, USA) použila při popisu amerických poměrů v tomto ohledu termínu «buzynis». Pohlavním zneužíváním se tam zabývá nesmírně mnoho různých odborníků a institucí. V Japonsku je prý pohlavní zneužívání dětí extrémně tabuizovaným tématem. Nejde-li o znásilnění, nemůže být ani trestně stíháno.

V průběhu kongresu zasedali výbory WAS i EFS (Světová a evropská sexuologická asociace a federace). Příští evropský sexuologický kongres bude v březnu 1996 v Marseille, světový pak v roce 1997 rovněž v Evropě, ve španělské Valenci. Pro českou sexuologii je potěšitelné, že zůstává ve výběrech obou významných organizací zastupována i v následujícím období.

Erotika v Japonsku

Japonsko má dlouhou tradici erotického výtvarného a divadelního umění. Erotické divadlo zde bylo provozováno již před dávnými lety a bývalo prý volně přístupné veřejnosti. Ostatně komerční erotika v Japonsku ani dnes nikterak neumírá a úbytky. V Jokohamě i Tokiu je celá řada erotických barů, klubů a veřejných domů.

Východně od výstavní tokijské čtvrtě Sinzuku je obrovský erotický «red district», zvaný «Kabukichō». Jde snad o největší podobnou čtvrť na světě. A také nejdvořadší. Reklama zde nemá mezí. Podnikaví naháněči se snaží ulovit každou duši, která je schopna zaplatit příslušných několik tisíc jenů (tedy stovek dolarů) za vstup do zdejších stripýzových podniků a veřejných domů. Kromě pochopitelně obrazové reklamy, která si v něm neváhá s tím, co známe z podobných čtvrtí jinde, je zde využíváno neobyčejně mnoho reklamy akustické. «Naháněči» tlaskají a mlaskají. Z reproduktorů si k tomu pouštějí hlasitou «zvukovou kulisu», kterou vysokým ječavým hlasem vykládají «pracovníci» umístě příslušného veřejného domu. Kromě opilých cizinců i domorodců vás zde nikdo příliš neobtěžuje. Ke cti zdejších reklamních borců důlně říci, že zachovávají takt a nevidí zájem, neobtěžují.

Japonci mají zvláštní zálibu v kreslených comics. Je jich zde mnoho. Jedna z podvědomí této produkce se věnuje také explicitní erotice. Tyto erotické comics je možné volně koupit v japonských trafikách a knihkupectvích. Sympatické je, že obálky těchto explicitně erotických materiálů neobsahují žádnou tvrdou erotiku. Zato v nich zde běžně lisují evidentně nezletilí výrobci a nezdá se, že by to někomu přišlo vadilo. Analýzujeme-li tyto comics obsahově, pak zjišťujeme, že Japonci nepovažují ani v materiálech tohoto druhu za vhodné zobrazovat detailně pohlavní spojení. Také detaily pohlavních orgánů (zejména pak penisu) bývají «rozmazané» nebo zcela chybí. Sadomasochistická témata jsou velmi obvyklá. Jeden z těchto časopisů se věnuje evidentně

sexu s dívkami školou povinnými. Signalizují to i její dětské atributy a často přítomné školní prostředí. Nejde ovšem o žádném případě o objekty prepubertální.

Japonské ženy

Japonsko je zemí s patriarchální tradicí i přítomností. Panuje zde nekompromisní dvojí morálka se vším, co k ní patří. Hlava rodiny má naprosto nespochybnitelnou autoritu. Tato patriarchální tradice je tak hluboce zakořeněna ve zdejší společnosti, že ji nespochybnují ani ty nejmanipulovanější Japonky.

Podle přehledu OSN jsou Japonky na třetím místě na světě co do vzdělání a průměrného příjmu. V této ekonomické kompetenci si tedy vedou velice dobře. Předstihují je pouze ženy z tradičně feministické Kanady a samozřejmě USA (které jsou kupodivu za Kanadou v tomto ohledu poněkud pozadu). Zatím v oblasti podílu žen na správě věcí veřejných jsou na tom Japonky téměř katastrofálně. Obsadily až 23. místo, někde těsně před Filipíny.

Na málo důstojné roli Japonek v politice nic nemění skutečnost, že to s uplatněním žen v této oblasti nevypadá nejlépe ani celosvětově. Zpráva OSN praví, že ženy «drží» na světě jen 10 % míst v legislativě a necelých 6 % ve vládách svých zemí. Asi 70 % z počtu asi 1,3 mld. lidí, kteří na světě dosud žijí pod hranicí chudoby, tvoří právě ženy. Také dvě třetiny negramotných lidí jsou ženského pohlaví.

Zdá se, že hlavním problémem je skutečnost, že ženy vykonávají velkou část neoceněné a nezaplacené práce. Tedy práce kolem domácnosti a péče o děti. Kdyby tyto činnosti byly v hospodářských přehledech států řádně reflektovány, znamenaly by samy o sobě asi 11 miliard USD ročně.

V Japonsku ještě nedávno neměly ženy zcela volný přístup k hormonální antikoncepci (ta je v této zemi legální až od roku 1990). Dones jsou korektní informace o plánování rodiny jen obtížně dostupné. Chybí sexuální výchova. Vztah mezi muži a ženami má daleko k rovnocennému partnerství. Ženy jsou v Japonsku stále ještě ve velice submisivním postavení.

Přes zmíněné problémy v Japonsku v posledních desetiletích postupně klesala porodnost stejně jako v jiných průmyslově vyspělých zemích. Japonci za tento vývoj vděčí vysoké frekvenci používání kondomů (ve více než 75 %), relativně pozdním sňatkům a snad též poměrně rozšířené periodické abstinenci.

Poznámky:

Poznámky:

DOKONALÉ PLÁNOVÁNÍ RODINY?

ORTHO-SHIELDS

kondom — bariérová
antikoncepce pro muže

ORTHO-DIAPHRAGMA

pesar — bariérová
antikoncepce pro ženy

DELFIN

spermicidní krém — chemická antikoncepce

CILEST

hormonální antikoncepce
s nejnovějším gestagenem III. generace

TRINOVUM

fázovaná hormonální
antikoncepce

GYNE-T-380-SLIMLINE

nitroděložní tělísko s mědí

S BEZPEČNOU A SPOLEHLIVOU ANTIKONCEPCI FIRMY JANSSEN-CILAG

Bližší informace Vám rádi poskytneme na adrese:

JANSSEN-CILAG

divize Johnson & Johnson, s. s. r. o.

Táboritská 23

130 87 Praha 3

NEI REPORT

ČESKOSLOVENSKÝ
ČTRNÁCTIDENNÍ PRO NEJSILNĚJŠÍ SEXUÁLNÍ VÝCHOVU A OSVĚTU

přináší
každý druhý čtvrtek
na šestnácti stranách



Časopis,
který oslavil
již
pětileté
výročí
a jenž
si získal
srdce
čtenářů!

- Exkluzivní rozhovory s hvězdami společenského nebe
- Zahraniční (ero)zápisník
- Dráždivé fotografie zahraniční i tuzemské produkce
- Nejsilnější erotické zážitky a sextrapasy čtenářů
- Původní reportáže domácích autorů i zahraničních dopisovatelů
- Smyslné hříšné romány na pokračování
- Lékařskou sexuální poradnu špičkových čs. odborníků
- Diskrétní individuální inzerci v rubrikách NEI INZERTU
- Erotickou křížovku a horoskop na každý měsíc
- Seriály, soutěže, blávolamy, erotickou poezii, typy NEI REPORT HOME VIDEO, kreslený humor, Kosmovu čtenářskou kroniku, příběhy z Klubu paroháčů, Abecedu sexuálního rizika a mnoho dalších vzrušujících materiálů

ČTI
NEI REPORT
POSÍLÍŠ MÍŘI

J. Zvěřina:

LÉKAŘSKÁ SEXUOLOGIE

Sexuologický ústav, Praha 1995, 350 s., černobílé tabulky a grafy

Knižka našeho předního sexuologa vyšla letos ve druhém, přepracovaném vydání. Obsahuje základní data o historii sexuologie ve světě i u nás. Zabývá se fyziologií i anatomií sexuálních orgánů muže a ženy. Velmi přehledně je zde popsán vývoj sexuálního chování lidí a jeho hlavní poruchy. Dále vyšetřovací a léčebné metody u sexuálních poruch muže i ženy. Čtenář zde nalezne kapitoly o sexuální výchově, antikoncepci a plánovaném rodičovství. Nechybí základní informace o trestněprávních aspektech lidské sexuality. Zajímavé jsou pasáže věnované pornografii a prostituci. Knižka je určena lékařům a studentům medicíny. Nicméně zajímavým čtením je také pro odborníky jiných oborů. Zejména pro psychology, právníky, policisty a pedagogy. Sexuologie má mnoho nemedicínských oblastí, ve kterých naleznou poučení také vzdělanější laici. V podstatě každého by mohlo zajímat, jak se současná sexuologie dívá na problémy, které jsou stále aktuální. Například na sexuální delikvenci, antikoncepci, homosexualitu a ženskou otázku. Knižku lze tedy doporučit každému zvědavému čtenáři, bez ohledu na jeho profesi a ideologickou orientaci.

Publikaci je možno koupit zasláním částky 66,— Kč (cena knihy 50 Kč + poštovné 16 Kč) poštovní poukázkou typu C (žlutá) na adresu MITSERVIS, Tererova 1347, 149 00 Praha 4.

Nabídka platí až do vyčerpání zásob.

»Když spí Tvůj milý, je tady WiLLi«

Nabízíme Vám veškeré erotické zboží a prádlo přímo z největšího velkoobchodu pro Českou republiku a Slovenskou republiku



— Z B F

Objednávky zasílejte na adresu:

WiLLi, Box 11, 280 01 Kolín 1

telefon, fax: (0321) 238 91 — denně 0—24 h

Všem na dobírku diskrétně balené. Na Slovensko distribuujeme zboží přímo z našich poboček na Slovensku. Upozornění pro obchodníky: zašleme Vám nejvýhodnější velkoobchodní ceny a podmínky v Evropě.



SPRSV

PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

číslo 4

Vydala Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchova v Praze
ve Vydavatelství a nakladatelství R 3.

Editor: MUDr. Radim Uzel, CSc.
Technický redaktor: Ija Čtvrtečka
Sazba a zlom: Studio POINT
ŘÍJEN 1995

NEPRODEJNÉ
