SPRSV

21. CELOSTÁTNÍ KONGRES K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE

PARDUBICE 2013

19. – 21. září 2013

Editor: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Editorka: Mgr. Zuzana Prouzová

Tento pracovní materiál neprošel autorskou korekturou

SBORNÍK REFERÁTŮ

2013

SPRSV

21. CELOSTÁTNÍ KONGRES

K SEXUÁLNÍ VYCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE

PARDUBICE 2013

SBORNÍK REFERÁTŮ

Recenzentka: Doc. PhDr. Marie Zouharová, Ph.D. – PdF UP v Olomouci
Recenzent: Doc. PaedDr. Ladislav Podroužek, Ph.D. – PdF ZČU v Plzni
Editor: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Editorka: Mgr. Zuzana Prouzová
Tento pracovní materiál neprošel autorskou korekturou

21. CELOSTÁTNÍ KONGRES K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE PARDUBICE 2013

pořádaný

Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu
Sexuologickou společností ČLK JEP
a
Ústavem sociální práce Univerzity Hradec Králové

VE DNECH 19. – 21. ZÁŘÍ 2013 NA RADNICI V PARDUBICÍCH

pod záštitou
MUDr. Štěpánky Fraňkové, primátorky města Pardubic
a
Prof. RNDr. Josefa Hynka, MBA, Ph.D, rektora Univerzity Hradec Králové

za podpory
Statutárního města Pardubic

a dalších partnerů

Akreditace MŠMT č. j.: 39 429/2011-25-912
ISBN 978-80-905386-1-0

PREZIDENT KONGRESU
Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.
Gynekologická ambulance Gynartis, s.r.o.

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO
Prof. JUDr. Dagmar Císařová, DrSc.
vysokoškolská učitelka Právnické fakulty Univerzity Karlovy Praha
MUDr. Hanka Fifková
sexuoložka, místopředsedkyně SPRSV
MUDr. Štěpánka Fraňková,
primátorka statutárního města Pardubic
MUDr. Miroslav Havlín
ženský lékař
Prof. RNDr. Josef Hynek, Ph.D., MBA
rektor Univerzity Hradec Králové
JUDr. Mgr. Jiří Kubík
vládní rada Ministerstva zahraničních věcí České republiky
Prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.
vysokoškolská učitelka PdF UHK Hradec Králové a FSPaZ Trnavské univerzity v Trnavě
JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
ředitel Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové
Doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.
vysokoškolská učitelka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
Mgr. Lenka Rovňanová
vysokoškolská učitelka Pedagogické fakulty Univerzity Mateja Bela Banská Bystrice
JUDr. Olga Sovová, Ph.D.
vysokoškolská učitelka Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové a Centra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy Praha
Prof. MUDr. Jiří Šantavý, CSc.
přednosta Ústavu lékařské genetiky a fetální medicíny FN a UP Olomouc
PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
vysokoškolská učitelka Univerzity Palackého v Olomouci
PhDr. Ondřej Tikovský, Ph.D.
kancléř Univerzity Hradec Králové
Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
vysokoškolská učitelka Ústavu sociální práce ÚHK Univerzity Hradec Králové
MUDr. Radim Uzel, CSc.
čestný tajemník Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu Praha
Doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
tajemnice Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity
Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D
vysokoškolský učitel Filozofické fakulty Univerzity Karlovy Praha
Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
přednosta Sexuologického ústavu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha

ORGANIZAČNÍ VÝBOR
JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc. – předseda
Mgr. Zuzana Prouzová – tajemnice
Mgr. Zuzana Bloudková, Mgr. Stanislava Šandová, Jitka Prouzová, Albína Řezníčková, Markéta Pondělíčková, Anna Dobřichovská, Pavla Suchánková, Miroslav Hlavatý

PROGRAM

19. září 2013

12.30 – **Prezence účastníků v předsálí Hudebního sálu radnice**
(předložte, prosím, doklad o zaplacení účastnického poplatku, pokud máte k referátu připravenu el. prezentaci, prosíme o nahrání do PC v sále)

13.30 – **Slavnostní zahájení kongresu, projevy hostů**

14.00 – **Zahájení odborného programu kongresu a prvního bloku přednášek**

1. *MUDr. Miroslav Havlín: Generické léky*
   – mnoho otázek, málo odpovědí
2. *Prof. MUDr. Jiří Šantavý, CSc.*
   – Historický přehled paternitních testů z hlediska genetika
3. *PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.*
   – Střídavá porozvodová péče
4. *PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D., Jana Harvanová*
   – Pomáhající profese, sexualita a osoby s mentálním postižením

Kávová přestávka

5. *Doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D., Mgr. Bohdana Břegová*
   – Sexuální dysfunkce u žen s léčenou arteriální hypertenzí
6. *PhDr. Michal Chovanec, Dasová, K., Stanko, R., Zelman, M. , Weiss, P.*
   – Priebežné výsledky sex. dysfunkcií u závislých v psychiatrickej nemocnici Hronovce
7. *Mgr. David Karel, Ph.D.*
   – Psychologické aspekty asistované reprodukce – výsledky kvalitativního výzkumu doktorského studia
8. *Doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.*
   – Nové trendy v léčbě poruch plodnosti i v prevenci těchto poruch
9. *Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc., MUDr. Peter Koliba, jun*
   – Endometrióza – diagnostika, léčba a vliv na kvalitu života
10. *MUDr. Eva Vaníčková, CSc.*
    – Ochrana dětí před sexuálním zneužíváním

Zakončení prvního dne kongresu

20. září 2013

9.00 – **Zahájení druhého dne kongresu a druhého bloku přednášek**

11. *JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.*
    – Vybrané právní otázky náhradního mateřství
12. *MUDr. Ivo Procházka, CSc.*
    – Právo dětí na sexuální orientaci a pohlavní identitu
    – Zpráva z mezinárodního sympozia rady Evropy
13. *JUDr. Olga Sovová, Ph.D.*
    – Pacient jako poškozený při poskytování zdravotní péče

14. *JUDr. Mgr. Ing. Petr Wisiński*
– Existuje vedle práva na život i právo na „neživot“?

Kávová přestávka

15. *Doc. PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc., Nikol Neplechová*
– Příspěvek k prevenci domácího násilí
16. *MUDr. Petr Kovář*
– Ambulantní hysteroskopie
17. *Mgr. Martina Janoušková*
– Nebezpečí kyberprostoru
18. *Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc., MUDr. Peter Koliba, jun.*
– Nově registrované léky určené k umělému ukončení těhotenství
19. *Doc. MUDr. Alena Vosečková, Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.*
– Těhotenství a jeho zvládání
– Psychosociální aspekty z pohledu sociálního pracovníka
20. *Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.*
– Wilhelm Reich – vize a iluze

Přestávka na oběd
Zakončení druhého bloku přednášek

13.00 – 14.15 **Přestávka na oběd**
14.15 – **Zahájení třetího bloku přednášek**

21. *Doc. PaedDr. Ladislav Horňák, Ph.D.*
– Možnosti zlepšenia kvality života klientov domovov sociálnych služieb v oblasti sexuality a partnerských vzťahov
22. *PaedDr. PhDr. Ján Šrenkel*
– Sexuálna výchova a protokol sexuality v domovoch sociálnych služieb
23. *PaedDr. Lenka Rovňanová*
– Vzdelávacie potreby slovenských učiteľov v oblasti výchovy k manželstvu a rodičovstvu
24. *Lucie Jarkovská, Ph.D.*
– Mezi ochranou a morální panikou: Děti a sexualita
25. *Mgr. Jan Hloušek, Mgr. Zuzana Hloušková, Mario Miguel Montéz*
– Využití vizuálních technik pro účely výzkumu současné rodiny
26. *Mgr. Karel Žák, PhDr. Jitka Reismannová, Ph.D.*
– Co pedofily nejvíc trápí?

Diskuse k posterům

Zakončení třetího bloku přednášek a druhého dne kongresu

16.30 – **HISTORICKÝ SÁL – PLENÁRNÍ SCHŮZE SPOLEČNOSTI PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VYCHOVU,** na kterou srdečně zveme všechny členy i nečleny SPRSV. Účast členů SPRSV je nutná.

19.30 – **SPOLEČENSKÝ RAUT** v Hudebním sále radnice

21. září 2013

9.00 – **Zahájení třetího dne kongresu a čtvrtého bloku přednášek**

28. *Doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.*
   – Sexuální výchova ve výzkumech studentů učitelství pro 1. stupeň ZŠ
29. *Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.*
   – Sexuální výchova – prostor pro aplikaci aktivizačních výukových metod
30. *PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.*
   – Práva dětských obětí sexuálních deliktů
31. *Mgr. Zuzana Prouzová*
   Vision 2020 a Světový den antikoncepce 2013
32. *Jitka Prouzová*
   – Vliv vrstevnického vzdělávání v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví na sexuální chování účastníků – závěry výzkumu
33. *Doc. PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc., Irena Loudová, Jana Andršová*
   – Motivy vedoucí k zavedení sexuální výchovy do škol
34. *Mgr. Aleš Svoboda, M.A.*
   – Mladé dívky jako sexuální delikventky

Poster:
Doc. PhDr. Dagmar Marková, Ph.D., PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzáková, Ph.D.
O aktivitách sólo sexu: Eticko-deskriptívna štúdia

13.00 – **Zakončení čtvrtého bloku přednášek a kongresu Pardubice 2013, vydání osvědčení o účasti dle akreditace MŠMT č.j.: 39 429/2011-25-912 a certifikátů dle dalších akreditací.**

Organizační výbor kongresu si vyhrazuje právo k případným operativním úpravám a změnám programu.

Úvodní slovo primátorky

Dámy a pánové, vážení účastníci kongresu,

Jménem celého města vás vítám opět v Pardubicích. Pro mnohé z vás je naše město již důvěrně známým a milým místem, které není třeba představovat, neboť váš kongres se sem každoročně vrací již dvě desetiletí. Věřím, že těm, kteří v Pardubicích ještě nebyli, budou dobrým a příjemným hostitelem, a že si od nás odvezou nejen řadu profesních poznatků, ale také příjemné vzpomínky.

To, že se kongres o sexuální výchově koná již po 21. je důkazem toho, jak moc je vzdělávání v této léta tabuizované oblasti potřebné a jaký dopad má do různých oblastí lidského života. Spektrum referátů, které v historii konference zazněly, ukazuje, o jak členitou a náročnou problematiku se jedná.

Pro Pardubice je ctí být pravidelným hostitelem konferencí zabývajících se tak citlivou a spletitou problematikou, jakou jsou mezilidské vztahy. Vaše systematická práce pomáhá vést mladé ke zdravým partnerským vztahům, ke spokojenému rodinnému i sexuálnímu životu, ale i k většímu porozumění pro odlišnosti jiných, což považuji za velmi důležité. Věřím, že město Pardubice Vám bude i nadále v této práci spolehlivým a stále atraktivním partnerem.

Dámy a pánové, vítejte v Pardubicích, přeji Vám všem příjemný pobyt a mnoho úspěchů ve Vaší záslužné práci.

MUDr. Štěpánka Fraňková
primátorka města Pardubice

Úvodní slovo rektora UHK

Vážené dámy, vážení pánové,

S velkým potěšením jsem i v letošním roce převzal záštitu nad kongresem k sexuální výchově, který tradičně pořádá Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu.

Jednadvacátý kongres přímo vybízí k zamyšlení, jak na tom v jednadvacátém století naše společnost z hlediska výchovy k plánování rodiny, k partnerským vztahům a k rodinnému životu včetně výchovy sexuální opravdu je, které problémy jsou naléhavé, kde můžeme být spokojeni a na co se naopak soustředit v nejbližším období. Z předběžného programu je zřejmé, že právě tyto otázky budou předmětem Vašich vystoupení a odborných diskusí. A je moc dobře, že žijeme ve společnosti, kde se můžeme svobodně a bez předsudků těmito záležitostmi zabývat a spolupodílet se na formování vhodných vzdělávacích programů pro naše děti. Ani v jednadvacátém století bohužel není tato praxe samozřejmostí a po celém světě existuje mnoho států, kde je tato problematika cíleně vytlačována nejen ze škol, ale i z celospolečenské diskuse, je nahrazována tmářstvím a bagatelizujícími odkazy na místní zvyklosti a tradice či rozdílnou roli obou pohlaví ve společnosti. Znepokojující zprávy o sexuálním násilí přicházející z druhého nejlidnatějšího státu světa mohou nám Evropanům znít jako těžko uvěřitelné, ale právě proto má Vaše práce smysl. A i v našich zeměpisných šířkách existují mnohé problémy, které je třeba otevřeně pojmenovávat a pokoušet se řešit.

Přeji Vám úspěšné a inspirativní setkání!

Prof. RNDr. Josef Hynek, MBA, Ph.D.
rektor Univerzity Hradec Králové

Úvodní slovo prezidenta

Vážené kolegyně, kolegové, dámy a pánové,

Je mi ctí vás přivítat na 21. kongresu k sexuální výchově, který se také v letošním roce 2013 již tradičně koná v krásném prostředí města Pardubice. Organizátorem kongresu je Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, která je nezávislá, nevládní, nezisková organizace. Dovolte mi připomenout, že hlavním cílem činnosti je zprostředkovat dostupnost informací o partnerství, rodičovství, rovných příležitostech, sexuálním a reprodukčním zdraví.

Letošní konference je zaměřena právě na problematiku partnerských vztahů, manželství a rodičovství, dále na sexuální výchovu a školství. Důležitou oblastí je sexuální výchova a právo a také problematika zanedbávaných a týraných dětí (CAN).

Kongres k sexuální výchově v Pardubicích má dlouhou tradici. Je vzácnou příležitostí k mezioborovému setkání pedagogů, psychologů, lékařů, právníků, sociálních pracovníků, ostatních specialistů, ale také politiků a široké veřejnosti. Jsme rádi, že se ho zúčastňuje tolik mladých lidí, studentů i aktivistů – dobrovolníků, kteří výrazně napomáhají činnosti naší Společnosti.

Jménem předsednictva SPRSV i jménem svým vás vítám v Pardubicích a věřím, že účast na 21. kongresu k sexuální výchově bude pro všechny přínosem.

Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.
prezident kongresu

Sexuální dysfunkce u žen s farmakologicky léčenou arteriální hypertenzí

Bohdana Břegová, Yvetta Vrublová

Úvod

Arteriální hypertenze představuje globální zátěž postihující přibližně 25 % celé dospělé populace a odhaduje se, že její prevalence, stoupne do roku 2025 na 1,5 miliardy hypertoniků. (Kearney et al., 2005, citované dle: Schmieder et al., 2012, s. 78, www.who.int). V České republice bylo k 31. 12. 2011 evidovaných 2 989 656 mužů a žen ve věku 25–65 let (UZIS, 2012) léčících se pro arteriální hypertenzi.

Sexuální život a vlastní spokojenost je považována za důležitou složku kvality života až u 70 % české populace (Žourková, Holanová, Novotná, 2012, s. 32). Podle studie, která probíhala v devíti evropských zemích, je sex jednou z nejdůležitějších životních priorit u 67 % mužů a 57 % žen. Sex zůstává pro 58 % mužů a 41 % žen ve věku i nad 60let důležitou životní prioritou. Pouze 5 % mužů a 10 % žen necítí žádnou potřebu sexuálního vybití (Weiss, 2011, s. 3). Realita lidské sexuality je komplikovaná, jsou zde typické prvky pudového chování. Behaviorální složka zahrnuje celou složku aktivit, které mají signalizovat sexuální zájem (Caisová, 2005, s. 294). Lidskou sexualitu podmiňují faktory (somatické, psychogenní, interpersonální, sociální, etnické, kulturní, náboženské). Při přítomnosti chronické nemoci, v tomto případě arteriální hypertenze, může být ovlivněna negativním způsobem orgánová sexualita. Nejčastěji se v tomto případě hovoří o problémech mužů s erektilní dysfunkcí, u žen toto téma bývá stále v pozadí. Jaké jsou tedy negativní dopady farmakologické léčby na sexuální aktivitu ženy, vyskytují se také u žen s léčenou arteriální hypertenzí sexuální dysfunkce?

Obsah

Mezi nejčastější sexuální dysfunkce u žen patří porucha sexuální vzrušivosti (frigidita) a selhání organické odpovědi (neschopnost lubrikace). Příčinou těchto poruch je často partnerský nesoulad, konfliktní vztah. Další sexuální dysfunkce nízký zájem o sex (nedostatek nebo ztráta touhy) často souvisí s duševními poruchami, depresemi. Potíže s dosažením orgasmu neboli dysfunkční orgasmus (Zvěřina, 2010, s. 343) patří mezi další sexuální dysfunkce. Poslední sexuální dysfunkcí u žen je dysparenie, algopareunie, (Zvěřina, 2010, s. 345, Žourková, 2011, s. 1575).

Mechanizmus způsobující ženské sexuální dysfunkce je nejasný. Některé ženy mají tendenci sexuální dysfunkci bagatelizovat, pokud jsou v partnerském vztahu spokojeny. Prevalence sexuálních poruch u žen (43 %) je vyšší než u mužů (31 %) (Laumann, Paik, Rosen, 1999). Zatímco zahraniční prameny udávají vysoký výskyt sexuálních dysfunkcí mezi ženami v běžné populaci od 48 % ve Švédsku, 43 % v USA, 40 % ve Velké Británii, v české populaci byl nalezen výskyt sexuálních dysfunkcí u žen nižší (Segraves, 2003, citované dle: Žourková, 2007, s. 10). Pro diagnostiku přítomnosti sexuální dysfunkce je možné použít škálu ASEX, která se využívá při hodnocení vlivu léčby na sexuální funkce (Žourková, 2004, s. 485). Tato pětibodová škála slouží k měření komponent sexuality, které nejvíce interferují s farmakologickou léčbou: zájem o sex, snadnost dosažení sexuálního vzrušení, schopnost orgasmu, dosažení a udržení erekce/lubrikace a sexuálního uspokojení.

V odborných sděleních, zejména zahraničních, je věnována pozornost vztahu mezi antihypertenzní terapií a sexuální dysfunkcí. Hypertenze, respektive její léčba může nepříznivě ovlivnit sexualitu a s ní související kvalitu života.

Důkazy naznačují, že kardiovaskulární rizikové faktory korelují s poruchou sexuálních funkcí (Dusing, 2005). Mezi nejčastější indexy reagující na kardiovaskulární riziko je při sexuální aktivitě rozptyl TK a srdeční frekvence (Chen et al., 2009). Na sexuální dysfunkce má vliv i životní styl, kdy snížení tělesné hmotnosti má příznivý efekt na sexuální funkce (Manolis a Doumas, 2012). Obezita je příčinou 1,3 násobného relativního rizika sexuálních poruch. (Bacon et al., 2003, citované dle: Heráček, 2012). Fyzická aktivita a štíhlost jsou předpoklady k nižšímu riziku výskytu poruch sexuálních funkcí (Diaz et al., citované dle: Heráček, 2012).

Prevalenci sexuálních dysfunkcí analyzovali zahraniční autoři pomocí čtyř kategorií (touha, vzrušení, orgasmus, bolest), kdy vyloučili z nalezených 1 248 publikací studie, které byly nepřesně definovány nebo měly menší počet respondentů méně než 100. Výsledkem bylo zjištění významného výskytu sexuálních dysfunkcí u žen. Nízká touha byla zjištěna u 64 % žen, 35 % žen mělo problémy s orgasmem, 31 % poruchu vzrušení a 26 % pociťovalo koitální bolest (Hayes et al., 2006, citované dle: Steinke, 2010). Mezi nejčastější sexuální dysfunkce v závislosti i na věku patří snížení libida, vaginální suchost, bolest při pohlavním styku a poruchy orgasmu (Bernando, 2001). Autoři Doumas et al. (2006) ve svém šetření u 216 žen s hypertenzí a u kontrolní skupiny 201 normotenzních žen zjistili významný výskyt sexuálních dysfunkcí v závislosti s přibývajícím věkem a dobou trvání hypertenze. U žen s diagnostikovanou a léčenou hypertenzi méně než 3 roky se vyskytovaly sexuální dysfunkce v 15,7 % žen. U žen s vysokým TK 3–6 let byl výskyt sexuální dysfunkce v 32,9 %, u žen s hypertenzí delší než 6 let v 78 %. Dalším zjištěním bylo, že kromě věku, vysokého systolického TK významným prediktorem u žen byla léčba betablokátory (Doumas et al., 2006). Výsledek kohortové studie vlivu antihypertenzní terapie na výskyt sexuálních dysfunkcí bylo zjištění, že po 48 týdnech užívání antihypertenzní terapie se

výskyt sexuálních dysfunkcí zvyšoval s věkem. Ve věku 31–40 let v 15 %, ve věku 41–50 let 38 % a ve věku 51–60 let 86 % (Ma et al., 2012).

Kütmec a Yurtsever (2011) sledovali sexuální funkce u žen s hypertenzí, kvůli psychopatologickým změnám na cévním endotelu. Do experimentální studie bylo zařazeno 71 žen s hypertenzí, bez dalšího chronického onemocnění. Kontrolní skupinu tvořilo 85 zdravých vdaných žen. Bylo zjištěno, že výskyt sexuálních dysfunkcí je častější u žen s hypertenzí v 90 %, u zdravých žen v 41 %. Také bylo zjištěno, že s věkem je vyšší nárůst sexuálních dysfunkcí, ale naopak s vyšším vzděláním a ekonomickou situací sexuální problémy u žen klesají (Kütmec, Yurtsever, 2010). Výsledky hodnocení u 160 žen s hypertenzí a 50 normotenzních žen naznačují, že sexuální dysfunkce jsou častější u žen s esenciální hypertenzí (Ma et al., 2011).

Studie nigerijských žen s diagnostikovanou hypertenzí léčenou thiazidy a kontrolní skupinou normotenzních žen potvrzuje, že léčba thiazidy může způsobit sexuální dysfunkce (Steinke, 2010). Autoři Duncan et al. (2000) ve svém příspěvku prezentují výzkum, v rámci něhož sledovali vliv antihypertenzní terapie na kvalitu sexuálních funkcí u žen. Celkem 241 žen se zúčastnilo šetření pomocí dotazníku a rozhovorů, celkem 47 otázek se týkalo sexuality. Závěr tohoto ambulantního výzkumu zněl: snížená vaginální lubrikace, méně časté orgasmy a častější dyspareunie u žen (Duncan et al., 2000).

Ženské sexuální dysfunkce jsou převládající problém, ale dají se v současnosti u většiny pacientek léčit. Podle nedávného průzkumu v USA pouze 9 % pacientů ve věku 40 až 80 let požádalo lékaře o pomoc v problematice sexuálních dysfunkcí (Moreira et al., 2005, citované dle: Ohl, 2007).

Pro léčbu ženských sexuálních dysfunkcí zatím nebyly stanoveny žádné doporučené závazné guidelines, těžiště spočívá především v psychoterapii a párové sexoterapii (Rosen, Ashton, 1993, Segraves, 2003). Základem léčby sexuálních dysfunkcí je vždy psychoterapie (Kratochvíl, 1999). Sexuální terapie neboli v současnosti systematická párová psychoterapie vychází z nácvikového postupu předepsaných plánovaných domácích cvičení (Rosen, Ashton, 1993, Segraves, 2003, citované dle: Žorková, 2007, s. 10, Kratochvíl, 2010, s. 385). Při léčbě se klade důraz na pravidelnost sexuálních aktivit a provozování nekoitálních praktik (Zvěřina, 2010). Psychoterapie se využívá vždy, když se na poruše výrazněji podílí složka organická nebo ovlivnitelná farmaky.

Důležitou cestou k sexuálnímu vzrušení jsou sexuální sny, fantazie a autoerotika. V léčbě požitkové kvality, orgasmu, má své místo autoerotické a nekoitální dráždění pohlavích orgánů ženy, cvičení stahů pánevního dna pomocí Kegelových cviků (Zvěřina, 2010).

Závěr

Prezentované důkazy naznačují, že poruchy sexuality se u žen vyskytují zejména ke konci střední dospělosti a v období pozdní dospělosti (45–65 let). Při včasném získání relevantních informací, které se týkají vedlejších účinků tera-

pie arteriální hypertenze, by měly ženy možnost se nad tímto problém zamyslet a rozhodnout se, jak budou se svou sexualitou pracovat. Celkově je možné konstatovat domněnku, že dostatečně poučená žena s arteriální hypertenzí, která má zájem o udržení vlastního sexuálního života, je schopna vedlejší negativní účinky eliminovat až k pocitu subjektivní spokojenosti. Jako vhodná metoda se může jevit také aktivizace s využitím výsledků vědeckých studií domácích i zahraničních odborníků.

Příspěvek vznikl s podporou grantu Ostravské univerzity – SGS10/LF/2013..

Kontaktní adresa
Doc. PhDr. Yveta Vrublová,PhD.
Ostravská univerzita, Lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence
Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Zábřeh
Yvetta.vrublova@osu.cz

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BERNANDO, A. Sexuality in patients with coronary artery disease and heart failure. Herz. 2001, 26(5), 353-359. ISSN 0340-9937.

CAISOVÁ, D. Sexuálne poruchy v ambulancii praktického lekára. Via pract. 2005, 2(7-8), 294-297. ISSN 1336-4790.

CAVALCANTE, M. A., BOMBIG, M. T. N., FILHO, B. L., CARVALHO, A. C. d C., PAOLA, A. A. V., PÓVOA, R. Quality of Life of Hypertensive Patients Treated at an Outpatient Clinic. Arq Bras Cardiol. 2007, 89(4), 222-227. ISSN 0066-782X.

CÍFKOVÁ, R. BRUTHANS, J., ADÁMKOVÁ, V, JOZÍFKOVÁ, M., GALOVCOVÁ, M., WOHLFAHRT, P., KRAJČOVIECHOVÁ, A., PETRŽÍLKOVÁ, Z., LÁNSKÁ, V., POLEDNE, V., STÁVEK, P. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006-2009. Studie Czech post-MONICA. Cor Vasa. 2011, 53, 220-229. ISSN 0010-8650.

CROOG, S. H., LEVINE, S., SUDILOVSKY, A., BAUME, R. M., CLIVE, J. Sexual Symptoms in Hypertensive Patients A Cinical Trial o Antihypertensive Medications. Arch Intern Med. 1988, 148, 788-794. ISSN 0003-9926.

CHEN, X., ZHANG, Q., TAH, Y. Cardiovascular effect of sexula activity. Journal of Medical Research. 2009, 130(6), 681-688. ISSN 0971-5919.

DRORY, Y. Sexual activity and cardiovascular risk. European Heart Journal Supplements. 2002, 4(Supplement H), H13-H18. ISSN 1520-765X.

DUNCAN, L. E., LEWIS, C., SMITH, C. E., JENKINS., P., NICHOLS, M., PEARSON, T..

DUNCAN, L. E., LEWIS, C., JENKINS. P., PEARSON, T. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women?. American Journal of Hypertension. 2000, 13(6 part 1), 640-647. ISSN 0895-7061.

DUSING, R. Sexual Dysfuncion in Male Patients wih Hypertension: Infuence of Antihypertensive Drugs. Drugs. 2005, 65(6), 773-786. ISSN 0012-6667.

FINK, H. A., DONALD, R. M., RUTKS, I. R., NELSON, D. B., WILT, T. J. Sildenafil for Male Erectile Dysfunction. Arch Intern Med. 2002, 162, 1349-1360. ISSN 0003-9936.

FIŠAR, Z. Nežádoucí účinky psychofarmak – cesta k poznání mechanismu účinku?. Lékařské listy. 2012, 8, 10-12. ISSN 0044-1996.

FOGARI, R., PRETI, P., ZOPPI, A., CORRADI, L., PASOTTI, C., RINALDI, A., MUGELLINI, A. Effect of Valsartan and Atenolol on Sexual Behavior in Hypertesive Postmenopausal Woman. Am J Hypertension. 2004, 17, 77-81. ISSN 0895-7061.

KRALIK, D., KOCH, T., TELFORD, K. Constructions of sexuality for midlife women living with chronic illness. Journal of Advanced Nursing. 2001, 35(2), 180-187. ISSN 0309-2402.

KRATOCHVÍL, S. Léčení sexuálních dysfunkcíí. Praha: Grada, 1999, 252 s. ISBN 80-7169-678-1.

KRATOCHVÍL, S. Psychoterapie sexuálních dysfunkcí. In. WEISS, P. a kolektiv. Sexuologie. Praha: Grada, 2010, s. 365-385. ISBN 978-80-247-2492-8.

MANOLIS, A., DOUMAS, M. Sexual dysfunction: the ´prima ballerina´ of hypertension-related quality-of-life complication. Journal of Hypertension. 2008, 26(11), 2074-2084. ISSN 0263-6352.

MARENČÁK, J. Diagnostika a liečba sexuálních dysfunkcí (II.). Pharma Journal. 2004, 14(4), 39-40. ISSN 1335-0633.

MELLAN, J. Vyšetřovací schéma sexuálních poruch mužů. Československá psychiatrie- LX. 1964, 5, 326-331. ISSN 0069-2336.

MITTAWAE, B., et al. Incidence of erectile dysfunction in 800 hypertensive patients: a multicenter Etiapin national study. Urology. 2006, 67(3), 575-578. ISSN 1527-9995.

MORLEY, J. E. Sexuality and Aging. In PATHY, J., SINCLAIR, A. J., MORLEY, J. E. Principles and Practice if Geriatric Medicine. 4 th ed. John Wiley & Sons.2006. pp. 1-8. ISBN 978-0-470-09055-8.

NUSBAUM, M. R. H., HAMILTON, C., LENAHAN, P. Chronic Illess and Sexual Fuctioning. American Family Physician. 2003, 67(2), 347-354. ISSN 0002-838X.

PASTOR, Z., UZEL, R. Aging female. In. WEISS, P. a kolektiv. Sexuologie. Praha: Grada, 2010, s. 255-273. ISBN 978-80-247-2492-8.

SEVER, P. S., MESSERLI, F. H. Strategie léčby hypertenze v roce 2011: optimální kombinační léčba. European Heart Journal. 2011, 32, 2499-2506. ISSN 0195-668X.

SCHELL, J. A. Icluding sexuality in your nursing practice. Nurs Clin North Am. 2007, 42(4), 685-96. ISSN 0029-6465.

WEISS, P. a kolektiv. Sexuologie. Praha: Grada, 2010, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

WEISS, P. Sexuální vyžití je důležité ve všech věkových skupinách. Lékařské listy. 2011, 3. ISSN 0044-1996.

YEE, L. A., SUNDQUIST, K. J., Older women´ s sexuality. MJA. 2003, 178(6), 640-642. ISSN 0025-729X.

ZVĚŘINA. J. Sexuální dysfunkce. In. WEISS, P. a kolektiv. Sexuologie. Praha: Grada, 2010, s. 340-363. ISBN 978-80-247-2492-8.

ŽOURKOVÁ, A. Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psychofarmaky. Psychiatrie pro praxi. 2002, 2, 50-53, ISSN 1213-0508.

ŽOURKOVÁ, A. Dotazníky a škály k měření sexuálních funkcí. Čes. A slov. Psychiat. 2004, 100(8), 481-486. ISSN 1212-0383.

Generické léky: mnoho otázek, málo odpovědí

Miroslav Havlín

Základní termíny

Originální (inovativní) lék = unikátní léčivo, patentově chráněno
Generický lék = kopie originálního léčivého přípravku
Generická preskripce = lékař předepíše účinnou látku vč. dávkování, lékárník vybere konkrétní přípravek

Složení léku

Účinná látka tvoří jen malou část tablety (ev. jiné aplikační formy)
Větší část objemu léku tvoří vehikula:

- plnidla
- stabilizátory
- antioxidanty
- barviva atd.

Účinná látka stejná v originálu i generiku, rozdíl je v užitých vehikulech

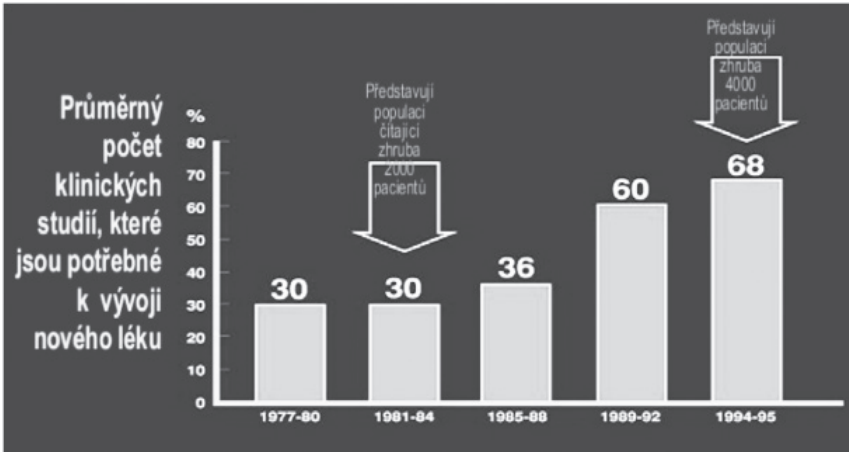
Vývoj originálních léků

Dlouhodobý (15 – 16 let), nákladný, mnohonásobně kontrolovaný
Ale – patentová ochrana pouze 20 let

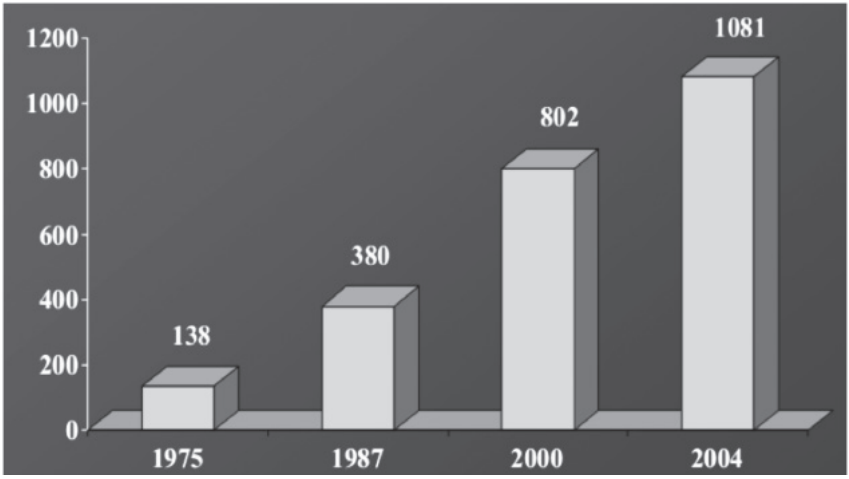
Fáze vývoje

Nová chemikálie – preklinické zkoušky (izolované buňky či orgány, zvířata…)
Patentování nadějné látky
Fáze I – základní vliv na lidský organizmus (zdraví dobrovolníci, několik desítek)
Fáze II – vliv na konkrétní nemoc (nemocní dobrovolníci, stovky pacientů)
Fáze III – testování účinnosti proti analogickým lékům a placebu (několik tisíc zdravých i nemocných dobrovolníků)
Registrace
Fáze IV – následné sledování účinku léku (všichni pacienti užívající lék)

Rostoucí nároky na vývoj originálu



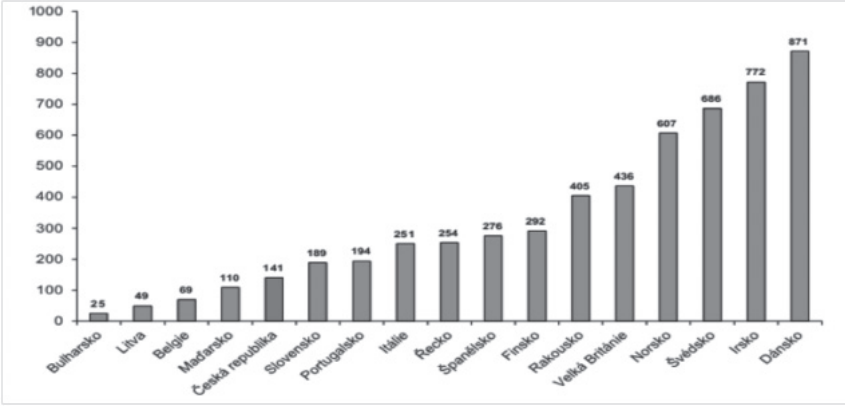
Náklady na vývoj jednoho originálního léku (mil. USD)



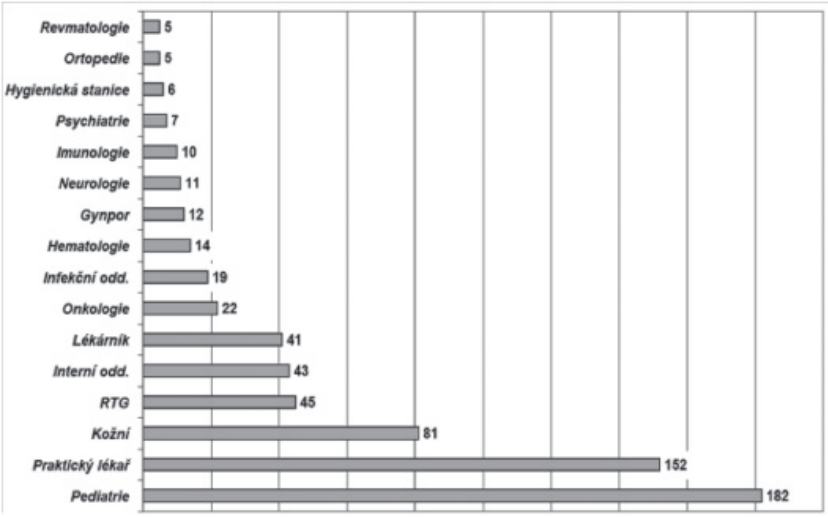
Problémy fáze IV

Sběr dat – 2 cesty
Řízená studie
– často zadává výrobce originálního léku
– vzácně výrobce generika
Hlášení nežádoucího účinku léku – nespolehlivá cesta

Počty hlášených NÚ na 1 milion obyvatel



Hlášené NÚ dle oboru



Původní idea generických léků

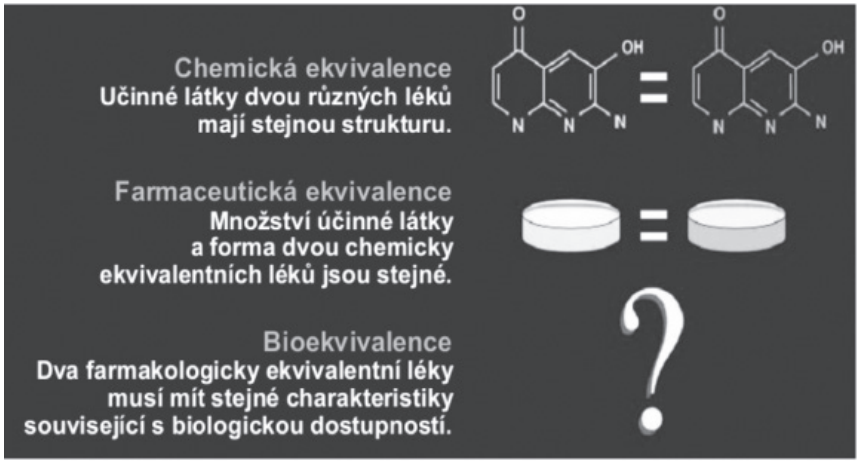
Zdravotnická komise EHS
Počátek 70. let
Pomoc rozvojovému světu
Výměna kvality za cenu
Menší nároky na vývoj a registraci
Označení chemickým složením a výrobcem
Ale - legislativa od 70. let neaktualizována
Výrobci generik využívána pouze pro ně výhodná ustanovení

Vývoj generického léku

Nejde o vývoj, ale o zvládnutí technologie napodobení
Koncept „v zásadě podobný“
Tři principy:

1. chemická ekvivalence
2. farmaceutická ekvivalence
3. bioekvivalence

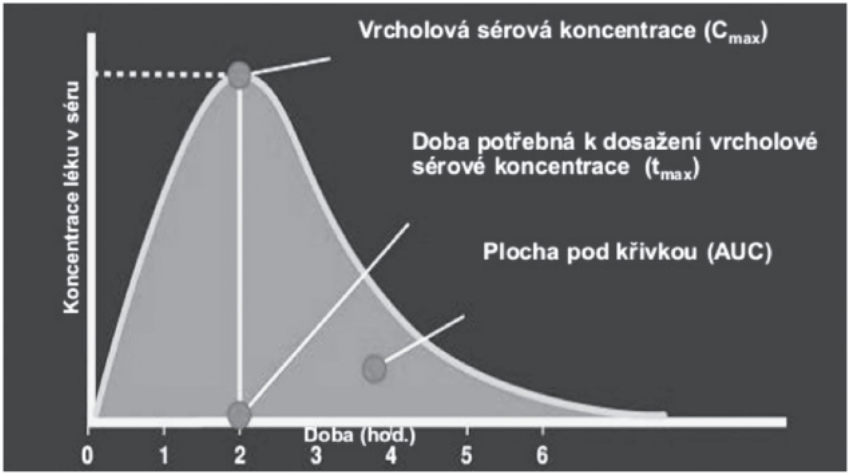
Terapeutická ekvivalence je pouze odvozena od…



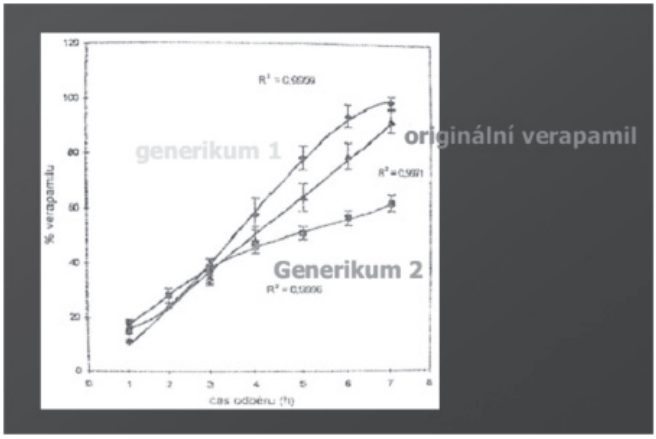
Bioekvivalenční studie

Bioekvivalenci ovlivňují vehikula

U generik tolerováno kolísání 80 – 125% oproti referenčnímu přípravku



Příklad bioekvivalenční studie



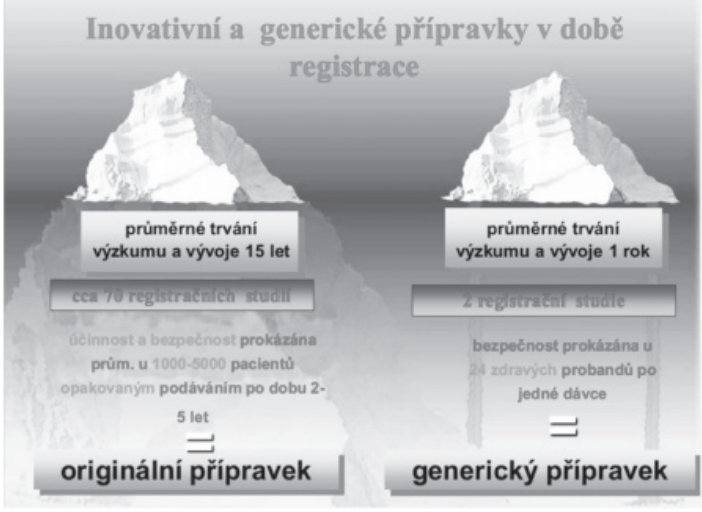
Registrace

Originální lék

- velmi komplikovaná
- odborná oponentura všech registračních studií
- jsou veřejně dostupné

Generikum

- formální
- pouze 2 studie na min. 24 pacientech
- nejsou kontrolovány metodiky a výsledky studií
- registrační studie nejsou veřejně dostupné



Současné problémy s generiky

Používá se obchodní název
Z označovaní, ze způsobu balení apod. nijak nevyplývá, že jde o kopii
K marketingové podpoře se užívají výsledky získané s originálním přípravkem
Marketing zaměřen k vyvolání dojmu, že jde o inovativní přípravek
Omezení farmaceutického výzkumu
Významná část peněz z prodeje generik směřuje do marketingu
Velká část politických a zdravotnických autorit a medií podporují používaní generik

Současná situace v ČR

Počet generických alternativ prudce narůstá
Tvoří zhruba třetinu trhu
Na jednu originální látku připadá až 10 generik od 6 – 8 výrobců

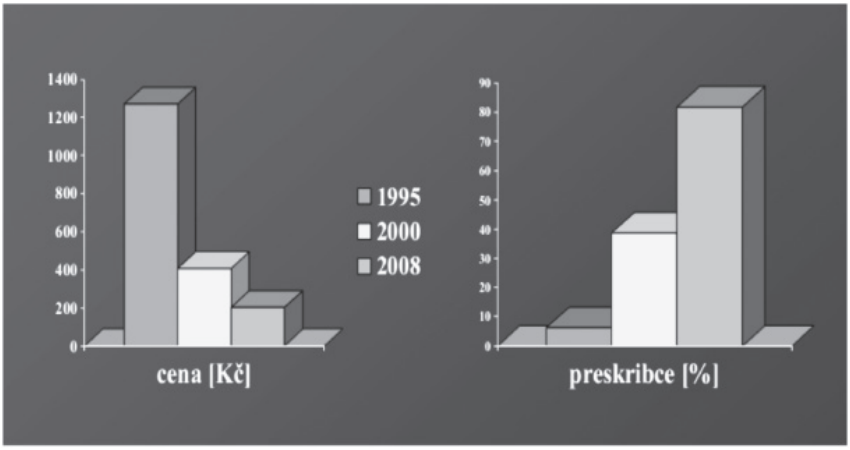
Udávané výhody generik

Snížení ceny = úspora nákladů (?)
Možnost rozšíření léčby na méně specializované lékaře (??)
Stimulace vývoje nových léčiv (?)

Ekonomická rozvaha

Klesající cena indukuje zvýšenou spotřebu?
Přibývá zdravotních komplikací při užívání generik?
Cost x benefit

Vývoj cen simvastatinu a jeho preskribce



Perlička

Některá generika jsou již dražší než originál!
Prodejní úspěch zvyšuje cenu
Např. v oblasti hormonální antikoncepce

Rizika generické substituce

Neprůhlednost vývoje a procesu výroby
Bioekvivaleční studie jsou realizovány výrobcem, překupovány a jsou mezinárodně přenosné (různá úroveň Správné klinické praxe)
Substance nejčastěji získávány z nejlevnějších zdrojů (Čína, Indie, Filipíny, Malajsie…)

Léky vyráběny obvykle v rozvojových zemích

Finální preparát presentován pod hlavičkou evropské či americké firmy
Nepoměr publikovaných znalostí o vlastnostech originálů a generik
Metaanalýza srovnávající generika a originály z oblasti kardiovaskulární medikace mezi lety 1984 - 2008 obsahovala pouze 38 studií na agregované populaci 837 jedinců!
V řadě oborů nejsou žádná data!
Chybění nezávislého ověřování výsledků

Příklad rizik generické substituce

40 generických kopií clarithromycinu
Inekvivalence zjištěna v parametrech:

20% nesplnilo požadavek limitů AUC
70% mělo odlišnosti v testu uvolňování látky z tablety
60% překročilo 3% limit čistoty účinné látky

Doporučení Společnosti všeobecného lékařství

V ČR minimální zájem o vztah originální vers. generický lék
Trochu kardiologové, psychiatři a neurologové
Nejagilnější SVL ČLS JEP
Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda
Tempus medicorum 2009 a další fóra

Ekonomické dopady generické preskripce

Generická praxe již běží a úspory nepřináší
Ceny generik a originálů se příliš neliší
Významná část hospitalizací (hlavně seniorů) je indukována chybným užíváním léků (viz dále)
Změna vyhovujícího přípravku jen z cenového důvodu je nevhodná až nebezpečná (rozdíly v bioekvivalenci)

Generika doporučena s maximální opatrností až nedoporučena

1. Léčivé látky s úzkým terapeutickým rozpětím
2. Kontraceptiva s nízkou dávkou estrogenové složky
3. Psychofarmaka
4. Antiarytmika
5. Roztoky nebo prášky pro dávkovací inhalátory – kvůli rozdílným typům inhalátorů
6. Lokální formy s vysoce účinnými léčivy
7. Přípravky s řízeným uvolňováním včetně transdermálních systémů.

Gynekologická odbočka

Povolené kolísaní estrogenní dávky ethinylestradiolu (EE, v μg) u generik

Deklarovaná dávka	Minimální dávka	Maximální dávka
15	12	18,75
20	16	25
30	24	37,5

Generika doporučena s maximální opatrností až nedoporučena

Rizikové skupiny

1. epileptici
2. pacienti se sepsí
3. pacienti po transplantaci či v kritických stavech (průkaz bioekvivalence je zkoušen na zdravých dobrovolnících a ne na pacientech v kritických stavech)
4. staré osoby a polymorbidní pacienti (odlišný metabolismus od zdravých dobrovolníků, možné interakce se současně podávanými léky – tj. většina pacientů v ČR!!)
5. diabetici (různé ovlivnění metabolismu cukrů vehikuly)
6. astmatici (nevhodné zaměňovat roztoky nebo prášky pro dávkovací inhalátory)
7. alergici (možná alergie na rozdílné pomocné látky)

Rizika generické preskripce

Farmakoterapie není jen o farmakokinetice a dynamice či interakci léčiv. Zásadní roli zde má:

1. Zdravotní stav pacienta (včetně RA, OA, NO, Dg atd.) o kterém lékárna není informována
2. Důvěra pacienta k lékaři a jeho doporučením, tedy i k jím předepsanému léku

3. Placebo efekt a důvěra pacienta k dané značce či léčivu – psychické problémy s jinou barvou, velikostí apod. – hlavně psychiatrie, neurologie
4. Průměrný český senior užívá více než 5 léků, jejich zapamatování je často nad jejich síly a možnost záměn znamená, že například každý měsíc dostane naprosto pro něj různé léky a pak mohou nastat situace:
   – „double dosing“ – pacienti užívají jak lék „starý“ (ze zásob), tak „nový“, který dostali v lékárně s jiným názvem
   – „záměna léků“ problémy se záměnou mají např. staré osoby (problémy s pamětí u více užívaných léků) a osoby s nižším IQ

Otázka: jakou má lékárna právní a ekonomickou odpovědnost za důsledky chybného užívání léků?
Lékaři musí odmítnout odpovědnost za tato rizika.

Jedůfka pro lékaře

Jste schopni vyjmenovat všechna generika ve Vašem oboru?

Závěr: jaká je tedy skutečná situace v generické substituci u nás?

Sporný až chybějící ekonomický přínos při mnohdy nejasných vlastnostech, provenienci a celkové přinejmenším diskutabilní kvalitě kopie.
Neochota diskutovat o problematice

Kontakt na autora:
MUDr. Miroslav Havlín
ADC Sanatorium,
Hvězdova 1601, Praha 4

Výhody a nevýhody využití metody participativního videa při výzkumu současné rodiny.

Benefits and risks of using participatory video technique in research of the contemporary family.

Jan Hloušek [1], Zuzana Hloušková [2], Mario Miguel Montéz [3]

Abstrakt

Příspěvek se zaměřuje na možnosti využití participativní vizuální techniky ve výzkumu současné rodiny. Vybrali jsme techniku Participativní Video, která je založena na zapojování skupiny nebo komunity do formování a vytváření vlastního filmu na téma, které je zajímá. Jako výzkumná technika dovoluje nahlédnout do prostředí, kam by se výzkumník dostával jen obtížně. Na příkladu české komunity v portugalském Faru ověřujeme nejen možnosti využití této techniky při poznávání smíšených česko-portugalských rodin, ale také její hranice a rizika. Tento článek je výstupem dílčího výzkumu v rámci projektu č. CZ.1.07/2.3.00/20.0209 – vývoj a podpora multidisciplinárního vědeckého výzkumného týmu pro studium současného rodinného UHK.

Klíčová slova rodina, komunita, krajné, výzkumná technika

Abstract

The paper focuses on the possibilities of participatory visual techniques in research of the contemporary family. We chose the technique of Participatory Video, which is based on integrating a group or community in shaping and creating their own film on a subject that interests them. As a research technique allows insight into the environment, where the researcher is getting difficult. The example of the Czech community living in Portugal Faro verify not only the possibility of using this technique when learning mixed Czech-Portuguese families, but also its limits and risks. The article is one of results of particular research tasks in the project reg. CZ.1.07/2.3.00/20.0209 – Development and support of multidisciplinary scientific research team for the study of contemporary family UHK.

Keywords community, family, expatriates, research technique

Důvodem, proč jsme se rozhodli zamýšlet nad možnostmi využití výzkumných technik z jiné disciplíny v sociální práci, je poměrně častý problém, vzni-

[1] *Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, Institute of social work University of Hradec Králové, Víta Nejedlého 573, 500 03 Hradec Králové, Czech Republic, jan.hlousek@uhk.cz,*
[2] *Department of Social Sciences, Faculty of Arts University Pardubice, zuzana.hlouskova@upce.cz*
[3] *College of Education, Polytechnic Institute of Coimbra, Portugal, montez@esec.pt*

kající se samotnou rolí výzkumníka. V případě kvalitativních výzkumů, které bývají pro sociální práci s rodinou či komunitou typické, se ani při nejlepší vůli nedaří zcela eliminovat vliv výzkumníka na samotnou výzkumnou situaci. Jde-li nám o zjišťování údajů o klientech sociální práce v jejich přirozeném prostředí, abychom lépe porozuměli jejich problémům, příčinám vzniku nepříznivé sociální situace či kontextu, který k dané situaci vedl či ji stále podmiňuje, může potenciální zkreslení vést k naprosto chybným závěrům. Přirozené prostředí je narušeno samotnou přítomností výzkumníka, přestává být přirozené a mění chování i názory respondentů. Pokud se navíc jedná o prostředí, které bývá obvykle uzavřené a osobám zvenčí jinak nepřístupné (např. specifické komunity), může být přítomnost výzkumníka zcela neuskutečnitelná. Přesto stojí před sociální prací tyto nové výzvy stále častěji a naléhavěji, zejména v souvislosti s jejím působením v multikulturní společnosti, potýkající se s řadou etnických, generačních i ekonomických konfliktů.

Naše pozornost se tedy obrátila k disciplíně, která mívá se sociální prací hodně společného, zabývá se často stejným problémem, stejnými typy klientů a při výzkumech se opírá především o kvalitativní metody. Tou disciplínou je sociální antropologie, která nás zaujala právě akcentem na důkladné porozumění sociální situace a také svým kulturním přesahem. V tomto případě nemůžeme hovořit o čistě antropologického přístupu v sociální práci, ale spíše o interakci antropologie a sociální práce. Antropologické perspektivy v sociální práci se začaly uplatňovat ve větší míře až v souvislosti s rozšiřováním koloniálního panství a řešením „problému domorodého obyvatelstva“ (především Severní Amerika, Austrálie, Nový Zéland). Vzhledem k tomu, že sociální práce byla vykonávána ve prospěch vládní autority, stávalo se, že sociální pracovníci páchali ve jménu dobra většiny mnoho přehmatů (odsuny, odebírání dětí a jejich převýchova ve většinové společnosti, atd.). Teprve antropologie (popř. etnografie) pomohla pochopit fungování domorodých společností, významy jejich institutů a odlišnost kultur, vč. jazyka. Uplatnění tohoto sociálně-antropologické přístupu v sociální práci s sebou také přináší změnu metod sociální práce. V tomto kontextu se můžeme zmínit o kulturně citlivé sociální práci. (GREY, M., COATES. J., YELLOW BIRD, 2008:97–106). Upozorňují také na to, že každá komunita má trochu jiné představy o tom, co je pomoc a jak by měla být předávána.

Výhody vizuální antropologie

S rozvojem tzv. vizuální kultury stoupá význam obrazu, který je vnímán jako vyjadřovací prostředek, nadaný nesmírnou mocí, díky čemuž začíná stále více okupovat veřejný i soukromý prostor. Společně s dostupností moderních informačních technologií začíná vizualita hrát hlavní roli při předávání informací, poznatků a názorů, a to stále více mimo sféru umění. Tento trend zasahuje v celosvětovém měřítku nejen oblast politiky a médií, ale také vzdělávací soustavu a vědu. Jednou z disciplín, zatím poměrně opomíjenou, která dokáže tento trend efektivně využít, je vizuální antropologie. Ten podobor sociální antropologie, který se původně vyvinul ze studia etnografické fotografie, později hlavně etno-

grafického filmu, se od poloviny 90. let 20. stol. opírá i o studia nových médií. Tato v současnosti dynamicky se rozvíjející disciplína se zaměřuje především na studium forem vizualizace v různých kulturních kontextech a také na problematiku využití audiovizuálních technologií (fotografie, filmu, videa) v rámci antropologického výzkumu. Kromě interpretace různých kultur vizuálními výrazovými prostředky, se zabývá interpretací vizuálních složek kultury, tzv. vizuální kulturou. Základy vizuální antroplogie položil Robert Joseph Flaherty, který v roce 1922 připravil film Nanuk, člověk primitivní. V něm sleduje eskymáckou rodinu, která se snaží přežít v nehostinných podmínkách. Pojetí vizuální antropologie od té doby prošlo určitým posunem, od metody pouhého sběru vizuálních dat při výzkumu kultury až po samostatnou vědní disciplínu, disponující řadou technik a způsobů získávání dat a jejich interpretace. Sběr dat může provádět antropolog sám, informátor nebo i příslušník zkoumané kultury či komunity, což přináší řadu výhod: „Objektiv fotoaparátu nebo kamery je objektivní v tom smyslu, že snímá všechna data v záběru, ale samotná volba záběru, subjektů a sociokulturních situací vytváří široké pole možností pro sběr dat a jejich následnou interpretaci.“ (Soukup, 2010, s. 21).

Film v současné době znamená pro antropology, kulturní historiky, sociology a i další badatele z humanitních oborů nejen způsob dokumentace kulturních a společenských jevů a procesů, ale vzhledem ke svým jedinečným kvalitám v procesu interpretace slouží i v samotném poznávacím procesu zkoumané reality. Film umožňuje zkoumání s lepším pochopením konkrétních společenských vztahů či stereotypů a zároveň rekonstruuje postavení konkrétního jedince, přináší „jedinečný příběh imaginace člověka, tvůrce, příběh vymýšlení vlastního způsobu vyjádření, specifického zobrazení, tedy reinterpretace světa a zároveň i způsobem pobývání ve světě“ (Petráň, 2011, s. 23). Toto pojetí vychází z paradigmatu, že fyzická přítomnost člověka ve světě není redukovatelná na znakový systém, ale je souborem neustávajících impulzů, které ovlivňují lidské myšlení a chování i samotné sebeuvědomování si sebe sama. Konstrukt člověka jako sociální bytosti se odvíjí od toho, jak se mění vzájemné postavení aktérů a prvků v rámci světa, který je obklopuje. Film tak skýtá prostor pro nejrůznější symbolizace a formulování myšlenek a postojů, které jsou jinými způsoby reprezentace nesdělitelné. Zároveň však bývá jeho sdělení všeobecně srozumitelné a přispívá k pochopení zobrazovaného problému bez nutnosti jeho racionalizace jazykovými prostředky (např. formou písemného textu). Tento aspekt otvírá cestu k využití filmu jako výzkumné metody v sociální a komunitní práci, založené na principu participace, kdy je vhodné vtáhnout občany už do celého procesu výzkumu (od definování problému, přes sběr dat až po interpretaci). Tento přístup je typický pro tzv. participatory action research, představující intervenční, akčně orientovaný proces, směřující společně s účastníky k sociální změně.

Participativní akční výzkum

Film jako výzkumná technika v územně odloučené lokalitě se osvědčil např. v kanadském projektu „Challenge for Change/Société Nouvelle Programme“,

který v 70. letech 20. stol. realizoval Colin Low organizace National Film Board v rybářském společenství na ostrově Fogo Island. Pět tisíc obyvatel tehdy dostalo příležitost vyjádřit se prostřednictvím filmu k nejpalčivějších problémům s nezaměstnaností a odbytu úlovků. Poté, co ostrované dali souhlas s natáčením, byli k němu sami přizváni, mohli rozhodnout, co ve filmu zůstane a co bude vystřiženo a komu bude výsledný snímek promítán. Tento přístup vyvolal vysokou míru důvěry a spontaneity a samotný film se stal důležitým komunikačním kanálem mezi obyvateli navzájem i mezi geograficky izolovanou komunitou a kanadskou vládou. O 10 let později se stal Fogo Island příkladem úspěšného komunitního rozvoje a projekt samotný se rozšířil i do dalších částí Kanady. Díky zpřístupnění moderních audiovizuálních technik a nabídce filmového způsobu vyjádření se do něj podařilo zapojit především mladou generaci. Další projekt National Film Board šel ještě dál, když přímo vytipoval jednoho příslušníka určitého společenství a svěřit mu roli samotného autora a režiséra filmu. Stal se jím mladý muž z inuitské vesničky Novavik, k ruce mu byl po dobu jednoho roku štáb poradců, s jejichž pomocí mohl film natočit. Takto se výzkumníkům podařilo získat přístup téměř kamkoli v dané komunitě a zachytit i hodnoty daného společenství, rozkrýt vazby uvnitř společenství, přejaté způsoby sebenazírání apod. Do výzkumu se tak dostalo především émické hledisko, umožňující uchopit svět z hlediska samotných účastníků. Na tomto principu se odvíjí koncept etnomimeze, který prostřednictvím alternativních způsobů zobrazení životních příběhů přispívá k hledání identity a subjektivního postavení v současném světě (kromě filmu využívá také fotografii a perfomativní umělecké formy). Výsledky výzkumu tak mohou být srozumitelné nejen samotným vědcům, ale i samotným účastníkům, kteří se o nich dozvídají pro ně přijatelným způsobem. Etnomimetický přístup tak nabízí různým sociálně vyloučeným či jinak znevýhodněným skupinám stát se hybatelem sociálních procesů, dosahovat sociokulturních změn na základě vlastních rozhodnutí a nepodléhat pouze představám institucí a organizující, prosazujícím své strategie a plány. Film se může stát důležitým nástrojem kodifikace norem u společnosti bez písemné tradice a způsobem komunikace kolektivních zájmů i cestou k jejich prosazování. Příkladem může být feministická či queer kinematografie, která je významnou součástí vlastní teoretické reflexe a spoluvytváří symbolický aparát dané komunity (Petráň, 2011). Příkladem uplatnění konkrétní techniky v rámci participativního akčního výzkumu (participatory action research) je tzv. participativní video (participatory video).

Participativní video

Participativní video je termín zastřešující škálu přístupů, které se vyvíjely v průběhu posledních 3 dekád. Tuto ideu uchopilo a rozvíjelo hned několik sociálních vědců a v současné době neexistuje žádný jeden obecně přijímaný způsob, jak používat techniku participativního videa. Nicméně všechny přístupy jsou založeny na uplatnění videotechniky v rámci rozvojových projektů zamě-

řených na společenskou změnu. Většina publikovaných definic participativního videa obsahuje tři základní aspekty: kreativní využití technologie (video kamery, mobilního telefonu), musí se jednat se o skupinově orientovanou činnost (komunitní), členové komunity se podílejí na zpracovaní výsledného videa (kameramani, střihač, herci apod.). Z tohoto důvodu se budeme odkazovat na nejreprezentativnější definici participativního videa publikovanou Jackie Shawem a Clive Robertsonem. Ti popisují participativní video jako skupinovou aktivitu, která rozvíjí schopnosti účastníků prostřednictvím kreativního využívání videotechniky za účelem natočit sám sebe a svět kolem a vytvořili svůj vlastní videofilm (Shaw a Robertson 1997:22). S ohledem na zaměření tohoto článku můžeme zmínit další dvojici autorů Chrise a Nicka Lunchovy. Ti spíše zdůrazňují dopad aktivizace na marginalizované skupiny a definují participativní video jako soubor technik, jak zapojit skupinu nebo komunitu do vytváření vlastního filmu. Základní myšlenkou je, že natáčet video je jednoduché a snadno dostupné, a je to skvělý způsob, jak přimět lidi, aby se společně zajímali o problémy, pojmenovávali je, mluvili o nich, nebo jen prostě byli kreativní a vyprávěli příběhy. Tento proces může pomoci skupině nebo společenství přijmout opatření k vyřešení svých vlastních problémů, a také sdělit své potřeby a představy těm, kdo rozhodují. Jako takové může být participativní video velmi účinným nástrojem pro zapojení a mobilizaci marginalizovaných skupin lidí, kterým pomůže realizovat jejich vlastní formy trvale udržitelného rozvoje založeného na místních potřebách (Lunch a Lunch, 2006:10). A právě pro otevřenosti této metody můžeme v particitpativním videu hledat inspiraci pro kreativní využití vizuálních techniky při výzkumu rodiny.

Příklad využití participativního videa při výzkumu rodiny

Při praktickém využití metody participativního videa pro účely zkoumání současné rodiny jsme vycházeli z toho, že participativní video je vhodné zejména pro odhalování potřeb cílové skupiny. Umožňuje identifikovat a analyzovat důležité otázky, které se bezprostředně týkají komunity, například v rámci sociálního mapování. Abychom mohli tento nástroj použít, musíme primárně pracovat s širší skupinou – komunitou. Z tohoto důvodu jsme si zvolili jako objekt našeho výzkumu českou krajanskou komunitu v jihoportugalském Algarve. Tato skupina se na začátku výzkumu jevila jako vhodná. Komunita čítá cca 60 smíšených česko-portugalských rodin. Dlouhodobou přístupovou strategií jsme snížili riziko malého zájmu o zapojení do výzkumu, takže se do výzkumu nakonec zapojilo 9 rodin. Výzkumnou skupinu tvořilo 8 žen a jeden muž ve věku od 25 do 35 let, kteří žili v Portugalsku nejméně 2 roky a identifikovali se s krajanskou komunitou. Všechny respondentky absolovali vysokou školu (jedna až v Portugalsku po přesídlení), všechny byly ve vztahu s portugalským partnerem (manželem) po dobu nejméně jednoho roku. Jeden respondent byl krátce single. Tři respondentky měly děti.

Výzkum si kladl za úkol naplnit dva cíle. Primárním cílem bylo shromáždit informace o vlivu prostředí cizí země na výchovné styly ve smíšené česko-por-

tugalské rodině, sekundárním cílem bylo ověřit možnost využití techniky participativního videa při výzkumu rodiny.

Sběr dat probíhal kombinací kvalitativního interview realizovaného s jednotlivými respondenty a paralelně také participativního videa. Celý výzkum probíhal v rozmezí 3 týdnů v červenci 2013.

Inteview bylo natáčeno digitální videokamerou JVC Everio se stativem, resp. dva respondenti odmítli video, takže rozhovor byl nahráván na mobilní telefon PrestigioDuo 4040. Participanti používali pro natáčení osobní mobilní telefony nebo jiná low-tech zařízení. Editace filmu probíhala v notebooku HPMini za použití editačního freewarového programu MS-Movie Maker 2.6.

Výzkum se neobešel bez zádrhelů a komplikací, které se projevovaly v obrovské časové náročnosti, kdy bylo nutné flexibilně cestovat po cca 60 km dlouhém pobřeží Algarve. Také organizace cca 11 setkání byla velice náročná a schůzky se několikrát měnily a překládaly. Když jsme překonali tyto překážky, objevily se technické problémy při zpracování videa. Ačkoliv byla použita v zásadě kompatibilní zařízení s výstupním formátem AVI a GP4, jedno video bylo nestandardně kódované, bylo nutné v průběhu výzkumu obstarat specializovaný kodec. Z etických rizik jsme vnímali nejvíce to, že videa byla natáčena v domácnostech respondentů a často na nich figurovaly malé děti. Z tohoto důvodu jsme se s celou skupinou dohodli, že do společného filmu půjdou jen ty záběry, které dotčené osoby odsouhlasí.

Už od počátku jsme si byli vědomi rizika užití metody participativního videa v případě výzkumu malých uzavřených skupin (např. mononukleární rodiny). Vyhnout by se tomu dalo pouze tak, že by se podařilo zapojit celou rodinu. To ale nebylo objektivně možné. Jednak děti, kterých by se zapojení případně týkalo, byly věkem příliš malé (žádné nebylo starší 6 let) a jednak nemluvily dobře česky. Portugalští partneři (manželé) se pouze ve třech případech účastnili kvalitativního interview. Reálně hrozilo, že ve výsledku nebude možné vytvořit jeden společný videofilm a namísto něj budeme mít řadu individuálních filmů, které nebude nikdo ochoten už dále zpracovávat. Naštěstí se tak nestalo a díky kombinaci obou metod (kvalitativního interview a participativního videa) se nám podařilo získat mnohem plastičtější pohled na zkoumanou realitu, než jaký bychom získali použitím pouze jedné techniky.

Jako příklad můžeme uvést situaci, kdy při interview respondentky odpovídaly na otázku „čeho si na Česku vážím“ a zároveň měly za úkol natočit video ve svém obydlí a tam zachytit vše, co pro ně symbolizuje Česko a Čeho si cení. Měly natočit předměty, zvyky či tradice a k nim připojit příběh, jak se artefakt do domácnosti dostal a proč je pro respondenta důležitý.

Nahrávky jednotlivých účastníků jsme na závěrečném setkání promítali, následně o videu proběhla diskuse vč. vyhodnocení relevanci záběrů.

V závěrečném skupinovém vyhodnocení respondenti společně dospěli k poznání, že právě díky natočenému videu si uvědomují svůj vztah k Česku a význam sounáležitosti krajanského společenství pro jejich každodenní život.

Závěrem bychom rádi konstatovali, že se participativní video ukázalo jako vhodný nástroj k výzkumu komunity či jiné širší skupiny, jejichž členové mají více volného času a zároveň pociťují ve svých životech určitou míru frustrace. Metoda dokáže takovou skupinu aktivizovat ke společnému výkonu (debatě) i prožívání (sdílení se). Pro výzkum mononukleární rodiny představuje zajímavou doplňkovou metodu, která umožňuje zachycovat realitu očima respondenta a tím ji činí výzkumníkovi přístupnější.

Přílohy:

Videonahrávky respondentů s komentářem

Literatura:

GREY, M., COATES. J., YELLOW BIRD, M. Indigenous Social Work around the World, Vyd. 1. Burlington: Ashgate Publishing Company, 2008, 368 s. ISBN 978-075464838-3

LUNCH, N., LUNCH, Ch. Insights into Participatory Video.Vyd. 1. Oxford: InsightShare, 2006, 124 s. ISBN 0-9552456-0-5

PETRÁŇ, T. Ecce homo: esej o vizuální antropologii. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2011. 305 s. ISBN 978-80-7395-341-6.

SHAW, J., ROBERTSON, C. Participatory video: a practical approach to using video creatively in group development work. Vyd. 1. London: Routledge, 1997, 304 s. ISBN: 978-0-4151410-5-5.

SOUKUP, M. Vizuální antropologie: vznik, vývoj a milníky. In ČENĚK, D., PORYBNÁ, T. (eds.) Vizuální antropologie - kultura žitá a viděná. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010. Estetika; sv. 2. s. 15 – 23.ISBN 978-80-87378-47-2.

Návrhy slov do věcného rejstříku

Vizuální antropologie, komunitní práce, komunita, rodina, výzkumná technika, participativní video, etnomimeze, etnografický film, sociální antropologie, aktivizace, kulturně citlivá sociální práce

Návrhy slov do jmenného rejstříku

Robert Joseph Flaherty
Colin Low

O autorech

Mgr. Jan Hloušek vystudoval Právnickou fakultu UK v Praze. Od roku 1995 pracoval jako právní expert v několika neziskových organizacích a nyní je odborným asistentem na Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové. Ve své vědecké činnosti se zaměřuje zejména na právní a ekonomické aspekty fungování organizací založených za jiným účelem než podnikání.

Mgr. Zuzana Hloušková vystudovala sociální práci na Pedagogické fakultě UHK a bohemistiku na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. V letech 2000-2008 řídila nevládní neziskovou organizaci zabývající se sociálním poradenstvím, nyní pracuje v akademické sféře. Věnuje se především problematice občanského sektoru a sociálních služeb.

Mario Miguel Montéz socio-kulturní animaci a rozvoji této problematiky se prakticky věnuje od roku 2004 (Komunitní centrum v Santa Casa Misericordia Lisabon, Centrum komunitních služeb v Cascais aj.). V současné době působí jako odborný asistent na Pedagogické fakultě Polytechniky v portugalské Coimbře, kde se zabývá rozvojem komunity s využitím animačních a audiovizuálních technik.

Střídavá porozvodová péče

Kamila Holásková

Parlament ČR přijal v dubnu 1998 novelu zákona o rodině, která vstoupila v platnost k 1. 8. 1998. Tato novela umožňuje rodičům střídavou či společnou porozvodovou péči o děti. Oba rodiče tak mohou své dítě ovlivňovat v postojích, účastnit se každodenních činností a využívat četné interakce s dítětem.

Společná výchova znamená, že se nemění právní postavení dítěte k jeho rodičům. Společná výchova předpokládá, že dítě bude mít s rodiči stejný kontakt, na jehož délce se oba rodiče musí dohodnout. Střídavá výchova znamená, že dítě žije po časový úsek, který je stanovený soudem, s každým rodičem zvlášť. Zákon nestanoví, po jaké době by mělo ke střídání docházet. V praxi soudů se tak uplatňuje model střídání po týdnu, po 14ti dnech či po měsíci. Podmínky pro svěření dítěte do společné či střídavé péče jsou totožné. Oba rodiče musí být výchovně způsobilí, musí mít o péči zájem, a forma péče musí být i v zájmu dítěte.

Má-li střídavá či společná péče fungovat, je nezbytné, aby rodiče žili v blízkosti školy a vrstevnické skupiny dítěte a především, aby rodiče byli schopni udržovat mezi sebou bezkonfliktní, věcný a přátelský vztah. Kontakty mezi rodiči jsou v tomto uspořádání častější a vyžadují od obou rodičů určitou sociální a emocionální zralost. Jestliže dítě není vystaveno sporům mezi rodiči a je s oběma rodiči v kontaktu, socializace probíhá úspěšněji a lépe než u dítěte, kde rodiče zachovávají formálně rodinu, ale ve skutečnosti mezi nimi nepanuje přátelská atmosféra. Méně problémů mají děti z rozdělených rodin, kde nepřetrvával otevřený konflikt, než děti z úplných konfliktních rodin.

Dítě potřebuje pro dobrý psychický rozvoj oba rodiče. Nejde jen o jejich fyzickou přítomnost, ale především o emocionální vazby, které si dítě k nim utváří. Jestliže dítě má vytvořenou stabilní pozitivní emoční vazbu k jednomu rodiči, která nevylučuje pozitivní emoční vazbu k druhému rodiči, má dítě dobře uspokojeny nejen emoční potřeby, ale současně i potřebu bezpečí a jistoty. V opačném případě dítě přestává být chráněno, je konfrontováno s agresivitou a manipulací a oběma rodiči je deformováno. Dítě se nemůže spoléhat na pokyny rodiče, ke kterému podkopává důvěru rodič druhý. Pocit ochrany může dítě zažívat pouze v prostředí, kde rodiče jsou schopni spolupracovat, a to i v tom případě, že spolu nedokáží žít.

Rozpad vztahu mezi rodiči je destruktivním procesem pro celou rodinu. Všichni zúčastnění mohou trpět pocity viny, strachu, studu, ale i vzteku, nenávisti a zloby. Rodiče, kteří jsou oslabeni partnerskými spory mohou ztratit své rodičovské pozice. Nejsou schopni udržet bezpečné prostředí, ve kterém dítě

potřebuje vyrůstat. Dítě není schopno vnímat obsah konfliktů mezi rodiči, ale bude reagovat na napětí mezi rodiči a na oslabení rodičovské funkce.

Jestliže je dítě nuceno zabývat se emocionálními vazbami a konflikty v rodině, je výrazně oslabena možnost adekvátně používat adaptační vzorce chování a dítě bude inklinovat k chování maladaptivnímu. V řadě případů je problematické chování dítěte odrazem nevhodného chování rodičů.

Mnoho dětí, které prošlo rozpadem vztahu mezi rodiči, trpí depresí a i vyšší mírou úzkosti. Děti, které mají zkušenost se ztrátou jednoho rodiče, již nezískají znovu pocit jistoty. Jestliže se dítě nemůže spolehnout na svého rodiče, který je základnou pocitu bezpečí, potom se nemůže spolehnout na nic. Trvale se mění způsob, kterým děti přemýšlejí o světě.

Děti nutně potřebují být v kontaktu s otcem i matkou proto, aby mohla úspěšně probíhat identifikace s oběma rodiči. Tento důležitý fakt střídavá či společná péče o dítě umožňuje. Ale tento způsob péče o dítě může být funkční pouze za specifických podmínek. Rozhodně střídavá či společná péče není řešením všech neshod, které mezi rodiči panují.

Cílem tohoto příspěvku je zodpovědět na otázku, jaké jsou obecné zkušenosti se střídavou a společnou péčí o děti, jejichž rodiče se rozvedli. Podle údajů kompetentních ministerstev a statistických zjištění je v České republice pouze malé procento dětí, které soud svěřil do střídavé péče obou rodičů. Týká se to asi pěti procent z třiceti tisíc dětí, které ročně procházejí rozvodem rodičů. Ve většině případů jsou děti po rozvodu rodičů svěřeny do výhradní péče matek. V jaké situaci se však může třebaže malé procento dětí ocitnout? Nakolik je systém sociální péče schopen zajistit adekvátní fungování střídavé péče? Jaká je kontrola soudu nad dětmi, které byly soudem určeny k tomuto sociálnímu experimentu? Může existovat funkční společná péče o dětí po rozvodu rodičů?

Kasuistika 1.

Soud svěřil osmiletého chlapce do střídavé péče obou rodičů v době, kdy měl pět let. Oba rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní a na rozdělení dítěte se dohodli sami. Bez problémů se shodli na střídání po týdnu. Chlapec se stěhuje k druhému rodiči vždy v neděli večer. Střídání probíhá nekonfliktně a rodiče si předávají dítě bez přítomnosti dalších osob. Oba rodiče žijí ve svém bytě. Oba rodiče mají partnery, kteří s nimi žijí ve společné domácnosti. Další děti rodiče nemají. K zvláštnímu vyvrcholení jinak neproblémového střídání dítěte došlo v průběhu dopoledního vyučování v době, kdy chlapec navštěvoval druhou třídu. Třídní učitelka si všimla, že chlapec má zvýšenou teplotu a objevila se u něho nauzea. Chlapec v průběhu dne zvracel a teplota mu neustále stoupala. Učitelka se pokoušela zastihnout otce, který měl v daném týdnu syna v péči. Otec byl však ne-

dostupný. Učitelka vyhodnotila situaci jako závažnou a kontaktovala telefonem matku. Upozornila ji na zhoršující se průběh onemocnění syna a požádala ji, aby si nemocné dítě převzala a zajistila mu adekvátní péči. Matka učitelce oznámila, že tento týden je dítě v péči otce a tudíž, ať se otec o syna postará tak, jak to stanovil soud. Učitelka po zbytek vyučování pečovala o nemocné dítě a teprve okolo poledne se jí podařilo sehnat otce. Otec se pro syna dostavil až v průběhu odpoledních hodin.

Kasuistika 2.

Soud svěřil dvě děti do střídavé péče obou rodičů v době, kdy chlapec byl tříletý a děvčátko šestileté. Obě děti prošly situacemi, kdy rodiče si děti vzájemně unášeli a traumatizovali je opakovanými konflikty. Otec se základním vzděláním žádal děti do střídavé péče a matka se středoškolským vzděláním žádala děti do své výhradní péče. Děti vyrůstají spolu a vždy v neděli v danou hodinu si přijede druhý rodič do bytu prvního rodiče. Při předávání dochází k neustálým konfliktům. Opakovaně zasahovala při předávání policie a rodina je v péči sociálních pracovníků (OSPOD). Rozvod rodičů dosud neproběhl, protože rodiče se nedohodli na majetkovém vyrovnání. Děti jsou týden v péči matky, která má vlastní byt a partnera a navštěvují pravidelně rodinu matky. Rodina matky nenávidí otce dětí a rodinu otce dětí. Druhý týden jsou v otcově rodině. Otec bydlí u svých rodičů. V tomto týdnu o děti pečuje matka otce. Babička vodí děti do školky a do školy, s děvčátkem píše úkoly a pro obě děti zajišťuje trávení volného času, hygienu a materiální potřeby. Otcova rodina nenávidí matku a matčinu rodinu. Obě děti projevují problematické chování. U děvčátka došlo k rozvoji suicidálního chování.

Kasuistika 3.

Devítiletý chlapec byl svěřen do střídavé péče obou rodičů v době, kdy měl šest let. Oba rodiče, kteří jsou středoškolsky vzdělaní, žádali o svěření syna do výhradní péče. Chlapec žije týden u matky, která má svůj vlastní byt. Matka žije s partnerem. Druhý týden je v péči otce, ovšem otec si syna pouze vyzvedne a předá ho do péče své matky. Chlapec tak žije týden s jednou ženou, matkou, a týden s druhou ženou, babičkou. Mezi ženami nedochází ke konfliktům. Matce tato situace vyhovuje, protože není přetížena péčí o dítě a může se věnovat vlastním zájmům. Otec netráví se synem téměř žádný čas. U obou žen je chlapec spokojený a má zajištěny své potřeby. Jaký bude mít vliv dlouhodobá nepřítomnost otce na socializaci chlapce lze jen odhadovat. V současné době nemá dítě zjevné emocionální a osobnostní obtíže.

Kasuistika 4.

Soud svěřil dvě děti do střídavé péče po vzájemné dohodě s rodiči, kteří dosáhli oba na středoškolské vzdělání, v době, kdy dívka měla 10 let a chlapec 6 let. Děti zůstávaly v bytě rodičů a rodiče se po 14 dnech u dětí střídali. Obě děti výrazně po rozvodu rodičů zhoršily chování a prospěch. Rovněž u obou se vyskytovaly častější somatické potíže. Oba rodiče přiznávají, že nevolí vhodné výchovné metody. Ve dvou týdnech, kdy nejsou v kontaktu s dětmi, rodiče pociťují extrémní stesk. V důsledku pocitů viny oba rodiče byli velmi liberální a v obavě před konflikty raději vše za děti vykonali sami. Nároky rodičů jsou minimální a nastavení pravidel rodinného života nebylo možné. Po několika měsících tohoto dysfunkčního soužití se rodiče dohodli, že i přesto, že bylo soudem rozvedeno jejich manželství, zůstanou v bytě bydlet společně a dohromady budou vychovávat a pečovat o své děti. Situace v rodině se pomalu začala zklidňovat. Mezi rodiči nedochází ke konfliktům a rodiče se dohodli poměrně snadno na kooperativním přístupu k dětem.

Kasuistika 5.

Soud svěřil pětiletého chlapce do střídavé péče obou rodičů Oba rodiče mají středoškolské vzdělání. Oba rodiče žádali soud o svěření dítěte do výhradní péče a nebyli schopni se dohodnout na výchově. Jeden týden je chlapec v péči matky, která bydlí s novým partnerem Matka má v novém vztahu další dítě. Druhý týden bydlí chlapec u otce, který žije ve svém bytě s novou partnerkou, která má vlastní dvě děti, rovněž ve střídavé péči. Chlapec nenavázal dobrý vztah s dětmi partnerky otce a situaci v rodině otce řeší sociální pracovníci (OSPOD). Matka chlapce opakovaně upozorňuje na to, že otcova partnerka používá neadekvátní výchovné metody (fyzické tresty, izolace). Otcova partnerka pečuje v jednom týdnu o tři děti, dvě vlastní a jedno nevlastní. Druhý týden se věnuje partnerskému životu a odpočívá. Otec v průběhu jednoho roku vystřídal více partnerek. Všechny jeho partnerky přebíraly zodpovědnost za péči o syna, včetně přípravy do školy či návštěvy v lékařském zařízení. Matka chlapce s touto situací nesouhlasí a připravuje nové soudní řízení, kde bude žádat syna do výhradní péče.

Kasuistika 6.

Soud svěřil dvě pubescentní dívky do výhradní péče matky na základě dohody obou rodičů. Matka žije ve vlastním bytě a v průběhu pracovních dnů pečuje o dcery sama. V pátek odpoledne si dcery vyzvedne ze školy otec a vrací je do bytu matky v neděli večer. Děti tak tráví s otcem veškerý volný čas. U matky mají zajištěné stabilní prostředí, materiální potřeby, dohled nad přípravou do školy a organizované trávení volného času. Matka má dostatek času v průběhu týdne, aby dcery doprovázela na různé mimoškolní aktivity, kontroluje jejich přípravu do školy a jídelníček. S otcem si dívky vytvořily přátelský vztah, který má liberálnější podstatu. Matka věnuje víkend své práci a vlastním představám

o trávení volného času. Otec se věnuje pracovním aktivitám v průběhu pracovních dnů a víkend tráví s dcerami. V případě zdravotních potíží zůstává nemocná dcera s matkou.

Kasuistika 7.

Soud svěřil dvě děti do péče matky v době, kdy děvčátko mělo 6 let a chlapec měl 14 let. Po překonání porozvodové krize se rodiče dohodli na jiných pravidlech než stanovil soud. Obě děti bydlí v bytě matky, která je vysokoškolsky vzdělaná. Odpoledne však obě děti tráví každý den se svým otcem, který je středoškolsky vzdělaný. Otec předává děti matce ve večerních hodinách. Matka dohlíží nad přípravou do školy a nad životosprávou dětí. Každý víkend tráví otec se synem a matka s dcerou. Všední dny děti, které žijí v místě bydliště matky, jsou v kontaktu s otcem. Matka se může věnovat své náročné práci a otec, který má pohyblivou pracovní dobu, neztratil po rozvodu kontakt se svými dětmi.

Závěr

Praktické zkušenosti, které máme v ČR se střídavou péčí o děti prokazují, že tento model nemá dostatečnou funkčnost. V řadě případů základní smysl právního ukotvení péče obou rodičů, a to kontakt s otcem i matkou, není dodržován. Děti se střídavě ocitají v prostředí dvou žen, matky a babičky, které ne vždy dokáži optimálně kooperovat při výchově. Můžeme si jen položit otázku, zda je systém sociální péče schopen prokázat, že dítě, které má být týden u otce, je ve skutečnosti u otcovy matky. Určitou naději na zlepšení porozvodové péče o děti nabízejí ty rodiny, kde sice jsou děti svěřeny do péče matek, ale ve skutečnosti jsou v kontaktu s oběma rodiči. Je to určitý neoficiální model společné péče. Můžeme si tuto situaci vysvětlit tak, že tradiční pojetí o tom, že matka zajišťuje péči o děti, stále přetrvává. Ženě je vnucena povinnost převzít po rozvodu rodičovské chování obou rodičů a situaci zvládnout bez ohledu na její osobnostní zaměření. V případě jejího selhání je dehonestována. Především starší generace se obtížně vyrovnávají s představou o rodině, ve které muž přebírá roli ženy. Lze tedy předpokládat, že společnost ve svém vývoji půjde kupředu a postupně i v ČR začnou rodičovské povinnosti přebírat i otcové a právní ukotvení společné péče o děti bude mít smysl. Mezi druhy syndromu CAN (syndrom týraného a zneužívaného dítěte) patří také systémové týrání. Systém, který je řízený státem a je určen k ochraně práv dítěte, selhává a dítě se stává obětí Nikdo se nezajímá o to, jakým způsobem rodina zajišťuje jeho potřeby, zcela chybí kontrola o sociální a emocionální situaci dítěte. A za nejdůležitější můžeme považovat naprostou absenci odborné bezplatné pomoci rodičům, kteří si vlivem vlastních emocionálních potíží, které souvisejí s rozpadem partnerského vztahu, nedokáží objektivně uvědomovat důsledky svého chování. Odborná veřejnost bude muset vynaložit velké úsilí ke zlepšení objektivní informovanosti obyvatel

České republiky o výhodách i nevýhodách nejen střídavé, ale hlavně společné péče. Především však je nezbytné, zlepšit fungování systému, který by měl sloužit spíš k zachování práv dítěte bez upřednostňování práv dospělých rodičů. V situaci prohlubující se ekonomické krize, snižování rozpočtu v oblasti sociální péče i jinde, to bude jistě úkol nesnadný.

Kontakt na autorku:
PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Katedra psychologie a patopsychologie
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého
Žižkovo náměstí 5
Olomouc
kamila.holaskova@upol.cz

Literatura:

WARSHAK, RICHARD A. Revoluce v porozvodové péči o děti. Praha, Portál, 1996.
BERGER, MAURICE a GRAVILLON, ISABELLE. Když se rodiče rozvádějí. Praha, Portál, 2011.

Možnosti zlepšenia kvality života klientov domovov sociálnych služieb v oblasti sexuality a partnerských vzťahov

Ladislav Horňák

Abstrakt

Príspevok sa venuje problematike sexuality a sexuálnej výchovy prijímateľov sociálnych služieb umiestnených v domovoch sociálnych služieb. Pozornosť upriamuje na význam sexuality u jedincov s mentálnym postihnutím, na možnosti ich partnerského spolužitia a tiež na úroveň sexuálnej výchovy v týchto zariadeniach. V závere interpretuje výsledky výskumu a navrhuje odporúčania pre špeciálnopedagogickú prax. Výsledky výskumu budú podkladom a východiskom pre pozitívne zmeny na zlepšenie kvality života cieľovej skupiny prijímateľov sociálnych služieb a zvýšenie kvality poskytovaných sociálnych služieb v oblasti sexuality a partnerských vzťahov.

Kľúčové slová

Kvalita života. Sexuálna výchova. Sociálne služby. Domov sociálnych služieb. Sexualita. Prijímateľ sociálnych služieb. Partnerské vzťahy.

Úvod

Postoje a názory spoločnosti v oblasti sexuality sú v dnešnej dobe veľmi otvorené a benevolentné. Vďaka neuveriteľne širokej dostupnosti zdrojov informácií je dnešná spoločnosť informovaná lepšie ako kedykoľvek predtým. Ľudia s mentálnym postihnutím sú vo vzťahu k ľudskej sexualite špecifickou skupinou, a tí z nich, ktorí sú umiestnení v domovoch sociálnych služieb, sú mnohokrát ešte zaujímavejším fenoménom, pretože sa ich život spravidla, prevažne v čase puberty, začína v zariadení a po rokoch prežitých za múrmi domova v uzavretej komunite, bez kontaktu s rodinou, často aj končí na obecných či mestských cintorínoch. Týchto ľudí charakterizuje najmä nízke povedomie o všetkých aspektoch pohlavného života, partnerského spolužitia a sexuality vo všeobecnosti. Majoritná spoločnosť často vníma ľudí s mentálnym postihnutím napriek ich skutočnému veku ako „večné deti“ a má tendenciu ich pred témami sexuality, partnerského spolužitia či pohlavného života „chrániť“. Pochopiteľne, nie je možné čudovať sa rodičom, kontaktnému personálu, opatrovateľkám i zodpovedným zamestnancom, že majú obavy z nežiaduceho otehotnenia dievčat či žien, sexuálneho obťažovania agresívnymi mužmi, či narušenia pokojného chodu domova, a tak vedú všetkých akosi prirodzene k tabuizovaniu tejto témy.

Názory a praktické skúsenosti štatutárnych zástupcov domovov sociálnych služieb na tému sexualita a sexuálna výchova klientov domovov budú predmetom prieskumu v tomto príspevku.

Teoretické východiská

Aj napriek skutočnosti, že výchova dieťaťa je predovšetkým záležitosťou rodičov, niekedy nastanú situácie, kedy je dieťa s mentálnym postihnutím umiestnené v domove sociálnych služieb.

V prostredí domovov sociálnych služieb sa málokedy stretávame s plánovite prevádzanou sexuálnou výchovou, väčšina nie je vnímaná ako dôležitá súčasť výchovy. Pre ľudí s mentálnym postihnutím je sexuálna výchova potrebná a dôležitá, pretože sexualita je považovaná za základnú ľudskú potrebu a výchova v tejto oblasti za prirodzené právo každého z nás. Osoby s mentálnym postihnutím potrebujú vedieť, že existuje intímna zóna, kde sa ich smie dotýkať napríklad iba lekár. Prijímateľa sociálnej služby s mentálnym postihnutím je nevyhnutné naučiť nepodvoľovať sa, spolurozhodovať a presadiť vlastný názor.

Jednou z povinností poskytovateľov sociálnych služieb je pomôcť ľuďom s mentálnym postihnutím ich sexualitu prežiť spôsobom, ktorý si sami zvolia a ktorý im vyhovuje. Adekvátnou formou, vzhľadom k miere postihnutia, mentálnej a telesnej vyspelosti, prejavom v správaní a záujmu o sexualitu, by mali byť prijímateľom poskytované informácie o fyziológii pohlavných orgánov, sexualite a vzájomných partnerských vzťahoch. Poskytovaním týchto informácií sa posilňuje nielen právne vedomie ľudí s mentálnym postihnutím, ale dochádza aj k zabráneniu negatívnych, traumatizujúcich sexuálnych skúseností, dokonca aj k sexuálnemu zneužívaniu.

Podľa Tóthovej (2001) k dôvodom zavedenia sexuálnej výchovy do domovov sociálnych služieb patria tieto:

- naplnenie kompletnej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb,
- zníženie agresivity prijímateľov sociálnej služby,
- zvýšenie kvality života prijímateľov sociálnej služby,
- zvýšenie ich emocionálnych prejavov a možností,
- participácia na zatiaľ nevyužitých možnostiach kladného vzájomného pôsobenia oboch pohlaví,
- výrazné zlepšenie v oblasti správania, poriadku, upravenosti a hygieny.

Ciele a úlohy sexuálnej výchovy ľudí s mentálnym postihnutím

Cieľom sexuálnej výchovy je zvýšiť schopnosti a vedomosti ľudí s mentálnym postihnutím v tejto oblasti. Tóthová (2001) uvádza tieto všeobecné ciele sexuálnej výchovy osôb s mentálnym postihnutím:

- Rozvoj osobnosti aj v sexuálnej oblasti pomocou nájdenia odpovedí na vlastné otázky, priania a predstavy.
- Uvedomenie si vlastného tela a vnímanie telesných potrieb aj v sexuálnej oblasti, čím sa podporí aj proces vlastnej identifikácie muža/ženy.

- Odbúrať strach a tajomnosť sexuality a prevziať vlastnú zodpovednosť za svoje správanie.
- Podporiť sebavedomie a pocit vlastnej hodnoty v sociálnom kontexte.
- Rozšíriť sociálne kompetencie osôb s mentálnym postihnutím tým, že sa naučia adekvátne reagovať vo vzťahoch priateľstva, partnerstva podľa individálnych potrieb.
- Pripraviť osoby s mentálnym postihnutím na situácie a zážitky, ktoré ich čakajú pri integrácii do spoločnosti.

Sexualita je neoddeliteľnou súčasťou života človeka, preto každý človek má právo byť o nej primeraným spôsobom informovaný. Základy sexuálnej výchovy sú položené už pri narodení. Deti si postupne začínajú uvedomovať svoje anatomické rysy, začínajú chápať svoje telesné zvláštnosti, vrátane rozdielov medzi pohlavím.

Podľa Štěrbovej (2007) úlohy sexuálnej výchovy môžeme zhrnúť do týchto oblastí:

1. Podávať základné informácie o ľudskom tele, zdraví a jeho ochrane, životnom štýle, ľudskom sexuálnom správaní, základných medziľudských vzťahoch, partnerstve, manželstve a rodičovstve, o vlastnej ochrane a umení vychádzať s ľuďmi.
2. Vytvárať pozitívne racionálne a emocionálne koncipované postoje k základným ľudským hodnotám, ako napr. zdravie, láska.
3. Vytvárať žiaduce zručnosti, návyky a sexuálne správanie v najširšom slova zmysle, ktoré konštatujú ľudskú sebarealizáciu a subjektívne pocity ľudského šťastia v pozitívnom kontexte s očakávaným sociálnym správaním.

Kozáková (2004) uvádza tieto cieľové skupiny sexuálnej výchovy:

1. mentálne postihnuté osoby,
2. rodičia,
3. vychovávatelia, pedagógovia, špeciálni pedagógovia a ostatní ľudia pracujúci s mentálne postihnutými klientmi,
4. budúci profesionáli (vychovávatelia, pedagógovia, špeciálni pedagógovia), ktorí v budúcnosti budú pracovať s týmito ľuďmi,
5. najširšia verejnosť – je potrebná zmena negatívneho prístupu, postojov a predsudkov voči mentálne postihnutým.

Sexuálna výchova ľudí s mentálnym postihnutím musí v prvom rade zohľadňovať ich individualitu a stupeň postihu. Ako uvádza Bzdúchová (2000), sexuálny vek nemôže predbehnúť vek psychický a sociálny. Je dôležité zaraďovať mentálne postihnutých do výukových skupín podľa ich individuálnej vývinovej krivky tak, aby sa v rámci skupiny stretli jedinci približne na rovnakom stupni mentálneho, sociálneho a tomu zodpovedajúceho sexuálneho vývinu, a nie podľa fyzického veku.

V sexuálnej výchove ľudí s mentálnym postihnutím je dôležité prihliadať aj na špecifiká týkajúce sa ich kognitívnych a emocionálnych schopností osvojovať si vedomosti a zručnosti.

Odtabuizovanie sexuality ľudí s mentálnym postihnutím môže výrazne napomôcť k prevencii spoločensky a sociálne patologických javov, najmä sexuálneho zneužívania takto postihnutých ľudí, pretože práve znížená obranyschopnosť u týchto postihnutých jedincov je jedným z dôvodov, prečo sa často stávajú obeťami tohto javu.

Napriek tomu, že sexualitu mnohí z nás považujú za integrálnu súčasť osobnosti a výchova v tejto oblasti za prirodzené právo každého z nás, nie všetci zamestnanci domovov sociálnych služieb sú schopní sexuálne prejavy mentálne postihnutého človeka akceptovať. Často je prebúdzajúca sa sexualita vnímaná ako komplikácia, zamestnanci majú zábrany a obavy o nej hovoriť. Nezriedka tak svojimi postojmi bránia prirodzenému procesu dospievania a osamostatňovania sa, čím môžu u postihnutých osôb vytvárať citovú bariéru a sexuálnu frustráciu a tiež veľkú sociálnu neskúsenosť. *„Sexuálna výchova od detstva u človeka s mentálnym postihnutím mu môže pomôcť pri jeho integrácii do spoločnosti“* (Janiš, In: Sexualita mentálne postižených, 2004, s. 21).

Povinnosťou poskytovateľov sociálnych služieb je pomôcť prijímateľom sociálnych služieb prežiť ich sexualitu takým spôsobom, aký si sami zvolia a vyhovuje im, avšak ten nesmie byť v rozpore so záujmami ostatných. Zmysel a cieľ sexuálnej výchovy je teda v nasmerovaní prijímateľa sociálnej služby k zodpovednosti, úcte, tolerancii a plnosti citového prežívania.

Problematické oblasti pri realizácii sexuálnej výchovy v domovoch sociálnych služieb

Ako uvádza Pondělíčková-Mašlová (In: Brtníková a kol., 1989), predpokladom zdravého vývoja osobnosti je i správna sexuálna výchova, ktorá rešpektuje biologický základ sexuality, ale súčasne kultivuje a navodzuje ich ľudské, citovo bohaté prežívanie.

Sexualitu nemožno rozvíjať a ovplyvňovať od doby dospievania, kedy sa začína prejavovať, a to tak u postihnutých jedincov, ako aj u ľudí bez postihnutia, ale skôr.

Ako problematické oblasti pri realizácii sexuálnej výchovy osôb s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb sa javia tieto:

- Veľkokapacitné zariadenia sociálnych služieb. S tým je spojené riziko straty súkromia, izolovanosti, zneužívania, konfúzie rolí, nutnosti prispôsobovať sa režimu v danom zariadení sociálnych služieb alebo potrebám iných prijímateľov sociálnej služby. Prijímatelia sociálnej služby domova sociálnych služieb nemajú súkromie, nakoľko sú v jednej izbe ubytovaní viacerí.
- Nekoedukované typy zariadenia sociálnych služieb. Takéto zariadenia neposkytujú možnosť vychádzať v ústrety prirodzeným erotickým a sexuálnym potrebám svojich prijímateľov sociálnej služby. Atmosféra v koedu-

kovaných zariadeniach sociálnych služieb je oveľa lepšia, nakoľko denný styk s druhým pohlavím im pomáha lepšie sa prispôsobovať požiadavkám spoločného života.

- Nedostatočné rešpektovanie sexuálnych potrieb a sexuálnych práv prijímateľov sociálnej služby, ktorí majú rovnaké práva ako ostatní občania – teda aj právo na prejavy sexuálne, na výchovu a osvetu v tejto oblasti.
- Potláčanie nahromadenej sexuálnej energie prijímateľov sociálnej služby nerešpektovaním ich prirodzených sexuálnych potrieb. Človek s mentálnym postihnutím si s vlastnou sexualitou nevie rady, nemá príležitosť uspokojovať ju a často ani nevie, ako by to mal urobiť.
- V dôsledku zabrzdených sexuálnych potrieb prijímateľov sociálnej služby sa často vyskytujú rôzne sexuálne parafílie. Ak osoba s mentálnym postihnutím nedostane príležitosť prejaviť sa sexuálne jedným, alebo druhým spôsobom, môže to viesť k stavu napätia a k iným ťažkostiam. Medzi mladistvými s mentálnym postihnutím sa neraz vyskytuje homosexualita.
- Nedostatočne ošetrené základné pravidlá partnerstva a sexuality osôb s mentálnym postihnutím. Veľmi dôležitá v tejto oblasti je jednotnosť v postupoch a prístupoch personálu.
- Sexuálne zneužívanie blízkymi ľuďmi, respektíve osobami vyššej mentálnej úrovne. Osoby s mentálnym postihnutím môžu byť ľahko manipulovateľné, zanedbávané alebo sexuálne zneužívané.
- Nedostatočná či chýbajúca sexuálna osveta a sexuálna výchova. Problémom v oblasti sexuality prijímateľov sociálnej služby s mentálnym postihnutím je i nedostatočná informovanosť o prevencii a následkoch sexuálnej aktivity.

Veľa ľudí s mentálnym postihnutím žije v neustálej citovej deprivácii a sexuálnej frustrácii dôsledkom sociálnej izolácie v zariadeniach sociálnych služieb. Táto skutočnosť výrazne obmedzuje ich životnú motiváciu a mentálne postihnutie umocňuje patopsychologickými tendenciami, ktoré ohrozujú osobnosť jednotlivca s postihnutím.

Osoby s mentálnym postihnutím pri realizácii sexuálnej výchovy v domovoch sociálnych služieb si vyžadujú špecifický prístup. Pri komunikácii o sexualite s nimi platí, že je dôležité poskytnúť im toľko informácií, koľko môžu pochopiť a koľko potrebujú pre svoj súčasný i budúci život.

Možnosti vytvárania partnerských vzťahov v domovoch sociálnych služieb

Ľudia s mentálnym postihnutím sú často umiestnení v domovoch sociálnych služieb. Pri ich sexuálnej výchove a príprave na partnerstvo zohráva významnú úlohu konkrétny typ zariadenia, v ktorom sa klienti nachádzajú. Tento dôležitý faktor vplýva na konkrétne formy, metódy a prostriedky, ktoré zamestnanci zariadení volia.

„Sexualita, partnerstvo dvoch ľudí s mentálnym postihnutím je napriek postupným zmenám v myslení a postojoch verejnosti k týmto osobám, aj dnes

tabuizovaná oblasť pretkaná predsudkami a diskrimináciou" (Mandzáková, 2011, s. 49).

Pre osoby s mentálnym postihnutím je najvhodnejšie koedukované zariadenie sociálnych služieb, ktoré poukazuje na to, že spoločný kontakt oboch pohlaví prináša skôr pozitíva ako negatíva – pomáha lepšie zvládať požiadavky spoločenského života, vedie k ohľaduplnosti, k pokroku v sebaobsluhe, k starostlivosti o osobnú hygienu (Kozáková, 2004).

Domovy sociálnych služieb z rôznych (už spomínaných) dôvodov málo rešpektujú sexuálne potreby a sexuálne práva svojich prijímateľov sociálnej služby. Strata súkromia je daňou za pobyt v domove sociálnych služieb. Zdieľanie malého priestoru s klientmi, pocit osamelosti, sú často azda najväčšími problémami týchto osôb.

Možnosť nájsť si partnera, uzavrieť s ním manželstvo a založiť si rodinu patrí medzi základné ľudské práva. Odopierať toto právo osobám s mentálnym postihnutím je v rozpore s medzinárodne uznávanými Štandardnými pravidlami na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím. Niekedy ani nie je príležitosť k nadviazaniu kontaktu s potencionálnym partnerom, ktorý by mal podobnú mentálnu úroveň, a taktiež aj podobné potreby.

Partnerstvo týchto ľudí nemáva zakaždým štandardný charakter. Pre ľudí s mentálnym postihnutím sexuálny život nie je hneď pohlavný styk. Mnohým stačí, keď môžu vedľa seba ležať v posteli alebo sa držať za ruku.

V niektorých zariadeniach sociálnych služieb v súčasnosti už umožňujú osobám s mentálnym postihnutím partnerský život, s patričnou antikoncepciou i sociálnou podporou. *„Je potrebné utvárať rámec a priestor pre vlastné rozhodovanie v oblasti vzťahov tak, aby bola rešpektovaná osobná sloboda ľudí s mentálnym postihnutím, ich právo na lásku, priateľstvo a sexuálny život a zároveň aby mali zaručenú ochranu pred nebezpečím, násilím, AIDS, nechceným tehotenstvom"* (Pörtner, 2009, s. 75).

Cieľ a hypotézy prieskumu

Cieľom prieskumu bola analýza názorov štatutárnych zástupcov zariadení sociálnych služieb na význam sexuality a sexuálnej výchovy klientov domovov sociálnych služieb, ako aj na sexuálnu výchovu v týchto zariadeniach.

Hypotézy

H1: Predpokladáme, že zamestnanci menej než polovice zariadení absolvovali kurz k problematike sexuality ľudí s mentálnym postihnutím.

H2: Predpokladáme, že menej ako polovica zariadení má vypracovaný Protokol sexuality.

H3: Predpokladáme, že sexuálna výchova má význam a dôležité postavenie pre človeka s mentálnym postihnutím žijúceho v domove sociálnych služieb.

H4: Predpokladáme, že väčšina respondentov považuje vzdelávanie v oblasti

sexuality ľudí s mentálnym postihnutím pre pracovníkov v priamej starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím za dôležité.

Metódy prieskumu

Pre naplnenie cieľa prieskumu sme na zber dát použili nami zostavený dotazník. Obsahoval 26 otázok týkajúcich sa sexuality a sexuálnej výchovy v domovoch sociálnych služieb.

Charakteristika výberového súboru

Výskumu sa zúčastnilo 148 štatutárnych zástupcov domovov sociálnych služieb na Slovensku, čo považujeme za dostatočne reprezentatívny výber. Výberový súbor tvorilo 64 mužov (43,24 %) a 84 žien (56,76 %). Najväčší počet riaditeľov bol vo vekovej skupine viac ako 50 rokov, a to 45,95 %, ďalej 35,14 % vo vekovej skupine 40–50 rokov, vekovú skupinu 30–40 rokov tvorilo 14,19 % respondentov a najmenšie zastúpenie 4,73% bolo vo vekovej skupine 20–30 rokov.

Výsledky výskumu a ich interpretácia

V tejto časti budeme interpretovať najdôležitejšie zistenia vzťahujúce sa k problematike.

Otázka 1: Absolvovali ste niektorý z kurzov k problematike sexuality ľudí s mentálnym postihnutím?

Tabuľka 1: Absolvovanie kurzov zamestnancov DSS k problematike sexuality ľudí s mentálnym postihnutím

Absolvovanie kurzov sexuality ľudí s mentálnym postihnutím	N	P
áno	10,81%	16
áno a mám záujem absolvovať ďalšie kurzy	21,62%	32
nie, ale mal/a by som záujem podobný kurz absolvovať	54,05%	80
nie a nemám záujem absolvovať kurz	13,52%	20

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Napriek proklamáciám o dôležitosti sexuálnej výchovy v domovoch sociálnych služieb viac ako 67 % opýtaných ho neabsolvovalo. Tento údaj ale môže skresľovať fakt, že ide o riaditeľov zariadení a nie o zamestnancov priamo pracujúcich s klientmi.

Otázka 2: Má zariadenie, v ktorom ste štatutárom, vypracovaný „Protokol sexuality“

Tabuľka 2: Protokol sexuality v DSS

Protokol sexuality v DSS	N	P
áno	11,49%	17
nie	13,51%	20
nie, ale zariadenie by Protokol sexuality malo mať	75,00%	111

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Z pohľadu riadiaceho pracovníka je zarážajúci fakt, že len 17 zariadení z opýtaných má Protokol sexuality. Ak riaditeľ tvrdí, že by ho zariadenie malo mať, tak by ho mal dať vypracovať. Je to jeho zodpovednosť.

Otázka 3: Prijímatelia sociálnych služieb zariadenia, v ktorom ste riaditeľom, sú:

Tabuľka 3: Pohlavie prijímateľov sociálnych služieb DSS

Pohlavie prijímateľov sociálnych služieb DSS	N	P
muži a ženy – toto riešenie považujem za najvhodnejšie	95,27%	141
muži a ženy – nie som však s týmto usporiadaním spokojný/á	0,00%	0
iba muži – považujem to za najvhodnejšie riešenie	2,70%	4
iba ženy – považujem to za najvhodnejšie riešenie	2,03%	3

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

V rámci koedukovanosti zariadení len sedem z nich je len pre mužov či ženy. V tomto smere je potrebné vysloviť spokojnosť.

Otázka 4: Majú podľa Vášho názoru prijímatelia sociálnych služieb vo Vašom zariadení dostatočné súkromie na prejavy svojej sexuality (napr. masturbáciu)?

Tabuľka 4: Súkromie prijímateľov sociálnych služieb DSS na prejavy svojej sexuality

Dostatočné súkromie prijímateľov sociálnej služby na prejavy sexuality	N	P
áno	54,05%	80
nie	45,95%	68

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Napriek tomu, že viac ako polovica zariadení má primerané priestory (podľa názoru riaditeľov) na intimity klientov, nemôžeme byť s týmto stavom spokojní, pretože takmer polovica ich nemá.

Otázka 5: Umožňujete vo Vašom zariadení žiť prijímateľom sociálnych služieb v partnerských vzťahoch vrátane sexuálneho prežívania?
Tabuľka 5: Partnerské vzťahy vrátane sexuálneho prežívania v DSS

Partnerské vzťahy ľudí s mentálnym postihnutím v DSS	N	P
áno	26,35%	39
áno, ale nepovažujem to za vhodné	3,38%	5
nie, ale domnievam sa, že by to malo byť prijímateľom umožnené	51,35%	76
nie	18,92%	28

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Z tabuľky je zrejmé, že na Slovensku sme v umožňovaní partnerského spolunažívania veľmi pozadu a v tejto oblasti nás čaká ešte veľa práce.

Otázka 6: Ste ochotný rozprávať sa s klientom o sexe?
Tabuľka 6: Ochota rozprávať sa o sexe s klientom

Ochota rozprávať sa s človekom s mentálnym postihnutím o sexe	N	P
áno, nerobilo by mi to žiaden problém	72,97%	108
áno, ale bol/a by som z toho v rozpakoch	15,54%	23
nie	11,49%	17

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Pozitívne je zistenie, že z celkového počtu opýtaných až 108 respondentov by nemalo žiaden problém rozprávať sa s mentálne postihnutým človekom o sexe.

Otázka 7: Sexuálna výchova pre ľudí s mentálnym postihnutím ich:
Tabuľka 7: Vplyv sexuálnej výchovy klientov na ich sexuálne prejavy

Sexuálna výchova pre ľudí s mentálnym postihnutím	N	P
podnecuje k sexuálnym prejavom	14,19%	21
nepodnecuje k sexuálnym prejavom	84,46%	125
nič z uvedeného	1,35%	2

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Pozitívne vnímame aj skutočnosť, že respondenti vo vysokej miere správne reagujú na fakt, či sexuálna výchova podnecuje alebo nepodnecuje klientov k nežiadúcim sexuálnym prejavom.

Otázka 8: Sexuálna výchova:
Tabuľka 8: Význam sexuálnej výchovy pre ľudí s mentálnym postihnutím

Sexuálna výchova	N	P
nemá pre ľudí s mentálnym postihnutím význam	6,08%	9
má význam iba pre ľudí bez mentálneho postihnutia	2,70%	4
má význam iba pre niektorých ľudí s mentálnym postihnutím	24,32%	36
má význam pre ľudí s mentálnym postihnutím i bez MP	66,90%	99

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Jednou z otázok, ktorá sa priamo dotýka stanovenej hypotézy je význam sexuálnej výchovy pre klientov. Proklamuje sa tu jej potreba, len prax už nie je až taká pozitívna. Pritom práve riaditelia zariadení môžu tento stav pozitívne ovplyvniť.

Otázka 9: Sexuálna výchova by mala prebiehať:
Tabuľka 9: Priebeh sexuálnej výchovy pre ľudí s mentálnym postihnutím

Sexuálna výchova by mala prebiehať	N	P
s povolením rodičov alebo zákonných zástupcov	15,54%	23
i bez povolenia rodičov	2,70%	4
na základe individuálnych potrieb človeka s mentálnym postihnutím	78,38%	116
nič v vyššie uvedeného	3,38%	5

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

V prevažnej miere správne reakcie sme zaznamenali aj v tejto otázke, kde sme sa pýtali na to, či je potrebný súhlas rodičov k sexuálnej výchove.

Otázka 10: Ľudia s mentálnym postihnutím sú:
Tabuľka 10: Sexuálne zneužívanie ľudí s mentálnym postihnutím

Ľudia s mentálnym postihnutím	N	P
sú primárnym terčom sexuálneho zneužívania	70,27%	104
nie sú terčom sexuálneho zneužívania, vzhľadom k nedostatku vlastnej sexuality	5,41%	8
nič z vyššie uvedeného	24,32%	36

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Alarmujúcim zistením je, že až 70 % respondentov si myslí (a pravdepodobne s tým majú aj skúsenosti), že ľudia s mentálnym postihnutím sú primárnym

terčom sexuálneho zneužívania. V tomto smere by sexuálna výchova a osveta mohla veľmi pomôcť.

Otázka 11: Ľudia s mentálnym postihnutím:
Tabuľka 11: Právo na manželstvo a rodičovstvo ľudí s mentálnym postihnutím

Ľudia s mentálnym postihnutím	N	P
majú právo na manželstvo a majú právo mať deti	37,84%	56
nemajú právo na manželstvo, ale majú právo mať deti	18,92%	28
majú právo na manželstvo, ale nemajú právo mať deti	27,03%	40
nemajú právo na manželstvo a nemajú právo mať deti	16,21%	24

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Pri tejto otázke sú jednotlivé odpovede dosť vyrovnané a tu by potrebovali osvetu a vzdelávanie samotní riadiaci pracovníci.

Otázka 12: Masturbácia ľudí s mentálnym postihnutím:
Tabuľka 12: Vplyv masturbácie na ľudí s mentálnym postihnutím

Masturbácia pre ľudí s mentálnym postihnutím	N	P
má na ich sexualitu negatívny vplyv	2,70%	4
by mala byť podporovaná a učená v rámci sexuálnej osvety	76,35%	113
mala by byť podporovaná	8,11%	12
nič z vyššie uvedeného	12,84%	19

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Správny názor v prevažnej miere prejavili riadiaci pracovníci aj v otázke masturbácie klientov domovov sociálnych služieb.

Otázka 13: Sexuálne prejavy ľudí s mentálnym postihnutím:
Tabuľka 13: Postoj zamestnancov DSS k prejavom sexuality ľudí s mentálnym postihnutím

Sexuálne prejavy ľudí s mentálnym postihnutím	N	P
by im mali byť zakázané	0%	0
by mali byť farmakologicky tlmené	24,32%	36
sú bežnou súčasťou ľudského života	75,68%	112

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

S predchádzajúcou otázkou súvisí aj táto, kde sme sa pýtali na postoj k sexuálnym prejavom klientov domovov sociálnych služieb. Súhlasíme aj s názorom, že by mali byť farmakologicky tlmené v ojedinelých prípadoch ak je nadmerná sexualita nezvládnuteľná a ohrozuje ostatných klientov.

Otázka 14: Považujete vzdelávanie v oblasti sexuality ľudí s mentálnym postihnutím pre pracovníkov v priamej starostlivosti o nich za dôležité?
Tabuľka 14: Postoj zamestnancov DSS k nutnosti vzdelávania v oblasti sexuality ľudí s mentálnym postihnutím pre pracovníkov v priamej starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím

Dôležitosť vzdelávania v oblasti sexuality ľudí s MP pre pracovníkov	N	P
áno	86,49%	128
nie	13,51%	20

Legenda: N – % zobrazenie oslovených respondentov, P – počet oslovených respondentov

Riadiaci pracovníci považujú vzdelávanie zamestnancov domovov sociálnych služieb v oblasti sexuality za dôležité ale opäť je to v ich rukách ako to zrealizujú, pretože prax je menej priaznivá.

Závery prieskumu

Všetky štyri nami stanovené hypotézy sa nám potvrdili. Potvrdil sa nám predpoklad, že vzdelávanie pracovníkov v oblasti sexuálnej výchovy je potrebné zintenzívniť. Tak isto sú veľké medzery vo využívaní Protokolu sexuality. Potreba vzdelávania v oblasti sexuality mentálne postihnutých je podľa pracovníkov nutná hoci sa využíva málo. Podobne je to aj so vzdelávaním samotných klientov, potreba je proklamovaná ale skutočnosť je iná.

Odporúčania pre teóriu, metodológiu a špeciálnopedagogickú prax

Základom celého prieskumu bolo riešenie otázok týkajúcich sa sexuality a sexuálnej výchovy klientov v podmienkach domovov sociálnych služieb.

Postoj zamestnancov domovov sociálnych služieb k sexualite prijímateľov sociálnej služby s mentálnym postihnutím by mal vychádzať z rešpektovania individuálnych potrieb a sexuálnych práv každého jedinca. Jedným zo špecifických práv osôb s mentálnym postihnutím je aj právo na kvalitný život v oblasti sexuality a partnerských vzťahov.

Personál by mal byť informovaný a získať tieto postoje k sexualite a k sexuálnej výchove u ľudí s mentálnym postihnutím:

- ľudia s mentálnym postihnutím sú sexuálne bytosti a ich sexualita sa v zásade nelíši od sexuality kohokoľvek iného,
- sexuálnu výchovu ľudí s mentálnym postihnutím je potrebné podporovať a umožňovať a nie ju potierať, rôznym spôsobom bagatelizovať,
- neobávať sa dôsledkov sexuálneho života ľudí s mentálnym postihnutím,
- je nevyhnutné poznať osobitosti týkajúce sa vzájomných partnerských vzťahov a sexuality osôb s mentálnym postihnutím, ktoré sú odlišné od jeho vlastnej skúsenosti,
- je nevyhnutné šíriť optimálne stratégie a spôsoby práce s ľuďmi s mentálnym postihnutím v oblasti sexuality a tam, kde zatiaľ žiadne neexistujú, poukázať na potrebu ich vytvorenia.

V zmysle zlepšenia kvality života prijímateľov sociálnej služby domovov sociálnych služieb odporúčame:

- Aby zariadenia sociálnych služieb mali vypracovaný Protokol sexuality, a aby odborní zamestnanci pri riešení problémových situácií v rámci sexuality postupovali v jeho zmysle.
- Pri riešení sexuality v ústavných zariadeniach je treba najskôr sa zamerať na úroveň kvality poskytovaných služieb a naplnenie všeobecných podmienok, ktoré so sexuálnou výchovou zdanlivo nesúvisia – koedukovanosť zariadenia, zastúpenie oboch pohlaví v personálnom zložení, podpora sociálnych kontaktov, rešpektovanie práv a súkromie klientov atď. Aby mohlo byť pôsobenie v sexuálnej výchove účinné a aby mohlo stáť na pevných základoch, je nevyhnutné splnenie práve vyššie spomínaných podmienok. Pokiaľ budeme realizovať sexuálnu výchovu v nekoedukovanom zariadení, kde tvoria personál len ženy a kde bývajú klienti na izbách po piatich až desiatich, nedočkáme sa zrejme relevantného výsledku.
- Je potrebné spracovať témy sexuálnej výchovy pre nasledujúce cieľové skupiny: jedinci s mentálnym postihnutím (v závislosti na hĺbke postihnutia), rodičia, vychovávatelia, personál v priamom kontakte s ľuďmi s postihnutím, učitelia, budúci profesionáli, špeciálni pedagógovia, profesie prichádzajúce s ľuďmi s postihnutím do styku... najširšia verejnosť (osvetové akcie – nutná zmena postoja spoločnosti). Negatívne postoje bývajú väčšinou spôsobené nedostatočnou informovanosťou (alebo nevhodnou prezentáciou reality). Pre každého z nás je dôležité uvedomiť si, že všetci ľudia majú také isté základné potreby bez ohľadu na prítomnosť alebo neprítomnosť zdravotného postihnutia.
- Dôležitá je špeciálna príprava personálu, rodičov, učiteľov a ostatných profesionálov pôsobiacich na poli poskytovania podpory jedincom s mentálnym postihnutím – uskutočňovanie kurzov, prednášok, seminárov, odborných stretnutí a pod. pre jednotlivé cieľové skupiny, zoznamovanie odbornej verejnosti s plánmi, postupmi sexuálnej výchovy, nadviazanie spolupráce s odborníkmi a jednotlivými cieľovými skupinami (dôležitá výmena informácií a praktických skúseností), zabezpečenie výcvikových kurzov pre budúcich trénerov a učiteľov sexuálnej výchovy jedincov s mentálnym postihnutím, ktorí už pracujú v danej oblasti a sú ochotní školiť ďalších.

Je potrebné, aby si odborní zamestnanci uvedomili, že ich práca v danom zariadení musí smerovať v prvom rade v prospech prijímateľa, pretože práve ich postoje ho do veľkej miery ovplyvňujú. Preto by mali mať pozitívny vplyv na vývoj prijímateľov sociálnej služby aj v oblasti partnerských vzťahov a ich sexuality a sexuálneho života. Zmenou postojov smerom ku skvalitňovaniu sexuálneho a partnerského života prijímateľov sociálnej služby sa zabráni dezinformáciám a reštriktívnym postojom k sexualite ľudí s mentálnym postihnutím.

Vedeniu domovov sociálnych služieb odporúčame, aby v plnej miere podporovali a vytvárali podmienky pre odborné školenia a kurzy, konferencie a stretnutia personálu, kde by mohli pracovníci v priamej starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím získavať užitočné informácie a skúsenosti z oblasti ich sexuality a sexuálnej výchovy.

Záver

Súčasná situácia v domovoch sociálnych služieb je v otázkach sexuálnej edukácie, osvety a prístupu zamestnancov v daných zariadeniach ku klientom podľa nášho názoru nedostačujúca. Cielená sexuálna výchova je minimálna a sami zamestnanci pripúšťajú, že nevedia kde a ako začať. Rodičia často nechcú sexualitu svojich detí riešiť, pretože majú zábrany a žijú v mylnej predstave, že ich deti nemajú sexuálne túžby. Sexuálna výchova má dôležitý význam najmä v prevencii pred sexuálnym zneužívaním jedincov s mentálnym postihnutím, pred rizikom nechceného a neplánovaného tehotenstva, pred rizikom prenosu pohlavných chorôb. Prijímatelia sociálnej služby, ktorým nie je venovaná dostatočná osveta, nedokážu presadzovať svoje práva a záujmy a nevedia sa brániť nevhodnej či nebezpečnej situácii. Sexuálna výchova je pre nich dôležitá, aby vedeli, že ich telo je len ich a že majú právo povedať „nie“, keď je im niečo nepríjemné. Je dôležité, aby vedeli, že nesmú tolerovať žiadne nepríjemné dotyky a manipuláciu s ich telom, ktorá v nich vzbudzuje obavy a že existuje intímna zóna, kde sa ich môže dotýkať napr. iba lekár. Je nutné naučiť prijímateľov nepodvoľovať sa, spolurozhodovať, pýtať sa na ich názory. Nevyhnutné je však nielen teoretické poučenie, ale zároveň tiež praktický výcvik, ako v prípade nebezpečenstva zareagovať. Sexuálna výchova preto predstavuje účinnú metódu znižujúcu riziko sexuálneho zneužívania ako výrazného zdroja traumatizujúcich zážitkov klientov.

Kontaktné údaje:
doc. PaedDr. Ladislav Horňák, PhD.
Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Katedra špeciálnej pedagogiky
Ul. 17. novembra 15
080 01 Prešov
SLOVAKIA
e-mail: hornakl@unipo.sk

Príspevok je súčasťou realizácie výskumnej úlohy VEGA 1/0942/11
„Zvyšovanie kvality života klientov s ťažším mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb v oblasti sexuality a partnerských vzťahov.“

Zoznam bibliografických odkazov:

BRTNÍKOVÁ, M. et al. 1989. *Sex? AIDS!* Praha: Horizont, 1989. 147 s. ISBN 80-7012-021-5.

JANIŠ, K. 2004. Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci. In *Sexualita mentálně postižených: Sborník materiálů z celostátní konference.* Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. ISBN 80-903519-0-5, s.

KOZÁKOVÁ, Z. 2004. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In *Sexualita mentálně postižených: Sborník materiálů z celostátní konference.* Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. ISBN 80-903519- 5, s. 28-36.

MANDZÁKOVÁ, S. 2011. Kvalita sexuálneho a partnerského života osôb s ťažkým zdravotným postihnutím. Prešov: PF PU, 2011. 291 s. ISBN 978-80-555-0455-1.

PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.* Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

ŠTĚRBOVÁ, D. 2007. *Sexualita osob s mentálním postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 140 s. ISBN 978-80-244-1689-2.

TÓTHOVÁ, M. 2001. Sexuálna výchova a príprava na partnerstvo pre ľudí so špecifickými potrebami. In: Klimek, Ľ. Klohna, B. (Eds.). Láska, partnerstvo, erotika a sexuálny život telesne postihnutých občanov: Zborník prednášok, Zemplínska Šírava, 25. – 28. 10. 2001. Prešov: ZOM, 2001, s. 9-20.

Sexuální výchova – prostor pro aplikaci aktivizačních výukových metod

Michaela Hřivnová

Souhrn

Vyučovací předmět Výchova ke zdraví na druhém stupni základních škol zahrnuje širokou škálu výukových oblastí a témat. Jedním z nich je problematika reprodukčního zdraví a sexuální výchovy. Vzhledem k mnoha specifikům Výchovy ke zdraví a potažmo výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví, je žádoucí volit adekvátní výukové metody. A to takové, které umožňují naplňovat kognitivní, afektivní i psychomotorické cíle výuky a působí na všechny složky osobnosti. Výukových metod byla popsána celá řada, v pedagogické praxi jsou některé používány více některé méně. Pro výchovu ke zdraví se však jako velmi vhodná jeví aplikace aktivizačních výukových metod. Jak vyplynulo z uváděného výzkumu, 87 % žáků potvrzuje, že je výuka dle aktivizačních metod bavila, byla pro ně přínosná a efektivní. 61 % žáků ocenilo na aktivizačních metodách možnost projevení vlastního názoru a 39 % pak kladně hodnotí to, že se mohli do výuky aktivně zapojit. Téměř všichni žáci také uvádějí, že aktivizační výukové metody je motivují k učení.

Klíčová slova

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, Výchova ke zdraví, výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví, aktivizační výukové metody

Úvod

Již šest let (od září 2007) je na základních školách zařazena do Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV) vzdělávací oblast Člověk a zdraví, do které patří na 2. st. ZŠ vzdělávací obor Výchova ke zdraví. Od září letošního roku (2013) vstupuje v platnost upravená verze RVP ZV, kde došlo k inovaci očekávaných výstupů a současně k některým změnám v rámci nabízeného učiva; např. je nově v učivu vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví v pasáži „*rizika ohrožující zdraví a jejich prevence*“ pod bodem „*bezpečné chování a komunikace*“ zařazena také tematika „*nebezpečí komunikace prostřednictvím elektronických médií*“ (Hřivnová, 2013).

Současně se pro novou verzi RVP ZV připravovaly k jednotlivým vzdělávacím oborům a jejich očekávaným výstupům tzv. Standardy pro základní vzdělávání. Pro Výchovu ke zdraví je nyní zformulováno 16 očekávaných výstupů (OV), z nichž dva (11 a 12 OV) se přímo váží k výchově k sexuálně reprodukčnímu zdraví (srovnej s RVP ZV verze platná od 1. 9. 2013, s. 76).

Vzdělávací standardy více rozpracovávají jednotlivé OV, zahrnují tzv. indikátory a ilustrativní úlohy. V současné době je vypracován tzv. minimální standard, tzn. že splnění indikátorů a uvedených ilustrativních úloh by měla dosáhnout většina žáků na konci devátého ročníku ZŠ.

V rámci naplňování očekávaných výstupů pro obor Výchova ke zdraví (samozřejmě i pro jiné vzdělávací obory) však nejsou stanovené cesty, resp. výukové metody, pomocí kterých by mělo dojít k naplnění minimální úrovně vzdělávacího standardu. Je tedy na každém vyučujícím, jaké výukové metody pro výchovu ke zdraví, resp. v našem případě pro tematickou oblast výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví, zvolí.

Cíle

Cílem sdělení je upozornit na volbu možných výukových metod pro Výchovu ke zdraví na základních školách, resp. pro tematickou oblast výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Dále upozornit na návrhy aktivizačních výukových metod pro tuto výukovou oblast, které jsou mimo jiné zpracovány v diplomových pracích studentů Katedry antropologie a zdravovědy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V neposlední řadě pak prezentovat dílčí výsledky výzkumu zaměřující se na aplikaci aktivizačních výukových metod v rámci výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví na 2. st. ZŠ do pedagogického procesu.

Teoretická východiska

Výchova ke zdraví na základních školách je vyučovací předmět, který má řadu specifik jak z pohledu obsahového, neboť se jedná o multidisciplinární předmět (implementuje poznatky z medicíny, psychologie, sociologie, adiktologie aj.), tak zejména z pohledu didaktického. Výchova ke zdraví totiž nese v sobě potenciál vědomostního, ale zejména výchovného charakteru. Tudíž i volené výukové metody by měly tato kritéria zohledňovat a napomáhat tak dosahování kognitivních, afektivních a psychomotorických cílů.

Členění výukových metod lze provádět dle různých kritérií, tudíž existuje několik klasifikací. Např. Obst (2006) uvádí třídění na informačně receptivní (reproduktivní), problémové (produktivní) a výzkumné (kreativní) výukové metody. Maňák a Švec (2003) shrnují výukové metody do kategorií: metody z hlediska pramene poznání a typu poznatků (aspekt didaktický), metody z hlediska aktivity a samostatnosti žáků (aspekt psychologický), metody z hlediska myšlenkových operací (aspekt logický), metody z hlediska fází výchovně vzdělávacího procesu (aspekt procesuální), metody z hlediska výukových forem a prostředků (aspekt organizační), metody aktivizující (aspekt interaktivní). Z dalších autorů zabývajících se výukovými metodami lze jmenovat např. Skalkovou (2007), Kotrbu a Lacinu (2007, 2011) či Grecmanovou a Urbanovskou (2007).

Právě Grecmannová a Urbanovská (2007) nabízí ve své publikaci široké spektrum aktivizačních výukových metod, které jsou uplatňovány při tzv. zážitkové pedagogice a patří mezi tzv. moderní výukové metody.

Z obecné roviny popisu výukových metod je nutné vždy vytvořit adekvátní transformaci vzhledem k potřebám daného oboru, v našem případě pro Výchovu ke zdraví, resp. pro výchovu k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Učebnic s metodickými příručkami pro učitele Výchovy ke zdraví, které by nabízely dostatečné množství výukových metod, je na našem trhu relativně neuspokojivé zastoupení (lze využívat např. učebnici Výchova ke zdravému životnímu stylu pro 6.–9. ročník ZŠ z nakladatelství Fraus, či starší učebnici z téhož nakladatelství Občanská výchova s blokem Rodinná výchova pro jednotlivé ročníky 2. st. ZŠ).

Z aktivizujících výukových metod se do výuky Výchovy ke zdraví také začleňují prvky interaktivního vzdělávání pomocí exkurzí, besed, peer programů či projektové výuky. Relativně rozšířený je v oblasti výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví projekt Hrou proti AIDS na který upozorňuje Hamplová (2008).

Návrhy aktivizačních výukových metod pro tematickou oblast výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví

Vzhledem k rozsahu zpracování jednotlivých návrhů aktivizačních výukových metod jsou v této pasáži uvedeny pouze odkazy na možné zdroje, kde jsou popsány konkrétní aktivizační metody vhodné pro oblast výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Z knižních publikací lze uvést Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví (Hřivnová a kol., 2010). Diplomové práce studentů Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy, které byly na toto téma řešeny na Katedře antropologie a zdravovědy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci pod vedením Mgr. Michaely Hřivnové, Ph.D., jsou např.: *Metody výuky vybraných témat ze sexuální výchovy* (Kundratová, 2012), *Didaktické metody v sexuální výchově* (Matúšová, 2012), *Aktivizační metody výukového bloku „sexuální výchova" ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví* (Jiravová, 2013). Všechny práce jsou v celém znění dostupné na www.theses.cz po zadání jména autora diplomové práce.

Metodika výzkumu

Výzkumné šetření k aplikaci aktivizačních výukových metod (výuku na pedagogické praxi realizovala studentka Učitelství výchovy ke zdraví Bc. Jana Jiravová) se konalo v první etapě na jaře roku 2011 na nižším stupni gymnázia v Olomouci Hejčíně a výzkumného šetření se zúčastnilo 52 žáků (26 dívek a 26 chlapců) ve věku 13–14 roků (dvě 8. třídy). Druhá etapa výzkumu se realizovala na podzim roku 2012 na základní škole Stupkova Olomouc, do výzkumu se zapojilo 56 žáků (27 dívek a 29 chlapců) ve věku 14–16 let (dvě 9. třídy). Celkově tedy hodnotilo použité aktivizační výukové metody 108 žáků.

K hodnocení bylo využito dotazníku, který zahrnoval 6 položek (zde jsou účelově zpracovány 3 položky) a byl žákům distribuován po výuce s využitím

aktivizačních výukových metod. (Konkrétní přehled aplikovaných aktivizačních metod v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví je dostupný v diplomové práci Bc. Jany Jiravové na téma: Aktivizační metody výukového bloku „sexuální výchova“ ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví, která je plně přístupná na www. theses.cz po zadání jména autorky).

Výsledky a diskuse

Na základě aplikace aktivizačních metod do vyučovacího procesu byl žákům rozdán dotazník, který mimo jiné detekoval, jak se žákům výuka dle aktivizačních metod pro blok výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví líbila, zda ji hodnotí jako zajímavou, přínosnou a efektivní. Jak je z tabulky 1 patrné, 87 % žáků shledává takovou výuku jako interesantní a žádný žák ji nepovažuje za nezajímavou.

Tabulka 1. Hodnocení výuky s aplikací aktivizačních výukových metod

varianta odpovědi	**n**	**%**
ano, byla zábavná, přínosná a efektivní	94	87
byla náročná, bavili mě jen některé metody	14	13
ne, nebavila mě, upřednostňuji klasickou výuku	0	0
celkem	108	100

Jednou z dalších dotazníkových položek byla otázka „Co oceňuješ na aktivizačních metodách?“. Jak dokumentuje tabulka 2, 61 % žáků kladně hodnotí možnost projevení vlastního názoru a zbývajících 39 % oceňuje vlastní aktivní zapojení do výuky.

Tabulka 2. Možné klady použitých aktivizačních výukových metod

varianta odpovědi	**n**	**%**
můžu projevit vlastní názor	66	61
můžu se aktivně zapojit do výuky	42	39
žádné, metody mě nezaujaly	0	0
celkem	108	100

Jedna z posledních otázek sledovala, zda žáci při použití aktivizačních výukových metod v oblasti výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví vnímají, že tyto výukové metody u nich podněcují zájem k učení. Jak dokumentuje tabulka 3, přes 90 % zapojených žáků přiznává, že zvolené aktivizační metody je motivovaly k učení.

Tabulka 3. Motivace aplikovaných aktivizačních metod k učení

varianta odpovědi	n	%
ano	98	91
ne	3	3
nevím	7	6
celkem	108	100

Závěr

Jak již bylo výše uvedeno, je velmi důležité hledat a volit vhodné výukové metody tak, aby byly naplňovány stanovené cíle vzdělávání, v našem případě ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví, konkrétně v tematickém bloku výchovy k ochraně sexuálně reprodukčního zdraví. Na základě navržených aktivizačních výukových metod, jejich aplikaci v pedagogickém procesu a následné evaluaci žáky lze konstatovat, že aktivizační výukové metody jsou pro žáky zajímavé, žáci je vnímají jako efektivní a podporující zájem k učení. Nezbývá než věřit, že v brzké době vzroste počet odborných publikací s náměty na aplikaci aktivizačních metod pro výuku Výchovy ke zdraví a její jednotlivé tematické oblasti. Samozřejmě je k tomu po té nutným předpokladem, aby učitelé Výchovy ke zdraví tyto aktivizační výukové metody uplatňovali ve své pedagogické praxi a pomáhali tak naplňování stanovených očekávaných výstupů pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví dle RVP ZV 2013.

Kontakt na autorku:
Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Centrum výzkumu zdravého životního stylu
a Katedra antropologie a zdravovědy,
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
Email: michaela.hrivnova@upol.cz**.**
Tel.: 585 635 512

Literatura:

GRECMANOVÁ, H. & URBANOVSKÁ, E. (2007) *Aktivizační metody ve výuce, prostředek ŠVP.* (1. ed. , 178 p.) Olomouc, Czechai: Hanex. ISBN 978-80-85783-73-8.

HAMPLOVÁ, L. (2008) Hrou proti AIDS, úspěšný peer projekt v oblasti prevence HIV/AIDS v České republice. In: *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratorných metodik*. Vol. XIV, No. 2, pp. 69-72. ISSN 1335-5090.

HŘIVNOVÁ, M. (2013) Výchova ke zdraví jako prostor pro sexuální výchovu, sexuální výchova jako prostor pro prevenci nebezpečné elektronické komunikace. In: Kopecký, K. a kol. *Rizika internetové komunikace v teorii a praxi. Monografie*. (1 ed., pp. 5–24). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3571-8, ISBN 978-80-244-3595-4 (elektronická verze). Dostupné online na http://konference.e-bezpeci.cz/ [cit. 26. 8. 2013]

HŘIVNOVÁ, M. a kol. (2010) *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. (1. ed., 152 p.). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého. ISBN: 978-80-244-2503-0

JIRAVOVÁ, Jana (2013) *Aktivizační metody výukového bloku „sexuální výchova" ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví.* Diplomová práce (vedoucí práce Michaela Hřivnová). Olomouc, Czechia: PdF UP.

KOTRBA, T. & LACINA, L. (2011) *Aktivizační metody ve výuce – příručka moderníhopedagoga.* (2. ed., p. 185). Brno, Czechia: Barrister & Principal. ISBN 978-80-87474-34-1.

KOTRBA, T. & LACINA, L.(2007) *Praktické využití aktivizačních metod ve výuce.* (1. ed., 188 p.). Brno, Czechia: Barrister & Principal. ISBN 978-80-87029-12-1.

KREJČÍ Milada, ŠULOVÁ, L., ROZUM, F. & HAVLÍKOVÁ, D. *Výchova ke zdravému životnímu stylu*. Učebnice. (1. ed., 192 p.) plzeň, Czechia: Fraus. ISBN 978-80-7238-930-8

KUNDRATOVÁ, Iveta (2012) *Metody výuky vybraných témat ze sexuální výchovy*. Diplomová práce (vedoucí práce Michaela Hřivnová). Olomouc, Czechia: PdF UP.

MAŇÁK, J. & ŠVEC, V. (2003) *Výukové metody.* (1. ed., 219 p.). Brno, Czechia: Paido. ISBN 80-7315-039-5.

MATÚŠOVÁ, Lenka (2012) *Didaktické metody v sexuální výchově.* Diplomová práce (vedoucí práce Michaela Hřivnová). Olomouc, Czechia: PdF UP.

OBST, O. (2006) *Didaktika sekundárního vzdělávání.* (1 ed., 195 p.). Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1360-4.

SKALKOVÁ, J. (2007) *Obecná didaktika.* (2. ed., 322 p.). Praha, Czechia: Grada. ISBN 978-80-247-1821-7.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (verze platná od 1. 9. 2013). Dostupné online na http://www.nuv.cz/folder/32/display/ [cit. 28. 8. 2013]

Standardy pro základní vzdělávání - Výchova ke zdraví (pracovní verze z 30. 4. 2013). Dostupné online na http://clanky.rvp.cz/wp-content/upload/prilohy/17383/vychova_ke_zdravi.pdf [cit. 10. 5. 2013]

www.theses.cz

Priebežné výsledky sexuálnych dysfunkcií u závislých v PN Hronovce

Chovanec, M.[1,2], Dasová, K.[2], Stanko, R.[2], Zelman, M.[2], Weiss, P.[3]

Abstrakt

V príspevku prinášame časť dát z výskumu sexuálnych dysfunkcií u závislých v Psychiatrickej nemocnici Hronovce (PNH). Zamerali sme sa na zistenie sexuálnych dysfunkcií u závislých na nereprezentatívnej vzorke[1] pacientov prijatých na základnú protialkoholickú (Z PAL) a/lebo základnú protitoxikomanickú (Z PTL) alebo súdnu PAL a/alebo PTL liečbu.

Kľúčové slová

Sexuálne dysfunkcie. Závislosť. Erekcia. ASEX. GRISS. IIEF.

Úvod

V súčasnosti existuje v spoločnosti názor o pozitívnom efekte psychoaktívnych látok na sexualitu. Na vplyv postojov alebo názorov na správanie upozorňujú viacerí autori (napr. Marková, 2012). Relatívne pozitívum spočíva v dostavení sa eufórie, padajú sociálne, sexuálne a komunikačné zábrany, ktoré boli dovtedy dostatočne kontrolované nielen osobnostnou štruktúrou, dochádza k nadväzovaniu nových, ale iba povrchných sociálnych väzieb a iné. Všetky tieto a ďalšie javy vyskytujúce sa po užití psychoaktívnych látok sú dlhodobo známe a môže byť rôzne v závislosti od pohlavia (Brown a kol, 2005; Holder a kol. 2010). Avšak, konkrétne účinky ethylu či iných drog na sexuálne fungovanie, nie sú doposiaľ objasnené (Peugh a Belenko, 2001). Preto cieľom výskumu bolo zistiť, aký majú vplyv užívanie psychoaktívnych látok na sexualitu pacientov PNH.

Výskum

Výskumná vzorka

Výskumná vzorka pozostávala z n=64 respondentov. Bola vytvorená z pacientov (participantov) odoslaných na Z PAL a/alebo Z PTL alebo súdnu PAL a/alebo PTL liečbu. Do výskumu boli zaradení všetci tí pacienti, ktorým to objektívny zdravotný stav pri nástupe na liečbu dovoľoval (boli správne orientovaný, po

---

[1] *výskumný súbor nie je reprezentatívnym výberom, nakoľko na ňom participovali iba respondenti (pacienti) prichádzajúci na liečbu a preto nie je možné uvedené výsledky zovšeobecňovať na populáciu*

detoxe a podobne). Do výskumu neboli zaradení tí, ktorí mali predelirantný stav, alebo sa u nich rozvinulo delírium tremens, boli vplyvom farmakoterapie. Priemerný vek respondentov bol 37,47. Najstarší mal 60 a najmladší 18 rokov.

V období od 24. 1. 2013 do 14. 6. 2013 bolo rozdistribuovaných celkovo n = 63 anonymných dotazníkov. Návratnosť bola 96,85%. Dva dotazníky museli byť vyradené z dôvodu neadekvátneho vyplnenia, ktoré by nepostačovalo na získanie pre výskum validných informácií. Celkovo sme mohli k vyhod nocovaniu použiť n = 61 anonymných dotazníkov. Participanti vypĺňali postupne 4 dotazníky. Prvý bol vlastnej produkcie na zistenie základných socio-demografických údajov (vek, bydlisko, religiozita a jej sila a iné). Ďalšie tri boli dotazníky ASEX (Arisona Sexual Experiences Scale), GRISS a IIEF (The International Index of Erectil Function).

Priebežné demografické výsledky

Bydlisko respondentov je detailne popísané v grafe č. 1. Môžeme vidieť, že viac ako polovica respondentov pochádza z rurálneho prostredia. Jeden respondent je bezdomovec a druhý žije na lazoch.

Graf č. 1 – Bydlisko respondentov

Bydlisko	**% podiel**	**počet**
Mesto	40,98	25
Obec	55,73	34
Iné	3,27	2
Spolu	**100**	**61**

Socio-ekonomický status, v ktorom boli naši respondenti vychovávaní bola z drvivej väčšina – „stredná vrstva“ 62,29%. Ani jeden respondent nebol vychovávaný vo „vyššej“ socio-ekonomickej vrstve. Zvyšné výsledky sú uvedené v grafe č. 2.

Graf č. 2 – Socio-ekonomická vrstva respondentov v detstve

Socio-ekonomická vrstva	**% podiel**	**počet**
Vyššia	0	0
Vyššia stredná	16,39	10
Stredná	62,29	38
Nižšia stredná	14,75	9
Nižšia	6,55	4
Spolu	**100**	**61**

Súčasná socio-ekonomická vrstva respondentov je odlišná od socio-ekonomickej vrstvy, v ktorej boli respondenti vychovávaní. Je to zrejmé už na pohľad v grafe č. 3., kde už jeden respondent (1,63%) žije v súčasnosti vo „vyššej“ socio-ekonomickej vrstve a viac ako polovica (55,73%) je v „strednej“ socio-ekonomickej vrstve. Ďalšie výsledky sú v grafe č. 3.

Graf č. 3 – Súčasný socio-ekonomickýstatus respondentov

Socio-ekonomická vrstva	**% podiel**	**počet**
Vyššia	1,63	1
Vyššia stredná	9,83	6
Stredná	55,73	34
Nižšia stredná	18,03	11
Nižšia	14,75	9
Spolu	**100**	**61**

Otázka bydliska, resp. ako majú riešené bydlisko naši respondenti je zaujímavá, a to z pohľadu, kde viac ako polovica respondentov (52,45%) žije v spoločnej domácnosti s rodičmi. V možnosti iné sa vyjadrilo 40,98% respondentov a ich odpovede boli nasledovné (uvedené vzostupne): RD – 6x, so ženou a deťmi v byte – 5x, RD so ženou – 4x, u priateľky – 2x, vlastný byt – 2x a zvyšné boli po jednom: domov dôchodcov, u sestry, v bývalom bufete, byt od obce, so ženou, matkou a deťmi v byte a bezdomovec. Zvyšné odpovede sú uvedené v grafe č. 4.

Graf č. 4 – Druh domácnosti respondentov v súčasnosti

Domácnosť	**% podiel**	**počet**
Spoločná s rodičmi	52,45	32
V podnájme	6,55	4
Iné	40,98	25
Spolu	**100**	**61**

Slovensko, ako kresťanská krajina, má silnú tradíciu vo viere v Boha. Táto skutočnosť sa odrazila aj pri našich respondentoch, kde 50,81% navštevuje kostol (viď. graf č. 5) a takmer štvrtina respondentov je ateistov (neveriacich). V možnosti iné boli zastúpené nasledovné odpovede respondentov: okultista-mystik, reformátorská cirkev, ale nechodím do kostola a viera v nadprirodzenosť.

Graf č. 5 – Religiozita respondentov

Religiozita (katolík/protestant)	% podiel	počet
Pravidelne chodím do kostola	9,83	6
Príležitostne chodím do kostola	40,98	25
Nechodím do kostola	26,22	16
Ateista – neveriaci	14,75	9
Iné	4,91	3
Neodpovedali	3,27	2
Spolu	**100**	**61**

*Graf č. 6 – sila náboženského presvedčenia respondento*v

Sila náboženského presvedčenia	% podiel	počet
Veľmi silná	1,63	1
Silná	27,86	17
Priemerná	42,69	26
Slabá	14,7	9
Žiadna	13,11	8
Spolu	**100**	**61**

Silnú kresťanskú tradíciu potencuje aj sila náboženského presvedčenia respondentov (viď. graf č. 6), kde takmer trojštvrtinová väčšina (72,18%) pociťuje priemerné, silné a veľmi silné presvedčenia o viere k Bohu.

Graf č. 7 – Súčasné zamestnanie respondentov

Zamestnanie	% podiel	počet
Robotník	21,31	13
Administratívny pracovník	1,63	1
Podnikateľ	16,39	10
Nezamestnaný	50,81	31
Iné	9,83	6
Spolu	**100**	**61**

Polovica (50,81%) respondentov uviedlo, že je nezamestnaných. Iné zamestnanie uviedlo 6 respondentov a tie poli nasledovné zostupne: invalidný dôchodca – 4x, lekár – 1x a materská dovolenka – 1x. So zamestnaným úzko súvisí aj

najvyššie ukončené vzdelanie, kde naši respondenti boli v nadpolovičnej väčšine (55,73%) vyučení a 16,39% neodpovedalo. Ďalšie výsledky o zamestnaní sú uvedené v grafe č. 7 a o vzdelaní v grafe č. 8.

Graf č. 8 – Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov

Vzdelanie	**% podiel**	**počet**
Vyučený	55,73	34
Gymnázium	3,27	2
Nadstavbové	18,03	11
Vysokoškolské	6,55	4
Neodpovedalo	16,39	10
Spolu	**100**	**61**

Takmer tretina respondentov je single, resp. nemajú žiadne stále partnerky alebo manželky. Ženatých je 21,31% a v možnosti iné sa vyjadrili dvaja respondenti (4,91%) a ich odpovede boli nasledovné: žijem oddelene a príležitostný sex. Ďalšie odpovede sú uvedené v grafe č. 9.

Graf č. 9 – Súčasný partnerský stav

Partnerský stav	**% podiel**	**počet**
Mám priateľku	27,86	17
Vdovec	1,63	1
Rozvedený	14,75	9
Single	31,14	19
Ženatý	21,31	13
Iné	3,26	2
Spolu	**100**	**61**

Ku kategórii fungovanie súčasného vzťahu sa vyjadrovali iba tí respondenti, ktorí sú ženatí alebo majú priateľku. Takýchto bolo celkom 30, čo predstavuje 49,18%. Z nich žije v harmonickom vzťahu 32,78%, neodpovedalo 27,86% a 6,55% ho považuje za konfliktný. Ostatné získané výsledky sú v grafe č. 10.

Graf č. 10 – Fungovanie súčasného partnerského vzťahu

Fungovanie vzťahu	**% podiel**	**počet**
Harmonický	32,78	20
Vrelý	3,27	2

Neutrálny	8,19	5
Chladný	0	0
Konfliktný	4,91	3
Spolu	**100**	**30**

Rozvodovosť sa vyskytovala u viac ako jednej tretine respondentov a nerozvedených bolo 63,93% respondentov. Ako dôvody rozvodu uvádzali participanti zostupne: alkohol – 13x, rozdielne názory na budúcnosť – 2x, nevera -2x a piati uviedli (žiarlivosť, zlý vzťah, nevyšlo to, náboženstvo a väzenie).

Priebežné výsledky sexuálnych dysfunkcií

ASEX (*Arisona Sexual Experiences Scale*)

Z celkového počtu n = 63 rozdistribuovaných anonymných dotazníkov bolo doručených n = 63, z toho sa musel jeden vylúčiť pre nevalidné vyplnenie. Z celkového počtu n = 62 dotazníkov uviedlo sex pred nástupom na liečbu n = 17. Odpovede na posledné dve otázky z dotazníku ASEX a ich percentálne zastúpenie je vyrátané z n = 17 respondentov. Výsledky ASEX podľa jednotlivých kategórií sú nasledovné:

1. Malú sexuálnu túžbu má 12,90% respondentov a 4,83% má s ňou väčšie problémy. Ani jeden respondent neuviedol, že je bez chuti na sex.
2. So sexuálnou vzrušivosťou má problém 9,67% respondentov. Jeden je veľmi ťažko sexuálne vzrušivý.
3. Schopnosť dosiahnuť a udržať erekciu je pre 16,12% trochu ťažké a 1,61% respondenta zúčastneného na anonymnom výskume vie iba veľmi ťažko dosiahnuť tumescenciu penisu a následne ju aj udržať, pričom nikto nemá fatálne problémy so schopnosťou dosiahnuť a udržať erekciu.
4. Z celkového počtu respondentov (n = 17) majúcich súlož pred nástupom na liečbu je schopnosť dosiahnuť orgazmus pre 41,17% respondentov trochu ľahké, zatiaľ čo 5,88% s tým má trochu problémy; takmer polovica (47,05%) respondentov môže veľmi ľahko dosiahnuť orgazmus a jeden respondent môže zažiť pocitové vyvrcholenie extrémne ľahko,
5. Z celkového počtu respondentov (n = 17) majúcich súlož pred nástupom na liečbu je takmer polovica respondentov veľmi spokojných s dosiahnutým emocionálnym vyvrcholením, 17,64% je iba trochu spokojných s dosiahnutým orgazmom a viac ako jedna tretina (35,29%) respondentov je extrémne spokojných s dosiahnutým orgazmom.

Priebežné výsledky (n = 17) ukázali, že erektilná dysfunkcia podľa dotazníka ASEX sa vyskytuje u 1 (5,88%) respondenta. Ďalej problémy s dosahovaním orgazmu má 5,88% a so spokojnosťou s orgazmom nemá žiaden respondent problém. Podľa priebežných výsledkov (n = 62) má problémy so sexuálnou

túžbou 17,73%, so sex. vzrušením 11,28%, so schopnosťou dosiahnuť a udržať erekciu 17,73%.

IIEF (The International Index of Erectil Function Questionnaire)

Celkovo bolo rozdistribuovaných n = 63 dotazníkov IIEF z toho bola návratnosť n = 61, čo predstavuje 96,82%. Dvaja respondenti boli vylúčení z dôvodu nedostatočného vyplnenia dotazníkov. Štyria nemali súlož dlhšie ako 4 týždne, tak boli vylúčení tiež, keďže to je jedna z podmienok vypĺňania dotazníka. Celkový počet zúčastnených respondentov na anonymnom výskume bol n = 57.

Výsledky pre kategóriu erektilná funkcia:
1. 8 respondentov má ťažkú dysfunkciu erekcie
2. 1 stredne ťažkú dysfunkciu erekcie
3. 6 mierna až stredná dysfunkcia
4. 14 mierna dysfunkcia
5. 27 bez dysfunkcie

Výsledky pre kategóriu funkcia orgazmu:
1. 8 ťažká dysfunkcia orgazmu
2. 2 stredne ťažká
3. 6 mierna až stredná dysfunkcia
4. 12 mierna dysfunkcia
5. 28 bez dysfunkcie

Výsledky pre kategóriu sexuálna túžba:
1. 4 ťažká dysfunkcia
2. 3 stredne ťažká
3. 4 mierna až stredná dysfunkcia
4. 21 mierna dysfunkcia
5. 24 bez dysfunkcie

Výsledky pre kategóriu spokojnosť so súložou:
1. 8 ťažká dysfunkcia
2. 3 stredne ťažká
3. 5 mierna až stredná dysfunkcia
4. 18 mierna dysfunkcia
5. 22 bez dysfunkcie

Výsledky pre kategóriu celková spokojnosť:
1. 8 ťažká dysfunkcia
2. 3 stredne ťažká

3. 7 mierna až stredná dysfunkcia
4. 9 mierna dysfunkcia
5. 29 bez dysfunkcie

GRISS

Rozdistribuovaných bolo n = 63 dotazníkov. Návratnosť bola 98,41%. Problémy s erekciou vyjadrilo 29 respondentov, s predčasnou ejakuláciou 27 respondentov, absencia zmyselnosti u mužov v zmysle prijímania a dávania láskania a hladenia sa vyskytla u 31 respondentov. Nespokojnosť s pestrosťou sexu, s láskou vo vzťahu a so vzťahovou spokojnosťou udali 3 respondenti a19 respondentov si želá mať sex (súlož) častejšie, ako je tomu v súčasnosti. Problém s komunikáciou ohľadom sexu udalo 9 respondentov.

Záver

Nami zvolený výskumný súbor nie je reprezentatívnym výberom, nakoľko na ňom participovali iba respondenti (pacienti) prichádzajúci na liečbu a preto nie je možné uvedené výsledky zovšeobecňovať na všeobecnú populáciu. Aj napriek tomu vidíme, že sexuálne dysfunkcie u skupiny závislých nie sú nezanedbateľným problémom. Aj keď je pravdou, že iba u jedného bola zaznamenaná sexuálna dysfunkcia. Tento nízky počet môže byť zapríčinený nízkom počtom respondentov (n = 17) a ešte stále v súčasnosti tabuizovanou témou – sex. Aj napriek tomu, že dotazníky boli anonymné, tak respondenti nemuseli uvádzať pravdivé údaje, resp. ich mohli skresľovať. Ďalšími zaujímavými zisteniami sú, že 43,54% respondentov má problémy s predčasnou ejakuláciou, rovná polovica prespondentov podceňuje prijímanie a dávanie láskania a hladenia sa a že 14,51% má problém s komunikáciou o sexe.

FF UK Praha [1]; Psychiatrická nemocnica Hronovce [2],
Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK,
Praha[3]

Použitá literatúra

BROWN, A., H., DOMIER, C., P., ROWSON, R., A. 2005. Stimulants, sex and gender. Sexual addiction & Compulsivity, 12, 2005, 2–3, s. 169–180

HOLDER, M., K., HDJIMARKOU, M., M., ZUP, S., L., BLUTSTEIN, T., BENHAM, R., S., McCARTHY, M., M., MONG, J. A. 2010. Methamphetamine facilitates female sexual behavior and enhances neural activation in the medial amygdala and ventromedial nucleus of the hypothalamus. Psychoneuroendocrinology, 35, 2010, 2, s. 197–208

MANDZÁKOVÁ, S. 2008. Prejavy sexuality klientov s ťažším mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb na Slovensku. In: *Sexualita mentálně postižených – II. : sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o. s. ORFEUS.* Praha : ORFEUS, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.

MARKOVÁ, D. 2012. *O sexualite, sexuálnej morálke a súčasných partnerských vzťahoch*. Nitra: Garmond, 2012. ISBN 978-80-89148-76-9.

MARKOVÁ, D., MANDZÁKOVÁ, S. 2011. *Postihnutá sexualita alebo ľudské sexuálne príbehy? o sexualite a sexuálnej výchove osôb s mentálnym postihnutím.* Nitra: Garmond, 2011. s. 200. ISBN 978-80-89148-72-1.

PEUGH, J., BELENKO, S. 2001. Alcohol, drugs and sexual function: a review. J Psychoactive Drugs, 33, 2001, 3, s. 223–232

Příspěvek k prevenci domácího násilí
The Contribution to The Prevention of Domestic Violence

Kamil Janiš, Nikol Neplechová

Úvod

Podle informací běžně dostupných na internetu postihuje domácí násilí přibližně každý desátý partnerský vztah. V roce 1993 (tzn. před 10 lety) bylo v České republice spácháno celkem 2 048 mravnostních deliktů, z toho: 760 znásilnění, přičemž bylo 572 objasněno. Z 933 nahlášených případů pohlavního zneužívání bylo objasněno 806. Údaje jsou o to závažnější, že není zjevný pokles daného nežádoucího sociálně patologického jevu ve společnosti. Podle aktuálních zdrojů Policie ČR došlo v roce 2012 v Královéhradeckém kraji k vykázání celkem 51 osob, v Pardubickém kraji ve stejném roce došlo k vykázání 104 osob. Podle uvedené statistiky také vyplývá, že v Královéhradeckém kraji je nejčastější obětí domácího násilí žena ve věku jednatřicet až čtyřicet let, přitom se jedná především o projevy fyzického násilí**.** Jen pro zajímavost v roce 2011 řešila intervenční centra v České republice celkem 1 430 případů vykázání násilné osoby ze společného obydlí.

V této souvislosti musíme zdůraznit, že násilí páchané na ženách i mužích není nezbytné vnímat pouze ohledně realizace v prostředí rodiny (partnerského vztahu), ale jedná se o jednu z variant celkového nárůstu agrese ve společnosti. Lze reálně přepokládat, že obětí domácího násilí se mohou stávat i muži, byť ne přímo nejagresivnější formou, ale ostatními druhy. Jedná se o zavádějící přesvědčení, které bývá do jisté míry ovlivněno působením médií.

Žádný reprezentativní výzkum k dané problematice se v České republice dosud nerealizoval. Z hlediska historického se nejedná o nový problém. Jak uvádí Gjuričová a kol. (2000): „*K domácímu násilí docházelo odjakživa ve všech dobách, protože společnost přiznávala mužům dominantní roli. Ženy byly nejprve podřízeny svému otci, pak manželovi nebo jinému mužskému příbuznému. Již v Novém zákoně, v Pavlově listu Efezským, je vyžadována poslušnost ženy muži: muž je hlavou ženy, a proto ať je mu žena ve všem podřízená. Ve středověku bylo postavení ženy vůči muži upraveno církevním i občanským právem. Manžel přebíral sňatkem od otce právo o ženě rozhodovat, včetně práva působit na její další výchovu, k čemuž patřily i tělesné tresty.*“ Dosud u mnohých, věkově starších, převládá stará tradovaná pravda, že pod peřinou se vše schová a srovná. To znamená, že mnohé konflikty se mohou úspěšně řešit pohlavním stykem. Odtud je jen krůček k úvaze, že do sexuálního druhu domácího násilí může spadat nejen vynucování sexuálních aktivit, ale také odmítání sexuálních požadavků partnera. To je ve finální podobě ideální prostředí pro vznik nevěry, a to se všemi

doprovodnými a společensky nežádoucími jevy. Může se jednat o předcházení nechtěnému chování partnera, to znamená ustupování, tolerování a podřizování, ale také hledání cesty k úniku z takového prostředí. Problém domácího násilí se netýká pouze českého prostředí. Kubcová (2008, str. 85–86) uvádí, že ve Švédsku je hlášeno na 20 000 případů útoku muže na ženu, přičemž dochází k neustálému nárůstu, a to v porovnání s obdobím před deseti lety. Historicky vzato se vycházelo z pozice a postavení mužů a žen v manželství. Muž byl nadřazen ženě a mohl s ní jednat, jak sám uznal za vhodné, přičemž žena měla v rodině podřízené postavení.

Ve společnosti dosud převládá názor, že dospělá žena má vždycky možnost aktivně se bránit – odejít od agresora, oznámit to na polici, u lékaře apod. Veřejnost není schopna akceptovat fakt, že by dospělý člověk byl natolik zdeptán, že už nebude schopen se bránit. Bezmoc oběti a popírání problému domácího násilí vyvolává u veřejnosti odsouzení a opovržení. Často si veřejnost myslí, že si žena za své týrání může sama, že pachatele k takovému činu vyprovokovala. Přesto je považováno domácí násilí za velmi nebezpečný společenský jev, který se bohužel nevyskytuje ojediněle. Jedná se o celosvětový problém a fenomén dnešní doby. Je to rozšířený a nejméně kontrolovaný druh násilí, který se odehrává „*beze svědků*“ a začíná nenápadně. Oběť si ani nevšimne prvních příznaků, ale pokud se nezastaví v začátcích, tak jeho tendence se stupňuje. V každé rodině (obecněji v každém partnerském vztahu) se objevují ostřejší „*výměny názorů*“, ale to je nežalovatelná forma násilí. Při domácím násilí je oběť bezmocná, vystrašená a agresor se snaží oběť ovládat. Domácí násilí zahrnuje všechny projevy fyzického, psychického, sexuálního i ekonomického násilí páchaného mezi jednotlivými členy rodiny. Domácí násilí se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách, to znamená, že nezávisí na věku, profesi, vzdělání, materiálním zázemí, sociokulturní úrovni, náboženskému vyznání ani národnosti, ani pohlaví, nejedná se ani o problém bohatých nebo chudých.

Přestože se jedná o mnohaletý problém, teprve na počátku nového tisíciletí (2001) uskutečnila organizace STEM k dané problematice první ucelený a poměrně kompletní sociologický výzkumu (Ševčík, 2011, s. 27-28), z něhož vyplynulo například, že:

- každý šestý občan ČR přiznává násilí ve svém partnerském vztahu (16 % populace ve věku od 15 let),
- 71 % občanů si myslí, že sama rodina nemůže tento problém zvládnout, domácí násilí se nemá tolerovat.

První výsledky z výše uvedeného výzkumu nevyznívaly příliš optimisticky, ale pro objektivitu je zapotřebí sdělit, že se v mnohých dalších dílčích materiálech prezentovaných na konci minulého století objevuje potřeba vyvolat širokou, celospolečenskou diskusi, zvláště pak zaměřenou na prevenci.

Navíc je mediálně proklamováno spíše domácí násilí páchané na ženách (95 %) než na mužích, což ve svých důsledcích může vést k jednostrannému vnímání při zjevných opomíjení gender přístupů.

Vymezení pojmu domácí násilí

Jedním z prvních problémů je definování samotného pojmu *domácí násilí*. Rada Evropy v roce 1985 popsala domácí násilí v širším slova smyslu takto: *„Násilné chování v rodině zahrnuje jakýkoliv čin, nebo opomenutí, spáchané v rámci rodiny některým z jejich členů, které podkopávají život, tělesnou nebo duševní integritu, nebo svobodu jiného člena stejné rodiny, nebo vážně poškozují rozvoj jeho osobnosti.“* (převzato Bednářová a kol., 2009, s. 35). Autorský kolektiv Janiš, K., Loudová, I., Janiš, K. ml. (2011, s. 19), vymezuje domácí násilí jako *„opakované, dlouhodobé a stupňující se násilí, které páchají dospělí nebo mladiství na svých blízkých a které vychází ze zneužití postavení v prostředí rodiny, projevující se zejména zneužíváním partnera.“* Vzhledem k tomu, že rozeznáváme celkově pět druhů domácího násilí, a to fyzické, psychické, ekonomické, sociální a sexuální, je předložený příspěvek věnován sexuálním násilí. **Sexuální násilí** – zahrnuje všechny sexuální činy, které jsou na oběti vynucovány, které oběť podstupuje nedobrovolně či s nechutí, rozhodně nejde o plnění tzv. manželských povinností, nemusí se jednat o uspokojení sexuálního pudu, naopak je to účinný nástroj ponížení, pokoření a podrobení druhé osoby.

Velice blízko k sexuálnímu násilí má **agresivní sadismus**, který můžeme definovat jako sexuální deviaci, vycházející z patologické **sexuální agresivity** (agresivní znásilnění), kdy pachatel musí svou oběť před pohlavním stykem zcela znehybnit. Zmiňované agresivní znásilnění je charakterizováno záměrem násilníka oběť sexuálně zranit, ublížit jí, případně ponížit. Rozeznáváme ještě: sadistické znásilnění, skupinové (hromadné) znásilnění, impulsivní znásilnění a prestižní znásilnění. V praxi však dochází k vzájemnému prolínání jednotlivých druhů. Jen pro úplnost je třeba uvést, že ještě rozeznáváme několik forem násilného jednání, a to: muže na ženě (případně naopak), ve vztahu osob stejného pohlaví a mezi generacemi (podrobněji např. Marková, 2006, s. 451-459).

Sexuální druh domácího násilí, má nepochybně své kořeny v neřešení projevu šikany v období dětství a dospívání. Šikanu (z fr. chicane – zlomyslné týrání, obtěžování, pronásledování) definujeme jako – nebezpečný sociálně patologický jev, jehož podstatu tvoří chování, jehož záměrem je ohrozit, ublížit, zastrašit jiného jedince nebo skupinu osob. Šikana může být fyzické (např. přímé ubližování na zdraví) nebo psychické povahy (verbální napadání, jako např. pomluva, nadávky, ponižování, nevšímavost apod.). Šikanováním je omezována zejména lidská důstojnost a čest, osobní svoboda a svoboda rozhodování. Jedná se o opakované ubližování a pronásledování.

Popis sběru dat

Jedním z velkých problémů domácího násilí je, že k ukončení dochází sice v mnoha případech rozvodem partnerů a odstěhování se ze společného bydlení, ale násilí může pokračovat ve formě tzv. stalkingu, který se projevuje proná-

sledováním, vyhrožováním, ublížením na zdraví milovaným lidem nebo domácím mazlíčkům, obtěžováním pomocí telefonu, SMS, e-mailových zpráv apod. To znamená, že se jedná o dlouhodobý projev s nesmírně závažnými dopady, přičemž lze takovým stavům předcházet zodpovědnou výchovu k partnerství, manželství a rodičovství a pochopitelně, že i sexuální výchovou. Jedním z předpokladů je odhalit míru podcenění možných projevů domácího násilí v období navazování partnerských vztahů. To byl jeden z motivujících důvodů, proč došlo k realizaci tří šetření zaměřeného na několik otázek, které úzce souvisejí s domácím násilím. Zájem o problematiku domácího násilí a hledání způsobu prevence se promítnul do realizace dílčích šetření, které se odehrály na vzorku středoškolských dívek a sledovaly jejich názory na rozličné projevy domácího násilí. Šetření u dívek ve věkové kategorii středoškolaček, se uskutečnilo v roce 2012 v období duben–květen (n = 196) a v roce 2013 se uskutečnila další dvě šetření, a to v období leden–březen (n = 132) a v období duben–květen (n = 102). Nejednalo se o shodná šetření a uskutečnila se prostřednictvím nestandardizovaných dotazníků, přičemž bylo sledováno několik odlišných cílů. V následujícím textu jsou prezentovány pouze shodné výpovědi a jednotlivé přehledy (tabulky) jsou označeny velikostí vzorku (tzn. n = 102, n = 132, n = 196).

Vybrané výsledky z realizovaných šetření

Z nabízené škály mnoha položek byla pro následující sdělení použita data, která se týkají představ o nebezpečí jednotlivých druhů domácího násilí, *spouštěče* domácího násilí a představa o tom, na kolik lze odhadnout potencionální problémy s domácím násilím v počátcích partnerského vztahu. Výsledky jednoznačně potvrdily, že pořekadlo o tom, že *láska je slepá*, má něco do sebe a platí. Navíc se nepochybně do představ promítá iluze o tom, že někdo je schopen druhé „převychovat“ (případně upravit k obrazu svému) a že dospělá osoba je v partnerském vztahu převychovatelná. Dospělý jedinec si s sebou nese celou řadu výchovných stigmat (kladných i záporných) z předchozího období, které se jen těžko při vzájemné interakci mění. Jedna z prvních položek se týkala potencionálního nebezpečí jednotlivých druhů domácího násilí.

Tabulka č. 1 – Který druh domácího násilí považujete za nejnebezpečnější **(%, n = 196)**

druh/míra	1	2	3	4	celkem
fyzické	56,1	31,7	10,1	2,1	100,0
psychické	52,4	28,7	18,1	0,8	100,0
ekonomické	9,5	10,6	14,8	65,1	100,0
sociální	3,9	9,1	22,7	65,3	100,0

Poznámky: 1 – nejvíce, 4 – nejméně, možnost výběru z více odpovědí.

Tabulka č. 2 – Názor dívek na závažnost jednotlivých druhů domácího násilí

(n = 132)										
věk/druh	fyzické		ekonomické		psychické		sexuální		sociální	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
16	8	**36,5**	12	**54,5**			1	**4,5**	1	**4,5**
17	4	**16,8**	18	**75,0**			1	**4,1**	1	**4,1**
18	5	**21,7**	11	**47,8**	2	**8,7**	2	**8,7**	3	**13,0**
19	8	**27,6**	12	**41,4**	2	**6,8**	1	**3,4**	6	**20,8**
starší	9	**26,4**	15	**44,2**	3	**8,8**	3	**8,8**	4	**11,8**
celkem	34	**25,7**	68	**51,5**	7	**5,3**	8	**6,1**	15	**11,4**

Tabulka č. 3 – Který druh domácího násilí považujete za nejnebezpečnější (%, n = 102)

Druh / Míra	1	2	3	4	Celkem
fyzické	40,2	48,0	9,8	2,0	100,0
psychické	31,4	44,1	23,5	1,0	100,0
sexuální	38,2	59,8	2,0	0,0	100,0
ekonomické	8,8	10,8	44,1	36,3	100,0
sociální	17,6	29,4	40,2	12,9	100,0

Poznámky: 1 – nejvíce, 4 – nejméně, možnost výběru z více odpovědí.

Z dotazníkového šetření (n = 196) vyznívá, že za nejnebezpečnější druh domácího násilí považují dotazované osoby násilí fyzické (56,1 %) a následně i psychické (52,4 %). Na druhou stranu naopak za nejméně nebezpečné, téměř se shodnou mírou výpovědi, považují dotazované ženy násilí ekonomické (65,1 %) a sociální (65,3 %). Nejedná se o zjištění překvapující, spíše očekávané. Oba druhy domácího násilí (fyzické i psychické) jdou spolu ruku v ruce, přičemž právě fyzické násilí je lépe vyargumentovatelné při případném trestním řízení. Obdobné šetření, realizované na vzorku dotazovaných středoškolských děvčat (n = 102), prokazuje poměrně shodné výsledky, přičemž se do šetření začlenilo i nebezpečí sexuálního domácího násilí. Ukázalo se, že sexuální druh domácího násilí považuje přibližně třetina dotazovaných (38,2 %) za velice nebezpečný jev, nepatrně menší podíl dotazovaných (31,4 %) považuje za nebezpečné psychické projevy domácího násilí, ale nejvýraznější je obava z fyzického druhu násilí (40,2 %). Jedná se mimo jiné o potvrzení názoru, že jednotlivé druhy se

mohou vzájemně prolínat. Současně lze na základě výsledků tvrdit, že u dotazovaných (n = 102) převládá jednoznačná představa o tom, že obětí domácího násilí se stávají výhradně ženy (varianta odpovědi *spíše* 67,6 % a jednoznačné přesvědčení 31,4 %). Také se ukazuje (n = 132), že představy středoškolských dívek o domácím násilí se soustřeďují výrazněji na ekonomické (51,5 %) a fyzické (25,7 %) násilí. Jedno z možných vysvětlení spočívá v tom, že fyzické násilí se dá mnohem průkazněji prokázat (např. na základě lékařského nálezu) a může dojít k okamžitému řešení vzniklé situace (rozpadem vztahu, případně rozvodem, v krajním případě soudním opatřením). Druh ekonomického násilí (v podobě rozličných omezení finančních prostředků a příkazů) může být vnímáno jako omezení stávajícího životního standardu. Současně se ukázalo, že dochází k podcenění psychického, sexuálního a sociálního druhu domácího násilí.

Mnohem zajímavější jsou otázky, které se týkají příčin (spouštěčů) domácího násilí. Z nabízené škály se jednalo o výběr z oblasti sklonů k sociálně patologickým jevům, problémů vycházejících z dotazovaného (zdravotní stav apod.) a následně i dalších, které mohou ovlivnit spouštění celé procesu.

Tabulka č. 4 – Představa o hlavních příčinách vedoucích k domácímu násilí (%, n = 196, dívky)

	1	2	3
Ztráta zaměstnání	7,6	0,5	–
Změna zaměstnání	0,5	1,5	–
Změna pracovní pozice	5,1	3,8	1,5
Navázání nového vztahu u partnera/ky	24,5	27,0	20,4
Navázání nového vztahu u sebe	11,7	15,3	6,1
Vliv nadměrné konzumace alkoholu	9,7	14,7	14,3
Vliv holdování gamblingu	9,7	12,8	10,2
Konzumace drog	11,7	9,7	13,5
Narození dítěte	0,5	0,5	–
Dlouhodobá nemoc	5,1	1,0	–
Zjištění pocitu stárnutí	1,5	1,5	0,5
Uvědomění si špatného výběru partnera/ky	1,0	2,0	0,5
Problémy s bydlením	2,6	3,6	1,0
Problémy s příbuznými partnera/ky	6,1	10,7	7,1
Jiné (např. sex. problémy, kamarádi aj.)	1,5	1,5	0,5

Legenda: 1, 2, 3 – pořadí významnosti, tzn. 1 – nejvýraznější příčina (spouštěč) Možnost volby: max. 3.

Ze zjištěných údajů (nutno poznamenat, že se jedná o hypotetické představy dotazovaných děvčat) vyznívá, že jedním z možných spouštěčů k domácímu násilí se stává navázání nového partnerského vztahu, a to nejen u partnera/ky (24,5 %), ale i u sebe (11,7 %). Dá se předpokládat, že se jedná o možnost „připravovaného“ odchodu z konfliktního prostředí, případně předcházení potencionálním problémům. Pro oblast sociální patologie a prevence je zajímavé zjištění, že téměř třetina dotazovaných (31,1 %) považuje za významný zdroj příčin některý ze sociálně patologických jevů (alkohol, gambling, drogy). Z ostatních příčin vzniku domácího násilí stojí za povšimnutí ztráta zaměstnání (7,6 %), a tím i pokles určité životní úrovně a pocit neschopnosti zabezpečit po ekonomické stránce rodinu (partnerský svazek). Za současné ekonomické situace se dá reálně předpokládat, že příčiny tohoto druhu budou nabývat na významu. Navíc je nezbytné vnímat skutečnost, že jednotlivé příčiny spolu úzce souvisejí a vzájemně se podmiňují.

Neméně zajímavé a pro primární prevenci významné je, jestli lze dešifrovat případné příčiny na počátku vztahu (viz tabulka č. 5). Na dotaz, na kolik procent lze odhalit budoucí negativní chování, odpověděla polovina dotazovaných (50,5 %), že jsou schopny toto poznat a vztah v podstatě dále nerozvíjet. Do hranice 10 % (tzn. dochází k přiznání, že nelze vše ihned odhadnout) se domnívá celkem 77,0 % dotazovaných. Ostatní zastávají názor, že se s tím „*dá něco dělat*“.

Tabulka č. 5 – Na kolik procent lze odhalit budoucí příznaky domácího násilí v prvním roce vztahu? (n = 196, dívky)

	0–5	6–10	11–20	21–30	31–40	41–50	51–60	celkem
abs.	99	52	24	11	6	3	1	196
%	50,5	26,5	12,2	5,6	3,1	1,5	0,5	100,0

Vyjádříme-li procentuálně předpoklad o tom, kolik dotazovaných dívek si „*věří, že je schopno odhalit možné potencionální nebezpečí budoucího domácího násilí*“, pak existuje reálný důvod položit si otázku: Proč v takovém vztahu dále setrvávají? Dá se předpokládat, že také blízké sociální prostředí (kamarádky, rodiče, přátelé atd.) dešifrují takové sklony a informace poskytují dotyčné osobě. Příčin může být celá řada, což by pochopitelně vyžadovalo další zkoumání. K možným důvodům může patřit strach zůstat samotná, společné investice a obava o jejich nenávratnost, možné hrozby agrese po rozchodu se stávajícím partnerem vůči novému vztahu, šíření pomluv, stalking atd. Z výše uvedené tabulky (tabulka č. 3) je naprosto zjevné, že polovina dotazovaných dívek (50,5 %) je přesvědčena o tom, že je schopna odhalit takové nebezpečí. Prostřednictvím rozhovoru by se dalo odhalit mnohem více, zejména pak odpověď na otázku: Čeho se nejvíce rozchodem (rozvodem) s partnerem nejvíce obávají? Také další šetření (viz tabulka č. 6, n = 102) potvrdilo, že téměř 2/3 (68,6 %) dotazovaných je přesvědčeno o tom, že je schopno v počátcích vztahu odhalit budoucí příznaky (sklony) k projevům domácího násilí.

Tabulka č. 6 – Lze odhalit budoucí příznaky domácího násilí **na počátku vztahu?** (n = 102, dívky)

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedovedu posoudit	celkem
abs.	55	15	18	12	2	102
%	53,9	14,7	17,6	11,8	2,0	100,0

Poněkud opomíjena je (jak již bylo uvedeno dříve) otázka domácího násilí páchaného ženami na mužích. Jedná se o jev, který nebývá v popředí zájmu, ale nepochybně existuje. V realizovaném šetření (n = 102) se ukázalo, že nejvíce je na mužích pácháno sociální a psychické násilí (v obou případech 36,3 %), naopak nejméně fyzické (34,3 %) a sexuální (30,4 %).

Tabulka č. 7 – Který druh domácího násilí je nejčastěji páchán na mužích (%, n = 102, dívky)

druh/míra	1	2	3	4	5	Celkem
fyzické	3,9	27,5	34,3	34,3	0,0	100,0
psychické	36,3	30,4	28,4	4,9	40,0	100,0
sexuální	2,0	17,6	43,1	30,4	6,9	100,0
ekonomické	15,7	37,3	28,4	15,7	2,9	100,0
sociální	36,3	27,5	22,5	12,7	1,1	100,0

Poznámky: 1 – nejvíce … 4 – nejméně, 5 – nevím, možnost výběru z více odpovědí.

Opětovně by stálo nepochybně za zvážení, zda by se neměla věnovat dané formě domácího násilí zvýšená pozornost. Z následujících údajů vyznívá, že nepochybně potencionální nebezpečí zde existuje.

Některé podněty k prevenci rizikového chování

Primární prevence musí být zaměřena na eliminaci rizik vzniku domácího násilí. Na základě realizovaného šetření se ukazuje, že asi nejúčinnějším opatřením v tomto smyslu je s největší pravděpodobností pečlivý a uvážlivý výběr životního partnera, tzn. efektivně vedená výchova k partnerství a manželství. Je přirozené, že mladý člověk na počátku vztahu vnímá partnera ideálně, bez připouštění si možnosti agresivních projevů v pozdějších letech. Dospívající by měl znát zásady pro budování rodinného zázemí, vědět co je ve vztahu, v rodině a při soužití osob ve společné domácnosti považováno za *normální* a co ne (ponižování, bití, nadávání apod.). S prevencí se musí začít už v dětském věku, učit se toleranci, úctě, komunikaci, vědět, že za své chování jsem zodpovědný. Současně je zapotřebí naučit děti odlišovat agresivní chování od pošťuchování, hádky apod.

Jaké poznatky vyplynuly ze šetření?

Při prvních příznacích je nezbytné si uvědomit, že:

– neuvěřit opakovaným a formálním slibům, zvláště mají-li základ v alkoholismu, v konzumaci drog nebo inklinování k hracím automatům;
– při výběru partnera se podrobně seznámit s chováním a vztahy (rodinným klimatem) rodiny, z nichž stávající partner pochází;
– násilník si vybíjí násilí na slabším jedinci;
– reagovat na první příznaky všech projevů domácího násilí;
– při prvních příznacích domácího násilí je nezbytné se bránit, nenechat se sebou manipulovat;
– při prvních příznaků okamžitá demontáž vztahu (rozvod);
– oznámení přímého násilí policii ČR;
– nebát se nechat vykázat partnera (manžela) mimo bydliště;
– bezprostředně se obrátit na odborníka z psychologické poradny, manželské a předmanželské poradny;
– neprodlužovat stav kvůli dětem, ale nastavit kategorické limity;
– sdělit důvěrnému příteli (přítelkyni) stav.

Konkrétní návrhy:

– Začlenit problematiku sexuálního domácího násilí do obsahu sexuální výchovy, stejně tak od obsahu výuky výchovy k partnerství a manželství.
– Vytvořit soubor metodických námětů, jak danou problematiku optimálně implementovat do výuky rozličných předmětů zejména na úrovni střední školy.
– Vytvořit konkrétní programy primární prevence zaměřené na žáky středních škol, zejména pak na žákyně. Jedná se o zodpovědný výběr budoucího partnera.
– Zahrnout nebezpečí domácího násilí do výchovy k partnerství, manželství a rodičovství, stejně tak začlenit obsah do mediální výchovy.

Závěr

Nepochybně by stálo za úvahu v systému primární prevence věnovat pozornost problematice typologii agresora, aby bylo možné lépe koncipovat program primární prevence, ale především začlenit dané téma do výchovy k partnerství, manželství a rodičovství. V neposlední řadě je zapotřebí vnímat skutečnost, že domácí násilí se dotýká významně i kvality života dětí (podrobněji: např. Loudová, 2008).

Autoři
Doc. PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc.
Ústav pedagogických a psychologických věd
Fakulta veřejných politik
Slezská univerzita v Opavě
e-mail: doc.kamil.janis@fvp.slu.cz

Nikol Neplechová
Studentka oboru Sociální patologie a prevence
Ústav pedagogických a psychologických věd
Fakulta veřejných politik
Slezská univerzita v Opavě

Použitá literatura:

GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině.* Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.

JANIŠ, K. ml. *Volný čas jako prostředek ke zlepšení mezigeneračních vztahů*. Prevence. Roč. 9, č. 2, 2012, str. 10 – 11. ISSN 1214-8717

JANIŠ, K., LOUDOVÁ, I., JANIŠ, K. ml. *Frekventované pojmy z oblasti teorie výchovy (slovník).* Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-124-2.

JANIŠ, K., SCHÖNIGEROVÁ, J. Příspěvek k prevenci domácího násilí. In. HOFERKOVÁ, S. (ed.) *Socialia 2012. Rodina a sociálně patologické jevy. Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané v Hradci Králové ve dnech 4. a 5. září 20*12. str. 529 – 537 Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-232-4

KUBCOVÁ, Š. Domácí násilí a jeho stav ve Švédsku. In. MITLÖHNER, M. (ed.) *6. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice*. Praha: SPRSV, 2008. 978-80-86559-25-338

LOUDOVÁ I. Přátelský život se spolužáky – znak kvality života pubescentů. In SVATOŠ, T., DOLEŽALOVÁ, J. *Pedagogický výzkum jako podpora proměny současné školy. Sborník sdělení 16. konference ČAPV, Pedagogická fakulta UHK 2. – 4. září 2008.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-287-9.

MARKOVÁ, D. Sociálne konštrukcie sexuality a násile. In. KOLESÁROVÁ, A. (Ed.) *Mládež a kriminalita*. Nitra: UKF, 2006. s. 451 – 459. ISBN 978-80-8094-090-4

SCHŐNIGEROVÁ, J. *Povědomí o domácím násilí u dívek středních škol.* (bakalářská práce) Opava: FVP Slezské univerzity v Opavě, 2013 (archív univerzity).

ŠEVČÍK, D., ŠPATÉNKOVÁ, N. a kol. *Domácí násilí. Kontext, dynamika a intervence.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.

Motivy vedoucí k zavedení sexuální výchovy do škol

Kamil Janiš, Irena Loudová, Jana Andršová

Základní motivy, které vedly k zavádění odpovídajících subjektů výchovy do obsahových dokumentů a výstupních kompetencí vědomostí a dovedností v oblasti sexuálního chování, se koncipovaly na počátku 90. let minulého století. K determinujícím patřila především snaha zabránit všem nebezpečím, která ohrožovala děti a dospívající. Jednalo se v první řadě o následující cíle:
– snížení nechtěného těhotenství a následně jeho přerušení;
– omezit sexuálního zneužívání dětí,
– zamezit dalšímu šíření pandemie HIV/AIDS.

Z daného přehledu se jednalo o takové důvody, které nešly po obsahové stránce z politického hlediska veřejně odmítnout. Jednotlivé obsahové části se dostaly do programu některých politický stran (např. NEI – Nezávislá erotická iniciativa), nestátních organizací (např. R – R, což znamená Rozkoš bez rizika, AIDS pomoc aj.), ale některé dílčí problémy související s odmítnutím registrovaného partnerství, a tím i s izolací homosexuální minority v České republice. V prostředí široce pojímané demokratizace, a to zejména o volném přístupu k informacím a svobodě projevu se začala v plné míře v praxi šířit široce pojímaná sexuální osvěta, která se do prostředí škol dostávala pod označením **primární prevence** (zejména před HIV/AIDS) jako **sexuální výchova**. K jejímu etablování ve výchovném prostředí (stejně tak jako v povědomí široké pedagogické i laické veřejnosti) přispěly zjištěné pozitivní výsledky. Je zapotřebí uvést, že všechny uvedené motivy zaznamenaly kvantifikovatelné a statisticky podchycené výstupy, které dokladovaly význam zavádění sexuální výchovy do škol.

Škola představuje jediný subjekt v celém systému výchovy dětské populace, který je schopen v plné míře realizovat sexuální výchovu. Nikomu jinému, ani nikdy jindy se už taková příležitost ovlivnit výchovu celé dětské populace nevyskytne. Navíc právě na základní škole, zejména v posledních ročnících, můžeme pracovat se žáky již velice vnímavými ve vztahu k sexualitě a k sexuální výchově. Žáci jsou zde vnímaví nejen pro novost problematiky, ale i proto, že dospívají do věku, kdy začíná jejich sexuální zralost a začínají být i schopni propojovat otázky partnerství dvou pohlaví i z hlediska mravního. Nezastupitelnost sexuální výchovy v procesu kultivace lidské osobnosti zvýrazňuje úlohu školy při naplnění cílů, které jsou před sexuální výchovu postaveny.

Do celé problematiky vstupuje (vedle změn paradigmatu našeho školství) výrazně změna v postojích rodičovské obce ke škole, stejně tak jako postoj celé společnosti k sexualitě a v neposlední řadě i postoj k sexuální výchově ze strany pedagogů. Zajímavé je zjištění Šorelové (1997, s. 8–11) mezi učiteli pražských

základních škol, kdy téměř všichni dotazovaní považují za žádoucí realizovat sexuální výchovu, ale současně třetina předpokládá její negativní vliv na mládež. Škola vždy zůstane základním subjektem výchovy, který bude společnosti pomáhat při přípravě dětí a dospívající mládeže na budoucí život.

Pro zavádění sexuální výchovy do škol hovoří (mimo jiné) citlivost a otevřenost žáků k vnímání jednoty biologické a psychické stránky se stránkou mravní a možnost vytvoření skutečně systematické výchovné práce v chápání celého komplexu sexuální výchovy. Je třeba zdůraznit dlouhodobost této výchovy, uvědomit si i vstupování ojedinělých žáků vyšších tříd základní školy do partnerských vztahů s případnou sexuální aktivitou apod. Dalším argumentem pro zavádění sexuální výchovy do školy je skutečnost, že základní škola představuje jedinou instituci, která může v daném okamžiku oslovit všechny členy dětské populace, škola je schopná zajistit dlouhodobou a systematickou výchovnou práci, prováděnou profesionálními pracovníky. Současně je schopná zhodnocovat i vlivy jiných činitelů, mobilizovat a aktivizovat. Jak již bylo uvedeno, škola zaujímá v systému sexuální výchovy dominantní postavení, které vychází do jisté míry z neschopnosti rodiny naplňovat výchovnou roli na úseku sexuální výchovy. K dominantním příčinám patří například:

- existence dysfunkčních, případně neúplných rodin,
- nedostatečná sexuální výchova samotných rodičů,
- nedostatek odpovídajících objektivních informací,
- absence pedagogicko-psychologických dovedností u rodičů,
- ztráta rodičovské odvahy aj.

Současně škola předává žákům relativně ucelený systém vědomostí, dovedností a návyků, podílí se na formování celé osobnosti, všech jejích složek atd. Učitelé oproti rodičům mají mnohem větší předpoklady v oblasti výběru a kvality informací, kterých se dětem dostává z řady různých zdrojů, mnohdy i zcela mylných. Škola musí s takovými informacemi nejen počítat, ale musí své žáky na ně co nejlépe připravit. Zdroj informací od kamarádů, jejich podíl na formování sexuálních postojů a názorů a jejich sexuálního chování je v mnoha případech nesmírně silný. Vedle zdůvodnění, proč řídící a koordinační funkci musí v systému sexuální výchovy převzít škola, je třeba vyřešit jednu z kardinálních otázek: **Kdy začít?** V nejobecnějším slova smyslu ihned od narození. V rámci školy se jedná o realizaci sexuální výchovy od 1. ročníku základní školy. Jedním z důvodů je uvědomění si vlastní identity z hlediska pohlaví. Otázka zahájení expozice vybraných informací z oblasti lidské sexuality je věcí nesmírně obtížnou, diskutabilní a závažnou, neboť se jedná nejen o velice choulostivé téma, ale zároveň i o téma, kterému chybí zřetelná možnost okamžité sebereflexe v praxi. Sexuální výchovu je třeba realizovat na základě postupné akcelerace od prvních ročníků na základní škole.

Podle šetření (Janiš, 1996) převládá zejména u mladých rodičů (do 35 let) názor, že by výuka sexuální výchovy měla probíhat již od 1. ročníku základ-

ní školy (19,5 %), do 6. ročníku (48,6 %) by měla absolvovat cílenou sexuální výchovu přibližně polovina (48,6 %) všech žáků základní školy. Jedná se totiž o období puberty, kdy je o danou složku výchovy zvýšený zájem. Uvedená zjištění korespondují s názory autorů Bormanna a Schilleho (1977, s. 36), že se má „*k jistým závěrům dospět do dvanáctého roku věku dítěte, tedy dřív, než sexualita v souvislosti s biologickým dozráváním začne hrát důležitou roli v životě dospívajícího jedince. Kromě toho musí mít dítě už před pubertou potřebné vědomosti o anatomii pohlavních orgánů, o psychologických procesech pohlavního vývoje, o fyziologii a psychologii pohlavního života, o rozmnožování, plození, těhotenství, vývoji embrya a o průběhu porodu.*“ To znamená, že začátek prezentace odpovídajících informací by měl spadat zejména do období prepuberty.

Pro sexuální výchovu je jednou z prioritních snah minimalizovat negativní vliv nejčastějších mimoškolních a mimorodinných zdrojů informací se sexuální tématikou. Nebezpečí takových informací spočívá v mnoha převládajících mýtech, tradovaných omylech a zjevných, někdy i nebezpečných obav. Stačí si uvědomit, že dnes vlivem komunikačních technologií se každé dítě a v každém věku může seznámit s rozličnými projevy sexuálního chování. V takovém prostředí pak sexuální výchova sehrává roli *kultivátora, facilitátora* pro rozvíjející se představy dětí o roli a úloze sexuality v životě každého jedince. Snahou je potlačit zejména vliv vrstevníků. Připustíme-li, že není možné restriktivní cestou uvedené zdroje zrušit ani omezit, pak existuje pouze jediný způsob řešení – zkvalitnit primární a determinující zdroj informací. Jedno z mnoha možných řešení může garantovat pouze škola. K základním motivům pro uvádění sexuální výchovy do škol (Täubner, Janiš, 1998, s. 22, Wynnyczuk, 1993) patřilo:

a) prosazování plánovaného rodičovství, antikoncepce, s čímž souvisí otázka potlačení nechtěného těhotenství a potratovosti),
b) ochrana dětí před sexuálním násilím a zneužíváním,
c) prevence sexuálně přenosných nemocí včetně HIV/AIDS,
d) přispět k všestrannému rozvoji všech stránek lidské osobnosti.

Jedním z velkých problémů sexuální výchovy je nevyváženost mezi prezentací pozitivních a negativních informací. Otevřená prezentace některých projevů sexuality může napomoci široké osvětě při nalezení odpovídající odpovědi na některé otázky spjaté s pohlavním vývojem. Na druhé straně však působí v mnoha ohledech destrukčně. Sexuální osvěta ve škole je cílena v první řadě na pohlavně přenosné nemoci, nežádoucí otěhotnění, zneužití a znásilnění, prostituci apod. Navíc expozice se totiž neodehrává v souladu s aktuálním vývojem. Dochází k němu dříve, než optimálně dozrají všechny součásti pohlavního ústrojí v přirozené časové posloupnosti. Dochází k výraznému ataku na psychoerotickou sféru. Současně i masmédia vytvářejí určitý sexuální idol (feminní i maskulinní), jehož modelové chování nepřímo zabraňuje optimálnímu výběru budoucího partnera. Výše uvedené formulace odklonily pozornost věnovanou sexuální výchově k prezentování té obsahové stránky, která úzce souvisí s reprodukční

stránkou. Kvalitní sexuální výchova se musí věnovat i takovým aspektům, které představují láska, zodpovědnost, intimní vztah, rodičovství atd.

Prosazování plánovaného rodičovství

Od počátku 90. let minulého století dochází k trvalému poklesu umělého přerušení těhotenství, a tím i k prosazování dvou základních strategií:

- Strategie pro *life* (život), která se opírá o ochranu nenarozeného dítěte od okamžiku početí, kategoricky je prosazován odpor proti interrupcím (výjimkou jsou interrupce ze zdravotních důvodů, případně znásilnění, incestu apod.).
- Strategie pro *choice* (volbu), která vychází ze stanoviska plného práva ženy, zda se rozhodne pro interrupci, či nikoliv. Zastánci strategie považují interrupci za krajní řešení vzniklé situace.

Bylo by neobjektivní tvrdit, že se jedná o výhradní úspěch realizované sexuální výchovy ve školním prostředí. Objektivně řečeno se zde jedná především o dostupnost antikoncepce (zvláště pak hormonální) dospívajícím. Svůj podíl na pozitivním trendu nese i ochota a osvěta lékařů a v neposlední řadě i osvícenost rodičů. V našem společenském prostředí naprostá většina rodičů toleruje předmanželský pohlavní styk svých dětí. Rodiče dcer považují přítele své dcery za prodlouženou „ochrannou“ ruku rodiče, rodiče synů pak považují přítelkyni syna za jakýsi prostředek jeho kultivace.

Všeobecně platí, že očekávané dítě má mnohem lepší podmínky pro svůj další vývoj než dítě nechtěné, neplánované. Podle statistik z 80. let minulého století 60 % prvních dětí se rodilo do 9 měsíců po svatbě. Současně se však také uvádí, že do 10 let se 90 % takto uzavřených manželství (na základě společenského tlaku) rozpadlo. Pokles natality v poslední době také úzce souvisí s ekonomickou situací. K tomu přistupuje ještě fakt, že některé případy nechtěných těhotenství jsou často řešeny umělým přerušením. Podle WHO se ročně uskuteční ve světě na 50 milionů interrupcí. V České republice dochází od roku 1988 (n=110 031) k trvalému poklesu všech forem přerušení těhotenství. V současné době se údaje pohybují kolem 27 tisíc přerušení těhotenství, přičemž celá řada umělých přerušení těhotenství je ze zdravotních příčin (cca 20 %). Na daném a společensky žádoucím trendu se podílí celá řada faktorů, jako např. podstatně vyšší, jednodušší a snazší dostupnost antikoncepce, sexuální osvěta, stoupající neplodnost u žen i u mužů, zodpovědnější sexuální chování zejména u mladých lidí apod. Nežádoucí otěhotnění je jedním z aktuálních problémů mladých lidí. Nejde-li etickými nástroji omezit jejich sexuální aktivitu, je zapotřebí do systému prevence začlenit prvky prezentace účinné a spolehlivé antikoncepce. Přes nesporné pozitivní stránky, musí ovšem uživatelé znát i možná rizika. Každou minutu umírá na světě žena na základě komplikací v průběhu těhotenství. Jedná se o důsledek nerespektování svobodné volby matky mít dítě. Sexuální diskriminace, nedostatečná zdravotní péče a v neposlední řadě i nedostatečná ochrana před nežádoucím otěhotněním má odraz v nelichotivých výsledcích, zejména

v rozvojových zemích. Bylo by fatální chybou – z globálního pohledu – realitu podceňovat (stejně tak jako i přeceňovat). Prognostikové předpokládají, že v roce 2050 bude na naší planetě 9,4 miliardy lidí (v roce 1994 se předpokládal počet obyvatel kolem 10 mld.), domnívají se, že se nejedná o pokles, ale o klesající trend. Následující tabulka zachycuje populační vývoj obyvatel na celém světě.

Tabulka č. 1 – Populační vývoj obyvatel na celém světě

1804 (1830)	1 mld
1930	2 mld
1960	3 mld
1975	4 mld
1987	5 mld
1999	6 mld
2012	7 mld
2025	8 mld
2040	9 mld

Ochrana dětí před sexuálním násilím a zneužíváním

Podle definice (převzato Mitlöhner, 2008, s. 113) zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 se za pohlavní zneužívání považuje „*nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování, jako je jakékoliv dotýkání, styk nebo vykořisťování, a to kýmkoliv, komu bylo svěřeno dítě do péče a nebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Může jít o bezdotykové setkání s exhibicionistou, ale i účast na jakýchkoliv sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému sexuálnímu kontaktu, například vystavení dítěte pornografickým videozáznamům a podobně. Kontaktní zneužívání je takové, kdy dochází k dráždění prsou, pohlavních orgánů, souloži, orálnímu, či análnímu sexu. Jiné formy sexuálního obtěžování dětí vycházejí z rozdílného výchovného pojetí v rodinách, z osobních zkušeností a množství informací. Spadají sem i také aktivity, jako je fotografování aktů*“.

Provedeme-li shrnutí, pak v obsahu sexuální výchovy je zapotřebí se zaměřit na sexuální zneužívání dětí, na jeho jednotlivé formy, stupně závažnosti a k profilu oběti:

- bezdotykovou (exhibicionismus, sexuální obtěžování verbálního typu, nucení ke sledování pornografie, stalking, který se povětšinou týká dospělých jedinců apod.);
- dotykovou (osahávání, znásilnění, intrafemorální pohlavní styk, incest, komerční zneužívání dítěte apod.).
- Dle závažnosti dopadů na oběť můžeme odlišovat sexuální zneužívání:
- lehké (vzájemné svlékání, kontakt úst s intimními místy, nucená masturbace);
- střední (dotýkání se genitálií a vnikání prsty, případně předměty do nich);
- těžké (orální, anální a vaginální styk).

Vzhledem k profilu oběti rozeznáváme:
- sexuální zneužívání dítěte,
- komerčně sexuální zneužívání dítěte.

Zde dochází k prolínání sexuální výchovy s právní výchovou (právním povědomím), zejména s § 242 a § 243 trestního zákona o pohlavním zneužívání, § 205 trestního zákona o šíření pornografie, § 217 o ohrožování výchovy mládeže a o svádění k pohlavnímu styku. Zmiňované zákony by v adekvátní podobě měly být exponovány v obsahu primární prevence.

Prostřednictvím masmédií se stále častěji setkáváme se závažným problémem syndromu CAN (týraného, sexuálně zneužívaného a zanedbávaného dítěte). V současné době se prosazuje CSA – nevhodné vystavění dítěte sexuálnímu kontaktu, aktivitě nebo chování. V poslední době se bohužel množí případy zneužívání dětí, a to jak infamiliární (např. incest), tak i exfamiliární (např. znásilnění). Průzkumy uskutečněné v Anglii, Nizozemí, Dánsku a Švédsku vypovídají o tom, že přibližně 20-30 % dětí do 15 let bylo zneužito, je zneužíváno nebo se staly oběťmi pokusu takového zneužití. Současně se ukázalo, že pachatelem se v 70–80 % případů dopouštějí osoby dítěti známé, které mají k němu nadřízený vztah (např. učitel, vychovatel, vedoucí kroužku, ale i rodiče). Podle Wynnyczuka (1993, s. 35) v České republice „*toto nebezpečí hrozí ročně minimálně 700–1700 jedincům z každého kontingentu narozených*“. To znamená, že do 15 let je pouze u nás sexuálně zneužito asi 25 tisíc dětí. Znásilňování je hrozivě narůstající jev, který se dotýká všech věkových kategorií. S prezentovanou problematikou úzce souvisejí i mýty o sexuálním zneužívání v pedagogické praxi. Podle Laška a Červinkové (2002, s. 127–130) se jedná nejčastěji o následující mýty:

- Násilí a jeho řešení je interní záležitostí každé rodiny.
- Sexuálně zneužité dítě neprojevuje k pachateli zneužití kladné citové reakce.
- Ohrožené děti nelze vytipovat (z hlediska pohlaví jsou ohroženy pouze ženy).
- Pachatel sexuálního zneužití dítěte má vždy pedofilní sexuální orientaci.
- Pachatel sexuálního zneužití má nízkou inteligenci, nízký stupeň vzdělání, je alkoholik. Intrafamiliární sexuální zneužití se odehrává pouze v rodinách s nízkou sociokulturní úrovní a ekonomickými podmínkami.
- Rodinné prostředí, výchova a způsob kontroly volného času dítěte neovlivňuje riziko extrafamiliárního zneužití.
- Dítě potřebuje pouze základní informace o sexuálním zneužívání.
- O sexuálním zneužití dítěte je třeba informovat všechny kolegy – pedagogy a spolužáky ve třídě.

V letech 1997–1998 se uskutečnilo výzkumné šetření (realizátor: Krizové centrum Linky bezpečí) ohledně sexuálního zneužívání dětí v České republice. Na základě retrospektivní studie zneužívání v dětství u dospělé populace se zjistilo (převzato: Weiss, 2000), že 26 % dospělé populace se v období dětství stalo obětí některé z forem sexuálního zneužití. Následující tabulka poukazuje na zneužití příbuznými osobami (tabulka postihuje kumulativní údaje, tzn. více možností).

Tabulka č. 2 – Vztah zneužité osoby k pachateli

Vztah zneužité osoby k pachateli	%
vlastní otec	6,8
vlastní matka	1,4
nevlastní otec	13,5
nevlastní matka	1,4
bratr (nevlastní bratr), švagr	10,8
sestra (nevlastní sestra), švagrová	4,1
dědeček	4,1
babička	0,0
strýc	21,6
teta	8,1
bratranec, sestřenice	27,0
jiný příbuzný	2,7

Tématika sexuálního zneužívání dětí představuje jeden ze silných motivů, který zdůvodňuje nutnost realizace primární prevence a uplatnění sexuální výchovy ve školním prostředí.

Globální prevence před pandemií HIV/AIDS

Současný stav realizace sexuální výchovy je výrazně ovlivněn pandemií HIV/AIDS a jejími konsekvencemi. Ve vztahu k šíření pohlavně přenosných nemocí (tzn. nejenom HIV/AIDS) lze hovořit i o sociokulturních vlivech, které v konkrétním prostředí ovlivňují přímo i nepřímo postoj společnosti, jejího vlivu na hodnoty, vzorce chování apod. Úměrně ke zvýšené mobilitě obyvatelstva (turistický ruch, sociální a politické změny v Evropě, národnostní a válečné konflikty) vzrůstá úměrně i nebezpečí dalšího rozšíření této choroby. Neexistuje země, kde by v současnosti nedocházelo k nárůstu HIV pozitivních. V EU je relativní nárůst HIV pozitivních v České republice sice pozvolný, ale trvalý, navíc s tendencí výrazně akcelerovat. Současně dochází k nebývalému nárůstu dalších pohlavně přenosných nemocí (např. chlamydiová infekce, syfilis, kapavka).

Podle údajů OSN žije na celém světě 34,4 miliónů lidí infikovaných HIV, z toho 24,5 miliónů jižně od Sahary. Ročně nově přibývá na 5 miliónů nemocných lidí. Za posledních 20 let zemřelo na AIDS 18,8 milionů lidí, dále pak je na světě 9 miliónů sirotků (na základě zemřelých rodičů pod vlivem AIDS), 12,1 miliónu žen, z nichž zemřely přibližně 4 milióny.

V České republice v roce 2012 došlo k největšímu nárůstu (212, z toho 185 mužů a 27 žen, z celkového počtu je 61 cizinců) nových případů HIV od roku 1983, kdy se začalo provádět vyšetřování a evidence. Tímto údajem byla překročena hranice 2 případů na 100 000 obyvatel a naše republika se zařadila k státům, kde permanentně narůstá počet infikovaných touto nemocí. Pro doplnění je zapotřebí uvést, že z celkového počtu se sexuálním stykem nakazilo 90,6 %, přičemž z daného počtu se jednalo v 72,2 % případech o sex mužů s muži. Přenos HIV injekční stříkačkou byl zaznamenán u 5 osob.

Přestože v České republice je v poslední době největší nárůst nových případů infekce HIV mezi homosexuálními prostituty a uživateli drog, narůstá i počet infikovaných žen žijících v trvalých partnerských svazcích (v České republice je evidováno více jak 1900 osob HIV pozitivních, r. 2011. Pro úplnost je zapotřebí poznamenat, že počet občanů ČR infikovaných HIV je přibližně 1600.) V roce 1985 vznikla v Praze referenční laboratoř pro AIDS. Na základě činnosti laboratoře (v systému diagnostiky) a cílených preventivních programů patří naše republika společně se Slovenskem k zemím s nejnižším výskytem HIV pozitivních v celé Evropě. Od roku 1987 se u nás žádný občan nenakazil prostřednictvím infikované krevní transfuze.

Zřejmě lze plně souhlasit s názorem našich předních odborníků – sexuologů Brzka, Hubálka a Procházky (1989, s. 126), že „*hlavním prostředkem proti šíření nemoci tedy zůstává sexuální výchova usilující o změnu našeho sexuálního chování takovým způsobem, aby byl přenos viru znemožněn nebo alespoň znesnadněn*“. Vedle sexuální výchovy se na relativně pozitivních výsledcích podílí i celá řada dalších subjektů. Koncem 90. let minulého století dochází k rozvoji činnosti streetworkrů, jejichž hlavním posláním je šířit osvětu mezi mladými prostitutkami, a přimět je k podstoupení gynekologické prohlídky, věnovat si snížení rizika šíření pohlavně přenosných nemocí atd.

Pro zavedení sexuální výchovy do škol, ve vztahu k pandemii HIV/AIDS, lze použít některé následující argumenty:

- počet infikovaných HIV adolescentů ve věku 13-19 let roste mnohem rychleji než počet infikovaných dospělých jedinců;
- pod vlivem zvyšování konzumace (tzv. měkkých) drog roste promiskuitní chování doprovázené rizikovými sexuálními aktivitami bez zjevného nárůstu používání bariérové antikoncepce;
- došlo k zvýšení povědomí o tom, že společenský kontakt s nemocnými nehrozí přenosem nákazy;
- dochází k nárůstu dalších pohlavně přenosných nemocí, a to přímo geometrickou řadou;
- HIV/AIDS je choroba, která se svými sociálními, společenskými, kulturními a v neposlední řadě i ekonomickými důsledky dotýká každého občana.

Především psychologové a pedagogové přiřazují k uvedeným motivům i další (Täubner, 1998, s. 142):

- zlepšit narušené mezilidské vztahy,
- zlepšit současný stav naší rodiny,
- zvýšit schopnost a odpovědnost za vlastní šťastný život,
- pedagogizovat určitý typ nevýchovného vlivu prostředí.

Jestliže ještě před několika málo lety se uváděly jako základní motivy uvádění sexuální výchovu do škol: snižování počtu nechtěného těhotenství, prevence před pandemií HIV/AIDS (obecně, před všemi dalšími pohlavně přenosnými nemocemi) a předcházení sexuálnímu zneužití, pak se jednoznačně ukázalo, že tyto motivy splnily své poslání a sexuální výchova dosáhla zcela prokazatelných úspěchů. V současné době je zapotřebí rozšířit předložené spektrum motivů o další, zejména pak o přípravu mladých na potencionální partnerský vztah a jeho zlepšení.

Závěrem je zapotřebí reálně vidět i jiné motivy, které na kvalitativně vyšší hladině jsou významné k přesvědčování sociálního prostředí k realizaci sexuální výchově ve školách.

Postoj k motivům, které nejvýznamnější měrou přispěly k zavádění sexuální výchovy do školního prostředí, je ovlivněn převládajícími sociálními konstrukty (chápané jako ustálené soubory názorů, představ apod.) na úlohu dětství, jeho obsahu, celkového pojetí apod. a následně poslání sexuální výchovy. Lukšík, 1999, s. 45 uvádí, že mezi významné sociální konstrukce, „*které ovlivňují názory, postoje, různé filozofie sexuální výchovy, patří konstrukt dítěte a konstrukt vztahu mezi mužem a ženou*“. Co je však pro koncipování sexuální výchovy nejdůležitější, že uvedené konstrukty jsou produktem dospělých, které do nich promítají vlastní poznatky, zkušenosti, názory, představy apod. a současně se projevují v neformální (skryté) podobě (rozličné přikázání, návody, odpozorované vzory a modely chování rodičů, okolí atd.). Problém spočívá v tom, že si takový konstrukt nemusí dítě uvědomit, natož přijmout za své. V současné době je nejvíce převládajícím konstruktem konstrukt dětství, které je charakterizováno (Lukšík, 1999, s. 45) jako „čekárna a přípravné období na vstup do světa dospělých, v kterém dochází k biologicky naprogramovaným změnám a výchovnému formování ze strany dospělých“. To znamená, že dětství je považováno z období (asexuální) nevinnosti, a to v přímém protikladu k pojetí S. Freuda, čímž je charakterizováno jedno z možných odlišení světa dítěte od světa dospělých. Provedeme-li shrnutí, pak musíme vnímat motivy, které vedly k prosazování sexuální výchovy do prostředí školy, jako součást konstruktu dospělých jedinců, které představují aplikaci prevence neohrožujících faktorů na děti a dospívající, a to z pohledu ve společnosti převládajících dizkurzů. Je zjevné, že jednotlivé diskurzy propagované jednotlivými zájmovými skupinami společnosti významně ovlivňují pro a proti při prosazení realizace sexuální výchovy do škol. Jednotlivé tlaky jsou ovlivňovány rodičovskou veřejností, která v mnoha ohledech nereflektuje zájmy a potřeby samotných adresátů. Ukazuje se, že k problematice bude zapotřebí vést další dialog a realizovat další šetření.

Zmiňovaný autor (Lukšík, 1999, s. 45-49) rozeznává následující dizkurzy o sexualitě ve společnosti:

Tabulka č. 3 – Diskurzy o sexualitě ve společnosti (podle Lukšíka, 1999, s. 46)

diskurz	hodnoty, priority, cíle	výchova	hlavní cílové skupiny	kompetentní osoby	pole působení	převažující „duch“ emocionální ladění
křesťanský	reprodukce, monogamie, věrnost, zralost, manželství	rodičovská výchova, mravní výchova	mládež uvažující o manželství	rodiče kněz	rodina	restriktivní, optimisticky, bojovný, panický, zásadový
medicínský	reprodukce, zdraví, zralost, vědeckost	reprodukční poučení, ***sexuální výchova***	ženy ženy a muži zvlášť	lékař	kliniky, veřejnost, škola	informativní, bojovný, zásadový
občanský	svoboda, osobní volba, odtabuizování	***sexuální výchova***	všechny minority	učitelé, odborníci, laici	veřejnost, škola	otevřený, povolující, tolerantní
ekologický	rizika, prevence, osobní zodpovědnost	prevence, zdravotní výchova	všichni	odborníci, laici	veřejnost	pragmatický, panický

Poznámka: překlad do českého jazyka provedl autor studie.

Přes možné polemiky, zda zavést vůbec do prostředí škol sexuální výchovu, se dá předpokládat, že určitý ideální model **představuje průnik jednotlivých diskurzů** se zvláštním důrazem na zájmy a potřeby adresátů. Nelze jinak než souhlasit s tím, že p**ři realizaci sexuální výchovy** je nezbytné vnímat sexuální výchovu jako prevenci, která sleduje reprodukční zdraví a v neposlední řadě i jako mravní výchovu, respektive výchovu k společensky žádoucím mravním hodnotám.

Použitá a doporučená literatura:

BORRMAN, R., SCHILLE, H. J. *Sexuálna výchova v rodine k príprave mladistých na manželstvo a rodičovstvo.* Bratislava: SPN, 1977.

BRZEK, A., HUBÁLEK, S., PROCHÁZKA, I. K problematice AIDS. In BRTNÍKOVÁ, M. a kol. *Sex? AIDS!* Praha: Horizont, 1989.
LAŠEK, J., ČERVINKOVÁ, J. Mýty o sexuálním zneužívání v pedagogické praxi. In. *Sociální práce a ostatní společensko vědní disciplíny (Socialia ´01).* Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 127-130. ISBN: 80-704-1113-9.
LUKŠÍK, I. Príklady diskurzov sexuálnej výchovy. In MITLÖHNER, M. (ed.) *7. celostátní kongres k sexuální výchova v České republice.* Praha: SPRSV, 1999. str. 45- 49.
MARKOVÁ, D. Sociálne konštrukcie sexuality a násile. In. KOLESÁROVÁ, A. (Ed.) *Mládež a kriminalita*. Nitra: UKF, 2006. s. 451-459. ISBN 978-80-8094-090-4.
MITLÖHNER, M. Pohlavní zneužívání. In. MITLÖHNER, M. (ed.) *16. celostátní kongres k sexuální výchova v České republice.* Praha: SPRSV, 2008. str. 112-117. ISBN 978-80-86559-99-5.
TÄUBNER, V. Sexuální výchova jako součást výchovy občana. In. JANIŠ, K. (ed.) Sexuální výchova na základních a středních školách. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. ISBN: 80-704-1206-2.
TÄUBNER, V., JANIŠ, K. *Na pomoc studentům a učitelům v sexuální výchově.* Hradec Králové: Gaudeamus, 1998.
ŠULOVÁ, L. Přijetí nové koncepce výchovy k manželství a rodičovství na školách různého typu. In DUNOVSKÝ, J., TROJAN, O., WEISS, P. Sexuální zneužívání dětí a sexuální násilí. Praha: Jan, 1997. s. 37-40. ISBN: 80-855-2931-9.
WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-795-8.
WYNNYCZUK, V. Účast masmédií a dalších subjektů na sexuální výchově. In. *Cíle a poslání sexuální výchovy v České republice.* Praha: SPRSV, 1993. s. 34-40.

Pozn.: Příspěvek vznikl na základě podpory Specifického výzkumu na rok 2012 na UHK.

Nebezpečí kyberprostoru (kybergrooming a sexting)

Martina Janoušková

Anotace

V posledních letech nastal velký rozvoj v oblasti informačních a komunikačních technologií, které vytváří tzv. kyberprostor. Tento kyberprostor přináší velké možnosti a výrazně ulehčuje život. Zároveň však s sebou přináší velké množství nástrah a rizik. Díky těmto vyspělým technologiím žijeme nejen skutečné životy, ale i ty virtuální, skryté za přezdívkami a příběhy. Můžeme mít přátele z různých zemí bez ohledu na národnost, věk či etnickou příslušnost. Na druhé straně takovéto anonymní prostředí představuje možné nebezpečí a může vést až k vážné újmě. Technologie se mohou stát mocnou zbraní, která nás může vážně ohrožovat. Samy o sobě nejsou ani dobré, ani špatné. Záleží jen na lidech, k čemu je použijí. *Proto musíme být na tato četná rizika připraveni. Obzvláště děti, rodiče a pedagogové.*

Cílem mého příspěvku je upozornit na nebezpečí spojená se zneužíváním kyberprostoru převážně se sexuálním podtextem a představit některé instituce, které se danou problematikou zabývají a nabízí pomoc.

Kyberprostor vs. kyberšikana

Kyberprostor je označení pro virtuální svět vytvořený moderními technologickými prostředky. Nejčastěji využívané elektronické prostředky jsou mobilní telefony, videoportály, e-maily, chaty, instant messaging, blogy, webové stránky, sociální sítě a jiné internetové služby. Jedním z hlavních projevů zneužívání těchto prostředků je kybernetická šikana, tzv. kyberšikana. Kyberšikana se stává fenoménem dnešní doby. Téměř každý týden se v médiích objeví nová kauza a závažnost projevů kyberšikany narůstá. Málokteré sociálně patologické chování se šíří s takovou rychlostí a je tak variabilní, jako kyberšikana.

Aspekty, které napomáhají zneužití kyberprostoru:

Anonymita útočníka. Jeho anonymita je sice jen zdánlivá, ale vzbuzuje v něm odvahu a pocit, že je nepostižitelný. Pomocí specifických znalostí a s využitím potřebných technologií (např. sledováním IP adres, proxy serverů nebo paketů) lze totožnost útočníků ve většině případů odhalit. Každý účastník kyberprostoru po sobě zanechává množství „kyberotisků“, datových stop, které se dají vysledovat. Přesto bývá obecně velmi obtížné útočníka vystopovat.

Lehce dostupné nástroje. Informační a komunikační technologie, především mobilní telefony a internet, jsou velmi rozšířené a lehce dostupné (cenově i místně). Díky těmto nástrojům je velké množství vzájemně propojeno a nástroje vznikají rychleji než pravidla, ICT umožňují snadný přístup k oběti.

Riskantní chování lidí ve virtuálním světě. Ve virtuálním světě se někteří lidé chovají méně opatrně, než v reálném světě (jsou odvážnější v komunikaci, probírají citlivá témata, komunikují často bez zábran apod.). Zatímco v reálném životě jsme vychováváni před různými nástrahami k opatrnosti, informovanost o virtuálním nebezpečí je minimální. Mezi jednoznačně rizikové chování patří sdílení osobních údajů, fotografií a videozáznamů. Další velkou chybou je, že uživatelé nečtou smluvní podmínky služeb, které používají, a často ani netuší, co všechno správci služby umožnili.
Velké množství diváků a sekundárních útočníků. Používání ICT je pro mnohé nezbytnou součástí života. Potřebujeme je téměř denně. Útočník nemusí oběť napadat opakovaně, stačí, když citlivé zprávy nebo nahrávky publikuje na internetu a o jejich šíření se pak postarají ostatní. Tito lidé pak sehrávají jednak roli diváků, ale také sekundárních útočníků, protože úmyslně či neúmyslně rozesílají materiály dál. Tím se podílejí na zvyšování intenzity útoku na oběť.
Nedostatečná prevence. Nástroje ICT vznikají rychleji než obecně známá pravidla obdobná těm, jimiž se řídíme v běžném, nevirtuálním životě. Obecně platí, že děti se s novými technologiemi seznamuji rychleji než dospělí, tedy jejich rodiče a učitelé, Tato situace ztěžuje dospělým pozici v oblasti výchovy a prevence bezpečného používání kyberprostoru.
Na zneužívání kyberprostoru se také podílí nízká informovanost o rizicích ve společnosti a absence koncepce prevence.
Posun společenských hranic. Společenské hranice se výrazně posunuly k větší lhostejnosti, otevřenosti v sexualitě, toleranci k násilí a agresi. V této atmosféře je samozřejmě velmi obtížné stanovit etické normy kyberprostoru a vyžadovat jejich dodržování.

Specifické projevy kyberútoků

- **Cyberbullying (kyberšikana)**

Tímto termínem je označován druh šikany, který zneužívá elektronické prostředky k poškození oběti. Vždy se jedná o psychickou újmu. Mezi její nejobvyklejší projevy patří zasílání obtěžujících, urážejících či útočných emailů a sms, vytváření stránek a blogů ponižujících jednotlivce či skupinu, popřípadě může kyberšikana sloužit k posilování klasických forem šikany, nejčastěji prostřednictvím nahrání scény na mobilní telefon a jejího následného rozeslání známým dotyčného, popřípadě vystavení na internetu.

- **Flaming (provokování)**

Jedná se o online útoky pomocí elektronických zpráv s urážlivým a vulgárním obsahem, které mají za úkol oběť provokovat a vtáhnout ji do podobného způsobu komunikace.

- **Harassment (obtěžování)**

Takto je označené opakované odesílání sprostých, drzých a urážlivých zpráv, opakované prozvánění nebo volání.

Příklad: žákyně oznámila řediteli, že spolužák šikanuje jiného studenta. Během cesty ze školy domů jí přišlo velké množství výhružných zpráv z neznámého telefonního čísla.

- **Denigration (ponižování a pomlouvání)**

Jedná se o rozesílání pomluv nebo výmyslů o oběti v rámci sociálních sítí, blogů, nebo jiných webových stránek. Cílem útočníka je poškodit reputaci oběti a narušit její vztahy s přáteli. Čím dál tím víc toto chování postihuje dospělé osoby.

- **Impersonation (krádež identity)**

Je to označení pro zneužití cizí identity ke kyberšikaně nebo k jinému rizikovému chování (např. zcizení elektronického účtu).

Různé typy útoků na cizí účet nebo jeho zneužití

1. Manipulace s profily (zveřejňování nepravdivých/pomlouvačných informací o majiteli…).
2. Mazání kontaktů a zpráv.
3. Rozesílání zpráv s nevhodným obsahem jménem majitele účtu (např. urážky, záměrně chybně vypracované úkoly, zprávy s xenofobním nebo rasistickým obsahem, dětskou pornografií atd.).
4. Zneužití osobních údajů a kontaktních údajů k účtu – nejčastěji se jedná o přihlašování do různých služeb a aplikací (seznamky nebo pornoseznamky), objednávání zboží pomocí e-shopů, zneužití účtu k páchání trestné činnosti**.**

- **Fishing (rybaření)**

Je to jedna z metod krádeže identity. V tomto případě se jedná o získávání citlivých dat od uživatelů, která jsou následně zveřejněna bez uživatelova vědomí. Viz e-maily vypadající důvěryhodně např. od neznámých bank vyžadující si citlivé údaje od uživatele. S touto činností úzce souvisí **pharming,** kdy se jedná o podvodné stránky, které si žádají vaše osobní informace pro registraci. Tudíž je třeba doporučit všem, kteří se chtějí na podobných stránkách registrovat, aby byli velmi opatrní.

- **Outing (odhalování)**

Jedná se o online zveřejňování cizích tajemství, intimních nebo ztrapňujících informací nebo obrázků. Může se jednat např. o situaci, kdy chlapec natočí svým mobilním telefonem kamaráda při převlékání. Záznam pak přepošle ostatním kamarádům a během chvíle záznam obletí celou školu.

- **Trickery (podvádění)**

Podvádění někoho ve snaze zjistit jeho tajemství nebo informace, které by ho mohly ztrapnit, a ty pak následně sdílet online.

Příklad: Dívka poslala své spolužačce zprávu, ve které předstírala, že chce být její kamarádkou. Vyptávala se jí na spoustu věcí. Ta odpovídala i na skutečně osobní otázky. Dívka pak jejich vzájemnou komunikaci přeposlala dalším lidem se svým vlastním komentářem, kde spolužačku označila za „ubožačku“.

- **Exclusion (vyloučení)**

Označení pro záměrné a hrubé vyloučení nějaké osoby z online skupiny.
Může se jednat např. o situaci, kdy se dívka snaží zapadnout do dívčí party ve škole. Následně je vyloučena vůdkyní party a všechny dívky z party si zablokují online kontakt s ní.

- **Cyberstalking (pronásledování, kybernetický lov)**

Takto je označováno opakované intenzívní obtěžování a ponižování spojené s vyhrožováním nebo zastrašováním.
Příklad: Je možno uvést situaci, kdy se dívka rozejde s chlapcem. Ten ji posílá mnoho zlostných, výhružných a prosebných zpráv. Rozšiřuje o ní a jejich přátelích nechutné výmysly. Zveřejňuje její sexuálně vyzývavé fotografie v sexuálně orientovaných diskuzních skupinách spolu s její emailovou adresou a telefonním číslem.

- **Vydírání**

Útočník využívá kyberšikanu k vydírání oběti, čímž se snaží dosáhnout svých záměrů.

- **Kybergrooming**

V tomto případě jde o chování uživatelů v kyberprostoru, které má v dítěti vyvolat falešnou důvěru a připravit ho na schůzku, jejímž cílem je zneužít dítě.

- **Ztrapňování pomocí falešných profilů**

Jedná se o situaci, kdy se útočník vydává za někoho jiného, rozesílá jeho jménem nevhodné zprávy a jiné materiály ve snaze dostat ho do problémů nebo ho ohrozit či poškodit jeho pověst a vztahy.

- **Happy slapping (fackování pro zábavu)**

V tomto případě hovoříme o nečekaném fyzickém napadení (někdy i znásilnění) osoby spojené s nahráváním na mobilní telefon nebo kameru. Získané video je poté publikováno na internetu.
Jako příklad můžeme uvést situaci, kdy se skupina chlapců domluví a fyzicky napadnou jiného spolužáka nebo bezdomovce. Jeden z nich celou situaci natáčí na mobilní telefon a následně ji zveřejní na internetu.

- **Hoax**

Jde o falešnou zprávu, kterou útočník zveřejní na sítích, blogu apod. Nebo se může jednat o poplašnou zprávu, která má šířit paniku (upozornění na neexistující viry, zapíchnuté injekce v tramvaji apod.).

- **Sexting**

Využívání informačních technologií k rozesílání zpráv se sexuálním podmětem. Jedná se i o rozesílání lechtivých fotografií. Po rozchodu se může stát, že tyto fotografie jedna strana uveřejní. Sexting podporuje šíření mladistvé pornografie, a proto jej považuji za jednu z nejzávažnějších aktivit v kyberprostoru.

Nebezpečí kybergroomingu

Tímto termínem je označováno zneužívání moderních komunikačních technologií k psychické manipulaci s cílem získat důvěru oběti, vylákat ji na osobní schůzku a zpravidla sexuálně zneužít.

Přátelství online

Kybergroomingu výrazně nahrává snaha obětí získat na internetu přátele. Mnoho mladých lidí, ať už zletilých či nezletilých, hledá přátelství v online prostředí. Je to pro ně skvělá představa a často i výzva. Online přátelství má mnoho výhod. Na online přátele se nemusí čekat, člověk nemusí nikam chodit, stačí se připojit k internetu, vstoupit do chatovací místnosti a přidat se k ostatním. Velmi často se stává, že mladí lidé podlehnou iluzi, že potkali toho pravého kamaráda, přítele. Ve skutečnosti se jedná o dospělého člověka se sexuálními úmysly, který využívá uměle vytvořeného pocitu těchto mladých lidí že jsou milováni a že je má někdo rád k tomu, aby je vylákal na schůzku.

Útočníci jsou tedy často pedofilové. Zpravidla se chovají velmi podobně. Nejprve si útočník **vytvoří falešnou identitu**, a to převážně dvojím způsobem: jednu tzv. statickou identitu, prostřednictvím které oslovuje vybrané oběti (například uživatelský profil na facebooku), nebo si svou identitu upravuje podle toho, s kým komunikuje, to je vytvoří tzv. dynamickou identitu. Převážně vystupuje pod několika přezdívkami/nicky/avatary. Účelově si upravuje osobní údaje, záliby, zájmy, případně i pohlaví tak, aby oslovil vybranou oběť co nejefektivněji. Často komunikuje s více oběťmi současně a musí si pamatovat, co komu sdělil. Této situace se dá využít k prevenci a ochraně. V případě, že si oběť všimne rozporů ve virtuální komunikaci (např. uživatel opakovaně uvede různý věk, jméno či jiné údaje), může se jednat o signály toho, že komunikuje s kybergroomerem. Následně se útočník snaží v dítěti vzbudit důvěru, po určitém čase se snaží o uplácení různými dárky a dítě po čase svolí k setkání. V průběhu online konverzací může útočník požadovat po obětech, aby si sundaly oblečení, navádět je k účasti na sexuální činnosti, provozovat sexuální aktivity v jejich přítomnosti nebo je nutit ke sledování sexuálního aktu.

Není vůbec jednoduché tyto lidi odhalit a vypátrat. Groomer s obětí často komunikuje přes internet i několik měsíců. Někdy stačí, aby dostatečně dlouho působil na svou oběť a zahrnoval ji svou pozorností tak, až si na něm vytvoří těžko odbouratelnou emocionální závislost. Převážně děti s nízkým sebevědomím, které nemají dostatek přátel, trpí absencí vztahů a sdílením intimity, jsou pro něj snadnou kořistí

V případě, že se mu nedaří oběť přesvědčit ke schůzce, začne používat nátlak ve formě vyhrožování zveřejněním choulostivých fotografií a videí. V tomto případě již mluvíme o kyberšikaně.

Typické chování kybergroomera

- Je neobyčejně trpělivý.
- Komunikuje se svou obětí i několik měsíců, někdy i přes rok, než se odhodlá zjednat si schůzku ve skutečném světě.
- Tváří se neobyčejně přátelsky.
- Výrazně se zajímá o rozvíjení vzájemného vztahu s obětí.

- Má zájem vztah udržet z větší části, pokud ne celý, v tajnosti.
- Bude hovořit o milujícím vztahu. Často se bude v konverzaci bavit o významu skutečné lásky.
- Bude hovořit o tom, že tento vztah bude pokračovat, jakmile se v reálném světě s obětí potká.
- Do konverzace vkládá i témata sexuální povahy.
- Často žádá o fotografie.
- Vyžaduje cybersex s použitím web kamery apod.

Etapy manipulace dítěte

1. Příprava kontaktu – falešná identita.
2. Kontakt s obětí, navázání a prohlubování vztahu .
3. Snaha získat co nejvíce osobních informací o oběti (fishing).
4. Vábení a uplácení oběti (luring).
5. Snižování zábran dětí a mládeže zaváděním sexuálního obsahu do konverzace.
6. Snahy o izolaci oběti od okolí.
7. Příprava na osobní schůzku.
8. Osobní schůzka.
9. **Útok na oběť**.

Desatero obrany

1. Přemýšlejte zda „online přátelství“ není až moc perfektní na to, aby to mohla být pravda.
2. Ukládejte si kopie vašich rozhovorů, abyste mohli rozpoznat jakékoli nesrovnalosti např. změnu svého věku nebo dalších údajů.
3. Zvažte, proč chce udržet vztah v tajnosti, proč se vás ptá na osobní a intimní údaje.
4. Sami si vytyčte své osobní hranice s ohledem na rozhovory o sexu a věřte svým rozhodnutím. Nebojte se odmítnout kybersex.
5. Nenechte se oklamat sliby naplňujícího, milujícího vztahu. Většinou tytéž věci zároveň slibují několika dalším mladým lidem.
6. Neposkytujte své osobní informace lidem, které jste zrovna potkali v online prostředí, na chatu, při užívání ICQ, skype apod.
7. Online přátelství jsou nejlepší, když zůstanou online, a je naprosto v pořádku odmítnout osobní setkání tváří v tvář.
8. Pokud se rozhodnete pro osobní setkání, řekněte to rodičům nebo aspoň kamarádům.
9. Schůzku si domlouvejte na veřejných prostranstvích, nesedejte do auta, nechoďte do soukromého bytu.
10. Do profilu na chat si dej nic neříkající fotku, neuváděj věk, budete tak nezajímaví a krytí.

Sexting

Poměrně nový fenomén, který je spojen s využíváním informačních a komunikačních technologií mladistvými a dětmi, je tzv. **sexting** (česky sextování). Je jedním z nejrozšířenějších jevů v komunikaci mladých lidí. Termín sexting označuje rizikové odesílání sexuálně laděných zpráv, fotografií či videozáznamů, jehož cílem je nejčastěji navázání partnerského vztahu mezi odesilatelem a příjemcem nebo jeho zpestření. Lidé vlastně šíří své vlastní materiály, aniž si uvědomují rizika, kterým mohou být vystaveni.

Sexting podporuje šíření pornografie mladistvých a dětí, které je celosvětově zakázáno. Přestože stále přibývá případů, které upozorňují na nebezpečí této aktivity, zdá se, že to pořád nestačí.

Odborníci uvádějí, že největšími šiřiteli dětské pornografie jsou sami dospívající děti. Ve velké většině si to ale ani neuvědomují. V poslední době se pořizování intimních a vyzývavých fotografií stává součástí virtuální intimity mladých lidí. Dívky ve snaze zapůsobit na oblíbeného chlapce neváhají posílat erotické a choulostivé fotky či video. Náklonnost není většinou opětována a chlapec intimní materiály pošle dál svým kamarádům. Teenageři neváhají sdílet obscénní komentáře se svými vrstevníky na webu, fotí se nazí či ve spodním prádle . Fotografie následně dávají k dispozici na internetu. Odborníci v Česku vypozorovali nový trend. Mladiství se na internetu sami nabízejí. Zveřejňují tu svoje intimní fotografie nebo se dobrovolně ukazují polonazí v choulostivých situacích na webových kamerách.

„Dříve bylo víc útočníků, dnes je situace opačná. Je víc dětí, co se nabízejí, já říkám, že jsou největším výrobcem a distributorem pornografie, byť to neudělají úmyslně. My to máme odzkoušeno, získat pornografii od dětí trvá 5 minut, sehnat dítě na erotickou schůzku trvá 3 minuty," potvrdil manažer pro internetovou bezpečnost Seznam.cz Martin Kožíšek.*

K takovému chování mimo jiné mladé lidi inspiruje dnešní svět reklamy a hudebních klipů, kde se k získání pozornosti využívá dráždivé předvádění ženského těla. Čím odvážnější, tím lepší, a hranice se stále posouvají.

Být provokativní je dnes zkrátka in. Je třeba si to přiznat a podle toho s mladými jednat. Nejde o moralizování, ale o upozornění na reálný stav. Jakmile se jednou intimní materiál objeví na internetu, velice obtížně se z něj odstraňuje.

** Online na: http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/215677-odbornici-varuji-teenageri-jsou-nejvetsimi-siriteli-detske-pornografie/ Cit. 26. 8. 2013*

Výzkum, zaměřený na rizikové chování ve virtuálních prostředích (zejména na internetu), který realizoval v průběhu loňského roku výzkumný tým Centra PRVoK PdF a projektu E-Bezpečí, se mimo jiné zaměřil také na fenomén sexting.

Z odpovědí vyplynulo, že 10,44 % českých dětí alespoň jednou odeslalo někomu dalšímu sexuálně laděnou fotografii nebo videozáznam. 9,15 % dětí má takové vyobrazení zveřejněno volně na internetu.

Výsledky šetření „Internet a české děti ve věku od 9 do 16 let“

- 29 % navštívilo pornografickou stánku
- 42 % se na internetu seznámilo s cizím člověkem
- 13 % z nich se s ním následně sešlo osobně

http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/sexting/237-ceske-deti-o-sextingu71

Neopatrní bývají ale i rodiče. Lehkomyslně umísťují na internet fotografie svých nahých dětí z dovolených, rodinných oslav apod. Neuvědomují si, že snímky může někdo zneužít i za deset, dvacet let, kdy jejich potomek bude dospělý.

Jak se bránit?

Obrana je velmi obtížná. Na prvním místě je prevence, hlavně rodiče by se měli zajímat, co jejich dítě na internetu dělá, promluvit si s ním a poučit ho o nebezpečí, která mu hrozí. Dalším opatřením je dostatečná softwarová ochrana počítače před útoky hackerů. Pokud dojde k zneužití intimního materiálu, je nutné jej co nejdříve zablokovat/smazat. Více na online: http://www.e-bezpeci.cz/index.php/rodice-ucitele-zaci/546-prvnipomoc

Další doporučení:

- Neposílat nikomu, koho neznáme, svou fotografii zvlášť ne intimní.
- Udržovat hesla k e-mailu i jinam v tajnosti, nesdělovat je ani blízkému kamarádovi.
- Neodpovídat na neslušné, hrubé nebo vulgární maily a vzkazy.
- Informovat rodiče, nebo jinou dospělou osobu, pokud se objeví vaše nevhodné snímky na internetu.

Kde hledat pomoc

Linka bezpečí ONLINE (Internet Helpline)

Je to asistenční služba zřízená Sdružením Linka bezpečí a je součástí projektu mezinárodního projektu Safer Internet Plus. Jde o první obdobně specializovanou linku krizové intervence v ČR.

Kontakty: www.pomoconline.cz e-mail: pomoc@linkabezpeci.cz, telefon: +420 116 111, +420 800 155 155

Online na: http://www.pomoc-online.cz/teprve-se-rozhlizim/
/hledas-pomoc Cit. 26. 8. 2013

Projekt E-Bezpečí
Projekt E-Bezpečí Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci se zabývá problematikou nebezpečných komunikačních jevů spojených s používáním ICT
Kontakty: www.e-bezpeci.cz**,** www.napisnam.cz e-mail: info@e-bezpeci.cz
Online na: http://www.e-bezpeci.cz/index.php/kontakt Cit. 26. 8. 2013

Národní centrum bezpečnějšího internetu (Safer Internet)
Zahrnuje moduly:
Safer Internet Awarenod/Helpline (Osvětové a asistenční centrum bezpečnějšího internetu) provádí osvětu s cílem zvýšit povědomí o bezpečnějším užívání internetu a zároveň poskytuje dětem podporu ve formě psychologické a sociální pomoci v osvojování si zásad bezpečné práce, získávání informací, chatování, brouzdání a pomoci cítit se na internetu bezpečně.
Safer Internet Hotline (internetová horká linka) bojuje proti ilegálnímu obsahu, umožňuje občanům České republiky hlásit nelegální obsah, především dětskou pornografii a další formy komerčního a sexuálního zneužívání dětí a předávat oznámení příslušným činným orgánům **Kontakty:** www.saferinternet.cz
Online na: http://www.e-bezpeci.cz/index.php/kontakt Cit. 26. 8. 2013

Poradenská linka pro pedagogy
Tato linka je určena primárně pedagogickým pracovníkům v rámci celé České republiky, kterým je nápomocna výlučně při řešení problémových výchovných situací týkajících se školního prostředí. Telefonická linka je zcela anonymní. Je k dispozici v pracovních dnech od 8:00 do 16:00.
Kontakty: http://www.msmt.cz/ministerstvo/poradenska-linka-pro-pedagogy,
telefon: +420 841 220 220, +420 777 711 439
Online na: http://www.msmt.cz/ministerstvo/
poradenska-linka-pro-pedagogy Cit. 26. 8. 2013

Úřad na ochranu osobních údajů
Úřad na ochranu osobních údajů je nezávislým orgánem, který provádí dozor nad dodržováním zákonem stanovených povinností při zpracování osobních údajů, vede registr povolených zpracování osobních údajů, přijímá podněty a stížnosti občanů na porušení zákona a poskytuje konzultace v oblasti ochrany osobních údajů.
Kontakty: www.uoou.cz**,** e-mail: posta@uoou.cz, telefon: +420 234 665 212
Poradenská linka pro pedagogy.
Online na: http://www.uoou.cz/uoou.aspx?menu=321 Cit. 26. 8. 2013

Nebuď oběť
Občanské sdružení Rizika internetu a komunikačních technologií (alias Nebuď oběť!) se zaměřuje na preventivní osvětu žáků základních škol, pedagogů a rodičů v problematice nebezpečného užívání Internetu a komunikačních technologií.

Varuje před možným zneužitím osobních údajů a seznamuje s novými fenomény kyberprostoru, jakými jsou například sexting, grooming, phishing, happy slapping. Věnujeme se natáčení videoklipů, tvorbě komixů a vzdělávacích programů, realizaci přednášek a mezinárodně kooperačních projektů.
Kontakty: http://www.nebudobet.cz, e-mail: nebudobet@email. cz,
telefon +420 774 242 507.
Online na: http://www.nebudobet.cz/?page=editorial Cit. 24. 8. 2013

Policie ČR
Kontakty: www.policie.cz **,** telefon +420 158
Online na: http://www.policie.cz/imapa.aspx Cit. 26. 8. 2013
Den bezpečnějšího internetu

Den bezpečnějšího internetu každoročně vyhlašuje evropská síť Insafe. Ta sdružuje organizace, které propagují bezpečné užívání sítě a mobilů. V Česku je to Národní centrum bezpečnějšího internetu.

Projekt IN(ternet) Generation
První ucelený projekt nabídne rodičům, učitelům i dětem nástroje pro zvýšení internetové gramotnosti Spuštěním webové stránky www.in-generation.cz začíná projekt IN(ternet) Generation, který připravil a realizuje institut ELAI (European Leadership & Academic Institute), www.elai.cz, ve spolupráci s českým Googlem a pod záštitou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Hlavním cílem projektu je přinést dětem ve věku 9-15 let vzdělávání v oblastech etického, efektivního, pokročilého a bezpečného užívání internetu, který by měl sloužit jako pilot pro širší užití v zemích EU.*
* Online na: http://www.e-bezpeci.cz/index.php/component/
content/article/693-prav-startuje-projekt-internet-generation Cit. 26. 8. 2013

Důležité on-line zdroje a kontakty:
www.saferinternet.cz
www.bezpecne-online.cz
www.horkalinka.cz
www.pomoconline.cz
www.sikana.org
www.nebudobet.cz
http://www.csicr.cz
http://www.csicr.cz/cz/Rodice/Na-co-se-casto-ptate/Sikana
www.e-bezpeci.cz
http://aplikace.policie.cz/hotline
http://www.nasedite.cz/
http://www.nasedite.cz/cs/projekty/internet_hotline
http://www.internethelpline.cz/
http://www.ovce.sk/projekt.phtml/

http://www.lupa.cz/
http://www.chovani.eu/
http://www.bkb.cz/
http://www.minimalizacesikany.cz/pribehy-ostatnich-zaku/
http://www.internethotline.cz/
http://www.saftonline.org/
http://www.minimalizacesikany.cz/
http://www.sikana.org
http://www.seznamsebezpecne.cz/

Metodický pokyn k prevenci a řešení šikanování mezi žáky. MŠMT. Online na: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy /metodicky-pokyn-k-sikanovani
Projekt Minimalizace šikany. Online na: http://www.minimalizacesikany.cz/
Beránek, J. Nová móda: Násilníci si točí své oběti mobilem. Idnes.cz, 2006. Online na: http://mobil.idnes.cz/nova-moda-nasilnici-si-toci-sve-obeti-mobilem-f3x-/mob_tech.aspx?c=A060815_155555_mob_tech_brz

Další odkazy a zdroje

Padesátka zemí bojuje proti zneužívání dětí na internetu
Pedofil se vydával za školačku, dívky mu pak posílaly erotické fotky
Evropský zátah proti dětské pornografii - stovky podezřelých
Na internetu přibývá případů obtěžování dětí
Odborníci varují: Teenageři jsou největšími šiřiteli dětské pornografie
http://www.sexting.cz/
http://www.prvok.upol.cz/
http://www.e-bezpeci.cz/
http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/9673/STRUCNY-UVOD-DO-PROBLEMATIKY-BEZPECNEHO-INTERNETU.html
http://www.bezpecne-online.cz/surfuj-bezpecne/komunikace-se-svetem/sexting
http://aktualne.centrum.cz/zpravy/krimi/clanek.phtml?id=632277
http://www.rightcelebrity.com/?p=5477
http://www.mahalo.com/jesse-logan

Videa

Odborníci varují: Teenageři jsou největšími šiřiteli dětské pornografie
Seznam se bezpečně (1, 2) NET-Story video o příběhy o nebezpečí v kyberprostoru
http://www.youtube.com/watch?v=DtdaEggUDPI
http://www.youtube.com/watch?v=rZTgyFmTVdc
http://www.youtube.com/watch?v=D6HE-fihpjU
Jít či nejít ke stažení (http://www.e-bezpeci.cz/index.php/ke-stazeni/cat_view/43-e-bezpei-dvd)
http://www.nebudobet.cz/?page=videa

Doporučená literatura:

Kolář, M.: Nová cesta k léčbě šikany. Portál, Praha, 2011
Hulanová, L.: Internetová kriminalita páchaná na dětech, psychologie internetové oběti pachatele a kriminality. Triton, Praha, 2012
Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 2004
Šámal, P. a kol.: Trestní zákoník. C. H. Beck, 2009
Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2011
Rogers V.: Kyberšikana: Pracovní materiály pro učitele a žáky i studenty. Portál, Praha, 2011
Kol. aut.: Jak zvládnout kyberšikanu, metodický materiál. NCBI, 2010

POUŽITÉ ZDROJE:

Encyklopedie Vševěd
Online: http://encyklopedie.vseved.cz/sextov%C3%A1n%C3%AD
Čermák, M. Dětská pornografie je fakt hnusná. Ale jakou jinou mají dělat děti?
Online: http://extra.cz/blog/2009/04/detska-pornografie-je-fakt-hnusna-ale.html
http://cs.wikipedia.org/wiki/Cyber_grooming
http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/70/63/lang,czech/
K. Kopecký - Moderní trendy v elektronické komunikaci E-Bezpečí. O projektu. Online na: http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/15/60/lang,czech/
1Safer Internet. O projektu. Online na: http://www.saferinternet.cz/o-projektu/80-3
www.saferinternet.cz www.ncbi.cz www.bezpecne-online.cz
Mašková A., Lukášová K., Pacák, R. a Brandejsová, J.: Kyberšikana ve školním prostředí.
Online na: http://www.ncbi.cz/category/6-metodiky-ucebni-materialy
Mašková A., Lukášová K., Pacák, R. a Brandejsová, J.: Kybergrooming s kyberstalking.
Online na: http://www.ncbi.cz/category/6-metodiky-ucebni-materialy

http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/kybergrooming/125-42
http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/kyberikana/17-cojekybersikana
http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/sexting/137-154
http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/socialni-sit
http://www.nebudobet.cz/?page=kybergrooming
http://www.nebudobet.cz/?page=sexting
http://www.nebudobet.cz/?page=vyzkum
http://www.ceskatelevize.cz/vysilani/31.08.2008/208411058250831-21:45-1-168-hodin-pedofil-lovil-na-internetovych-strankach-25-zneuzitych-deti.html?streamtype=RH
http://tn.nova.cz/zpravy/krimi/davejte-pozor-na-deti-na-webu-lovi-pedofilove.html

Použitá literatura

Bendl, S,: Prevence a řešení šikany ve škole. Praha : ISV, 2003
Kolář, M.: Bolest šikanování. Praha, Portál, 2001
Říčan, P.: Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí. Praha, Portál, 1995
Krejčí, V.: Kyberšikana. Kyberbetická šikana. Olomouc, 2010
Kopecký, K.: Kybergrooming nebezpečí kyberprostoru.Olomouc, 2010

Mezi ochranou a morální panikou: Děti a sexualita

Lucie Jarkovská

Předmětem sporů o sexuální výchovu u nás i ve světě bývá často otázka, jaké informace mají děti získat a jaké ne. Během sporu o sexuální výchovu, který v České republice vypukl v roce 2010 jsme mohli sledovat i tuto argumentační linii – odpůrci sexuální výchovy legitimizovali své snahy o odstranění sexuální výchovy ze škol právě tím, že děti budou tzv. sexualizovány v období, kdy přirozeně zájem o sex nemají. Odpůrcům vadilo, že dle nich vyučující dětem prostřednictvím výuky o sexu poskytnou jakýsi manuál, který se dětem stane návodem, co všechno by ještě mohly vyzkoušet a co by je bez sexuální výchovy samo nenapadlo. Probudí se v nich touhy, které dětskému věku nepřísluší. V současné době sice opět mediální debaty o sexuální výchově utichly, nicméně s určitou nejistotou ohledně toho, aby se dětem nesdělilo příliš mnoho a příliš brzy se setkáváme i mimo tábor jednoznačných odpůrců sexuální výchovy ve školách.

Tato nejistota či obavy vyvstávají z toho, jak chápeme v našem kulturním kontextu sexualitu, dětství, a především, v jaké konstelaci se tyto dva fenomény nacházejí vůči sobě. Jakkoli je naše kultura hrdá na stupeň civilizace, rozvoje a pokroku, setkáváme se zároveň s jistou adorací přirozenosti. Do této sféry spadají i představy o dětství a o sexualitě. Lidé sdílí freudovskou představu, že sexualita je pud, který můžeme nanejvýš více či méně potlačovat, že jde o sféru lidské přirozenosti. Stejně tak přirozené že je dětství – je považováno za samozřejmou etapu lidského vývoje. Dítě je definované věkem a věříme, že oplývá jistým dětským charakterem, který je dán od přírody všem dětem a souvisí s vývojovými fázemi, kterými dítě zrovna prochází. Nicméně samozřejmost toho, co znamená být dítětem, byla zpochybněna, stejně jako přirozenost sexuality.

Zastavme se nejdříve u dětství. Jedním z prvních, kdo zpochybnil biologickou podstatu dětství a představu o „přirozenosti“ dětství a kdo poukázal na jeho sociální a historickou proměnlivost, byl sociální historik Philippe Áries. Ve svém vlivném díle dokazuje, že koncept dětství je výsledkem určitého způsobu uvažování o dětech. Uvádí, že děti ve středověku neměly žádný zvláštní status, mezi dítětem a dospělým neexistovala žádná distinktivní hranice. Až moderní evropská společnost se začala o děti starat jako o specifickou skupinu se specifickými potřebami a zahrnula dětství zvýšeným zájmem, především z hlediska zdravého vývoje a prosperity (Áries 1986).

V současné euroamerické kultuře je dětství konstruováno jako nevinné a bezbranné, vyžadující ochranu. Milujeme děti, protože jsme uneseni jejich

bezbranností, křehkostí, nevinností, upřímností a celkovou nezkaženostmi. Děti, které takové nejsou, pak nepovažujeme za dětské. Milujeme idealizaci dětství, protože je pro nás ztělesněním ráje na zemi.

V naší kultuře stojící na židovsko křesťanských základech, však idea ráje vylučuje sexualitu. Když Adam a Eva okusili ze stromu poznání, uvědomili si svou nahotu, pocítili stud a nenávratně ráj ztratili. V tomto biblickém příběhu můžeme vidět kořeny našich současných debat o nevhodnosti sexuální výchovy u dětí. Dětství nám slouží jako projekce židovsko-křesťanského ráje, ve kterém neexistuje vědomí vlastní sexuality.

Sexualita je spojena s hříchem a možným pošpiněním, a proto do ráje nepatří. Je chápána jako oblast značně problematická, ve které lze snadno sklouznout do temnoty zatracení. Dříve to byla církev, která sexualitu spojovala s hříchem. A jak ukazuje Foucault, dnes je to především věda – medicína, psychologie a další, které nastavují hranice správného prožívání sexuality a překročení těchto hranic definují jako nápravyhodné deviace. I sexualita, která odpovídá normám a je situována do ložnice manželského páru, je potenciálně problematická. Měla by být ukryta před zraky jiných lidí, vždy je zde riziko, že určité praktiky překročí slušností/církví/vědou vymezené hranice. Čiliže sexualita představuje v našem kulturním kontextu něco, co je vždy potenciálně nečisté a nebezpečné a v naprostém kontrastu s tím, jak je vnímáno dětství.

Spojení mezi dětstvím a sexualitou představuje pro naši kulturu jisté tabu, a tak trochu se zdá, že sexuální revoluce, která mnohá sexuální tabu zpochybnila, tabu dětství a sexuality ještě přiostřuje. Toto tabu na sebe nezřídka bere podobu ochrany dětí před sexuálním násilím a zneužíváním. Násilí a zneužívání je jistě problémem, nicméně boj proti němu se proměňuje v morální paniku nad jakýmkoli náznakem spojení sexuality, a má spíše normalizující než ochranné účinky, a to na ty, z jejichž strany k sexuálnímu zneužívání nedochází. Uveďme si několik příkladů:

Morální panika z dětské nahoty

Zemí, která je vyhlášená odmítáním dětské nahoty, jsou Spojené státy americké. Dětská nahota je hrubým překročením kulturních norem a v některých případech i explicitně zakazována řády různých institucí (např. veřejná koupaliště, parky apod.) či dokonce omezena pravidly soukromých domů či čtvrtí, kdy se děti nesmí objevit nahé ani na terasách či zahradách domů, ve kterých bydlí. Podíváte-li se do internetových diskusí či na články věnované tomuto tématu, zjistíte, že tato norma je zdůvodňována představou, že za každým rohem číhá násilník, který chce dítě znásilnit, nahé vyfotografovat a fotky zneužít. V České republice a Evropě obecně je dětská nahota přijímána výrazně otevřeněji, nicméně i zde jsme svědky sílícího tlaku na zahalení dětí. Mnohá veřejná koupaliště již nařizují, že děti od narození musí mít plavky, což je zdůvodňováno zatím nikoli jejich ochranou před sexuálními delikventy, ale z důvodu zachycení stolice.

Objevují se ale i případy, kdy je dětská nahota označována za pornografii. V roce 2010 musely české fotografky Míla Preslová a Tereza Vlčková odstranit své fotografie z berlínské síně Kleisthaus, kde měly vystavovat v rámci expozice Women in Czech Photography. Fotografky na nich zachytily děti, své rodinné příslušníky – syn Preslové nahý, obutý v teniskách a smotaný do klubíčka tak, že na fotografii bylo vidět pouze temeno hlavy, ramena a červené tenisky, neteř Vlčkové uprostřed rozkvetlé louky ve spodním dílu plavek, v ruce na špagátku barevné nafukovací balónky a vedle ní lama. Fotografky chtěly svými fotografiemi vyjádřit něhu, dětskou nevinnost, hravost a svůj blízký vztah k zobrazeným dětem, šéf organizace pořádající výstavu je hodnotil jako obscénní a pornografické a rozhodl, že pokud fotografie Preslové a Vlčkové z výstavy nezmizí, výstava se vůbec nebude moci konat. Fotografie byly odstraněny.

Obavy z dětské nahoty ukazují expanzi toho, co v souvislosti s dětstvím považujeme za sexualizované. V případě těla ženského nám dnes připadá úsměvné, že v devatenáctém století měla dáma kráčet po schodech za mužem, aby nemohl vidět její odhalený kotník, což by bylo hodnoceno jako situace erotické povahy. Nicméně odhalené dětské tělo hrající si v bazénu či v jiné primárně nesexuální situaci začíná být problémem, a to právě proto, že jsou konstruovány jako sexuální. V debatách mluvčí obvyklé zdůrazňují, že nahé dětské tělo je samo o sobě nevinné. Avšak prvek sexuální touhy se zde objevuje v podobě imaginárního kriminálního pedofila, kterého může odhalené dítě vyprovokovat k akci. Ovšem za traumatizující není považováno jen to, že by nějaké dítě bylo skutečně zneužito, ale i samotný sexualizovaný pohled. I pohled na dítě, u kterého někdo pocítí erotickou touhu, aniž by o tom dítě samotné vůbec vědělo, je něco, čemu je třeba zabránit.

Morální panika z projevů dětské sexuality

Jak jsem uvedla výše, samotná dětská nahota je označována za nevinnou a nesexuální, a proto vadí nikoli pro sebe samu, ale až v důsledku sexualizovaného pohledu domnělého pervertovaného dospělého. To ovšem znamená, že dítě samo musí performovat nevinnost a nevědomost, projevy dětské sexuality jsou vykazovány do sféry patologie. Jakkoli se usmíváme nad návody z 19. století, jak zabránit masturbaci, setkáváme se i dnes s panikou ohledně projevů dětské sexuality, a to především, jsou-li realizovány v interakci s jinými dětmi.

Při školení pro sociální pracovnice a pracovníky jsem se setkala s případem, kdy v jedné jihomoravské vesnici byl dvanáctiletý chlapec nařčen ze sexuálního zneužití jiného stejně starého chlapce. Šlo o to, že matka údajně zneužitého chlapce přišla domů a v dětském pokoji nalezla svého syna a jeho kamaráda při společné masturbaci. Vyděšená matka okamžitě zalarmovala policii, která případ později předala sociálním kurátorům. Obvinění bylo po delších peripetiích staženo, oba chlapci však byli dlouze vyšetřováni, obviněný chlapec putoval od policie přes sociální pracovnice k sexuologům a zase zpět, aby se

případ nakonec uzavřel s tím, že šlo o neškodnou praktiku dvou dospívajících chlapců. Mezi tím se však ve vesnici rozpoutala doslova štvanice na obviněného chlapce, ten měl naštěstí podporu své rodiny, která se nakonec rozhodla raději odstěhovat do jiného místa.

Zmíněný případ neznám z blízka, nicméně se dá předpokládat, že oba chlapci byli celým procesem traumatizováni. Morální panika obestírající sexuální zneužívání dětí zvyšuje hysterii, která nepomáhá skutečným obětem zneužití, ale patologizuje spontánní sexuální projevy dětí a mládeže. Rodiče i jiní vychovatelé a vychovatelky pak jednají nepřiměřeně, protože vlastně nevidí velký rozdíl mezi tím, když je dítě uneseno, vězněno a znásilňováno, a mezi společnou masturbací dvou dětí. Obojí považují za tragédii vyhnání z ráje dětské asexuální nevinnosti.

Ne nadarmo je v mýtu vyhnání Adama a Evy z ráje sexualita spojena s poznáním. Součástí konstrukce dětství jako přirozeně asexuálního je to, že je dítě nejen sex nepraktikující a erotickou touhu nezažívající, ale také o sexu nevědomé. A jak říká Foucault, to je důvod, proč dětem sex zakázat, proč jim bránit o něm mluvit, proč zavírat oči a zacpávat si uši, kdykoli by náhodou mohly dát najevo, že o něm vědí (Foucault 1999: 10). To je také důvod, proč se s informacemi okolo sexu určenými dětem tolik nadělá.

V souladu s foucaultovskou myšlenkou, že vědění je moc, je dětská nevědomost v různých oblastech konstitutivním prvkem hierarchického řádu, v němž dospělí (rodiče a vyučující především) jsou těmi mocnějšími, rozhodují o tom, kdy se dětem dostane jakých znalostí, kdy se jim zakáží a kdy povolí sexuální aktivity. Ochrana dětí před informacemi o sexualitě znamená zároveň jejich kontrolu. Děti jsou udržovány v nevědomosti, a tato nevědomost se stává legitimizací odepření jejich přístupu k moci a podřízení se autoritě (Jackson 1982). Tato jejich bezmocnost je potom tím, co nás vede k přiznání práva na ochranu. Míra přístupnosti informací o sexu není zdaleka jen otázkou konzervativních lobby, ať už církevních či politických, ale úzce souvisí i se snahou o zachování dalších sociálních kategorií a hierarchií. Pokud bychom dětství přiznali sexuální subjektivitu, ztratilo by pro nás onu rajskou čistotu a nevinnost, a tím pádem i nárok na ochranu, protože právě ochrana je mu přiznána pro jeho nevinnost.

Závěrem

Co z toho všeho vyplývá pro ty, kdo se zabývají sexuální výchovou? Kdo chce učit děti o sexu, nesmí brát věci za samozřejmé. Děti v různých kulturách a v různých historických obdobích měly nejen různé znalosti o sexu, ale i různé sexuální zkušenosti. V osobním deníku francouzského královského lékaře z počátku sedmnáctého století se např. dozvídáme o malém Ludvíku XIII.:

Ludvík XIII. narozený v roce 1601, není ještě ani rok starý a už se z plna hrdla směje, „když si hrají s jeho přirozením“. Každý si s ním hraje a líbá ho na ně. Často leží u krále a královny v posteli a všichni jsou nazí. […] 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. (citováno podle Fleishauer-Hardt 1990: 7)

Děti to, co je sexuální, a priori nepoškozuje. Ani to, co je pro děti poškozující není „dáno od přírody", ale souvisí i s tím, co je za poškozující považováno. Poškozující je to, co se děje proti jejich vůli, co se děje násilně, co se děje ve prospěch někoho jiného, bez ohledu na jejich touhy a přání. Může je však poškodit i hysterie týkající se jejich těl a jejich sexuálních projevů, která jim samotným říká, že tělo je zdrojem fatálního nebezpečí a sexualita je špatná a v jejich věku vždy patologická. Toto vědomí nesamozřejmosti může pomoci vyučujícím a vychovatelům/vychovatelkám k jistému uvolňujícímu odstupu.

Autorka:
Lucie Jarkovská, Ph.D
Fakulta sociálních studií
Masarykova univerzita, Brno

Bibliografie:

Áries, Philippe. 1986: *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life.* Harmondsworth: Penguin.

Fleishauer-Hardt, Helga. 1990. „Dětská sexualita". In: Will McBride: *Ukaž mi to*. Praha, Wupertal: SDN – Kredit.

Foucault, Michel. 1999. *Dějiny sexuality. I. Vůle k vědění*. Praha: Herrmann & synové

Jackson, Stevi. 1982. *Childohood and Sexuality.* Oxford: Basil Blackwell.

Wilhelm Reich: vize a iluze

Miroslav Kappl

Jednou z osobností, které svým dílem významným způsobem ovlivnily vývoj západní společnosti ve 20. století, je bezpochyby Wilhelm Reich. Paradoxně je v současnosti znám pouze malé skupince psychoterapeutů, zaměřených na práci s tělem, a intelektuálům, zabývajícím se vztahem politiky a kultury, přičemž u druhé zmíněné skupiny jeho jméno dodnes vzbuzuje intenzivní emoce. Méně je už známa jeho praktická angažovanost na poli moderní sexuální výchovy, což je zřejmě dáno tím, že na toto téma pohlížel spíše jako na prostředek než cíl sám o sobě. Nicméně všechna tato témata tvořily v jeho myšlení jeden celek, který měl dopad na pojetí partnerských vztahů a tím i rodinného života v druhé polovině 20. století. Cílem tohoto příspěvku je představit některé Reichovy názory na fungování člověka na úrovni biologické, psychologické a sociální, kdy lze bezesporu oprávněně tvrdit, že Reich patřil k prvním autorům, kteří si těsnou provázanost mezi těmito úrovněmi uvědomovali, a jako jeden z prvních navrhoval praktické kroky, jak dosáhnout mezi těmito úrovněmi určité harmonie. S ohledem na to, že dílo mnoha autorů je těsně provázáno s jejich životy – a Reich v tomto není výjimkou – bude nejdříve představena Reichova osobnost a jeho osudy.

W. Reich – stručný životopis

Wilhelm Reich se narodil v roce 1897 v Haliči, tehdy ještě součásti rakousko-uherské monarchie, v rodině farmáře. Jeho dětství poznamenala tragická událost, kdy ve věku dvanácti let přistihl svoji matku při milostné schůzce s jeho učitelem, a oznámil to svému otci. Reakce otce na manželčinu nevěru byla celkem zuřivá a podle všeho ji svým tvrdým chováním dohnal až k sebevraždě. Vypila čisticí prostředek a po několika dnech těžkých bolestí zemřela. Jeho otec, psychicky podlomen touto událostí, zemřel jen o necelých pět let později na tuberkulózu. Mladý Reich převzal na sebe starost o farmu a o svého mladšího bratra, nicméně mezitím vypukla první světová válka a jeho domov byl obsazen ruskou armádou. Poté před nimi utekl i se svým bratrem do Vídně, kde krátce na to narukoval do rakouské armády. (Norcross a Prochazka, 1999; Stárek a kol.,1990)

Po válce zahájil Reich svá studia medicíny na Vídeňské univerzitě, přičemž se ještě jako student stal členem Vídeňské psychoanalytické společnosti (v roce 1920), což bylo poměrně ojedinělé a svědčilo to o jeho talentu a pronikavém intelektu. Po ukončení studií se Reich začal věnovat psychoanalytické terapii a vedl oficiální seminář tohoto předmětu. Oženil se s jednou ze svých prvních pacientek, která k němu docházela na terapii, s níž měl později dvě dcery. V roce

1930 přesídlil z Vídně do Berlína, kde se podruhé oženil. V roce 1933 odtud musel jako Žid a marxista utéci do zahraničí. V letech 1933 až 1939 cestoval po skandinávských zemích, poté emigroval do Spojených států amerických. (Norcross a Prochazka, 1999; Stárek a kol.,1990)

Ve Spojených státech se Reich během 50. let jako levicově orientovaný společenský kritik dostává opět do konfliktů s úřady, přičemž oficiálním důvodem pro jeho stíhání se stal jeho kontroverzní vynález tzv. orgonového akumulátoru, který měl mít údajně schopnost soustřeďovat životní energii, jehož prodej americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) zakázal, neboť ho považoval za podvod. Reich tento zákaz nerespektoval a byl uvězněn. Všechny vyrobené orgonové akumulátory byly zničeny a stejně tak byly spáleny všechny jeho knihy a veškerá dokumentace. Reich zemřel ve vězení v roce 1957, po osmi měsících výkonu trestu. (Norcross a Prochazka, 1999)

Reichova psychologie osobnosti

Reich začínal svoji vědeckou dráhu jako ortodoxní psychoanalytik, jeho praktické zkušenosti i osobní sklony ho ovšem jejímu hlavnímu proudu brzy vzdálily. Po pár letech praxe si Reich na rozdíl od ostatních psychoanalytiků začal totiž uvědomovat, že jeho pacienti se projevují nejen verbálně, ale i tělesně. Jejich zvláštnosti v držení těla a v neverbální komunikaci vykazovaly u různých skupin pacientů shodné rysy, což Reicha přivedlo k myšlence, že tyto pravidelně vyskytující se tělesné vzorce nějak souvisí s jejich psychickými problémy. Dospěl k závěru, že tyto tělesné zvláštnosti jsou důsledkem soustavného vytěsňování sexuality do podvědomí. S ohledem na to, že pro Reicha nebyla sexualita pouze systémem slov, „strašících“ v našich hlavách, ale především energií, proudící našimi tělesnými organismy, navrhl hypotézu, podle které naše neobvyklé vzorce tělesného prožívání jsou zapříčiněny určitými „svalovými uzly“, zadržujícími sexuální energii. Tato energie by za normálních okolností měla volně proudit celým tělem, aby byla čas od času vybita prostřednictvím osvobozujícího orgasmu. To je ovšem ideál, kterého podle Reicha dosahuje málokdo. Většina z nás totiž prošla určitou omezující výchovou, jejímž cílem bylo z malých vitálních dětí, spontánně projevujících své emoce a vybíjejících svoji tělesnou energii, vytvořit dospělé konformisty. Daní za to jsou ovšem různé neurózy a somatické poruchy, mající původ v našem potlačování přirozených lidských pudů. Mnohdy jsou výsledkem takové striktní výchovy dokonce i určité patologické struktury charakteru (s jejichž nositeli se terapeuti často setkávají ve svých ordinacích), které se v tělesné rovině projevují vznikem různých typů „svalových krunýřů“, čili různých struktur chronického svalového napětí, které brání spontánnímu a intenzivnějšímu projevování přirozených pudů a odpovídajících emocí. Vyhráno podle Reicha nemáme ovšem ani my ostatní, kteří psychoterapii navštěvovat nemusíme. Omezujeme své sexuální touhy s ohledem na společenskou morálku, tlumíme své agresivní projevy, i když jsme sebevíce frustrovaní, nepláčeme, a svoji chuť zpívat si jen tak pro radost omezujeme maximálně na skromné pro-

story našich koupelen. Jenže pak ani naše orgasmy nejsou tak hluboké, jak by mohly být, neboť naše těla nejsou schopna uvolnit se, a ani náš boj s agresivními tendencemi v nás není zas tak úplně vítězný. Náš vztek v podstatě jen často odkládáme a částečně ho potom vybíjíme alespoň na těch slabších (dětech, zvířátkách, společností určených obětních beránících apod.). (Norcross a Prochazka, 1999)

V návaznosti na výše uvedené myšlenky Reich začal jako první pracovat v rámci terapie i s tělem, kdy intuitivně předpokládal, že odblokování svalových napětí v organismu se musí zpětnovazebně projevit na pacientově schopnosti intenzivněji prožívat svůj život – své tělo, emoce, i smysl situací, kterými prochází a ve kterých je i více tělesně i duchem „přítomen“. Harmonicky fungující tělo se dle Reicha pozitivně projevuje nárůstem životní energie jedince i intenzitou rozkoší, které preferuje či nově objevuje. Za pomoci různých masáží, dechových cvičení či protahovacích cviků se Reich snažil tyto svalové bloky rozpustit a doplnit tak klasickou „povídací“ terapii i o práci s tělem a jeho energií. I když tyto jeho nové přístupy byly pro prudérní západní společnost zpočátku poněkud kontroverzní, nakonec byly po určitých kompromisech akceptovány (např. je už celkem přijímáno jako přirozené, že v rámci práce s tělem musí docházet k fyzickému kontaktu mezi terapeutem a pacientem, i když pacient na rozdíl od dřívějších dob má přitom na sobě alespoň plavky; na druhou stranu i reichiáni na rozdíl od svého učitele uznávají pravidlo, že intimní vztahy mezi terapeuty a pacienty jsou striktně zakázány a sankcionovány apod.). (Norcross a Prochazka, 1999)

Reich – první ideolog „nové levice“

V roce 1927 došlo v Reichově uvažování k jakési epistemologické revoluci, poté co byl přítomen „zpacifikování“ demonstrace sociálních demokratů policií, nepokrytě sympatizující s nacisty. Přestože zažil válku na italské frontě či obsazení své domoviny Rusy, i tak pro něho představovalo použití násilí na civilistech v době míru mocně působící zážitek, který se odrazil na jeho myšlení. Tato zkušenost podle všeho stála za jeho diskutabilním posunem ve vnímání příčin neurotických poruch a jiných duševních problémů, kdy tyto příčiny odmítal přiřknout pouze původnímu rodinnému kruhu pacienta, ale posunul jejich původ až k represivním sociálním strukturám. Vedle Freuda přiřadil ke svým učitelům i Marxe, a pokusil se o svéráznou syntézu myšlení obou těchto pánů. (Norcross a Prochazka, 1999; Stárek a kol.,1990)

Ve svém uvažování Reich svým způsobem navazoval na Freudovy myšlenky, týkající se společnosti, nicméně v určitém okamžiku z nich vyvodil jiné závěry. Sigmund Freud sám se věnoval vztahu lidské přirozenosti a kultury ve svém textu „Nespokojenost v kultuře“, kde došel k závěru, že civilizace a kultura jsou možné pouze za předpokladu, že potlačíme svá pudová jednání. Kultivace člo-

věka je dle Freuda tedy jen permanentním a frustrujícím potlačováním sexuálního pudu a obracením pudu agresivity proti vlastnímu já, nicméně jiná možnost není. Freud se domníval se, že stále více získáváme, pokud se všichni podřizujeme určitým zákazům a vzdáváme se určité míry slasti, neboť se tím naše životy obecně stávají bezpečnější a umenšuje se tak množství utrpení, kterému bychom se nevyhnuli, kdyby civilizace a kultura měly padnout. Reich tento závěr ovšem nesdílel. Domníval se, že smyslem působení kultury na naše přirozené pudy není učinit naše životy bezpečnější, ale cílem toho všeho je efektivnější ovládání lidí a jejich ekonomické vykořisťování. Reich se nebál lidské přirozenosti, ba naopak – věřil tomu, že původní přirozenost člověka je tou největší hrozbou pouze pro utlačující společnost, neboť „*sexuálně svobodný člověk, který projevuje svou sexualitu, zažívá citlivost a družnost s druhými lidmi a netoleruje hrubé zacházení a degradaci bezmocných lidí*“. (Norcross a Prochazka, 1999, s. 193) V otázce úlohy kultury v našich životech tedy Reich dával více za pravdu Marxovi než Freudovi. Zdálo se mu pravděpodobnější, že v situaci nespravedlivého přerozdělování statků v populaci, které je dle Marxe dáno nerovným přístupem ke zdrojům – čili k vlastnictví výrobních prostředků, je takovéto problematické uspořádání společnosti udržováno nejen pomocí represivních aparátů (jako je policie či armáda), ale svůj důležitý podíl zde hrají i další instituce (církve, školy, média), které prostřednictvím kultury vštěpují ovládaným určitou ideologii, která tento stav věcí obhajuje, a dokud jí lidé věří, pomáhá tak udržovat určitý řád ve společnosti. Nicméně se Reich nevzdává tak úplně Freudových postřehů a tvrdí, že v jádru naší kultury nalézáme příliš mnoho omezení přirozené lidské sexuality, a že mezi společenským útlakem a tabuizovanou sexualitou existuje přímá souvislost. (Reich, 1933) Tento svůj inovativní názor Reich považoval za svůj důležitý příspěvek marxismu, jehož stoupenci museli po první světové válce řešit otázku, proč dělnictvo na západě nenásleduje vzor Sovětského svazu, a to i dokonce v době hospodářské krize, kdy celkem bezmezně trpělivě snáší svůj trpký úděl. Svými úvahami tak navázal na Marxovu myšlenku o falešném vědomí, které ovšem dal aktuálnější (tedy psychoanalytický) obsah. (Stárek a kol.,1990)

I když tato Reichova myšlenka působí prostě a nenápadně, Reich na ní vybudoval celý koncept, který prostřednictvím jeho následovníků z frankfurtské školy změnil pojetí partnerských vztahů na Západě. Reich byl skálopevně přesvědčen, že za úzkostlivým prosazováním určité partnerské a sexuální morálky je něco víc než jen rámcová úprava vztahů mezi manželi a zajištění relativně bezkonfliktního dětství jejich potomstva (a jejich dědické legitimity). Reich přichází s názorem, že cílem působení sexuálního řádu je „*omezování duševní svobody, pohybu a kritiky*“, kdy rodina přidržující se „měšťáckých“ hodnot, je „*především továrna na otroky*“. (Reich, 1933, s. 82) Připouští, že „*sexuální život i hospodářské podmínky jsou mimo rámec zákonem chráněné rodiny daleko těžší pro ženu a děti, dokonce neslýchaně nebezpečné pro každého, kdo této ochrany nepožívá*“, a celkem rozumí tomu, že „*rodina a domov v kapitalismu*“ hraje „*velmi důležitou*

úlohu jako ochranná instituce pro potlačované ženy a děti“, a že z toho důvodu právě „*proto hájí proletářské ženy tak často a vášnivě manželství*“. (Reich, 1933, s. 83) Nicméně ihned dodává: „*Přes to* všechno je instituce rodiny v měšťáckých a maloměšťáckých kruzích, ba i v proletariátu, zkrátka u všech zúčastněných jen utrpením a trýzní.“ (Reich, 1933, s 83.) Pro Reicha je rodina v podstatě jen určitou miniaturní „dílnou společenského řádu“, které tvrdou rukou vládne otec, který bohužel často není ničím více, než „*zástupcem měšťácké vrchnosti a autority v rodině*“. (Reich, 1933, s. 81) Všímá si toho, že „*poddaný a otrocký poměr, který vyžaduje otec od svých dětí, když jsou malé, vyžaduje státní autorita od dospělých. Nesmí se kritizovat, není dovoleno ani muknout, nikdo nesmí mít svůj úsudek. To vše charakterisuje vztah vděčných dětí k rodičům stejně tak jako poměř oddaných zaměstnanců a úředníků vůči státu, anebo neujasněných a třídně neuvědomělých továrních dělníků k vedoucímu či k majiteli továrny*“. (Reich, 1933, s. 82-83) Nelze se pak divit ani jeho příkrým slovům vůči rodině, když tvrdí, že v „žádné instituci měšťácké společnosti nevystupuje autoritářské podrobení mládeže tak silně, v žádné instituci nezačíná toto podrobování tak záhy působiti na duševní organismus dítěte, jako právě v domově rodičů“. (Reich, 1933, s. 85) Jak Reich přiznává, ač nerad, výjimkou nejsou ani politicky uvědomělé rodiny. „*Domov rodičů tvoří většinou baštu kapitálu a reakce uvnitř potlačené třídy. Uvnitř, doma mezi čtyřmi pustými stěnami, zapomíná také otec, jinak třídně uvědomělý, na svoje revoluční smýšlení; doma je totiž brutálním patriarchou a pánem nad ženou a dětmi. A tím slouží podvědomě politické reakci, neboť takový domov ochromuje a poškozuje radostný boj a síly mládeže, jichž ona nutně potřebuje k boji proti dnešnímu společenskému řádu*“. (Reich, 1933, s. 86) Nejničivější následky takovéto patriarchální výchovy spatřuje Reich samozřejmě v „*pohlavním životě dětí. Pohlavní zastrašování, zmrzačování a vzbuzování autoritářské úzkosti v dětech pro jejich sexuální přání, myšlenky a činy dávají vznik aparátu, jehož pomocí podrobuje domov mládež kapitálu.*“ (Reich, 1933, s. 86)

V tomto úsilí rodinu podporuje dle Reicha ze všech sil náboženství, či přesněji řečeno církve. Ani zde již Reichovi nestojí za to, aby zdůrazňoval jejich nepokrytou podporu stávajícím pořádkům proti levicovým myšlenkám – něco tak evidentního nebylo zapotřebí komentovat. Větším zločinem proti pokroku je pro Reicha náboženská sexuální etika, která nutně musí v každém zdravém člověku vyvolávat pocity viny, a to nejen za každý jeho „hřích“, ale za každou jeho „hříšnou myšlenku“. Toto „*stálé obnovování pocitu sexuální viny, jejž vštípili rodiče dětem v* raném dětství, aby potlačili jejich sexuální zvědavost a jejich jednání“ (Reich, s. 87), podporuje kapitalistický řád daleko efektivněji, než všechna nejskvělejší kázání církevních představitelů. Reichovo odmítnutí církví a organizovaných náboženství nemůže být pochopitelně jiné, než absolutní: „*církev je svým vlivem na sexualitu mládež, i když nedbáme jejího přímého reakčního vlivu na hmotně vykořisťované, institucí, jež v třídním státu nejvíce škodí zdraví mládeže, a…* žádný trest není dost veliký pro ty, kteří nejsou nejen trestáni

za mnohonásobné neštěstí, jež páchají při plném vědomí a mohou prováděti beztrestně svoje zločiny, nýbrž jsou dokonce za to velmi dobře odměňováni.“ (Reich, 1933, s. 88)

Z výše uvedených domněnek vyvozuje Wilhelm Reich jednoznačný závěr: „*Sexuální život není soukromou záležitostí, zneklidňuje-li mládež a překáží-li v dosavadní formě politickému boji.*“ (Reich, 1933, s. 101) Lidská sexualita by neměla být obracena proti nám samotným, ale měla by se stát mocným zdrojem odvahy a energie. Podle Reicha je zapotřebí „řešiti sexuální otázky revolučně, abychom došli k jasné sexuálněpolitické theorii a odtud k sexuálně-revoluční praksi.“ (Reich, 1933, s. 102) Reich se domníval, že pro úspěšný boj proti kapitalistickému řádu je nutné zbavit se měšťácké sexuální morálky, která je „*ze všech měšťáckých ideologií nejsilnější*“ a je rozhodně jednou z „*nejmohutnějších opor měšťáctví* v potlačované třídě“. (Reich, 1933, s. 104) Pokud se samotné marxistické levici podaří osvobodit od těchto morálních předsudků, budou mít její agitátoři větší šanci ovlivnit i méně třídně uvědomělou mládež, která spolu se sexuálním osvobozením bude snadněji akceptovat i myšlenku celospolečenské změny. V této souvislosti Reich dokonce neváhal pouštět se do praktických debat o tom, jak učinit spolky marxistické mládeže více přitažlivými pro mladé dívky, kterých byl v těchto kruzích vždy nedostatek, neboť dávaly přednost „tanečním lokálům“ před schůzemi revoluční mládeže, kde už tenkrát zaznívaly jen mučivě dlouhé a příliš učené referáty, kterým (jak poznamenává Reich) stejně nikdo nerozuměl.

V souvislosti s tím Reich vnímal jako užitečnější zařadit do programů těchto schůzek více „sexuálně-politických referátů“, které by vycházely z osobních otázek a od nich by směřoval výklad do širších politických a ekonomických souvislostí. (Reich, 1933) Ze stejné motivace potom vycházela i další Reichova iniciativa, která z něj činí jednoho z prvních průkopníků neformální výchovy na poli sexuální osvěty a partnerského poradenství. Reich jako muž činu nezůstával pouze u řečí typu „mělo by se dělat“, ale s hrstkou přátel začal od poloviny dvacátých let 20. století provozovat několik sexuálních poraden, které se zabývaly sexuálním a partnerským poradenstvím. I přes evidentní Reichovo marxistické zaměření lze ovšem říci, že jím tehdy šířené informace a doporučení nebyly z pohledu dneška nijak tendenční (když neznáme či záměrně opomineme jejich ideologické pozadí) a mnoho z nich by obstálo i dnes.

Reichova doporučení pro zdravý pohlavní a partnerský život

Reichova práce na poli sexuální osvěty se často vymezuje proti předchozí praxi pohlavní výchovy, která byla stále poplatná judeo-křesťanským kořenům evropské kultury. Nepřichází tedy na pole neorané, ale musí vystupovat proti předsudkům všeho druhu, které mnohdy (jak upozorňuje Foucault) nebyly pouze křesťanské, ale byly taktéž poplatné eugenickým teoriím evropské buržoazie 19. století.

První z těch nejzakořeněnějších předsudků představovalo tvrzení, že výhradním a jediným cílem sexuálního chování je zplození dítěte, a proto každý sexuální styk, který k tomuto cíli nesměřuje, je nepřirozený. To je z pohledu biologie svým způsobem pravda, ale jen částečně, jak koneckonců ukazují některé výzkumy chování živočichů. Co se týče lidské reality, zřejmě je více namístě Reichovo fenomenologické pojetí přirozenosti, které upozorňuje na to, že jen „*zřídka dochází k pohlavnímu spojení mezi mužem a ženou s určitým úmyslem zploditi dítě… Ve skutečnosti děje se pohlavní styk kvůli pohlavnímu vzrušení, které k němu žene a kvůli pohlavnímu ukojení, které přináší.*“ (Reich, 1933, s. 25) Nepřirozené je pro Reicha naopak jakékoliv potlačování sexuálního pudu, a pokud se sexualitou jsou spojeny určité negativní následky, vyplývají právě z takovéhoto omezujícího jednání.

Stejný přístup potom samozřejmě Reich zaujímá k masturbaci. Stejně jako jeho učitel Freud považuje masturbaci „*za zcela normální formu dětské a mladistvé sexuality… je prostým výrazem tělesného i duševního pohlavního vzrušení a neliší se v základě vůbec od škrabaní nebo lehtání svědící pokožky, poněvadž záleží právě ve vzrušení orgánu, jež může býti škrábáním odstraněno. Ovšem liší se onanie od obyčejného škrabání svědivého místa daleko větší silou vzrušení a uklidnění.*“ (Reich, 1933, s. 29) V zásadě ji tedy nepovažuje za škodlivou, i když v souladu se svými názory se domnívá, že ji společenská morálka může určitým způsobem ovlivnit a učinit z ní více či méně negativní fenomén. Reich si dobře uvědomoval, že jisté procento mladých lidí si masturbaci může začít spojovat s něčím špatným až destruktivním, a že pocity viny, které se u nich v důsledku toho objevují, můžou vést k úzkostem či až k určitému sebeodmítání. Poněkud problematická může být dle Reicha i masturbace v dospělosti. „*V dospělém věku má onanie, srovnáme-li ji s normálním pohlavním stykem, řadu vad i se stanoviska čistě sexuálně-hygienického. Onanie odkazuje mladého člověka v pohlavních věcech na sebe samého, usnadňuje mu dosažení ukojení a zeslabuje tak jeho impuls k vyhledávání sexuálního partnera a zabraňuje ve vývoji jeho těla i ducha, v boji o partnera. Onanie je příčinou samotářství obrovské masy mládeže, chlapců i děvčat, neboť období onanování trvá dnes u většiny v důsledku společenských překážek pohlavního styku déle, než je zdrávo*“. (Reich, 1933, s. 33) Navíc si Reich všímá i toho, že dlouhodobější setrvávání u masturbace někdy může vést k vyhledávání či vytváření více či méně obscénních či perverzních představ. Reich doslova tvrdí, že „*nepodaří-li se mladému člověku z vnějších či vnitřních důvodů dostati se k pohlavnímu styku, jest mu cesta vpřed uzavřena, a pak se snadno obrací zpět, tj. k dětskému období a začíná se zabývati scestnými fantasiemi, které se mu stávají přirozeným cílem. Vidíme, že u takových mladých lidí se vždy zesilují různé podivné záliby. Zesiluje se na příklad sklon k osobám stejného pohlaví; … žádostivý sklon viděti obnažené tělo nebo odhalovati vlastní pohlavní orgány, pokusy stýkati se pohlavně s dětmi; sadistické (b*íti*) a masochistické (nechati se bít) sklony, které normálně stojí v oblasti sexuality zeslabeny v pozadí, nabývají nyní své plné*

důležitosti nadržením sexuální energie následkem neukojení.“ (Reich, 1933, s. 32–33)

Párová pohlavní aktivita je dle Reicha prevencí i mnoha dalších společenských negativních jevů. Podle Reicha je „*faktem, že jen neuspokojený člověk, jemuž je v pohlavním životě bráněno a překáženo, a jenž je morálním nátlakem zmrzačován, stává se sexuálně nebezpečným, zatím co* člověk sexuálně zdravý a spokojený může míti styků kolik a jak chce (což nesmíme zaměňovati s ‚občanskou věrností‘), není pro společenské soužití nijak nebezpečným“. Reich se v souvislosti s tím sugestivně ptá: „*Zná někdo zdravého, sexuálně zralého, uvědomělého a uspokojeného dospělého člověka, který by sváděl děti nebo je dokonce vraždil, aby se na jejich mrtvolách ukojil? Zná někdo muže nebo pohlavně zdravé mladíky, kteří by znásilňovali ženy nebo kteří by, vyjma snad zvláštní případ nouze, šli k prodejným ženám? Zná někdo dívku nebo ženu, jež mohla svoji sexualitu plně vyvinouti a která ví, co znamená pro zdraví a zdatnost sexuální ukojení, že by se vzdala bez volby prvnímu muži, který přijde?*“ Na to lze dle Reicha odpovědět jediné: „*To se prostě nestává*.“ (Reich, 1933, s. 51-52)

Reichova preference normální párové sexuality je evidentní, a je zřejmé, že v ní vidí všelék na téměř všechny společenské neduhy. To ovšem neznamená, že by byl propagátorem sexu bez závazků, anebo že by chtěl prosazovat vyloženě promiskuitní chování. Reich určitě vnímá z lékařského i „politického“ hlediska jako správné, že mladí lidé mění často partnera, dokud si nenajdou někoho, kdo jim v sexuálním životě vyhovuje. Reich vnímá jako přirozené, „že chlapec nebo dívka dlouho hledají než naleznou vhodného druha, vyspí se s tím či oním, a hledají dále. Není důvodů k odsuzování tohoto faktu, neboť názor, že člověk na první pohled pozná toho pravého, není nepodoben církevního církevnímu a měšťáckému přesvědčení, že musí být každý nejdříve spojen před božím oltářem *než je dovoleno poznati se tělesně, i když se přitom v devětadevadesáti případech ze sta kupuje zajíc v pytli. Přímo nutná je výměna druha, když se lidé k sobě pohlavně nebo vůbec nehodí nebo když vznikne jiný vážný poměr.*“ (Reich, 1933, s. 42) Na druhou stranu, Reich vnímá jako škodlivé, když se partneři mění příliš často, neboť to „*vylučuje ovšem pohlavní přizpůsobivost a tím plné ukojení smyslných i citových požadavků při pohlavním aktu*.“ (Reich, 1933, s. 42) Reich si uvědomuje, že sladění v pohlavním životě nějakou dobu trvá, a že emocionální pouto mezi partnery taktéž působí jako zesilovač sexuální slasti. Navíc i v této oblasti Reich zůstává ortodoxním marxistou, když tvrdí, že muži i ženy, kteří rychle mění své partnery a partnerky, to často dělají ze ctižádosti či potřeby manipulovat ostatními (což je poněkud egoistické a narušuje to klima kolektivu), a taktéž je takové chování více známkou radosti z dobývání a ovládání, než ze vzájemného spolubytí s druhým člověkem. (Reich, 1933) Taková sexualita je dle Reicha ale patologická.

Nepřekvapí proto Reichova odsuzující kritika některých buržoazních představ o lásce a sexualitě, kde demaskuje určitou mocenskou degradaci žen ze strany

mužů. Tato patriarchální nadvláda se podle Reicha odvíjí od toho, že existuje určité rozdělení sexuality na „jemnost“ a „smyslnost“, kdy typický muž z měšťanských vrstev potom rozlišuje „*dva druhy dívek: jedny pro tělo, druhé pro ‚duši‘. ‚Ctí‘ dívku své třídy a nikdy by ho nenapadlo ponížiti ji ničím takovým, jako je pohlavní styk; své tělo ukojuje u dívek proletářských, ať u prostitutek či u služek nebo dívek z kanceláří. Tam, kde miluje, nesmí pohlavně žíti a kde pohlavně žije, nemůže milovat. Také hned přestane svoji ‚zbožňovanou‘ milovati, když by ji napadlo z lásky se mu vzdáti. … V manželství stává se žena jen pohlavním nástrojem mužovým. Když se ‚zbožňovaná‘ dívka konečně vdá, ztrácí o ni manžel velmi brzo zájem, ježto – nehledě k obvyklým manželským konfliktům – nemůže se typický měšťácký manžel zbaviti názoru, že pohlavní akt je pro ženu něčím ponižujícím. A tak zůstává sexualita i v manželství rozdvojena; měšťácký manžel ukojuje svoji smyslnost ponejvíce s koketami a prostitutkami; v každém případě s placenými ženami.*“ (Reich, 1933, s. 65-66) Tradiční manželství tedy dle Reicha stojí vždy na mocenské asymetrii partnerů, která se projevuje v sexuálním životě manželů a v podstatě se jím i posiluje. Nicméně tato mocenská asymetrie je nutným stavebním kamenem společenské nerovnosti. Jedná se o výraz „*mužovy nadvlády, nutné pro soukromé vlastnictví (dědické právo v otcovské linii)*“ a především o oddělení od ovládaných tříd. Ženy z buržoazních vrstev „*jsou přístupné jenom v manželství a jenom měšťáckým mužům. Pohlavní styk mimo manželství a s muži dělnické třídy je zakázán. Nadvláda mužova vytvořila z toho výsadu mužského pohlaví. Tak se stal pohlavní akt skutečným ponížením ženy, něčím násilným, a ženy brání se potupě, kterou pro ně znamená pohlavní akt za těchto podmínek*“. (Reich, 1933, s. 66-67) Ještě jednou shrnuto: smyslem patriarchátu není pouze nadvláda mužů nad ženami, ale především nadvláda vyšších vrstev nad podřízenými třídami.

Reich samozřejmě prosazuje naprostou rovnoprávnost pohlaví, která se pochopitelně nevyčerpává jen základními, kulturními, sociálními a občanskými právy. Uvědomuje si dimenzi životního světa neformálních vztahů a přímo prosazuje více „soudružské“ pojetí vztahů mezi dívkami a chlapci. Je nepřítelem formálních i neformálních bariér mezi pohlavími a doporučuje jakékoliv pedagogické působení, které je chce odbourávat. Podporuje otevřenou komunikaci mezi dívkami a chlapci ve formálních i neformálních organizacích o tom, jak vnímají vztahy mezi pohlavími a jak by se chtěli a měli chovat k sobě navzájem. Domnívá se, že v dospívání si spíše dovedou potom říci, bez jakéhokoliv ostychu, co jeden od druhého očekávají, co jim vyhovuje a co ne, a to ve všech sférách vztahu, čili i v pohlavním životě. Nejsou-li toho schopni, musí nutně docházet k nedorozuměním. Chlapci si potom stěžují na dívky, že „„*dělají takové drahoty‘, že se nechají ke všemu prosit a že nemají na to ani čas ani náladu*“, a dívky naopak potom vidí situaci tak, že ač „*by samy rády navázaly pohlavní styk, že se však toho obávají, neb chlapci přicházejí k nim ponejvíce jako divá zvířata, vrhají se prostě na ně a pak už víc se o ně nestarají nebo mezi sebou ‚ošklivě‘ o nich mluví.*“ (Reich, 1933, s. 71)

Reich samozřejmě nevynechává jako témata poradenství ani více „technické“ záležitosti. Do detailů např. popisuje milostnou předehru a vyzdvihuje její význam pro plně uspokojující pohlavní styk. Doslova tvrdí, že „*přistoupí-li se hned k pohlavnímu aktu bez předcházející milostné hry, rozvine se jen část pohlavního vzrušení a člověk zůstává po aktu neukojen. Zvláště dívky tím trpí. Proto je spěšně vykonaný akt, který se odbývá při první nahodilé příležitosti, provázen hnusem a ošklivostí. Při milostných hrách je zvláště třeba dbáti toho, že u ženy vzrušení stupňuje a tím k úplnému ukojení pomáhá líbání prsních bradavek a ušních lalůčků a jemné lehtání malých pysků a poštěváčku. Mnohé ženy se stydí laskati mužův úd; to právě ruší u mnohých dvojic pohlavní shodu. Nemělo by významu popisovati všechny možné způsoby milostné hry. Kdo se dovede osvoboditi od pohlavního ostychu, nalezne sám, co jeho druh vyžaduje. Sexuální šikovnost nemůže se nikdo naučiti z knih. Je jenom nutno vědět, že není nemravné, co neškodí nikomu a co naopak pomáhá druhovi k větší slasti.*“ (Reich, 1933, s. 35-36) Obdobný přístup má Reich i např. k tématu sexuálních poloh. Nemoralizuje, ale naopak podporuje vše, co se oběma partnerům líbí: „*V oblasti naší kultury je obvyklá posice při pohlavním aktu ta, že žena leží na zádech, majíc nohy široce roztaženy, a muž leží na ní, hlavní tíhou opřen o svá kolena a lokty. U některých přírodních národů jest při aktu obvyklá pozice ve skrčení. Nemá významu býti morálně rozhořčen, kdy se používá jiné posice, třebas té, že dívka ‚jede‘ na chlapci nebo že pohlavní akt se provádí zezadu nebo ze strany. To je věcí každého jednotlivce, neboť to nikomu neškodí, jen když se shodnou a jsou tím ukojeni*.“ (Reich, 1933, s. 36)

Mezi další témata, kterými se Reich v rámci sexuální osvěty a partnerského poradenství zabýval, patří i samozřejmě různé překážky kvalitního pohlavního styku, jako např. předčasná ejakulace, neschopnost dosáhnout vyvrcholení, či psychosomatické poruchy erekce. I za nimi vnímá jako hlavní příčinu určitou úzkost, kterou pohlavní styk může v dospívajících mužích a ženách vzbuzovat. U předčasné ejakulace vnímá Reich jako další faktor i návyk spěchat s dosažením vyvrcholení z důvodu strachu z přistižení, což vnímá jako časté u těch dospívajících, kteří nemají možnost realizovat svoji sexualitu v soukromí. Pokud tyto obtíže časem samy od sebe nevymizí, Reich doporučuje psychoterapeutickou pomoc. (Reich, 1933)

Až pedantickou pečlivost věnoval Reich problematice antikoncepce. Odmítal zbytečný stud v této otázce a přistupoval k ní s naprostým realismem. Bylo mu zřejmé, že celkem málokdo se řídí doporučeními tradiční morálky, podle které by mladí lidé měli být pohlavně zdrženliví až do svatby, anebo než si alespoň najdou práci, aby v případě neplánovaného těhotenství byli schopni zajistit rodinu. K tomuto postoji nevidí naprosto žádný důvod. Ať před vstupem do manželství či potom, měli by mladí i starší mít svobodnou vůli v tom, kdy a jak (a jestli vůbec) budou chtít mít děti, což už je s objevem moderní antikoncepce naštěstí realizovatelné. Reich v návaznosti na to navrhoval zřizování dalších sexuálních poraden pro mládež, kde by se dospívající mohli dovídat nejčerstvější

informace o nových druzích antikoncepce a o způsobech jejího užívání, to vše pokud možno srozumitelnou formou. Oproti tomu silně kritizoval přístup politiků, kteří schvalovali zákony, zakazující vystavovat veřejně předměty, „*které jsou určeny nemravné potřebě*“ (Reich, 1933, s. 20), mezi které občas byly zařazovány i kondomy. Ještě více ho pobuřovalo, pokud v tomto směru aktivně působili levicoví politici: „*Před nedávnem byly ve veřejných pissoirech umístěny automaty s kondomy. Aby si měšťácká mravnost nenaříkala, nařídil pruský ministr vnitra Severing, který se nazývá socialistou a demokratem, aby tyto automaty byly odstraněny*“. (Reich, 1933, s. 22) Jeho názor byl radikálně odlišný – on osobně navrhoval „*dávati tyto prostředky za režijní ceny a nejchudším zdarma*“. (Reich, 1933, s. 23)

Je opět typické, že Reich v otázce antikoncepce možná ještě více než sociální a zdravotně-hygienické důvody zohledňoval kvalitu pohlavního uspokojení. Proto vítal moderní antikoncepci a naopak vyjadřoval málo pochopení pro metodu *coitus interruptus*, před kterou dokonce velmi naléhavě varoval: „*Kdo dlouho pohlavní akt přerušuje, podléhá nebezpečí, že nervově onemocní. Pohlavní akt se totiž přerušuje v okamžiku nejvyššího vzrušení, právě tehdy, kdy se celé tělo i duševní aparát tomu zpěčuje*“. (Reich, 1933, s. 23) Reich tím samozřejmě nemá na mysli duševní choroby s tak drtivými dopady, jaké slibovaly pseudovědecké koncepty 19. století nejrůznějším sexuálním hříšníkům, nicméně se domnívá, že s obtížemi drobného rázu (neurózy, častá únava) přívrženci metody přerušované soulože přece jen počítat musí. (Reich, 1933)

Liberální postoj Reich zaujímá i v otázce potratů. Pokud jsou prováděny odborně školenými lékaři, nepovažuje je za příliš nebezpečné či nemorální. S podezřením se dívá potom na přívržence zákazů potratů, mezi jejichž úmysly opět odhaluje skryté politicko-ekonomické důvody. S ohledem na to, že ženy z nemajetných vrstev si často nemohou dovolit odborný zákrok tohoto typu od soukromého lékaře, musí nakonec děti, které nebyly původně plánované, donosit, bez ohledu „*na bídu nebo nemoc… ani na hlad … a bytovou nouzi*“. (Reich, 1933, s. 15) Ve společnosti tak vzrůstá počet obyvatel, kteří nemají nic, než jen svoji pracovní sílu. To je samozřejmě situace, která dle Reicha nahrává vlastníkům výrobních prostředků. „*Jestliže má kapitalista k dispozici více dělníků než zaměstná, to znamená, jsou-li stále nezaměstnaní, může kapitalista mzdu zaměstnaných dělníků lehce stlačovat.*“ (Reich, 1933, s. 16) A naopak v dobách konjunktury, kdy přibývá zakázek, má majitel výrobních prostředků stále koho nabírat, aniž by musel radikálně zvýšit cenu práce. Dalším důvodem jsou i potom imperiální války o odbytiště, kdy jsou všichni tito nadbyteční proletáři vhodným „kanonenfutter“, neboť se přece nehodí, aby na „poli cti“ umírali mládenci z měšťanských vrstev. (Reich, 1933)

Reichova vize z pohledu dneška

I když Reichova téměř desetiletá praktická činnost v sexuálně-partnerských poradnách zaznamenala mezi velkým množstvím obyvatel Vídně a Berlína cel-

kem slušný ohlas, větší vliv měly jeho teoretické spisy jako např. „Masová psychologie fašismu či Sexuální revoluce. Ty v průběhu 50. a 60. letech 20. století ovlivnily mnoho intelektuálů, ať se již jednalo o literáty, politické komentátory či sociology (především z neomarxistické frankfurtské školy), kteří Reichovy myšlenky šířili dále. Reichova pověst mučedníka, jeho průkopnická činnost v syntetizování textů Freuda a Marxe, a především radikální názory na sexuální morálku a politiku, z něho učinily jakéhosi *guru* svobodomyslnější mládeže v 60. letech 20. století, která jeho koncept sexuální revoluce uskutečnila v praxi.

Bezesporu platí, že tato vlna sexuálního uvolnění přinesla mnoho změn v našem přístupu k sexualitě a partnerství. Je samozřejmě pravda, že nelze plnou odpovědnost za tyto změny připsat jen a pouze Reichovi, nicméně pokud hledají konzervativní autoři viníky současného stavu západní civilizace, který bez výjimky považují za katastrofický, zaznívá často vedle dalších autorů z frankfurtské školy, feministek a Kinseyho institutu i právě Reichovo jméno (např. Buchanan, 2004). Otázkou ovšem zůstává, nakolik se naplnily Reichovy vize ohledně osvobození společnosti od kapitalismu, a jak si tedy stojí u současné levice. Zde podle současných ortodoxnějších levicových autorů není již tolik důvodů k optimismu a lze říci, že oprávněně.

Například autoři Heath a Potter souhlasí s tím, že sexuální revoluce v 60. letech 20. století měla jistý pozitivní přínos. Osvobodila nás od tradiční sexuální morálky, v mnohém změnila náš přístup k potřebám sexuálních partnerů, do určité míry snad i naši sexualitu estetizovala. Nicméně je taktéž nutno podotknout, že sexuální experimentování nedovedlo členy západních společností ke zmírnění nejrůznějších forem sociálních nerovností v žádné z kapitalistických ekonomik. Reichem očekávané sexuální osvobození mysli nepřineslo žádoucí politické důsledky. Hédonismus nejširších mas, který měl podlomit hodnotový řád buržoazní společnosti a s tím i jeho fungování, v tomto ohledu zklamal. Patriarchální model rodiny se sice začal pomalu a jistě hroutit, ale kapitalismus jakoby z této transformace vyšel kupodivu posílen. Problém, který Reich nedomyslel, ale mohl ho jistě předvídat, spočíval v tom, že většina jeho následovníků přijala jen tu příjemnější stránku jeho politických doporučení. Méně mladých lidí se již ztotožnilo s tou skutečností, že reálných změn v ekonomickém fungování státu lze dosáhnout jen politickou angažovaností v rámci stávajícího politického systému - čili prostřednictvím organizovaných občanských iniciativ anebo politických stran. Vedlejším výsledkem tohoto experimentu s osvobozováním mysli skrze nepotlačovanou sexualitu byl nakonec paradoxně i dokonce určitý odliv občanů z aktivního politického života společnosti. (Heath a Potter, 2012) Nelze se proto divit, že přestože je Reich stále inspirující osobností na poli psychoterapie, serioznější část levice s tímto svérázným marxistou již nadále nepočítá.

Literatura:

BUCHANAN, P. *Smrt západu*. Praha: Mladá frona, 2004.

HEATH, J., POTTER, A. *Kup si svou revoltu! O mýtu kontrakultury aneb Proč revolta proti konzumnímu kapitalismu není pro systém hrozbou, ale naopak hnací silou*. Praha: Rybka Publishers, 2012.

NORCROSS, J. C., PROCHASKA, J. O. *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999.
REICH, W. *Sexuální boj mládeže*. Praha: Knihovna levé fronty, 1933.
STÁREK, F., a kol. W. R. – Nepovedený marxista nebo tantrický světec? In: *VOKNO*, 1990, č. 21, s. 110-114.

Uvedená vědecká stať vznikla v rámci výzkumného úkolu podpořeného projektem CZ.1.07/2.3.00/20.0209 Rozvoj a podpora multidisciplinárního vědeckovýzkumného týmu pro studium současné rodiny na Univerzitě Hradec Králové.

Nově registrované léky určené k umělému ukončení těhotenství

Peter Koliba, Peter Koliba, jun.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) zaregistroval v červnu 2013 léčivé přípravky s účinnými látkami mifepriston a misoprostol, které jsou určené k umělému ukončení těhotenství. Jde o přípravky **Mispregnol, Mifegyne a Medabon.**

Mispregnol (účinná látka misoprostol) je látka patřící do skupiny tzv. „prostaglandinů“, které tělo vytváří přirozeně. Spouští děložní stahy a změkčuje děložní hrdlo. Mispregnol se podává následně po užití mifepristonu (přípravek Mifegyne) k ukončení těhotenství. Použití nejpozději 49 dní po prvním dni poslední menstruace.

Mifegyne (účinná látka mifepriston) je antihormon, který působí blokováním účinků progesteronu (hormonu, který je nutný pro pokračování těhotenství). Mifegyne proto může způsobit ukončení těhotenství. Také se může používat k indukci/vyvolání porodu při úmrtí plodu v děloze, změkčení a dilatace děložního hrdla před chirurgickým ukončením těhotenství v prvním trimestru a příprava pro působení analogů prostaglandinu při ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů (po prvním trimestru). Použití nejpozději do 49 dní po prvním dni poslední menstruace.

Medabon (účinné látky mifepriston, misoprostol). Tento přípravek obsahuje v balení jednak tablety s mifepristonem (antihormon, který působí blokováním účinků progesteronu (hormonu, který je nutný pro pokračování těhotenství)), tak i tablety s misoprostolem (prostaglandinový analog, což je látka, která zesiluje kontrakce dělohy a přispívá k vypuzení plodového vejce). Tyto dvě účinné látky mohou způsobit ukončení těhotenství. Použití do 63 dnů po prvním dni poslední menstruace. To, zda bude provedeno chirurgické nebo farmakologické ukončení těhotenství, bude vždy záviset na rozhodnutí lékaře (posouzení zdravotního stavu pacientky) a na rozhodnutí pacientky.

Přípravky mohou být vydány na základě lékařského předpisu předepsaného lékařem se specializovanou působností v oboru gynekologie a porodnictví, a to pouze poskytovateli zdravotních služeb poskytujícími zdravotní služby formou lůžkové péče. Reálně budou tedy uvedené přípravky vydávány personálu zdravotnického zařízení na základě žádanky – pacientka je tedy nebude vyzvedávat v lékárně! Následně jí bude přípravek podán v příslušném zdravotnickém zařízení. Další konkrétní postup bude vždy výhradně na rozhodnutí lékaře.

Pacientky budou mít, kromě informací od lékaře, k dispozici také edukační materiál, jehož součástí budou kompletní informace, které umožní rozhodnout

se, jakou formu umělého ukončení těhotenství zvolí, jak toto přerušení těhotenství probíhá, co musí pacientka podstoupit a jaká jsou rizika z podstoupení přerušení těhotenství farmakologickou cestou.

Registrace výše uvedených přípravků probíhala v rámci evropský registračních procedur, kterých se účastnila řada států EU (např. Švédsko, Rakousko, Bulharsko, Dánsko, Slovensko, Francie či Itálie). Na Slovensku jsou aktuálně registrovány přípravky Medabone a Myfegyne.

Za ukončení těhotenství na žádost ženy, pokud k tomu není medicínský důvod, žena platí. Pilulka ji bude stát zhruba stejně jako miniinterrupce, teda asi 3 500 korun. Lék je možno podat nejpozději do 49 dní po prvním dni poslední menstruace. Žena nejprve dostane dávku, která embryo usmrtí, po zhruba třech dnech dostane další, která ho vypudí z těla. Lékaře musí navštívit pak ještě potřetí kvůli kontrole. Lék označovaný také jako RU-486 byl objeven v laboratořích francouzské firmy Roussel Uclaf v roce 1980 v rámci výzkumu glukokortikoidů. Klinické testy začaly o dva roky později, legálně se užívá od roku 1988. během výzkumu glukokortikoidů. Tato metoda bývá považována za šetrnější, než jsou jiné metody interrupce.

Přípravky mohou být používány pouze způsobem stanoveným zákonem o léčivech, zákonem o umělém přerušení těhotenství (**zákon č. 66/1986 Sb.** České národní rady ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství, **vyhláškou MZ ČSR č. 75/1986 Sb., a metodickým pokynem MZ ČR z roku 1990** ke sjednocení postupů u případů umělého přerušení těhotenství ze zdravotních důvodů).

V počtu umělých přerušení gravidity má v České republice trvale klesající trend. Informace o umělém přerušení gravidity jsou evidovány v databázi Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Umělých přerušení (ukončení) těhotenství bylo v roce 2012 evidováno celkem 23 032 (to je o 1 023 méně než v předchozím roce). Nepatrně se také snížil jejich podíl na celkovém počtu potratů (61,9 % v roce 2011 a 61,0 % v roce 2012).

Autoři:
doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.[1], MUDr. Peter Koliba, jun.[2]
[1] Gynartis, s. r. o., Ostrava – Vřesina,
[2] Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Kontakt:
doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.
Gynekologická ambulance, NZZ Gynartis, s. r. o.
Malá Strana 70.
74285 Ostrava – Vřesina
koliba@gynartis.cz

Použitá literatura:

ÚZIS ČR 2010-2013 http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/potraty
SÚKL www.sukl.cz
Portál veřejné správy http://portal.gov.cz
Koliba: P.: Rizika a přínos hormonální antikoncepce. Interní Med. 2007; 9 (11): 520–524
Koliba P.: Léky v těhotenství a laktaci. Praktické lékárenství 2008; 4 (2): 79–81
Koliba P.: Uměle ukončeni těhotenství – pro a proti. Sborník referátů 20. Celostátního kongresu k sexuální výchově v ČR, Pardubice 2012, ISBN 978-80-904290-8-6
Uzel R.: Antikoncepce a potraty v ČR. Moderní gynek. a porod., 2001; 10: 10.

Endometrióza a kvalita životu u žen

Peter Koliba, Peter Koliba, jun.

Endometrióza je poměrně časté gynekologické onemocnění, charakterizované výskytem ložisek tkáně, ve kterých se nachází buňky děložní sliznice, a to mimo děložní dutinu. (1) Často se také označuje jako civilizační nemoc. V pravěku pravděpodobně ženy tak často nemenstruovaly – byly těhotné nebo kojily. Vlivem civilizace ženy omezily počet porodů a tím se zvýšil počet cyklů, kdy menstruují. V první polovině cyklu dochází k vysoké hladině ženských pohlavních hormonů (estrogenů). Právě opakování této hormonální situace (civilizační hyperestrismus) zvyšuje riziko endometriózy (a také dalších nemocí, např. rakoviny dělohy). V důsledku hormonálních změn dochází ke změnám v těchto ložiscích, které odpovídají změnám děložní sliznice v průběhu menstruačního cyklu. (1, 4) Důsledkem je cyklické krvácení do uvedených ložisek, „menstruační krev“ neodtéká, ale tvoří červené až hnědé cysty a dochází k rozvoji chronického zánětu v okolní tkáni. Ložiska endometriózy se nejčastěji vyskytují na pobřišnici, vejcovodech, vaječnících, v pochvě a na děložním hrdle nebo ve stěně dělohy. Méně často pak na močovém měchýři nebo na střevech, případně proniknou krví i do jiných orgánů např. ledvin, plic i mozku. Mohou se objevit ve většině orgánů, pouze ve slezině a v srdci nebyla dosud endometrióza pozorována.

Příčina endometriózy

Současná medicína stále nezná přesnou odpověď na otázku, jak endometrióza vlastně vzniká. Základní podmínkou tohoto onemocnění je přítomnost menstruace. Z toho vychází nejstarší teorie, tzv. implantační. Říká, že za výskyt endometriózy může tzv. zpětná menstruace. Za normálních okolností se hormonálně změněná sliznice děložní (endometrium) odplavuje z dutiny děložní pochvou a nastává menstruace. Částečky endometria jsou během menstruace vyplaveny vejcovody i do dutiny břišní. Podle implantační teorie zde může dojít k jejich „zahnízdění“ (implantaci) v dutině břišní a v pánvi. Tuto teorii podporují studie, ve kterých bylo zjištěno, že endometriózou trpí zejména ženy, které menstruují v krátkých intervalech za sebou, mají menstruaci silnou a delší než 7 dní. Dalším možným vysvětlením vzniku endometriózy je přeměna (metaplazie) některých buněk v dutině břišní na buňky podobající se endometriu. Další teorie předpokládá změny v imunitním systému ženy. Žena, která trpí endometriózou, má sníženou buněčnou imunitu nebo že má v těle přítomny protilátky proti endometriu. V každém případě se na vzniku endometriózy podílí hned několik faktorů – faktor genetický (vyskytuje se u 80 % dvojčat), imunologický a také hormonální. (1, 3, 4, 11)

Příznaky endometriózy

Typickým projevem endometriózy bývají **bolesti v malé pánvi** různé intenzity, většinou vázané na určitou fázi menstruačního cyklu. Dalšími projevy mohou být srůsty či jiné obtíže např. bolesti při pohlavním styku – dyspareunie. Endometrióza také může být poměrně častou příčinou ženské neplodnosti (v těžších případech, kdy následkem srůstů dochází k neprůchodnosti vejcovodů) nebo snížené plodnosti (když je průchodnost vejcovodů zachována). Někdy je nález endometriózy náhodný, např. při laparoskopii a pacientky jsou zcela bez příznaků. Příznaky onemocnění se liší také v závislosti na umístění ložisek, na jejich velikosti a na stadiu onemocnění. Nejčastějším příznakem je **bolest**. Bolestivá menstruace provází 50–90 % žen, které trpí endometriózou. Bolesti při pohlavním styku uvádí 25–50 % žen s endometriózou a dlouhotrvající bolest v pánvi 30–50 % žen. Příčin, které způsobují bolesti, může být několik. Ložiska na pobřišnici, která jsou aktivní, produkují určité látky povahy enzymů, které působením na nervová zakončení bolest vyvolávají. Ložiska, ve kterých již převažuje složka vazivová, vytváří jizvy a srůsty okolních orgánů vzájemně. Tahem a útlakem pak působí bolest, která se násobí postupným snižováním prokrvení okolí postižené tkáně. (2, 5, 7, 8, 11)

Často se uvádí přímý vztah mezi **neplodností ženy a endometriózou**. Hodnocení je velmi obtížné, ačkoli se udává, že až 50 % neplodných žen má endometriózu a 50 % žen s endometriózou je neplodných. (1, 4) Příčinou neplodnosti jsou často rozsáhlé srůsty v malé pánvi. Tyto zabraňují uvolnění vajíčka z vaječníku, brání vejcovodům v jejich pohybu anebo mohou vejcovod uzavřít a tak znemožnit posun vajíčka do děložní dutiny. Neplodnost však mohou jinými mechanizmy způsobovat i časnější stadia endometriózy bez srůstů v dutině břišní.

Výskyt endometriózy.

Je těžké odhadnout přesnou výskyt a prevalenci v populaci právě proto, že obtíže můžou mít celou škálu symptomů, ale incidence endometriózy v populaci narůstá. Prevalence v populaci se odhaduje okolo 6–10 % žen ve fertilním věku. Endometrióza se vyskytuje asi u 25–40 % sterilních žen a 30–50 % žen s endometriózou je sterilních. Také se odhaduje, že 70–90 % žen s chronickou pánevní bolestí má endometriózu. Častý výskyt endometriózy je ve skupině dospívajících a mladých žen s pánevní bolestí (více jak 50 %). U sterilních žen se nález endometriózy pohybuje od 20 % do 50 %. (1, 2, 4)

Rozdělení endometriózy. Rozdělujeme čtyři základní typy endometriózy:

1. **Endometrióza peritoneální – výskyt ložisek na pobřišnici.** Tento typ endometriózy lehko rozpoznatelný. Při operaci, nejčastěji laparoskopii, vidíme na pobřišnici barevné skvrny různé velikosti, nejčastěji červené barvy.. Červená ložiska endometriózy prodělávají v podstatě stejný hormonální cyklus jako děložní výstelka. Znamená to, že se po jisté době odlučují v závislosti na menstruaci. Toto vede k místnímu zánětu v okolí těchto červených ložisek, která se postupně uzavřou.

2. **Endometrióza ovariální – výskyt ložisek na vaječníku**. Tento typ je charakteristický výskytem barevných ložisek na povrchu vaječníku a tvorbou cyst velikosti i několika centimetrů. Pro svůj obsah zahnědlé tekutiny bývá často označována jako térová nebo čokoládová cysta.
3. **Endometrióza v přepážce mezi pochvou a konečníkem**. Pro tento typ endometriózy je typický výskyt tuhých uzlíků. Tento typ endometriózy označuje jako hluboký, protože postihuje i vazy mezi dělohou a pánevními kostmi. Tato endometrióza se projevuje se trvalou a velkou bolestí.
4. **Adenomyóza – výskyt ložisek uvnitř svaloviny děložní**. Tento typ endometriózy není izolovaný. Většinou je provázen výskytem peritoneální endometriózy, často také výskytem děložních myomů – svalových uzlů na děloze. Projevuje se zvýšeným děložním krvácením, bolestivou a zvětšenou dělohou, dále bolestivou menstruací, bolestmi při pohlavním styku a dlouhodobou pánevní bolestí.

Léčba endometriózy

Jsou dva základní způsoby léčby – medikamentózní a chirurgická, nebo také jejich kombinace. Léčebný postup je pro každou pacientku jiný a volí se podle obtíží pacientky, a také podle velikosti a lokalizace ložisek endometriózy. Používá se **léčba chirurgická =** destrukce nebo odstranění ložisek. Cílem je zlikvidovat podle možnosti co největší množství ektopické endometriální tkáně a rozrušit přítomné srůsty. Operační přístup je většinou **laparoskopický**. (10)

Cílem **konzervativní léčby (pomocí léků)** je zablokovat vliv přirozených hormonů na ložiska, ve kterých pak neprobíhají popisované změny a ložiska se zmenší či dokonce vymizí. Léčba je založena na zkušenosti, že ložiska často vymizí během těhotenství. Léky se tedy navodí stav bez menstruace (*amenorea*) nebo se alespoň zasáhne do přirozených hormonálních regulací např. kontinuálním podáváním hormonální antikoncepce. Záleží také na charakteru a velikosti ložisek endometriózy. Potíže se mohou po léčbě opět objevit – recidivovat. Konzervativní léčba se tedy používá hlavně k potlačení subjektivních obtíží a trvá většinou nejméně 6 měsíců. Cílem léčby je obnovení plodnosti, ale hlavně snížení bolestivých příznaků a zvýšení kvality života. (7, 8, 9, 11)

Endometrióza a kvalita života

Chronické bolesti, poruchy menstruačního cyklu, hrozba neplodnosti a sexuální problémy zasahují ženu na místech nejcitlivějších, tedy v pojetí její ženskosti, schopnosti obstát v roli milenky, manželky a budoucí matky. Ženy s endometriózou se cítí velmi často osamělé a nepochopené. Ke gynekologovi je nejčastěji zavede dlouhotrvající bolest, která ji provází několik měsíců i let, která se postupně zhoršuje. Neustálá bolest ženy vysiluje a komplikuje jim život. Několik studií jednoznačně prokázalo, že endometrióza svými projevy

významně snižuje sexuální prožitek, snižuje frekvenci pohlavního života, narušuje intimní vztahy a snižuje sebevědomí žen trpících tímto onemocnění. Ženy s endometriózou si nejčastěji stěžují na bolestivý pohlavní styk, který patří mezi nejrušivější sexuální poruchy. Studie jednoznačně prokázaly, že strach z bolesti a narušené sebepojetí žen s endometriózou významně snižují sexuální prožitek dokonce až do té míry, že některé z nich neprožívají orgasmus. Následně se pak snižuje i frekvence pohlavního života, v jejímž důsledku může dojít k oslabení intimních vztahů v páru a v konečné konsekvenci se vše projeví opět na sebevědomí ženy. V současné době neexistuje možnost trvalého vyléčení endometriózy. Cílem léčby je zmírnění bolesti a zlepšení kvality života postižených žen. Podle sdělení Americké společnosti pro reprodukční medicínu (American Society for Reproductive Medicine) by „endometrióza měla být posuzována jako chronické onemocnění, vyžadující celoživotní terapeutický plán, mající za cíl maximální využití farmakologického přístupu a omezení opakovaných chirurgických procedur.“ Ženy trpící endometriózou mají nyní k dispozici nový přípravek pod názvem Visanne, obsahující unikátní gestagen dienogest v dávce 2 mg, který má zesílený účinek na úlevu bolesti. (5, 6, 7). Pacientky najdou další informace např. na stránkách www.bolestivamenstruace.cz .

Autoři:
doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.[1], MUDr. Peter Koliba, jun.[2]
[1] Gynartis, s. r. o., Ostrava – Vřesina,
[2] Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
Kontakt:
doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.
Gynekologická ambulance, NZZ Gynartis, s. r. o.
Malá Strana 70.
74285 Ostrava – Vřesina
koliba@gynartis.cz

Použitá literatura:

Cibula D.: Endometrióza. Moderní gynekologie a porodnictví, 7, 1997-1998, č. 4, s. 59

Fanta M.: Bolest vázáná na menstruační cyklus. Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č. 4, 2008, s. 403-409

Fanta M., Koliba P. jun., Hrušková H.: Endometrióza. Česká gynekologie, roč. 77, č. 4., 2012, s. 314 – 319

Hanáček J.: Endometrióza. Postgraduální medicína, roč. 9, č. 1, 2007, s. 55–60 ISSN: 1212-4184

Hrušková H.: Endometrióza: výrazný dopad na kvalitu života ženy. Interní medicína pro praxi, roč. 13, č. 10, 2011, s. 394 – 396

Hrušková H.: Medikamentózní terapie endometriózy. Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 21, č. 2, 2012, s. 192 – 202

Janáčková L.: Bolest a její zvládání. Portál Praha, 2007,192 s., ISBN: 978-80-7367-210-2

Koliba: P.: Menstruační bolesti. Praktické lékárenství, roč. 6, č. 5, 2010, s. 232 – 234 ISSN: 1801-2434

Koliba P.: Rizika a přínos hormonální antikoncepce. Interní Med. 2007; 9 (11): 520–524

Koliba P. et al.: Chirurgická léčba endometriózy. Praktická gynekologie, 2006, č. 6, s.228 – 229 ISSN 1211-6645

Kučera E.: Endometrióza, Maxdorf Praha, 2008, 176 s., ISBN: 80-7345-144-1

Ambulantní hysteroskopie

Petr Kovář

Ambulantní hysteroskopie – zcela nový způsob řešení onemocnění spojených s dělohou u žen se zachovanou panenskou blánou, pacientek s některými typy zdravotních postižení a jiných pro celkovou anestézii vysoce rizikových pacientek

Naše pracoviště jako první v ČR začalo v r. 2009 provádět hysteroskopická vyšetření v ambulantním režimu (bez nutnosti celkové anestézie). Po dobu existence Pracoviště ambulantní hysteroskopie Gynprenatal s.r.o. Havířov (6/2009 – 9/2013) bylo pro onemocnění dělohy ošetřeno cca 2400 pacientek různých věkových kategorií, referovaných k nám z 90 jiných zdravotnických zařízení. Rutinně využíváme vaginoskopického přístupu, bez nutnosti použití gynekologických zrcadel a přichycení čípku děložního americkými kleštěmi, není nutná dilatace hrdla děložního a v naprosté většině případů ani znecitlivění paracervikální blokádou. Tato metodika je ideální u žen ještě nerodivších, zvláště pak u žen se zachovaným hymenem, výkonem samotným nedojde s velkou pravděpodobností k jeho porušení.

Pacientky přicházejí v civilním oblečení, bez nutnosti předoperačního vyšetření, v individuálním čase a ihned po výkonu (zpravidla v délce 5-15min) následuje okamžitá dimise.

Metodika je navíc extrémně šetrná vůči ženám všech věkových kategorií, umožňuje pacientkám s některými typy zdravotních postižení a jiných pro celkovou anestézii vysoce rizikovým pacientkám podstoupit zákrok, kde narkóza by byla mnohdy mnohem více zatěžující, než samotný výkon. V neposlední řadě pracoviště jako první v ČR zařadilo mezi spektrum výkonů ambulantní hysteroskopickou sterilizaci.

Kontakt na autora:
MUDr. Petr Kovář
Pracoviště ambulantní hysteroskopie
Gynprenatal s.r.o.
Havířov
www.ambulantni-hysteroskopie.cz

Práva dětských obětí sexuálních deliktů

The Rights of Child Victims of Sexual Offenses

Daniela Květenská

Anotace

Příspěvek je zaměřen na nová práva obětí trestných činů se zvláštním zaměřením ne dětské oběti sexuálně motivovaných trestných činů. Cílem je informovat odbornou veřejnost o platnosti zákona o obětech trestných činů a změně některých zákonů. Uvedena budou specifika zákona ve vztahu k obětem sexuálních deliktů.

Annotation

The paper focuses on new rights of victims of crime, with a special focus on no child victims of sexual offenses. The aim is to inform professionals about the validity of the law on crime victims and amending certain laws. Will be given the specifics of the law in relation to victims of sex crimes.

Klíčová slova

dítě, sexuální delikt, zákon o obětech trestných činů

Keywords

child, sexual offense, the law on crime victims

Úvod

Trestný čin má dopad nejen na samotnou oběť, ale i celou rodinu. O to významnější je potřeba zabývat se dětskými oběťmi, zejména násilných a mravnostních trestných činů, kdy dopad na oběť a celý rodinný systém je nejpatrnější. Práva obětí trestných činů byla doposud opomíjena oproti právům pachatelů trestných činů. Tato skutečnost se v praxi poškozeným obtížně vysvětlovala. Situace se s přijetím zákona o obětech trestných činů změnila. Příspěvek je zaměřen na nová práva obětí trestných činů se zvláštním zaměřením na dětské oběti sexuálně motivovaných trestných činů. V úvodu jsou vymezeny základní pojmy, dále jsou charakterizovány oběti trestných činů, zmíněn bude význam zákona o obětech trestných činů a zvláštní význam pro dětské oběti sexuálních deliktů. V závěru bude význam zákona přenesen na praxi pomáhajících profesí.

Vymezení základních pojmů

Trestným činem je podle trestního zákoníku protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně. K trestní odpovědnosti za trestný čin je třeba úmyslného zavinění, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti. Trestné činy se dělí na přečiny a zločiny. Přečiny jsou všechny nedbalostní trestné činy a ty úmyslné trestné činy, na něž trestní zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby do pěti let. Zločiny jsou všechny trestné činy, které nejsou podle trestního zákona přečiny; zvlášť závažnými zločiny jsou ty úmyslné trestné činy, na něž trestní zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby nejméně deset let. (*Trestní zákoník*, http://zakony.centrum.cz)

Sexuální delikty jsou vymezeny v hlavě III. trestního zákoníku (*Trestní zákoník*, http://zakony.centrum.cz) v §§ 185 – 193 tohoto zákona. Hovoříme o trestných činech proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti. Vymezeny jsou zde skutky: znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužití, soulož mezi příbuznými, kuplířství, prostituce ohrožující mravní vývoj dětí, šíření pornografie, výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, zneužití dítěte k výrobě pornografie.

Oběti trestných činů

Osoby dotčené trestným činem se označují jako *oběť*. Naukou o obětech se zabývá *viktimologie* (lat. victima – oběť). Pojem oběť má mnoho společného s trestněprocesním institutem „poškozený“ (§ 43 TŘ), není s ním však identický. Za oběť se ve viktimologickém smyslu pokládají pouze fyzické osoby, nikoliv kolektivní subjekty např. právnické osoby. Viktimologie by se měla zabývat pouze osobou bezprostředně dotčenou trestným činem, což je v zájmu homogenity zkoumaného objektu výhodnější. To však nevylučuje možnost vztáhnout některé viktimologické poznatky i na širší okruh osob, např. v problematice odškodňování a sociální pomoci. (Novotný, Zapletal, 2001, s. 128)

Obětí podle zákona o obětech trestných činů (*Zákon č. 45/2013 Sb.*, http://www.zakonyprolidi.cz) se rozumí fyzická osoba, které bylo nebo mělo být trestným činem ublíženo na zdraví, způsobena majetková nebo nemajetková újma nebo na jejíž úkor se pachatel trestným činem obohatil. Byla-li trestným činem způsobena smrt oběti, považuje se za oběť též její příbuzný v pokolení přímém, sourozenec, osvojenec, osvojitel, manžel nebo registrovaný partner nebo druh, je-li osobou blízkou. Je-li těchto osob více, považuje se za oběť každá z nich.

Viktimologické výzkumy sice přinášejí důležité informace o rozsahu, frekvenci a charakteru viktimizace, méně však sdělují o jejích skutečných důsledcích. Poznatky získané specificky zaměřenými výzkumy vypovídají o utrpěných fyzických, psychických i finančních újmách, se kterými se oběti závažných trestných činů vypořádávají nezřídka řadu let, a některé dokonce po celý svůj

život. Např. ve výzkumu, jehož předmětem bylo studium 300 obětí fyzického napadení, znásilnění a loupeží bylo zjištěno, že ještě 2,5 roku poté, co došlo k trestnému činu, se s ním nedokázaly oběti psychicky vypořádat. V jiné studii se zase prokázalo, že dětské oběti sexuálního zneužívání a znásilnění trpí po řadu let traumatizujícími důsledky těchto deliktů, které se projevují mimo jiné jejich emocionální nevyváženostmi, sociální regresí, neúspěchy ve škole, pocity nejistoty, nedostatkem sebevědomí, problémy v partnerských vztazích, nespavostí a dalšími neurovegetativními potížemi. (Kuchta, Válková, 2005, s. 173) Z tohoto důvodu je nezbytné, věnovat obětem sexuálních deliktů zvláštní pozornost.

V odborné kriminologické literatuře se hovoří o primární a sekundární viktimizaci. Primární viktimizace znamená vlastní útok na oběť. Výzkumy i praxe dokládají, že z psychologického hlediska je újma způsobená trestným činem úvodním dějem, na který navazují další zraňující události. Proces viktimizace má svou dynamiku, která překračuje bezprostřední a přímé důsledky spáchaného trestného činu. Sekundární viktimizace je sice velice častá, nikoliv však nezbytná fáze viktimizace. Dochází k ní až v době po spáchání trestného činu a nesouvisí již s konáním pachatele. Většina obětí zločinu se s ní sice setkává, ale v optimálním případě k ní dojít nemusí. Právě sekundární viktimizace je druhým nejčastějším důvodem, proč v České republice vyhledávají oběti kriminality služby poraden pro oběti trestných činů. Primárním důvodem je potřeb získat informace o právech a postavení obětí v trestním řízení. (Čírtková, Vitoušová, 2007, s. 12–13) Přijatý zákon o obětech trestných činů by svým působením měl minimalizovat rizika sekundární viktimizace.

K sekundární viktimizaci dochází tehdy, jestliže je oběti po provedeném trestné činu způsobena další újma. Podle Novotného a Zapletala (2001) mohou být jejími zdroji:

a) pachatel (např. zastrašuje oběť, aby neoznamovala trestný čin);
b) sociální prostředí (např. bulvární tisk zveřejní podrobnosti o znásilnění oběti, rodiče vyčítají zneužitému dítěti lehkomyslné chování);
c) orgány činné v trestním řízení (např. pohlavně zneužité dítě je opakovaně a nešetrně vyslýcháno jako svědek).

Ve zjednodušeném pojetí lze za typické zdroje sekundární viktimizace považovat: orgány činné v trestím řízení, média, okolí oběti. (Čírtková, Vitoušová, 2007) Sekundární újma může v některých případech převýšit újmu primární. Jsou zaznamenány i případy sebevražd obětí znásilnění poté, co se od nich jejich rodina odvrátila či poté, co byl jejich případ nevhodně medializován. Následkem sekundární viktimizace může být i ztráta zaměstnání v důsledku trvalé invalidity způsobené násilným trestným činem, rozvrat rodiny a ztráta společenského statusu jejích příslušníků v důsledku odhalení sexuálního zneužívání dítěte a nevhodné medializaci případu, apod. (Kuchta, Válková et al., 2005; Novotný, Zapletal, 2001)

Sekundární viktimizaci lze zamezit. Pro oběť je kontakt s policií, soudem či znalci vždy stresující. Oběť trestného činu se musí rozpomínat na emocionálně nabité události spojené s trestným činem, podrobně vyprávět o této události a odpovídat na nepříjemné otázky. Sekundární viktimizace se však nevztahuje na tento přirozený a nezbytný stres. O sekundární viktimizaci mluvíme teprve tehdy, když procedury trestního řízení a související události způsobují další nadbytečné zraňování oběti. Můžeme hovořit o jevech procedurální neférovosti. (Čírtková, Vitoušová, 2007)

Nejvíce ohroženy sekundární viktimizací jsou oběti násilných trestných činů, skutků ponižujících lidskou důstojnost či trestných činů sexuálního motivu. Zvláštní skupinu tvoří oběti, které nemusí rozumět průběhu trestního řízení, což má vliv na jejich sníženou psychickou odolnost či další přetrvávající psychické problémy. Jsou to zejména děti, lidé vyššího věku, lidé s mentálním postižením či s demencí, lidé psychicky nestabilní. Sekundární viktimizace vzniká na základě nevhodného zacházení s obětí, zejména v případě, pokud není oběti věnován dostatek času na vysvětlení průběhu trestního řízení, není volena vhodná terminologie, je předkládáno příliš mnoho informací najednou, jsou vyžadovány podpisy na materiálech, které oběť nemá čas prostudovat, atd. Na tyto oběti pamatuje zákon o obětech a zabývá se právy zvláště zranitelných obětí.

Otázkou je, jak lze sekundární viktimizaci předcházet. Čírtková a Vitoušová (2007) vymezují hlavní potřeby, jejichž frustrace tvoří základ sekundární viktimizace. Jsou jimi:
– potřeba informací,
– potřeba bezpečí,
– potřeba důvěry,
– potřeba respektu.

Oběť je v průběhu vyšetřování konfrontována s řadou doplňujících otázek. Obvykle stačí oběti vhodně vysvětlit průběh výslechu a uvést, že doplňující otázky nejsou projevem nedůvěry, nýbrž slouží k získání důležitých údajů. Pokud trestný čin změní každodenní rytmus života oběti, oběť očekává informace často přesahující souvislosti s trestním řízením (problémy spojené s poklesem výdělku, vysoké náklady na léčení, apod.). Nedostane-li oběť uspokojivé informace, otevírá se prostor pro řadu negativních pocitů, např. pocit nedůstojnosti, nespravedlnosti, křivdy, apod. Oběť si připadá pouze jako „nosič důkazu“, nikoliv jako živý člověk v těžké životní situaci. Policista by tak měl dobře a srozumitelně informovat oběť v bodech, které ukládá zákon a odkázat na místa, kde oběť informace získá. V některých státech je tato povinnost informovat o místech a programech pomoci obětem trestných činů uložena policistům závaznými předpisy (např. Francie, Anglie, Slovensko). Tato povinnost je nyní ustanovena zákonem o obětech trestných činů i u nás. (Čírtková, Vitoušová, 2007)

V rámci prevence sekundární viktimizace dětí, jako zvláště zranitelných obětí, byl odborem prevence kriminality Ministerstva vnitra České republiky realizován Program zřizování speciálních výslechových místností pro dětské oběti a svědky, díky kterému bylo zřízeno nebo inovováno 14 speciálních výslechových místností po celé České republice. (*Specifické programy…*, www.mvcr.cz)

V případě obětí mravnostních a násilných trestných činů je vhodné využít okamžitou akutní pomoc oběti v podobě viktimologické intervence, na kterou by měla navazovat následná odborná pomoc. Primární viktimologickou intervenci poskytují *Týmy krizových interventů pro pomoc obětem trestné činnosti a mimořádných událostí* zaměřených na oběti násilných trestných činů. Uvedené týmy vznikly v rámci Policie České republiky proto, aby psychologická první pomoc nebyla nahodilá a snížila se rizika sekundární viktimizace. Tyto týmy jsou na každém krajském ředitelství Policie České republiky. Členy týmu jsou policejní psychologové i další vyškolení policisté z jiných oddělení.

Význam zákona o obětech trestných činů

Dne 25. února 2013 byl uveřejněn ve Sbírce zákonů zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů a o změně některých zákonů, který upravuje mimoprocesní práva obětí tak, aby nebyla nadále roztříštěna do několika právních předpisů. Z důvodu slaďování předpisů v rámci Evropské unie byl implementován pojem oběť trestného činu, který je v zákoně obsažen v § 2 a zahrnuje pouze osoby fyzické, a to ve shodě s rámcovým rozhodnutím Rady 2001/220/SVV ze dne 15. března 2001 o postavení obětí v trestním řízení a v souladu i s návrhem směrnice Evropského parlamentu a Rady, kterou se zavádí minimální pravidla pro práva, podporu a ochranu obětí trestných činů. Definice oběti nezahrnuje osoby právnické, neboť ty jako umělý subjekt nemohou pociťovat subjektivně újmu. Právem oběti na informace došlo k úplné implementaci čl. 4 odst. 1 Rámcového rozhodnutí Rady 2001/220/SVV o postavení oběti v trestním řízení. (*Metodika…*)

Zákon o obětech trestných činů (*Zákon č. 45/2013 Sb.*, http://www.zakonyprolidi.cz; *Metodika…*) má za úkol zlepšit práva obětí, zejména aby
– s nimi bylo zacházeno s respektem k jejich osobnosti, citlivě s ohledem na situaci, ve které se nachází (nikoliv vlastní vinou), a způsobem, který jim nepřivodí další újmu,
– jim byla poskytnuta pomoc (a to nejen právní) v případech, kdy to potřebují, v některých případech i bezplatně,
– v průběhu trestního řízení měli dostatek informací o svých právech i o případu a každá oběť měla možnost v trestním řízení vyjádřit svůj názor na věc.

Zákon obsahuje práva obětí trestných činů, poskytování peněžité pomoci obětem trestných činů státem a vymezuje vztahy mezi státem a subjekty, které

poskytují služby obětem trestných činů. (*Zákon č. 45/2013 Sb.*, http://www.zakonyprolidi.cz)

Zákon o obětech trestných činů (*Zákon č. 45/2013 Sb.*, http://www.zakonyprolidi.cz) zaručuje oběti trestného činu tato práva:
– právo na poskytnutí odborné pomoci,
– právo na informace,
– právo na ochranu před hrozícím nebezpečím,
– právo na ochranu soukromí,
– právo na ochranu před druhotnou újmou,
– právo na peněžitou pomoc.

Podle § 50 odstavec 1 trestního řádu (*Trestní zákoník*, http://zakony.centrum.cz) se může poškozený dát zastupovat zmocněncem, kterým může být i právnická osoba. Zmocněncem nemůže být osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům a ten, kdo je předvolán jako svědek, znalec či tlumočník.

Oběť má právo na doprovod důvěrníka, který může být zároveň zmocněncem. Důvěrníkem nemůže být ten, kdo je současně obviněným, obhájcem, svědkem, znalcem nebo tlumočníkem. Důvěrník nemůže zasahovat do průběhu úkonu. Vyloučit z účasti na úkonu ho lze pouze výjimečně, jestliže by jeho účast narušovala průběh úkonu nebo ohrozila dosažení účelu úkonu. Je pak nutné umožnit oběti, zvolit si důvěrníka jiného, ledaže úkon nelze odložit nebo by odložení bylo spojeno s nepřiměřenými obtížemi nebo náklady. Oběť má právo v kterékoliv fázi trestního řízení učinit písemné či ústní prohlášení o dopadu trestného činu na její dosavadní život (*Zákon č. 45/2013 Sb.*, http://www.zakonyprolidi.cz)

Zvláštní význam pro dětské oběti sexuálních deliktů

Zvlášť zranitelnou obětí se pro účely zákona o obětech trestných činů (*Zákon č. 45/2013 Sb.*, http://www.zakonyprolidi.cz) rozumí dítě (do 18 let věku), osoba, která je postižena fyzickým, mentálním nebo psychickým hendikepem nebo smyslovým poškozením, které ve spojení s různými překážkami může bránit plnému a účelnému uplatnění této osoby ve společnosti ve srovnání s jejími ostatními členy, oběť trestného činu obchodování s lidmi (§ 168 trestního zákoníku) a oběť trestného činu proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti nebo trestného činu, který zahrnoval násilí či pohrůžku násilím, jestliže je v konkrétním případě zvýšené nebezpečí způsobení druhotné újmy zejména s ohledem na její věk, pohlaví, rasu, národnost, sexuální orientaci, náboženské vyznání, zdravotní stav, rozumovou vyspělost, schopnost vyjadřovat se, životní situaci, v níž se nachází, nebo s ohledem na vztah k osobě podezřelé ze spáchání trestného činu nebo závislost na ní. Znamená to, že děti, které se stanou obětí sexuálně motivovaných trestných činů, jsou zákonem zvláště chráněny.

Zvlášť zranitelné oběti trestných činů mají vedle výše stručně uvedených obecných práv obětí trestných činů následující práva:
– na zvlášť citlivý výslech,
– výslech či podání vysvětlení by mělo být prováděno osobou k tomu vyškolenou,
– výslech či podání vysvětlení by mělo být provedeno tak, aby nemuselo být později opakováno,
– při opakování by výslech či podání vysvětlení mělo být zpravidla prováděno stejnou osobou,
– dítěti lze klást otázky pouze prostřednictvím orgánů činných v trestním řízení,
– výslechu se účastní orgán sociálně-právní ochrany dětí či jiná osoba mající zkušenost s výchovou mládeže,
– dítě má vždy nárok na právní pomoc zmocněncem bezplatně, pokud si zmocněnce nezvolí, je mu ustanoven soudem.

Tato práva má zvlášť zranitelná oběť tzv. „automaticky“. O další práva má oběť možnost požádat:
– výslech či podání vysvětlení osobou stejného či opačného pohlaví,
– přijetí opatření bránících bezprostřednímu vizuálnímu kontaktu oběti s podezřelým či obviněným (pokud to nevylučuje povaha prováděného úkonu).

Závěr – význam pro praxi

Pomoc a podpora obětem trestných činů je stále nezúročenou oblastí pro spolupráci sociálních pracovníků a orgánů činných v trestním řízení, případně pracovníků justice – tedy probační a mediační služby. Pomoc obětem nemusíme chápat pouze jako psychologickou formu pomoci, ta je pouze jednou z možných forem pomoci těmto obětem. Pomoc obětem trestných činů můžeme chápat jako potřebu pracovat i se širším sociálním prostředím a hlavně jako konkrétní pomoc v obtížné situaci, což může obnášet pomoc a podporu při řešení bazálních existenčních starostí či odborné právní poradenství.

V rámci vzdělávání dětí v oblasti sexuální výchovy je vhodné je poučit - mimo jiné – i o existenci nového zákona o obětech trestných činů. Informace o jeho existenci může přispět k větší důvěře k orgánům činným v trestním řízení a odbourání rozpaků s oznámením mravnostní trestné činnosti. Tento dopad důvěry je důležitý jak pro dětské oběti sexuálních deliktů, tak pro jejich rodiče.

Kontaktní údaje:
PhDr. Daniela Květenská, Ph. D.
Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce
Rokitanského 62
500 03 Hradec Králové
E-mail: daniela.kvetenska@uhk.cz

Literatura:

Čírtková, L. – Vitoušová, P. et al.: *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů.* Praha, Grada Publishing, 2007.

Kuchta, J. – Válková, H.: *Základy kriminologie a trestní politiky.* Praha: C. H. Beck, 2005.

Metodika. Zákon č. 45/2013 Sb. o obětech trestných činů a o změně některých zákonů. Interní materiál.

Novotný, O. - Zapletal, J. a kol.: *Kriminologie.* Praha: Eurolex Bohemia, 2001.

Specifické programy prevence kriminality. [online]. Praha: MVČR [cit. 2012-9-03]. Dostupné na internetu: http://www.mvcr.cz/clanek/specificke-programy-prevence-kriminality.aspx?q=Y2hudW09Ng%3D%3D

Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. ze dne 8. 1. 2009. In Sbírka zákonů České republiky. 2009, částka 11. [Cit. 16. 8. 2013]. Dostupný také z WWW: http://zakony.centrum.cz/trestni-zakonik/cast-1-hlava-2-dil-1

Zákon č. 45/2013 Sb. o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů) ze dne 30. 1. 2013. In Sbírka zákonů České republiky. 2013, částka 20. [Cit. 16. 8. 2013]. Dostupný také z WWW: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-45

O aktivitách sólo sexu: eticko-deskriptívna štúdia

Dagmar Marková, Stanislava Lištiak Mandzáková

Abstrakt

V príspevku analyzujeme časť dát z výskumu sexuálnych životných štýlov a ich socio-kultúrnych kontextov, ktoré sa týkajú aktivít sólo sexu z hľadiska troch vekových kategórií opýtaných mužov a žien v Čechách a na Slovensku. Sledujeme faktory ako pohlavie, vek (mladší, stredný a starší dospelý vek), sexuálny životný štýl a komparujeme aj rozdiely v odpovediach účastníkov a účastníčok výskumu na Slovensku a v Čechách vzhľadom k masturbačnému správaniu. Výsledky analyzujeme z hľadiska implikácií pre sexuálnu morálku v súčasnosti.

Kľúčové slová

Sexualita, masturbácia, morálka, etika, postoje, správanie, aktivity sólo sexu.

Úvod[1]

O tom, že sa počas histórie menili morálne normy a postoje k masturbácii, býva aj v našich podmienkach nezriedka referované. Napr. Janiš (2003) konštatuje, že masturbácia je v dnešnej dobe z morálneho hľadiska považovaná za prirodzenú, kým pred sto rokmi sa používali drastické trestné opatrenia. Mnohí/é ďalší/ie autori a autorky poukazujú na to, že masturbácia je v súčasnosti z morálneho hľadiska väčšinovo akceptovaná.

My sa však v príspevku nezameriavame na postoje k morálnemu (ne)schvaľovaniu masturbácie, ale na analýzu čiastkových výsledkov komplexnejšieho výskumu sexuálnych životných štýlov a ich socio-kultúrnych kontextov, ktoré sú zamerané na oblasť masturbačného správania a následne uvažujeme nad ich etickými súvislosťami. Konkrétne porovnávame vek prvej masturbačnej aktivity a frekvenciu masturbácie za posledný rok u opýtaných mužov a žien na Slovensku a v Čechách z hľadiska pohlavia, veku a ďalších sledovaných premenných. Na základe výsledkov o masturbačnej aktivite sa zamýšľame nad otázkami, ktoré naznačujú niektoré súvislosti so súčasnou sexuálnou morálkou, ako napr. či masturbácia koexistuje s partnerským sexom, či možno zaznamenať diferencie z hľadiska generačných rozdielov alebo pohlavia, resp. rodovej socializácie, atď.

[1] Text vznikol vďaka podpore grantu VEGA č. 2/0015/12: Životné štýly, normy a ich prekračovanie: cesty k osobnej spokojnosti a spoločenskej prospešnosti a čiastočne aj VEGA č. 1/0942/11: Zvyšovanie kvality života klientov s ťažším mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb v oblasti sexuality a partnerských vzťahov.

Výskum

Výskumný súbor

Výskumný súbor v Slovenskej republike a Českej republike tvorilo spolu 1022 účastníkov a účastníčok výskumu – denných a externých študentov a študentiek Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre, Univerzity Komenského v Bratislave, Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici, Prešovskej univerzity v Prešove a ich detašovaných pracovísk. V Českej republike výskumný súbor tvorili študentky a študenti z Univerzity Hradec Králové a Slezskej univerzity v Opavě. Vzorka nebola reprezentatívna[2].

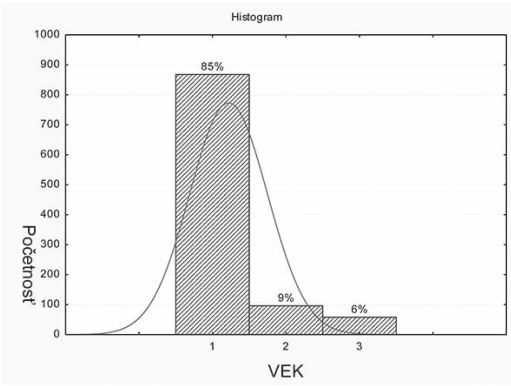
Výskumný súbor možno popísať nasledovne:

– Slovenská republika – 67%, Česká republika – 33%;
– Mladší dospelý vek[3] – 85%, stredný dospelý vek – 9%, starší dospelý vek – 6%[4];
– Mužov – 28%, žien – 72%;
– Slovenská republika 77%, Česká republika 33%;
– Priemerný vek: 25,24 rokov;

Konkrétna charakteristika výskumného súboru je znázornená v nižšie uvedených grafoch.

V grafe č. 1 je charakteristika opýtaných mužov a žien z hľadiska troch vekových kategórií. Mladší dospelý vek (18-30 rokov) tvorí 85% z opýtaných, stredný dospelý vek (31-40 rokov) 9% a starší dospelý vek (nad 41 rokov) 6%.

Graf 1: Účastníci a účastníčky výskumu podľa vekových kategórií



Legenda: Vekové kategórie:
1 – mladší dospelý vek,
2 – stredný dospelý vek,
3 – starší dospelý vek.

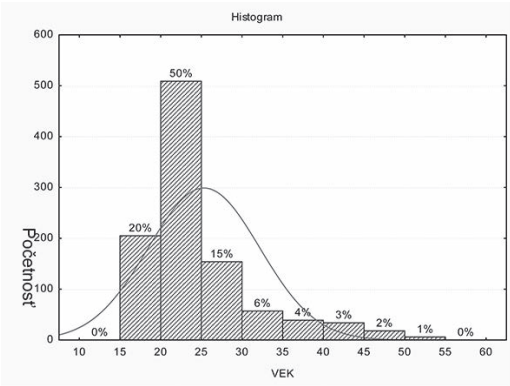
[2] Tento výskumný súbor nie je reprezentatívnym výberom, preto získané výsledky nemožno zovšeobecňovať a uvedené treba zohľadniť pri analýze a interpretácii získaných údajov.

[3] Vzhľadom na komparácie sexuálnych životných štýlov z hľadiska veku sme v súlade so zisteniami ontogenetickej psychológie zatriedili ľudí do troch skupín: mladší dospelý vek, stredný dospelý vek, starší dospelý vek.

[4] Vzhľadom na uvedené je nutné brať do úvahy toto vekové rozloženie vo vzťahu ku komparácii výsledkov z hľadiska veku, keďže dominantnou skupinou sú muži a ženy mladšieho dospelého veku.

Z hľadiska veku je rozloženie respondentov a respondentiek pomerne difúzne (graf č. 2). Najnižší zaznamenaný vek bol 18 rokov. Priemerný vek je 25,24 rokov (tabuľka č. 1). Najčastejšie sa vyskytujúcim bol vek 22 rokov.

Graf 2: Účastníci a účastníčky výskumu podľa veku



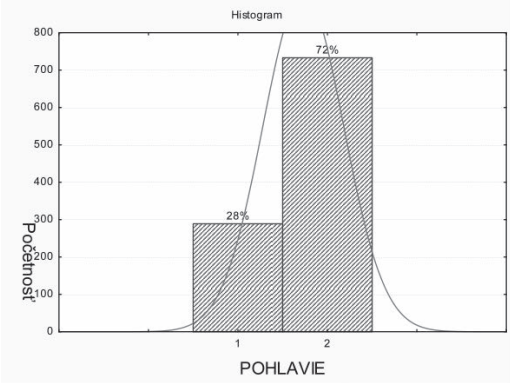
Legenda: Vek:
Škála od 18 po 55 rokov predstavuje vek respondentov/respondentiek.

Tab. 1: Štatistické ukazovatele – vek účastníkov a účastníčok výskumu

	Priemer	Modus	Početnosť modusu	Smerodajná odchýlka
VEK	25,23875	22,00000	144	6,819180

Čo sa týka charakteristiky výskumného súboru z hľadiska pohlavia účastníčok a účastníkov výskumu, z grafu č. 3 možno vidieť, že prevládajú ženy oproti mužom. Z celkového počtu zúčastnených participantov a participantiek bolo mužov 28% a žien 72%.

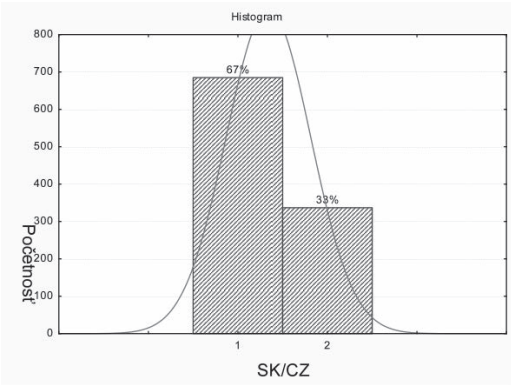
Graf 3: Účastníci a účastníčky výskumu podľa pohlavia



Legenda:
Pohlavie: 1 – muži, 2 – ženy.

Zo Slovenskej republiky bolo zastúpených 77% opýtaných mužov a žien a z Českej republiky 33% (graf č. 4).

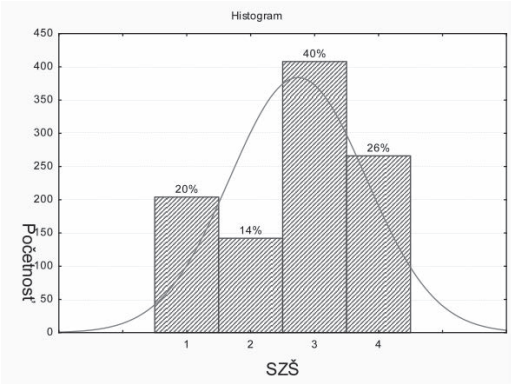
Graf 4: Účastníci a účastníčky výskumu podľa českej a slovenskej príslušnosti



Legenda:
1 – Slovenská republika,
2 – Česká republika.

Vo vzťahu k sexuálnym životným štýlom možno z grafu č. 5 vidieť, že prevládajú nemanželské sexuálne životné štýly. Väčšina opýtaných mužov a žien si organizuje svoj sexuálny život mimo tradičnej konvenčnej formy vzťahov – manželstva. Manželstvo uvádza 20% účastníkov a účastníčok výskumu, nezosobášené spolužitie (trvalý partnerský vzťah a bývanie spolu) 14%, oddelené spolužitie (trvalý partnerský vzťah a nebývajú spolu) 40% a single (bez trvalého/ej partnerky/partnera) 26%. Vzhľadom k uvedenému je potrebné brať do úvahy, že vo vzorke prevládal mladší dospelý vek.

Graf 5: Účastníci a účastníčky výskumu podľa sexuálneho životného štýlu



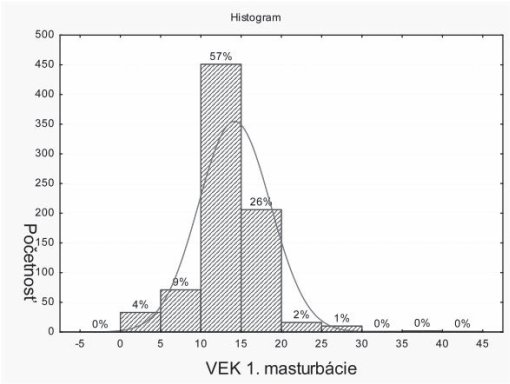
Legenda: Súčasný sexuálny životný štýl: 1 – som ženatý/vydatá, 2 – mám trvalý partnerský vzťah a bývame spolu, 3 – mám trvalý partnerský vzťah a nebývame spolu, 4 – nemám trvalý vzťah, som sám/sama.

Výskumné zistenia

Vek prvej masturbácie

Ako prvú sledovanú otázku sme zvolili vek prvej masturbácie u opýtaných mužov a žien. V grafe č. 6 sú uvedené odpovede len tých účastníkov a účastníčok výskumu, ktorí/é uviedli, že skúsenosť s masturbáciou majú. Priemerný vek prvej masturbácie je 14 rokov a najčastejšie uvádzaný vek prvej masturbácie je 15 rokov (tabuľka č. 2).

Graf 6: Vek prvej masturbácie



Legenda: Vek prvej masturbácie: Škála predstavuje vek respondentov/*respondentiek pri prvej masturbácii.*

Tab. 2: Štatistické ukazovatele – vek prvej masturbácie

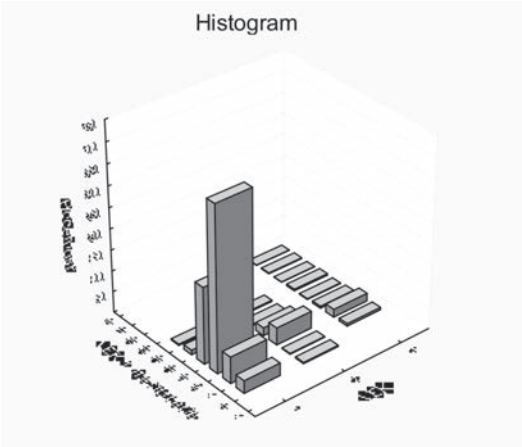
	Priemer	Modus	Početnosť modusu	Smerodajná odchýlka
Vek 1. masturbácie	14,06953	15,00000	114	4,447895

Početnosť jednotlivých odpovedí respondentov a respondentiek, podľa troch zvolených vekových kategórií, vzhľadom na vek prvej masturbácie, znázorňuje nasledujúci graf č. 6.A.

Z výsledkov Kruskalovho-Wallisovho testu vyplýva, že vzhľadom na vekové kategórie mladší, stredný a starší dospelý vek bol zistený štatisticky signifikantný rozdiel na 5 % hladine významnosti (p=0,0145). Pomocou Turkeyho metódy sme štatisticky významný rozdiel zistili medzi komparovanými vekovými kategóriami 1 a 3, t.j. mladší a starší dospelý vek (označené v tabuľke č. 2.A červenou farbou). Respondenti a respondentky, zaradení/é do vekovej kategórie mladší dospelý vek, sa odlišujú vo veku prvej masturbácie od tých, ktorí/é patria do vekovej kategórie starší dospelý vek. Možno konštatovať, že opýtané osoby

mladšieho dospelého veku uvádzali nižší vek pri prvej masturbácii ako osoby staršieho dospelého veku.

Graf 6.A: Vek prvej masturbácie podľa jednotlivých vekových kategórií



Legenda: Vekové kategórie: 1 – mladší dospelý vek, 2 – stredný dospelý vek, 3 – starší dospelý vek. Vek prvej masturbácie: Škála predstavuje vek respondentov/respondentiek pri prvej masturbácii.

Tab. 2.A: Výsledky Kruskalovho-Wallisovho testu – vek prvej masturbácie z hľadiska vekových kategórií

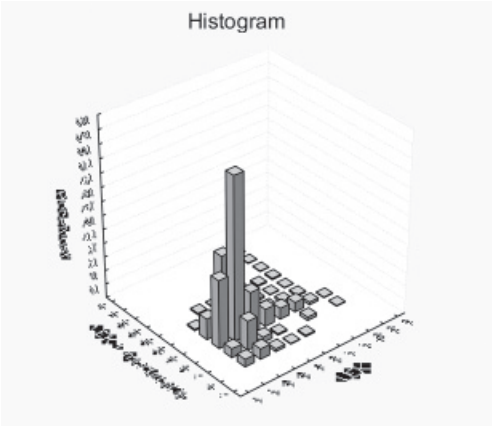
	Kruskal-Wallisův test: p =,0145		
Závislá Prom	1 R:387,23	2 R:431,70	3 R:481,75
1		0,355752	0,033002
2	0,355752		0,803701
3	0,033002	0,803701	

Legenda: Vekové kategórie: 1 – mladší dospelý vek, 2 – stredný dospelý vek, 3 – starší dospelý vek.

Graf č. 6.B ilustruje rozdiely v početnosti jednotlivých odpovedí respondentov a respondentiek podľa ich veku, vzhľadom na vek prvej masturbácie.

Z tabuľky č. 2.B možno vidieť, že vek respondentov a respondentiek pozitívne koreluje s vekom ich prvej masturbácie. To znamená, že čím vyšší vek respondenti uvádzali, tým bol aj vek prvej masturbácie vyšší. Uvedené výsledky sú v súlade s predchádzajúcimi výskumnými zisteniami, podľa ktorých sa štatisticky signifikantne odlišujú vekové kategórie mladší a starší dospelý vek.

Graf 6.B: Vek prvej masturbácie podľa veku účastníkov a účastníčok výskumu



Legenda: Vek: Škála od 18 po 55 rokov predstavuje vek respondentov/respondentiek. *Vek prvej masturbácie: Škála predstavuje vek respondentov/respondentiek pri prvej masturbácii.*

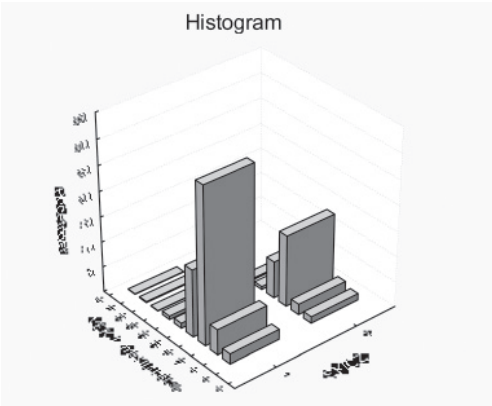
Tab. 2.B: Výsledky – korelácie: vek prvej masturbácie podľa veku účastníkov a účastníčok výskumu

Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. p <,05000
0,121357

Početnosť odpovedí účastníkov a účastníčok výskumu, ktoré sa týkajú veku prvej masturbácie vzhľadom na to, či pochádzajú z Českej republiky alebo zo Slovenska, zobrazuje nasledujúci graf č. 6.C.

Výsledky Mann-Whitneyovho U testu (tabuľka č. 2.C) dokladujú, že nebol zistený štatisticky signifikantný rozdiel na 5 % hladine významnosti.

Graf 6.C: Vek prvej masturbácie podľa českej a slovenskej príslušnosti účastníčok a účastníkov výskumu



Legenda: 1 – Slovenská republika, 2 – Česká republika. Vek prvej masturbácie: Škála predstavuje vek respondentov/respondentiek pri prvej masturbácii.

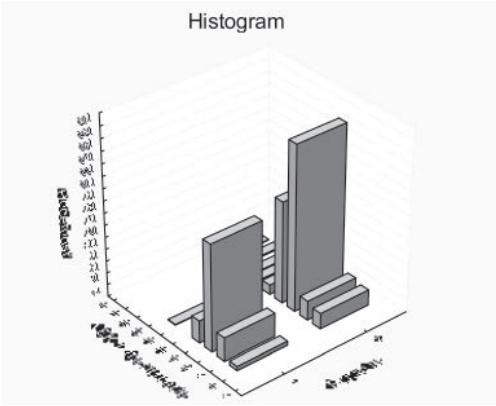
Tab. 2.C: Výsledky Mann-Whitneyovho U testu – vek prvej masturbácie a slovenská a česká príslušnosť

	Mann-Whitneyův U test Označené testy jsou významné na hladině p <,05000
Úroveň p	0,891818

Diferencie z hľadiska pohlavia v početnostiach odpovedí, ktoré sa týkali veku prvej masturbácie u opýtaných mužov a žien, zobrazuje graf č. 6.D.

Ako je uvedené v tabuľke č. 3.D, bol zistený štatisticky signifikantný rozdiel na 5 % hladine významnosti prostredníctvom Mann-Whitneyovho U testu**.**

Graf 6.D: Vek prvej masturbácie podľa pohlavia



Legenda: Pohlavie: 1 – muži, 2 – ženy. Vek prvej masturbácie: Škála predstavuje vek respondentov/respondentiek pri prvej masturbácii.

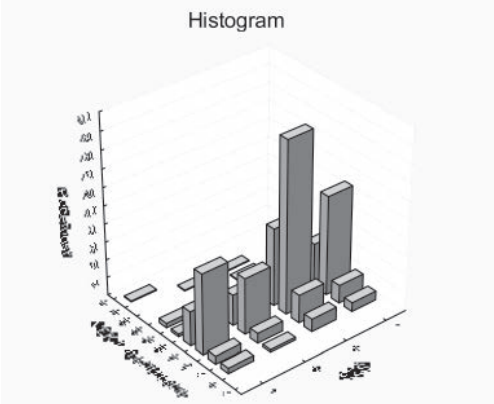
Tab. 2.D: Výsledky Mann-Whitneyovho U testu – vek prvej masturbácie z hľadiska pohlavia

	Mann-Whitneyův U test Označené testy jsou významné na hladině p <,05000
Úroveň p	0,00000

Rozdiely v početnostiach odpovedí účastníkov a účastníčok výskumu, ktoré sa týkajú veku prvej masturbácie vzhľadom na ich sexuálny životný štýl, ilustruje nasledujúci graf č. 6.E.

Z výsledkov Kruskalovho-Wallisovho testu vyplýva, že vzhľadom sexuálny životný štýl respondentov a respondentiek nebol zistený štatisticky signifikantný rozdiel na 5 % hladine významnosti.

Graf 6.E: Vek prvej masturbácie podľa sexuálneho životného štýlu



Legenda: Súčasný sexuálny životný štýl: 1 – som ženatý/vydatá, 2 – mám trvalý partnerský vzťah a bývame spolu, 3 – mám trvalý partnerský vzťah a nebývame spolu, 4 – nemám trvalý vzťah, som sám/sama. Vek prvej masturbácie: Škála predstavuje vek respondentov/respondentiek pri prvej masturbácii.

Tab. 2.E: Výsledky Kruskalovho-Wallisovho testu – vek prvej masturbácie podľa sexuálneho životného štýlu

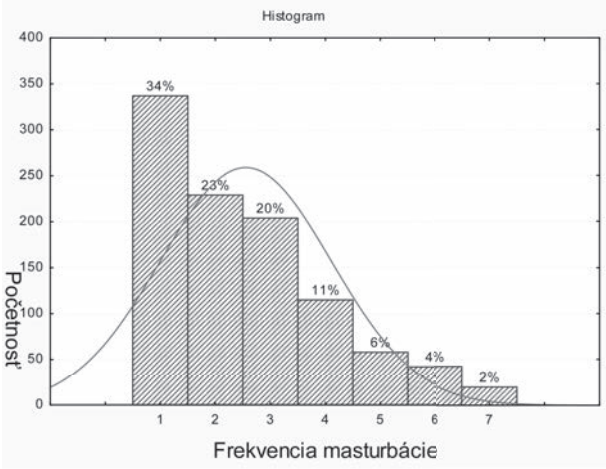
Závislá Prom	Kruskal-Wallisův test:p =,1557			
	1 R:419,28	2 R:422,35	3 R:389,01	4 R:374,26
1		1,000000	1,000000	0,414793
2	1,000000		1,000000	0,440686
3	1,000000	1,000000		1,000000
4	0,414793	0,440686	1,000000	

Legenda: Súčasný sexuálny životný štýl: 1 – som ženatý/vydatá, 2 – mám trvalý partnerský vzťah a bývame spolu, 3 – mám trvalý partnerský vzťah a nebývame spolu, 4 – nemám trvalý vzťah, som sám/sama.

Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov

Ďalšou sledovanou otázkou je frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov. Ako dokumentujú graf č. 7 a tabuľka č. 3, najfrekventovanejšou odpoveďou bola odpoveď vôbec – t.j. 34% opýtaných mužov a žien uviedlo, že počas uplynulého roku vôbec nemasturbovali. Naopak, podľa očakávania najmenej častou bola odpoveď viac ako tridsaťkrát za mesiac.

Graf 7: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov



Legenda: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov: 1 – nikdy, 2 – menej ako raz za mesiac, 3 – dva až päťkrát za mesiac, 4 – šesť až desaťkrát za mesiac, 5 – jedenásť až pätnásťkrát za mesiac,
6 – šestnásť až tridsaťkrát za mesiac, 7 – viac ako tridsaťkrát za mesiac.

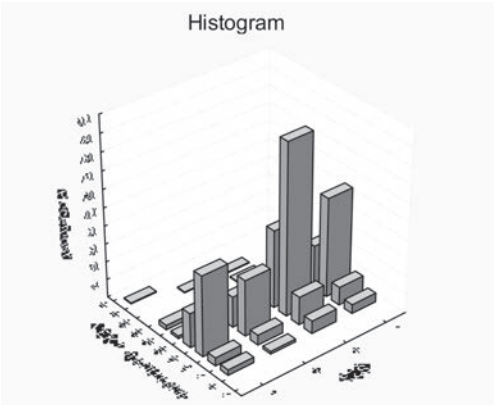
Tab. 3: Štatistické ukazovatele – frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov

	Priemer	Modus	Početnosť modusu	Smerodajná odchýlka
Frekvencia masturbácie	2,53632	1,000000	337	1,548011

Celkový pohľad na rozdiely vo frekvencii masturbácie prostredníctvom ich početností počas uplynulého roka z hľadiska troch zvolených vekových kategórií, znázorňuje nasledujúci graf č. 7.A.

Z výsledkov Kruskalovho-Wallisovho testu vyplýva, že vzhľadom vekové kategórie mladší, stredný a starší dospelý vek bol zistený štatisticky signifikantný rozdiel na 5 % hladine významnosti (p=0,0014). Pomocou Turkeyho metódy sme štatisticky významný rozdiel zistili medzi komparovanými všetkými tromi vekovými kategóriami (označené v tabuľke č. 3.A červenou farbou). Možno konštatovať, že opýtané osoby mladšieho dospelého veku uvádzali vyššiu frekvenciu masturbácie za posledný rok ako osoby stredného a staršieho dospelého veku. Tiež osoby zaradené do vekovej kategórie stredný dospelý vek uvádzali vyššiu frekvenciu masturbácie za posledných 12 mesiacov ako osoby staršieho dospelého veku.

Graf 7.A: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov z hľadiska jednotlivých vekových kategórií



Legenda: Vekové kategórie: 1 – mladší dospelý vek, 2 – stredný dospelý vek, 3 – starší dospelý vek. Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov: 1 – vôbec, 2 – menej ako raz za mesiac, 3 – dva až päťkrát za mesiac, 4 – šesť až desaťkrát za mesiac, 5 – jedenásť až pätnásťkrát za mesiac, 6 – šestnásť až tridsaťkrát za mesiac, 7 – viac ako tridsaťkrát za mesiac.

Tab. 3.A: Výsledky Kruskalovho-Wallisovho testu – frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov podľa vekových kategórií

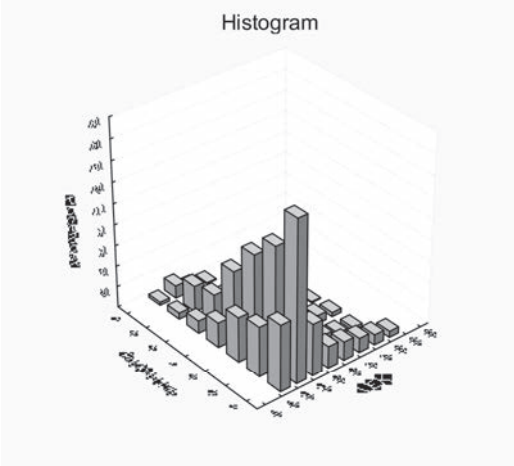
Závislá Prom	Kruskal-Wallisův test: p =,0014		
	1 R:516,53	2 R:436,95	3 R:413,81
1		0,032657	0,027346
2	0,032657		1,000000
3	0,027346	1,000000	

Legenda: Vekové kategórie: 1 – mladší dospelý vek, 2 – stredný dospelý vek, 3 – starší dospelý vek.

Graf č. 7.B ilustruje rozdiely v početnosti jednotlivých odpovedí respondentov a respondentiek podľa ich veku, vzhľadom na frekvenciu masturbácie za posledných 12 mesiacov.

Z tabuľky č. 3.B možno vidieť, že vek respondentov a respondentiek negatívne koreluje s frekvenciou masturbácie za posledných 12 mesiacov. To znamená, že čím nižší vek respondenti uvádzali, tým bola frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov vyššia. Uvedené výsledky sú v súlade s predchádzajúcimi výskumnými zisteniami o frekvencii masturbácie za posledný rok z hľadiska troch vekových kategórií.

Graf 7.B: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov z hľadiska veku účastníčok a účastníkov výskumu



Legenda: Vek: Škála od 18 po 55 rokov predstavuje vek respondentov/respondentiek. *Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov: 1 – vôbec, 2 – menej ako raz za mesiac, 3 – dva až päťkrát za mesiac, 4 – šesť až desaťkrát za mesiac, 5 – jedenásť až pätnásťkrát za mesiac, 6 – šestnásť až tridsaťkrát za mesiac, 7 – viac ako tridsaťkrát za mesiac.*

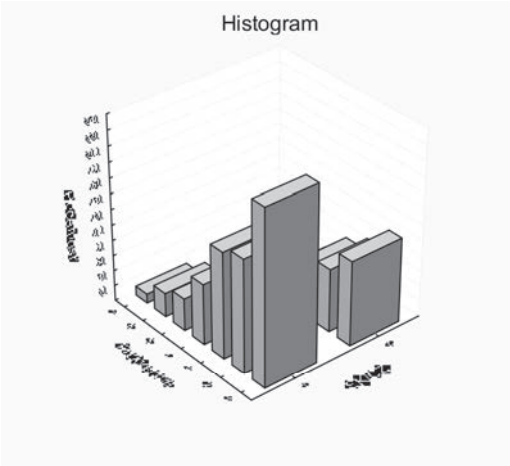
Tab. 3.B: Výsledky – korelácie: frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov podľa veku účastníkov a účastníčok výskumu

Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. p <,05000
-0,087467

Početnosť odpovedí účastníkov a účastníčok výskumu, ktoré sa týkajú frekvencie masturbácie za posledných 12 mesiacov vzhľadom na to, či pochádzajú z Českej republiky alebo zo Slovenska, zobrazuje nasledujúci graf č. 7.C.

Výsledky Mann-Whitneyovho U testu (tabuľka č. 3.C) dokladujú, že nebol zistený štatisticky signifikantný rozdiel v tejto otázke na 5 % hladine významnosti.

Graf 7.C: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov z hľadiska slovenskej a českej príslušnosti účastníčok a účastníkov výskumu



Legenda: 1- Slovenská republika, 2 – Česká republika. Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov: 1 – vôbec, 2 - menej ako raz za mesiac, 3 - dva až päťkrát za mesiac, 4 - šesť až desaťkrát za mesiac, 5 - jedenásť až pätnásťkrát za mesiac, 6 - šestnásť až tridsaťkrát za mesiac, 7 - viac ako tridsaťkrát za mesiac.

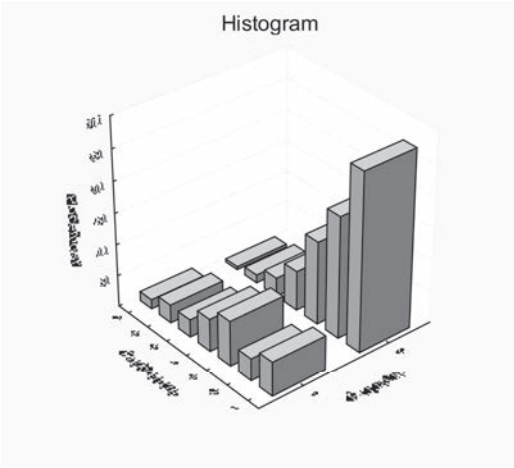
Tab. 3.C: Výsledky Mann-Whitneyovho U testu – frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov a SK/CZ

	Mann-Whitneyův U test Označené testy jsou významné na hladině p <,05000
Úroveň p	0,830446

Diferencie z hľadiska pohlavia v početnostiach odpovedí, ktoré sa týkali frekvencie masturbácie za posledných 12 mesiacov u opýtaných mužov a žien, zobrazuje nižšie uvedený graf č. 7.D.

Ako je uvedené v tabuľke č. 3.D, v otázke frekvencie masturbácie za posledných 12 mesiacov z hľadiska pohlavia bol zistený štatisticky signifikantný rozdiel na 5 % hladine významnosti prostredníctvom Mann-Whitneyovho U testu (p = 0,000004). Muži uvádzali vyššiu frekvenciu masturbácie za posledný rok v porovnaní so ženami.

Graf 7.D: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov z hľadiska pohlavia účastníčok a účastníkov výskumu



Legenda: Pohlavie: 1 – muži, 2 – ženy. Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov: 1 – vôbec, 2 – menej ako raz za mesiac, 3 – dva až päťkrát za mesiac, 4 – šesť až desaťkrát za mesiac, 5 – jedenásť až pätnásťkrát za mesiac, 6 – šestnásť až tridsaťkrát za mesiac, 7 – viac ako tridsaťkrát za mesiac.

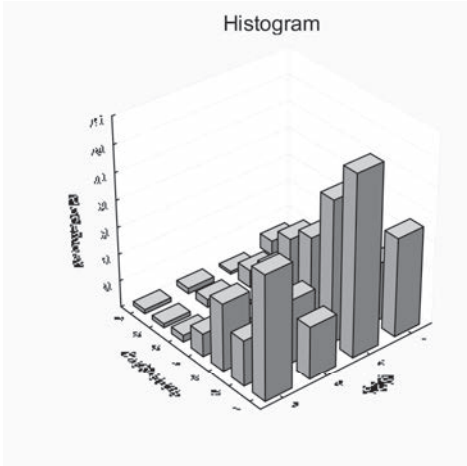
Tab. 3.D: Výsledky Mann-Whitneyovho U testu – frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov z hľadiska pohlavia

	Mann-Whitneyův U test Označené testy jsou významné na hladině p <,05000
Úroveň p	0,000004

Rozdiely v početnostiach odpovedí účastníkov a účastníčok výskumu, ktoré sa týkajú frekvencie masturbácie za posledných 12 mesiacov vzhľadom na ich sexuálny životný štýl, ilustruje nasledujúci graf č. 7.E.

Z výsledkov Kruskalovho-Wallisovho testu vyplýva, že vzhľadom sexuálny životný štýl respondentov a respondentiek v otázke frekvencie masturbácie za posledný rok bol zistený štatisticky signifikantný rozdiel na 5 % hladine významnosti (p=0,0000). Pomocou Turkeyho metódy sme štatisticky významný rozdiel zistili medzi komparovanými sexuálnymi životnými štýlmi 1 (manželstvo) a 4 (single) ako aj 4 (single) a 3(oddelené spolužitie) – označené v tabuľke č. 3.E červenou farbou.

Graf 7.E: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov z hľadiska sexuálneho životného štýl



Legenda: Súčasný sexuálny životný štýl: 1 – som ženatý/vydatá, 2 – mám trvalý partnerský vzťah a bývame spolu, 3 – mám trvalý partnerský vzťah a nebývame spolu, 4 – nemám trvalý vzťah, som sám/sama. Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov: 1 – vôbec, 2 – menej ako raz za mesiac, 3 – dva až päťkrát za mesiac, 4 – šesť až desaťkrát za mesiac, 5 – jedenásť až pätnásťkrát za mesiac, 6 – šestnásť až tridsaťkrát za mesiac, 7 – viac ako tridsaťkrát za mesiac.

Tab. 3.E: Výsledky Kruskalovho-Wallisovho testu – frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov podľa sexuálneho životného štýlu

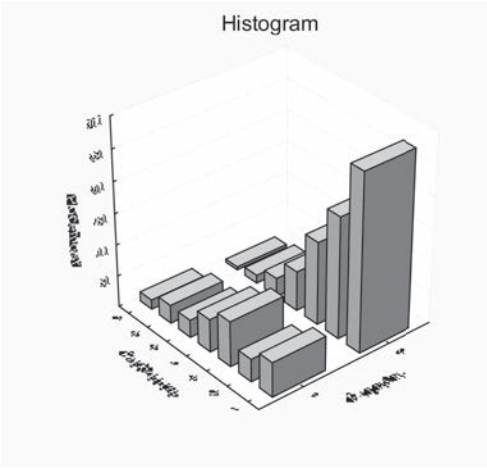
	Kruskal-Wallisův test: p =,0000			
Závislá Prom	1 R:435,63	2 R:505,25	3 R:496,24	4 R:566,08
1		0,169248	0,090656	0,000010
2	0,169248		1,000000	0,270999
3	0,090656	1,000000		0,015629
4	0,000010	0,270999	0,015629	

Frekvencia masturbácie za posledný rok a vek prvej masturbácie

Čo sa týka vzťahu frekvencie masturbácie za posledných 12 mesiacov a veku prvej masturbácie – početnosti jednotlivých odpovedí možno vidieť z grafu č. 8.

V tabuľke č. 4 sú uvedené výsledky korelácie a možno uzavrieť, že medzi frekvenciou masturbácie za posledných 12 mesiacov a vekom prvej masturbácie sme zistili negatívnu koreláciu – čím nižší vek pri prvej masturbácii účastníčky a účastníci výskumu udávali, tým vyššia je frekvencia masturbácie za posledný rok.

Graf 8: Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov a vek prvej masturbáci



Legenda: Vek prvej masturbácie: Škála predstavuje vek respondentov/respondentiek pri prvej masturbácii. Frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov: 1 – vôbec, 2 – menej ako raz za mesiac, 3 – dva až päťkrát za mesiac, 4 – šesť až desaťkrát za mesiac, 5 – jedenásť až pätnásťkrát za mesiac, 6 – šestnásť až tridsaťkrát za mesiac, 7 – viac ako tridsaťkrát za mesiac.

Tab. 4: Výsledky – korelácie: vek prvej masturbácie a frekvencia masturbácie za posledných 12 mesiacov

Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. p <,05000
-0,298733

Záver

Aj keď uvedené výsledky nemožno zovšeobecňovať a sledovali sme len veľmi úzky výsek výsledkov, ktorý navyše nesledoval postojové zmeny, tak naznačujú niektoré etické implikácie.

Vo výskume sa na príklade analyzovaných výsledkov potvrdili konštatované generačné zmeny vo vzťahu k masturbačnému správaniu. Tieto výsledky sú v súlade s výskumom Kromera (2002), podľa ktorého je v súčasnosti sexualita aj z morálneho hľadiska oslobodená od tlaku rozmnožovania a ponúka nové pole experimentovania. Dievčatá a chlapci dnes začínajú masturbovať skôr v porovnaní s 80. rokmi, pričom chlapci začínajú skôr v porovnaní s dievčatami.

Tiež sa potvrdili diferencie medzi mužmi a ženami, ktoré pripisujeme na Slovensku stále pretrvávajúcim rodovým stereotypom v oblasti sexuality. Masturbačné skúsenosti u dievčat/žien stále podliehajú silnejšiemu tabuizovaniu, ktoré súvisí s ich sexuálnou socializáciou, čo môže mať za následok napr. obavy zakusovať svoje telo ako centrum rozkoše. Podľa Rovňanovej (2012) sa na tomto podieľa aj problematická sexuálna výchova na Slovensku, ktorá sa téme masturbácie buď vyhýba, alebo ju interpretuje nekorektne a výlučne v diskurze hriechu.

Na strane druhej sa v súlade so zisteniami Schmidta (2003) ukazuje, že v súčasnosti viac žien ako predtým objavuje sexuálne vzrušenie a orgazmus pre seba a so sebou, a už nie s chlapcom/mužom alebo prostredníctvom chlapca/muža – objavujú ho aj predtým, ako vstupujú do intímnych kontaktov s chlapcom/mužom. Aj Chovanec et al. (2012) vo výskume zistili, že z opýtaných žien masturbačné aktivity udávali dve tretiny a takmer jedna tretina respondentiek vymenila masturbáciu za partnera, resp. súlož s ním.

V našom výskume sa nepotvrdili rozdiely medzi odpoveďami českých a slovenských účastníkov a účastníčok výskumu.

Rozdiely v masturbačnom správaní z hľadiska sexuálnych životných štýlov v prepojení aj na iné výsledky výskumu, ktoré sme z priestorových dôvodov neuviedli, naznačujú niektoré ďalšie súvislosti. Dochádza ku koexistencii masturbácie a partnerskej sexuality – aktivity sólo sexu uvádzali aj tí/tie účastníčky a účastníci výskumu, ktorí/é majú v súčasnosti trvalý (sexuálny) vzťah, príp. sú ženatí/vydaté. Uvedené podporuje konštatovanie Schmidta et al. (2003), podľa ktorého pokiaľ ide o masturbáciu a partnerské vzťahy, zostáva zachovaný trend, že u mladšej generácie koexistuje partnerská sexualita oveľa častejšie a zjavne pokojnejšie s masturbáciou ako u starších generácií. Masturbácia sa transformovala zo svojej morálnej konštrukcie náhradnej sexuality s partnerom na samostatnú, autonómnu sexuálnu formu.

Kontakt na autorky:
doc. PhDr. Dagmar Marková, PhD.
Katedra všeobecnej a aplikovanej etiky Filozofická fakulta
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Hodžova 1, 949 74 Nitra, E-mail: dmarkova@ukf.sk

PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzáková, PhD.
Katedra špeciálnej pedagogiky, Pedagogická fakulta PU v Prešove, 080
Ul. 17. novembra 15, 01 Prešov, e-mail: stanislava.mandzakova@unipo.sk

Zoznam bibliografických odkazov

CHOVANEC, M. - WEISS, P. - REGÁSZ, I. Ženská sexualita. In: *Sexuológia*, č. 1, roč. 12, 2012.

JANIŠ, K. 2003. Onanie – výchovný problém z počátku minulého století : Příspěvek k historii pohlavní výchovy. In*: 11. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Pardubice 2003.* Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v Praze a Nová tiskárna Pelhřimov, 2003, p. 41–45.

KROMER, I. 2002. Jugendsexualität in der empirischen Forschung. In: *Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, 2002. p. 201-237.

ROVŇANOVÁ, L. Základy didaktiky sexuálnej výchovy. In ROVŇANOVÁ, L. – GLOSOVÁ, K. - LUKŠÍK, I. *Sexuálna výchova v kontexte ľudských práv. Stručný sprievodca.* 1. vyd. Bratislava: Spoločnosť pre plábnované rodičovstvo, 2012.

SCHMIDT, G. 2003. Zur Sozialgeschichte der Jugendsexualität in der zweiten Hälfte 20. Jahrhunderts. In: *AIDS INFOTHEK : Das Magazin der Aids Info Docu Schweiz,* 2003, vol.15, p. 4-9.

SCHMIDT, G. – STARKE, K. – MATTHIESEN, S. – DEKKER, A. – STARKE, U. 2003. Beziehungsformen und Beziehungsverläufe im sozialen Wandel : Eine empirische Studie an drei Generationen. In: *Zeitschrift für Sexualforschung,* 2003, heft 03, vol.16, p. 195-231.

Vybrané praktické a právní otázky náhradního mateřství[1]

Miroslav Mitlöhner

Abstrakt

Institut surrogátního / náhradního mateřství není v českém právním řádu upraven, byť je zmiňován v některých právních normách. Absence pregnantní právní úpravy může vést k někdy velice obtížně řešitelným situacím. Bylo by nanejvýš potřebné co nejdříve vhodnou právní úpravu přijmout .

Klíčová slova

náhradní mateřství – surrogátní mateřství – otcovství – věci neobchodovatelné – zárodečné buňky

Problém neplodného manželství a v jeho důsledku vymření rodu je starý jako lidstvo samo. Není proto divu, že se touto problematikou zabývali lidé od starověku a že se hledaly obecně přijatelné podmínky a způsoby, jak se s touto záležitostí co nejméně bolestivě vyrovnat.

Nicméně to byly především důvody ekonomické a majetkové, které udržovaly neplodný manželský pár při sobě a tak se tento pár uchyloval k různým náhradním řešením.

Kniha Genesis se zmiňuje o situaci, kdy neplodný pár Abrahám a Sára řeší situací za pomocí služek, které oplodněny Abrahámem porodily páru Izmaela, Jákoba a Ráchel. Podle mého názoru to byl nejjednodušší a dosud nepřekonaný způsob odstranění neplodnosti v manželství, je-li příčina na straně ženy.

Postupem času byla neplodnost manželského páru řešena adopcí či obdobnými právními kroky, které byly pregnantně upraveny především v normách soukromého práva římského. Odtud pak byly přejímány do evropských právních řádů.

Ve výjimečných případech právo umožňovalo neplodné manželství zrušit, přičemž na rozdíl od křesťanského právního okruhu bylo právo islámské v této oblasti benevolentnější či jednodušší.

Kupříkladu Josefína nedala Napoleonovi dědice a ač se jejich manželství ještě dlouho protahovalo, protože Napoleon byl do Josefíny stále zamilovaný, skončilo civilním rozvodem a z následujícího manželství s Marií Luisou se narodil syn Napoleon II. Orlík, též známý jako vévoda Zákupský.

---

[1] Stať vznikla v souvislosti s projektem Rozvoj a podpora multidisciplinárního vědecko-výzkumného týmu pro studium současné rodiny na UHK (RODINA-UHK-CZ. 1.07/2.3.00/20.0209

Právní postavení matky bylo dáno v římském právu všeobecně známou zásadou mater semper certa est, zatímco – jak jinak – pater incerus est. Pokud jde o jistotu matky, ta přetrvávala věky až do současnosti a stejně tak nejistota otce byla, jest a bude až do skonání věků. Tak už to prostě v životě a přírodě chodí a člověk je součástí přírody.

V posledních letech každoročně odeznívají na pardubických kongresech k sexuální výchově fundované referáty na téma metodiky a zejména pak výsledků umělé inseminace ženy, které zpravidla končí temným varováním, že bude ještě hůř.

Kde jsou časy mých gymnaziálních let, kdy jsme se strachem z nejistoty očekávali sdělení svých lásek, „že to dostala“. Ano, tehdy bylo umění souložit a neoplodnit. Dneska je naopak uměním souložit a oplodnit.

Zdá se tedy, že když nepřihlédneme k institutu adopce, je jedinou schůdnou cestou jak nezemřít bez potomka a dědice, kterou až dosud věda objevila, jen tedy buďto umělé oplodnění životní partnerky ať již v roli manželky nebo přítelkyně či družky a nebo náhradní čili surrogátní mateřství. Tato varianta může přicházet do úvahy tehdy, kdy dotyčná žena nemůže a nebo nechce – ano slyšíte dobře, nechce – plod donosit a porodit.

A to je tedy oč tu běží. Spermie, vajíčko, děloha – to vše v situaci, ve které už dávno neplatí, že se po oplodňující souloži vajíčko zahnízdí a pak se jen čeká co že se to vylíhne. V situaci neplodného páru odpadne na celé této akci to nejkrásnější – tedy soulož – a místo toho nastoupí odběratelsko dodavatelský vztah sui generis, kdy se patřičně upravený genetický materiál vloží do dělohy surrogátní matky, odkud se po přírodou stanovené lhůtě dostaví na tento svět lidský jedinec. V tomto okamžiku vzniká otázka kdo je kdo, kterou podle mého názoru právo dostatečně neřeší, respektive právo nereaguje dostatečně pružně na realitu a praxi denního života.

V cestě totiž stojí několik balvanů, které ať chceme nebo nechceme je třeba se vší vážností řešit, a to bez ohledu jaké je jsou názory církví, zda a jak se to či ono tak či onak vymyká morálce. Zdůrazňuji, že řešením není zákaz. Nejvíce se pilo v USA v době prohibice, nejvíce se v naší republice krade těmi způsoby a metodami, které jsou zakázané.

Přiznejme si už konečně, že vybraná zdravotnická zařízení zaměřená **na** zákroky v oblasti lidské reprodukce realizují přesně nezjištěné množství zákroků, při kterých hraje hlavní roli surrogátní matka.

Proč tedy neopustit zásadu mater semper certa est a její vyjádření v současném zákonu o rodině, ale i v novém občanském zákoníku a umožnit tak schůdné a férové řešení situace v případě, kdy žena donosí a porodí dítě ve prospěch jiné ženy, která nechce nebo je neschopná úspěšně donosit a porodit plod, čili jak reprodukční neschopnost na straně dárkyně vajíčka, tak na straně nositelky vajíčka(plodu).

Východiskem může být právě účel, motiv či smysl celého prováděného zákroku.

Zákonem čís. 132/1982 Sb. byla v zákonu o rodin, vytvořena platforma k vyřešení jedné ze základních otázek spojené s umělým oplodněním, týkající se ot-

covství k dítěti z umělého oplodnění. Podle § 54 odst. 3 citovaného zákona je-li dítě počato umělým oplodněním ženy z asistované reprodukce podle zvláštního právního předpisu, považuje se za otce muž, který dal k umělému oplodnění ženy podle tohoto zvláštního právního předpisu souhlas, pokud by se neprokázalo, že žena otěhotněla jinak. S tím koresponduje ustanovení § 58 odst. 2 téhož zákona, podle kterého otcovství k dítěti narozenému v době mezi sto osmdesátým dnem a třístým dnem od umělého oplodňování vykonaného se souhlasem manžela matky nelze popřít. Otcovství však lze popřít, jestliže by se prokázalo, že matka dítěte otěhotněla jinak.

Jen na okraj chci připomenout, že mi není dostatečně jasné a zcela pochopitelné, jak v případě umělé inseminace s použitím biologického materiálu od anonymního dárce lze úspěšně prokazovat, že matka otěhotněla jinak. Ledažeby to s tou anonymitou nebylo až tak moc přísné.

Zákon čís. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách v § 3 vymezuje dvě formy umělého oplodnění ženy a to 1) zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy, a 2) přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy. Dále se stanoví, že pro umělé oplodnění ženy lze použít 1) vajíčka získaná od této ženy, 2) spermie získané od muže, který se ženou podstupuje léčbu neplodnosti společně, 3) zárodečné buňky anonymního dárce, který musí splňovat věkové parametry, nesmí být zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům a nesmí být umístěn v policejní cele, ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Je otázkou zda by mohl být anonymním dárcem spermií muž mezi zadržením za účelem výslechu a následným umístěním v policejní cele.

Řešme tedy dále tu variantu, kdy dochází k přenosu lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy a kdy nutně vzniká otázka do pohlavních orgánů **které ženy.**

Zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy nebo přenos lidského embrya vzniklého mimotělním oplodněním tamtéž v situaci, kdy tímto postupem žena dospěje k porodu vlastního dítěte, nepřináší žádné výraznější právní problémy.

Jestliže tedy lze do pohlavních orgánů ženy z neplodného páru přenést zárodečnou buňku získanou od anonymní dárkyně, která se – mimochodem řečeno – v případě narození dítěte stává jeho biologickou matkou, samozřejmě bez jakýchkoliv právních či morálních, etických a kdoví jakých ještě nároků, závazků či vztahů, pak stejný postup leč do pohlavních orgánů ženy v roli surrogátní tedy náhradní matky přináší horu problémů.

Protože smyslem zásahů do lidské reprodukce je realizace léčebně preventivního zákroku, sloužícího k odstranění neplodnosti manželství, nelze dosti dobře a přesvědčivě odmítat tento postup s poukazem na jakékoliv zásady a principy, ale naopak je třeba brát v úvahu i tuto alternativu a vyřešit ji nejen na poli medicíny, ale i práva. A to tím urgentněji, čím častěji k těmto zákrokům v praxi skutečně dochází.

Jak ji bylo uvedeno, dítě narozené z umělého oplodnění je podle českého práva ve stejné právní situaci jako dítě, narozené jako přirozený důsledek oplod-

ňující soulože. Jen připomínám již výše citovaná ustanovení §§ 54, 58 zákona o rodině, ale ta se přece vztahují na postupy v souvislosti s umělým oplodněním a co se považuje za umělé oplodnění stanoví § 3 odst. 3 zák. čís. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Naproti tomu dítě narozené v důsledku přenosu embrya do pohlavních orgánů ženy v roli surrogátní matky se nachází ve zcela zvláštní právní situaci. V platném zákoně o rodině chybí normy, které by expresis verbis regulovaly tuto situaci.

Tak co s tím? Rodinné právo je součástí práva soukromého. Platí tedy, že co není zakázáno, je dovoleno. Nikde jsem se nedočetl, že lze uskutečnit přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy pouze a jedině té ženy, která chce nebo je schopná dítě donosit a porodit. Takže analogie?

V této souvislosti je třeba pohlavní styk určité osoby s určitou osobou považovat vždy téměř za akt vůle obou partnerů a lze tedy uvažovat o konstrukci, podle které rozhodující význam pro chtěné početí dítěte má vůle partnerů a nikoliv však další postup, při kterém dochází k faktickému spojení spermie s vaječnou buňkou. Logickým důsledkem přijetí takové koncepce by bylo ztotožnění pojetí „ souloží“ s vůlí muže, který souhlasí s inseminací své partnerky semenem jiného muže nebo s implantací embrya, které se vyvinulo z vaječné buňky jeho partnerky nebo jiné ženy, oplodněné semenem jiného muže.

I přes výslovné ustanovení § 50a zákona o rodině[1], že matkou dítěte je žena, která dítě porodila, je jistě diskuzní určení mateřství , totiž zda je matkou dítěte žena – dárkyně vajíčka, či žena, která plod donosí a porodí. Tedy zda žena v roli surrogátní matky je matkou nejen v právním slova smyslu.

Na tyto otázky není v teorii jednotný názor, zdá avšak, že převažují názory svědčící pro mateřství ženy, která dítě porodí. Toto stanovisko však nemusí být a také nemůže být za všech okolností šťastné a v souladu se smyslem celého lékařského zákroku. Setrvávání na tomto principu musí nutně vést ke komplikacím, včetně zdlouhavých soudních řízení, ve kterých by po souhlasu ženy, která dítě porodila, žena, která poskytla vajíčko toto dítě osvojila. Přitom nelze vyloučit, že by žena, která dítě porodila, nakonec odmítla z nejrůznějších důvodů vyslovit s osvojením souhlas a nebo, že by žena, která poskytla vajíčko, odmítla nebo nemohla z nejrůznějších důvodů dítě osvojit.

Při těchto úvahách ponechávám úmyslně stranou právní a procesní postavení manželů obou žen, bez jejichž souhlasu by nebylo možné ani dítě osvojit, ani dát souhlas k osvojení.

Složitost řízení o popření otcovství a o osvojení je dodatečně známá a není třeba se jí při této příležitosti zabývat.

[1] Vložen do zákona o rodině zákonem čís. 91/1998 Sb.

Opuštěním zásady mater semper certa est jako základního principu určení mateřství a porodu jako důkaz mateřství by bylo možno tyto a podobné situace v případech, kdy žena donosí a porodí ve prospěch jiné ženy, neschopné úspěšně donosit a porodit plod zcela snadno eliminovat.

V podstatě jde o faktické řešení dvojí situace, kdy je málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem nebo aby donosila životaschopný plod (§ 3 odst. 1 zák. čís. 373/2011 Sb.).

Tato d v o j í situace tudíž vyžaduje i d v o j í přístup a d v o j í právní řešení, přičemž východiskem nemůže být nic jiného a žádná jiná okolnost, než právě motiv či smysl celého prováděného zákroku, který mimochodem řečeno vůbec není z medicínského hlediska jednoduchou a bezrizikovou záležitostí.

Jak již bylo řečeno v úvodu, jde o opatření, které má za cíl odstranění bezdětnosti partnerů čili následku neplodnosti jednoho, eventuálně obou. Pouze s tímto záměrem a cílem neplodné dvojice tento proces podstupují a pouze s tímto cílem svěřuje žena svoje oplodněné vajíčko jiné ženě k donošení a porodu dítěte, anebo v opačném případě žena daruje svoje vajíčko k oplodnění, donošení a porodu ženě, jejíž zdravotní stav vylučuje přirozený způsob reprodukce z vlastního vajíčka. Pouze v tomto druhém případě lze hovořit o ženě jako o dárkyni vajíčka v pravém slova smyslu, zatímco v prvém případě jde o zajištění možnosti donosit a porodit plod.

Okamžikem porodu vznikají ženě, která dítě porodila tj. matce dítěte práva a povinnosti, které jsou vymezeny zákonem o rodině. Této ženě vzniká rodičovská zodpovědnost tak, jak je vymezena v § 31 odst. 1 zákona o rodině. Je třeba připomenout, že veškeré dohody, které by stanovily něco jiného, by byly podle § 39 občanského zákoníku neplatné. K předání dítěte do péče objednatelů tj. budoucích matričních rodičů může podle současné právní úpravy zatím dojít jen na základě osvojení. Pouze cestou osvojení se tak může žena – genetická matka–, která dítě neporodila, stát matkou z hlediska práva, a její partner z hlediska práva otcem. Tuto situaci je nutno brát se vší vážnosti na vědomí a zejména pokud jde o osobu náhradní matky, neměla by jí být provdaná žena, aby osvojení dítěte nebylo komplikováno první domněnkou otcovství podle které je při splnění podmínek uvedených v § 51 odst. 1 zákona o rodině manžel matky.

Naproti tomu u náhradní matky, kterou je neprovdaná žena může genetický otec uznat otcovství již v průběhu těhotenství náhradní matky. Souhlasné prohlášení vzhledem k ustanovení § 16 odst. 3 písm. b zák. čís. 301/2000 Sb. o matrikách usnadňuje i následný zápis otce do matriky. V případě, že by otcovství vzniklo na základě souhlasu muže s umělým oplodněním ženy podle § 54 odst. 3 zákona o rodině, muselo by pro účely matričního zápisu dojít ještě k souhlasnému prohlášení nebo určení otcovství na základě soudního rozhodnutí. Následně po narození dítěte požádá genetická matka o osvojení a náhradní matka dá k tomu souhlas, případně souhlas nebude třeba z důvodů naplnění podmínek dle § 68 odst. 1 zákona o rodině.

Tento způsob řešení náhradního mateřství znamená či spíše vyžaduje některá omezení. Osvojitelé by měli tvořit manželský pár i když zákon o rodině výslovně

nevylučuje možnost osvojení nesezdaným párem nebo samotnou ženou. Naproti tomu zákon o registrovaném partnerství výslovně nepřipouští možnost osvojení registrovaným párem. Současná úprava osvojení také neumožňuje, aby existoval příbuzenský vztah mezi náhradní matkou a genetickou matkou, která usiluje o osvojení (s výjimkou vztahu tchýně – snacha), což pro budoucí rodiče může znamenat velké omezení okruhu žen ochotných stát se náhradní matkou.

Z toho, což až dosud bylo řečeno tedy plyne, že náhradní mateřství není v rozporu s českými právními předpisy, protože ho nezakazují a jeho divoká realizace je možná díky tomu, že žádný zákon náhradní mateřství neřeší.

Jedinou zmínku o náhradním mateřství přináší ustanovení § 804 zák. čís. 89/2012 Sb., občanský zákoník, podle kterého není vyloučeno osvojení mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci v případě náhradního mateřství.

Tedy situace, kdy něco není povoleno, ale zároveň není ani zakázáno. Přesto ale existují určitá pravidla, která jsou sice závazná, ale která je zároveň možno zcela legálně a v souladu s právní normou obejít.

Tak především náhradní mateřství nesmí být spojeno s jakoukoliv finanční úhradou. Tomu totiž brání princip, že lidské tělo a jeho orgány jsou věcmi neobchodovatelnými. Takže nájem dělohy je vyloučen. Na druhé straně má matka a tedy i náhradní matka nárok na náhradu výdajů spojených s těhotenstvím a porodem, které hradí otec dítěte. Zákon neřeší výši těchto nákladů, které jsou jistě individuální a ani nevylučuje úhradu této de facto dohodnuté odměny jednorázově. Je zcela nerozhodné, je-li mezi objednateli a dodavatelkou uzavřena smlouva, lhostejno zda písemná či ústní, protože je soudně nevymahatelná.

Jestliže v průběhu těhotenství otec očekávaného dítěte otcovství k dítěti uzná a náhradní matka se dítěte po narození vzdá, přechází dítě do péče otce a následně partnerka otce dítěte s jeho souhlasem dítě osvojí.

Až potud to všechno na první pohled vypadá jako selanka. Leč mohou nastat komplikace jak pro objednavatelský pár, tak pro ženu – dodavatelku. Nezkoumejme teď motivy. Muž z objednavatelského páru otcovství neuzná, žena – dodavatelka nedá k uznání otcovství souhlas, žena – dodavatelka odmítne dítě odevzdat, dítě se narodí s hendikepem, s objednavateli spadne letadlo, potopí se loď nebo zahynou při silniční nehodě.

Nebo jiná lahůdka – v případě smrti otce poté, co své otcovství uznal se dítě stává pravoplatným dědicem, náhradní matka si dítě ponechá a pozůstalá partnerka přijde o polovinu dědictví.

Katastrofické scénáře možno vymýšlet do nekonečna a nejhorší bude, že žádná ze situací nebude nereálná.

Podle mého názoru nelze právní nejistotu, která je spojená s náhradním mateřstvím pro obě strany, brát jako riziko podnikání. V zájmu právní jistoty je nejvyšší čas prostě vzít faktický stav na vědomí a institut náhradního mateřství postavit na pevných právních základech. Někde jsem četl, tuším že to bylo v ústavě, že Česká republika je právní stát. A je jím opravdu?

Právo dětí na sexuální orientaci a pohlavní identitu – zpráva z mezinárodního sympozia rady Evropy

Ivo Procházka

Ve švýcarském Sionu se začátkem května 2013 konalo mezinárodní symposium Rady Evropy o právu dětí na jejich sexuální orientaci a pohlavní identitu, respektive spíše na právo na jejich svobodné a bezpečné vyjádření. V minulosti jsme byli zvyklí, že obhájci dětských práv se stavěli spíše proti právům LGBT minority a převažovala u nich snaha ochránit děti a dospívající před informacemi o homosexualitě a nejednoznačné pohlavní identitě, případně vnímali gaye a lesby jako potenciální hrozbu pro práva dětí. Dnes je zřetelný posun od tohoto spíše homofobního postoje k ochraně práv dětí s jinými projevy než jednoznačně heterosexuálními. Bernard de Vos (Belgie) z organizace hájící dětská práva uvedl, že pro něj je přirozená účast jeho organizace na gay pride, protože oni hájí práva všech dětí, ne jen těch heterosexuálních. Je to posun k individuálnímu pojetí ochrany lidských práv. Trend odráží i společenský vývoj, tedy stále časnější vnímání odlišné sexuální orientace a pohlavní identity u mladých jedinců. Rozvoj virtuálních sociálních sítí pak přispěl k vytváření nových forem diskriminace, zejména u mladších osob.

Většina přednášejících se stavěla negativně nejen k tzv. hate crimes (zločinům z nenávisti), ale i k tzv. hate speech (nenávistná verbální agrese). Někteří to zdůvodnili tím, že u dětí a adolescentů i tyto projevy mohou vést k závažnějším následkům než u dospělých, kde je sporné, zda nemá přednost právo svobody vyjadřování. Čím mladší jsou oběti homofobního násilí, tím je obvykle také horší kvalita poskytnuté pomoci. Některé země (Polsko, Belgie, Holandsko, Itálie) zřídily roli dětského ombudsmana. Polská dětská ombudsmanka je nezávislá, finančně patří do kolonky Sejmu. Pochvalovala si spolupráci s „dětským týmem“ svých poradců ve věku 15-18 let, v němž má gaye, lesbu i transgendera. Boj proti homofobii obvykle neznamená přijetí nových zákonů, ale spíše lepší implementaci těch stávajících.

Kromě domácích účastníků převažovali reprezentanti zemí, které samy zavedly preventivní programy ve svém školství (Švédsko, Irsko, Portugalsko, Británie, Itálie, z východu jen Makedonie), nebo je zavádějí v rámci programů financovaných Radou Evropy (například Černá Hora, Lotyšsko, Polsko). Irsko v rámci svého nadcházejícího EU předsednictví chystá konferenci o homofobní a transfobní šikaně na školách. V Holandsku je povinná jak sexuální výchova, tak i výuka o právech sexuálních menšin. Členem polské delegace byl i poslanec tamního parlamentu, který svou zemi zastupuje i v parlamentním shromáždění Rady Evropy, Robert Biedroň, který se ke své homosexuální orientaci otevřeně hlásí.

Rozpoznání své sexuální orientace či pohlavní identity se tedy v současnosti objevuje v časnějším věku, což potvrdila řada citovaných studií (během posledních dvaceti let je posun přibližně o dva roky). Také vrstevníci věnují případným projevům nekonformní identity větší, obvykle negativní pozornost ve formě šikany, sociální izolace. Učitelé ani rodiče nejsou obvykle připraveni vytvářet bezpečné prostředí pro ohrožené děti. Výsledkem je častější úzkost (která často plyne ještě z pouhého pocitu neurčité odlišnosti), deprese a sebevražednost u LGBT dětí a adolescentů (která již často souvisí s vnímáním identity a negativními projevy nebo obav z nich v rodině či ve škole). Dokonce ani odborníci nejsou vždy připraveni problém řešit. Otec transdívky (tedy chlapce žijícího v dívčí roli) vyprávěl svou zkušenost, když jeho dcera chtěla ve věku pěti let v sebevražedném úmyslu skočit z okna. Pedopsychiatr mu řekl, že tak malé děti ještě nemohou mít transsexuální ani sebevražedné tendence.

Samozřejmě obětí homofobní šikany se mohou stát i děti a adolescenti s identitou heterosexuální, kteří jsou v rámci stereotypů a předsudků za homosexuální považováni. Těch je asi třetina všech obětí. Byl uveden příklad, kdy dospívající chlapec byl okolím považován za „teplouše“jen proto, že četl rád poezii.

Nedostatečná je ochrana práv rodin, které bývají terčem homofobní diskriminace z důvodů odlišné sexuální orientace či pohlavní identity jejich potomků, ale i jiných členů.

Dva příspěvky se týkaly diskriminace GLBT menšiny spíše v obecné míře. Robert Biedroň popsal zákony zabraňující propagaci homosexuality (homosexualismu) v Rusku, Moldavě a na Ukrajině. Ukrajinský zákon byl přijat jednomyslně. Uvádí se v něm, že homosexualita vede k šíření HIV/AIDS (zrovna v této zemi s nejhorší epidemií v Evropě je dominující přenos jinými způsoby), ohrožuje národní bezpečnost a rodinné hodnoty. Biedroň také připomněl rozsudky Evropského soudu pro lidská práva proti Polsku, Rusku, Moldávii, které odsoudily zákazy průvodů gay pride, protože takové zákazy porušují svobodu shromažďování. Omezení svobod se netýká jen průvodů pride, ale i odborných konferencí, takže kdyby Rada Evropy podobný seminář uspořádala v Moskvě, tak by její účastníci zřejmě byli rozehnáni milicí anebo zatčeni. Konečným trestem by mohla být pokuta ve výši až 60 000 US dolarů.

Spíše úsměvné bylo Biedroňovo přirovnání, že podobné stereotypy, jaké mají lidé o osobách s menšinovou sexualitou, mají i o politicích. Připomněl, že gayové, lesby a transgendeři ve střední a východní Evropě se považují za méně diskriminované, než jejich západní protějšky. Často jim ke spokojenosti stačí, že je nikdo nezabije a neuvězní. To se odráží i v postojích společnosti, protože česká a bulharská (!) společnost považuje postavení svých LGBT menšin za nejméně problémové v rámci EU. Přitom Nicolas Berger z Amnesty International uvedl, že právě v Bulharsku se odehrál jeden z nejhorších nedávných zločinů, kdy byl 25 letý muž kvůli homosexuální orientaci umlácen k smrti. Je málo známo, že stále existuje jedna země EU, která homosexuální chování kriminalizuje (přes 20 let starý rozsudek Evropského soudu), a to je Kypr. Oblast střední (jmenovitě zmíněno, že včetně Slovenska a Maďarska), východní a jihovýchodní Evropy je

oblastí zvýšeného monitorování diskriminace a porušování práv LGBT osob ze strany Amnesty International.

Zástupci ILGA-Europe (Evropská asociace leseb a gayů) uvedli, že v polských, maďarských, makedonských a bosenských školních kurikulech je homosexualita stále označována jako nemoc nebo sexuální deviaci. Dvě třetiny mladých Srbů považují násilí na LGBT osobách za ospravedlnitelné. Přestože tato země přijala zákon ochraňující sexuální menšiny (zřejmě jako úlitbu při své snaze stát se členem EU), tak v praxi není uplatňován.

Biedroň připomněl etickou odpovědnost médií. Zobrazené články z polských novin by v našich podmínkách byly nepředstavitelné, i když titulek Dyktatura rownosci nám může znít povědomě. Dále citoval úmyslné nepravdy politiků (J. Kaczyński řekl, že gay bomber v reakci na zákaz pride umístil nálože a chce vyhodit do vzduchu Varšavu). Zatímco Britové mají počítačovou hru, která pomáhá v boji s homofobií, v Polsku lze najít hru, kde si můžete virtuálně zastřelit svého „pedala".

Ve východoevropských zemích přitom nenacházejí gayové pochopení ani ve svých rodinách. Polovina litevských LGBT svou orientaci v rodině tají, v Gruzii to je dokonce 87%. Více než dvě třetiny Srbů by si nepřálo, aby v jejich rodině byl homosexuál. Ale i ve Velké Británii musela čtvrtina LGBT osob své rodiny po svém „vyoutování" opustit. Mezi nejčastější nadávky v polských mateřských školách patří pedal, gay, lesba, děti obvykle neznají ani jejich význam.

Britka O´ Connorová z hnutí Stonewall uvedla, že na školách i dnes doznívá zákaz propagace homosexuality, zrušený téměř před dvaceti lety. Učitelé nejsou schopni o LGBT tématech s žáky diskutovat a problémy přecházejí mlčením. Jako úspěšnou kampaň citovala „Some people are gay. Get over it". (Někteří lidé jsou homosexuální. Vyrovnejte se s tím.), která byla široké veřejnosti poměrně masivně prezentována.

Představila zajímavý program financovaný jednou bankou, který je zaměřen na vytváření budoucích lídrů gay hnutí, tedy pro mladé gay, lesby a transgendery ve věku 15-25 let. Jistě to není jen altruismus, bance pomáhá program vytvářet obchodně zajímavou klientelu a případně i kandidáty na pracovní pozice. Mladým lidem pak pomáhá zvýšit sebevědomí a LGBT hnutí připravuje vhodné identifikační vzory pro mladou generaci. Jiným projektem je každoroční ocenění Young Campaigner of the Year, tedy pro aktivního mladého aktivistu či aktivistku hnutí.

O dobrých zkušenostech hovořili dva zámořští hosté, gay učitel Kevin Jennings, který v současnosti působí v americké vládní administrativě, a Kanaďanka Helen Kennedyová.

Jennings uvedl, že homofobie (podobně jako rasismus) nepředstavuje hrozbu jen pro několik lidí, kterých se osobně dotýká, ale především hrozbu pro celou společnost. A netolerance, nikoli LGBT hodnoty, je hrozba i pro tradiční rodinné hodnoty, alespoň v té podobě, jak je většina americké společnosti vnímá (pro někoho může být tradiční rodinnou hodnotou i antisemitismus a rasismus, násilí vůči ženám). Připustil, že výuka proti homofobii, stejně jako všechny progra-

my měnící zažité stereotypy, může být nepříjemná. Ale na školách, kde zavedli programy proti homofobii, se zlepšila vzájemná komunikace, důvěra žáků k učitelům. Citoval studii, v níž se 5–6% teenagerů ve věku 13–18 let identifikovalo jako gay, lesba nebo transgender. První rozpoznání erotické náklonnosti se u dětí dle této studie objevuje ve věku 8-11 let (při dotazu na publikum to bylo ještě méně), ve věku 13-16 let se objevují první partnerské sexuální zkušenosti (to obvykle není soulož) a ve věku 15-17 let se dotváří sexuální identifikace. V té době také dochází k outování gayů a leseb v rodinách a ve škole.

LGBT děti a adolescenti zažijí o 40% častěji rvačky, pětkrát častěji chodí za školy (z obav z šikany či odmítnutí spolužáky), častěji pijí alkohol a požívají drogy (zejména kokain je 6x častější) a čtyřikrát častěji se pokusí o sebevraždu. 41% učitelů na amerických školách homofobní poznámky přejde mlčením. Jednoznačně nemá rádo gaye 13% amerických studentů. Školy by měl mít dle amerických zkušeností jasnou „policy“ (zřetelné stanovisko odmítající homofobní projevy), programy a praxi.

V pořadí verbální agrese včetně posměšků vůči vrstevníkům se objevuje na prvním místě u amerických adolescentů fyzický vzhled napadeného (39%), na druhém místě jeho (předpokládaná či skutečná) sexuální orientace (33%) a genderové odchylky (28%). Školní schopnosti oběti se objevují na místě čtvrtém (16%), až pak následuje rasa atd.

H. Kennedyová referovala nejprve o aktivitách pro LGBT adolescenty, kteří zůstávají mimo školu a rodinu. V Torontu existuje azylové zařízení pro tuto skupinu s kapacitou 34 osob.

Dvě třetiny LGBT studentů uvedlo, že se ve škole necítí bezpečně. Bezpečně se ale necítil téměř stejný počet dětí, kteří měli nejméně jednoho z rodičů gaye, lesbu či transgendera. Nadpoloviční počet heterosexuálních studentů pak uvedlo, že se necítili dobře, když se stali svědky homofobního jednání. Mají program pro vzdělávání učitelů a ostatních zaměstnanců škol, zejména zajímavý je prožitkový program Coming out stars, kdy si frekventanti vyzkouší ve skupině pozitivní i negativní reakce okolí na sdělenou sexuální orientaci. Uvedla, že programy proti homofobii musí zahrnovat všechny dospělé, s nimiž přicházejí děti do styku, včetně třeba řidičů školního autobusu. Francouzka Mazé z EGLSF (Evropská gay a lesbická sportovní federace) uvedla, že právě v hodinách sportu se homofobní projevy objevují nejvíce. Souvisí to zejména s konfrontací dětí s tělesnými pubertálními změnami, nahotou a sportem odbrzděnou agresivitou.

Kennedyová věnovala pozornost i adaptaci programů výchovy proti homofobii na podmínky církevních škol. I když některé církve neuznávají práva sexuálních menšin, tak nelze slevit z minimálního požadavku, že násilí z jakékoli motivace není ospravedlnitelné. Nemůžeme zcela zabránit homofobii, ale je třeba, aby lidé respektovali určité hranice. V církevních školách je třeba častěji vysvětlovat i základní termíny (třeba transsexuál), které jsou jiným studentům obecně známé.

Švýcarští účastníci pak poměrně podrobně referovali o svých programech proti homofobii a byl představen program Rady Evropy Pestalozzi pro vzdělávání

pedagogických pracovníků. Asi největším problémem programů je jejich časová a finanční náročnost, která komplikuje větší rozšíření. Federální institucionální podpora gay témat ve Švýcarsku neexistuje. Vše závisí na jednotlivých kantonech a městech. Například město Curych LGBT oddělení v rámci úřadu pro rovnoprávnost má. Projekt GLL pak na školách prezentuje tým tří osob – gay, lesba a rodič homosexuálního potomka. Podobně působí v Itálii sdružení rodičů gay potomků Arcido (Arcigay je tamní jednotná gay organizace), které pomáhá obdobným organizacím ve světě, například v Ugandě. Obecně se taková sdružení řadí do tzv. gay straight alliance, která zahrnuje i vrstevnické programy (například u nás Netopeer v rámci SPRSV) . Lze říci, že rodičovské organizace existují ve většině zemí, většina účastníků se divila, proč v České republice takové sdružení chybí (pokus Diakonie ČCE před lety nebyl úspěšný). V německy mluvících zemích existuje i sdružení rodičů transsexuálních dětí TGNS.

Stěny konferenčních místností byly vyzdobeny asi dvěma desítkami plakátů ve francouzštině proti homofobii. Asi nejemotivnější byl obrázek svlečených zkrvavených klukovských šatů a bot na zemi. Doprovodný text uvedl, že jejich majitel byl zmlácen kvůli homosexualitě.

Švýcarský sociální pracovník a gay Hausermann prezentoval tři studie o duševní zdraví gayů z francouzských kantonů (roky 2002, 2007 a 2011). Více než třetina gay respondentů uvedla, že se cítí nebo cítila depresivní, z toho u třetiny z nich šlo o klinické potíže. První projevy deprese se nejčastěji objevovaly kolem 16. roku věku. Gayové mladší než 25 let svou sexuální orientaci odkrývali o 3-4 roky dříve než starší. S tím možná souvisí i to, že v posledních letech spíše stoupala četnost fyzické či verbální viktimizace i četnost suicidálních úvah.

Sebevražedný pokus někdy uskutečnila pětina gayů, což odpovídá celosvětovým údajům. Polovina z nich tak učinila ve věku do 20 let. Suicidální myšlenky v posledním roce byly u gayů třikrát častější než v průměrné populaci, celoživotně více než čtyřikrát častější. Na sebevražedných úvahách se poměrně rovnoměrně podílel strach z prozrazení i odmítnutí okolím, zejména rodinou.

Rovněž negativní zkušenosti s nějakou formou agrese jsou u gay mužů mnohem častější než u heterosexuálů. V posledním roce se s ní setkali přibližně třikrát častěji, u mužů ve věku 45–55 let ten rozdíl byl dokonce téměř desetinásobný. Celoživotní zkušenost s fyzickou agresí mělo více než pětina gay respondentů.

Prevenci homofobního násilí se věnuje i UNESCO. Jde o komplex aktivit, které zahrnují prosazování lidských práv, prevenci HIV u mladých mužů majících sex s muži, zejména v latinské Americe a Asii, prevenci homofobního násilí a šikany a zajištění rovného přístupu ke vzdělání pro mladé LGBT. Výslovně uvedli, že práva dětí v tomto případě musí mít přednost před právy rodičů. V roce 2012 generální sekretářka UNESCO Irina Bokovová vydala jako první nejvýznamnější představitel této organizace jednoznačné prohlášení proti homofobii. Byl citován i generální tajemník OSN Ban Ki Moon, který označil homofobní harassment za morální skandál, porušení lidských práv i zdravotní hrozbu. Bylo upozorněno i na to, že příslušníci jedné minority leckdy zaujímají diskriminující a stigmatizující postoje k jiným menšinám. Holanďan von Bön-

ninghausen uvedl, že jejich národní politika vůči turecké a marocké menšině zdůrazňuje, že pokud sami žádají respektování svých práv, tak nesmí oni diskriminovat jiné menšiny, zejména LGBT. Ale existují (a nejsou vzácné) homofobní projevy u transsexuálů a transfobní jednání u gayů a leseb.

Psychoterapeutka Marina Castaňeda (Mexiko) uvedla, že někteří rodiče reagují na coming out potomků odmítnutím, někteří dětem vyčítají, že jim to řekli pozdě, ale jiní, že jim to vůbec říkají, že to nechtěli vědět. Období před odkrytím sexuální orientace je velmi důležité, protože dítě vyhodnocuje pravděpodobnost přijetí. V rodině pak dítě neočekává jen úctu ke své sexuální orientaci, ale i lásku. Pokud je coming out spojen s velkými událostmi (třeba vánoci), jsou negativní reakce častější. Doporučuje informaci rodičům i několikrát opakovat a v brzké době ji oznámit dalším lidem v rodině. Aliance se sourozenci přitom leckdy sdělení rodičům předchází. Dítě musí rodiče edukovat a vyvracet jejich stereotypy. Když ona pracuje s rodiči, kteří mají problém orientaci potomka přijmout, tak se jich úvodem zeptá, zda chtějí své dítě na zbytek života ztratit, zda chtějí, aby proces přijetí byl složitý a dlouhodobý. Pokud odmítnou, tak řekne, že s nimi může pracovat. Mají-li rodiče podezření na homosexuální orientaci dítěte, tak doporučuje se přímo neptat (není ještě na sdělení připraveno), ale vytvářet doma gay-friendly prostředí, například nechat „omylem“ na stole knihu (odbornou i beletrii) o homosexualitě.

Uvedla také, že více reálných informací o životě gayů a leseb máme z marketingu než od odborníků na duševní zdraví, kteří jsou při vytváření svých úsudků stigmatizováni selektivitou své profese (i když i v marketingu je poznání selektivní, protože pomíjí třeba LGB bezdomovce). Zdůraznila, že když hovoříme o gay právech, tak musíme mluvit i o povinnostech. V tomto smyslu ocenila stejnopohlavní manželství a registrované partnerství jako přijetí zodpovědnosti a cestu k širší společenské integraci.

K otázkám transsexuálů Berger uvedl, že jsou mnohem častějšími oběťmi zločinů z nenávisti než gayové a lesby. Ročně jsou kvůli své pohlavní identitě zavražděny stovky osob, v širší Evropě je pak „premiantem“ Turecko. Také sebevražednost je u transsexuálů 3-4x vyšší než u gayů, tedy asi desetkrát vyšší než v průměrné populaci. Setkávají se s diskriminací a odmítáním při vyhledání zdravotní péče, a to i té, která s případnou přeměnou pohlaví nesouvisí. Pokud proběhne přeměna pohlaví, setkávají se s odmítáním při vystavení nových dokladů, potvrzení o absolvovaném vzdělání atd.

Biedroň připomněl výrok polského politika, který uvedl, že nechápe, proč jeho strana bojuje za práva žen, pokud má jen dvě poslankyně. Z nich ale jen jedna je přirozenou ženou (druhou je totiž transsexuálka Anna Grodzka). Nelze v této souvislosti nepřipomenout výrok Miloše Zemana, který na besedě v rámci loňského Pride na otázku Jiřího Hromady, zda ho akceptuje jako gaye, řekl, že je mu jeho orientace úplně jedno. Ale spontánně dodal, že by již nepřijal stejně bez výhrad osobu, která se neztotožňuje se svým pohlavím a chce ho změnit.

Právně byla problematika transgenderů často vytěsněna mimo ochranu před diskriminací, a to i v těch zemích a zákonech, kde sexuální orientace jednoznač-

ně patří mezi charakteristiky, které vyžadují speciální respekt. I termín transfobie je mladší než homofobie. Samotní transsexuálové ale upozorňují na to, že i transgendeři mají svou sexuální orientaci a že případné začlenění do práv skupiny LGBT porovnává odlišné kvality, tedy sexuální orientaci a genderovou identitu. I transgender může být homo- či heterosexuálně orientován. V některých případech ochrana práv transgenderů spíše než ze zahrnutí jejich případů mezi práva LGB menšiny vychází z práv rovnosti pohlaví.

Tématu transgenderů se věnovali zejména Natacha Kennedyová (UK), Lucemburčan Erik Schneider a Polák Wiktor Dynarski.

Dynarski mi mimo plénum objasnil průběh přeměny pohlaví v Polsku. Tamní zákon nedovoluje provedení sterilizace. Začátek probíhá obdobně, jen psychiatrické vyšetření je nezbytné (nestačí tedy zhodnocení sexuologem). Po minimálně ročním užívání hormonů a real life testu (obvykle trvá toto období déle) musí podat pacient civilní žalobu proti svým rodičům, že bylo při porodu špatně určeno jeho/její pohlaví. Pokud je transsexuál homosexuálně orientován, tak by zřejmě rozhodnutí soudu bylo záporné, proto svou orientaci nepřizná. Soud tedy rozhodne o úřední změně pohlaví a až pak následují případné operační výkony.

N. Kennedyová nás seznámila s novým výrazem cisgenderismus. Nejedná se o změněnou pohlavní identitu, ale jen o projevy, které nejsou v souladu s kulturně očekávanou pohlavní rolí. Takže muž pletoucí svetr by zřejmě v našich podmínkách byl cisgender, zatímco v Norsku mužem, který se chová v rámci tamních kulturních norem. Je chybou takové jednání patologizovat. Nicméně i tito lidé se setkávají s transfobickými předsudky.

Vycházela z Foucaltových idejí, podle nichž sexuální předsudky, zdůrazňování genderu, je jedním z mocných způsobů, jak je moc ve společnosti prosazována.

V praktické situaci poukazovala na problémy, spojené s řešením praktických situací. Například v USA byla uvězněna trans-žena za to, že šla na veřejnosti „nahoře bez“. To je typický ženský přestupek, protože muž by za takové chování uvězněn nebyl. Přesto odmítli její žádost o umístění do ženské věznice, protože úředně byla mužem. Stejně tak se setkávají transsexuální uprchlíci s problémy při umístění do azylových zařízení. Schneider uvedl, že největší problém mají trans-děti s návštěvou WC. Často jsou vrstevníky vnímáni ve své žité genderové roli a najednou se musí zachovat odlišně.

Určité váhání a nejistota při prosazování své identity v dětství jsou pak často „důkazy“, že nelze vyhovět v akceptaci pohlavní identity u trans dětí. Přitom tři čtvrtiny transgenderů si uvědomilo svou odlišnost před 11. rokem věku (rozmezí je 3–45 let). V té době se také snaží dítě více dozvědět o svém vnitřním světě. Jejich „vnitřní“ slovník se pak v průměru ustálil po 15. roce věku. Roli při odmítání trans dítěte pak hraje i silný sociální tlak na rodiče. Učitelé, kteří se snaží přijmout trans-děti v jejich roli, jsou často svým okolím považováni za politické aktivisty.

N. Kennedyová uvedla svou vlastní zkušenost ze sexuální výchovy. Učitel se zeptal dětí, zda něco chtějí vědět o transsexualitě. Neměla odvahu se přihlásit.

Učitel sdělení uzavřel: „O.K., no problem“. V porovnání s pre-homosexuálními dětmi mají o trans-děti o své identitě ještě méně informací, chybí jim skoro vždy možnost identifikačních vzorů. Rozšíření internetu umožnilo transgenderům žít svůj, do té doby často skrytý život, nejdříve ve virtuální realitě.

Schneider uvedl, že v zásadě existují v Evropě čtyři medicínské přístupy k transsexuálním adolescentům. Nejčastější je blokáda puberty analogy gonadoliberinů. Je to volba mezi obavou z chybného rozhodnutí na straně jedné a ze zvýšeného rizika sebevražedného jednání na straně druhé. Bývá nasazována prakticky bez ohledu na věk, jen na základě tělesných známek přicházející puberty. Některé země umožňují už od 16 let (výjimečně od 15 let) za určitých podmínek nasazení hormonů opačného pohlaví. Další skupinou zemí jsou ty, které připouštějí nasazení opačných hormonů již v době, kdy se objevuje sekundární pohlavní ochlupení. Konečně pak jsou země, které odmítají jakékoli medicínské zásahy. Byla citována Cohen-Kettenisová, která doporučuje opatrnost, protože u dvou třetin adolescentů, které se jeví vhodné k nasazení blokády puberty, nakonec dojde k homosexuálnímu vývoji, a nasazení opačných pohlavních hormonů by je poškodilo.

Právně řeší situaci trans-dětí Argentina. Ta má zákon o pohlavní identitě, který umožňuje každému občanovi včetně dítěte přijmout zvolené jméno. Takže pokud si 8 letý Romeo přeje být Rositou, nic nebrání úřední změně jeho/jejího jména.

N. Kennedyová se zabývala i častější koincidencí změněné pohlavní identity a Aspergerova syndromu, která má dosahovat až 13%. Upozornila na to, že děti s autistickými poruchami neakceptují tak často zevní kontrolu, proto své cítění častěji otevřeně projevují. Na druhou stranu nekritická interpretace těchto dat vedla k menší akceptaci potřeb transgender lidí.

Připomněla toy ritual, tedy to, jakým způsobem rozhodovali o genderové identitě nativní Američané. Dítě odešlo samo do chýše, kde byla řada hraček, a mělo si jednu vybrat. Pokud přineslo hračku dívčí, chovali s k němu jako k dívce, a naopak bez ohledu na jeho tělesné pohlaví.

Kontakt na autora:
MUDr. Ivo Procházka, CSc.
Sexuologický ústav 1.LF UK a VFN

Vliv vrstevnického vzdělávání v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví na sexuální chování účastníků – závěry výzkumu

Jitka Prouzová

Cíl

Cílem výzkumu je zjistit, zda se mladí lidé, kteří prošli výcvikem vrstevnických vzdělavatelů v oblasti prevence HIV/AIDS a antikoncepce, chrání před neplánovaným otěhotněním a jak a zda se jejich chování nějak liší od běžné populace.

Metodika

Základní metodou výzkumu je dotazník. Inspirovala jsem se reprezentativním výzkumem prof. Weisse a doc. Zvěřiny Sexuální chování obyvatel ČR – IV[(1)] a jako základní otázku použila.: „Jakou antikoncepci jsi použil/a při prvním pohlavním styku?" Otázka byla polootevřená, tj. obsahovala výčet některých antikoncepčních metod, kvůli srovnání stejných, s jakými pracoval výzkum prof. Weisse, a otázku jinou, jakou? Umožnila jsem také možnost použít více odpovědí. Sběr dat probíhal prostřednictvím e-mailu, s možností odeslat vyplněný dotazník nejen ze své e-mailové schránky, ale z důvodu možné anonymity i z e-mailové schránky pro tento účel založené. Návratnost dotazníku byla 49%. Dotazník zaslalo velmi málo mužů, proto jsem se rozhodla provést závěrečné srovnání pouze u žen. Pro srovnání byly využity výsledky reprezentativního výzkumu z roku 2009[(1)], dostupná data byla doplněna údaji, které laskavě poskytl prof. Petr Weiss. O spolupráci jsem požádala účastníky výcvikového programu Tři dny s netopeery, pořádaného již šest let Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu, ve věku 15 až 26 let. Zjišťované údaje o respondentech byly pohlaví a věk.

Netopeeři (vrstevničtí – peer – vzdělavatelé SPRSV)

Citace www.planovanirodiny.cz: „Výraz peer pochází z anglického „peer education", ale je obtížné jej přeložit do dalších jazyků hlavně díky slovu „peer". Toto slovo původně vyjadřovalo příslušnost k jedné z pěti vrstev aristokracie. Moderní pojetí tohoto slova se ovšem pojí k jedinci, jehož postavení je rovnocenné s ostatními neboli představitele určité společenské skupiny osob, které jsou si podobny věkem, vzděláním nebo společenským postavením. Celkem tedy výraz „peer výchova" představuje formu působení mezi vrstevníky navzájem (anglicky peer-to-peer). Je zdokumentováno, že tato metoda je nejpřínosnější v prostředí,

kde je nutné doplnit výuku prováděnou učiteli. Do této kategorie zcela jistě sexuální výchova spadá. Také název netopeeři, jak vrstevnickým vzdělavatelům říkáme, je zkratkou anglických slov net of peer". Tito mladí lidé se na semináři „3 dny s netopeery" a na následujících, zvaných Maják, dovídají informace o problematikách jako HIV/AIDS, antikoncepce, partnerské vztahy a sexuálně přenosné choroby tolik, aby byli schopni tyto nabyté vědomosti předat svým vrstevníkům, kamarádům ale i rodičům či prarodičům.

Výcvikový program Tři dny s netopeery (3D) – jeden z modelů

Tento výcvikový program, jak už jsem se zmínila, pořádá Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu již 6 let. Samotný kurz trvá 3 dny a účastníci jsou z celé České republiky.

První den, kdy účastníky přivezeme do malé vesničky Bezdědice, vzdálené pár kilometrů od známého hradu Bezděz, jim je po ubytování a představení vedoucích rozdán vstupní test k problematice HIV/AIDS a jsou rozděleni do 4 skupin. V těchto skupinách mají za úkol se svým vedoucím netopeerem, který jim je přidělen, se mezi sebou seznámit a vymyslet scénku na téma, jaké přednosti by měl/a mít partner/ka v partnerském životě a pokusit se tyto přednosti převést na jejich prince/znu tak, aby přesvědčili královnu, a ona si právě jejich prince/princeznu vybrala pro svoje děti. Večer jednotlivé skupiny představí každého ze skupiny a ukáží svojí scénku. Po této vstupní hře následuje beseda o HIV/AIDS a antikoncepci s nácvikem správného nasazení kondomu se staršími netopeery.

Druhý den dopoledne se probírají partnerské vztahy a vztahy v rodině (např. vliv pořadí sourozenců na partnerský život apod.). Další soutěž spočívá v ukázce ze známého televizního seriálu Nemocnice na kraji města a zadání vytvoření scének na téma odmítnutí pohlavního styku, pokud ho ještě nechci mít, odmítnutí pohlavního styku bez kondomu, pokud se na něj již cítím připraven, na domluvě o další antikoncepci nebo na domluvě o otestování obou partnerů na virus HIV nebo jiné sexuálně přenosné choroby.

Druhá scénka je na jedno vybrané téma, o kterém se předem baví celá skupina se svým netopeerem.

Témata k diskusi:
Představte si, že váš spolužák je HIV pozitivní
Budete s ním trávit volný čas?
Budete při tom mít nějaké obavy?
Jak vypadá HIV pozitivní člověk?
Váš kamarád/spolužák se nakazil (nedávno…)
V jakém věku začít sexuálně žít?
Sexuálně žít = ne jen pohlavní styk
Alkohol (jakou roli hraje v rozhodnutí např., zda použít kondom)
Po jak dlouhé době by měli mít 2 partneři pohlavní styk?

Dohodnou se partneři předem? (Na kondomu,…)
Sex na jednu noc
Kamarádství s bonusem
Jak se chránit před HIV + způsoby přenosu
(sexuální abstinence)
Jak se nemohu infikovat?
Váš přítel může být infikovaný – dohodnout se předem (stejná jako 2. d)

Po těchto scénkách si zaměstnanec azylového Domu Světla povídá se studenty o HIV a nemoci AIDS a na závěr sdělí, že je pozitivní. Studenti pak mají možnost se zeptat tohoto zaměstnance, jak se nakazil, jak to vzala rodina a blízké okolí, jak na něj působí léčba a na mnoho dalších dotazů.

Druhý den odpoledne si účastníci 3D užijí trochu orientačního běhu s otázkami k daným tématům a po sportu si ve skupinách připravují ukázkové besedy o HIV/AIDS a antikoncepci, které po večeři představují ostatním. V případě nejasností nebo špatného pochopení ze strany studentů jsou opravovány chyby nebo dovysvětleny některé informace. Na závěr si mohou dobrovolně shlédnout dokument Oděssa.

Třetí den dopoledne mají besedu s panem doktorem Radimem Uzlem na téma STD (sexuálně přenosné choroby) a vyplní závěrečný test, který má stejné znění otázek jako vstupní test. Poté jim je uděleno osvědčení o absolvování semináře 3D a mají možnost se rozhodnout, jestli chtějí zkusit besedovat. Jestliže zkusí besedu alespoň u sebe v kmenové třídě, dostanou kondomy a další materiály pro své spolužáky, které obsahují základní informace o problematice.

Studenti po návratu do Prahy mají možnost návštěvy azylového Domu Světla pro HIV pozitivní osoby.

Na tento základní kurz poté navazuje tak zvaný Maják, který je obohacen dalšími informacemi z problematiky prvního kurzu a doplněný podrobnějšími informacemi o antikoncepci, partnerských vztazích, dále o základy pedagogiky a psychologie pro budoucí rodiče a další.

Některé odezvy účastníků kurzu 3D

„Akce 3 dny s netopeery je velmi zajímavá akce. Je to jedna z těch akcí, na kterou se vám zpočátku nechce a jedete tam jen proto, abyste se ulili, ale odcházíte z ní jako úplně jiný člověk. Přednášející a vůbec všichni organizátoři akce jsou velmi kvalifikovaní jak ohledně tématu HIV/AIDS, ale i ve formě výuky, která je velmi zajímavá a kupodivu se i do tohoto tématu vtlačila notná dávka zábavy a humoru. Tuto akci mohu jen vřele doporučit.“

„Akci 3 dny se netopeery vřele doporučuji těm, kteří rádi komunikují, seznamují se a zajímají se o problematiku HIV/AIDS. Tyto tři dny byly velmi vydařené jak z organizačního hlediska, tak i po vzdělávací stránce.“

„3 dny s netopeery pro mě byly jako strávit týden s partou dobrých lidí. V zábavných scénkách jsme se dost naučili a hlavně už nikdy nebudu mít sex bez kondomu

s náhodnými lidmi! Po absolvování tohoto kurzu už vím, že to nechci riskovat.“ „Určitě doporučuji všem, kteří o HIV/AIDS nic neví, a chtěli by se aktivně účastnit na prevenci proti šíření, aby na tento seminář jeli. Dozví se tu spoustu nových informací a naučí se sdělovat to nejnutnější ostatním. Čeká je tu i spousta emotivních zážitku (beseda s HIV pozitivním lektorem, filmy…).“

Srovnávací skupina výzkumu

Jako srovnávací skupinu – zástupce běžné populace – jsem použila reprezentativní a kvantitativní výzkum Sexuální chování obyvatel ČR IV provedený demoskopickou agenturou DEMA a.s.[1] na zadání Sexuologického ústavu 1. Lékařské fakulty UK v roce 2009. Základní soubor představovala populace ČR starší 15 let, výběrový soubor tvořilo 1000 mužů a 1000 žen s charakteristikami základního souboru. Výběrový soubor byl sestaven na základě údajů z posledního sčítání lidu z roku

2001 tak, aby reprezentoval populaci obyvatel ČR starších 15 let. Pro srovnání jsem musela využít věkové kategorie podle členění výzkumu, tedy 15 – 29 let.

Hypotézy

Předpokládám, že absolventi programu 3D se chrání při prvním pohlavním styku proti neplánovanému otěhotnění častěji než srovnávací skupina jako zástupci běžné populace. Také předpokládám, že výsledky respondentů, kteří měli první pohlavní styk před tím, než absolvovali 3D, budou obdobné jako výsledky srovnávací skupiny.

Otázky

Věk: Pohlaví:

1. První pohlavní styk jsem měl/a:

a) před absolvováním semináře 3D (tři dny s netopeery nebo s červenou stužkou)

odpověz na otázku 2 a 3

b) po absolvování semináře 3D (tři dny s netopeery nebo s červenou stužkou)

odpověz jen na otázku 2

c) doposud jsem neměl/a

odpověz jen na otázku 4

2. Jakou antikoncepci jsi použil/a při prvním pohlavním styku?

(možnost vybrat více variant)

a) žádná

b) kondom

c) antikoncepční pilulky

d) přerušovaná soulož

e) neplodné dny

f) jiná (jaká?)

3. Změnilo se nějak tvoje sexuální chování po absolvování 3D? Jak? (používání kondomu, jiné antikoncepční metody apod.
4. Jakou antikoncepci plánuješ použít při prvním pohlavním styku?(možnost vybrat více variant)
a) žádná
b) kondom
c) antikoncepční pilulky
d) přerušovaná soulož
e) neplodné dny
f) jiná (jaká?)

VYHODNOCENÍ

CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ

Celkem dotazník vyplnilo 70 respondentů, 6 mužů a 64 žen. Rozdělení podle věku ukazuje tabulka č. 1, tabulka č. 2 ukazuje, zda měli respondenti a respondentky první pohlavní styk již před seminářem 3 dny s netopeery nebo až po něm, což je podstatné pro hodnocení úspěšnosti výchovy k plánovanému rodičovství, která na 3D probíhá.

Tabulka č. 1
Rozdělení respondentů podle věku

věk	**muži**	**dívky**	**celkem**
16	0	1	1
17	1	11	12
18	2	20	22
19	0	14	14
20	2	7	9
21	1	2	3
22	0	4	4
23	0	2	2
24 a více	0	2	2
neuvedeno	0	1	1
celkem	**6**	**64**	**70**

Tradičně na 3D jezdí více dívek, než chlapců, což se promítlo i mezi respondenty.

OTÁZKA 1 DOTAZNÍKU

Tabulka č. 2

První pohlavní styk jsem měl/a:

	muži	**ženy**	**celkem**
a) před absolvováním semináře 3D	4	42	46
b) po absolvování semináře 3D	2	13	15
c) doposud jsem neměl/a	0	9	9
celkem	**6**	**64**	**70**

Čtyři muži a čtyřicet dva žen uvedlo, že mělo první pohlavní styk před absolvováním 3D, dva muži a třináct žen po absolvování 3D a 9 žen uvedlo, že doposud nemělo pohlavní styk. Nejdůležitější skupinou výzkumu s ohledem na jeho cíl a metodiku výzkumu jsou ženy, které měly první pohlavní styk až po absolvování semináře 3D.

OTÁZKA 2 DOTAZNÍKU

Tabulka č. 3

Respondenti a respondentky, kteří měli první pohlavní styk již před 3D

Jakou antikoncepci jsi použil/a při prvním pohlavním styku? (možnost vybrat více variant)

	počet respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce	počet respondentek, které použily uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentek, které použily uvedenou metodu antikoncepce	celkem respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce	celkové procento respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce
a) žádná	0	0,00 %	2	4,76 %	2	4,35 %
b) kondom	2	50,00 %	16	38,10 %	18	39,13 %
c) antikoncepční pilulky	0	0,00 %	7	16,67 %	7	15,22 %
d) přerušovaná soulož	0	0,00 %	3	7,14 %	3	6,52 %
e) neplodné dny	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
f) jiná (jaká?)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
počet respondentů, kteří použili zároveň kondom + další metodu	2	50, 00 %	14	33,33	16	34,78
Celkem	4	100,00 %	42	100, 00 %	46	100, 00 %

Tabulka ukazuje, které antikoncepční metody použili respondenti a respondentky při prvním pohlavním styku. Respondenti a respondentky mohli uvést více odpovědí, t.j. zjišťovala jsem také, zda někdo použil více metod současně. Za ideální je pokládáno, když je při prvním pohlavním styku použit kondom i další metoda antikoncepce současně. Nikdo z respondentů neuvedl použití více než dvou metod současně.

Tabulka č. 4
Respondenti a respondentky, kteří měli první pohlavní styk až po 3D
Jakou antikoncepci jsi použil/a při prvním pohlavním styku? (možnost vybrat více variant)

	počet respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce	počet respondentek, které použily uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentek, které použily uvedenou metodu antikoncepce	celkem respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce	celkové procento respondentů, kteří použili uvedenou metodu antikoncepce
a) žádná	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
b) kondom	1	50,00 %	5	38,46 %	6	40,00 %
c) antikoncepční pilulky	1	50,00 %	2	15,38 %	3	20,00 %
d) přerušovaná soulož	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
e) neplodné dny	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
f) jiná (jaká?)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
počet respondentů, kteří použili zároveň kondom + další metodu	0	0, 00 %	6	46,15 %	6	40,00 %
Celkem	2	100,00 %	13	100,00 %	15	100,00 %

Tabulka opět ukazuje, které antikoncepční metody použili respondenti a respondentky při prvním pohlavním styku, tentokrát se jedná o pro výzkum nejdůležitejší skupinu respondentů a respondentek, u kterých lze předpokládat,

že seminář 3 D ovlivnil jejich antikoncepční chování při prvním pohlavním styku. Všichni respondenti i respondenty použili při prvním pohlavním styku některou spolehlivou metodu antikoncepce, 40% použilo kombinaci kondomu a další metody.

Tabulka č. 5
Srovnávací skupina, pouze ženy
Jakou antikoncepci jste použil/a při prvním pohlavním styku? – srovnávací skupina, pouze ženy

	počet žen, které použily uvedenou metodu antikoncepce	procento žen, které použily uvedenou metodu antikoncepce
a) žádná	43	23,12 %
b) kondom	73	39,25 %
c) antikoncepční pilulky	52	27,96 %
d) přerušovaná soulož	17	9,14 %
e) neplodné dny	0	0,00 %
f) jiná (jaká?)	1	0,54 %
počet žen, kteří použily zároveň kondom + další metodu	neuvádí se	neuvádí se
Celkem	186	100,00 %

Srovnávací skupina 186 žen je vybrána z výzkumného souboru Sexuální chování obyvatel ČR – IV[(1),] , upřesňující tabulku poskytl Prof. Weiss. Použili jsme věkové skupiny 15 – 17 let a 18 – 29 let.

		ANTIKONCEPCE PŘI PRVNÍM POHL. STYKU											
		žádná		kondom		antikonce pční pilulky		přerušova ná soulož		neplodné dny		jiná	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VZDĚLÁNÍ	bez maturity	204	58%	66	19%	31	9%	46	13%	5	1%	1	0%
	s maturitou	250	44%	156	27%	76	13%	71	12%	13	2%	5	1%
NÁBOŽENSTVÍ	římskokatolické	161	55%	45	15%	21	7%	54	19%	8	3%	2	1%
	jiné víry	111	52%	53	25%	20	9%	25	12%	2	1%	1	0%
	nevěřící	180	43%	124	30%	66	16%	38	9%	8	2%	3	1%
VĚK	15 - 17 let	3	27%	3	27%	5	45%						
	18 - 29 let	40	23%	70	40%	47	27%	17	10%			1	1%
	30 - 44 let	97	40%	73	30%	37	15%	32	13%	4	2%	2	1%
	45 - 59 let	131	56%	53	23%	13	6%	31	13%	3	1%	2	1%
	60 a více let	183	70%	23	9%	5	2%	38	15%	11	4%	1	0%
VELIKOST MÍSTA BYDLIŠTĚ	do 4 999 obyvatel	181	53%	81	24%	35	10%	40	12%	3	1%	2	1%
	5 000 - 99 999 obyv.	177	47%	91	24%	53	14%	49	13%	7	2%	3	1%
	100 000 a více obyv.	96	47%	50	25%	19	9%	29	14%	8	4%	1	0%
ANTIKONC. SE STÁL. PARTN.:	vždy	49	26%	65	34%	58	31%	15	8%	2	1%	1	1%
	nikdy	35	35%	39	39%	6	6%	18	18%	1	1%	1	1%
SEXUÁLNÍ ZNEUŽITÍ V DĚTSTVÍ	ne, nikdy	420	49%	205	24%	101	12%	108	13%	18	2%	6	1%
	ano	34	52%	17	26%	5	8%	9	14%				
VLIV SEXUÁLNÍHO ZNEUŽITÍ NA ŽIVOT	pozitivní, nemělo vliv	17	52%	9	27%	3	9%	4	12%				
	negativní	17	55%	8	26%	2	6%	4	13%				
PŘINUCEN(A) K POHLAVNÍMU STYKU	ne, nikdy	392	48%	203	25%	97	12%	104	13%	15	2%	5	1%
	ano	62	57%	19	17%	10	9%	14	13%	3	3%	1	1%
NÁSLEDKY VYNUCENÉHO	žádné	28	54%	12	23%	3	6%	7	13%	2	4%		
	negativní	34	60%	7	12%	7	12%	7	12%	1	2%	1	2%
INFORMACE O SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ	od rodičů, ve škole	72	42%	52	31%	30	18%	9	5%	4	2%	3	2%
	z médií, z knížek	135	43%	85	27%	37	12%	50	16%	6	2%	1	0%
	od kamarádů, známých	143	51%	68	24%	32	11%	32	11%	5	2%		
	nebyl informován	102	66%	14	9%	8	5%	26	17%	3	2%	2	1%

Zdroj: Soukromý archiv Prof. Petra Weisse

OTÁZKA 3 DOTAZNÍKU

3. Změnilo se nějak tvoje sexuální chování po absolvování 3D? Jak? (používání kondomu, jiné antikoncepční metody apod.)

Výběr z odpovědí respondentů, některé byli dosti podobné.

„No, změnilo. V případě, že bych měnil partnerku, tak bych i přes hormonální antikoncepci vyžadoval kondom a po 3 měsících test na HIV od obou. Nebojím se HIV+ a nevadilo by mi, kdyby můj partner byl HIV+, protože vím, jak se mám chovat.“

„V podstatě nezměnilo, stále jsem se stejným klukem, u něhož jsem si jistá, že je HIV negativní. Pokud bych chtěla svého sexuálního partnera v budoucnu měnit, rozhodně bych použila kondom. K tomuto rozhodnutí určitě přispěly i 3D, kde jsem měla možnost dozvědět se víc o HIV/AIDS a především se setkat s konkrétním pacientem.“

„ Nechala jsem si předepsat hormonální antikoncepci. Nový partner si byl nechat udělat HIV test, sic z vlastní iniciativy, protože věděl, že měl nechráněný styk, nicméně mě to potěšilo. Před absolvováním 3D by mi nejspíš bylo jedno, jestli půjde nebo nepůjde na test“.

„Myslím, že změnilo, člověku to dodá více informací a tím u mě plynula i následná větší opatrnost v sexuálním životě.“

„V podstatě nezměnilo, jen jsem víc otevřel oči, prezervativ jsem používal a používám stále, pokud nejsem se stálou partnerkou, partnerky střídám, v podstatě nemám žádný vážný vztah již delší dobu, vše je jen o sexu.“

„Změnilo, používáním kondomu i když jsem se svým klukem už 3 roky a jsem si 100% jistá, že můj kluk není HIV pozitivní.“

„Možná jsem trochu opatrnější a více nad tím vším přemýšlím. Nejdu do všeho bezhlavě.“

„Zašla jsem si konečně ke gynekologovi a nechala si napsat antikoncepci.“

„Asi ne, problematika pohlavně přenosných nemocí mě zajímala ještě před seminářem 3D, takže používání kondomů a antikoncepčních prostředků je pro mě samozřejmostí.“

„Rozhodně už bych nikdy neměla pohlavní styk bez kondomu s náhodným mužem, kterého neznám. A pokud bych si našla nového partnera, tak bych s ním šla na testy HIV a až potom bych přestala používat kondom.“

„Změnilo to můj pohled na sexuální život, jsem opatrnější, a kdybych měnila někdy v budoucnu partnera, byla bych dost ostražitá.“

Z odpovědí respondentů na tuto otázku vyplývá, že pokud se nechovali zodpovědně před absolvování semináře 3D, tak s nově nabytými vědomostmi se začali chovat zodpovědněji ve svém partnerském i sexuálním životě. Zároveň žádný z respondentů, který ještě neměl pohlavní styk neuvádí, že by nabyl pocitu většího bezpečí, díky kterému by začal se sexuálním životem dříve.

OTÁZKA 4 DOTAZNÍKU

Tabulka č. 6

Respondentky, které ještě neměly pohlavní styk

Jakou antikoncepci plánuješ použít při prvním pohlavním styku?(možnost vybrat více variant)

	počet respondentů, kteří použijí uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentů, kteří použijí uvedenou metodu antikoncepce	počet respondentek, které použilji uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentek, které použiji uvedenou metodu antikoncepce	celkem respondentů, kteří použijí uvedenou metodu antikoncepce	celkové procento respondentů, kteří použiji uvedenou metodu antikoncepce
a) žádná	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
b) kondom	0	0,00 %	3	33,33 %	3	33,33 %
c) antikoncepční pilulky	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
d) přerušovaná soulož	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
e) neplodné dny	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
f) jiná (jaká?)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
počet respondentů, kteří plánují použít zároveň kondom + další metodu	0	0,00 %	6	66,67 %	6	66,67 %
Celkem	0	0,00 %	9	100,00 %	9	100,00 %

Do této kategorie bohužel nespadal žádný chlapec. Z dívek, které dosud neměly pohlavní styk, plánuje 100% při prvním pohlavním styku použít kondom, z toho 66, 67 % dokonce v kombinaci s další metodou antikoncepce.

Srovnání s kontrolní skupinou

Vzhledem k tomu, že Prof. Weiss neuvádí u kontrolní skupiny možnost použití dvou či více antikoncepčních metod současně, musím se v následující srovnávací tabulce přizpůsobit, a z dříve uvedených dat vypustit možnost dvojí ochrany. Tím vzniká situace, že součet v prvních čtyřech sloupcích* je zdánlivě nelogický. Je proto lépe srovnávat pouze v řádcích, t.j. např. kondom (ať už v kominaci např. s hormonální antikoncepcí nebo samostatně) použilo 71,43 % respondentek, které měly pohlavní styk již před 3D, 84,62 % repondentek, které měly pohlavní styk až po 3 D a jen 39,25 % žen z kontrolní skupiny běžné populace. Počet procent 133,33 ve sloupci pak znamená, že 33,33 % respondentek použilo souběžně dvě metody, což odpovídá tabulce č. 2 a stejně počet procent 146,16 znamená, že 46,16 % respondentek použilo souběžně dvě metody, což odpovídá tabulce č. 3 (odlišnost na místě setin vznikla zaokrouhlením).

Tabulka č. 7

Srovnání použití antikoncepce při prvním pohlavním styku u respondentek, které měly první pohlavní styk před 3D, po 3D a u srovnávací skupiny

	počet respondentek, které měly pohl. styk před 3D a které použily uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentek, které měly pohl. styk před 3D a které použily uvedenou metodu antikoncepce	počet respondentek, které měly pohl. styk po 3D a které použily uvedenou metodu antikoncepce	procento respondentek, které měly pohl. styk po 3D a které použily uvedenou metodu antikoncepce	počet žen ze srovnávací skupiny, které použily uvedenou metodu antikoncepce	procento žen ze srovnávací skupiny, které použily uvedenou metodu antikoncepce
a) žádná	2	4,76 %	0	0,00 %	43	23,12 %
b) kondom buď samostatně nebo v kombinaci s další metodou	30	71,43 %	11	84,62 %	73	39,25 %
c) antikoncepční pilulky buď samostatně nebo v kombinaci s kondomem	20	47,62 %	7	53,85 %	52	27,96 %
d) přerušovaná soulož buď samostatně nebo v kombinaci s kondomem	4	9,52 %	0	0,00 %	17	9,14 %
e) neplodné dny buď samostatně nebo v kombinaci s kondomem	0	0,00 %	1	7,69 %	0	0,00 %
f) jiná (jaká?)	0	0,00 %	0	0,00 %	1	0,54 %
Celkem	56*	133,33 %*	19*	146,16%*	186	100,00 %

Respondentky, které měly první pohlavní styk po absolvování semináře 3D, o 45% častěji, tedy téměř dvojnásobně často, používají kondom, a o 25,89%, tedy opět téměř dvojnásobně používají antikoncepční tablety. Velmi důležitý je ale zejména údaj, že ani jedna z respondentek neměla první pohlavní styk bez spolehlivého antikoncepčního zabezpečení, oproti 23, 12 % žen ze srovnávací skupiny.

Závěr výzkumu

Hypotéza, že absolventi programu 3D se chrání při prvním pohlavním styku proti neplánovanému otěhotnění častěji než srovnávací skupina jako zástupci běžné populace, se potvrdil. Absolventky použily při prvním pohlavním styku ve 100 % buď kondom, nebo hormonální antikoncepci, ve 46 % dokonce kombinaci kondomu s další metodou, většinou hormonální pilulkou. Mnohem častěji se ale před neplánovaným těhotenstvím chránily i ženy, které měly první pohlavní styk již před 3D. Zde se moje hypotéza, že se chovají obdobně, jako srovnávací skupina, nepotvrdila. Důvody nejsou známy, lze však usuzovat, že zájemci, kteří přijíždějí na 3D jsou ze škol, které se sexuální výchově věnují, event. že se jedná o studentky a studenty, kteří již absolvovali besedu s vrstevnickým vzdělavatelem – netopeerem.

Pozn.: Výzkum vznikl jako součást maturitní práce Plánované rodičovství na přírodovědném lyceu Střední průmyslové školy potravinářských technologií Podskalská 10, Praha 2

Kontakt na autorku: j.prouzova@centrum.cz

Literatura

[1]Weiss, P; Zvěřina, J.:. Sexuální chování obyvatel ČR – IV., Praha, DEMA a. s. Praha 2009

Sexuální výchova ve výzkumech studentů Učitelství pro 1. stupeň ZŠ

Miluše Rašková

V letošním kongresovém roce ve svém příspěvku zaměřím pozornost na vybrané badatelské aktivity našich studentů, kteří se připravují na profesní dráhu učitele primární školy v pregraduálním studiu na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V souvislosti s přípravou učitelů k realizaci sexuální výchovy v pedagogické praxi si dovolím na úvod stručně shrnout cestu inovací za uplynulé roky. V podrobnější a ucelenější podobě byly inovace postupně publikovány nejen na pardubických či regionálních kongresech k sexuální výchově pořádaných Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu v uplynulých patnácti letech, ale i v jiných publikacích.

Prvotním impulzem pro zkvalitnění připravenosti učitelů k sexuální výchově bylo vytvořit samostatné studijní disciplíny, které jako speciální didaktiky přispějí k systematičtější a důkladnější připravenosti učitelů k realizaci sexuální výchovy v primární škole. Na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci jsme z výše uvedeného důvodu vytvořili a zavedli samostatné volitelné studijní disciplíny s názvem „Základy rodinné a sexuální výchovy“, „Sexuální výchova v mateřské škole“ které jsme začlenili do systému pregraduální přípravy, a také „Sexuální výchovu v mateřské a primární škole“ jako povinně volitelnou disciplínu u dobíhajícího doktorského studijního programu oboru 7501 Pedagogika, začleněnou do systému postgraduální přípravy. Při koncepci všech disciplín jsme kladli velký důraz na to, aby si studenti uvědomili důležitost přirozenosti, potřebu názornosti, vnímání a citových prožitků i vlastní iniciativu ze strany dětí, protože vše zmíněné hraje důležitou roli při osvojování vědomostí a dovedností. Výuku uvedených studijních disciplín jsme v mezích možností postupně zabezpečili řadou metodických, audiovizuálních i vizuálních materiálů, pomůckami a některými vhodnými publikacemi (RAŠKOVÁ, 2007, 2008, 2011). Mezi významný počin lze zařadit tvorbu studijního materiálu multimediálního charakteru pro výše uvedené studijní disciplíny, kterým se zkvalitnila připravenost učitelů k sexuální výchově zejména o vizualizaci specifických metodických postupů uplatněných v konkrétní pedagogické praxi navíc s využitím příslušných komentářů (RAŠKOVÁ, 2009, 2011). Tímto způsobem se rozšířila možnost studovat problematiku v jiné podobě, a to názorněji, efektivněji a moderněji na rozdíl od klasičtějšího studia prostřednictvím pouze tištěných (statických) materiálů. Studijní materiál multimediálního charakteru, který spojil digitalizované složky v interaktivní celek, je navíc u studentů velmi oblíbený. Problematiku sexuální výchovy studenti v pregraduální formě studia zpracovávají též prostřednictvím seminárních, ročníkových a kvalifikačních prací (tj. prací bakalářských nebo diplomových), studenti doktorského studia prostřednictvím disertačních prací. V souvislosti se

zvyšováním kvality připravenosti učitelů k sexuální výchově jsme neustále upozorňovali a stále upozorňujeme na to, že v systému dalšího vzdělávání učitelů je možné najít řadu cest, které povedou ke zlepšení situace s uplatňováním sexuální výchovy v pedagogické praxi. Nejen pracoviště celoživotního vzdělávání při pedagogických fakultách, různá vzdělávací pedagogická centra, ale i organizace, nadace a fondy pomohou přispět a často přispívají k dalšímu vzdělávání učitelů, jež bude nebo je zaměřeno na sexuální výchovu v primární škole (RAŠKOVÁ, 2008, 2009, 2011, 2012). Z tohoto důvodu jsme pro učitele z praxe v rámci jejich dalšího vzdělávání ve spolupráci s Centrem celoživotního vzdělávání na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci vytvořili v roce 2012 „Kurz k sexuální výchově v mateřské a primární škole“, který již v letošním roce absolvovali první účastníci.

Nyní zaměříme pozornost na vybrané výzkumné činnosti studentů. Výzkumné aktivity našich studentů z oblasti sexuální výchovy se každoročně zaměřují na širokou problematiku. Jako vedoucí diplomových prací jsem vybrala na ukázku výzkum studentů respektive studentek, které se zaměřily jednak na znalosti žáků 5. ročníku základní školy o HIV/AIDS a dále netradiční pohled na výtvarné pojetí lidské postavy s ohledem na sexuální výchovu u dětí věkové skupiny 7–9 let.

Pedagogický výzkum zaměřený na znalosti žáků 5. ročníku základní školy o HIV/AIDS (MARŠÁLKOVÁ, 2013) shromáždil poznatky skupiny respondentů o problematice HIV/AIDS. Cílem pedagogického výzkumu bylo shromáždit a uspořádat poznatky o problematice HIV/AIDS a zjistit, utřídit a popsat, co žáci 5. ročníku základní školy vědí o viru HIV a nemoci AIDS. Tyto znalosti se týkaly především způsobů přenosu viru HIV, možnosti ochrany před touto infekcí, léčby HIV pozitivních osob i prevence v této oblasti. Za výzkumnou metodu sběru dat byl použit nestandardizovaný didaktický test (CHRÁSKA, 2007), který obsahoval celkem 17 položek. Testování se zúčastnilo 273 respondentů z devíti základních škol a průměrný věk respondentů činil 12,5 let. Didaktický test znamená zkoušku, která prošetřuje stupeň osvojení učiva u jisté skupiny lidí (CHRÁSKA, 2007). Didaktický test v diplomové práci se řadí do kategorie testů ověřujících a tyto testy prošetřují úroveň znalostí žáka v jasně vymezeném okruhu učiva. Didaktický test, který diplomantka vytvořila, se skládal z otevřených úloh se stručnou odpovědí, z otevřených širokých úloh a z úloh dichotomických. Data získaná pomocí didaktického testu, který zjišťoval úroveň znalostí žáků 5. ročníku základní školy o problematice HIV/AIDS, byla vyhodnocena a zpracována pomocí programu Microsoft Excel a interpretována prostřednictvím grafického znázornění. Výsledky jednotlivých testů byly vyhodnoceny dle předem stanoveného bodového hodnocení didaktického testu pro žáky 5. ročníku základní školy. Každé skupině bodů byl přiřazen jeden klasifikační stupeň (1 nejlepší, 5 nejhorší). Vybrané tabulky a grafy s konkrétními výsledky pedagogického výzkumu jsou součástí prezentace přednášky na kongresu. Pro čtenáře tohoto příspěvku sděluji pouze celkové hodnocení výsledků pedagogického výzkumu z pohledu výzkumníka vzhledem k jeho rozsáhlosti.

Diplomantka označila výsledky didaktického testu za velmi špatné, podle její interpretace žáci vykázali znalosti o problematice HIV/AIDS na velmi nízké

úrovni. Z tabulek, které udávají průměrnou známku na daných základních školách, je naprosto zřejmé, že žáci 5. ročníků základních škol mají informace týkající se problematiky HIV/AIDS nedostačující. Základní škola, která se umístila na prvním místě a její žáci 5. ročníku vykázali nejlepší znalosti o viru HIV a nemoci AIDS, má průměrnou známku chlapců i dívek 2,47. Průměrné známky dalších základních škol byly 3,55, 3,56, 3,8, 3,85, 4,15, 4,40, 4,50 a na posledním místě získala základní škola dokonce průměrnou známku 4,81. Tato zjištění týkající se průměrných známek nám tedy znovu ukazují, že žáci 5. ročníků základních škol, na kterých byl zmíněný výzkum prováděn, nemají informace o problematice HIV/AIDS na takové úrovni, na jaké by měly být. I z grafického znázornění jednotlivých otázek (viz prezentace přednášky na kongresu) je zřejmé, že žáci 5. ročníků základních škol nedosahují potřebných znalostí. Ve velké většině grafů je vidět, že mnoho respondentů, kteří odpovídali na otázky v didaktickém testu, na danou otázku odpovědělo slovem „nevím“. Některé odpovědi respondentů na dané otázky byly přímo zarážející. Pro příklad jsem vybrala následující: Pojem HIV/AIDS chápu jako otravu krve nebo žloutenku či sexuální praktiku. HIV je ptačí chřipka. Největší riziko nakažení HIV/AIDS je u postižených osob, u lékařů a zdravotních sestřiček, u alergiků, u lidí, co hodně kouří. V dnešní době se nemocní AIDS léčí operací, očkováním, zářením, injekcemi. HIV se můžu nakazit na záchodě, od ptáků, líbáním, slinami. Přítomnost HIV v organismu se zjišťuje pomocí nějakého přístroje, vyšetřením moči. Šiřitel, který úmyslně roznáší HIV, může být potrestaný pokutou, léčbou na psychiatrii, nemusí být nijak potrestán. Ochranou před HIV je očkování, léky, dodržování hygieny.

V rámci doplňujících otázek diplomantka zjišťovala, kde se poprvé žáci setkali s pojmem HIV/AIDS a kdo s nimi nejčastěji o HIV/AIDS komunikuje. Nejvíce respondentů daný pojem poprvé slyšelo v televizi. Další menší skupina žáků 5. ročníku základní školy se s pojmem HIV/AIDS poprvé setkali ve škole, kde si o této problematice povídali s paní učitelkou nebo panem učitelem. Ostatní dotazovaní odpovídali na tuto otázku například doma, od kamaráda, v knížce, na internetu nebo v časopise. Překvapivé bylo, že 19 respondentů (tj. 7,0%) uvedlo, že slyšeli poprvé pojem HIV/AIDS v den testování. Stejný počet respondentů odpovědělo téměř totožně a to tak, že se s daným pojmem nesetkali zatím nikde. Odpověď na otázku, kdo s dětmi nejčastěji o HIV/AIDS komunikuje, je alarmující. Nejpočetnější odpověď zněla: s nikým (70 respondentů, tj. 25, 6 %). Vysoké procento respondentů odpovědělo, že neví (23 %) a rodiče v tomto případě „předběhla“ škola, neboť žáci uvedli, že o HIV/AIDS mluví nejčastěji právě ve škole s paní učitelkou (24, 9 %). Rodina v komunikaci (16,5 %) zaujala pozici až za komunikací ve škole.

Dle názoru diplomantky, ke kterému se osobně přikláním, by žáci 5. ročníku základní školy měli mít určité znalosti, co se problematiky HIV/AIDS týče. V Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání jsou jasně znalosti o viru HIV a nemoci AIDS stanoveny. Z pedagogické praxe máme bohužel od učitelů potvrzeno, že ne všichni k tomuto tématu přistupují zodpovědně. Existuje ještě bohužel mnoho pedagogů, kteří se tomuto tématu úmyslně vyhýbají

a jako nejčastější argument uvádějí nepotřebnost znalosti v této věkové skupině žáků. Pokud selžou současně rodiče v komunikaci o problematice HIV/AIDS, pak opět dítěti zůstávají k dispozici osvědčené zdroje informací, nikoliv však relevantních znalostí, a to jsou zejména média (v první řadě internet a televize). Význam znalostí z problematiky HIV/AIDS již u dětské populace nemá smysl znovu opakovat. Pro současný i budoucí život každého člověka ve společnosti a ochranu vlastního zdraví je vytváření znalostí o HIV/AIDS nezbytné už i vzhledem k tomu, že vzrůstá počet nakažených osob nejen v České republice a že je tato problematika opředena řadou mýtů a stereotypů.

Pedagogický výzkum zaměřený na výtvarné pojetí lidské postavy s ohledem na sexuální výchovu u dětí věkové skupiny 7 – 9 let (FIŠEROVÁ, 2013) byl ukázkou situací, které nastávají během pedagogického procesu při seznamování dětí s nahým tělem prostřednictvím výtvarných děl, a jejich reakce na tato díla. Diplomantka využila metodu polootevřeného rozhovoru kombinovanou s focus group (JANDOUREK, 2007) čili sběr dat prováděla rozhovorem se skupinou respondentů, který současně nahrávala na diktafon. Tato metoda je založena na přímém dotazování výzkumníka, kdy se jednotliví respondenti (děti) mohou vzájemně inspirovat a doplňovat, vyjadřovat své názory, poznatky a zkušenosti. Tato metoda, která je blízká pedagogické praxi a podobá se přirozené situaci při výuce, též nabízí možnost alternativních odpovědí respondentů na upřesňující a doplňující otázky výzkumníka. Rozhovoru se účastnilo 11 dětí ve věku 7 – 9 let, z toho bylo 6 chlapců a 5 dívek. Rozhovor probíhal v rámci besedy – výuky výtvarného oboru při ZUŠ, kde diplomantka profesně působí (letos absolvovala v rámci kombinované formy studia obor Učitelství pro 1. stupeň ZŠ). Podkladem pro výzkum byl soubor ukázek uměleckých děl s tématikou nahého lidského těla. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem budou respondenti reagovat na předložené ukázky a jaké postoje k ukázkám zaujmou.

Besedu diplomantka uvedla jako výlet do historie výtvarného umění. Vysvětlila dětem, že témat pro výtvarné zpracování je nekonečně mnoho, při besedě se budou zajímat o člověka, jeho tělo a výtvarné zpracování lidské postavy v průběhu dějin. Požádala děti, aby se ke každému předloženému dílu vyjádřily. Výzkumný materiál byl uspořádán chronologicky podle historicky-uměleckých období od pravěku po přelom 20. století našeho letopočtu. Z každého období byly vybrány maximálně dvě ukázky. Ke každé ukázce z celkového počtu 23 diplomantka podala komentář charakterizující dané období a situaci ve společnosti. Jednotlivé obrazy dětem předkládala prostřednictvím počítače a pro umocnění dojmu dané dílo demonstrovala ukázkou v knihách (Dějiny malířství od renesance k dnešku, 1996; Malířské umění o A do Z, 2006; Slavné galerie světa – Alte Pinakothek, Michov, 2005; Uffizi, Florencie, 2005). Získaná data byla kategorizována a následně vyhodnocena. Pro představu čtenáře opět vybírám do tohoto příspěvku pouze celkové hodnocení výsledků pedagogického výzkumu z pohledu výzkumníka vzhledem k jeho rozsáhlosti. Jednotlivá období s výběrem konkrétních děl autorů a vybrané reakce respondentů včetně autentické zvukové ukázky jsou součástí prezentace přednášky na kongresu. Dle vyjádření diplomantky si děti na předložených ukázkách všimly nahoty. Reagovaly

na ni okamžitě, ale nikterak se znechucením či pohoršením. Reakce vyplývaly spíše ze zvědavosti a z vědomí, že je jim předloženo něco, co nevidí tak často a co je v okolí asi mírně tabuizováno. Zazněly i takovéto komentáře: „To je prsáč! (spojení ženského znaku s mužským rodem) Je dobrej, ale je nahatej! Napůl nahatej, napůl dobrej.“ Velice často používaly pro označení mužského pohlavního údu slovo „pinďour“. K ženskému pohlaví, kromě prsou, se nevyjadřovaly. Obecně nahé ženské tělo děti přijaly s větší samozřejmostí, mužské tělo v nich vzbuzovalo větší zvědavost a silnější reakce. Nejvíce patrné to bylo u ukázky č. 27 – Stojící mužský akt s bederní košilí od Egona Schieleho. Tento obraz je až ohromil svou atmosférou, působil na ně strašidelně a tíseň vystupující z pokroucené postavy v dětech vyvolala reakce typu: „Je to zombí. Zabíjí se. Je moc hubenej. Je takovej zubatej. Má drápy. Trhá si hlavou. Vypadá to, jako když má zobák. Silnou reakci vyvolala u dětí také postava Adama na ukázce č. 14. Bylo to první setkání s nahou mužskou postavou v rámci rozhovoru, proto jejich reakce byla výraznější. Naopak malou nebo žádnou reakci nevyvolaly ukázky č. 21 – Pramen, č. 23 – Plavec, č. 24 Hudba. Všechny tato ukázky spojuje určitá strnulost postav, nezajímavá atmosféra a neprůbojná barevnost. Mezi předloženými výtvarnými styly děti nejvíce zaujal pravěk, řecké umění, secese, expresionismus a pochopitelně surrealismus v podání Joana Miróa. Naopak impresionismus a romantismus si mezi dětmi příliš zájmu a ohlasu nezískali. Děti přijaly výzkum jako zpestření běžných činností ve výuce výtvarného oboru. V průběhu rozhovoru diplomantka nezaznamenala žádné výrazně negativní reakce, nikdo neodvracel zrak, nikdo neodcházel, nikdo nepronášel odmítavé výroky. Chichotání a občasné poukazování na intimní partie postav lze přičíst věku respondentů a celkovému výchovnému odrazu ve společnosti.

Nelze jinak než souhlasit se slovy diplomantky, která chápe sexuální výchovu jako integrální součástí budování osobnosti jedince. Poukázala také na fakt, že každá vývojová etapa, ontogeneze psychiky a osobnosti vyžaduje specifické přístupy, které spočívají v celé škále nástrojů, počínaje bezpodmínečným přijetím, tělesným kontaktem, kotvením dítěte do formující podpůrné autority, v podpoře sžívání s druhým pohlavím, v osobním vzoru, stejně jako v etickém a estetickém prostředí. Diplomantka dále konstatovala, že sexuální výchova právě ve spojení s výchovou výtvarnou může pod vhodným a správně vedeným pedagogickým dohledem dopomoci ke zdravému a kvalitnímu vývoji dalších generací. Podotkla, že s narůstajícím společenským tlakem na úspěšnost jedince, na produktivitu, na nekonečné mládí a neuvadající krásu je možno konstatovat, že nastupující generace to nebudou mít jednoduché. Pod tíhou těchto vlivů se budou muset vyrovnat i se svou mnohdy křehkou intimní stránkou své osobnosti a najít si uklidňující a vyvažující způsob, jak přijmout sebe i ostatní společnost, která je stále více kosmopolitní a různá.

Je pravda, že žáci výtvarných oborů při ZUŠ jsou s výtvarnými díly seznamováni cíleně a systematicky od samotného nástupu do vzdělávacího procesu a to v rámci předmětu výtvarná kultura. I když s výtvarným pojetím nahých lidských postav mají děti v ZUŠ častější možnost k setkání, neznamená to však, že by se měla tato problematika zúžit jen na edukační proces v ZUŠ. Také v základní

škole a to i na jejím 1. stupni je žádoucí, aby se žáci seznamovali s významem nahoty jako takové a právě spojení s výtvarnou výchovou lze tuto integraci maximálně využít. Výzkumný materiál (teoretická i obrazová část práce a návrhy metodických postupů při návštěvách galerií a při besedě o umění) je vhodnou didaktickou inspirací pro učitele na základní škole a diplomantce bylo doporučeno, aby ji publikovala.

Za zmínku stojí fakt, že diplomantka ve svých teoretických východiscích práce uvedla nejen vymezení stěžejních pojmů včetně tématu výtvarného sebevyjádření dítěte a role umění ve společnosti, ale též význam nově rodícího se vědního oboru neuropedagogika, ve kterém spatřuje smysluplný a podpůrný přístup k sexuální výchově. Pojetí neuropedagogické je odvozeno z neuropsychologie. Neuropsychologie se odlišuje od klasické psychologie tím, že nepohlíží na člověka a jeho psyché jako na černou skříňku, ale nahlíží dovnitř a vidí funkce mozku (in Adámek, konzultace Fišerové 2012). Dle slov diplomantky, poznatky z tohoto oboru otevírají nové přístupové cesty k sebepřijetí vlastního, ale i cizího těla jako přirozené součásti osobnosti. Také pomáhají eliminovat negativní dopady společenského tlaku na křehkou intimní stránku jedince. V souvislosti s touto částí práce bylo zpracováno také pojednání o tématech vyplývajících z neuropsychologie: lidská postava, vizuální a emoční vnímání dítěte, poruchy vyplývající z pocitu nedokonalosti vlastního těla.

Víme, že podle řady odborníků mladší školní věk (až do nástupu puberty) představuje u dětí sexualitu jako „klidovou“ po biologické i psychologické stránce. Není ovšem vyloučeno, že se dítě nesetká se sexuální tématikou včetně nahoty z jiné sféry svého života např. prostřednictvím médií zejména televize, rádia, internetu, ale i plošných reklam, případně knih a časopisů. Tyto zdroje mohou poskytnout dítěti nejen množství nejrůznějších obrazových a textových informací, ale i motivy k napodobování hrdinů. Není třeba připomínat, jakou roli by v těchto případech měli hrát nejen rodiče, ale všichni, kteří se spolupodílejí na výchově dítěte (RAŠKOVÁ, 2008). V souvislosti s nahotou můžeme zmínit, že děti (zejména chlapci) si často v tomto věku prohlížejí různé erotické časopisy. Jedná se o přirozenou zvědavost a snahu nebýt před ostatními vrstevníky „pozadu“. V této fázi dítě potřebuje vysvětlit smysl těchto časopisů. Pozorování svého i cizího těla patří u prepubertálních dětí k normálním projevům. Důležitým výchovným momentem je pro dítě v tomto věku upozornění na to, jak se mění lidské tělo v průběhu života.

Vzdělanost rodiče v otázkách sexuální výchovy a schopnost ji aplikovat na dítě je stále velkým otazníkem (RAŠKOVÁ, 2008) a obecně problémem celospolečenským (VAVRDOVÁ, 2009). Vzdělanost učitelů se sice řeší na řadě vysokoškolských pracovišť, která garantují pregraduální přípravu učitelů primární školy, pravdou však nadále zůstává fakt, že i učitelé mají při sexuální výchově řadu problémů z hlediska svého osobnostního přístupu. Osobnostní předpoklady a osobnostní připravenost v rámci osobnostního přístupu k sexuální výchově, které též tvoří důležitou součást odborné kvalifikace učitele, lze na rozdíl od odborné připravenosti (tj. znalostí a dovedností) velmi těžko ovlivnit nebo naučit (RAŠKOVÁ, 2008). Systematická a smysluplná sexuální výchova

již od útlého věku dítěte a ve spolupráci rodiny a školy v průběhu vzdělávání dítěte je cestou, která může postupně v lidech začít budovat takové osobnostní předpoklady a vytvářet osobnostní připravenost v rámci osobnostního přístupu k sexuální výchově, která jim nebude činit problémy a hlavně jim nebude bránit při realizaci sexuální výchovy.

Kontaktní adresa:
Doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Katedra primární a preprimární pedagogiky
Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc
Tel: +420/585 635 107
E-mail: miluse.raskova@upol.cz

Literatura:

FIŠEROVÁ, Ludmila. *Výtvarné pojetí lidské postavy s ohledem na sexuální výchovu*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra primární a preprimární pedagogiky, 2013. Vedoucí diplomové práce: doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*, Praha: Portál 2007, 2. Vydání, ISBN 978-80-7367-269-0.

MARŠÁLKOVÁ, Michaela. *Znalosti žáků 5. ročníku základní školy o HIV/AIDS*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra primární a preprimární pedagogiky, 2013. Vedoucí diplomové práce: doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.

RAŠKOVÁ, Miluše. Prostupnost sexuální výchovy u dětí předškolního a mladšího školního věku versus prostupnost sexuální výchovy ve vzdělávání učitelů. In ŠMELOVÁ, Eva a Martina FASNEROVÁ (eds.). *Oborová prostupnost a modularizace studijních programů ve vzdělávání učitelů.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, s. 91 - 104. ISBN 978-80-244-2794-2.

RAŠKOVÁ, Miluše. *Připravenost učitele k sexuální výchově v kontextu pedagogické teorie a praxe v české primární škole.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2077-6.

RAŠKOVÁ, Miluše. Sexuální výchova – inovace v pregraduální přípravě učitelů primární a mateřské školy. In ŠMELOVÁ, Eva a Martina FASNEROVÁ (eds.). *Pregraduální příprava učitelů primární a preprimární školy v kontextu kurikulární reformy*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2011, s. 249-253. ISBN 978-80-244-2775-1.

RAŠKOVÁ, Miluše. Studijní materiál multimediálního charakteru k sexuální výchově pro studenty a učitele mateřské a primární školy. *Monografie z mezinárodní konference Trendy ve vzdělávání 2009.* Elektronická verze monografie. Olomouc: Votobia, 2009. ISBN 978-80-7220-316-1.

RAŠKOVÁ, Miluše. Za kvalitou připravenosti učitelů k sexuální výchově. In *Za kvalitou vzdělávání učitelů primární a preprimární pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: VOTOBIA, 2009, s. 222 – 230. ISBN 975-80-7220-315-4.

RAŠKOVÁ, Miluše. *5 otázek k sexuální výchově dětí předškolního a mladšího školního věku.Informativní příručka o sexuální výchově nejen pro studenty, učitele, vychovatele a rodiče.* 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1737-0.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2005. ISBN 80-87000-02-1. [on-line] Dostupné na WWW: http://www.rvp.cz

ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ, Ivo PROCHÁZKA, Zuzana PROUZOVÁ. *Sexuální výchova – multidisciplinární přístup: medicína, psychologie, pedagogika, právo, demografie*. Ostrava: Kovář Petr – CAT Publishing, 2012. ISBN 978-80-904290-5-5.

VAVRDOVÁ, Alena. *Jaké vzdělání potřebuje rodič?* Rodina a škola, roč. LVI, říjen 2009, č. 8, s. 5. ISSN 0035-7766.

Vzdelávacie potreby slovenských učiteľov v oblasti výchovy k manželstvu a rodičovstvu

Educational needs of Slovak teachers in education for marriage and parenthood

Lenka Rovňanová

Abstrakt

Príspevok prezentuje výsledky čiastkovej analýzy prieskumu vzdelávacích potrieb slovenských pedagogických zamestnancov a zamestnankýň v oblasti výchovy k manželstvu a rodičovstvu (VMR) so zameraním sa na oblasti poznania Koncepcie VMR v školách, pôsobenia, činnosti a vzdelávania koordinátorov VMR a identifikácie miery ich vzdelávacích potrieb v jednotlivých tematických oblastiach VMR.

Namiesto úvodu

Školstvo je oblasťou, ktorej výsledky rozhodujúcim spôsobom ovplyvňujú vývoj každej spoločnosti. Všetky vlády Slovenskej republiky od jej vzniku uvádzali vo svojich programových vyhláseniach školstvo a jeho reformu ako jednu zo svojich priorít. Deklarované snahy sú však komplikované ekonomickou krízou, nestabilitou systému podmienenou konzervativizmom a častými politicky motivovanými zmenami objavujúcimi sa po každých voľbách. Kompetentní dávno priznali krízu školského systému vyplývajúcu z faktu, že škola učí v teórii žiakov niečo iné, ako je potrebné v živote a nereflektuje potreby reálnej praxe, meniaci sa koncept detstva detí a mládeže, ich životný štýl a s tým súvisiace ich novo vynárajúce sa potreby aj vo výchove a vzdelávaní (o nich sme písali v roku 2012), zvlášť v oblasti vnímania sexuality a spôsobu, akým sa s ňou v spoločnosti na rôznych úrovniach a diskurzoch manipuluje aj v školskom prostredí.

Už je tradíciou, že každoročne na kongrese prezentujeme informácie približujúce súčasný stav v problematike výchovy k manželstvu a rodičovstvu v podmienkach slovenských škôl. Zvykli sme si vyhýbať sa slovnému spojeniu *sexuálna výchova,* pretože často práve ono spúšťa okamžité odmietanie akejkoľvek diskusie v tejto oblasti edukácie. Všeobecne je v našich podmienkach v diskusii akceptovateľnejšie spojenie *výchova k manželstvu a rodičovstvu a etike itímnych vzťahov.* V príspevku používame spojenie *výchova k manželstvu a rodičovstvu* s príslušnou skratkou *VMR.* Vzhľadom k zaužívanému používaniu pojmov žiak, študent a učiteľ v mužskom rode aj pre označenie žien – učiteliek,

žiak, študent aj pre označenie žiačok, študentiek, nepoužívame v texte príspevku rodovo citlivý jazyk.

Celková sociálna klíma sa na Slovensku vo vzťahu k problematike VMR nemení, naopak, zástupcovia cirkví a niektorých mimovládnych organizácií ostro kritizujú pripravovaný zámer Inštitútu ľudských práv osloviť slovenské Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu so žiadosťou o zaradenie odbornej knihy o problematike LGBTI na slovenské stredné školy. Publikácia vzniká s finančnou podporou ministerstva zahraničných vecí, sponzorov a dobrovoľníkov. Jej vydanie bude sprevádzané informačnou kampaňou na jeseň 2013. Otázne je, či jej rezort školstva udelí schvaľovaciu doložku. Bez nej bude všetko závisieť len od individuálneho rozhodnutia riaditeľov škôl. Na základe vlastných pedagogických skúseností s výučbou VMR zdôrazňujeme, že odborný text je nevyhnutný pre kompetentné vyučovanie v tejto oblasti edukácie, ktorá je v súčasnosti citlivou témou nielen v školskom prostredí. Mnohí učitelia a riaditelia škôl i odborní zamestnanci poukazujú na nedostatočnú citlivosť žiakov v oblasti rešpektovania inakosti v ľudskej sexualite, ktorá býva často príčinou agresívneho správania, posmechu a šikanovania spolužiakov s inou sexuálnou orientáciou. Necitlivá komunikácia v tejto oblasti sa prejavuje už v základných školách. Tlak a nové požiadavky na školu rastú nielen vo vzdelávacej oblasti, ale hlavne výchovnej. Aj od učiteľov a učiteliek sa očakáva posilnenie výchovy v edukácii, vyžaduje sa viac pozornosti venovať prežívaniu, rozvíjaniu hodnotových systémov, motivácie, emocionálnej, sociálnej a morálnej inteligencie detí a mládeže, postojov a kritického myslenia aj v oblasti ľudskej sexuality ako neoddeliteľnej súčasti rozvoja osobnosti. Na Slovensku situáciu v oblasti sexuálnej výchovy komplikuje existencia dvoch paralelne vedľa seba existujúcich prístupov k sexualite: *liberálny,* presadzujúci holistický ľudsko-právny prístup akceptujúci rôznorodosť sexuality, reflektujúci meniace sa potreby, životné štýly, rodové roly, akcentujúci právo na informácie a *konzervatívny* prístup, zdôrazňujúci prokreačnú funkciu sexuality, stavajúci na duchovnom chápaní sexuality a význame rodiny, akcentujúci tradičné hodnoty, tradičné rodové roly s reštriktívnym prístupom k niektorým témam (antikoncepcia, interrupcia, homosexualita či sexualita realizovaná mimo rodinného rámca). Absencia odbornej diskusie kompetentných, ktorí by boli schopní akceptovať a primerane reflektovať súčasný stav v tejto oblasti, hľadať kompromisné riešenie len predlžuje neprijateľný stav, ktorý situáciu nezlepšuje, naopak, prehlbuje formalizmus v oblasti tejto oblasti edukácie.

Od prijatia Koncepcie VMR (1996) už uplynulo 17 rokov, k aktualizácii jej učebných osnov došlo len raz (2010) na úrovni Ústrednej predmetovej komisie etickej výchovy, s koordinátormi pre túto oblasť výchovy a vzdelávania sa systematicky pracovalo a pracuje veľmi málo, v niektorých školách ani nie sú ustanovení. Stále chýba dôsledná analýzy skutočného stavu realizácie VMR i systémový model pregraduálnej prípravy, odbornej prípravy a ďalšieho rozvíjania kompetencií pedagogických a odborných zamestnancov, ktorí by mali byť v školách v zmysle Koncepcie poverenými koordinátormi realizácie obsahu učebných osnov a cieľov VMR.

Prieskum vzdelávacích potrieb učiteľov v oblasti VMR

V príspevku prezentujeme niektoré prieskumné zistenia z čiastkovej analýzy, *cieľom* ktorej bolo identifikovať aktuálny stav úrovne a foriem realizácie Koncepcie výchovy k manželstvu a rodičovstvu (1996) a z nej vyplývajúcich učebných osnov (1998, 2010) v podmienkach primárneho, nižšieho a vyššieho sekundárneho vzdelávania – na slovenských základných a stredných školách a zistiť, v ktorých tematických oblastiach identifikujú oslovení učitelia a učiteľky záujem o ďalšie vzdelávanie. Výsledky dotazníkového merania považujeme za cenný zdroj relevantných východísk a podnetov pre tvorbu profesijne atraktívnych vzdelávacích programov v uvedenej oblasti.

Špecifické ciele boli zamerané na zisťovanie názorov respondentov a respondentiek na: vedomosti súvisiace s Koncepciou VMR, ustanovenie funkcie koordinátora VMR v škole, hodnotenie práce koordinátora VMR v škole, absolvované vzdelávanie v oblasti VMR, mieru potreby ďalšieho vzdelávania v oblasti VMR, mieru záujmu o vzdelávací program v oblasti VMR, postavenie VMR v školskom vzdelávacom programe, frekvenciu monitorovania vzdelávacích potrieb žiakov školy v oblasti VMR prostredníctvom vlastného prieskumu v škole, mieru záujmu o definované tematické oblasti VMR a potrebu zaradenia základného obsahového minima z oblasti VMR do povinného obsahu štátneho vzdelávacieho programu.

Na získanie potrebných údajov od respondentov sme použili vlastný dotazník skonštruovaný v súlade s cieľmi prieskumu a sprievodný list k nemu. Dotazník bol transformovaný do elektronickej podoby. Link na dotazník so sprievodným listom bol rozposlaný na 419 základných a stredných škôl podľa adries v databáze RP MPC Banská Bystrica. Predpokladali sme nízku návratnosť vzhľadom na obdobie administrácie dotazníka (máj - jún 2013). Spôsob administrácie dotazníkov neumožňoval jednoznačne identifikovať školy, ani ľudí, ktorí ho vyplnili, ako sa k nim dostali a aká bola ich motivácia k jeho vyplneniu. Dotazník obsahoval spolu 29 položiek zložených z podnetovej a odpoveďovej časti: prvých 6 položiek snímalo základné triediace údaje pre štatistické spracovanie dát a ostatných 23 položiek ponúkalo rôzne škály štruktúrovaných odpovedí (v každej bolo možné označiť len jednu možnosť) označujúcich určitú úroveň premennej.

V etape spracovania a vyhodnotenia výsledkov sme vychádzali z exportovanej databázy v MS Excel a údaje sme spracovali základnými prvostupňovými štatistickými charakteristikami: relatívna (RP=%) a absolútna početnosť (AP=N). V tabuľkách T1 až T8 uvádzame v stĺpcoch tabuliek údaje vždy podľa piatich typov škôl (štruktúra so skratkami v T1), pričom relatívne početnosti (%) sme počítali v každom type školy vo vzťahu k absolútnej početnosti typu školy (N), ktorý predstavoval 100%. Súčtový stĺpec a súčtový riadok (SPOLU) predstavuje relatívne početnosti vypočítané vo vzťahu k celkovému počtu zapojených škôl (N=95, N=100%). Číselné údaje sú zaokrúhlené a uvádzané ako celé čísla. Sú-

bor respondentov v našom prieskume nie je reprezentatívnym výberom a preto získané výsledky nie je možné zovšeobecňovať na základný súbor. Uvedené zohľadňujeme pri analýze a interpretácii získaných údajov.

Celkový súbor predstavoval 95 škôl, štruktúru ktorých uvádzame v T1. Zároveň sú v nej uvedené skratky škôl, ktoré používame v ďalších tabuľkách a interpretačnej časti. V celom súbore boli zastúpené školy s rôznymi zriaďovateľmi: cirkevné (5%), súkromné (2%) a prevládali štátne (95%). Najvyššie zastúpenie mali školy z Banskobystrického kraja (53%), nasledovali školy zo Žilinského kraja (35%), Trenčianskeho (12%) a Košického (1%).

T1 Súbor podľa typu školy (N=95)

Typ školy	**(N)**	**(%)**
ZŠ P – základné školy plnoorganizované	58	61
ZŠ N – základné školy neplnoorganizované	3	3
ŠZŠ – špeciálne základné školy	1	1
SŠ – stredné školy	32	34
OG – osemročné gymnáziá	1	1
SPOLU	**95**	**100**

Z výsledkov prieskumu

Na základe predchádzajúcich skúsenosti z praxe a vzdelávania pedagogických zamestnancov a zamestnankýň v neformálnom aj formálnom vzdelávaní a organizácie rôznych odborných seminárov a konferencií sme predpokladali, že informovanosť je nízka. Stretli sme sa v praxi aj s tým, že Koncepciu výchovy k manželstvu a rodičovstvu v školách nepoznajú doteraz vôbec a výsledky v našom prieskume to opäť potvrdzujú (T2).

Až 30 % zapojených škôl ju nepozná vôbec alebo veľmi málo. Najviac odpovedí (41%) svedčí o tom, že Koncepciu VMR poznajú v zapojených školách len čiastočne. Zvyšných 29 % zapojených škôl a to hlavne základných plnoorganizovaných pozná Koncepciu VMR veľmi dobre. Všetky ostatné odpovede svedčia o tom, že sa s Koncepciou VMR pracuje viac-menej formálne a nekomplexne (71%). V záujme realizácie obsahu a cieľov VMR vyplývajúcich z Koncepcie a učebných osnov VMR je uvedené zistenie len potvrdením podceňovania tejto oblasti edukácie v školských vzdelávacích programoch.

T2 Poznanie koncepcie VMR

Poznanie koncepcie	ZŠ P		ZŠ N		ŠZŠ		SŠ		OG		SPOLU	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
vôbec	5	9	0	0	0	0	6	19	0	0	11	12
veľmi málo	11	19	1	33	0	0	4	13	1	100	17	18
čiastočne	25	43	0	0	0	0	14	44	0	0	39	41
veľmi dobre	17	29	2	67	1	100	8	25	0	0	28	29
SPOLU	**58**	**61**	**3**	**3**	**1**	**1**	**32**	**34**	**1**	**1**	**95**	**100**

S uvedenými zistením súvisí aj existencia pozície koordinátorov VMR v zapojených školách, ich vzdelanie a súčasné aktivity. Vo väčšine zapojených základných škôl spolu so špeciálnou (N=39, 63 % z celkového počtu základných škôl –N=62) je jeden koordinátor pre celú školu, dokonca v ôsmich školách (13%) majú dvoch koordinátorov– pre každý stupeň jedného. Až v 14 základných školách (23%) koordinátor nie je určený.

V jednom prípade bolo v odpovedi iné uvedené, že nevedia, či v škole takáto funkcia existuje. V zapojených stredných školách a osemročných gymnáziách je situácia v porovnaní so základnými školami odlišná – vo väčšine z nich nie je kordinátor (N=18 čo predstavuje 55% z celkového počtu stredných škôl a osemročných gymnázií – N=33). Trinásť stredných škôl koordinátora má (39%) a v dvoch odpovediach iné sa respondenti vyjadrili: v jednej škole už funkcia zanikla a v druhej nevedia, či vôbec existuje (6%).

Konštatujeme, že z celkového počtu zapojených škôl (N=95) na väčšine z nich funkcia koordinátora existuje (64%), v niektorých dokonca pre 1. a 2. stupeň samostatne. Ostatné školy v tejto otázke nemajú jasno a nemajú túto pozíciu obsadenú.

K podobným zisteniam v tejto oblasti dospeli vo svojich výskumoch aj L. Nemcová (2007) a R. Masaryk (2004).

Z tých, ktorí sú ustanovení do pozícií koordinátorov VMR (64%) niektorí pracujú len formálne (32%) a ostatní sú aktívni (32%).

Zaujímalo nás, či koordinátori absolvovali nejaké vzdelávanie zamerané na rozvíjanie špecifických kompetencií pre realizáciu obsahu VMR (T3).

Výrazne prevláda absencia vzdelávania v tejto oblasti (47 škôl – 49%) a absolvované vzdelávanie pred rokom 1998 už nemusí reflektovať súčasné prístupy a posuny v odborných informáciách v niektorých tematických oblastiach VMR! Učitelia často sprostredkúvajú žiakom v niektorých oblastiach nepravdivé informácie, čo môže mať vážne následky (prevencia HIV/AIDS, homosexualita, masturbácia, interrupcia, antikoncepcia, fyziológia a anatómia reprodukčných orgánov) alebo nesprostredkúvajú dôležité informácie, lebo ich sami nemajú.

V tomto diskurze je veľmi dôležité, aby učitelia a koordinátori citlivo reflektovali svoj vlastný hodnotový systém, s ktorým do procesu výučby VMR vstupujú, keďže ten výrazne ovplyvňuje ich vlastné názory aj témy, ktoré pokladajú za dôležité alebo naopak. Nemusia byť v súlade s potrebami žiakov, s ktorými pracujú!

T3 Vzdelávanie koordinátorov

Vzdelávanie koordinátora/ky	**ZŠ P**		**ZŠ N**		**ŠZŠ**		**SŠ**		**OG**		**SPOLU**	
	(N)	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**
absolvoval pred r. 1998	4	7	1	33	0	0	3	9	0	0	8	8
absolvoval po r. 1998	11	19	1	33	0	0	4	13	0	0	16	17
neabsolvoval žiadne	35	60	1	33	1	100	10	31	0	0	47	49
iné – neviem	4	7	0	0	0	0	5	16	0	0	9	9
iné – bez koordinátora	4	7	0	0	0	0	10	31	1	100	15	15
SPOLU	**58**	**61**	**3**	**3**	**1**	**1**	**32**	**34**	**1**	**1**	**95**	**100**

R. Masaryk (2004) vo svojom výskume o hodnotových orientáciách učiteľov a učiteliek VMR zistil, že ako jeden z najzaujímavejších rozdielov sa rysuje celkové rámcovanie sexuality učiteľkami oproti predstave ich žiakov a žiačok. Učiteľky majú tendenciu vnímať sexualitu širšie, kódujú ju v dimenziách vzťahov, citovosti a rodinných hodnôt; žiakov a žiačky podľa ich slov zaujímajú skôr technické aspekty, prípadne cítia potrebu zakotviť si svoje neisté emócie či nekonzistentné informácie.

D. Marková (2012, s. 41) v tejto súvislosti analyzuje rôzne diskurzy o sexualite uvádzajúc, že väčšina vyjadrení a vysvetlení sexuality je sprostredkovaná jazykom, pričom si vyberáme z jazykových prostriedkov, ktoré máme v tejto oblasti k dispozícii – niektoré akcentujeme, niektoré obmieňame, iné zámerne potláčame, meníme alebo vynechávame. Autorka upozorňuje na fakt, že to *„ako*

s jazykom narábame my sami a inštitúcie, ktoré usmerňujú náš život, môže mať mnohé a celkom rozdielne dôsledky". Zároveň uvádza, že existuje veľa diskurzov sexuality a teda aj veľa sexualít. Diskurz podľa nej znamená *„spôsob, ako dať veciam význam, spôsob, akým sa o sexualite hovorí a ako sa vo vzťahu k nej koná"*!

Nadväzujúc na predchádzajúce uvádzame, že oveľa efektívnejšie by bolo, keby školy dokázali realizovať interné prieskumy vzdelávacích potrieb svojich žiakov v tejto oblasti edukácie a v súlade s nimi pripravovali obsah. Opýtali sme sa v dotazníku aj na túto oblasť.

Odpovede svedčia o tom, že v našich školách realizácia interných prieskumov nemá veľkú tradíciu (T4). Až 21 škôl (22%) nikdy nerealizovalo žiadny prieskum medzi žiakmi v oblasti vnímania sexuality. Ostatné skôr nepravidelne alebo príležitostne pri riešení nejakého problému, čo nepovažujeme za šťastné, pretože už ide o intervenčné aktivity a bolo by lepšie a efektívnejšie problémom preventívne predchádzať! Len 10 škôl (11%) realizuje prieskum pravidelne každý školský rok.

Pravidelné zisťovanie a evalvácia aktivít by zefektívnili proces plánovania zmysluplných aktivít pre žiakov, ale aj ich zákonných zástupcov v tejto oblasti. Mnohí z nich považujú oblasť VMR za veľmi citlivú a v dôsledku stereotypného vnímania významu sexuality výlučne a primárne ako pohlavného styku, potrebujú a často aj ocenia podrobnejšie informácie o obsahu, cieľoch a metodike edukácie v tejto oblasti.

T4 Prieskum vzdelávacích potrieb v oblasti VMR u žiakov a žiačok

Prieskum u žiakov / žiačok	**ZŠ P**		**ZŠ N**		ŠZŠ		**SŠ**		**OG**		**SPOLU**	
	(N)	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**	**(N)**	**(%)**
nikdy	13	22	1	33	0	0	6	19	1	100	21	22
nepravidelne, náhodne	13	22	0	0	0	0	15	47	0	0	28	29
príležitostne - riešenie nejakého problému	22	38	2	67	1	100	11	34	0	0	36	38
pravidelne, každý školský rok	10	17	0	0	0	0	0	0	0	0	10	11
SPOLU	**58**	**61**	**3**	**3**	**1**	**1**	**32**	**34**	**1**	**1**	**95**	**100**

V oblasti identifikácie vzdelávacích potrieb zapojených koordinátorov sme zistili, že až 53 % zapojených škôl deklaruje vysokú až veľmi vysokú potrebu ďalšieho vzdelávania v oblasti VMR a ak by bol ponúknutý do kontinuálneho vzdelávania učiteľom relevantný vzdelávací program, až 76 % zapojených škôl by o jeho absolvovanie malo záujem (T5). Z odpovedí v kategórii *iné* môžeme za vysoký záujem považovať odpovede: aj pre učiteľov a učiteľky náboženskej výchovy (2), aj pre odborných zamestnancov (2). Je to pozitívne zistenie z pohľadu novej oblasti vzdelávacích potrieb a priestoru pre tvorbu adekvátneho vzdelávacieho programu.

T5 Záujem o vzdelávací program v oblasti VMR

Záujem o VP vo VMR	ZŠ P		ZŠ N		ŠZŠ		SŠ		OG		SPOLU	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
žiadny	2	3	1	33	0	0	0	0	0	0	3	3
nízky	10	17	0	0	0	0	6	19	0	0	16	17
značný	32	55	1	33	1	100	21	66	0	0	55	58
vysoký	12	21	1	33	0	0	3	9	1	100	17	18
iné	2	3	0	0	0	0	2	6	0	0	4	4
SPOLU	**58**	**61**	**3**	**3**	**1**	**1**	**32**	**34**	**1**	**1**	**95**	**100**

V poslednej časti definujeme jednotlivé tematické oblasti VMR (spolu ich je 14) a deklarovanú úroveň zaujímavosti pre ďalšie vzdelávanie zapojených učiteľov (T6). Sú tabelované s farebným podmieneným formátovaním pre lepšiu názornosť. Pre prehľadnosť jej čítania uvádzame legendu ku skratkám tematických oblastí:

TO 1 VMR v kontexte medzinárodných a národných dokumentov
TO 2 Didkatika VMR
TO 3 Osobnosť učiteľa/ky VMR
TO 4 Odborná terminológia, jazyk a vyjadrovanie
TO 5 Sexuálne a reprodukčné zdravie a ľudské práva v oblasti VMR
TO 6 Gender a rodovo citlivá výchova v škole, rodové stereotypy
TO 7 Zodpovednosť v sexuálnom a reprodukčnom správaní
TO 8 Medziľudské vzťahy, komunikácia a identifikácia citov
TO 9 Dospievanie a adolescencia – vnímanie tela, modely zdravia
TO 10 Anatómia a fyziológia reprodukčných orgánov a zdravie
TO 11 Plánované rodičovstvo – etika a zodpovednosť
TO 12 Ochrana a prevencia pred HIV/AIDS a sexuálne prenosnými infekciami
TO 13 Ochrana pred sexuálnym a sexualizovaným násilím a zneužívaním
TO 14 Sexuálna orientácia a tolerancia

T6 Záujem o tematické oblasti VMR

TO	a		b		c		d		e		SPOLU	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
TO 1	9	9%	60	63%	2	2%	24	25%	0	0%	95	100%
TO 2	8	8%	69	73%	2	2%	16	17%	0	0%	95	100%
TO 3	9	9%	67	71%	5	5%	13	14%	1	1%	95	100%
TO 4	11	12%	69	73%	4	4%	11	12%	0	0%	95	100%
TO 5	19	20%	67	71%	1	1%	6	6%	2	2%	95	100%
TO 6	16	17%	51	54%	4	4%	22	23%	2	2%	95	100%
TO 7	33	35%	54	57%	0	0%	7	7%	1	1%	95	100%
TO 8	44	46%	45	47%	1	1%	5	5%	0	0%	95	100%
TO 9	31	33%	62	65%	0	0%	2	2%	0	0%	95	100%
TO 10	12	13%	64	67%	7	7%	11	12%	1	1%	95	100%
TO 11	43	45%	48	51%	1	1%	3	3%	0	0%	95	100%
TO 12	32	34%	59	62%	2	2%	2	2%	0	0%	95	100%
TO 13	36	38%	55	58%	0	0%	4	4%	0	0%	95	100%
TO 14	26	27%	57	60%	2	2%	10	11%	0	0%	95	100%

Legenda: a – veľmi zaujímavá, b – zaujímavá, c – nezaujímavá, d – neviem sa rozhodnúť, e – iné

Väčšina tém bola pre zapojené školy zaujímavá až veľmi zaujímavá – vo všetkých TO presiahol záujem (a+b) 70 %. Voľba odpovede *iné* bola minimálna. Viackrát boli respondenti nerozhodní a zvolili únikovú odpoveď *neviem sa rozhodnúť*. Z hľadiska cieľov prieskumu bola však uvedená položka veľmi dôležitá a jej výsledky potvrdili vysoký záujem o problematiku VMR v zapojených školách a potrebu rozpracovať a ponúknuť adekvátny vzdelávací program. Jednotlivé tematické oblasti sme zoradili podľa označenia úrovne zaujímavosti do poradia od najzaujímavejšej až po najmenej zaujímavú v škále - *veľmi zaujímavá - zaujímavá* (a+b) v tabuľke T7.

Dominantnou oblasťou je oblasť informácií o dospievaní, adolescencii a modeloch zdravia, vnímania tela. Za ňou nasledujú témy plánovaného rodičovstva, ochrany a prevencie pred HIV/AIDS, sexuálne prenosnými infekciami a ochrana pred sexuálnym a sexualizovaným násilím a zneužívaním. Na poslednom mieste zaujímavosti sa ocitla téma genderu, rodových stereotypov a rodovo citlivej výchovy – tento výsledok potvrdzuje fakt, že v našej spoločnosti je výchova stále veľmi tradičná a rodovo stereotypná, ľudia sú málo senzibilní na používanie rodovo citlivého jazyka a odbúravanie rodových stereotypov. V tejto oblasti bolo uvedených najviac nerozhodných odpovedí. Často si ani učitelia nevedia predstaviť, čo je obsahom tejto témy, ich vlastné postoje sú plné predsudkov a stereotypov. Ani v pregraduálnej príprave sa budúci učitelia a učiteľky nemajú možnosti vzdelávať sa systematicky v oblasti rodovo podmienených rozdielov v procesoch učenia sa chlapcov a dievčat a ku všetkým sa pristupuje rovnako. O používaní rodovo citlivého jazyka v školksom prostredí sa diskutuje málo. Podobne je to v edukačnej praxi učiteľov a učiteliek a často aj odborných zamestnancov a zamestnankýň!

T7 Poradie tematických oblastí podľa záujmu

a+b	Tematické oblasti													
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
N	69	77	76	80	86	67	87	89	93	76	91	91	91	83
%	73	81	80	84	91	71	92	94	98	80	96	96	96	87
poradie	**13.**	**10.**	**11.-12.**	**9.**	**7.**	**14.**	**6.**	**5.**	**1.**	**11.-12.**	**2.-4.**	**2.-4.**	**2.-4.**	**8.**

Nakoniec nás zaujímalo, čo si respondenti myslia o potrebe zaradenia základného obsahového minima z oblasti VMR do povinného obsahu v školách (T8). Výsledok je jednoznačný v prospech tvroby a zaradenia povinného základného obsahového minima z oblasti VMR do obsahu škôl. Vyjadrilo to až 83 zapojených škôl – 87%!

T18 Záujem o povinné obsahové minimum z oblasti VMR

Obsahové minimum VMR	ZŠ P		ZŠ N		ŠZŠ		SŠ		OG		SPOLU	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
žiadna potreba	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
nízka potreba	4	7	1	33	0	0	6	19	0	0	11	12
značná potreba	39	67	1	33	1	100	19	59	0	0	60	63
vysoká potreba	14	24	1	33	0	0	7	22	1	100	23	24
SPOLU	**58**	**61**	**3**	**3**	**1**	**1**	**32**	**34**	**1**	**1**	**95**	**100**

Závery a odporúčania

Na základe výsledkov nášho prieskumu sme sformulovali nasledujúce odporúčania:

1. zvýšiť informovanosť slovenských škôl o existencii Koncepcie VMR a úloh z nej vyplývajúcich,
2. vyzvať školy k delegovaniu kompetencií v oblasti VMR v zmysle Koncepcie a ustanoviť konkrétneho zamestnanca do pozície koordinátora VMR,
3. ponúknuť školám adekvátne vzdelávanie v súlade s cieľmi a obsahom učebných osnov a konkrétnymi potrebami žiakov škôl v tejto oblasti (realizovať vlastný prieskum),

4. ponúknuť vzdelávací program pre osvojenie a rozvíjanie kompetencií v oblasti metodológie prieskumu vzdelávacích potrieb žiakov, zisťovania ich názorov a postojov (aj ich zákonných zástupcov) v oblasti VMR ako východisko pre nastavenie efektívnych programov edukácie v oblasti VMR v konkrétnych školách,
5. vypracovať vzdelávací program v súlade s učebnými osnovami VMR a medzinárodnými záväzkami v oblasti ľudských práv a holistického prístupu v edukácii (WHO Európske štandardy pre sexuálnu výchovu, 2010) a predložiť ho na akreditáciu,
6. vypracovať odborne relevantný informačný učebný materiál k jednotlivým oblastiam VMR určený nielen pre koordinátorov a koordinátorky VMR,
7. podporovať realizáciu výskumov v oblasti VMR a sexuálneho správania detí a mládeže ako dôležitého nástroja pre získavanie relevantných informácií o meniacom sa životnom štýle a potrebách detí a mládeže – je to východisko pre saturáciu identifikovaných potrieb a tvorbu efektívnych preventívnych edukačných programov,
8. adresovať konkrétne výzvy a odporúčania kompetentným k pozitívnym zmenám v tejto oblasti edukácie ako dôležitej súčasti rozvíjania kľúčových kompetencií.

Na záver konštatujeme, že dlhodobé ignorovanie problematiky VMR v edukácii žiakov slovenských škôl je v rozpore s ich novo vynárajúcimi sa potrebami a meniacim sa životným štýlom. Mladí ľudia budú vstupovať do sexuálnych vzťahov a aktivít bez ohľadu na názory, moralizovanie a reštriktívne opatrenia autorít (ak ešte vôbec v súčasnosti nejaké uznávajú). Potrebujú však relevantné informácie a dostatočnú kompetenčnú výbavu na to, aby dokázali na kultúrnej úrovni napĺňať svoje sexuálne potreby, aby sa dokázali aj v tejto oblasti svojho zdravia správať zodpovedne a bezpečne.

(Príspevok je výstupom riešenia grantového projektu VEGA 2/0015/12: životné štýly, normy a ich prekračovanie: cesty k osobnej a spoločenskej prospešnosti.)

Adresa autorky
PaedDr. Lenka Rovňanová
Katedra pedagogiky, Pedagogická fakulta UMB, Ružová 13, 974 11
Banská Bystrica, Slovenská republika,
lenka.rovnanova@umb.sk, +421 48 446 4755
Spoločnosť pre plánované rodičovstvo, Slovenská republika

Literatúra

KONCEPCIA Výchovy k manželstvu a rodičovstvu. 1996. Bratislava: Ministerstvo školstva, 1996.
MARKOVÁ, D. 2012. *O sexualite, sexuálnej morálke a súčasných partnerskych vzťahoch.* 1. vyd. Nitra: Garmond, 2012. 262 s.
ISBN 978-80-89148-76-9.

MASARYK, R. 2004. *Výchova k manželstvu a rodičovstvu na Slovensku – témy, diskurzy a názory učiteliek/učiteľov*. Zborník z Olomouckých psychologických dní, 2004.

NEMCOVÁ, L. 2007. *Výchova k manželstvu a rodičovstvu v škole*. Banská Bystrica: PF UMB, 2007. 100 s. ISBN 978–80-8083-569-9.

Učebné osnovy Výchova k manželstvu a rodičovstvu.1998. Bratislava: MŠ SR pod číslom 2493 / 1998 – 41 s platnosťou od 1.9.1998. 1998. 17 s. ISBN 80–967734–9–6.

Učebné osnovy Výchova k manželstvu a rodičovstvu. Bratislava: MŠ SR pod číslom 4560 / 2010– 916.14 s.

WHO Regional Office for Europe and BZgA. 2010. *Standards for Sexuality Education in Europe. A Framework for policy makers, educational and health authorities and specialists.* The 1st Edition. Cologna: Federal Centre for Health Education, 2010. ISBN 978–3–937707–82–2.

Pacient jako poškozený při poskytování zdravotní péče

Olga Sovová

V tomto příspěvek nastíním specifické **postavení pacienta jako příjemce zdravotní péče,** který je zároveň potenciálně právě v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu a zranitelnosti poskytováním zdravotní péče ohrožen.Zvláštní pozornost pak bude věnována ochraně práv nezletilého pacienta a právům a povinnostem zákonného zástupce i zdravotnických pracovníků a poskytovatele zdravotní péče.

Zákon o zdravotních službách[1] zdůrazňuje rovnoprávné postavení pacienta a jeho zapojení a spolurozhodování o poskytované zdravotní péči. Je nesporné, že informovaný souhlas pacienta je rámcem, který zaručuje obsah i rozsah zdravotní péče. Přesto však je pacient slabší stranou vztahu pacient - zdravotnický pracovník - poskytovatel péče.[2]

Pacient, přes veškeré jemu poskytnuté informace, nedisponuje dostatečnými odbornými znalostmi, neuvědomuje si nebo není informován o tom, že mu v důsledku poskytování zdravotní péče, a to dokonce péče lege artis, hrozí určitá rizika. K těmto rizikům patří například možnost nozokomiální nákazy, záměny pacienta nebo, a to je nejčastější problém při poskytování zdravotní péče, selže lidský faktor. Znalecké posudky v této souvislosti velmi často poukazují na skutečnost, že na lůžkových odděleních nemocnic nejsou vypracovány **standardní operační postupy** (SOP), mj. i proto, že neexistuje legislativní základ, který by buď toto ukládal nebo byl sám základem pro SOP.

K tomu je velmi návodné vyjádření znaleckého ústavu v trestní kauze projednávané v roce 2012:

Na události se jistě podílel i fakt, že v nemocnici v době události nebyl vytvořen standard k podání transfúzních přípravků a vše probíhalo dle zvyklostí pracoviště. V době incidentu tedy zřejmě neexistovaly řádně vypracované metodické pokyny, standardní operační postupy, standardy lékařských postupů a nebyly zavedeny identifikační náramky nemocných. Lokální standardy a jejich dodržování je klíčové, neboť v současné době neexistuje národní standard pro podání transfuze (jsou dostupná pouze starší doporučení, která nejsou dlouhodobě aktualizovaná). Proto by jednotlivá zdravotnická zařízení měla mít vypracované jak kompetence pracovníků, tak postupy pro všechny

[1] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

[2] Nadále bude použit pojem zdravotnický pracovník, pokud nebude třeba výslovně zdůraznit, že zdravotní péči poskytuje některá ze zdravotnických profesí nebo jde o činnosti poskytovatele.

stupně procesu podání transfuze. Pracovníci mají být školeni v dodržování předepsaných postupů. [3]

Pacient i jemu blízké osoby jsou velmi často nejen v **postavení poškozených**, ale zároveň i **svědků.** Odborná literatura uvádí, že jsou cenným zdrojem informací o tom, co se skutečně přihodilo. *"Žena tak mohla podat svědectví o všem, co jako pacientka vnímala a prožívala, včetně chování zdravotnických pracovníků."*[4]

Je však třeba upozornit na to, že vnímání pacienta může být zkresleno, např. pod vlivem sedativ nebo horečkou. Stejně tak osoby blízké prožívají závažné situace emotivně a často i zdravotničtí pracovníci, ve snaze příbuzné uklidnit, podají některé informace neúplné nebo zkreslené.

V každém případě tedy při prokazování poškození pacienta ve zdravotnictví je nutné vycházet nejen ze svědeckých výpovědí pacientů, jejich blízkých, či zdravotnických pracovníků, ale velkou roli zde hraje i **znalecký posudek** nebo minimálně odborné vyjádření.

Nejdůležitějším důkazním prostředkem při posouzení toho, zda pacient zemřel v důsledku zanedbání nebo neodborného poskytnutí zdravotní péče či nozokomiální nákazy, je **provedení pitvy**. Mnozí pozůstalí si však z důvodu piety pitvu nepřejí a zdravotnická zařízení se jim, dle možností, snaží vyhovět.

Zákon o zdravotních službách však nařizuje zdravotnickému zařízení provést pitvu tehdy, pokud některý ze zdravotnických pracovníků nebo blízká osoba vysloví podezření na možnost zanedbání zdravotní péče. Pitvu upravuje zákon o zdravotních službách v § 88, který rozlišuje pitvu patologicko-anatomickou, zdravotní, soudní a anatomickou. V případě, že je podezření na možné pochybení, provádí se **pitva zdravotní.**

K provedení zdravotní pitvy je oprávněn poskytovatel v oboru soudní lékařství. Zdravotní pitva se hradí z veřejného zdravotního pojištění. Pokud však pozůstalí chtějí zjistit příčinu úmrtí obecně, aby se sami rozhodli, zda případně vznesou nároky vůči zdravotnickému zařízením, pak mohou o zdravotní pitvu požádat a sami ji uhradit. Zdravotnické zařízení v případě, že má zájem zjistit příčinu úmrtí, pak je vždy oprávněno přistoupit k **pitvě patologicko-anatomické.**[5] Z hlediska důkazního, v občanském soudním řízení, při jednání o náhradě škody, je postačující pitva patologicko-anatomická. V trestním řízení je nutné vždy přistoupit k **pitvě soudní.** Zákon o zdravotních službách také stanoví, kdy je třeba zdravotní či patologicko-anatomickou pitvu přerušit a přistoupit k pitvě soudní.

---

[3] Citováno dle rozsudku Okresního soudu ve Vsetíně, čj. 1 T 95/2010.

[4] Hrib, N.: Kriminalistika a zdravotnictví, Plzeň, A. Čeněk, 2010, str. 122.

[5] Nejde-li přímo o případ, kdy toto provedení této pitvy nařizuje zákon - § 88, odst. 3 zákona o zdravotních službách.

V okamžiku, kdy pacient nebo jeho pozůstalí dojdou k závěru, že došlo k zanedbání povinností ze strany zdravotnického personálu, pak obvykle podávají stížnost poskytovateli nebo se přímo obracejí na orgány činné v trestním řízení. Je třeba si však vždy uvědomovat, že trestní právo je nástrojem, který by měl nastoupit až jako poslední a měly by být vyčerpány veškeré další právní prostředky nápravy.

V příspěvku se pokusím shrnout možnosti jak pro poškozeného pacienta, tak pro zdravotnická zařízení, která obvykle mají zájem vyhnout se negativní publicitě s ohledem na mediální vděčnost pochybení při poskytování zdravotní péče.[6]

Ochrana lidského života je zakotvena v článku 2 Úmluvy o ochraně lidských práv a svobod. Obdobně chápe právo na život jako základní právo i Listina základních práv Evropské unie (EU).[7] Úmluva o ochraně lidských práv a svobod se odráží i v článku 6 odst. 1 LSZP:

„Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“

Pacient je tedy nejen tím, kdo určuje meze zásahu do své tělesné integrity, ale i tím, kdo se může domáhat nároku na náhradu v případě, že se domnívá, že jeho osobní sféra byla lékařským zákrokem narušena a poškozena.

Tento přístup zaujala i Úmluva o biomedicíně. V článku 1 stanoví: „*Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.“*

Dalším ústavně zakotveným právem je **právo na ochranu zdraví**. Toto právo je obecně chápáno jako sociální právo, které může být modifikováno zákonem a rovněž závisí na konkrétních ekonomických podmínkách a možnostech státu.

Právo na ochranu zdraví zakotvuje Listina základních práv EU ve svém článku 35, Úmluva o biomedicíně v článku 3[8] a především LSZP v článku 31:

„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“[9]

Odpovědnost za poškození pacienta může být různého typu. Ve vztahu pacient – blízké osoby – zdravotnický pracovník – poskytovatel přichází nejčastěji v úvahu odpovědnost občanskoprávní a trestně právní. Pokud se pochybení

---

[6] Viz např. titulek v HN 31. 8. 2012: „Tři a půl milionu. Padlo rekordní odškodnění za smrt vinou lékařů“.

[7] *eur-lex.europa.eu/cs/treaties/.../C2007303CS.01000101.htm.*

[8] *Strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.*

[9] K výkladovým problémům čl. 31 LSZP viz např. Sovová, O.: Zdravotnická praxe a právo, Leges 2011, str. 34.

dopustí zdravotnický pracovník, který je členem profesní komory, lze vyvodit i profesní disciplinární odpovědnost.

Rovněž poskytovatel, který nedbalou kontrolou, nedostatky či neexistujícím v SOP nebo nedostatečným personálním vybavením zaviní škodu, může být nyní postižen za **správní delikt podle zákona o zdravotních službách.** Vzhledem k novosti právního předpisu a také skutečnosti, že nedávno byla teprve dokončena registrace státních zdravotnických zařízení, lze pochybovat o tom, že orgány správního dozoru budou mít v nejbližších měsících dostatečné kapacity na účinný postih delikventů[10].

Zdravotnický pracovník – zaměstnanec může být postižen podle zákoníku práce[11] v závislosti na závažnosti pochybení od výtky až po okamžité zrušení pracovního poměru. U zdravotnických pracovníků, kteří jsou oprávněni pracovat bez dozoru, může dojít k omezení jejich kompetencí, tedy rozsahu samostatné práce, čímž se otvírá zaměstnavateli možnost pro snížení mzdy nebo osobního příplatku.

Pro poškozeného pacienta je však nejdůležitější možnost satisfakce, a to jak v podobě omluvy, tak finanční, což nabízí postih občanskoprávní i trestněprávní. Právě v oblasti trestního práva se od 1. září 2012 otevírají značné možnosti pro urychlení narovnání újmy citové i na zdraví.

Při veškerých jednáních je však nutné mít na paměti skutečnost, že zdravotnická zařízení jsou pojištěna pro případ profesní chyby, takže jedním z rozhodujících faktorů při snaze o odškodnění mimosoudní cestou, je i **stanovisko pojišťovny**. Pojišťovny jsou obvykle ochotny poskytnou odškodné jako pojistné plnění pouze v rozsahu stanoveném občanskoprávními předpisy. [12]

Jednou ze základních podmínek mimosoudního narovnání pak je, že pacient nebude pochybení zdravotnického zařízení medializovat.

Pacient jako poškozený z pohledu soukromého práva

V rámci občanskoprávní odpovědnosti za poskytování zdravotní péče můžeme najít několik úrovní, na nichž se posuzuje intenzita zásahu do života, poškození osoby, případně i dalších osob v rámci zásahu do práva na nerušený rodinný život.

Základním právním předpisem je **občanský zákoník**, který řadí v § 11 ochranu života a zdraví k těm osobnostním právům, kterým je nutno poskytovat právní ochranu:

„Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.“

---

[10] Ke správním deliktům poskytovatelů srv. zejména § 117 zákona o zdravotních službách.

[11] Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

[12] Srv. § 444 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.

Život a zdraví jsou hodnotově předřazeny dalším, byť i příkladmo vyjmenovaným osobnostním právům. Právě toto ustanovení občanského zákoníku se stalo základem, který umožňuje zásadní, obvykle nevratná a trvalá poškození zdraví, ať již se smrtelným následkem či nikoli, odškodňovat částkami, které vysoce převyšují paušální náhrady a umožňují postiženému zlepšit kvalitu svého života. V případě soudního sporu má obecně řečeno soud možnost úvahy o výši přiměřeného zadostiučinění i s ohledem na to, zda přihlédne nejen k tomu, že samotný pojem zadostiučinění znamená satisfakci za již prožité příkoří, ale i zároveň zváží moderní trend, který se přiklání k preventivnímu působení odškodného.

Určení konkrétní výše nároku na úhradu je složité. Stanovení částky velmi často při snaze o mimosoudní narovnání závisí spíše na pocitové stránce poškozeného nebo jeho rodiny, případně i na konkrétním vyčíslení nákladů na další péči.

V případech náhrady **škody na zdraví** i náhrady **nemateriální újmy,** se uplatní odškodnění tzv. **primární oběti,** což je osoba přímo poškozená. Její nároky zanikají jejím úmrtím a na rodinu nebo jiné dědice nepřecházejí. Dále rodina nebo blízká osoba může jako tzv. **sekundární oběť,** tedy ten, kdo byl dotčen na svých právech poškozením primární oběti, požadovat jak náhradu škody, tak odškodnění nemateriální újmy.

K tomuto je velmi návodné rozhodnutí II. ÚS 517/99, které uvádí kritéria pro určení sekundární oběti:

„Součástí soukromého života je též rodinný život zahrnující i vztahy mezi blízkými příbuznými, když k rodinnému životu patří nejen sociální a morální vztahy, ale také zájmy materiální povahy (např. vyživovací povinnost). Respektování takto pojatého rodinného života zahrnuje závazek státu jednat způsobem umožňujícím normální rozvoj těchto vztahů“.

Vedle náhrady za zásah do osobnostních práv občanský zákoník v § 444 a navazující vyhlášce č. 440/2001 Sb., konkrétně stanovenými částkami upravuje náhradu škody na zdraví, bolestné a ztížení společenského uplatnění.

Je nesporné, že hodnoty jako je zdraví a život není možné vyvážit či dokonce nahradit penězi. Na druhé straně ustanovení o ochraně osobnosti právě v oblasti práva na život a na zdraví jsou někdy zneužívána proti poskytovatelům zdravotní péče, kdy pacienti nebo jejich rodiny vyhrožují medializací a trvají na odškodnění i v případech, kdy nelze prokázat zavinění poskytovatele.

Pacient jako poškozený z pohledu veřejného práva

Odpovědnost za škodu způsobenou při poskytování zdravotní péče můžeme rozdělit ve veřejném právu na **odpovědnost za správní delikt** a na **odpovědnost za trestný čin.**

Poškozený pacient či blízké osoby mají v oblasti správní odpovědnosti velmi málo prostředků, jak se domoci svých práv, zejména náhrady škody. Odpovědnost za správní delikty související s poskytováním zdravotní péče není

odpovědností za přestupek, takže poškozený nemá možnost připojit se se svým nárokem v adhezním řízení. Poškozený není ani účastníkem řízení, takže nemá možnost nahlížet do správního spisu.

Pokud je vedeno **disciplinární řízení** proti zdravotnickému pracovníkovi, což je možné pouze u profesí s nuceným členstvím v profesní komoře, pak jen v řízení před Českou lékařskou komorou má oznamovatel deliktu právo dozvědět se výsledek a může podat námitku, avšak tato nemá odkladný účinek.[13]

Disciplinární spis si nicméně buď z moci úřední nebo na návrh poškozeného může vyžádat jako důkazní prostředek soud.

Škála správních deliktů poskytovatelů zdravotní péče je v zákoně o zdravotních službách poměrně široká a může skončit až odnětím registrace poskytovatele, avšak jak výše uvedeno, dosud nejsou žádné zkušenosti s výkonem správního dozoru nad poskytovateli podle nové zdravotnické legislativy. Vzhledem k neveřejnosti správního řízení však poškozený rovněž nemá možnost zjistit rozhodné skutečnosti ze správního spisu. Pokud podá orgánu dohledu stížnost na poskytování zdravotní péče, má právo být informován, jak byla stížnost vyřízena.

Trestní právo je krajním prostředkem veřejného práva, který se uplatní jen v nejzávažnějších případech. Ve zdravotnictví přicházejí v úvahu hlavně **trestné činy nedbalostní.** S úmyslnými trestnými činy se setkáváme jen výjimečně (např. tzv. heparinové vraždy), a proto i při způsobení škody by měly být přednostně využity jiné druhy právní odpovědnosti a postihu.

Dojde-li při poskytování zdravotní péče k poškození zdraví nebo způsobení jiné škody pacientovi a je-li podáno trestní oznámení, může se pacient připojit jako poškozený k trestnímu stíhání pachatele. Poškozeným může být i zdravotní pojišťovna v případě, že uhradila alespoň část nákladů spojených s léčením pacienta. Poškozenými jsou rovněž osoby, které byly na pacientovi závislé svou výživou nebo s ním žijí ve společné domácnosti a nejsou osobami blízkými.

Poškozená osoba má trestním řádem (TŘ)[14] zaručena široká procesní oprávnění, která právě v oblasti zdravotnictví, ale nejen zde, jsou zčásti i nadužívána a využívána k tomu, aby nabádala orgány činné v trestním řízení opatřit podklady pro další občanskoprávní soudní řízení za situace, kdy se neprokáže, že by byl spáchán trestný čin. V této souvislosti je nutné upozornit na to, že postavení poškozeného mají i osoby, které jsou právními nástupci poškozeného, pokud jde o nárok na náhradu škody (§ 45, odst. 3 TŘ). Toto obecné ustanovení, které samozřejmě dopadá i na právnické osoby, v případě smrti pacienta znamená, že jeho dědicové vstupují do práv poškozeného.

Poškozený má často v řízení i postavení svědka, kdy zároveň vypovídá před soudem, o průběhu onemocnění a léčby, při které došlo k poškození zdraví. Poškozeným je většinou **oběť trestného činu**, podle zákona č. 209/1997 Sb.,

---

[13] Srv. Disciplinární řád České lékařské komory, § 11, odst. 1., www.lkcr.cz

[14] Zákon č. 141/1964 Sb.

o poskytnutí peněžité pomoci obětem trestné činnosti, je obětí ta fyzická osoba, *"....které v důsledku trestného činu vznikla škoda na zdraví. Za oběť se považuje i osoba pozůstalá po oběti, která v důsledku trestného činu zemřela, byla-li rodičem, manželem nebo dítětem zemřelého a současně v době jeho smrti s ním žila v domácnosti, nebo osoba, které zemřelý poskytoval nebo byl povinen poskytovat výživu."*

Trestné činy při poskytování zdravotní péče jsou obvykle spáchány z nedbalosti. Ve smyslu trestního zákona jde tedy o **přečin**.[15] U tohoto typu trestného činu umožňuje trestní řád určitý zvláštní způsob postihu pachatele s ohledem na to, že účelem nemá být jen postih pachatele, ale rovněž odškodnění oběti trestného činu.

Odklon v trestním řízení umožňuje zmírnit následky trestného činu podstatně rychleji než často zdlouhavé trestní řízení a zároveň je zachována i preventivní a výchovná složka postihu pachatele, čímž je dosaženo účelu trestního řízení.

Proto je pro poškozeného v určitých situacích výhodné přistoupit na **narovnání,** jak umožňuje TŘ v § 309 an., neboť má jistotu, že odškodnění dostane v přiměřené době i vyhovující výši. Obdobně může být poškozený pacient nebo jeho pozůstalí odškodněni v rámci **podmíněného zastavení trestního stíhání.**[16]

Nově zavedený institut dohody o vině a trestu[17] **nemění nic na oprávnění poškozeného přihlásit se s nárokem na náhradu škody a účastnit se veřejného zasedání, ve kterém se dohoda schvaluje. Pokud se poškozený řádně přihlásí a uplatní nárok, pak přiznání náhrady je nedílnou součástí schválení dohody o vině a trestu. Nicméně je třeba upozornit na to, že zejména nároky poškozeného na nemateriální újmu, kterou je možné přiznat i v trestním řízení, budou mnohdy přesahovat obvyklý rozsah dokazování, a tedy i možnost projednání v rámci řízení o dohodě o vině a trestu. Zdravotnický pracovník by měl však vždy mít na paměti, že při tomto typu řízení musí mít k dispozici obhájce.**

Odpovědnost poskytovatele zdravotní péče v rámci trestního práva je posuzována podle zákona o trestní odpovědnosti právnických osob,[18] kde přicházejí v úvahu zejména trestné činy porušující ochranu osobních údajů pacientů neoprávněným přístupem do počítačového systému a rovněž křivá výpověď nebo nepravdivý znalecký posudek.

---

[15] Srv. § 14, odst. 2 TZ: Přečiny jsou všechny nedbalostní trestné činy a ty úmyslné trestné činy, na něž trestní zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby do pěti let.

[16] Srv. § 307, odst. 1, písm. c) TŘ, k výkladu o ochraně poškozeného při poskytování zdravotní péče, srv. též Sovová, O.: op.cit., kap. V.11, str. 277 - 230.

[17] Srv. zejm. § 314r TŘ.

[18] Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

Při srovnání ochrany oprávněných zájmů poškozeného pacienta a rovněž možnosti rychlé a co nejméně nákladné nápravy škody dojdeme k závěru, že zatím nejrychlejší odškodnění za co nejmenších nákladů, poskytuje trestní právo. To však obvykle platí pouze v případě, že poškozený nežádá náhradu nemateriální újmy. V těchto případech, kdy s ohledem na nutnost komplikovaného dokazování nebo i skutečnosti, že nelze najít konkrétního viníka, takže neexistuje odsuzující rozsudek v trestním řízení, je pak poškozený odkázán na zdlouhavé občanskoprávní soudní řízení. V tomto řízení pak často, i vlivem nutnosti dokazovat zavinění a rozsah škody i nemateriální újmy, jsou poškozený nebo jeho pozůstalí výrazně traumatizováni.

Na druhé straně, ani pro zdravotnické pracovníky i provozovatele zdravotnických zařízení není situace jednoduchá, neboť po několik let procházejí soudním procesem, jehož výsledek je mnohdy jen těžko předpovídatelný a představuje jak riziko osobní, tak samozřejmě i nezanedbatelné finanční při požadavcích na milionové odškodné.

Lze proto zásadně doporučit oběma stranám, aby se snažily soudnímu řízení vyhnout a najít přijatelný kompromis, což dnes umožňuje nejen řízení civilní, ale též řízení trestní.

Nezletilý jako poškozený při poskytování zdravotní péče

V souladu s občanským zákoníkem je nezletilým osoba, která nedosáhla věkové hranice 18 let, a z tohoto důvodu není plně způsobilá k právním úkonům. Trestní zákoník (TZ) v § 126 používá pro nezletilého pojem dítě. Zvýšení ochrany se pak dostaví v TZ dítěti mladšímu 15ti let.[19] Nezletilý má samozřejmě i zvláštní právní postavení při poskytování zdravotních služeb.

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011Sb., (ZZS) v původním znění, účinném od 1. 3. 2012, jakoukoliv lékařskou péči vázal na souhlas rodiče a v případě možného negativního ovlivnění zdravotního stavu dítěte museli dát souhlas rodiče oba, protože ani u tzv. banálních zákroků nelze vyloučit komplikace. V praxi docházelo nejen ke složitostem v případě, že rodiče dítěte spolu nežili, nebo i v jednoduchých případech, kdy rodič byl na pracovní cestě a jeho souhlas nebylo možné opatřit, ale i z důvodu kolize různých právních norem. Typickým příkladem je možnost zahájení pohlavního života po 15. roce věku; interrupci lze bez souhlasu zákonného zástupce provést ženě od 16tého roku věku, avšak předpis antikoncepce byl možný do18ti let věku jen se souhlasem obou rodičů.

Novela ZZS[20] účinná od 14. 3. 2013 se přiklonila k nutnosti zohlednění rozumové a volní vyspělosti nezletilého. Čím více se nezletilý přibližuje dospělosti, tím je jeho názor závažnější a k běžné lékařské péči postačí jeho souhlas.

---

[19] Srv. např. trestné činy proti životu a zdraví, §§ 140 - 144 TZ.

[20] Zákon č. 66/2013 Sb.

Nicméně nová právní úprava nezbavuje zákonné zástupce – rodiče odpovědnosti za zdravotní stav dítěte a poskytnutí odpovídající lékařské péče.

§ 31, odst. 1, písm. a) zákona o rodině[21] stanoví, že **rodičovská zodpovědnost** je souhrn práv a povinností, který zahrnuje i péči o zdraví dítěte. Rodiče nadále mají právo i povinnost udělit informovaný souhlas s poskytováním zdravotní péče a rovněž mají právo být informováni o zdravotním stavu dítěte.

V případě, že nezletilý utrpí újmu v důsledku lékařského zákroku, a to i v případě, že k němu dal souhlas on, nebo rodič, pak je to zákonný zástupce, kdo uplatňuje nároky dítěte před soudem. **Nezletilý jako poškozený** má stejná práva jako jakýkoli jiný poškozený pacient, avšak při přiznávání výše odškodnění soudy přihlížejí k tomu, jakým způsobem se zhoršila kvalita života nezletilého a zda, a v jakém rozsahu je nutno zajišťovat péči o něj. Novou kapitolou v medicínské i soudní praxi bude zjištění, zda nezletilý byl k zákroku oprávněn dát souhlas, zda jeho rozumová vyspělost mu umožnila pochopit poučení lékaře, a zda nebylo třeba žádat o souhlas zákonného zástupce.

Nový občanský zákoník,[22] stejně jako ZZS, posilují právo každého člověka na sebeurčení, avšak při poskytování zdravotní péče je třeba vážit nejen medicínský postup, ale i riziko nedostatečného pochopení poučení ze strany dítěte. Postavení nezletilce jako poškozeného bude proto mít vždy svá specifika při posuzování právní odpovědnosti za poskytnutou zdravotní péči.

Závěr

Očekávané změny právního řádu, které přináší nový občanský zákoník, jehož účinnost je stanovena od 1. 1. 2014, i předcházející právní předpisy, zejména reformní zdravotnické zákony, a rovněž na občanský zákoník navazující prováděcí právní předpisy a následně zcela nová rozhodovací praxe soudů přinesou mnoho nového i do poskytování zdravotní péče. Pojem **postup lege artis** nabude v následujících letech tak podstatně širšího významu, neboť nepůjde už jen o správný medicínský postup, ale bude nutno zohlednit i další právní a ekonomické faktory.

Tento příspěvek vznikl v rámci projektu „Rozvoj a podpora multidisciplinárního vědecko-výzkumného týmu pro studium současné rodiny na UHK“ – CZ.1.07/2.3.00/20.0209“

Kontakt na autorku:
JUDr. Olga Sovová, Ph. D.
olga.sovova@uhk.cz

[21] Zákon č.94/1963Sb.

[22] Zákon č.89/2012 Sb.

Mladé dívky jako sexuální delikventky

Aleš Svoboda

Úvod

V roce 2009 spáchalo v Německu přibližně 5000 osob mladších 18 let sexuální delikt. Většinou se jednalo o pachatele mužského pohlaví. Zejména z tohoto důvodu toho proto víme o mladistvých pachatelích mužského pohlaví mnohem víc a mladé pachatelky sexuálních deliktů jsou pro nás spíše cosi neexistujícího, v lepším případě exotického. Z biografických dat mladistvých sexuálních delikventů (tedy chlapců) bylo zjištěno, že:

– často pocházeli ze sociálně slabých rodin,
– 25 % rodičů vykazovalo nějaký druh závislosti,
– 40 % delikventů bylo obětí násilí,
– 18 % jich bylo sexuálně zneužito,
– přes 50 % delikventů trávilo svůj volný čas převážně o samotě,
– z celkového počtu sexuálních deliktů jde v 16 % případů o pachatele mladší 14 let.

Sexuální delikvenci jako takovou lze pak chápat jako:

– přechodnou součást některé věkové etapy (např. puberty či dětství),
– nebo v rámci poruchy osobnosti (např. disociální porucha osobnosti),
– potažmo jako výraz sexuální deviace (např. pedofilie, sexuální agresivita, exhibicionismus, etc.).

Dívky něco takového nedělají…

V Německu existuje několik desítek zařízení pro mladistvé sexuální delikventy a částečně i delikventky. Až v roce 2007 bylo otevřeno pedagogicko-terapeutické zařízení v Bad Salzuflen pro mladé delikventky do 14 let. Dle statistiky z roku 2006 spáchalo 376 dívek a mladých žen ve věku od 6 do 21 let sexuální delikt, přičemž v nejmladší věkové skupině od 6 do 14 let se nacházelo 73 pachatelek. Z dále uvedených důvodů lze ale předpokládat, že skutečný počet takových pachatelek bude podstatně vyšší. Fakticky tedy tato skupina pachatelek existuje, v povědomí laické ale i mnohdy odborné veřejnosti už méně. A v podstatě to není až tak nelogické, když nahlédneme pozici žen a mužů, resp. dívek a chlapců, v naší kultuře. Co se sexuálních deliktů týče, jsou ženy a dívky v našich hlavách povětšinou nazírány jako oběti a muži jako pachatelé. Představa obrácení těchto rolí je mnohým lidem cizí, těžko představitelná a to i pro mnohé „odborníky“, jak ukazuje neochota , resp. nedůvěra v existenci takového sexuálního deliktu příslušných úředníků!

Vezmeme-li ale v potaz, že právě prožité sexuální násilí může být spolupredikátorem k tomu, aby se z oběti stal jednou pachatel, tak proč by tento

mechanismus neměl fungovat u dívek? A ve hře jsou samozřejmě i další faktory (fyzické a emoční násilí zejm. ze strany rodiny a příbuzných, zanedbávání výchovy, konfrontace se sexuálním násilím, a jiné okolnosti), které s jistou pravděpodobností naznačují vývoj k sexuálnímu deliktu. Další ze zažitých představ je, že traumatizované dívky obracejí svou agresi směrem dovnitř, na své tělo a chlapci spíše ven, tedy agresí směřující na jiné osoby a věci. Zkušenost onoho specializovaného zařízení ale ukázala, že tomu tak u sexuálních delikventek není. Zdejší dívky používaly sebezraňování např. žiletkou jen v případech, kdy chtěly obrátit situaci ve svůj prospěch, zmanipulovat personál, nikoli jako stresový ventil. V podstatě se mladé pachatelky sexuálních deliktů od mladých pachatelů sexuálních deliktů příliš neliší, resp. zde nalézáme více společného než rozdílného.

V 25–50 % případů sexuálních deliktů spáchaných osobou ženského pohlaví mladší 21 let dochází k vaginální či anální penetraci oběti, ve více než 50 % k orálnímu sexu a ve 20 až 50 % případů užijí pachatelky fyzické či psychické násilí. Přes 60 % pachatelek mělo na svědomí více než jednu oběť. Na rozdíl od dospělých pachatelek sexuálních deliktů páchají mladé pachatelky své činy samy a z vlastní iniciativy. Věk průměrné oběti je 6 let a s lehkou převahou jde o oběti ženského pohlaví. Dívky zneužívají své oběti stejným způsobem a se stejnou mírou násilí jako chlapci. Užívají stejné strategie a z jejich výpovědí víme, že mají stejně silné sexuální fantazie jako chlapci. Stejně tak popírají a bagatelizují své činy. Moc, pomsta a agrese jsou i u nich centrální kategorie, často vyvolané žárlivostí. Sexuální vzrušení se u pachatelek na rozdíl od pachatelů jeví spíše až jako sekundární faktor, resp. cíl. Zdatněji než chlapci ale mladé pachatelky manipulují se svým okolím, ať už během trestného činu nebo v rámci terapie, jsou lepšími „stratégy“. Velmi časté je svalování viny na svou minulou roli oběti. Stejně jako mladí pachatelé i mladé pachatelky dovedou jakoby deaktivovat empatii ve vztahu ke své oběti (pokud empatie nechybí zcela) a nebo vysvětlují svůj trestný čin láskou k oběti. Pachatelky si jsou velmi dobře vědomi toho, že jsou společností vnímány jako „slabší“ pohlaví a jako oběti, resp. jako osoby něčeho takového neschopné, a oné skutečnosti vědomě zneužívají! Tyto naše zakořeněné představy hrají ve prospěch pachatelek i nadále, když je zneužívání odhaleno. Pokud oběti vysílají svému okolí signály, že jsou zneužívány dívkou, je této informaci věnováno méně pozornosti, je bagatelizována z nám již známých důvodů. Mladé pachatelky sexuálních deliktů ve větší míře než pachatelé vykazují zvýšený výskyt posttraumatické stresové poruchy. Co se obětí týče, jednalo se vždy o pachatelce známé osoby.

Závěr

Jako většina tabu a mýtů v oblasti lidské sexuality má i fenomén dětí resp. mladých dívek v roli sexuálních delikventek silné kořeny. Hledání příčin, proč jsou sexuální pachatelé v převážné většině mužského pohlaví, by bylo a je předmětem dlouhých diskusí, nikoli tohoto krátkého příspěvku. Fakt po-

měru pohlaví v této kategorii pachatelů a pachatelek nás ale neospravedlňuje k tomu, abychom je přehlíželi, nevěnovali jim patřičnou pozornost nebo jejich existenci na zcela iracionálním základě popírali. Pokud nejsme názoru, že i tyto mladé pachatelky mají právo na terapii a v nejlepším případě na více či méně spokojený a beztrestný život, shodneme se doufám alespoň na ochraně stávajících a potenciálních obětí.

Kontakt na autora
Mgr. Aleš Svoboda, M.A.
Salvator Kolleg
Salvator Straße 45
Hövelhof 33161
Tel.: +420 776 649 700
Email.: nwo@centrum.cz

Literatura

FRIEDRICH, M., ULONSKA, H.: Hilfe für jugendliche Sexualtäterinnen. In: *Zeitschrift für Jugendschutz und Erziehung 1/2008*

HÄßLER, F.: Sexuell übergriffiges Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. In: *Arbeit mit sexuell übergriffigen (männlichen) Jugendlichen*. Köln 2012

MELCHER, C.: Sexueller Missbrauch durch Mädchen? In.: *Zeitschrift für Jugendschutz und Erziehung 1/2008*

OGIENIEWSKI, B.: Mädchen tun so was nicht?! Sexuell grenzverletzende Mädchen unter 14 Jahren. In: *Arbeit mit sexuell übergriffigen (männlichen) Jugendlichen*. Köln 2012

SEIFERT, D.: Lebensbiografien sexuell grenzverletzender Jugendlichen. Fakten, Mythen und methodische Probleme. In: *Arbeit mit sexuell übergriffigen (männlichen) Jugendlichen*. Köln 2012

WEISS, P.: *Sexuální deviace*. Praha 2008

Sexuálna výchova a protokol sexuality v domovoch sociálnych služieb

Ján Šrenkel

Abstrakt

Príspevok reaguje na zvýraznenie významu sexuality jedincov s mentálnym postihnutím umiestnených v domovoch sociálnych služieb s celoročným pobytom, na možnosti či skôr nemožnosti ich partnerského spolužitia, na potrebu existencie Protokolu sexuality v zariadeniach sociálnych služieb, a tiež na úroveň sexuálnej výchovy u prijímateľov sociálnych služieb i zamestnancov zariadení.

Kľúčové slová:

Sexualita prijímateľov sociálnych služieb s mentálnym postihnutím. Masturbácia. Kvalita života. Protokol sexuality.

Úvod

Každý človek túži po láske, nehe a cite, praje si lásku nielen rozdávať, ale aj dostávať. Pre jedincov s mentálnym postihnutím však láska, partnerstvo aj sexuálny život bežnou záležitosťou nie je, aj keď majú rovnaké túžby a potrebu milovať a byť milovaní ako ostatní ľudia. Vo svojom živote musia prekonávať množstvo prekážok, a to nielen kvôli svojmu postihnutiu, ale predovšetkým kvôli predsudkom spoločnosti.

Jedným z najťažších období ontogenetického vývinu klientov s mentálnym postihnutím – rovnako ako u všetkých ostatných ľudí – je obdobie dospievania. Rodič každého zdravého dieťaťa si uvedomuje, že dospievanie raz skončí – rodič dieťaťa so zdravotným postihnutím aj vďaka vyjadreniam mnohých „realistických“ odborníkov žije v presvedčení, že jeho dieťa nikdy nedospeje. Z toho, prirodzene, vyplýva jeho postoj ku všetkému, čo s dospievaním jeho dieťaťa súvisí – najmä odmietanie myšlienky, že napriek všetkým prirodzeným nerovnomernostiam vývinu sa ja mladý človek s postihnutím spravidla stáva počas dospievania človekom s prirodzenými citovými a sexuálnymi potrebami.

Z praxe v sociálnych službách sa dá predpokladať, že ľudia s mentálnym postihnutím umiestnení v zariadeniach sú sexuálni tak, ako aj majorita.

1. Sexualita osôb s mentálnym postihnutím

Sexuálne potreby mentálne postihnutých ľudí sú komplexné, pretože sú tvorené čisto fyziologickými potrebami, ktoré môžeme pozorovať. Niektorí ľudia s mentálnym postihnutím môžu snívať o láske, o vzťahu k niekomu, zatiaľ

čo ich telo a sexuálne orgány chcú niečo iné. Vždy to však závisí od stupňa zdravotného postihnutia a pohlavia prijímateľa sociálnej služby.

Sexualita je jednou z dôležitých potrieb každého človeka, jeho právom a integrálnou súčasťou jeho osobnosti.

Sexualita je aj o inom ako o sexuálnych túžbach. Je aj o úcte k sebe samému, o asertivite, o poznaní svojho tela, o mnohých intímnych veciach, o ktorých mlčíme. Je súčasťou osobnosti, prvkom spoločenského spolužitia oboch pohlaví a sexuálny život je elementom celkového správania človeka, ktoré je podmienené spoločensky a biologicky (Mandzáková, Horňák, 2009).

Charakter sexuálneho správania osôb s mentálnym postihnutím je ovplyvnený najmä ich zníženými rozumovými schopnosťami, ktoré ovplyvňujú aj ďalšie psychické funkcie a procesy, teda aj vývoj osobnosti, ktorá je pre sexualitu základom. Ide hlavne o myslenie, ktoré je u týchto osôb oneskorené, takže sa často stáva, že ľahko podľahnú vplyvu iných ľudí, ktorí to môžu zneužiť. Ďalším problémom je znížená kapacita učenia, ktorá je ovplyvňovaná nedostatkami v oblasti myslenia.

Pre nadviazanie partnerského vzťahu je nevhodná najmä citová nevyspelosť jednotlivcov s mentálnym postihnutím aj po dosiahnutí dospelosti. Citová nevyspelosť sa prejavuje najmä infantilným prežívaním, nesamostatnosťou, pasivitou vo vzťahu a závislosťou od druhého partnera. Rovnako charakteristické sú aj primitívne a impulzívne reakcie a nedostatočne vyvinuté sebaovládanie (Mandzáková, Horňak, 2009).

U človeka s mentálnym postihnutím sa sexualita vyskytuje v bežných ľudských formách, ktoré sú u každého veľmi individuálne. Okrem iného závisia od pohlavia, veku, stupňa mentálneho postihnutia a špecifických vplyvov výchovného prostredia.

Mentálne postihnutí jedinci majú sexuálne city, potreby, túžby, ktoré potrebujú vyjadriť a uspokojiť. Je veľmi dôležité orientovať sa na podporu čo najpohodlnejšieho sexuálneho života mentálne postihnutých ľudí a zároveň sa v rámci prevencie zamerať na zlepšenie ich vedomostí a sociálnych zručností potrebných na odolávanie sexuálnemu nátlaku a zneužívaniu a na ochranu pred rizikami neplánovaného tehotenstva či sexuálne prenosných chorôb.

Sexuálne správanie to nie sú iba činnosti vyslovene pohlavného charakteru, ako je súlož alebo masturbácia, ale aj rojčenie, romantické predstavy a dočasná či trvalá náklonnosť. Už aj sama potreba vyzerať pekne a príťažlivo pred osobou, do ktorej sa osoba s mentálnym postihnutím zahľadí, a ktorej záujem si želá vzbudiť, sa musí považovať za súčasť pohlavnosti. Sexuálne správanie a sexuálne potreby sa menia od osoby k osobe, u jednotlivcov nastávajú zmeny v rôznych obdobiach života.

1.1 Masturbácia u osôb s mentálnym postihnutím

Masturbácia je prirodzenou súčasťou sexuálneho vývoja a života. Môže zostať hlavnou formou sexuálneho správania, ale môže byť aj predstupňom

k pohlavnému styku. Taktiež sa môže stať problémovým správaním mentálne postihnutej osoby, pokiaľ sa nevykonáva v súkromí.

Masturbácia je jedným z prejavov zdravého vyjadrovania sexuality a rovnako ako právo všetkých ľudí bude podporovaná, keď bude vyjadrená spôsobom, ktorý neobťažuje druhých, alebo nie je prevádzaná spôsobom sebaubližujúcim.

Masturbácia môže prijímateľom pomáhať v rozvoji fantázie, pri eliminácii pocitov úzkosti či napätia, aj k toľko potrebnému sebapoznávaniu. Sú osoby, ktoré z mnohých dôvodov skutočne inú možnosť sexuálneho využitia nemajú, tak prečo im odopierať aktivitu, ktorá je im dostupná a nikoho neohrozuje.

Masturbácia je najbežnejšia forma pohlavného uspokojenia medzi osobami s mentálnym postihnutím.

Päť kľúčových tém vzťahujúcich sa k masturbácii osôb s mentálnym postihnutím:

- Osoby sú považované za neschopné masturbovať vhodne, obvykle sú považované za neschopné dosiahnuť orgazmus/ejakuláciu.
- Osoby nevedia ako masturbovať, obvykle to znamená, že si trú penis alebo vagínu, väčšinou cez svoje oblečenie, niekedy voči ľuďom i objektom.
- Osoby masturbujú príliš mnoho, trvanie alebo frekvencia masturbácie je taká, že personál je znepokojený skutočnosťou, že osoba sa v dôsledku masturbácie nezúčastní ďalších sociálnych aktivít a príležitostí doma alebo v komunite.
- Osoby masturbujú nevhodne, nepríjemne. Obvykle to znamená, že masturbujú na verejných miestach alebo v miestach, kde sa poskytujú služby, čo prináša problémy ako personálu, tak aj ostatným klientom služieb.
- Osoby používajú k masturbácii nevhodné objekty, obvykle to znamená, že používajú objekty, ktoré nie sú určené k napomáhaniu masturbácie, a ktoré ich môžu zraniť (Mandzáková, Horňak, 2009).

V rámci toho, že prijímatelia sociálnej služby, ktorí sú umiestnení v domovoch sociálnych služieb a sú neustále 24 hodín pod kontrolou, v dôsledku nedostatku súkromia môžu budiť dojem zvýšeného sexuálneho pudu.

Častým problémom v oblasti sexuality osôb s mentálnym postihnutím je obnažovanie a predovšetkým masturbovanie na verejnosti, čo môže byť sociálnym prostredím hodnotené ako deviantné správanie, a nie ako uspokojovanie základných prirodzených potrieb.

Sexualitu v podobe masturbácie nemôžeme považovať za plnohodnotný sexuálny život. Masturbácia slúži k uvoľneniu sexuálneho napätia. S prijímateľmi je dôležité otvorene hovoriť nielen o masturbácii, ale aj o ďalších formách sexuality. Vhodné je najprv zistiť, čo si pod týmto pojmom prijímatelia sociálnej služby s mentálnym postihnutím predstavujú a následne na to nadviazať a vysvetliť im, o čom sexualita je.

2. Postoje verejnosti k sexualite osôb s mentálnym postihnutím

Celé storočia bola téma sexuality mentálne postihnutých ľudí veľkým tabu. V súčasnosti sa pozornosť odborníkov obracia na také stránky socializácie osôb s postihnutím, ako sú práve partnerské vzťahy, naplnenie osobného a intímneho života človeka s postihnutím, manželstvo a zodpovedné rodičovstvo týchto ľudí. Bez riešenia týchto životných oblastí ľudí s postihnutím nemôžeme hovoriť o ich úspešnej rehabilitácii, socializácii a kvalite ich života. Potreba jednotlivcov s postihnutím nadviazať partnerský vzťah je podobná, ale zložitosť problému sa ukazuje v tom, že človek s postihnutím je obmedzovaný negatívnym postojom spoločnosti k uvedeným medziľudským vzťahom. Sexuálny život osôb s postihnutím je mnohými ľuďmi považovaný za nežiaduci, odporný až úchylný. Oblasť sexuality a sexuálneho života postihnutých ľudí je plná množstva predsudkov a nejasností, s ktorými sa často nevie vyrovnať nikto zo zainteresovaných osôb.

Autori Thorová, Jůn (2012) uvádzajú najrozšírenejšie predsudky voči sexualite osôb s mentálnym postihnutím:

- osoby s mentálnym postihnutím nepociťujú sexuálnu túžbu, sú nevinné ako deti a asexuálne,
- u každého človeka s mentálnym postihnutím je plne rozvinutá sexualita (nie je to predsa dieťa, ale dospelý človek),
- sexuálna výchova k niečomu tak prirodzenému ako je sexualita, nie je potrebná,
- ľudia s mentálnym postihnutím majú extrémne vyvinutý sexuálny pud, sú promiskuitní, hypersexuálni,
- osoby s mentálnym postihnutím nie sú schopné hlbších intímnych a emocionálnych vzťahov, ich emocionálne prejavy sú povrchné a infantilné,
- pre ľudí s mentálnym postihnutím nie sú dôležité spomienky, plánovanie budúcnosti a sociálne rituály – napr. svadba, pohreb.
-

V tomto smere je dôležité pôsobenie na verejnú mienku v spoločnosti, ktoré sa odvíja od ľudských práv a zoznamovania verejnosti s tým, že medzi ľuďmi existujú isté individuálne zvláštnosti, ktoré patria k prirodzenej rôznorodosti a osobitosti ľudského bytia, pričom nikomu neuberajú na ľudskosti či právoplatnosti a zrozumiteľnosti jeho ľudských potrieb. *„Právo, ktoré má každému jednotlivcovi zabezpečiť spoločnosť, je zakotvené v Charte reprodukčných a sexuálnych práv a slobôd“* (Mandzáková, Horňák, 2009, s.95). Pravidlo 9 – Rodinný život a integrita osobnosti z Uznesenia Valného zhromaždenia OSN z 20. decembra 1993 v časti Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím je zadefinované: Štáty by mali podporovať úplnú účasť osôb so zdravotným postihnutím na rodinnom živote, mali by podporovať ich právo na integritu osobnosti a zabezpečiť, aby zákony nediskriminovali osoby so zdravotným postihnutím v sexuálnych vzťahoch, manželstve a rodičovstve.

Na základe odkrývania problémov ľudí s postihnutím a rovnako prostredníctvom humanizácie a otvárania starostlivosti voči otvorenej občianskej spoločnosti v školách a zariadeniach poskytujúcich starostlivosť týmto osobám, môžeme pri optimistickom pohľade očakávať aj v oblasti sexuality a partnerského života ľudí s postihnutím akceptovanie otázok spojených s ich pripravenosťou na sexuálny život.

2.1 Sexuálna výchova osôb s mentálnym postihnutím

Kedy začať so sexuálnou výchovou detí? Túto otázku si dospelí ľudia kladú veľmi často. V súčasnej dobe je spoločnosť plná sexuálnych podnetov. Je nesporné začať so sexuálnou výchovou čo najskôr. U mentálne postihnutých detí by sa nemali robiť žiadne výnimky. Pre mentálne postihnutú ženu je dôležité, aby dostala všetky potrebné informácie o tom, ako funguje jej telo, ako sa má o seba starať v čase menštruácie, ako sa má chrániť pred možným tehotenstvom alebo sexuálnym zneužitím. Rovnako aj postihnutí muži by mali byť riadne poučení.

Sexuálnou výchovou a výcvikom zručností v tejto oblasti sa zaoberá Lisa T. Maurerová, ktorá uvádza tieto úlohy sexuálnej výchovy:

- Zvýšenie sebavedomia – mladí ľudia s mentálnym postihnutím sa môžu cítiť izolovaní. Telesný vývoj a zoznamovanie sa s fyzickými zmenami v období puberty a dospievania môže tieto pocity zmierniť. Telesné zmeny sú v pravom slova zmysle hmatateľné a na tom základe sa môžu cítiť na rovnakej úrovni ako ich zdraví vrstovníci.
- Sexuálna výchova prináša informácie využiteľné v praktickom živote. Vďaka nim sa môžu lepšie a ľahšie orientovať v zložitých sociálnych vzťahoch.
- Zlepší sa komunikácia – sexuálna výchova rozšíri a spresní slovník a jeho používanie umožní nielen lepšiu informovanosť o sexualite, ale mladí ľudia sa môžu viac zaujímať o svoje zdravie a informovať o ňom svojich opatrovateľov.
- Primeraná a postupná sexuálna výchova od najútlejšieho veku vytvára predpoklady pre navodenie stále zložitejších tém.
- Informovanosť o sexualite napomôže k vytváraniu životných cieľov a úvah o budúcnosti, bez ktorých by mladí ľudia mohli zbytočne podhodnocovať svoje schopnosti.
- Sexuálna výchova je dôležitá z hľadiska prevencie negatívnych javov, predovšetkým ide o sexuálne zneužívane. Mentálne postihnutí ľudia sú ohrozenou skupinou chorobou HIV.

Kozáková (2004) uvádza tieto cieľové skupiny sexuálnej výchovy:

1. mentálne postihnuté osoby,
2. rodičia,
3. vychovávatelia, pedagógovia, špeciálni pedagógovia a ostatní ľudia pracujúci s mentálne postihnutými osobami,

4. budúci profesionáli (vychovávatelia, pedagógovia, špeciálni pedagógovia), ktorí v budúcnosti budú pracovať s týmito ľuďmi,
5. najširšia verejnosť – je potrebná zmena negatívneho prístupu, postojov a predsudkov voči mentálne postihnutým.

„*Úspešná sexuálna výchova je taká, ktorá má pozitívny vplyv na dieťa a jeho citový a sexuálny vývoj, ktorá je prínosná aj pre vzájomný vzťah rodičov a detí, a v neposlednom rade i pre rodičov samotných*“ (Mandzáková, Horňak, 2009, s. 237).

3. Podmienky pre zvyšovanie kvality života prijímateľov sociálnej služby v domovoch sociálnych služieb v oblasti sexuality

Ľudia s mentálnym postihnutím túžia po láske, nežnostiach a sexe rovnako ako zdraví ľudia. Ich možnosti sú však v značnej miere obmedzené, a to najmä u tých, ktorí žijú za múrmi zariadení sociálnych služieb. V nich majú len veľmi málo priestoru na vlastnú intimitu, nielen sexuálnu, ale aj ľudskú.

Aj napriek snahe personálu je v takýchto podmienkach možné len obmedzene dopriať prijímateľom prežitie života tak, ako ho pozná väčšina ostatných ľudí. To sa samozrejme odráža aj v realizácii sexuálneho života a sexuálnej výchovy. Prijímatelia sociálnej služby majú nedostatok skúseností so spolužitím oboch pohlaví a prirodzené podnety k získavaniu poznatkov a zážitkov potrebných pre rozvoj pohlavnej identity (Kozáková, 2004).

Sexuálne potreby ľudí s postihnutím v súčasnej dobe zohľadňuje len malé množstvo domovov sociálnych služieb. Obavy kompetentných osôb zo spoločného bývania žien a mužov v týchto zariadeniach sú založené na očakávaní problémov, napr. nežiaduceho tehotenstva, uvoľnenej morálky, narušenia denného režimu prijímateľov sociálnej služby a pod. Práve skúsenosti z koedukovaných zariadení, v ktorých je prijímateľom umožnený kontakt s opačným pohlavím, ukazujú, že atmosféra v nich je badateľné lepšia, denný styk s druhým pohlavím pomáha k lepšej prispôsobivosti sa požiadavkám spoločného života. Vzájomný kontakt oboch pohlaví vedie k ohľaduplnosti, k starostlivosti o osobnú hygienu, k pokroku v samoobsluhe a pod.

Ako problematické oblasti týkajúce sa kvality života osôb s mentálnym postihnutím žijúcich v domovoch sociálnych služieb uvádza Tóthová (2001) tieto:

- v domovoch sociálnych služieb sa málo rešpektujú práva a potreby prijímateľov sociálnej služby,
- prijímatelia sociálnej služby v domovoch sociálnych služieb nemajú žiadne súkromie, keďže sú viacerí ubytovaní v jednej izbe,

- personál rozhoduje vo všetkom za prijímateľa sociálnej služby,
- v domovoch sociálnych služieb je minimálna sexuálna osveta a sexuálna výchova,
- personál domovov sociálnych služieb je často krát šokovaný už predstavou masturbácie, pričom agresivita prijímateľa sociálnej služby je často podmienená neuspokojovaním jeho sexuálnych potrieb,
- v domovoch sociálnych služieb nie je zabezpečená koedukácia.

Pre naplnenie a zvyšovanie kvality života v oblasti sexuality prijímateľov sociálnej služby v domovoch sociálnych služieb je potrebné:
- riešiť ubytovacie podmienky, zabezpečiť väčšiu intimitu prijímateľov sociálnej služby s mentálnym postihnutím,
- zvyšovať kvalifikovanosť personálu domovov sociálnych služieb v ľudských aj sexuálnych právach a potrebách prijímateľov sociálnej služby s mentálnym postihnutím,
- pri sexuálnej výchove spolupracovať aj s rodičmi prijímateľov sociálnej služby s mentálnym postihnutím,
- vzdelávať prijímateľov sociálnej služby s mentálnym postihnutím v oblasti ľudských práv a sexuality osobitne, pomáhať im prevziať väčšiu zodpovednosť za svoj život.

Popper (2002) uvádza, že personál starajúci sa o prijímateľa sociálnej služby s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb by mal absolvovať základný vzdelávací program v oblasti sexuality mentálne postihnutých osôb. Cieľom tohto vzdelávacieho programu je, aby zamestnanci v priamom kontakte s prijímateľom získali základné vedomosti z anatómie, fyziológie, patopsychológie či špeciálnej pedagogiky, lepšie poznali svojich prijímateľov sociálnej služby a vedeli na nich citlivo reagovať. Je dôležité, aby samotný zamestnanec v priamom kontakte bol vyrovnaný so svojou vlastnou sexualitou.

Význam a nevyhnutná potreba vyškolenia zamestnancov v priamom kontakte a zavedenia sexuálnej výchovy do domovov sociálnych služieb spočíva podľa Tóthovej (2001) v tom, aby:
- sa naplnila kompletná starostlivosť v zariadení sociálnych služieb,
- sa zvýšila kvalita života prijímateľov sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb,
- dochádzalo k zníženiu agresivity prijímateľov sociálnej služby v dôsledku zadržiavanej sexuality,
- sa zvyšovali ich emocionálne prejavy a možnosti,
- sa docielilo výrazné zlepšenie v oblasti správania, poriadku, upravenosti a hygieny,
- sa napĺňala participácia na doposiaľ nevyužitých možnostiach kladného vzájomného pôsobenia oboch pohlaví.

Iba informovaný personál, pripravený na akúkoľvek situáciu, požiadavku či pomoc prijímateľa sociálnej služby mu pomôže prežiť jeho život dôstojne,

spôsobom takým, ktorý si zvolí on sám a ktorý mu najviac vyhovuje. Len otvorený slobodný vzťah dôvery medzi mentálne postihnutým jedincom a personálom, ktorý je s ním v priamom kontakte, ukáže hranicu a prinesie pochopenie dobre mienených rád, ale aj nesúhlasu a odmietania toho, čo je nesprávne a nevhodné.

Nielen pri práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím, ale aj pri vzdelávaní zamestnancov v priamom kontakte s nimi a usmerňovaní ich rodičov je optimálne položiť ťažisko sexuálnej výchovy na interaktívne a zážitkové formy práce, pri ktorých majú možnosť vymieňať si navzájom vlastné skúsenosti, počúvať rôzne argumentácie a reagovať na ne, a tiež zbavovať sa hanby, predsudkov a obáv z možných situácií, ktoré so sebou sexualita prináša. Dôležitým aspektom pri zvyšovaní kvality života prijímateľov zariadení sociálnych služieb v oblasti sexuality je vypracovanie „PROTOKOLU SEXUALITY“ a jeho dôsledné dodržiavanie.

4. Protokol sexuality v domovoch sociálnych služieb

Vzhľadom k tomu, že existujú rôzne typy zariadení poskytujúcich sociálne služby, v ktorých platia vlastné pravidlá a poriadky, je vhodné, aby si každé takéto zariadenie vytvorilo protokol sexuality podľa svojej vlastnej filozofie. V zahraničí sa protokoly sexuality začali v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby vytvárať už skôr, keď sa ukázala ich účinnosť a nevyhnutnosť pri riešení otázok týkajúcich sa sexuality ich prijímateľov.

Protokol sexuality rozvíja vzťahy lásky a priateľstva a slúži na ochranu práva na začlenenie a podporu sexuality mentálne postihnutých ľudí. Mal by sa dotýkať tak vzťahov, hygieny, terminológie pre označovanie pohlavných orgánov, sexuálneho správania v danom zariadení, ako aj osvety, zneužívania a prevencie pred nežiaducimi javmi. Zamestnanci a sociálni pracovníci v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby by mali poskytnúť prijímateľom možnosť prežívania ich sexuality na vyššej úrovni, samozrejme po ich vyslovenom súhlase (Štěrbová, 2006).

4.1 Obsahové zameranie protokolu sexuality

D. Šterbová vo svojej publikácii Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením (2009) uvádza modelový protokol, podľa ktorého si zariadenie môže vytvoriť svoj vlastný protokol prihliadajúc na potreby prijímateľov. Autorka v ňom vytvorila súhrn tém a rozpracovala ich obsah, čím vytvorila akéhosi sprievodcu pri vytváraní protokolu sexuality, pričom sa inšpirovala materiálmi Regional Residential Services Society a vlastnou klinickou praxou:

- sociosexuálne vzdelávanie,
- súkromie,
- masturbácia,
- intímne pomôcky a prostriedky,
- informovaný súhlas,
- vrstovnícke a priateľské vzťahy

- vzájomné sexuálne vyjadrovanie,
- regulácia pôrodnosti,
- tehotenstvo a rodičovstvo,
- sexuálne prenosné choroby,
- sexuálne zneužívanie,
- sexuálne obťažujúce správanie.

Všeobecná zodpovednosť

Každý zo zamestnancov zariadenia musí byť s Protokolom sexuality oboznámený a svojím podpisom potvrdzuje jeho rešpektovanie a dodržiavanie. Platí to pre všetky profesie v zariadení. Zamestnanec nesmie konať v rozpore s týmto protokolom. Prípadné porušenie bude riešené ako hrubé porušenie pracovnej disciplíny.

Informácie z oblasti sexuality prijímateľov sú len internou záležitosťou a nesmú byť zverejňované alebo podané mimo zariadenia.

Zodpovednosť vo výchove a sexuálnej osvete v zariadení

Prijímateľ má právo sa obrátiť na zamestnanca so svojimi problémami. Jeho problémy musia byť vypočuté pozorne a v pokoji. V prípade, že situácia toto neumožňuje, dohodne sa zamestnanec s prijímateľom na vhodnom čase a mieste prerokovania.

Pracovník je zoznámený s hodnotami a normami ohľadne sexuality, ako sú stanovené v Protokole o sexualite a vzťahoch v našom zariadení. Podľa tohto protokolu takisto podáva informácie o sexualite a uisťuje prijímateľov o primeranosti ich sexuálneho správania a prežívania.

K tejto intervencii nie je potrebné žiadne špeciálne školenie, zamestnanec musí byť dobre oboznámený s protokolom a musí poznať problematiku o filozofii zariadenia ohľadne sexuality. V prípade, že sa problém nepodarí uspokojivým spôsobom vyriešiť alebo si zamestnanec nie je istý vo svojich postojoch, musí sa obrátiť na psychológa.

V prípade, že zamestnanec zistí natoľko závažný problém a usúdi, že tento problém nie je možné odložiť a je potrebné ho riešiť čo najskôr (napr. zneužitie, zdravotné problémy,...), obráti sa okamžite na riaditeľa zariadenia, ktorý rozhodne o ďalšom postupe.

O každom pohovore vytvorí zamestnanec jasný písomný záznam, kde bude vecne popísaný problém a poskytnutá pomoc.

Požiadavky na zamestnanca povereného sexuálnou výchovou a osvetou v zariadení sociálnych služieb:

- poznať základnú látku (poznať vývoj, priebežne sa vzdelávať) – poznať prijímateľov a citlivo na nich reagovať (schopnosť vcítiť sa),

- byť vyrovnaný s vlastnou sexualitou, osveta musí pre prijímateľov zostávať jednoznačná,
- zamestnanec musí byť vyrovnaný s používaním sexuálnych výrazov, a to ako odborných, tak i slangových a podávať prijímateľom hodnoty správnych, slušných výrazov,
- zamestnanec musí byť zástancom myšlienky, že cieľom osvety nie je potlačiť sexualitu, ale ju pestovať, že sexuálny záujem a správanie nepredstavuje zlo, hriech alebo nemoc, že sexuálne pocity nemajú byť spojené s pocitmi viny alebo sebapodceňovanim, ale so zdravým sebavedomým,
- zamestnanec má byť tolerantný a chápať sexuálne správanie ostatných bez ohľadu na to, či a v akej miere sa líši od jeho vlastného správania,
- zamestnanec má mať predstavivosť, vynaliezavosť a pružnosť, pretože táto téma je veľmi citlivá a obsahuje veľké množstvo nepredvídateľného,
- zamestnanec má mať zmysel pre humor – sexualita nie je pochmúrna záležitosť i keď sa s ňou niekedy takto zaobchádza,
- zamestnanec má byť priamy a úprimný v reči i v konaní,
- zamestnanec má byť citovo stabilný (do určitej miery je možné kompenzovať profesionalitou).

O svojich rozhovoroch s prijímateľmi si vedie poverený zamestnanec vlastné zápisy a o podstatných veciach informuje ostatných zamestnancov. Svoje postoje a problémy má možnosť konzultovať s psychológom, supervízorom.

Intenzívna terapia, odborná pomoc

Pokiaľ žiadna z predchádzajúcich rovín nie je dostatočná k vyriešeniu prijímateľovho problému, pristúpime k individuálnemu liečebnému programu. Poradca na tejto rovine musí byť odborníkom v oblasti, ktorej sa problém týka (sexuológ, psychológ). I o tejto intenzívnej terapií musí byť uskutočnený zvláštny písomný záznam, s ktorým bude pracovať jedine určený okruh osôb (záleží na rozhodnutí odborníka).

Všetci zamestnanci musia byť oboznámení s Protokolom sexuality.

Zamestnanci sú dobre oboznámení s problematikou sexuality. Účasť na ďalšom vzdelávaní je nutnou súčasťou udržania úrovne starostlivosti o prijímateľov v zariadení. Ďalšie vzdelávanie sa prevádza formou prednášok odborníkov, seminárov alebo samoštúdiom. Pre zamestnanca povereného sexuálnou výchovou a osvetou prijímateľov je zaistené absolvovanie kurzov a prednášok týkajúcich sa tejto oblasti.

Záver

Sexualita mnohých najmä mladých ľudí umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb s celoročným pobytom zostala na polceste a nemá veľa

šancí naplniť sa – napriek tomu, že mnohí často vôbec netúžia, alebo reálne nepotrebujú mať plnohodnotný pohlavný styk. Nezažijú však veľakrát ani partnerské pohladenie alebo pusu. My sa im potom čudujeme, že sú niekedy mrzutí a podráždení – hneváme sa na nich, keď si nevedia vybrať žiadnu z ponúkaných ergoterapeutických činností.

Na túto konferenciu som prišiel aj preto, aby som získal iný pohľad na sexualitu – pretože som presvedčený, že postoj k našej vlastnej sexualite ovplyvňuje i spôsob, akým sa dokážeme postaviť k sexualite inak obdarených ľudí – vrátane prijímateľov sociálnych služieb umiestnených v zariadeniach s celoročným pobytom, ktorí sú odkázaní na väčšiu či menšiu mieru podpory.

Vnímam život každého človeka s akýmkoľvek hendikepom ako rovnako hodnotný, ako životy všetkých ostatných zdravých ľudí.

Príspevok je súčasťou realizácie výskumnej úlohy VEGA 1/0942/11
„Zvyšovanie kvality života klientov s ťažším mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb v oblasti sexuality a partnerských vzťahov.“

PaedDr. PhDr. Ján Šrenkel
Centrum sociálnych služieb Zátišie
Osadné 89
067 34
Slovensko
riaditel@csszatisie.sk
www.csszatiisie.sk

Zoznam bibliografických odkazov:

JANIŠ, K. 2004. Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci. In *Sexualita mentálně postižených: Sborník materiálů z celostátní konference.* Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

KOZÁKOVÁ, Z. 2004. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In *Sexualita mentálně postižených: Sborník materiálů z celostátní konference.* Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. ISBN 80-903519- 5.

MANDZÁKOVÁ, S., HORŇÁK, L. 2009. *Sexuálna výchova a príprava na partnerstvo osôb s mentálnym postihnutím.* Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2009. 306 s. ISBN 978-80-8068- 35–3.

MANDZÁKOVÁ, S. 2011. Kvalita sexuálneho a partnerského života osôb s ťaž-

kým zdravotným postihnutím. Prešov: PF PU, 2011. 291 s. ISBN 978-80-555-0455-1.
PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.* Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
ŠTĚRBOVÁ, D. 2006. *Sexualita osob s mentálním postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 140 s. ISBN 978-80-244-1689-2.
THOROVÁ, K., JÜN, H. 2012. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem.* Praha: APLA, 2012. 114 s.

Pomáhající profese, sexualita a osoby s mentálním postižením

Dana Štěrbová, Jana Harvanová

Úvod

Sexualita osob s mentálním postižením – stále diskutované téma, které se dostává do odborného povědomí pomaleji, než by si člověk přál. Zde na kongresu je již obvyklé, že se věnuje pozornost všem oblastem sexuality včetně potřeb lidí se zdravotním postižením, v našem případě lidem s mentálním postižením. A je to stále málo. Takže nás čeká „návrat a stále návrat“. Opakované podněty a opakování = matka moudrosti. To vše je jedna strana mince. Na té druhé straně je vzdělávání a ochota přijímat informace, ochota slyšet je zase a znova. Tak si je poslechněme.

Stručně k pomáhajícím profesím, informacím a zplnomocnění

Podle Donlana (in Baštecká et al., 2003) potřebuje klient porozumět podmínkám, ve kterých žije, situaci, ve které se nachází a životnímu stylu, který ho znehodnocuje, znevýhodňuje, zneschopňuje a zbavuje odvahy. Základní pomocí jsou informace. Klient je někdy ani nepožaduje a neočekává a pomáhající pracovník je za účelem udržení moci nad klientem zadržuje. Dalšími kroky terapeuta vedoucí ke zplnomocnění klienta jsou rozvíjení schopnosti určit, co je třeba změnit či zlepšit, rozvíjení schopnosti kritizovat a vyjednávat, aby klient získal možnost volit z více možností, měl větší zodpovědnost, více řídil sebe a svůj život a dovedl se více přihlásit k životu, který vede. Někdy se představa terapeuta a klienta velmi liší, proto mají mít oba možnost vyjednávat a tím zvýšit schopnost zvládat sebe, situaci a tím i svobodu.

Pokud si výše uvedený text převedeme do podoby práce odborníka (psychologa, gynekologa, sexuologa, pedagoga, fyzioterapeuta a dalších) do oblasti s problematikou sexuality osob s mentálním postižením, lze očekávat leckdy potíže. Proč? Dalo by se hovořit o potřebách při vzdělávání a osvětě v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Potřeby mají jak ti, co vzdělávají, tak ti, jimž je vzdělávání určeno. Rodič, který je „vzdělavatelem“ stěžejním, by měl mít naplněny mj. potřeby níže uvedené jako potřeby člověka – odborníka v pomáhající profesi.

Potřeby osoby s mentálním postižením: ve vztahu k informacím:

Dozvědět se – znamená to pro lidi s mentálním postižením, že je důležité kdo, kdy a jak dá informace.

Porozumět a pochopit – proč informace dostává.

Umět aplikovat – co s informacemi udělá v praxi, tedy nejen umět je memorovat.

U jedinců s mentálním postižením záleží nejen na mentální úrovni (stupeň mentálního postižení, výše IQ), ale též na sociální adaptabilitě a v oblasti sexuality také na zkušenostech. Informace musí být podány tak, aby jedinci neuškodily – v pravý čas.

Víme, kdy je pravý čas? Měl by to vědět rodič. Rodiče to nevědí, mají tendence brát své děti s postižením jako děti i v jejich dospělém věku.

Jak má odborník zplnomocnit klienta - osobu s postižením v oblasti sexuality? Jde o to, aby odborník měl také dostatek informací.

Potřeby člověka, který vzdělává a přináší informace (odborníka v pomáhající profesi), se v něčem podobají potřebám osoby s mentálním postižením.

Vědět – komu dává informace.

Znát způsob, jak má informace dávat.

Chápat, že ten komu je dává, má potřebu je mít.

Rozumět – měl by znát problematiku sexuality osob s mentálním postižením.

Znát specifika komunikace osoby s postižením.

Zdá se to jednoduché, ale tak jednoduché to není. Ne všichni odborníci předávající osobám s mentálním postižením bývají proškoleni v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.

Minulý rok na kongresu k sexuální výchově zazněl příspěvek k významu komunikace a osob s mentálním postižením s odkazem na pomáhající profese.

Pracovník v přímé péči (i ať už se jedná o zdravotnického pracovníka či pedagoga), by měl být tím odborníkem, který bude schopen přenést svoje vědomosti do dovedností – proto také SPRSV připravila a certifikovala další dva vzdělávací programy /kurzy/ , v nichž se lze dovědět a procvičit základy přístupu k osobám s mentálním postižením ve smyslu, jak s nimi o sexualitě mluvit, jak provádět jejich osvětu, jak využívat didaktických materiálů apod. Tedy jak mohou pracovníci uplatnit teoretické poznatky v praxi. Aby nebyli v situaci, kdy umí o věcech dobře mluvit /a možná jim i rozumí/, ale tím to končí… (Štěrbová, 2012)

Pozornost v loňském příspěvku byla věnována mj. potřebě znalosti specifických způsobů komunikace:

Do situace existujícího rozdílu v teoretických a praktických znalostech se tak dostávají nejen klienti (osoby s mentálním postižením), ale mohou se do ní dostat i zaměstnanci. Jedna z překážek je nedostatečná dovednost o sexuálních otázkách hovořit. Dále je potřeba vědět, zda a jak a kdy o jakých tématech začínat, v jakých podmínkách, jaká volit slova, zda zvoleným slovům bude rozumět uživatel, zda není veden monolog pouze ze strany pracovníka, který přijímá souhlasná vyjádření uživatele (osoby s mentálním postižením jsou zvyklí souhlasit). Za další možnou překážku lze považovat nedostatečnou

dovednost zaměstnanců v užívání alternativních a augmentativních způsobů komunikace (dále AAK) a rozpoznání, zda se v konkrétním systému AAK orientuje osoba s mentálním postižením. Stává se, že službu poskytující personál neví, jaká je úroveň receptivní a expresivní složky řeči uživatele. Problémy se objevují zejména u klientů, u nichž je schopnost komunikace narušena ať už hloubkou mentálního postižení či dalšími diagnózami či poruchami (PAS, porucha sluchu, porucha zraku, tělesné postižení, atd.). Systém AAK v sobě zahrnuje např. znaky, symboly, objekty /předměty/, fotografie, hlasové výstupy v různých komunikačních pomůckách. Znakování se doporučuje jako podpůrný komunikační prostředek u osob s diagnózami dětské mozkové obrny, autismu, mentálního postižení. (Štěrbová, 2012)

Je potřeba vzít v úvahu, že potřeba umění komunikace o problematice sexuality jde ruku v ruce s názory a postoji, který odborník v pomáhající profesi k sexualitě osob s mentálním postižením má.

Pregraduální příprava, sexualita zdravotně postižených na FTK UP v Olomouci

V roce 2004 se v Hradci Králové konala celostátní konference k sexualitě. S příspěvkem Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého jsme se obraceli s informacemi o vzdělávání studentů v oblasti sexuality postižených osob na veřejnost laickou, rodičovskou i odbornou.

V pregraduální přípravě studentů FTK UP považuji za potřebné, aby se studenti po absolvování předmětu Sexuální výchova zdravotně postižených dokázali orientovat nejen v oblasti výchovné péče o klienty s mentální retardací (týká se zejména bakalářských studijních programů), v oblasti specifických přístupů v oblasti vzdělávání a další odborné péče (týká se magisterských studijních programů), ale neodmyslitelnou součástí je znalost problematiky sexuality klientů s mentálním postižením. Je potěšitelné, že se tomuto v praxi věnuje čím dál více pracovníků, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty, znají jejich každodenní potřeby a neopomíjejí tak ani potřeby sexuální. A je důležité, aby do institucí (tzn. ústavů sociální péče, stacionářů, speciálních škol) přicházeli budoucí poučení pracovníci - vychovatelé, učitelé. Poučenost se týká celkového pojetí sexuality jako takové. Téma sexuality je široké a citlivé. A každý absolvent by dle mého názoru měl o sobě vědět, zda má nebo nemá „na to“, aby se stal tzv. sexuálním edukátorem a v jaké míře. Nejde jen o osobu studenta, jeho postoj k vlastní sexualitě, ale i o postoj k sexualitě klientů s mentální retardací. Student by měl chápat budoucí klienty v jejich různorodosti a individualitě – různí se mužská a ženská sexualita, úroveň mentálního postižení, potřeby jednotlivce v oblasti sexuality a představy rodiny konkrétního klienta (Štěrbová, 2004).

Stále existuje nabídka tzv. B a C předmět KSK/SVZDP Sexualita osob se zdravotním postižením v nabídce FTK UP v Olomouci v rámci celouniverzitní nabídky. Mohou jej tak absolvovat studenti ze všech fakult UP a účastní se jej především studentky z fakult pedagogické, cyrilometodějské, přírodovědecké, lékařské, tělesné kultury. Jde o studenty oborů pomáhajících profesí. Obsah tohoto předmětu je stavěn tak, aby byl student seznámen s problematikou sexuality osob se zdravotním postižením (zaměřujeme se na mentální či kombinované postižení). Předmět je veden za užití modelových situací a za využití různých příkladů z praxe, kasuistik. Studenti se také seznamují s dostupnými didaktickými materiály na českém trhu, což v porovnání se zahraničím je velmi malá nabídka.

Změna: oproti předešlým letům předmět nenavštěvují studenti z důvodu motivace „získání kreditů“, ale pro zájem o obsah předmětu. To je výrazný posun.

Liší se postoje studentů k sexualitě osob s mentálním postižením od postojů odborníků v praxi pomáhajících profesích? Nedomníváme se, že tomu tak je.

Pro stručné zopakování uvádíme základní členění postojů k sexualitě osob s postižením dle Burdové (1988):

a) eliminace (vyloučení) sexuality osob s mentálním postižením,
b) tolerance sexuality osob s mentálním postižením,
c) přijímání sexuality osob s mentálním postižením,
d) kultivování sexuality osob s mentálním postižením.

V dnešním příspěvku se tedy opíráme o názory budoucích odborníků v pomáhajících profesích k sexualitě osob s mentálním postižením. Tentokrát vycházíme z půdy univerzitní, tedy z přípravy vysokoškolsky připravovaných odborníků. Někteří z nich jsou již absolventi Bc. studia a jsou studenty navazujícího Mgr. studia. Jsou vysokoškolsky vzdělanými odborníky v pomáhajících profesích.

Nejčastější témata, nad nimiž se zamýšlejí absolventi semináře KSK/SVZDP a jejich pohled na problematiku sexuality osob s mentálním postižením – analýza seminárních prací na téma Sexualita u mentálně postižených (volná úvaha).

- Postoje společnosti k právům lidí na sexualitu obecně a na sexualitu u osob s mentálním postižením (zahrnuty eliminující, tolerující, tendence k přijímání sexuality osob s mentálním postižením)
- Integrace a inkluze a sexualita osob s mentálním postižením
- Soukromí
- Podoby sexuality: od asexuálního chování až po sexuální styk, pohlavní styk osob s mentálním postižením
- Masturbace
- Manželství, rodičovství osob s mentálním postižením
- Odpovědnost za výchovu a péči o dítě
- Antikoncepce

Často se v úvahách objevovala role sebe sama ve vztahu k sexualitě osob s mentálním postižením.

Výňatky z úvah studentů předmětu KSK/SVZDP

„… S tím také souvisí i rodičovství mentálně postižených. Neměli bychom upírat mentálně postiženým jedincům právo na to stát se rodičem a založit si rodinu. Založení rodiny bývá často únikem před neschopností žít nezávisle svůj vlastní život bez vlivu rodičů. Namísto integrace do intaktní společnosti tímto zakládají rodinu, tedy útočiště, čímž se uzavírají před okolním zraňujícím světem.

Je to ale rozumné a bezpečné pro jejich dítě? Jak se o něj postarají rodiče s diagnózou těžké mentální retardace? Dále nastává otázka, jak jsou potenciální rodiče staří a zda si dítě plánovali pořídit či ne.

Adekvátní vyřešení je dosti problematické a je nutné zohlednit všechna individuální hlediska. Závěrem se musím přiznat, že nevím, zda se založením rodiny mentálně postižených jedinců souhlasit či ne…“ (studentka, 22 let)

„Ze začátku jsem si v duchu říkala, co všechno to bude obnášet ta sexualita zdravotně postižených. Co je vlastně na tom jiné? Samozřejmě sexualita u každého člověka má jiný obsah, každý se k tomu chová nějak. Stydlivě, otevřeně, nevyjadřuje se o tom… Kladu si samé otázky, jak fungují sexuální vztahy u zdravotně postižených osob. Je možné, aby měli tělesně postižení lidé často sex? Je možné, aby lehce mentálně postižené osoby měli sex více krát denně, nebo jim to uškodí a stačí udělat jen ty věci, které mají správně dělat…. (studentka, 24 let)

„Vrátím se k lidem s mentálním postižením. Myslím, že většina společnosti od těchto lidí očekává spíš asexuální chování. Široká veřejnost si nedovede představit, že lidé s mentálním postižením mají taky své potřeby. A to teď nemám na mysli pouze sex jako takový, ale i „obyčejné“ věci jako je láska a partnerství. Problém je asi v tom, že lidi s mentálním postižením vidíme více jako děti než dospělé jedince. …. Kdo může mít kompetenci „radit“ lidem s mentálním postižením? …. Můžeme se tvářit, jak sexuální život u lidí s mentálním postižením přijímáme a chceme jim pomoct ho rozvíjet, ale je to spíš jen takový postoj kvůli společnosti. Většina z nás s tím, neříkám, že nesouhlasí, ale nedokáže si představit člověka s mentálním postižením jako sexuálně aktivního. Ale společnost se rozvíjí a je otevřenější „novým“ věcem. Třeba v budoucnu v rámci integrace a inkluze bude sexuální život lidí s mentálním postižením v očích společnosti naprosto normálním faktem.“ (studentka, 22 let)

„…Sexualita je v naší společnosti celkem tabu a ještě více tabu je u mentálně postižených. Lidé se o tomto tématu na veřejnosti nebaví a ani nad ním moc

nepřemýšlejí, pokud se to nijak nedotýká nějakého jejich kamaráda nebo příbuzného. Lidé s mentálním postižením jsou přece jiní než my, nemají takový intelekt, a tak jim něco jako sexualita nemůže nic říkat, myslí si většina populace. Opak je ale pravdou. Lidé s mentálním postižením mají úplně stejné potřeby a touhy, jako my „normální“. Do těchto potřeb samozřejmě musíme zařadit i sexualitu. …Vůbec nevím, jak bych sama ke klientům přistupovala, co jim ohledně sexuality sdělila a hlavně jakým způsobem, aby to pro ně bylo pochopitelné, nematoucí a aby si z toho odnesli nějaké nové poznatky…. Pro mě je celkem těžké se o tomto tématu bavit s „normálními“ lidmi a moc si nedokážu představit mentálně postiženého klienta s touhou dozvědět se něco víc o sexualitě ode mě.“ (studentka, 23 let)

„Když jsem svým přátelům a rodině sdělila, že jsem absolvovala seminář na téma sexualita u osob s mentálním postižením, reagovali třemi způsoby. Na jejich tváři se objevil zhnusený obličej doprovázený citoslovcem „fůůůj, neeee“ a podobně. Tato reakce byla sice trošku necitlivá, ale pochopitelná. Co mě ovšem vždy velmi popudilo, byly reakce typu: „No já bych to teda nepodporovala, aby se tam někde to... Co vás to tam jako učí na té škole? Ještě aby se tu množili! Za sebe bych jim dal (a) brom a bylo by.“ Upřímně řečeno, v tu chvíli jsem viděla „rudě“. Tito lidé byli přesvědčeni o tom, že jsme se na semináři učili, jak podporovat sexuální libido těchto klientů. Přišlo mi velmi nefér, jak okamžitě odsoudili myšlenku, o které nic nevěděli jen proto, že se týkala, řekněme, mnohdy méně atraktivních lidí. Říkali to se značnou nenávistí a odporem v hlase. Šlo mi tu hlavně o princip – slyšeli pojem „sexualita“ a „mentálně postižený“ a hned vynášeli zbrklé soudy a scestné názory. Jsem toho názoru, že lidem s mentálním postižením se osvěta poskytnout musí, už jen z důvodu, aby věděli, jaké chování se sluší a patří. Musí být schopní korigovat svoje projevy, zapříčiněné jejich sexuálními potřebami. Celá pointa předmětu je seznámit se s možnostmi edukace těchto osob – tito lidé se mají hlavně kultivovat. Neznamená to, že se studenti učí, jak je přímočaře podporovat a vést k sexu (jak se tito lidé marně domnívají a odkud i pramení jejich nenávist a zhnusení). Třetí reakce byla poměrně klidná. Lidé na mě notnou chvíli hleděli s otevřenými ústy, což bylo celkem nepříjemné. Nevěděla jsem, co říkat. Připadala jsem si před nimi jak hlupák, jelikož jsem nevěděla, co se jim zrovna honí hlavou… Když si v duchu pronesu „sexualita lidí s mentálním postižením“, tak odpor, který jsem zprvu cítila, lehce polevil. Sice mi tato myšlenka není zrovna dvakrát příjemná, ale zvykla jsem si na ni a přijala fakt, že lidé, ač mají jakoukoliv mentální vadu, mají také právo na svoje projevy sexuality a není na tom nic zvláštního, ani divného a zarážejícího. Odpor zčásti vymizel i proto, že jsem se s tématem seznámila a něco se o něm dozvěděla, což znamená, že část nepříjemných pocitů pramenila z neznáma…. Nejvíce mi ale vadí, že odsuzují věci, o kterých nic neví, třeba jen kvůli zarážejícímu názvu, který jejich uším nezní tak příjemně. Lidé se bojí neznáma, tam vidím jádro problému. (studentka, 24 let)

„…. Sexualita je důležitá u všech bez rozdílu. Ale podle mého názoru, každý cítí, že v této oblasti najdeme několik odlišností, které musíme brát v potaz. Jeden z těch, podle mě, nejdůležitějších rozdílů je inteligence, se kterou souvisí komunikace. Lidem s mentálním postižením je obtížné vysvětlit určité pojmy a musíme najít takový způsob komunikace, který bude odpovídat jejich úrovni. Toto ovšem ví každý člověk, který s takovými lidmi pracuje. … Jedna věc je těmto lidem pomáhat a komunikovat s nimi, ale na druhé straně jsou naše pocity, které máme, pokud se jedná o jejich sexualitu. Na výuce bylo několikrát řečeno, že musíme chránit především sebe a nevnucovat své pocity a domněnky svým klientům. Někdo si může říct, že to není problém, ale podle mě to chce delší praxi. Jedná se úplně o jinou komunikaci, než jakou jsme zvyklí používat běžně. Samozřejmě rozhoduje stupeň postižení a podle toho zvolená forma komunikace. Já osobně jsem ještě neměla možnost pracovat s osobami s mentálním postižením, a proto si myslím, že bych nebyla schopna jim pomoci v otázkách týkající se sexuality. Uvědomila jsem si to hlavně v našem fiktivním případě s panem Pepou, který osahával ženy. Jako nová pracovnice bych stejně jako Alena nevěděla, co mám dělat a jak mu to vysvětlit. … Viděli jsme několik nácvikových videí masturbace a vždy tam bylo použito slovíčko „soukromí“. A mají ho tito lidé? Lidé s mentálním postižením, kteří prožijí většinu života v nějakém zařízení, ho nejspíše nemají. I toto může přispívat k tomu, že nerozlišují mezi soukromím a veřejným místem. Ještě je tady otázka, jak a jestli vůbec jsme tolerantní? Kdo to nezažil tak nemůže vědět, jak zareaguje v situaci, když uvidí svého klienta masturbovat na veřejnosti nebo osahávat ženy v jeho okolí. …. S tolerancí podle mě souvisí i otázka těhotenství žen s mentálním postižením. Část lidí je proti tomu, aby tyto ženy byly těhotné, a část to bere jako přirozené. Samozřejmě znovu musíme brát v potaz stupeň postižení a na každý případ pohlížet individuálně. Na videu o vztazích jsem si všimla, že všichni klienti měli obavy, jestli by to zvládli. Nevím, jestli to bylo díky osvětě v jejich zařízení, ale překvapilo mě to. U těhotné ženy s mentálním postižením jsou podle mě dvě největší obavy, zda bude matka schopna se o dítě postarat a zda dítě zdědí postižení po rodičích. Často je totiž nutná pomoc někoho jiného při výchově dítěte. Proto je velmi důležité zjistit motivaci, proč chtějí dítě mít. Pokud dítě mít nechtějí je důležitá osvěta ve věcech antikoncepce a jiné ochrany.

Hlavní je v komunikaci a osvětě individuální přístup ke každému klientovi. Vždy řešit ten konkrétní problém s tím konkrétním klientem. Vždy je důležitý stupeň postižení a forma komunikace, se kterou souvisí slovní zásoba klienta. …. A neignorovat tyto problémy, ale řešit je. Důležitá je i komunikace s rodinou, jelikož rodinní příslušníci obvykle mají zájem a strach o svého příbuzného. Proto bychom měli s každým komunikovat s respektem a snahou ho pochopit.“ (studentka, 22 let)

„…Sexualita zdravotně postižených je velmi zajímavé, ale také dosti tabuizované téma a právě proto mě nutí k zamyšlení. … Přestože jsme měla předmět

psychopedii, což je speciálně pedagogická disciplína zabývající se lidmi s mentálním postižením, téma sexualita jsme téměř vynechali. …Při návštěvě nejmenovaného ústavu jsem se setkala s chlapcem se středně těžkou mentální retardací, měl přibližně dvacet let, jakmile uviděl přicházet několik dívek, měl tendenci všem podávat ruku, hladit nás a jednu blondýnu si chtěl dokonce odvést na pokoj. Jaké člověk v tu chvíli může mít pocity? Strach, úzkost a snad i odpor. Je možné se takovým pocitům bránit? Když jsme navštívili hodinu muzikoterapie, kde se nacházelo asi deset mužů s mentálním postižením starších třiceti let, ne jeden z nich si začal šahat do kalhot. Je to přirozené? Jak je vůbec možné, že nechali tolik mladých dívek vstoupit do pokoje mužů? Mimo jiné jsem měla také velmi naivní představu, proč těmto osobám, lidé pracující v ústavu nevysvětlí, co je to sex či masturbace? Naivní představa to byla především proto, že je to velmi obtížné a někdy až nemožné, což mi ukázal náš seminář. Považovala jsme naprosto za přirozené pohladit člověka, který se cítí sám nebo zrovna pláče, protože se mu něco stalo. Přirozené to pro mě bylo dokonce i u lidí s mentálním postižením. Nikdy mě to nevedlo k otázce sexuality. Ovšem po přednášce, co všechno můžou způsobit dotyky, si to pro příště rozmyslím. Na druhou stranu si stálé myslím, že musíme dát především na svůj instinkt, protože je přece pohlazení a pohlazení. Nikdy bych klienta neobjala, ale pohladit ho po vlasech? Proč ne? Je to moje myšlenka, možná ve chvíli kdybych se opravdu stala pracovnicí ústavu, bych si to rozmyslela. Ale to je pouhé kdyby…. Na jednu stranu je mi líto lidí s mentálním postižením. Oni velmi často taky touží po životě v páru nebo po rodině. Nebo jak jim umožnit pochopit, co je to sex a kde a jak ho můžou provozovat? Je to tak obtížné jim něco vysvětlit, nebo se do takových věcí nikomu nechce? V naší zemi nadopujeme ženy s mentálním postižením antikoncepcí a necháme jim pokoj nebo sprchu pro jejich vyžití. Je to správně? Jak to udělat jinak? Jak jim umožnit vést lepší život? Je těžké pracovat se sexualitou, pokud nemáme vyřešenou tu svou, ale myslím si, že nejde jenom o sexualitu, ale musíme mít vyřešenou celou svou osobnost a musíme se mít rádi…. I po semináři se mě stále jako na začátku drží pocit strachu a bohužel odporu, ale také smutku k tématu sexualita osob zdravotně postižených.“ (studentka, 22 let)

„…Každý z nás si již určitě položil otázku: „Jak řeší svou touhu pro vyjádření, vykonání svých tužeb mentálně postižení?“ Možná se touto myšlenkou nezabývají až tak osoby z jiných oborů, nebo co vím, konkrétně moji vrstevníci. Podle mého názoru, hodně lidí řeší spíše sexualitu u tzv. normálních, nebo jak speciální pedagogové užívají termín „intaktní“ populace, ale že by se zamysleli, že i lidé s postižením mají stejné tužby jako my? To asi málo kdo. Popravdě, já sama jsem nad touto otázkou nikdy nepřemýšlela. Vyrůstám od malička v rodině, kde máme člověka s mentálním postižením…

Říkám si: „Je špatné, když sexualita u osob s mentálním postižením ve mě vyvolává pocity hnusu a odporu?“ …Jaký je rozdíl v pouhém oslovování muže s postižením ženami a muži? Odpověď je prostá. Muži berou muže s postižením

jako sobě rovného, jako muže. Ženy považují muže s postižením za dítě. Nikdy jsem nad tímto nepřemýšlela celostně vůči celé společnosti, ale podle mého názoru tyto pravidla neplatí jenom v naší rodině, ale obecně. V semináři jsem se ale často zamyslela, do té doby mi to přišlo zcela normální, a podala si otázku: „Dělám to tak dobře? Co v tom příbuzném (upr. autorkami příspěvku) vzbuzuju, když mu dám pusu na to líčko, když ho chci přivítat?" Často, když mu totiž řeknu, aby si šel po obědě lehnout mi odpoví: „ Pojď se mnou, budeme se tulit". V té chvíli mnou projede mráz po zádech a říkám si, jestli vůbec rozumí rodinným vztahům, jestli chápe, v jakém jsme příbuzenském vztahu. Proto mu to začnu vysvětlovat. Nejčastější odpověď takového člověka je „aha". Co si z toho ale vezme? To je otázka. Často vzpomíná, že by chtěl dítě. Ví, jak vzniká dítě? Ví, co obnáší starost o dítě? O tom mohu pouze spekulovat. Myslím si, že s tímto mužem s postižením to nikdo nikdy neprobíral, nevysvětloval mu to. A jak je to se zamilovaností? Pro takového člověka je podle mých nabytých zkušeností velice jednoduché se zamilovat a obecně, i přátelství má pro něj velký význam. Myslím si, že osoby s Downovým syndromem jsou hodně společenští, tudíž udržují hodně kontaktů s kamarády, jakmile vejdou například do obchodu, hned se s každým zdraví – jsou velmi dotekoví. Proč jsem takového názoru? Když jednou v životě mého strejdu zklamal nejlepší kamarád, taky muž s mentálním postižením, nikdy mu to neopustil. Když se jednou zamiloval, miluje celý život. A co je pro něj vlastně milovat? Možná jen sen po dítěti, který se mu už jistě nesplní.

Váš seminář, paní doktorko, mě naučil ne jen vzhledem k sexualitě, ale i u různých myšlenek a témat zamyslet se nad tím, že ne každý chápe danou situaci stejně jako já…. Také mě podpořil v názoru, že je zdravé držet si odstup. Často mě napadalo, jestli já nejsem ta divná, když jsem viděla u svých příbuzných, že se klidně nechají „oplácávat" od osoby s mentálním postižením jen kvůli nějakému pitomému vnitřnímu kodexu. Ujistila jste mě, že na tom není nic špatného a pokud mi to je nepříjemné, což samozřejmě je, mám právo říct DOST!!!…" (studentka 23 let, v příbuzenském poměru s osobou s mentálním postižením).

„Téma této úvahy bylo zvoleno jako volné, a proto využiji situace k utříbení si myšlenek a závěrů z tohoto semináře. …jak bylo řečeno, každý si vybere jen to, co si chce vybrat…respektive: každý si vybere jen to, co hraje na jeho struny a co právě nyní řeší nebo co se dotýká jeho života. V tomto nejsem výjimkou. Zaujaly mě především věci, které mě šokovaly, udivily, vyděsily a zbytek kolem mě pravděpodobně proletěl bez povšimnutí, ale i tak je to dobře. Není třeba chtít vstřebat všechno, ale vybírat ty drobné střípky, které vyvolají v člověku ono AHA! a ty hledat mezi změtí informací a těm se vztahovat, protože jedině ty posunou člověka dál a pomáhají mu poskládat jeho skládačku tak, aby zapadala a dávala životu smysl. …Tu najednou vím, že nejprve musí mít člověk sebevědomí a jistotu sám v sobě a teprve pak může dávat ven. Co může dávat jiného, než čeho nabude jistotou v sebe sama? Jiné by bylo jen prázdným

přetřásáním frází a poznání od jiných lidí, ale je zapotřebí vložit do toho sebe sama, teprve pak to bude mít sílu, teprve pak to má smysl. Píše se: Miluj svého bližního jako sebe samého, ale připadá mi, jako by mnozí, kdo toto rčení užívají, vůbec neslyšeli druhou část té věty. Cožpak ta věta říká, že je v pořádku pomáhat druhým na úkor svých vlastních postojů a potřeb? Cožpak můžu být uspokojena tím, že nabídnu druhému něco, čím jdu sama proti sobě? Na mysl mi přichází ona věta: „…když jsem viděla, že mu to nejde, tak jsem mu pomohla a vyhonila mu ho“. I tak nějak by taky mohla vypadat takzvaná pomáhající láska. … Základem je milovat sebe a nezapírat sebe a od toho může ledaco vzejít. Dokud člověk nepřijme sebe sama, bude stále jen lístkem plápolajícím mezi tím, co se má a co se nemá, jak by to mělo být, a co by se nemělo…. Je to nekonečná změť domněnek a zmatků, které jsou ale vždycky jen větami těch druhých. Dokud člověk nepozná svou vlastní hodnotu a nenajde odpovědi na základní otázky v sobě, budou to vždycky jen fráze a věty těch druhých.

Odpovědí na to, co je správně se zdá nyní jasná: Být za všech okolností sám sebou, nikoho neponižovat, nikomu úmyslně neubližovat, ale jasně stanovit hranice toho, co ještě ano a co už ne. Každý má možnost svobodně se rozhodnout zda mu to tak bude vyhovovat nebo ne, ale nikdy by člověk neměl jít sám proti sobě.“ (studentka, 24 let)

„Díky tomuto semináři jsem dostala jedinečnou možnost nahlédnout do velmi citlivé problematiky osob s mentálním postižením (dále jen MP), o které jsem předtím měla jen povědomí. Jsem ráda, že jsem tento předmět absolvovala, ale bylo to pro mě velmi náročné. Nikdy dříve jsem nepřemýšlela nad tím, že by sexualita mohla ovlivňovat a spoluvytvářet osobnost člověka v průběhu jeho života. Když jsem si zodpověděla otázku: „Moje sexualita a vztah k ní a jiným osobám“ ukázalo mi to určitý způsob chování, kterým se například člověk může prezentovat v běžných životních situacích, jak příjemných tak nepříjemných. Pokud tohle zamyšlení přenesu na osoby s MP, je pro ně vývoj sexuality stejně důležitý, jako u člověka bez postižení. Bez ohledu na jakékoli etické otázky např. „not to have baby“. To mi ukázalo, že sexualita má klíčový vliv i na formování osobnosti člověka s MP. Tento fakt mě v průběhu hodiny dovedl i k tomu, že sexualita u lidí s MP není jen „sex (akt mezi dvěma osobami)“ jak jsem si to dříve představovala, ale jsou to i další mezníky, jakožto: „vztahy, masturbace, antikoncepce, restrikce, emoce a prožitky.“ Pro nás zdravé lidi jsou to běžné pojmy, kterým se od dětství učíme rozumět a zacházet s nimi v mezilidských vztazích. Někteří lidé s MP nemusí nikdy porozumět významu těchto slov a to především i v kontextu společenském. ...Po absolvování semináře, si myslím, že sexuální potřeby osob s MP jsou stejné, jako u zdravých lidí. Problém je v tom, že ne všichni tito lidé S MP umí své sexuální chování a touhy ovládat. Pokud jde o samotný průběh a vývoj sexuality těchto osob, došla jsem k názoru, že každý máme právo na své soukromí a měli bychom ho respektovat. Není nezbytné se to snažit pochopit a udělat si vyhraněný názor. Stále také věřím, že může existovat partnerský vztah mezi osobami s mentálním postižením a vést

téměř běžný sexuální život, ačkoli se to děje jen ve výjimečných případech.“ (studentka, 24 let)

„…Já sama se považuju za člověka otevřeného vůči jakýmkoli tématům, včetně sexu a sexuality osob. I přesto jsem se cítila poměrně nepohodlně, když se přešlo k citlivějším tématům, o kterých se dokážu bavit jen s těmi nejbližšími. … S tématem jsem se setkala již na základní škole, kde byly pořádány volejbalové zápasy pro zdravotně postižené osoby. Tehdy jsem téměř nic nevěděla o mentálně postižených osobách a poprvé jsem se setkala s Downovým syndromem. Zejména kluci byli velice přítulní, chtěli se dotýkat, žádali mě o telefonní číslo, chtěli „randit“. Tehdy jsme se spolužačkami smály, po tomhle kurzu už bych se asi nesmála. Je až neuvěřitelné, že lidi o tématu sexuality postižených osob ví tak málo. Je jim snad nepříjemné se o tom bavit? …Nicméně se dostávám k něčemu, co mě více než zaujalo. Instruktážní videa. Konzervativní populace by byla jistě šokována otevřeností a upřímností videí. Konzervativní skupina lidí by pravděpodobně na tento seminář ani nedorazilo. Byly tedy mezi námi nejspíš tzv. silné žaludky. A neodešel ani jeden. Při pozorování „filmů pro dospělé“ by se někdo možná vzdálil. Ale tohle s pornografií mělo společného velmi málo. Materiál, jako instruktážní návod je velmi cenná záležitost. A velice obdivuji lidi, kteří do něčeho takového šli. A co my tento kurz dal a vzal? Rozhodně hlubší poznání světa těchto lidí. I oni touží po tom, po čem toužíme i my, intaktní jedinci. Mnohem víc jsem vděčná za svou vlastní sexualitu, za můj vztah k sexu. Vážím si toho, že právě já jsem zdravý člověk a nemusím se dívat na instruktážní videa z „druhého břehu“. A co mi kurz vzal? Zase kousek mé naivity o bezchybném světě…“ (studentka, 23 let)

„Zamysleme se nad tím, kolik soukromí má zdravý jedinec? Člověk, který žije běžným životem, chodí do práce, má děti, manžela, zkrátka rodinu. Člověk, který již nežije s rodiči, který má svůj vlastní pokoj, popřípadě ložnici. Kolik má ve svém životě soukromí? Kolik si může dovolit soukromí během dne? V noci? Ano, když se nad tím zamyslíme, zjistíme, že hodně. Zkrátka tolik, kolik potřebuje, tolik, kolik si jej udělá. Záleží samozřejmě na více faktorech, ale podstatné je to, že soukromí jedinec má. Ráno v koupelně, když jde na toaletu, když si čistí zuby, omývá se, když se obléká. Pokud chce, může i snídat sám, v soukromí. Nikdo ho u těchto činností nebude rušit. V práci je toho soukromí méně, záleží samozřejmě na druhu práce, to individuální. Večer, když přijde z práce, opět může mít soukromí. Nemluvě o večerech a o noci, kdy chce být dotyčný se svým partnerem, teď už nemám na mysli soukromí jedince, ale soukromí páru. Mohou provádět jakékoli činnosti, aniž by byli rušeni a kontrolováni. Jak to ovšem mají lidé v ústavech a zařízeních různých typů sociálních služeb (mám na mysli zařízení, kam klienti nedochází, ale kde bydlí, kde je jejich domov)? Také mají tolik soukromí jako zdraví jedinci? Zamýšlí se vůbec někdo nad tím, jak je pro klienty složité v takovýchto typech zařízení fungovat? Jaké to pro ně je, když se jdou umýt a i u takové intimní činnosti jsou pod dozorem

a kontrolou? Ano, možná si řekneme, že si to do jisté míry neuvědomují, někteří z klientů ani neví, že by to mohlo být jinak, ale zamýšlí se vůbec někdo nad touto problematikou? Jde s tím vůbec něco dělat? Ano, možná by s tím něco dělat šlo, pokud by se klienti mohli z velkých zařízení přestěhovat (přesunout) do malých bytů nebo alespoň kdyby ve velkých zařízeních měl každý klient svůj pokoj, což se obávám, že není, kvůli financím, možné.“ (studentka, 23 let)

„Manželství u lidí s mentálním postižením. Nad touto tématikou jsem se pozastavovala již dříve. Má prvotní myšlenka, která mě směřovala k sociální práci, byla práce s lidmi s mentálním postižením. Postupem času a zkušeností se mé názory radikálně měnily a nyní zastávám postoje poněkud jiné, než dříve. ...Pokud jsou lidé svéprávní, tak k tomuto kroku jim vyloženě nic nebrání. Až na to, že zákonem o rodině je jasně stanovené, že účelem manželství je založení rodiny a řádná výchova dětí. A v tomto ohledu se domnívám, že tito jedinci si asi neuvědomují veškerá rizika rodičovství či pohlavního styku, a v mnoha úkonech potřebují pomoc od ostatních. Otázkou pro mě je, jak by pak mohli zvládnout roli rodičů? Dokážu i připustit takovou situaci, kdy by se o potomky starali babička s dědou, tedy rodiče mentálně postižených jedinců. Ale prarodiče tu také nebudou pořád. A ruku na srdce, oni se starají o své děti, přestože už jsou dospělé a do toho by se měli starat ještě o jejich děti? To by to bylo pro prarodiče či opatrovníky velmi náročné a vyčerpávající. Také přeci mají nárok na svůj život a odpočinek. A to ani nemluvím o tom, že se domnívám, že určitě z nějaké části je mentální postižení genetické. Doposud jsem si představila lidi, kteří mají snížený intelekt. Ale co když ke snížení intelektu mají i jiné, například pohybové omezení? To jsou další komplikace, které se zde mohou vyskytnout. A čím více přidružených postižení jedinec má, tím je více závislý na pomoci jiných o svoji vlastní osobu, natož o dítě. Trošku to vidím jako přítěž pro další lidi.

Samotnému aktu manželství se nebráním. Domnívám se, že pro lidi s mentálním postižením to je velký akt, kterému možná až tak nerozumí, anebo si nedokáží představit vše, co se pod pojmem manželství skrývá. Ale musím uznat, že mě těší, když vidím tyto lidi šťastný. Přeci jenom život k nim byl z mého pohledu krutý, a alespoň tuto radost jim neubírat. A přeci jenom manželé si mohou navzájem pomáhat, protože každý může rozumět jiným věcem, tak se mohou možná i více osamostatnit, než když by žil každý sám…. V průběhu psaní této práce, jsem měnila svá stanoviska a postoje k tomuto tématu. Ale je to hodně způsobeno tím, že si vždy pod tím představím konkrétní případ, na základě kterého mám utvořený názor. Tudíž můj názor se mění na základě jednotlivých, konkrétních případů. Ale můj všeobecný názor je, že nejsem pro to, aby mentálně postižení jedinci měli děti. S tímto prostě nesouhlasím. Taktéž si nedokáži představit, že by lidé s mentálním postižením měli pohlavní styk. Ale vím, že je to skutečnost a musím je brát jako lidi se stejnými potřebami, které máme my. Ale je to pro mě velmi obtížné. Vím, že bych s těmito lidmi nikdy nemohla pracovat, protože bych je nebrala jako rovnocenné lidi se stejnými hodnotami. Brala bych je

jako děti, protože se tak většinou chovají. A proto vím, že by má práce nebyla odvedená dobře, a nechala se ovlivňovat mými předsudky. Ale můžu pracovat sama se sebou a zkusit změnit své postoje.“ (studentka, 24 let)

„…Podle mého názoru, i v dnešní době, mnoho lidí žije v domnění, že osoby s mentálním postižením nemají žádný sexuální život. Považují je i v dospělosti za děti, které přece nemohou mít žádné sexuální potřeby. … Seminář, který jsem absolvovala na toto téma, mě donutil přemýšlet o tom, jestli je sexualita lidí s mentálním postižením respektována, jestli vychovatelé, pečovatelé a pracovníci v přímé péči umí se sexualitou těchto lidí nakládat, a jestli já bych byla schopna pracovat s dospívajícími a dospělými lidmi s mentálním handicapem….Setkala jsem se s lidmi, kteří považovali osoby s mentálním postižením za asexuální nebo naopak za osoby s nadměrným chtíčem chovající se “jako zvířata”. Myslím si, že je nutné, abychom si uvědomili a připustili, že i osoby s postižením jsou od určitého věku dospělí a podle toho s nimi komunikovali a jednali. Jsem toho názoru, že oblast sexuality by se neměla podceňovat. Sexuální výchova by se měla stát součástí komplexního rozvoje člověka s postižením a základní otázky zodpovězeny v rámci rodiny. Ne vždy je to ale možné…. Ztotožňuji se s názorem, že člověk, který pracuje s lidmi s mentálním postižením a zaměřuje se na osvětovou činnost v oblasti sexuality, by se měl nejdříve zaměřit sám na sebe. Měl by umět nakládat se svojí sexualitou, rozumět svému tělu a svým pocitům. Což určitě není jednoduché. … Při práci s lidmi s mentálním postižením hrají velkou roli zkušenosti, ale také osobní postoje, názory, do jisté míry, podle mě, take předsudky. A těch bývá bohužel hodně. Člověk, který pracuje s lidmi s mentálním postižením, by se měl od všech předsudků oprostit.

Kdo si myslí, že existuje nějaký zaručený návod na to, jak zasvětit osoby s postižením do oblasti sexuality, je na omylu. Každý člověk je individuální bytost s jinými zkušenostmi, s jinými počátečními znalostmi, pocházející z jiného prostředí (rodina, ústav). “ (studentka, 23 let)

“ …Často jsem se setkala s faktem, že při nástupu ženy do zařízení pro zdravotně postižené, musí rodina nebo příbuzní zařídit, aby tato žena užívala nějaký druh antikoncepce. Nejjednodušší je, užívat tabletovou formu, protože se o její podání postará personál a samozřejmě si užívání pohlídá. Můj názor na „povinnou“ antikoncepci se z větší poloviny „já“ shoduje s přesvědčením zařízení. Souhlasím s tím, aby se praktikovala povinná antikoncepce. Myslím, že často zdravotně (mentálně) postižení lidé nedokáží domyslet důsledky svého jednání. Často ani nechápou, co sex znamená. Jsou schopni rozpoznat jen, že je to něco příjemného. Nehledě na to, že mentálně postižení lidé jsou také často zneužívaní. I proto je potřeba tyto lidi chránit. Pokud pochopí význam pohlavního styku a dokáží si vybrat partnera bez nějakého násilí či přemlouvání, vyvstává zde další riziko otěhotnění, což se ocitáme v další obrovské kapitole, o které bychom mohli vést sáhodlouhé přednášky, dialogy a úvahy. Já si zkrátka myslím, že mentálně postižení lidé by neměli mít děti. Nevěřím tomu, že jsou

schopni se o děti postarat. V mnoha případech se nezvládnou postarat o svou osobu a to jsou dospělí lidé. Nedokážu si tedy představit, že by takový člověk měl vychovávat dítě. Podle mého názoru by tyto děti končily v ústavech. Riziko u těchto dětí je také genetická výbava, kterou po rodičích zdědí, takže se stane, že jsou mentálně postižení stejně jako jejich rodiče. Zkrátka, k této oblasti si souhrnně myslím a podporuji názor zařízení na povinnou antikoncepci. Vím, že tyto názory jsou dost drastické a radikální, ale zatím to tak vidím. Možná během praxe a po větším poznání této cílové skupiny názor změním…." (studentka, 24 let)

Studenti po absolvování předmětu K/SVZDP odcházejí s více otázkami, než když do něj vstupovali. **Většina těchto studentů má postoje, které se řadí k toleranci sexuality osob s mentálním postižením.** Mají obdobné postoje odborníci v praxi?

Víme, že dospělí s mentálním postižením, ať už žijí své životy v zařízeních poskytujících sociální služby osobám se zdravotním postižením nebo v prostředí domova, žijí sexuálním životem. Je třeba je respektovat a přiměřeně podporovat. Dr. Mandzáková se sexualitě osob s mentálním postižením na Slovensku věnuje několik let a k situaci uvádí:

V ostatnom čase dochádza aj v oblasti sexuality a partnerských vzťahov klientov domovov sociálnych služieb k prvým krokom vedúcim k zlepšeniu ich života. V niektorých zariadeniach môžu osoby s mentálnym postihnutím žiť buď spolu ako partneri muž a žena na izbách, alebo bývať spolu ako priatelia. Táto forma však vyžaduje riadne nabúranie existujúcich spoločenských konvencií a postojov verejnosti. (Mandzáková, Horňák, 2009, 147)

Představa, že by osoby s mentálním postižením měli žít svůj sexuální život stejně jako jiní, je v pomáhajících profesích mnohdy nepřijatelná. Víme, že musí být limity, které chrání osobu s postižením před zneužitím a násilím a které určí hranici jeho míry odpovědnosti. O všech aspektech je potřeba vést odbornou diskusi a rozšířit podoby vzdělávání. Tak lze napomoci ke změně postojů odborníků k sexualitě osob s mentálním postižením.

Závěr

Je zapotřebí dalšího vzdělávání v oblasti sexuality osob se zdravotním (mentálním) postižením nejen u studentů v pregraduální přípravě, ale i u odborníků. Tak, abychom si mohli své postoje utříbit. Ať už studujeme, či vykonáváme pomáhající profesi. K tomu slouží mj. kongresy k sexuální výchově.

Na závěr bychom rádi informovali o faktu, že proběhl výzkum „Komunikace a lidská sexualita v pomáhajících profesích", který byl realizován na fakultách UP v Olomouci (FTK UP, PdF UP). Dílčí závěry z výzkumu budou v letošním roce publikovány v odborné publikaci s názvem Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě včetně osob

s mentálním postižením autorů D. Štěrbová, M. Rašková a kol. (spoluautoři jsou I. Procházka, J. Hravanová, D. Blaha, D. Krutilová), tedy odborníci, kteří se zabývají mj. vzděláváním v oblasti sexuality. Věříme, že publikace přispěje studentům i odborníkům v praxi k rozšíření pohledu na specifiku v komunikaci s klienty v oblasti sexuality.

Kontakt:
Katedra společenských věd v kinantropologii
FTK UP v Olomouci
dana.sterbova@upol.cz

Literatura:

Baštecká, B. et al. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál.
Burdová, I. (1988). Kurz k sexualitě osob s mentálním postižením. Praha: Pragoversa
Mandzáková, S., Horňák, L. (2009). Sexuálna výchova a príprava na partnerstvo osob s mentálnym postihnutím. Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta.
Štěrbová, D. (2004). Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého. In Sexualita mentálně postižených (pp. 22–27). Praha: Orfeus.
Štěrbová, D. (2012). Rizika v sexuálním vzdělávání osob se zdravotním postižením. In Sborník referátů (pp. 78–84). Brno: Kovář Petr – CAT Publishing.
Štěrbová, D. (2012). Osoby s mentálním postižením: sexualita a komunikace. In Sborník referátů (pp. 136–144). Brno: Kovář Petr – CAT Publishing.

Tento příspěvek byl zpracován v rámci projektu Zvýšení profesních kompetencí studentů zdravotnických a tělovýchovných studijních programů ve vztahu k osobám se zdravotním postižením CZ.1.07/2.2.00/28.0181.

Ochrana dětí před sexuálním zneužíváním

Eva Vaníčková

Jak je obecně známo, jedno z pěti dětí je v evropském regionu sexuálně zneužité. Nejčastěji jde o děti mladšího a předškolního věku, které se neumí bránit, nevědí, že mají právo se bránit, že jim žádná – byť blízká – osoba nesmí dělat věci, které se jim nelíbí, kterým nerozumí atd.

Výzkum realizovaný naším pracovištěm v roce 2012 mezi jedenáctiletými dětmi – žáky 5. ročníků základních škol poodhrnul roušku, za kterou se skrývají plody sexuální výchovy v naší společnosti. Při tom je nespornou skutečností, že jedním z hlavních cílů sexuální výchovy je podpořit kvalitu života a přispět k ochraně dětí před sexuálním obtěžováním, sexuálním zneužitím a komerčním sexuálním zneužíváním.

Skutečnost, že jen polovina souboru zná termín „exhibicionista“ a dvě třetiny znají termín „pornografie“ je zarážející, nicméně zůstává zcela zastíněná zásadní neznalostí a nízkým povědomím, ze kterého má pramenit sebeobrana dítěte. Existuje skupina dětí, které nemají a neznají základní informace; 15 % dětí ani netuší, že doteky na prsou nebo genitáliích druhou osobou nebo nucení dítěte se dotýkat genitálií druhé osoby jsou sexuální zneužití, které si nemusí – nemají! nechat líbit. Ale pojďme na další poznatky: pohlavní styk s cizí dospělou osobou považuje za sexuální zneužití jen 85 % jedenáctiletých dětí, ale pohlavní styk se známou dospělou osobou už jen 71 % a POZOR – **pohlavní styk s rodičem nebo sourozencem vnímá jako sexuální zneužití pouze tři čtvrtiny dětí!!!** Na řečnickou otázku, o čem to vypovídá, si každý může odpovědět sám.

Pouze **necelá polovina respondentů** (n=590 v sedmi krajích ČR) uvedla, že **ví, jak se má zachovat, kdyby se dostala do obdobné situace a hrozby**. Výše uvedená data by se měla stát hnací silou pro změnu přístupu k sexuální výchově v zájmu ochrany dětí, zvyšování jejich odolnosti, kompetencí a obecně řečeno kvality života.

Odborníci se shodují na tom, že nejlepší ochranu mohou zajistit pravdivé a otevřené informace, které dítě obdrží včas, a na ně navazující trénink kompetencí v rámci **budování osobního bezpečnostního plánu pro dítě.**

Je třeba zdůraznit, že za ochranu každého dítěte zodpovídají rodiče. Jenom rodiče, kteří znají důvěrně osobnost svého dítěte, jeho vztahy k blízkým lidem v rodině, vztahy s vrstevníky, v sousedství, ale i způsob chování svého dítěte vůči cizím lidem, jeho režim dne a zájmy, mohou identifikovat podle místa bydliště, způsobu dopravy během dne, kontaktu s druhými lidmi apod. rizika, která ho mohou ohrozit. A právě tento přístup je klíčem k sestavení osobního bez-

pečnostního plánu, který je všemi odborníky konsensuálně vnímám jako jediná efektivní strategie ochrany dětí před sexuálním zneužíváním.

Při sexuální výchově je rodina pro dítě zdrojem poučení, vzorů i vztahů. Ať si to rodiče uvědomují či nikoliv rodinný život působí na dítě nepřetržitě a sexualita je jeho běžnou součástí.

Východiskem osobního bezpečnostního plánu je skutečnost, že učí dítě důvěřovat svým pocitům a jednat podle nich; tak zvyšuje sebevědomí dítěte v potencionálně nebezpečných situacích (právě skutečnost, že dítě není zasažené syndromem raněné laně ani nepropadne panice, pomáhá situaci racionálně zvládnout) a tím také otevírá šanci pro ochotu dítěte se o své osobní zkušenosti s nebezpečím důvěryhodné osobě svěřit, hovořit o tom.

Hovor s dítětem na téma sexuální zneužití není jednoduchý, ale dospělého může povzbudit, že dítě neví, jak má takový rozhovor vypadat a nemůže ho tudíž hodnotit. Když se dítě dozví správné pojmenování penisu, vulvy a pochvy, když mu dospělý vysvětlí, že má právo odmítnout každého dospělého, který se ho chce dotýkat, že nikdo nemá právo mu vnucovat tajemství, lze přidat nějaký příběh, pohádku a nakonec si zahrát hru k posílení sociálních kompetencí a zejména společnému prožitku.

Podpora osobní bezpečnosti pro předškolní děti
– naučit říkat dítě NE, naučit dítě respektovat, když druhý řekne NE
– naučit dítě, že jeho tělo patří jemu (různé hry a doteky a diskuze o nich)
– naučit dítě správné pojmenování všech částí těla

– naučit dítě respektovat intimitu druhých a ctít inter a intrakulturní rozdíly
– naučit dítě obracet se na důvěryhodného dospělého vždy, když se necítí dobře
– naučit dítě znát své celé jméno, adresu a jméno rodičů

Podpora osobní bezpečnosti pro mladší školní děti
– naučit dítě dodržovat domluvený režim dne a nutnost jeho změny vždy předem konzultovat s rodičem
– naučit dítě, že venku si může hrát jen s kamarády
– naučit dítě bezpečnou cestu do školy, na kroužky apod. a nezapomeňte na možné nástrahy (nabídka svezení autem pod smyšlenou záminkou úrazu rodiče, požáru v bytě, žádost o pomoc s donáškou do bytu či jinou pomoc, nabídka peněz či jiné služby atd.)
– poučit dítě v otázce komerčního sexu (prostituce, pornografie, obchod s dětmi)
– stanovit přesná pravidla pro dítě při práci s počítačem a zařadit občasnou kontrolu
– naučit dítě znát telefonní číslo rodičů, příp. jiného člena rodiny, na kterého se může dítě v nouzi obracet
– naučit dítě znát telefonní číslo Policie ČR a regionální krizové linky pro děti nebo Linky bezpečí

Podpora osobní bezpečnosti pro starší školní děti
– naučit dítě vždy přesně oznámit a dodržovat co kde a s kým bude dělat
– naučit dítě respektovat, že se nebude svévolně pohybovat po vámi vybraných, zakázaných místech, která jsou riziková (okolí heren, sídla drogového byznysu, různá temná zákoutí, ubytovny pro mobilní pracovníky apod.)
– poučit dítě o virtuálních rizicích včetně nutnosti ochrany osobních údajů, o realitě falešných identit využívaných na sociálních sítích a dalších rizicích spojených se sjednáváním osobních schůzek s neznámou osobou atd.
– naučit dítě, že jeho pocity a nedotknutelnost jeho těla je zcela zásadní a musí ji respektovat každý člověk, ať se jedná o blízkou osobu, nebo známou byť v nadřízeném či jinak významném postavení
– dát dítěti šanci prožít formou hry nepředvídatelnou nebezpečnou situaci, aby mělo možnost samo vyhodnotit své pocity a chování
– zprostředkovat dítěti formou příběhu kontakt se situací sexuálního zneužití
– vybrat věku dítěte vhodný film, knížku či video na téma sexuálního zneužití, společně shlédnout či přečíst, a pohovořit spolu na toto téma
– vysvětlit dítěti, že pokud ví o někom, kdo je obětí sexuálního zneužití, měl by pomoci minimálně tak, že ji doporučí vyhledat pomoc a oznámit takovou skutečnost
– naučit dítě co je bezpečný sex
– poučit dítě o prevenci užívání nelegálních návykových látek
– vysvětlit dítěti, že žádné společensky akceptované hry v sobě nemají prvek ponížení či útoku vůči druhé osobě, nežádoucí doteky ani jiné aktivity
– poučit dítě o možnostech pomoci dětským obětem sexuálního zneužívání

Výše uvedená doporučení podpory osobní bezpečnosti pro děti různého věku jsou obecným obsahem, na který rodiče v návaznosti na identifikovaná rizika a osobnost svého dítěte mohou navázat hravou formou k přiblížení a pochopení tak těžkého tématu, kterým je sexuální zneužívání.

Ke zvýšení ochrany dětí před sexuálním zneužíváním je třeba současně rozvíjet **program primární prevence**, který obsahuje několik priorit.

1. **Zkvalitňování a rozšiřování prenatální a postnatální péče s cílem optimalizace včasného vývoje dítěte se zaměřením na včasnou detekci sexuálního zneužití v lékařské ordinaci.**
2. **Rozšíření nabídky edukativních kurzů pro rodiče zaměřených na rozvoj a posilování jejich rodičovských kompetencí.**
3. **Naplňování vývojových potřeb dětí.**
4. **Podpora rozvoje projektu UNICEF Škola přátelská dětem v základních školách (nejlepší zájem dítěte, právo dítěte na ochranu před násilím a sexuálním vykořisťováním, právo participace ad. – priorita prevence násilí, sexuální výchova ad.)**
5. **Dostupná nabídka regionálních sociálních služeb pro děti a rodiny.**
6. **Odstraňování diskriminace, sociálních a ekonomických stresorů a dalších rizikových faktorů facilitujících násilí vůči dětem (vysoká dostupnost a tolerance alkoholu, drog, určitých forem agrese v sociální komunikaci, mediální prezentace atd.)**
7. **Ochrana obzvláště zranitelných skupin dětí (vyloučené komunity, děti žijící v zařízeních institucionální výchovy, děti s postižením, děti ulice apod.)**
8. **Informační kampaně s cílem zvyšování povědomí společnosti a následné změny postojů ve smyslu snižování tolerance.**

Závěrem jen připomínka, že 19. listopad je Světovým dnem prevence týrání, zneužívání, zanedbávání a dalších forem násilí na dětech. **Rok 2013 je nositelem tématu komerčního sexuálního zneužívání dětí** (dětská prostituce, dětská pornografie a obchod s dětmi).

Fenomén, před kterým mnozí raději zavírají oči, je zde a je všudypřítomný, o čemž lépe než slova dospělých vypovídají samy děti. Zde je několik ukázek: „co je špatného na šlapce“ … „vždyť to ukazujou v televizi a je to dobrý, maj dost peněz a dělaj to všechny celebrity, jenom tomu jinak říkaj“ …„mamka říkala, že teďka bude i zákon a možná budou mít i odbory a sociální dávky“

S ohledem na všeobecně známou skutečnost, že dnešní děti mají o sexu mnohem více a dříve informací, pod vlivem záplavy různých nabídek a prezentací, zejména ve virtuální realitě, jsou ochotné dobrovolně vstupovat na scénu komerčního sexu. I toto rizikové chování svědčí o nedokonalosti a neúplnosti sexuální výchovy, samozřejmě té cílené. (Realita, jak řečeno výše je důsledkem té necílené).

Pro ilustraci se můžeme podívat na další výsledky výzkumu. Až třem čtvrtinám dívek staršího školního věku nepřipadá divné poslat cizí osobě svoji stylizovanou fotografii, polovině z nich ani se značně odhaleným tělem. Kořeny můžeme hledat u rodičů: řada dívek uvádí, že když byla malé a chodily do školky nebo 1. či 2. třídy, tak je maminka nafotila v prádle či plavkách a se všemi osobními údaji zveřejnila na webové stránky jako nabídku pro využití v reklamě či při natáčení dětských pořadů. A to vůbec nezmiňujeme rodinné fotografie; dívky tak vlastně pokračují v tradici „rodinného alba“ či „nabídky k práci“ a logicky neumí takovou situaci vyhodnotit jako rizikovou.

Také nabídka peněz či služby za sex není ničím výjimečným v očích dětí; mají s ní zkušenost až dvě třetiny dětí staršího školního věku a zdá se, že existuje jistý – blíže nedefinovaný počet dětí – který ji přijal.

Proto je tak důležité, aby se ochrana dětí před sexuálním zneužitím stala součástí rodinné výchovy, kde konec konců může přispět ke kultivaci vztahů rodičů s dítětem a formou pohádek, příběhů, bájí a hraní různých scének s následným povídáním o pocitech, prožitcích a přehlídce řešení rizikových a obtížných situací může dokonce přispět k rozvoji humanismu a demokracie v srdci společnosti – v každé rodině.

Výše citovaný výzkum jednoznačně potvrdil, že signifikantně stoupá počet rodičů, kteří svým dětem relativně včas řeknou, jak děti přichází na svět, seznámí je s riziky nechtěného sexu, ale nespokojenost dětí přetrvává. Zajímavý byl její důvod – nedostatek informací o sexuálním zneužívání dětí.

Výsledek studie je dalším dobrým důvodem k tomu, proč věnovat vysokou pozornost ochraně dětí před sexuálním zneužíváním.

A tím druhým důvodem je poznatek, že téměř polovina jedenáctiletých respondentů v rámci deskriptivní epidemiologické studie realizované v sedmi krajích České republiky se s různou mírou jistoty domnívá, že zná někoho ve svém okolí, kdo zažil a má nepříjemný zážitek v souvislosti se sexem.

Z řečeného jednoznačně vyplývá, že spojení sexuální výchovy ve škole a rodině je zcela nezbytné a žádoucí. Každá má jiné priority, obsah a metody, ale společný cíl; tím je kvalita života dítěte, jehož indikátorem je ochrana dítěte před násilím, traumatem, sexuálním zneužitím.

Tento imperativ dnes vstupuje do popředí společně s novými poznatky o vlivu traumatu a posttraumatické stresové poruchy (častý následek sexuálního zneužívání) na morfologickou, ale i funkční změnu mozku sexuálně zneužitých dětí, které jsou příčinou tzv. **komplexního traumatu**. Tato diagnóza potvrzuje, že se jedná o nevratnou změnu, která významně ovlivňuje život dětské oběti. Odborníci přirovnávají takovou situaci a následný život k situaci vojáka nasazeného v první linii ohrožení. Dětská oběť sexuálního zneužití se tam nachází až do konce života.

Kontakt:
MUDr. Eva Vaníčková,CSc.,
Ústav zdraví dětí a mládeže,
3. lékařská fakulta University Karlovy v Praze,
Ruská 87, 100 00 Praha 10
a Národní koordinační centrum prevence úrazů,
násilí a podpory bezpečnosti pro děti
eva.vanickova@lf3.cuni.cz

Těhotenství a jeho zvládání – psychosociální aspekty z pohledu sociálního pracovníka

Alena Vosečková, Zuzana Truhlářová

Souhrn

Řada výzkumů ukazuje velké interindividuální rozdíly v reakci na stresové situace a jejich odolnosti vůči nim. Autorky ve svém sdělení referují o možnosti posouzení schopnosti zvládat stresové situace u těhotných žen pomocí moderátorů zdraví (nezdolnost typu SOC, posouzení aktuálního psychického stavu). Na tomto základě může být cíleně indikováno psychosociální poradenství, případně psychoterapie. Tím lze předejít rozvoji maladaptivních vzorců chování matky v průběhu těhotenství nebo po porodu.

Úvod

Mateřství je u většiny budoucích rodičů spojeno s představou vyrovnanosti, štěstí, naplněnosti snů a představ, uspokojení potřeby seberealizace jako rodiče (opečovávání, prosociální chování, apod.). Těhotenství, porod a příchod dítěte do rodiny jsou současně určitou kritickou etapou v životě ženy i celého rodinného systému. Oba tyto systémy procházejí ve velmi krátkém časovém úseku změnami, které ***mění všechny úrovně bio-psycho-sociálního systému organismu***. Hormonální změny, hmotnostní přírůstek, změna tělového schématu, kojení (rovina biologická) spolu s psychologickými a sociálními změnami (partnerské a rodinné vztahy, vývoj vazby matka – plod, pocity odpovědnosti za život a vývoj plodu, ekonomická a bytová situace, vztahy v zaměstnání, apod. mohou být těhotnou ženou prožívány jako náročná životní situace (Neggers, 2006). Řada neznámých pocitů spojená s obavami, zvýšená psychická zranitelnost spojená s emocionální ambivalencí, strach z porodu a případných komplikací jsou častými průvodními jevy těhotenství (Vachková, 2012; Sekizuka, 2006). Subjektivní prožívaní těhotné ženy je výsledkem interakce řady faktorů. Předchozí zkušenost s těhotenstvím a porodem, individuální somatické predispozice, osobnostní faktory (s důrazem na moderátory zdraví), které v kontextu rodinného systému nebo dalších významných sociálních vazeb ovlivňují schopnost ženy zvládnout těhotenství (Enhelhard, 2003). Značný význam má obvyklý psychický stav ženy, který výrazně ovlivňuje dynamiku a polaritu prožívání v průběhu těhotenství (Sjöström, 2006; Tipping, 1981).

Skríningové šetření bylo zaměřeno na hodnocení vybraných moderátorů zdraví u těhotných žen. Cílem nebyla statistická analýza dat a testování hypotéz, ale zmapování významnosti vztahu moderátorů zdraví a subjektivního vnímání

potřeby rozšíření základní somatické péče o psychosociální rovinu samotnými těhotnými ženami.

Soubor a metodika

Soubor tvořilo 58 těhotných žen (věkový průměr 26,4± 6,5let), vyšetřených ve Středisku komplexní terapie v Hradci Králové v letech 2010 - 2012. Ženy přišly na doporučení svého lékaře (20. – 28. týden těhotenství). Srovnávací skupinu 64 žen tvořily studentky (prezenční a kombinované studium na ÚSP), věkový průměr 24,6±4,2let. Pro hodnocení subjektivní kvality prožívání byly použity metody, které umožňují postihnout subjektivně prožívaný smysl života (nezdolnost typu SOC) a kvalitu subjektivního prožívání při respektování působících situačních kontextů (SUPOS 7).

Nezdolnost typu SOC (Antonovský 1993)
SOC (Sense of Coherence) – smysl pro spojitost , soudržnost, kohezivitu celkové životní orientace. Nezdolnost SOC představuje osobnostní dispozici, ovlivňující volbu strategií zvládání stresu (coping). SOC má bipolární charakter: velká nezdolnost (velká schopnost rezistence), naopak - velká zranitelnost (malá schopnost zvládat náročné životní situace).
Nezdolnost SOC tvoří tři komponenty (dimenze):

C – srozumitelnost (comprehensibility)- schopnost člověka vnímat a chápat svět a své místo v něm, charakterizuje kognitivní stránku osobnosti.

MA – zvládnutelnost (manageability)-vyjadřuje přesvědčení člověka o míře vlastní schopnosti zvládnout náročné životní situace.

ME – smysluplnost (meaningfulness) se vztahuje k emocionální stránce celkového postoje člověka k životu a dění v něm. Člověk s vysokou úrovní smysluplnosti vidí přínos své činnosti pro sebe i pro okolí, je přesvědčen o tom , že stojí za to, aby do jejich řešení investoval úsilí a energii.

SUPOS 7 (Mikšík,1985) umožňuje měření změn aktuálního psychického stavu v závislosti na působících situačních proměnných. Lze postihnout a interpretovat i vztahy mezi prožíváním a vnějším projevem jedince a klasifikovat situační proměnné z hlediska optimální (stimulující psychický rozvoj) a pesimální (vedoucí k maladaptivním projevům nebo k psychickému selhání) psychické zátěže. Uvedené komponenty lze vnitřně členit do 2 klíčových kritérií:

Aktivační blok

PE – psychická pohoda – pocit spokojenosti, příjemného naladění a příznivého psychického „nažhavení“ provázeného často prožitky euforie a sebedůvěry

A – aktivita, činorodost – pocity síly a energie spojené s prahnutím po akci

Desintegtační blok

O – impulzivita, odreagování se – náladovost, obtížné sebeovládání, výbušnost, podrážděnost a nekorigovaná agresitivita.

N – psychický nepokoj, rozladěnost – projevuje se psychickým a motorickým neklidem, rozmrzelostí, nespokojeností, resp. netrpělivostí a roztěkaností
U – úzkostné očekávání, obavy-pocity nejistoty, prožitky psychického napětí, úzkostná nálada, obavy z možných důsledků budoucího aj.
D – psychická deprese – pocity vyčerpání, pesimismus, otrávenost, pocity slabosti a zmoženosti, apatie
S – sklíčenost – jde o prožitky, které lze vyjádřit adjektivy: smutný, osamělý, přecitlivělý, nešťastný

Výsledky a diskuze

Průměrné hodnoty nezdolnosti typu SOC a aktuální psychický stav (APS) souboru těhotných žen odpovídaly hodnotám, které byly zjištěny u srovnávací skupiny žen (Tab.1,2). Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení položky „ME“ (radost ze smysluplnosti) u těhotných žen a v komponentách desintegračního bloku: O (impulzivita, odreagování se – náladovost, obtížné sebeovládání, výbušnost, podrážděnost a nekorigovaná agresitivita a U (úzkostné očekávání, obavy-pocity nejistoty, prožitky psychického napětí, úzkostná nálada, obavy z možných důsledků budoucího apod.).

Tab.1 Hodnoty SOC (nezdolnost typu SOC) a jednotlivých komponent

Soubor	SOC	C	MA	ME
Těhotné n=58	154,3±14,2	4,9±1,2	4,6±0,5	6,2±0,4*
Srovnávací n= 64	151,6±6,7	5,1±0,9	4,5±0,6	4,2±0,6

*hladina významnosti p≤0.05
Vysvětlivky: C – srozumitelnost (comprehensibility), **MA** – zvládnutelnost (manageability,) **ME** – smysluplnost (meaningfulness)

Tab.2 Procentuální zastoupení komponent APS (aktuální psychický stav)

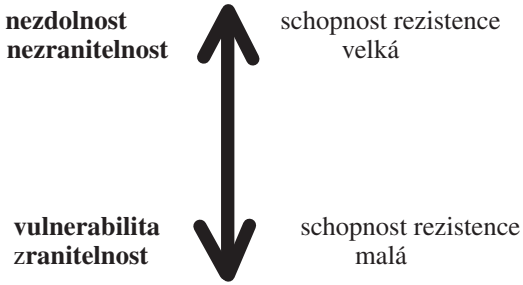
Soubor	PE	A	O	N	U	D	S
Těhotné	34,83	26,67	11,42*	4,25	12,58*	8,83	1,52
Srovnávací skupina	38,9	29,12	7,93	5,62	6,79	10,44	1,2

*hladina významnosti p≤0.05
Vysvětlivky: aktivační blok – PE,A, desintegrační blok O,U,N,D,S

Námi nalezené průměrné hodnoty svědčí o dobré adaptaci žen na těhotenství spojené s pocitem naplnění smyslu života (smysluplnost). Vyšší hodnoty komponent desintegračního bloku (O a U) ukazují na častější prožívání úzkosti,

obav, nejistoty, náladovost, apod. Z hlediska individuálního poradenství nemá však toto zjištění větší význam. Podíváme-li se na zjištěná data blíže, je zde velká interindividuální variabilita. Např. hodnoty SOC, umožňující posouzení žen na ose vulnerabilita-nezranitelnost, se pohybují od hodnot svědčících o velké zranitelnosti až po hodnoty nejvyšší (Obr.1).

Obr.1. Posouzení schopnosti zvládat stres na ose vulnerabilita-nezranitelnost



Zjištěná data mohou tedy při individuálním vyhodnocení poměrně přesně predikovat „zranitelnější“ klientky. U 13 maminek byly při vyšetření zjištěny nižší hodnoty SOC (ve smyslu vulnerability) a převažující hodnoty komponent tzv. dezintegračního bloku (nervozita, impulsivní reaktivita, depresivní a úzkostné ladění). U 9 žen psychologický pohovor s těhotnou ženou potvrdil vnímanou potřebu psychosociální intervence, proto byla rozšířena standardní lékařská péče o psychosociální poradenství na našem pracovišti.

Závěr

Některé ženy se dobře adaptují a cítí se během těhotenství šťastné a vyrovnané. Jiné naopak projevují v průběhu gravidity maladaptivní chování (úzkostnost, neuroticismus, strach, změny nálad, agresivita, negativismus, únikové tendence, perseverace, hysterické projevy, apod.). Na základě posouzení žen na ose vulnerabilita – nezdolnost v kontextu aktuálního psychického stavu může být standardní lékařská péče o těhotné ženy rozšířena o psychosociální poradenství. Tato terapeutická volba má v moderní medicíně obecnější platnost.

Kontakt na autorky:
Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Ústav sociální práce Univerzita Hradec Králové
e-mail: alena.voseckova@uhk.cz
a
Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
Ústav sociální práce Univerzita Hradec Králové
e-mail: zuzana.truhlarova@uhk.cz

Literatura

ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science and Medicine,1993, 36, p. 725–733.

ENGELHARD, I.M., VAN DEN HOUT, M.A., VLAEYEN ,J.W. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. Journal of Behavioral Medicine,2003 ,29 p.80-84.

MIKŠÍK, O. Psychická integrita osobnosti. Praha, NV, 1985.

NEGGERS, Y., GOLDENBERG, R., CLIVER, S., et al. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2006,85.p.277-85.

SEKIZUKA, N., NAKAMURA,H., at al. Relationship between sense of coherence in final stage of pregnancy and postpartum stress reactions. Environmental Health and Preventive Medicine, 2006, 11, p 199-205.

SJÖSTRÖM, H., LANGIUS-EKLÖF, A., HJERTBERG, R. Well-being and sense of coherence during pregnancy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2004, 83 , p.1112-8.

TIPPING, V.G. The vulnerability of a primipara during the antepartal period. *The American Journal of Maternal/Child Nursing,* 1981, 10, p.61-77.

VACHKOVÁ, E., MAREŠ, **J.** Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. KONTAKT - odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2012, p. 286-297. ISSN 1212-4117 (Print), ISSN 1804-7122 (Online).

Poděkování

Tento článek byl zpracován s podporou výzkumného projektu CZ.1.07/2.3.00/20.0209 Rozvoj a podpora multidsciplinárního vědecko výzkumného týmu pro studium současné rodiny na UHK.

Existuje vedle práva na život i „právo na neživot“?

Petr Wisiński

Objektem trestných činů proti životu je zájem na ochraně života člověka. Trestně právní ochrana života je konkrétním vyjádřením práva na ochranu zdraví a tedy i života, které je rovným právem každého jednotlivého člena naší společnosti.

Realizace tohoto rovného práva předpokládá i rovnou ochranu života všech lidí. Trestní zákon poskytuje životu všech lidí rovnou ochranu, což je zřejmé z ustanovení o trestných činech podle Hlavy I. trestního zákona, která vyslovují obecný zákaz sáhnout na život kteréhokoliv člověka.

Život je hodnotou, která je jednak předpokladem samotné existence, případně narušeného trvání existence a rozvoje člověka jako bytosti biofyzické, jednak podmínkou jeho veškeré činnosti bytosti společenské. Dochází se tak k otázce, zda pojímat ochranu života člověka jako biofyzické bytosti či jako společenské bytosti, případně jako biofyzické a společenské bytosti zároveň. Když hovoříme o člověku v biologickém významu, jde především o představení jeho struktury somatické, fyzické, psychické, fyziologické schopnosti reflektovat na svůj život a existenci a také přiměřeně souhrn procesů somatických, psychických a fyziologických, které mají charakterizovat lidskou osobnost. Pokud chceme vyjádřit objektem důvod ustanovení o trestných činech proti životu v trestním zákoně, pak tímto důvodem není jen ochrana společenských vztahů, jejichž účastníkem je nositel objektu jako bytost společenská, ale i ochrana života člověka jako biofyzické bytosti, v jejímž zájmu jsou právě všechny společenské vztahy chráněny.

Trestní zákon je tedy třeba vykládat tak, že poskytuje ochranu života a zdraví člověka jak bytosti biofyzické, tak bytosti společenské s tím, že význam zájmu na ochraně života určují obě tyto stránky rovným dílem. Lze připustit, že ochrana života člověka jako bytosti biofyzické může být základní, od které se odvíjí ochrana člověka jako bytosti společenské, nicméně však je jedna stránka od druhé neoddělitelná.

Společenskost bytosti (lidské) je třeba chápat nejen jako kvalitu a kvantitu společenských vztahů mezi jednotlivými lidmi, ale i jako schopnost člověka se společensky realizovat, tj. být schopen bezprostředně nebo do budoucna vědomě či uvědoměle využívat faktického stavu své biologické existence.[1]

[1] MITLÖHNER, M.: Vybrané etické a právní problémy spojené s narozením těžce malformovaného jedince, Zdravotnické právo č. 2 roč. 2001.

V poslední době se stále více ve společnosti a ne pouze té české hovoří o právech člověka, o jeho nezadatelných svobodách a jejich zákonné ochraně. K těmto právům a svobodám jisto jistě patří v prvé řadě „právo na život“, jako jedna z nejvyšších hodnot lidstva, chráněná mezinárodním i českým právním řádem.

Naskýtá se tedy otázka, zda právo na život lze chápat i jako „právo na ne život“. V následující úvaze se pokusím na jednom příkladě rozvinout úvahu o právní i morální opoře pro člověka, který využije svého „práva na ne život“, jako své osobní svobodné rozhodnutí

Jde o situaci, ve které pacient, po sdělení fatální lékařské diagnózy, odmítne navrhovanou léčbu (léčba dle vyjádření lékaře bude mít pouze mizivý úspěch a procedura bude bolestivá) aktivním vyjádřením *„informovaného nesouhlasu“***.** Poté se rozhodne spáchat sebevraždu. Pro „pseudo legalizaci“ svého rozhodnutí splní zákonnou povinnost za použití institutu *„Dříve vysloveného přání“* na základě zákona č. 372/ 20011 Sb**,.** o zdravotních službách (dále jen ZZS) **a to** dle § 36 odst. (3) *„Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta“*. Následně požije kupříkladu většího množství hypnotik a pro případ, že bude nalezen v bezvědomí rodinným příslušníkem či třetí osobou (v našem případě přivolaným lékařem), bude mít vedle sebe na viditelném místě explicitně vyjádřenou vůli *„neresuscitovat“*.

A nyní tedy přichází úvaha jak posoudit jednání třetí osoby (tj.opomenutí, kdy měla jednat a vědomě nejednala), protože respektovala přání „sebevraha“.

Není mým záměrem posuzovat relevantnost zákonného postupu při vyjádření pacientova *„informovaného nesouhlasu“ a „dříve vysloveného přání“,* protože jsou tyto instituty podrobně rozebrány jinými autory a mají svůj zákonný postup vyjádřený v příslušných právních poředpisech, i když v některých oblastech lze o jejich výkladu úspěšně polemizovat (viz. nejasná formulace § 36 (ZZS), jakým způsobem pacient prokáže v případě bezvědomí (není schopen formulovat verbálně) své přání *„neresuscitovat“*.

Chci se, ale zabývat vzniklou právní situaci z hlediska posouzení práv a svobod člověka, jako institutů, které mají oporu v právních předpisech *„nejvyšší právní síly“* proti postupům směřujícím k záchraně života, které mají oporu v předpisech *„lex specialis“*.

Pokusme se tedy nyní podívat se na osobnostní, nezadatelná práva a svobody člověka (pacienta), který dle výše popsané situace se rozhodne spáchat sebevraždu s tím, že v našem případě nedochází k jejímu dokonání, protože v situaci klinické smrti je sebevrah nalezen třetí osobou.

Z hlediska práv a svobod člověka svědčí v jeho prospěch jednak: Mezinárodní smlouva č.96/2001 sb, *„Úmluva o lidských právech a biomedicíně“,* která stanovuje v Kapitole I, článku 2 – Nadřazenost lidské bytosti odst. první –“ *Zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zálmům společnosti nebo vědy”,* dále pak v Kapitole II, článku 5 – obecné pravidlo, odst. první – *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“ a* hlavně pak článek 9 - Dříve vyslovená přání -odstavec první – *„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“.* Opora je dána člověku (pacientovi) rovněž v Českém právním řádu a to v ústavních předpisech, jako právním předpise nejvyšší právní síly a to zák. č. 2/ 1993 Sb., *„Listina základních práv a svobod“*, který označuje základní práva a svobody resp. explicitně vyjadřuje obecné principy právní např. v Hlavě první čl. 1 *„Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné“,* dále pak v čl. 2 odst. (3) *„Každý může činit, co nemá zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“,* dále pak čl. 3,odst. (3) *„Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod“* a rovněž pak Hlava druhá čl. 6, odst. (1) „*Každý má právo na život“* a čl. 10, odst. (1) *„Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost“.*

Ze všech těchto citovaných ustanovení lze zcela jednoznačně dovodit vysoký stupeň ochrany práv a svobod člověka a v našem případě úspěšně spekulovat at absurdum o *„právu na ne život“*. Není cílem spekulovat o morálních aspektech pohnutky sebevraha k provedení činu vedoucímu k ukončení vlastního života, ale je faktem, že by nikdo neměl do jeho svobodného rozhodnutí aktivně zasahovat s cílem dokonání tohoto činu pořekazit.

Podívejme se nyní na uvedenou situaci z hlediska osoby, která má zájem a zároveň zákonnou povinnost učinit takové kroky, které směřují k záchraně života našeho pacienta sebevraha v situaci, kdy není schopen se aktivně verbálně vyjádřit ke svému jednání směřujícímu k vlastnímu usmrcení. Záměrně se nebudu zabývat situací, kdy jiná osoba k sebevraždě napomáhá a to buď aktivně, že pacientovi sebevrahovi smrtící lék podá, protože pak zde naplňuje skutkovou podstatu tr. činu *Účasti na sebevraždě* dle § 144 odst. (1) zák. č. 40/2009 Sb., a násl.

Trestní zákon respektive euthanasii či asistované sebevraždě, pakliže se dá s určitostí prokázat, že to bylo na výslovné přání pacienta sebevraha. nebo je v tomto případě role třetí osoby ryze pasivní, kdy tato osoba, která nalezne našeho pacienta sebevraha v bezvědomí mu pomoc neposkytne s tím, že respektuje (v našem případě oprávněně) jeho nazpochybnitelné přání, pak se může jednat o naplnění skutkové podstaty tr.činu Neposkytnutí pomoci dle § 150 odst. (1) zák. č. 40/2009 Sb. tr. zák.

Z hlediska osoby lékaře, který je přivolán k pacientovi sebevrahovi, se tento musí řídit ustanovením zákona č.372/ 20011 Sb. (ZZS), zvláště pak na základě ustanovení § 49 odst. (1) a) Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy a na základě odst. (1) b) Zdravotnický pracovník je povinen poskytnout neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo jeho zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb.Pokud by takto neučinil dopustil by se tím tr.činu „Neposkytnutí pomoci" dle § 150 odst. (2) tr. zák. Na těchto dvou případech lze demonstrovat nejen zákonnou povinnost třetích osob rozhodnutí pacienta sebevraha nerespektovat, jinak by se vystavili riziku trestního stíhání za porušení zákona, ale rovněž tak morální aspekty v jejich pohnutce, našemu pacientovi sebevrahovi zachránit tu nejcennější hodnotu lidstva „život".

Pokusím se v této části úvahy zaměřit se naopak na práva a principy, které by měly u činu pacienta sebevraha protiprávnost vyloučit.

Předpokládejme, že náš pacient – sebevrah splní všechny zákonem stanovené postupy a jeho *„dříve vyslovené přání"* má veškeré náležitosti a notářský zápis o jeho rozhodnutí je na viditelném nepřehlédnutelném místě např. vedle pacientova těla.

Snad stojí za připodotknutí, že toto dříve vyslovené přání, pokud má veškeré zákonem stanovené náležitosti má přesah přes státní hrance České republiky.[2]

Z hlediska našeho pacienta – sebevraha svědčí v jeho prospěch nejen ochrana práv z hlediska ústavních principů a mezinárodních smluv, ale i právní předpis *Lex specialis* k ústavnímu zákonu a to zákon č. 372/ 20011 Sb., který uvádí v ustanovení § 28 odst. (1) že „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem". V § 36 odst. (1) se stanoví, že "pacient může pro případ, kdyby se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit". Podle odst. (2) pak „poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídaná situace, kníž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas." dále pak stanovuje podmíky

[2] ONDRUŠKA,M.: (Problém) Dříve vyslovené přání, Zdravotnické fórum, č. 12, roč. 2012, s. 9

pro takovýto souhlas. Konečně pak podle odst. (3) "dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta.

Pro oporu mého názoru svědčí rovněž v prospěch rozhodnutí pacienta – sebevraha i z Ústavního soudu sp.zn IV. ÚS 639/2000,kde se mimo jiné uvádí, že "z ústavního principu nedotknutelnosti integrity osobnosti vyplývá zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví. Proto při aplikaci ustanovení umožňujících ve vyjmenovaných případech, určité medicinské výkony či vyšetření provést i bez výslovného souhlasu pacienta (občana), je nutné šetřit podstatu této svobody a postupovat s maximální sdrženlivostí. Tedy princip, podle kterého diagnóza není víc než právo.

V neposlední řadě se lze opřít o právnickou literaturu, Podle Solnaře a kol.[3] "nemůže být trestným činem čin zaměřený k prospěchu pacienta, třebaže mohl objektivně znamenat omezení jeho svobody. To vše za předpokladu, že pacient neprojevil výslovně nesouhlas. Jinak by mohlo jít o trestný čin omezování osobní svobody, nikoli však o trestný čin proti životu a zdraví".

Bez zajímavosti není švýcarská právní úprava podle které se nejedná o pomoc při sebevraždě, jestliže nelze pachateli prokázat, že jednal za účelem osobního prospěchu.[4]

Naskýtá se nyní několik otázek. Jak by měla postupovat osoba, která nalezne tělo pacienta sebevraha ve stavu bezvědomí s viditelným a nepřehlédnutelným "dříve vysloveným přáním"? Má býti vedena morálněprávní stránkou věci respektive profesní profesionalitou, podle kterých nelze takovéto přání na ukončení života respektovat zásadně. Rozhodnout tento problem s jasným závěrem není jistě možné, protože vždy budou proti sobě stát morálněprávní předpisy na straně zachraňujících a na straně druhé nezadatelná a nezcizitelná práva a svobody člověka, který svobodným způsobem rozhodl o svém životě. Je zřejmě, že až vývoj ukáže, zda se většinový názor společnosti přikloní k rigidním ustanovením obecných zákonů nebo k nejvyšším hodnotám právních principů, které jsou přiděleny člověku.

[3] SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., VANDUCHOVÁ, M.: Základy trestní odpovědnosti, Praha: 2009, Novatrix s.r.o., ISBN 978-80-254-4033-9

[4] PETERKOVÁ, H.: Švýcarská právní úprava pomoci při sebevraždě, Zdravotnické fórum č. 1 roč. 2012, s. 2

Závěr

V souvislosti s výše uvedeným se naskýtá otázka, zda vedle práva na život existuje i „právo na neživot“. Jde pochopitelně o velmi složitou filozofickou, etickou, ale i právní otázku respektování vůle člověka (pacienta sebevraha), který na základě „předem vysloveného přání“ ukončí svůj život „proto, aby neprodlužoval své trápení a eliminoval tak závěr svého života, kdy by již nebyl schopen, vlivem pokročilosti nemoci, rozhodovat o svém životě a zdraví“.

Kloním se tedy spíše k názoru, že při opoře výše uvedených skutečností by se dalo s úspěchem předpokládat, že dané rozhodnutí pacienta sebevraha by mělo být jeho právo, na svobodné rozhodnutí život v této situaci ukončit, respektováno a to s vyloučením protiprávního jednání osoby, která našeho pacienta nalezla ve stavu bezvědomí a respektovala jeho nezadatelnou svobodnou vůli.

Autor:
JUDr. Mgr Ing. Petr Wisiński

Použitá literatura:

– zák. č. 372/2011 Sb., a násl. – Zákon o zdravotních službách
– zák. č. 40/2009 Sb., a násl. – Trestní zákon
– zák. č. 1/1993 Sb., a násl. – Ústava České republiky
– zák. č. 2/1993 Sb., a násl. – Listina základních práv a svobod
– mez.smlouva č. 96/2001 S., Úmluva o lidských právech a biomedicíně
– Miloš Ondruška „Dříve vyslovené přání“ – Zdravotnické fórum 12/2012

Co nejvíc trápí pedofily?

Karel Žák, Jitka Reismannová

Tuto otázku jsem mimojiné položil pedofilům ve svém výzkumu, provedeném minulý rok v rámci tvorby diplomové práce (Žák, 2012). Jako každý rok, i nyní zde na tomto místě podotýkáme, že pedofilie je erotická náklonnost k dětem, nikoliv jejich pohlavní zneužívání (Žák, 2009).

Neinformovaná veřejnost by si možná myslela, že pedofila nejvíc trápí to, že nemůže mít sex s dětmi. Jak to tedy vidí samotní pedofilové? Přikládám tentokráte spíše kvalitativní výběr z odpovědí respondentů mého dotazníku, které jsem se pokusil rozdělit do spolu souvisejících okruhů:

Co tě nejvíc trápí?

1. Nepochopení a předsudečné odsouzení

– *Nejvíc mě trápí nepochopení od společnosti, ale také to, že bych si přál prožít zbytek života s Markétkou (14), na kterou už 4 roky čekám, a ona mě jednoho dne naprosto lehce odmítne.*
– *Netolerance společnosti.*
– *Že nemůžu vyjádřit svou lásku a každej nás automaticky odsuzuje a bere nás za někoho, kdo zneužívá děti.*
– *Naladění společnosti a to, že jsem zatím nedošel tak daleko, abych se někomu svěřil.*
– *Předsudky společnosti mi nedovolují svěřit se lidem v mém okolí.*
– *Že mě někdo napráská nebo chytne, i když jsem nikomu neublížil a mám zcela čisté svědomí.*

***2.* Absence vztahů s dětmi**

– *Že mě už odmítlo 35 dívek a to je mi 17 let. A že si nejsem jistý, jestli ta 36. mě bude chtít, když je jí 10.*
– *Že teď nemám žádný vztah s holčičkou.*
– *Trochu mi vadí, že nekamarádím s žádným klukem, hodně by mi to prospělo, život by měl pro mě větší cenu.*
– *To, že se dětem nemůžu věnovat.*
– *Že nikdy nenaplním svoje sexuální touhy, vím, zní to sobecky, ale je to tak, trápí mě to a je mi to líto. Ale nemyslím na to a žijem si celkem fajn.*

3. Obecná trápení
(bez přímé souvislosti se sexuálním zaměřením respondenta)

– *Sociální nejistota, deprese, úzkosti.*
– *Že mě nic pořádně nebaví.*
– *Práce a peníze.*
– *Strach z nemoci, bídy a stáří.*

4. Přetvářka před druhými lidmi

– *Že musím denně před všem hrát hru na přetvářku.*
– *Že se musím neustále přetvařovat.*
– *Že se musím neustále kontrolovat, jak mé jednání působí, že nikdy nemůžu dát citům a slovům volný průběh.*

5. Samota

– *Samota – sice plno přátel, ale málo lásky a málo skutečné důvěrnosti a porozumění*
– *Samota, chybí mi hlubší vztah s dítětem, navíc se musím hlídat, aby moje chování nebylo příliš nápadné.*
– *Samota. Pocit bezvýchodnosti.*

6. Problémy, které trápí děti

– *Týrání dětí (nacpané dětské domovy, zacházení s dětmi po rozvodu rodičů, lehkovážné reformy školství); jinak z mé pedofilie žádné moje vlastní trápení nevyplývá*
– *Že některé děti nemůžou prožívat krásné dětství.*

7. Delikt

– *Že jsem ublížil.*

Čeho se nejvíc bojíš?

1. Odhalení odlišné sexuální preference, odsouzení

– *Že mi zničí život bez toho, že jsem někdy v životě někomu ublížil.*
– *Problémů s policií – přestože nic nezákonného nedělám, tak se i na běžných serverech objeví nějaké nahé dítě. Bojím se toho, že si to někdo vyloží špatně, vyhodí mě z práce a bez nějakého rodinného či materiálního zázemí nedopadnu moc dobře.*
– *Že budu prozrazen, nebo že mi policie bude prohledávat pevný disk.*
– *Možného napadení kvůli pedofilii při práci s dětmi.*
– *Že někdo prokoukne, co jsem, a cíleně mi ublíží.*
– *Že mi někdo zničí život jenom proto, že něco cítím, a vůbec nebude přihlížet k tomu, jak jsem se doposud choval.*
– *Bojím se netolerance společnosti.*
– *Že se to o mě provalí a zůstanu nepochopený rodiči, přáteli, chlapci.*
– *Veřejného odhalení a veřejného zavržení.*
– *Toho, že mě lidé nepochopí, odsoudí a zavrhnou, že se se mnou nebudou chtít bavit a já zůstanu sám.*
– *Odhalení.*
– *Vězení.*
– *Že se to o mně okolí dozví.*
– *Že to o mně někdy zjistí mí blízcí, o kterých vím, že se s mojí odlišnosti nikdy nevyrovnají a odsoudí mě kvůli svým předsudkům.*

2. Ve vztahu k dětem

– Že se Danušce (dívce, do které je zamilovaný – pozn. autora), něco stane.
– Že mě odmítne nebo že mě odsoudí její rodiče.
– Že nikdy nepoznám lásku, že nikdy nebudu mít žádného milovaného kamaráda.
– Že už nikdy neuvidím žádné dítě.

3. Selhání

– Že ublížím vědomě dítěti.
– Že selžu a ublížím dítěti. Že zklamu něčí důvěru.
– Že bych někdy opravdu vědomě dokázal ublížit dítěti.

4. Obecné

– Asi budoucnosti, jak to všechno bude.
– Že se nic nezmění k lepšímu - ani v mém životě, ani ve společnosti.
– Budoucnosti.
– Že v životě nenajdu štěstí.
– Že nikdy nebudu mít děti.

5. Škádlení autora dotazníku :)

– Toho, že tento dotazník nikdy neskončí.

Co si myslíš, že obecně nejvíc trápí pedofily?

1. Odsouzení, nepochopení od společnosti

– Odsouzení společností, nenaplněné lásky.
– Odsuzující postoj většiny lidí.
– Obecně asi negativní postoj společnosti, nutnost se neustále skrývat, náročnost nalezení pochopení.
– Vztah veřejnosti k nim.
– Nepochopení od společnosti.
– Netolerance společnosti.
– Nepochopenie zo strany okolia a spoločnosti.
– Veřejnost, její názor, v které pedofil nemůže žít upřímně, otevřeně, musí se skrývat.
– odsouzení společností, hysterické výjevy v médiích, lži, zmanipulovaná veřejnost, bránění v kontaktu s dětmi, neustálý strach, že si někdo něco vykonstruuje.
– Že sa to o nich okolie dozvie...
– Neinformovanost veřejnosti, špatné používání slova pedofil v médiích, malá dostupnost informací přímo pro pedofily.
– Předsudečné odsuzování pedofilů.
– Nepochopení nás jako takových, podezírání, neochota naslouchat jiným, než těm „správným“ názorům.
– Nepochopení, strach z prozrazení.

2. Absence vztahů s dětmi

– Že nemohou trávit čas se svou láskou.
– Že nemůžou mít vztah s dítětem, smysl v tomto životě.

– *Absence dětí v životě*
– *Když není zrovna žádný vztah s dítětem.*
– *Že nemají žádné dítě které by mohly milovat a pečovat o něj.*
– *Že jim nebývá umožňováno vidět svého milovaného/svou milovanou často, případně vůbec.*

3. Odlišnost sexuální preference
– *To nevím, asi jejich odlišnost.*
– *Že jsou pedofilové.*
– *Nemožnost si v klidu povídat o svojí deviaci.*
– *Vědomí, že nikdy nebudou úplně šťastní...*
– *Že nemůžou otevřeně říct, co cítí k dětem.*
– *Bezradnost.*

4. Absence partnerského vztahu
– *To, že nemají nikoho k sobě.*
– *Že nemají partnerku.*

5. Samota
– *Samota*
– *Samota, která může vždy přijít, a touha po vztahu, který nemusí přijít nikdy.*

6. Selhání
– *Strach ze selhání*
– *Často jsou to myslím obavy, nejistota, zda v přítomnosti dítěte neselžou a tak celkově nejistota být v kontaktu s dětmi.*

7. Nemožnost sexuálních aktivit s dětmi
– *Nemožnost sexuální realizace.*
– *Zákaz dobrovolných sexuálních aktivit s dětmi.*

8. Ubližování dětem
– *Když se ubližuje dětem.*

Vidíme, že okruhů je několik. Zřejmě úplně nejvíce pedofily trápí předsudečné odsouzení a nepochopení citů, které k dětem mají, od druhých lidí. Pedofil dítě miluje, což se nám chápe jen velice těžko. Můžeme si to pouze vzdáleně představit na příkladu dvou pedofilně zaměřených mužů, kteří se zamilovali do dítěte (v jednom případě do čtyřleté dívky, ve druhém do desetileté dívky) a čekají již několik let, až vyroste (první muž čeká již 11. rokem, druhý již 6. rokem) a budou moci dané dívce city vyjevit a zároveň doufají, že vztah se jednoho dne zoboustranní a stane se z něj regulérní partnerský vztah.

Někteří z respondentů vnímají určitou absenci vztahů s dětmi, která je trápí. Zdá se, že pro pocit osobního štěstí pedofila je alespoň občasný společenský kontakt s dětmi důležitý.

My jako zástupci „většinové společnosti“ bychom mohli zapracovat především na tom, co pedofily trápí nejvíc a to jsou naše předsudky, případně předsudky vůči sexuálním deviantům u našich známých a kamarádů. Pedofilové by uvítali, kdyby se nemuseli tolik bát se někomu svěřit, ve výsledku to může být dobré pro celou společnost, protože ten, kdo se někomu svěří, může o svých

citech a pocitech s někým hovořit a ten druhý, kterému se svěřil, mu může nastavit zrcadlo, být mu zpětnou vazbou např. v tom, co k dětem cítí, ale i v chování k dětem. S trápením pak může pomoci doprovodit toho, kdo se svěří, k odborníkovi, psychologovi nebo sexuologovi, a dostane se tak snáze pomoci tomu člověku, který by jinak mohl mít s přijímáním své vlastní odlišné sexuální preference směrem k dětem velké obtíže, jež by mohly vést i k ublížení dítěti by z „blbosti“ nebo nějakému dítěti ublížit.

Jako každý rok, i letos připojuji autentickou výpověď pedofila, tentokráte homosexuálního:

Jmenuji se Daniel Kubec a jsem homosexuální sadomasochistický pedofil. Je těch úchylek ve mně docela hodně, ale dosud jsem neprasknul a věřím, že ani nemusím. Mimo to je mi 25 let, jsem studentem literatury a začínajícím spisovatelem, kterému dosud vyšla jedna novela Štěně bez oušek, která je i životopisem mého dospívání.

Už od počátku puberty mě vzrušovaly fantazie, ve kterých se vyskytovalo násilí na dětech, fyzické mučení, znásilňování. Zpočátku jsem si v takových situacích představoval častěji sebe sama – stále jsem se ještě nacházel v tomto pro mě preferovaném věku dvanácti let. Při těchto představách, že jsem šikanován nebo mučen svými vrstevníky nebo i dospělými jsem dosahoval největšího vzrušení. Proto jsem také později při vzpomínání na toto období usoudil, že se u mě vyskytuje i složka masochistická.

Vlastně i svou zcela první vyloženě sexuální představu si velmi živě pamatuju, proběhlo to ve věku kolem jedenácti let. Kupodivu myslím, že mě k této představě inspiroval film Rambo. I já jsem byl v té chvíli americkým vojákem, zajatým ve vietnamské džungli. Zrůdní nepřátelé mě břichem přivázali k zemi, tedy k mé pohovce, bičovali mě, mučili elektrickým proudem. A jak jsem byl mučen, házel jsem sebou na pohovce, až se dostavil pocit, který jsem dosud nezažil. V té chvíli jsem vůbec netušil, zda se mi onen pocit líbí. Spíš jsem se lekl. Každopádně jsem jej i v budoucnu začal vyhledávat stále častěji. Postupně, jak jsem stárl, už jsem se fyzicky nevyskytoval ve svém preferovaném věku a začal jsem si představovat chlapce mladší, než jsem sám.

V tomto období od patnácti do osmnácti let mi rovněž otec umíral na rakovinu, vinou své uzavřenosti jsem poztrácel veskrz všechny přátele, přidaly se i problém při přestupu na gympl. Právě takové druhotné problémy moje přijímání vlastní identity neusnadnily. Stál jsem před zrcadlem a říkal si: tohle jsem opravdu já? A jak je možné, že zrovna já sám na celém světě musím být takhle nenormální? Tehdy jsem si ještě neuvědomoval nebo nepřipouštěl, že lidí jako já je daleko víc.

Přemýšlel jsem v této době o sebevraždě a hazardoval se životem, například při přecházení silnice bez rozhlédnutí, nebo nadměrnou konzumací alkoholu v kombinaci s léky. O uvědomělý pokus o sebevraždu jsem se nikdy nesnažil. Ale pravidelně jsem se sebepoškozoval. Pokud jsem měl myšlenky, které se mi hnusily, nebo jsem byl hodně nervózní, típal jsem si o ruce či kolena sirky, případně přikládal rozžhavený zapalovač. Často se tak dělo i po masturbaci,

když jsem byl zdeptaný z toho, jaké fantazie mě vzrušují. V této mé aktivitě jsem nenacházel prohloubení sexuálního uspokojení, i když jsem někdy během masturbace experimentoval s mírnějšími masochistickými praktikami (připnuté kolíčky na bradavky apod.)

Okolo osmnáctého roku života jsem byl schopný se smířit a připustit si svou homosexuálně pedofilní orientaci, ovšem s onou násilnickou složkou svých fantazií jsem se nebyl schopný a snad ani ochotný vyrovnat. Uvědomuju si, že pro moje kompletní smíření se sebou by bylo ideální přijmout se ve své vrozené lidské přirozenosti – a tedy i s touto sadistickou složkou. Ovšem bránil mi v tom můj tehdejší pohled na morálku a stále jsem hledal cestu, jak takový problém překlenout.

Až později jsem došel k metodě, kdy jsem si opět představoval sebe sama jako objekt něčího sexuálního zájmu, většinou násilně sadistické povahy. Pomohlo mi to překlenout rozpor, protože ani dnes mi není příjemné ve svých představách využívat děti, které znám, jako sexuální objekty. Zdůvodňuji si to tak, že je pro mě fantazie a práce s ní v životě natolik důležitá, že ji nedokážu zcela vyvázat z morálních norem reálného světa. Když píšu, cítím odpovědnost i za své vymyšlené literární postavy.

Ještě před tímto uvědoměním jsem měl silné pocity viny a zhnusení ze sebe sama. Několik měsíců jsem taky prožíval určitý stav bezcitnosti, byl jsem vůči všemu chladný, vztahy s lidmi jsem bral jen ze setrvačnosti, než že bych na nich nějak emocionálně participoval. Důvody jsem musel hledat čistě v sobě, nikdy jsem žádnému dítěti neublížil. Ostatně v této době jsem se i společenskému kontaktu s dětmi zcela vyhýbal. Necítil jsem se mezi nimi dobře, spíš jsem intenzívně pociťoval trapnost – snad i jakési vnitřní provinění. Zdůvodňoval jsem si to tím, že si nedokážu na jedné straně představovat sadistické mučení a znásilnění byť imaginárního dítěte, a na druhé s konkrétním klukem mluvit a vycházet jako s malým kamarádem. Ač jsem důrazně odlišoval své sexuální fantazie od reality, a nikdy jsem si ani obrazně nepřipustil, že bych jakoukoliv z nich realizoval, přesto mě tyto fantazie vnitřně poznamenávaly.

To se týkalo i jedenáctiletého chlapce, který naši rodinu několikrát navštívil. Z jeho strany jsem cítil iniciativu skamarádit se se mnou, ale mě jeho přítomnost byla nepříjemná. Zároveň mě však sexuálně vzrušoval a vyskytoval se v mých masturbačních fantaziích, což jsem si vyčítal. Při zpětném pohledu považuju vlastně za dost rizikové, v jakém kontaktu jsem s tím chlapcem byl a přitom jsem si nepřipouštěl, abych k němu cítil jakékoliv vřelé emoce. Myslel jsem si, že takových emocí vůči dítěti ani nejsem schopný. A tak jediné, co mi bránilo vůči němu něco zkusit, byla hrozba odhalení, trestu a mlhavé vědomí morálky.

Můžu si možná i vyčítat, že jsem v minulosti dětem ublížil svým odstupem, když se se mnou samy skamarádit chtěly. Ovšem ve svém tehdy nevyrovnaném stavu to nejspíš bylo pro obě strany nejlepší. Nemohl jsem si být jistý, co bych byl schopný v té době dítěti udělat, když jsem si nebyl jistý ani sám sebou.

Napětí ve mně v té době 21 – 22 let stupňovalo. Prožíval jsem určité nutkavé fantazie a stavy. Sexuální představy se mi samy od sebe objevovaly v mysli

i v běžném životě mimo masturbaci. Přirovnal bych to k pocitu, kdy člověk stojí na nástupišti metra a má nutkavou chuť skočit do kolejiště. V době vrcholící osobní krize jsem se rozhodl, že se sebou musím výrazně něco udělat. Mělo to dvě fáze, v té první jsem navštívil sexuologa, v druhé se aktivně zapojil do pedofilní komunity na webu ČEPEKu (2013). Kombinace odborného hlediska s pochopením a zkušenostmi ostatních pedofilů mi radikálně obrátila pohled na svět. A připustil jsem si taky, že pokud dosáhnu vysoké úrovně sebeovládání, nemusím se dětem vyhýbat absolutně a skrze to se uzavírat i sám do sebe. Třetí fází svého vyrovnání bych mohl popsat tak, že jsem si dovolil, abych cítil k dítěti lásku, a dovolil jsem si skamarádit se s ním. Jeho rodiče jsou si vědomi mojí sexuální orientace, v kontaktu se svým synem mi nebrání. Vídám se s ním přibližně jednou za měsíc na několik hodin, jsou to chvíle, možná jediné v mém životě, kdy si upřímně přiznávám, že jsem šťastný. Pak trávím zbylý čas, co mě dělí od další návštěvy sněním, že jsem s ním. I to je pro mě důležité: mít o kom snít. Mít někoho, koho mám upřímně rád.

Mám vyzkoušeno, že teď, když jsem se sebou víceméně smířený, dokážu s dítětem komunikovat a věnovat mu pozornost. Přijde mi, že proto dokážu vystupovat jako sebevědomější osobnost a plnohodnotná součást svého společenského okolí i ve vztahu k dětem, s kterými se většina z nás tak jako tak potkává. Prostě neuteču a neschovám se, když za mnou běží dítě, aby mi řeklo ahoj.

Mou výhodou je, že pro mě sexuální uspokojení rozhodně není na prvním místě. Dřív mi k tomu dopomáhala chemické utlumující terapii androcurem. Dnes beru sexuální uspokojení zhruba na úrovni čištění zubů. Něco co se rychle odbude pravidelně po ránu. Ovšem nemůžu popřít svou potřebu emocionálního uspokojení. Nemám problém hlídat svoje jednání v přítomnosti dětí, ale mám depresivní stavy, pokud se s dětmi dlouhodobě nevídám.

Skrze konzultace u sexuologa a s ostatními pedofily jsem se také naučil o sobě a své sexualitě otevřeně hovořit. Vedlo to k čtvrté fázi mého uvědomění a to coming outu. Ve stejné době jsem taky rozmýšlel vydání své novely. Uvědomoval jsem si, že ve chvíli, kdy vydám knížku, kde je hlavní hrdina pedofil, budu tázán na otázky, jaký je můj osobní vztah k pedofilii. Což se dělo už před vydáním knihy. A já neumím dobře lhát. Rozhodl jsem se proto o svém sexuálním zaměření mluvit zcela veřejně a otevřeně. Kdo chce, lehce zjistí, že jsem pedofil. Dosud si nemyslím, že by to pro mě mělo nějaké vyloženě negativní následky. Nebyl jsem nikým napaden, každý z mého okolí, kdo se o mé sexualitě dozvěděl, to přijal s pochopením. Dokázal jsem o tom mluvit i se svou matkou nebo starším bratrem. To mi velmi pomohl se sám se sebou vyrovnat. Zvlášť u staršího bratra mě překvapila reakce, kdy mi vyčetl, že jsem mu to už neřekl dávno, že jsem mu už dřív nedůvěřoval, aby mi s tím případně mohl nějak pomoct. Neobávám se tolik rizika, že o mně mnoho lidí ví, že jsem pedofil. Daleko větší strach jsem měl z toho žít celý život sám se svým tajemstvím bez opory kohokoliv.

Na závěr sám sobě kladu několik otázek, souvisejících s tématem referátu. Z hlediska společnosti mi snad ani tolik nevadí, že většina lidí cítí a vyjadřuje předsudky vůči pedofilům, mám pro to pochopení. Možná mi vadí víc, že tady

vidím problém a nevidím zatím dost iniciativy a práce ten problém řešit. I to by se dalo pochopit, proč tento problém, kterému se říká pedofilie, je důležité řešit? Vždyť se týká jenom půl procenta nebo dvou procent populace? Nevíme. Ale pro mě je podstatné, že tento problém se týká dětí. A pak taky mladých lidí, pedofilů, a proto ho považuji za pálivý společenský problém.

Co vadí mně osobně? Že nemůžu mít s nikým sex? Ne, od toho mám pravou ruku. Že budu žít většinu života víceméně sám? Možná, ale to se stává víc lidem, na to ani nemusím být pedofil. Nevadí mi, že nemůžu říct malému klukovi, že ho miluju. To jsou moc přehnaná slova pro dětská ouška. Vadí mi, jak málo s ním můžu trávit času. Že se nemůžu podílet na jeho životě natolik, nakolik by to třeba i jemu vyhovovalo. Můj malý kamarád mi jednou řekl, že si nejvíc na světě přeje, aby měli vedle domu jezírko a já, abych bydlel s nimi. Vadí mi ta otázka, jestli mám vůbec právo být mu blízký, vídat se s ním. Ta otázka mi vadí proto, že si stále nejsem jistý odpovědí.

Letos jsme se za Československou pedofilní komunitu ČEPEK jako pedofilové poprvé zúčastnili Prague Pride. Nesli jsme transparent s nápisem „Nejen homosexuálové procházejí comming outem – ***www.nejenhomo.cz****" Chtěli jsme prostřednictvím odkazu na stránku* ***www.nejenhomo.cz*** *(2013) poukázat na problémy, které nás trápí. V rámci naší účasti byly pořizovány záběry do dokumentárního filmu režisérky Veroniky Liškové, který bude hotový příští rok. Doufám, že nejen účast na konferencích před odborníky, ale také účast mezi běžnými občany zvýší informovanost veřejnosti a ve výsledku zmírní komplikace, které jsou zapříčiněny předsudečným opovrhováním pedofily. Mnoho z nás se snaží žít bezúhonně, avšak veřejnost si stále myslí, že co pedofil, to člověk, který zneužívá děti... I já se tímto svým příběhem a vystoupením snažím ukázat, že skutečnost je jiná.*

Kontakt na autory:
Mgr. Karel Žák, email: karelzak@kazaweb.cz,
web: http://is.muni.cz/osoba/174448
PhDr. Jitka Reissmannová, email: jituler@post.cz,
web: http://is.muni.cz/osoba/23275

Kontakt na respondenta, jehož výpověď zde uvádím:
Daniel Kubec, email: danielkubec21@gmail.com

Použitá literatura:

ČEPEK. *Československá pedofilní komunita – informační web o pedofilii* [online]. 2013. Dostupné na Internetu: <http://www.pedofilie-info.cz>.

NejenHomo.cz. Webová stránka vytvořená při příležitosti účasti pedofilů na Prague Pride dne 17. 8. 2013. Dostupné na Internetu: <http://www.nejenhomo.cz>.

ŽÁK, Karel. *Pedofilie: bakalářská práce*. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví. Brno, 2009, 78 stran. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Jitka Reissmannová. Dostupné na Internetu: <http://is.muni.cz/th/174448/pedf_b/>.

ŽÁK, Karel. *Život a pocity nekriminálních pedofilů: diplomová práce*. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra výchovy ke zdraví. Brno, 2012a, 135 stran. Vedoucí diplomové práce: PhDr. Mgr. Jitka Reissmannová, Ph.D. Dostupné na Internetu: <http://is.muni.cz/th/174448/pedf_m/>.

OBSAH

Program 4
Úvodní slovo primátorky 7
Úvodní slovo rektora 8
Úvodní slovo prezidenta 9
Sexuální dysfunkce u žen s farmakologicky léčenou arteriální hypertenzí, *Bohdana Břegová, Yvetta Vrublová* 10
Generické léky: mnoho otázek, málo odpovědí, *Miroslav Havlín* 15
Výhody a nevýhody využití metody participativního videa při výzkumu současné rodiny. Benefits and risks of using participatory video technique in research of the contemporary family, *Jan Hloušek, Zuzana Hloušková, Mario Miguel Montéz* 25
Střídavá porozvodová péče, *Kamila Holásková* 32
Možnosti zlepšenia kvality života klientov domovov sociálnych služieb v oblasti sexuality a partnerských vzťahov, *Ladislav Horňák.* 38
Sexuální výchova – prostor pro aplikaci aktivizačních výukových metod, *Michaela Hřivnová* 53
Priebežné výsledky sexuálnych dysfunkcií u závislých v PN Hronovce, *Chovanec, M., Dasová, K., Stanko, R., Zelman, M., Weiss, P.* 59
Příspěvek k prevenci domácího násilí The Contribution to The Prevention of Domestic Violence, *Kamil Janiš, Nikol Neplechová* 68
Motivy vedoucí k zavedení sexuální výchovy do škol, *Kamil Janiš, Irena Loudová, Jana Andršová* 78
Nebezpečí kyberprostoru (kybergrooming a sexting), *Martina Janoušková.* 89
Mezi ochranou a morální panikou: Děti a sexualita, *Lucie Jarkovská* 101
Wilhelm Reich: vize a iluze, *Miroslav Kappl* 106
Nově registrované léky určené k umělému ukončení těhotenství, *Peter Koliba, Peter Koliba, jun.* 119
Endometrióza a kvalita života u žen, *Peter Koliba, Peter Koliba, jun.* 122

Ambulantní hysteroskopie, *Petr Kovář* 126

Práva dětských obětí sexuálních deliktů.
The Rights of Child Victims of Sexual Offenses,
Daniela Květenská 127

O aktivitách sólo sexu: eticko-deskriptívna štúdia,
Dagmar Marková, Stanislava Lištiak Mandzáková 135

Vybrané praktické a právní otázky náhradního mateřství,
Miroslav Mitlöhner 152

Právo dětí na sexuální orientaci a pohlavní identitu
– zpráva z mezinárodního sympozia rady Evropy,
Ivo Procházka. 158

Vliv vrstevnického vzdělávání v oblasti sexuálního a reprodukčního
zdraví na sexuální chování účastníků – závěry výzkumu,
Jitka Prouzová 166

Sexuální výchova ve výzkumech studentů. Učitelství pro 1. stupeň ZŠ,
Miluše Rašková 179

Vzdelávacie potreby slovenských učiteľov v oblasti výchovy
k manželstvu a rodičovstvu. Educational needs of Slovak teachers in
education for marriage and parenthood,
Lenka Rovňanová 186

Pacient jako poškozený při poskytování zdravotní péče,
Olga Sovová 198

Mladé dívky jako sexuální delikventky,
Aleš Svoboda 207

Sexuálna výchova a protokol sexuality v domovoch sociálnych služieb,
Ján Šrenkel 210

Pomáhající profese, sexualita a osoby s mentálním postižením,
Dana Štěrbová, Jana Harvanová 222

Ochrana dětí před sexuálním zneužíváním,
Eva Vaníčková 237

Těhotenství a jeho zvládání – psychosociální aspekty
z pohledu sociálního pracovníka,
Alena Vosečková, Zuzana Truhlářová 243

Existuje vedle práva na život i „právo na neživot“?
Petr Wisiński 248

Co nejvíc trápí pedofily?
Karel Žák, Jitka Reismannová 254

21. CELOSTÁTNÍ KONGRES
K SEXUÁLNÍ VYCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE
SBORNÍK REFERÁTŮ

Editor: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Editorka: Mgr. Zuzana Prouzová

Vydavatel: Kovář Petr – CAT Publishing
Jurečkova 3, Ostrava 1, 702 00
ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu

Grafická úprava, tisk: Nakladatelství PASPARTA, o.p.s.

ISBN 978-80-905386-1-0

PENZION

HENDRYCH

VRCHLABÍ

VINO e CUORE

ISBN 978-80-905386-1-0

9 788090 538610