



SPRSV

23. CELOSTÁTNÍ KONGRES K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE

PARDUBICE 2015

17. – 18. září 2015

Editor: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

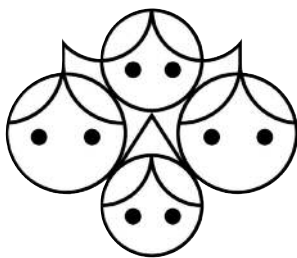
Editorka: Mgr. Zuzana Prouzová

TENTO PRACOVNÍ MATERIÁL NEPROŠEL AUTORSKOU KOREKTUROU

SBORNÍK REFERÁTŮ

2015





23. SPRSV CELOSTÁTNÍ KONGRES K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE PARDUBICE 2015

17. – 18. září 2015

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 ODRÁŽÍ POUZE NÁZORY AUTORŮ
A NEPROŠEL AUTORSKOU KOREKTUROU



**SBORNÍK REFERÁTŮ
2015**

23. CELOSTÁTNÍ KONGRES K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE

PARDUBICE 2015

pořádaný

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

VE DNECH 17. – 18. ZÁŘÍ 2015
NA RADNICI V PARDUBICÍCH

pod záštitou

Ing. Martina Charvát, primátora statutárního 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.: 37524/2014-1-1008

ISBN 978-80-905696-2-1

PREZIDENTKA KONGRESU

Doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.

vysokoškolská učitelka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

MUDr. Antonín Brzek

odborný lékař Sexuologického ústavu 1. LF Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Miroslav Havlín

ženský lékař

Doc. PaedDr. Ladislav Horňák, Ph.D.

vysokoškolský učitel Pedagogické fakulty Prešovské univerzity v Prešove

Prof. RNDr. Josef Hynek, Ph.D., MBA

rektor Univerzity Hradec Králové

Ing. Martin Charvát

primátor statutárního města Pardubic

Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.

Gynekologická ambulance Gynartis, s.r. o.

PaedDr. Stanislava Lištiak Mandžáková, Ph.D.

vysokoškolská učitelka Pedagogické fakulty Prešovské univerzity v Prešove

PhDr., Mgr. Petr Lojan, M.B.A.

Vysoká škola podnikání a práva Ostrava

Doc. PhDr. Dagmar Marková, Ph.D.

vysokoškolská učitelka Filozofické fakulty Univerzity Konstantína Filozofa v Nitře

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

vysokoškolský učitel Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové

JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

statutární zástupkyně ředitelky Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové a vysokoškolská učitelka

Centra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy Praha

Prof. MUDr. Jiří Šantavý, CSc.

emeritní přednosta Ústavu lékařské genetiky a fetální medicíny FN a UP Olomouc

Doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

vysokoškolská učitelka Univerzity Palackého v Olomouci

PhDr. Ondřej Tikovský, Ph.D.

kancleř Univerzity Hradec Králové

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

ředitelka Ústavu sociální práce ÚHK Univerzity Hradec Králové

MUDr. Radim Uzel, CSc.

čestný předseda Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu Praha

MUDr. Václav Urbánek, CSc.

vědecký pracovník Sexuologického ústavu 1. LF Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Doc. PhDr. Yveta 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.

Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc. - předseda

Mgr. Zuzana Prouzová – tajemnice

Mgr. Stanislava Čandová, Mgr. Jaroslav Prouza, Bc. Tereza Sadková, Bc. Martina Plichtová, Bc. Jaromír Prouza, Jitka Prouzová, Albína Řezníčková, Anna Dobřichovská, Veronika Wagnerová, Tereza Přibyllová, Barbora Beníšková

**SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY
A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU
SEXUOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP
ÚSTAV SOCIÁLNÍ PRÁCE UNIVERZITY HRADEC KRÁLOVÉ**

**PARDUBICE 17. - 18. září 2015
Pardubická radnice, Pernštýnské náměstí 1**

**PROGRAM
23. CELOSTÁTNÍHO KONGRESU
K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ**

Čtvrtek 17. září 2015

9.00 – prezence účastníků v předsálí Hudebního sálu radnice

10.00 – slavnostní zahájení kongresu, projevy hostů

10.20 – zahájení odborného programu kongresu a prvního bloku přednášek

1. MUDr. Miroslav Havlín
Léky, drogy a sex
2. Prof. MUDr. Jiří Šantavý, CSc.
Johan Gregor Mendel – jeho nedoceněný odkaz a kořeny
3. Doc. PhDr., PaedDr. Kamil Janiš CSc.
Koncepce pohlavní výchovy od Z. Záhoře

Kávová přestávka

4. Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.
Jak správně postupovat při podezření na znásilnění, nebo pohlavní zneužívání
5. Mgr. Lenka Scheithauerová
Primární prevence sexuálního zneužívání dětí

Přestávka na oběd

13.30 – zahájení druhého bloku přednášek

6. Doc. PaedDr. Ladislav Horňák, Ph.D.
Aktuálne problémy sexuálneho zneužívania žiakov špeciálnych základných škôl zo sociálne znevýhodneného prostredia
7. Doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
Rizika sexuální asistence u osob s mentálním postižením

8. JUDr. Miroslav Mitlöhner, Bc. Pavlína Kubištová, CSc.
Efektivita sociální práce s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody – průběžná informace z výzkumu

Kávoová přestávka

9. MUDr. Veronika Šikolová
Výuka problematiky HIV/AIDS v 7. – 9. ročníku na českých školách
10. MUDr. Janeta Filová
EllaOne – první volba nouzové kontracepce
11. Mgr. Karel Žák
Parafilie v literatuře k sexuální výchově pro děti a mládež
12. Albert Diok
Trestněprávní aspekty virtuální dětské pornografie

Pátek 18. září 2015

9.00 – zahájení druhého dne kongresu a třetího bloku přednášek

13. Mgr. Barbora Ottová
Psychické změny u žen v důsledku užívání hormonální antikoncepce
14. doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Biologický věk ženy a somatické parametry z pohledu fyziologického těhotenství
15. Doc. PhDr., PaedDr. Kamil Janiš, CSc., Iveta Ludvíková
Partnerské vztahy na pozadí věkového rozdílu
16. MUDr. Janeta Filová
Pharmatex lokální antikoncepce bez hormonů a bez receptu

Kávoová přestávka

17. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.
Výbrané právní otázky umělé lidské reprodukce
18. Štěpánka Pabiánová
Rizika náhradního mateřství
19. Lucie Jarkovská, Ph.D.
Tradicemi za sexuální řád: Evropské konzervativní proudy proti genderové i sexuální rovnosti
20. JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Transplantace hlavy – právní, sexuologické a praktické konsekvence

Přestávka na oběd

13.00 - zahájení čtvrtého bloku přednášek

21. Doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.
Puberta pohledem budoucích pedagogů primární školy v České republice a na Slovensku
22. Mgr. Dominika Provázková Stolinská, Ph.D.
Reflexe paradigmat komunikace mezi rodinou a školou v České republice

23. Mgr. Tereza Kaláčková
Rodina a sexuální výchova?
24. PhDr. Lenka Šilerová, Ph.D.
Faktory sexuální výchovy v rodině
25. Bc. Tereza Sadková
Novinky na mezinárodní scéně
26. Mgr. Zuzana Prouzová
Sexuální zdraví a práva ve vybraných zemích světa
27. Mgr. Aleš Svoboda, M.A.
Josef a Putifarka – první zaznamenaný pokus o znásilnění muže ženou?

Postery:

PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzáková, Ph.D.

Inštitucionálna sexuálna socializácia osôb s mentálnym postihnutím na Slovensku

Mgr. Jana Bernoldová, Adamčíková Z., Strnadová I., Klusáček J.

Postoje českých zdravotníků a sociálních pracovníků k rodičovství žen s mentálním postižením

16.00 – zakončení čtvrtého bloku přednášek a kongresu Pardubice 2015, vydání osvědčení o účasti dle akreditace MŠMT, ČLK a certifikátů dle dalších akreditací.

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

Vážení účastníci kongresu, vážení návštěvníci Pardubic,

jsem rád, že se město Pardubice opět stalo hostitelem odborníků na sexuologickou výchovu. Možná, že někomu přijde úsměvné, jestli v době internetu, kde je k vidění a stažení úplně všechno, je sexuologická výchova vůbec ještě potřeba. Jestli v době, kdy se vy, odborníci, snažíte mladým lidem dát základní a důležité informace, jak vést zdravý sexuální život, nemají tito pubescenti za sebou více sexuálních dobrodružství než předchozí generace za celý svůj život.

Jsem přesvědčen, že úloha sexuální výchovy je právě ve světě propojeném anonymními sociálními sítěmi čím dál důležitější. To, že je dnes na různých sítích a webových portálech ke stažení bez jakéhokoliv omezení v podstatě vše, může vést u mladých lidí – a bohužel často dětí – k vytvoření zcela mylné představy o tom, co je v sexu standardní, běžné a co je za hranici vkusu, nebo co je výplodem bujně fantazie režisérů a scénáristů pornosnímků diskutabilní kvality. Touha zažít to, co je k vidění na „netu“, pak může vést mladé lidi k vyhledávání sexuálních dobrodružství, která mohou v tom lepším případě skončit trapasem nebo ponižením, v tom horším pak sexem přenosnou nemocí. Děsí mě i výsledek jednoho průzkumu, který tvrdí, že antikoncepci, respektive kondom, používá při prvním a nebo náhodném styku čím dál méně lidí.

Nejen jako veřejně činná osoba, jako politik, ale především jako otec dvou, zatím malých synů, pocituji nenahraditelnost a důležitost sexuální výchovy. A všem vám, kteří se v ní angažujete, patří moje poděkování. Ať je pardubický kongres úspěšný a přínosný!

Upřímně

Martin Charvát

Primátor statutárního města Pardubic

Vážené dámy, vážení pánové!

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

Při pohledu na webové stránky anonující již třináctý ročník této akce by se mohlo zdát, že bude obtížné hledat nová, dosud nedotčená témata k diskusi, kde by bylo možné odbornou a zejména laickou veřejnost obohatit, nýbrž opak je pravdou.

Otázky spojené se sexuální výchovou v naší zemi stále vyvolávají silné emoce a širší společenská shoda se hledá těžko. Problémem není jen co a do jaké hloubky probírat, ale zejména kdo by měl naše děti informovat. Je rozumné ponechat sexuální výchovu pouze na rodině? Důvěřujeme škole - či lépe řečeno - dokážeme si představit, že tento úkol zvládne zcela konkrétní a nám dobře známý (v obou významech tohoto slova) učitel XY? Či jakou roli mohou v osvětě sehrát studenti lékařských fakult, kteří mají ke svým posluchačům nejen věkově blíž a mohou snáze překonat přirozenou bariéru vztahu učitel-žák? Už jenom tyto zdánlivě jednoduché otázky veřejnost rozděluje, a to se zatím zabýváme toliko formou a nikoliv obsahem sdělení. Problémy týkající se sexuální výchovy a partnerských vztahů jsou problémy vážné a trvale aktuální. Stačí nahlédnout do statistik popisujících počty mladistvých matek, neúplných rodin, sexuálně motivovaných trestných činů či pohlavně přenosných nemocí, abychom se přesvědčili, že sexuální výchova je důležitá a potřebná.

Přeji všem účastníkům kongresu v Pardubicích plodné a inspirativní jednání!

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

Vážení přátelé a příznivci našeho kongresu!

V letošním ročníku jsem byla ze strany Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu počtěna funkcí prezidentky kongresu, velmi děkuji za projevenou důvěru. Při přemýšlení o námětu proslovu k zahájení kongresu jsem v počátku tápala, ale nakonec jsem se dopracovala k zajímavému zjištění. Není žádnou novinkou, že jsme kongresem oborově multidisciplinárním a letos si dovolím využít také matematiku. Představte si, že náš 23. kongres k sexuální výchově PARDUBICE 2015 je spjatý s legendární magickou sedmičkou! Zahajovací den kongresu je stanoven na 17. 9. 2015 a při jeho číselném součtu ($1+7+9+2+0+1+5=25$; $2+5=7$) dospějeme právě k magické sedmičce!

Mimořádné postavení sedmičky spočívá v astronomických fenoménech, objevuje se v dějinách křesťanství, v astrologii, v numerologii, v léčitelství, v archeologii a jiných oborech. Na internetu jsem našla dokonce úryvek jedné pisatelky, cituji: „Moje matka měla vždycky smysl pro humor. Porodila mě 7. 11. na výročí výstřelu z Aurory a dala mi symbolicky jméno Naděžda. Sedmička je mé šťastné číslo, moje jméno má sedm písmen, stejně jako příjmení, v datu sňatku mám dvě sedmičky a v Sedmičce pracuji.“ Abych zůstala v intencích myšlenek našeho tematického zaměření kongresu, uvedu ještě jeden příklad (také z internetu): „Sedm dní trvalo stvoření světa, ale také sedm dní je potřeba k tomu, než dojde k usazení oplodněného vajíčka v ženské děloze! Po těchto sedmi dnech nastává vývojový proces plodu, který trvá 3 x 7 dní. V dalších 63 dnech se tvoří orgány a žlázy. To dává dohromady 3 měsíce. Pak 189 dnů zbývá na celkové zesílení a vývoj dítěte. Celkový počet 280 dní je doba těhotenství. A magická sedmička neopouští malého človíčka ani po narození. Sedm let trvá první etapa ve vývoji dítěte. Ve 14 letech se jeho organismus již stává schopným vlastního plození. Do 21 let trvá dospívání. Optimální věk pro zplodění dítěte u ženy je 28 let. Před padesátkou končí reprodukční věk a v 98 letech je člověk vyrovnán se životem a vlastně připraven uvolnit místo na Zemi pro další generaci.“

Pevně věřím, že náš letošní kongres pod záštitou magické sedmičky bude skvělý, inspirativní a plný setkání se zajímavými lidmi :-)!

*Vaše Miluše Rašková
(numerologicky dle data narození také sedmička!!!)*

Postoje českých zdravotníků a sociálních pracovníků k rodičovství žen s mentálním postižením

Bernoldová Jana, Adamčíková Z., Strnadová I., Klusáček J.

Abstrakt: Cílem příspěvku je informovat o dílčích výsledcích výzkumné studie „Mateřství žen s mentálním postižením: Analýza dostupné podpory a faktorů ovlivňujících plnění mateřské role“ (grantový projekt č. 1756214 v rámci GA UK). Autoři této studie provedli dotazníkové šetření dovedností, zkušeností a postojů zdravotníků a sociálních pracovníků k vybraným aspektům těhotenství a mateřství žen s mentálním postižením. Výzkumu se zúčastnilo 504 odborníků (175 zdravotníků a 329 sociálních pracovníků). Statistická analýza dat byla provedena v statistickém programu SPSS 21, získané informace byly analyzovány za využití faktorové analýzy.

Předložený příspěvek je zaměřen na komparaci výsledků výzkumu mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Z výsledků šetření vyplývá, že většina dotazovaných českých zdravotníků i sociálních pracovníků věří, že ženy s mentálním postižením (MP) mohou být dobrými rodiči a mají mít děti ve své péči. Zároveň se ale v jejich postojích odráží negativní hodnocení schopností těchto žen. Respondenti určují jako hlavní determinant úspěšného rodičovství těchto matek zajištění odpovídající podpory. Obdobné názory mají obě skupiny na případnou interrupci a svobodné rozhodování o počtu dětí – více než polovina zdravotníků připouští možnost interrupce u matek s MP, ve skupině sociálních pracovníků to je necelá polovina. Více než polovina sociálních pracovníků by ženám neumožnila svobodné rozhodnutí o počtu jejich dalších dětí, ve skupině zdravotníků takto smýšlejí celé dvě třetiny respondentů.

Úvod

Socio-historické postavení žen s mentálním postižením (MP) jako matek bylo ve společnosti ovlivněno stereotypy o těchto ženách, které se promítají i do současného smýšlení laické i odborné veřejnosti. Podle Mayes (2009) můžeme pozorovat dvě základní charakteristiky postavení těchto žen. Za prvé společností neočekávala a ani dnes neočekává, že by se tyto ženy mohly stát matkami. Za druhé bylo v minulosti aktivně zabraňováno (např. Stefánsdóttir, 2014) a ještě dnes v některých případech může být bráněno těmto ženám v početi dětí. Proč tedy společnost neočekává, že by se ženy s MP mohly stát matkami a případně aktivně zabraňuje jejich těhotenství?

Stereotyp „věčného dítěte“, tj. že člověk s MP zůstává po celý život dítětem, vedl k předpokladům, že ženy s MP jsou asexuální, nemají přirozené citové a sexuální potřeby a jsou nezralé v emocionální a sociální oblasti (McConnell a Llewellyn, 1998). Tento stereotyp vede k závěru, že ženy s MP nepotřebují informace o sexualitě či by před nimi měly být chráněny. Dospělá žena z této perspektivy „věčného dítěte“ není přirozeně schopna plnit dospělé role, ani není očekáváno, že by toužila po věcech, které obvykle ženy určitého věku chtějí. Toto vede ke zpochybňování jejich schopností. Ženy s MP jsou tak některými vnímány jako závislé, nezplnomocněné a nekompetentní. Tento pohled ukazuje ženy s MP jako pasivní členy společnosti odkázané pouze na přijímání pomoci (Llewellyn, 2010).

Druhým významným stereotypem zakořeněným v eugenickém myšlení byl názor, že se ženám s postižením rodi obvykle vysoký počet dětí s postižením (Mayes, 2009). Výzkumy (např. Llewellyn, 1993; Tymchuk 1990) však prokázaly, že počet narozených dětí s postižením je u žen s MP stejný či nižší než v běžné populaci.

Nedostatečná důvěra v to, že ženy s MP mohou plnit dospělé ženské role, byla také nalezena v postojích profesionálních pracovníků (Aunos a Feldman 2002). Zkušenosti samotných žen-matek s MP ukazují, že negativní reakce profesionálů (např. doporučování umělého ukončení těhotenství nebo odevzdání dítěte k adopci) jsou velmi bolestnou zkušeností, kterou si tyto ženy nesou dále svým životem (Mayes, Llewellyn, McConnell, 2006, Walsh-Gallagher et al., 2012; Wilson et al., 2013). Tyto postoje, promítající se do práce profesionálních pracovníků, jsou významným faktorem ovlivňujícím kvalitu poskytované podpory a péče těmto ženám.

Stěžejním lidskoprávním dokumentem, který je od roku 2009 součástí právního řádu ČR, je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Convention on the Rights of Persons with Disabilities), která byla přijata OSN v roce 2006. Pro mateřství žen s MP je zásadní znění článku 23, jímž smluvní

strany Úmluvy deklarují přijetí účinných a odpovídajících opatření vedoucích k odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením ve všech záležitostech týkajících se manželství, rodiny, rodičovství a osobních vztahů. Zároveň je v Úmluvě postulováno poskytnutí odpovídající podpory při plnění jejich rodičovských povinností.

Dále český právní systém deklaruje, že sexuální sterilizaci lze u osob s omezenou svéprávností provést pouze ze zdravotních důvodů (zákon č. 373/2011 Sb.). Zákon č. 89/2012 Sb. definuje, že k výkonu rodičovské odpovědnosti osob s omezenou svéprávností se musí soud zvlášť vyjádřit. Tato právní úprava tak odstranila poslední překážku, kterou definoval zákon o rodině č. 94/1963 Sb., který osoby bez plně způsobilosti k právním úkonům automaticky zbavoval rodičovské odpovědnosti. Zatímco z právního hlediska mají ženy s MP v ČR možnost založit rodinu na rovnoprávném základě s ostatními, postoje odborné veřejnosti k tématu jejich těhotenství a mateřství jsou na rozdíl od jejich sexuality dosud nezmapovány.

Metodologie

Hlavními cíli šetření bylo:

- 1) analyzovat zkušenosti a znalosti zdravotníků a sociálních pracovníků s poskytovanou péčí ženám s mentálním postižením,
- 2) analyzovat postoje zdravotníků a sociálních pracovníků k těhotenství a mateřství žen s mentálním postižením.

K realizovanému výzkumnému šetření byla využita dotazníková metoda. První tři autorky vyvinuly dva dotazníky, které vycházely z prací Berit Hoglund “Pregnancy, Childbirth and Midwifery Care among Women with Intellectual Disability in Sweden” (2012) a “Perception of Service Needs by Parents With Intellectual Disability, Their Significant Others and Their Service Workers” Gwynnyth Llewellyn, David McConnell, and Rosalind Bye (1998). K adaptaci těchto prací dostali výzkumníci souhlas autorů. Dotazník

pro zdravotníky se skládal celkem z 28 položek (14 otevřených, 14 uzavřených otázek). Dotazník pro sociální pracovníky se skládal z 27 položek (13 otevřených, 14 uzavřených otázek).

Před vlastním šetřením byla formou rozhovoru s osobami z cílových skupin (3 zdravotníci, 4 sociální pracovníci) ověřena srozumitelnost a vhodnost formulací otázek.

Na základě postřehů oslovených probandů byly provedeny drobné změny ve formulaci otázek. Distribuce dotazníku probíhala elektronickou cestou prostřednictvím e-mailu, který obsahoval průvodní dopis a odkaz na webový dotazník (viz Tabulka č. 1; Tabulka č. 2). Ředitelé oslovených oddělení nemocnic a sociálních služeb byli požádáni o předání e-mailu vhodným osobám. Dále byly osloveny porodní asistentky a zdravotní sestry prostřednictvím jejich asociací, kde byla zpráva o výzkumu umístěna na webových stránkách.

Poskytovatelé sociálních služeb byli vybráni podle kritéria 1) zapsání cílové skupiny osob s mentálním postižením a 2) ženské pohlaví cílové skupiny.

	Počet zdravotníků	Počet odeslaných dotazníků
Praktičtí lékaři pro děti a dorost	1509	1509
Gynekologové	953	953
Oddělení nemocnic	Počet oddělení nemocnic k 30. 9. 2014	Počet odeslaných dotazníků
Porodnice	94	94
Novorozenecká oddělení nemocnic	91	91
Dětská oddělení nemocnic	123	123
Celkový počet	2770	2770

Tabulka č. 2 Počty oslovených sociálních pracovníků

	Počet sociálních pracovníků	Počet odeslaných dotazníků
Sociální pracovníci OSPOD	1999	1999
Sociální služba	Počet poskytovatelů sociálních služeb registrovaných k 30. 9. 2014	Počet odeslaných dotazníků
Azylové domy	226	183
Podpora samostatného bydlení	57	41
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	212	173
Raná péče	58	47
Chráněné bydlení	200	178
Sociálně aktivizační služba	264	264
Celkový počet	3016	2885

Statistickou analýzu dat zpracoval poslední autor v statistickém programu SPSS 21. Nejprve bylo provedeno třídění prvního stupně. Vzhledem k tomu, že data obsahovala výhradně nominální a ordinální proměnné, byly generovány pouze frekvenční tabulky. Následně bylo provedeno třídění druhého stupně. Souvislosti mezi hodnotami různých proměnných byly testovány pomocí kontingenčních tabulek. Testování statistické významnosti bylo prováděno metodou Pearsonova chí-kvadrát testu (za statisticky významná považujeme zjištění na hladině významnosti 95 %). Všechny otevřené otázky byly kódovány do kategorií vytvořených prvními třemi autory. Kategorizace byla podobná obsahové analýze (Elo, Kyngäs, 2008). V případě návrhu rozdílných kategorií probíhala diskuse autorů k sjednocení předložených návrhů.

Výzkumný soubor

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 504 odborníků (175 zdravotníků a 329 sociálních pracovníků). Výzkumný soubor zdravotníků zahrnoval gynekology a gynekology-porodníky (33 %), porodní asistentky (13 %), zdravotní sestry pracující v porodnicích a na dětských odděleních nemocnic (3,5 %), praktické lékaře pro děti a dorost a lékaře působící na dětských odděleních nemocnic (47 %).

Výzkumný soubor sociálních pracovníků zahrnoval sociální pracovníky (73,9 %), vedoucí pracovníky v sociálních službách (25,8 %), speciální pedagogy (4,6 %) a psychology (0,3 %). Tito respondenti měli rovněž označit službu, v jaké působí. Nejvíce dotazovaných je zaměstnáno ve státní správě jako zaměstnanci orgánu sociálně-právní ochrany dítěte (49,5 %), 12,8 % pracuje v domovech pro osoby se zdravotním postižením, 9,8 % v azylových domech a 9,2 % v chráněném bydlení. V sociálně aktivizační službě působí 7,3 % respondentů. Další demografické údaje jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 Demografické údaje

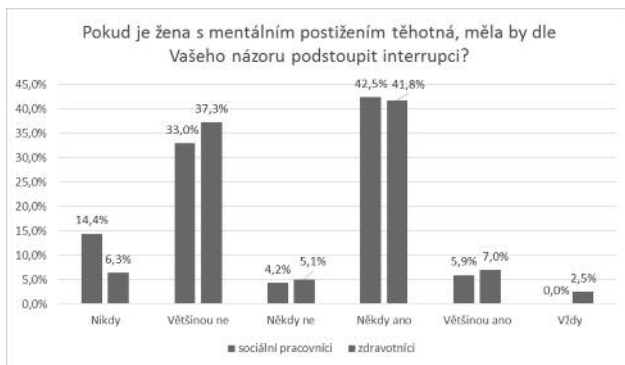
		Zdravotníci	Sociální pracovníci
Pohlaví	Ženské	73 %	93,5 %
	Mužské	27 %	6,5 %

Stupeň dosaženého vzdělání	vzdělání	8 %	7 %
	Vyšší odborné vzdělání	0%	16,3 %
	Bakalářské	5 %	31,6 %
	Magisterské	69 %	43,3 %
	Doktorské	14 %	1,5 %
Léta praxe	10 a více let	83 %	31 %
	6–10 let	9 %	24,5 %
	1–5 let	7 %	42,5 %
Počet žen s MP, kterým byla poskytnuta péče	11 a více žen	10,9 %	6,3 %
	6–10 žen	10,9 %	6,9 %
	1–5 žen	54,3 %	46,3 %
	Bez zkušenosti	10,3 %	33 %

Výsledky

Respondentům z obou cílových skupin byla předložena sada sedmi totožných otázek mapující jejich postoje k těhotenství a mateřství žen s MP. Tyto otázky byly formulovány jako tvrzení, u nichž respondenti volili míru svého souhlasu na šestistupňové škále od úplného souhlasu (vždy) k úplnému nesouhlasu (nikdy). Následuje přehled a srovnání výsledků u jednotlivých otázek.

Pokud je žena těhotná, měla by dle Vašeho názoru podstoupit interrupci?



První z řady otázek mapovala postoj odborníků na eticky komplikované téma interrupce u žen s MP. Celkem 37,7 % zdravotníků se sice domnívá, že by žena většinou interrupci podstoupit neměla, ale přes 50 % respondentů označilo odpověď na opačné škále – 41,5 % „někdy ano“, 6,92 % „většinou ano“ a 2,52 % „vždy“. Stejně tak se přes 48 % sociálních pracovníků domnívá, že by žena „někdy

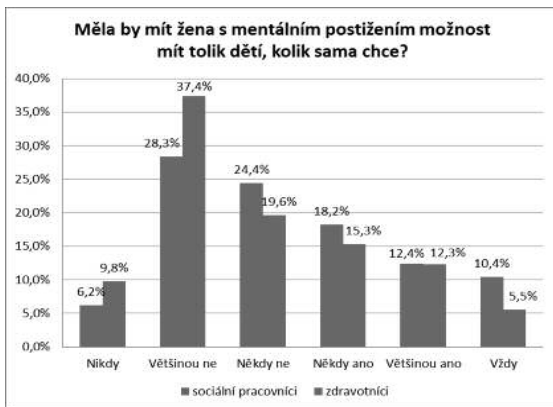
ano“ (42,48 %) a „většinou ano“ (5,88 %) měla podstoupit interrupci. Odpovědi na opačné škále byly procentuálně zastoupeny takto: „nikdy“ (14,38 %), „většinou ne“ (33,01 %) a „někdy ne“ (4,25 %).

Při srovnání je patrné, že se více kriticky vyjadřovali lékaři. Pozitivní škálu (někdy ano, většinou ano, vždy) volilo 48,4 % sociálních pracovníků a 51,3 % zdravotníků. Při zdůvodnění odpovědi nejčastěji zazníval v obou skupinách dotazovaných názor, že záleží

na stupni mentálního postižení těchto žen (21,9 % soc. pracovníci a 22,4 % zdravotníci).

Pro sociální pracovníky bylo podstatně důležitější, že je zde riziko ohrožení plodu případnými dědičnými vadami (soc. pracovníci 11,2 %; zdravotníci 6,9 %), pro zdravotníky byla podstatnější podpora ze strany rodiny a partnera (zdravotníci 9,7 % a soc. pracovníci 6,7 %).

Měla by mít žena s mentálním postižením možnost mít tolik dětí, kolik sama chce?



Druhá otázka se týkala svobodného rozhodnutí ženy s MP stát se matkou a zjišťovala názory zdravotníků a sociálních pracovníků na to, zda by se žena měla svobodně rozhodnout o počtu svých dětí. Celkem 67,1 % dotazovaných zdravotníků se domnívá, že by tomu tak spíše být nemělo. Z těchto 67 % si 9,8 % myslí, že by o počtu dětí matka s MP neměla rozhodovat nikdy. Při zdůvodnění odpovědi se nejčastěji objevoval názor, že opět závisí na hloubce postižení a zdravotním stavu matky (14,9 %), dalším argumentem bylo, že žena bude, případně nebude mít potřebné schopnosti (13,1 %) a 8 % dotázaných zdravotníků odkazovalo na individuální posouzení situace.

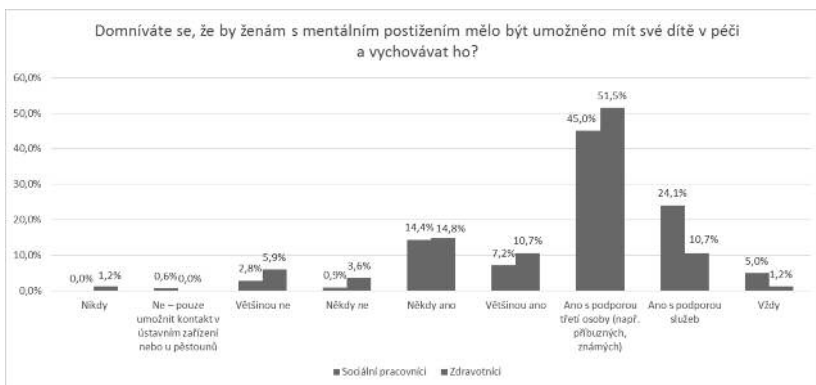
Rovněž 58,96 % dotazovaných sociálních pracovníků se vyjádřilo tak, že by žena s MP „někdy ne“ (24,43 %), „většinou ne“ (28,34 %) a „nikdy“ (6,19 %) neměla mít možnost svobodně se rozhodnout o počtu svých dětí. 21 % svou odpověď zdůvodnilo tím, že žena může mít, či nemusí mít dostatečné schopnosti zvládnout výchovu více dětí. 11,9 % poukazovalo na to, že žena s MP nemusí vždy odhadnout své schopnosti a nedomýšlí následky pohlavního styku. Dalších 9,1 % by rozhodlo podle dostupné podpory pro ženu ze strany rodiny či služeb.

Při srovnání je patrné, že se více kriticky vyjadřovali lékaři, 67 % volilo odpovědi „nikdy“, „většinou ne“, „někdy ne“. Sociální pracovníci byli o něco více shovívavější, ale i přesto si téměř 59 % dotázaných myslí, že by si žena s MP o počtu svých dětí svobodně rozhodovat neměla. Sociální pracovníci u této otázky nejčastěji argumentovali tím, že žena pečí o více dětí nemusí zvládnout. Pro zdravotníky byl nejdůležitějším faktorem při rozhodování o počtu dětí stupeň mentálního postižení.

Domníváte se, že by ženám s mentálním postižením mělo být umožněno mít své dítě v péči a vychovávat ho?

V této otázce autoři respondentům jako v jediné nabídli širší škálu možností odpovědi, které zohledňovaly i okolnosti, za kterých je možné připustit variantu, že matka své dítě bude sama vychovávat.

Zdravotníci se domnívají, že by matky měly vychovávat své děti (89,4 %), nicméně 51 % si myslí, že by péče o děti měla probíhat s podporou třetí osoby a 10,59 % se domnívá, že by tomu tak mělo

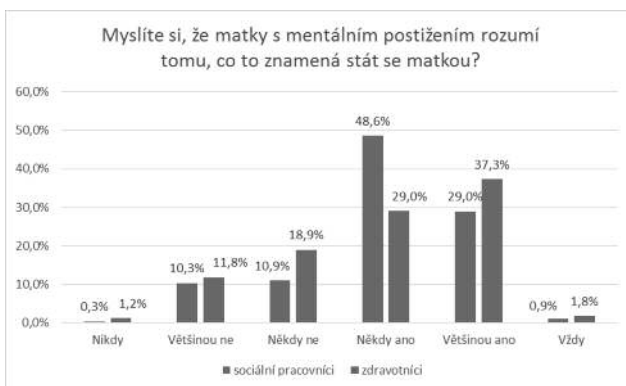


být s podporou služeb. Při zdůvodnění odpovědi se nejčastěji vyskytoval názor, že by při rozhodování o svěření či nesvěření dítěte do péče měla být každá matka posuzována individuálně (15,4 %). Dle respondentů závisí také na stupni postižení (13,1 %), dostupnosti služeb (9,7 %) a na podpoře rodiny a nejbližšího okolí matky (5,1 %).

Sociální pracovníci se také výrazně klonili k variantě, že by matka s MP měla své dítě vychovávat (95,6 %) Variantu „někdy ano“ zvolilo 14,8 %, „většinou ano“ 7,20 %, „s podporou rodiny“ 45 %, „s podporou služeb“ 24 % a „vždy“ 5 %. Při zdůvodnění odpovědi se nejčastěji vyskytoval názor, že hodně závisí na dostupnosti služeb (23,1 %), možnostech podpory ze strany rodiny (18,8 %) a také na stupni postižení (13,7 %).

I v této otázce se ukázal signifikantní rozdíl v odpovědích zdravotníků a sociálních pracovníků. Zdravotníci jednoznačně poukazovali na to, že by matka měla hledat oporu zejména v rodině. Sociální pracovníci na rozdíl od zdravotníků vidí jako jednu z možností podpory matky i v systému sociálních služeb, tuto variantu odpovědi volilo o 15 % více sociálních pracovníků než zdravotníků.

Myslíte si, že matky s mentálním postižením rozumí tomu, co znamená stát se matkou?

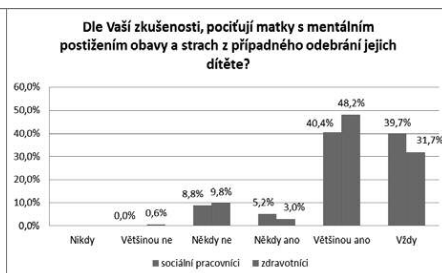


Na tuto otázku mezi zdravotníky panoval nejednotný názor. 11,7 % se domnívalo, že „většinou ne“, 18,8 % volilo odpověď „někdy ne“, 28,8 % pak se přiklápělo k možnosti „někdy ano“ a variantu „většinou ano“ si vybralo 37,6 % dotázaných. Jen 1,76 % je přesvědčeno, že je tomu tak „vždy“.

U sociálních pracovníků se k variantě, že matky s MP svému mateřství většinou rozumí, přiklápělo 86 % dotázaných. Variantu „někdy ano“ volilo 48,6 %, „většinou ano“ 28,97 %, „vždy“ 0,93 %.

Při srovnání obou skupin volilo kladnou škálu (někdy ano, většinou ano, vždy) 68,2 % zdravotníků oproti 78,5 % sociálních pracovníků, jejichž odpovědi na tuto otázku byli výrazně pozitivnější.

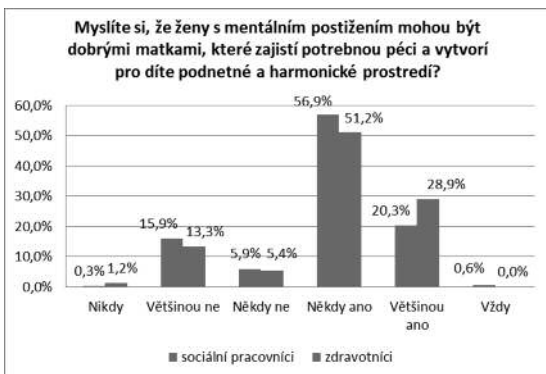
Dle Vaší zkušenosti, pociťují matky s mentálním postižením obavy z toho, že budou při péči o dítě potřebovat dopomoc rodiny a známých či formálních služeb (např. že péči o dítě samy nezvládnou)?; Dle Vaší zkušenosti, pociťují matky s mentálním postižením obavy a strach z případného odebrání jejich dítěte?



Výzkumníky dále zajímalo, jaký názor mají zdravotníci a sociální pracovníci na subjektivní prožívání mateřství těchto žen. Většina zdravotníků (86,6 %) připustila („někdy ano“ 48,48 %, „většinou ano“ 31,52 %, „vždy“ 6,67 %), že ženy mohou prožívat obavy z případného odebrání dětí a zároveň 62,4 % („někdy ano“ 40,24 %, „většinou ano“ 23,78 %, „vždy“ 1,22 %) se domnívá, že ženy mohou mít obavy i z toho, že při péči o své dítě budou potřebovat cizí dopomoc (rodina, služby). K tvrzení, že matky s MP pociťují obavy a strach z případného odebrání dětí, se přiklání 85,99 % sociálních pracovníků („někdy ano“ 40,39 %, „většinou ano“ 39,74 %, „vždy“ 5,86 %). Méně dotazovaných (63,4 %) si však myslí, že matky zároveň pociťují obavy z toho, že budou potřebovat dopomoc rodiny, známých či služeb při péči o dítě („někdy ano“ 40,84 %, „většinou ano“ 21,22 %, „vždy“ 1,61 %).

Při srovnání skupin je patrné, že v obou otázkách mezi nimi panuje téměř shoda. Více než polovina dotázaných zdravotníků (65,2 %) a sociálních pracovníků (63,7 %) se domnívá, že matky s MP mohou pociťovat obavy z toho, že péči o dítě samy nezvládnou. Strach ze samotného odebrání dítěte je ale dle dotazovaných u matek větší. Respondenti – sociální pracovníci (86 %) i zdravotníci (86,7 %) – potvrdili, že matky mohou pociťovat obavy z případného odebrání dítěte. Výsledky obou těchto otázek potvrzují, že respondenti hodnotí ve většině případů matky jako schopné sebereflexe při hodnocení svých rodičovských kompetencí.

Myšlíte si, že ženy s mentálním postižením mohou být dobrými matkami, které zajistí potřebnou péči a vytvoří pro dítě podnětné a harmonické prostředí?



Na otázku, zda tyto ženy mohou být dobrými matkami, odpovědělo 51,2 % respondentů z řad zdravotníků, že „někdy ano“ a 28,9 % „většinou ano“. Variantu „vždy“ však nezvolil nikdo. Při zdůvodnění této odpovědi nejčastěji zazníval argument, že to, jestli bude žena s MP dobrou matkou, ovlivňuje zejména podpora, které se jí dostává od partnera, rodiny, případně služeb (16 %). Často byl také zmiňován argument, že žena s mentálním postižením může být dobrou matkou, protože péči dítěti poskytuje intuitivně, na základě silného mateřského pouta (12,6 %). V souvislosti s touto otázkou byly dále zmiňovány faktory jako například předešlé vzory z rodiny (3,4 %) či stupeň mentálního postižení (10,3 %).

Sociální pracovníci odpovídali na tuto otázku následovně: variantu „někdy ano“ zvolilo 56,9 % respondentů a „většinou ano“ 20,3 %. Variantu „vždy“ zvolilo 0,63 % respondentů. Při zdůvodnění této odpovědi nejčastěji zazníval argument, že to, jestli bude žena s MP dobrou matkou, ovlivňuje zejména podpora, které se jí dostává od partnera, rodiny, případně služeb (21,6 %). 15,8 % se domnívá, že tato schopnost závisí na stupni mentálního postižení. V souvislosti s touto otázkou byly dále zmiňovány faktory jako například předešlé vzory z rodiny (4,3 %) či podnětné prostředí – škola, volnočasové aktivity (10 %).

Diskuse

Při porovnání odpovědí týkajících se postojů českých zdravotníků a sociálních pracovníků k rodičovství žen s mentálním postižením byly většinou zjištěny malé rozdíly v jejich smýšlení, minimum rozdílů bylo statisticky významných. Většina dotazovaných věří, že ženy s MP (a) mohou být dobrými rodiči, (b) rozumí tomu, co to znamená být rodičem, a (c) mají mít děti ve své péči. Zároveň respondenti zaujímají negativní postoj ke schopnostem žen s MP zvládat mateřskou roli. Respondenti doporučují zapojení kontrolních a podpůrných mechanismů rodiny a formálních služeb. Ve skupině zdravotníků bylo zjištěno nízké povědomí o existenci návazných formálních služeb. Právě předpoklad, že ženy s MP mají vrozené omezení, a přesvědčení o jejich nekompetentnosti společně s perspektivou nedostatečné péče byly identifikovány Boothem (2002) jako jedny z klíčových rysů odborné praxe, které vedou k poškozování rodičů s MP ve zvládání jejich rodičovské role a zvyšují zranitelnost těchto rodičů, pracovníci mají tendenci zaměřovat se na deficity rodičovské péče namísto silných stránek rodičů.

Alarmující jsou pak postoje odborníků vztahující se k interrupci a svobodnému rozhodování žen s MP o počtu svých dětí. Více než polovina všech respondentů připouští jak možnost interrupce u matek s MP, tak by ženám také neumožnila svobodné rozhodnutí o počtu jejich dalších dětí. Sociální pracovníci ve svých odpovědích oproti zdravotníkům častěji uváděli obavu z přenosu dědičných chorob. Zdravotníci jsou v této oblasti pravděpodobně lépe informováni. V systému vzdělávání sociálních pracovníků by proto měl být věnován prostor k osvětě tohoto předsudku. Ve švédské studii Höglundové, Lindgren a Larssonové (2013) byly stejné otázky položeny porodním asistentkám. Většina (69,7 %) porodních asistentek byla názoru, že ženy s MP nemohou uspokojivě zvládnout mateřskou roli. Jedna třetina porodních asistentek se vyjádřila, že ženy s MP by neměly mít děti, většina dotázaných částečně/zcela souhlasila s tvrzením, že děti žen s MP by měly vyrůstat s rodiči za podpory sociálních služeb, a téměř jedna pětina (19,1 %) částečně/zcela souhlasila s tvrzením, že by tyto děti měly vyrůstat v péstounské péči. Studie Mayesové a kol. (2006); McConnella a kol. (2008) a Lewisové a Stenfort-Kroeseové (2010) obdobně shrnují, že zdravotníci obecně zaujímají negativní postoj k těhotenství žen s MP.

Rešerší výzkumů týkajících se postojů k sexualitě a rodičovství osob s MP provedli v roce 2002 Aunos a Feldman. Uzavírají, že oblast sexuálního života je pro mnoho respondentů výzkumu přijatelná pouze při sterilizaci partnerů, a že respondenti akceptují rodičovství při splnění podmínek jako je zaměstnání osob s MP, úroveň jejich schopností a výrazný pocit zodpovědnosti. Přestože porovnávané výzkumy jsou několik dekád staré, novější výzkum Cuskellyho a Bryda (2004) naznačuje, že zatímco postoje k sexualitě jsou výrazně pozitivnější než v minulosti, postoje k těhotenství a rodičovství zůstávají stejné.

Závěr

V předložené studii byly srovnávány postoje zdravotníků (175) a sociálních pracovníků (329) k vybraným aspektům těhotenství a mateřství žen s MP. V celkové komparaci se výsledky obou skupin lišily jen nevýrazně. Z výsledků je však patrné, že zdravotníci při hledání zdrojů podpory matek s mentálním postižením více akcentují neformální podpůrnou síť (rodinu, známé, komunitu) oproti sociálním pracovníkům, kteří už z podstaty své práce jsou lépe informováni o systému sociálních

služeb, a proto by při řešení situace matky s mentálním postižením více využili dostupných sociálních služeb – tedy podpory formální. Závěry studie potvrzují zjištění mnoha zahraničních výzkumů (např. McConnell, Llewellyn, 2010; Lewisové a Stenfert-Kroeseové 2010; McConnell a kol., 2008), které se věnovaly stejné tématice. Odborníci, kteří by se během své praxe mohli s cílovou skupinou setkat, jsou často ovlivněni negativními předsudky, které následně mohou výrazně ovlivnit kvalitu poskytované sociální či lékařské služby. Proto by v systému vzdělávání sociálních pracovníků i zdravotníků měl být věnován prostor osvětě a informacím o systému sociálních služeb.

Poděkování

Výzkum byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy v Praze (projekt č. 1756214) a byl realizován na katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Literatura:

AUNOS, M. a M. A. FELDMAN. Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2002, 15(4): 285–296. DOI: 10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x. ISSN 1360-2322. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x>

BOOTH, T. 2002 Parents with intellectual difficulties, child protection, and the courts. *Representing Children*, 13(3), 175–188

CUSKELLY M., BRYDE R 2004 Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 29:255–264

LLEWELLYN, G. 1993 parents with intellectual disability: Fact, fallacies and professional responsibilities. *Community Bulletin*: 10–19.

HÖGLUND, Berit. Pregnancy, childbirth and midwifery care among women with intellectual disability in Sweden: Epidemiological and descriptive studies. Uppsala, 2012. Disertační práce. Universitatis Upsaliensis.

HÖGLUND, Berit, Peter LINDGREN a Margareta LARSSON. Midwives' knowledge of, attitudes towards and experiences of caring for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*. 2013, vol. 29, issue 8, s.950–955. DOI:10.1016/j.midw.2012.12.002. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613812002306>

LLEWELLYN, Gwynnyth. Parents with intellectual disabilities: past, present and futures. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2010, xviii, 271 p. ISBN 978-047-0772-942.

LLEWELLYN, Gwynnyth, David MCCONNELL a BYE, Rachel. Perception of service needs by parents with intellectual disability, their significant others and their service workers. *Research in Developmental Disabilities*. 1998, 19, 3, p. 245-260.

LEWIS, Sharna a Biza STENFERT-KROESE. An Investigation of Nursing Staff Attitudes and Emotional Reactions Towards Patients with Intellectual Disability in a General Hospital Setting. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2010, vol. 23, issue 4, s. 355–365. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2009.00542.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3148.2009.00542.x>

MAYES, Rachel. Becoming mother: the experiences of women with intellectual disabilities. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2009. ISBN 9783639180657.

MAYES, Rachel, Gwynnyth LLEWELLYN a David MCCONNELL. Misconception: The Experience of Pregnancy for Women with Intellectual Disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2006, 8 (2-3): 120–131. DOI: 10.1080/15017410600774178. ISSN 1501-7419. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15017410600774178>

MCCONNELL, David, Rachel MAYES a Gwynnyth LLEWELLYN. Prepartum distress in women with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2008, vol. 33, issue 2, s.177–183. DOI: 10.1080/13668250802007903. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13668250802007903>

MCCONNELL, David a Gwynnyth LLEWELLYN. Stereotypes, parents with intellectual disability and child protection *Journal of Social Welfare and Family Law*24(3) 2002: 297–317

MCCONNELL, David a Gwynnyth LLEWELLYN. Parental disability and the threat of child removal. *Family matters*. 1998, (51): 33-36. ISSN 1030-2646.

TYMCHUCK, A. 1990 Parents with mental retardation: A national strategy. *Journal of Disability Policy Studies* 1:43–55

STEFÁNSDÓTTIR, Guðrún V. Sterilisation and women with intellectual disability in Iceland. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* [online]. 2014, 39(2): 188–197 [cit. 2015-08-06]. DOI: 10.3109/13668250.2014.899327

WALSH-GALLAGHER, Dympna, Marlene SINCLAIR a MC CONKEY. The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: A phenomenological understanding. *Midwifery*. 2012, vol. 28, issue 2, s. 156–162. DOI: 10.1016/j.midw.2011.01.003. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613811000052>

WILSON, Suzanne, Karen MCKENZIE, Ethel QUAYLE a George C. MURRAY. The postnatal support needs of mothers with an intellectual disability. *Midwifery*. 2013, vol. 29, issue 6, s. 592–598. DOI: 10.1016/j.midw.2012.05.002. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613812000733>

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník.

Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.

Kontakty na autory:

Bernoldová J. 1, Adamčíková Z.1, Strnadová I.2, Klusáček J.3

1) Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

2) University of New South Wales, School of Education, Rm. 129 Goodsell Building,

3) Katedra veřejné a sociální politiky, Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova v Praze,

Trestněprávní aspekty virtuální dětské pornografie

Albert Diok

Úvod

Cílem tohoto příspěvku je analyzovat trestněprávní aspekty dětské pornografie a to s důrazem na problematiku virtuální dětské pornografie, která podle mnohých odborníků není v našem trestním zákoníku správně řešena.¹⁾ Zaměřit bych se chtěl především na problém zákonné definice vymezující, co lze považovat za dětskou pornografii a s tím související potencionální zásah do ústavně chráněného práva svobody projevu v případech trestního postihu tvorby a přechovávání virtuální dětské pornografie.

Předpokládám, že aktuální právní úprava trestnosti dětské pornografie v českém právním řádu je velmi nejednoznačná až vágní a v rozporu s názory předních odborníků z oblasti sexuologie (soudních znalců), kteří v rámci trestního řízení posuzují, co lze považovat za dětskou pornografii. S tím přímo souvisí i potencionální zásah do ústavně chráněného práva na svobodu projevu v případě trestněprávního postihu tvorby, přechovávání virtuální dětské pornografie. Podle mé hypotézy je v tomto případě zásah do svobody projevu jako jednoho ze základních lidských práv neopodstatněný a z pohledu snahy o ochranu dětí před pohlavním zneužíváním může být dokonce kontraproduktivní. Čerpat budu především z legislativních aktů, dále pak z monografií a článků z odborných periodik a sborníků od předních českých odborníků přes svobodu projevu. Dalším podstatným zdrojem bude trestní zákoník Spolkové Republiky Německo, který obsahuje velmi propracovaný zákon, týkající se dětské pornografie, který jako jediný zavádí pojem pornografie s mladistvými.³⁾ V případě kolize svobody projevu a trestnosti virtuální dětské pornografie poslouží jako zdroj například judikatura Nejvyššího soudu USA.

Příspěvek se člení na dvě hlavní kapitoly. V první části si objasníme samotnou definici pornografie, pojem dítě a další základní pojmy. V druhé kapitole se podíváme na trestnost virtuální dětské pornografie v kontextu svobody projevu a to hlavně na základě názorů českých právních expertů a zahraniční judikatury. Dále zde taky porovnáme české zákony postihující dětskou pornografii se zákony Spolkové Republiky Německo. Závěr následně obsahuje návrh úpravy §192 Trestního zákoníku.

Pornografie

Pojem pornografické dílo není a nikdy nebyl v naší legislativě nijak explicitně definován. Dilem v tomto případě není myšleno pouze dílo autorské, za dílo se v tomto případě považují i díla, která nenaplní všechny znaky autorského díla.⁴⁾

Při samotném definování pornografického charakteru díla je nezbytné uvědomit si rozdíl mezi laickou a odbornou definicí pornografického díla. Z laického pohledu bývají často za pornografické dílo považovány pouze díla zobrazující explicitní sexuální styk.⁵⁾

Herczeg se při definování pornografie přiklání k známé definici soudce Stewarda v případě *Jacobelli* v Ohio, která v překladu zní: „*V této chvíli sice nejsem schopen krátce a srozumitelně popsat pojem pornografie (obscenita), ale pokud to vidím, poznám to.*“ Dále Herczeg uvádí, že by se dal pojem definovat podle cíle, ke kterému dílo směřuje.⁶⁾

Naproti tomu Bartoň v první řadě upozorňuje na fakt, že pojem pornografie má v běžném jazyce jiný význam, než v jazyce právním (viz. výše).

¹⁾ 4 ZVĚŘINA, Jaroslav. Dětská pornografie. [online]. [cit. 2015-02-17]. Dostupné na: <mep.zverina.cz/382/cz/normal/detska-pornografie/>

²⁾ TROJAN, Ondřej. Pár slov k dětské pornografii [online]. 2007 [cit. 2014-02-17]. Dostupné na: <http://www.sexualne.cz/novinky/?id=80>.

³⁾ §182b, §182c: Trestní zákoník Spolkové Republiky Německo, stav 01. 01. 2014, 2. vydání, 2014

⁴⁾ GRÍVNA, Tomáš. Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti v novém trestním zákoníku. Bulletin advokacie. 2009, roč. 2009, č. 10, s. 67 - 72.

⁵⁾ ŠUPINA, Vladimír. Pornografie, dětská pornografie, znalecké posuzování. In: XXIII. Bohnické sexuologické dny, sborník referátů, 2011, s. 103-105.

⁶⁾ HERCZEG, J. Virtuální dětská pornografie: Zločin bez obětí? In: VANDUCHOVÁ, M., GRÍVNA, T. (ed.) Pocta Otovi Novotnému k 80. narozeninám. Praha: ASPI, 2008, s. 37 - 38.

Zmiňuje definici, která stojí na tom, že jediným cílem pornografie a pornografického díla je podněcovat sexuální pud a z toho podle něj vyplývá, že umělecká díla nejsou pornografií.⁷⁾ Jiný názor na danou problematiku uvádí Ústavní soud, který za prioritní považuje, jestli dílo uráží cit pro sexuální slušnost a vyvolává pocit studu.

Zároveň podle něj není podstatné, zda takové dílo vyvolá u normální osoby sexuální vzrušení, protože zároveň ji může dané dílo odpuzovat⁸⁾

Z výše uvedených rozporů dle mého názoru pramení jeden z hlavních problémů při postihu nelegálních druhů pornografie – jak chceme postihovat něco, co ani odborníci nedokážou definovat, něco, jehož laická definice je nepochybně naprosto odlišná od té odborné?

Dětská pornografie

Dle české legislativy se za dětskou pornografií považuje jakékoliv fotografické, filmové, elektronické, počítačové či jiné pornografické dílo, které zobrazuje nebo jinak využívá dítě či osobu jevící se být dítětem.⁹⁾

Dále je potřeba pro pochopení dané definice definovat pojem dítě. Dítětem se dle trestního zákoníku rozumí každá osoba mladší osmnácti let.¹⁰⁾ Zmíněná definice vychází především z Úmluvy o právech dítěte, která říká, že dítětem je každá lidská bytost, která nenabyla 18 let, pokud právní řád vztahující se na dané dítě, neumožňuje nabytí zletilosti dříve. Dané nabytí zletilosti by nicméně nemělo vliv na oblast trestního práva.¹¹⁾ Stejně stanovisko v této problematice zastává i Rámcového rozhodnutí Rady Evropské unie č. 2004/68/SVV, o boji proti pohlavnímu vykořisťování dětí a dětské pornografii čl. 1 písm. a, které dítě chápe jako jakoukoliv osobu mladší 18 let.¹²⁾ Dětskou pornografií pak výše uvedené rámcové rozhodnutí definuje takto:

1. skutečné dítě, které se aktivně nebo pasivně účastní jednoznačně sexuálního jednání, a to včetně dráždivého vystavování přirození nebo ohanbí dítěte, nebo
2. skutečnou osobu se vzhledem dítěte, která se aktivně nebo pasivně účastní jednání uvedeného v bodě 1, nebo
3. realistické znázornění neexistujícího dítěte, které se aktivně nebo pasivně účastní jednání uvedeného v bodě 1“.

Nejvyšší soud ČR dospěl v své rozhodovací praxi k stanovisku, že za dětskou pornografií se např. považují jakékoliv obnažené snímky osob mladších osmnácti let s vyzývavě znázorněnými pohlavními orgány, dále pak znázornění reálného nebo předstíraného pohlavního styku s osobou mladší osmnácti let případně jiné sexuální vyzývavé snímky dětí. Zda dané snímky slouží k ukojení parafrilních (např. pedofilních) osob je při posuzování, zda se jedná o dětskou pornografií, irelevantní.¹³⁾ Dle výše uvedených skutečností soudím, že náš trestní zákoník definuje dětskou pornografií nedostatečně, s čímž souhlasí i přední odborníci z oblasti psychiatrie¹⁴⁾

Trestnost dětské pornografie

Dětskou pornografií lze bez nadsázky označit za podstatně nebezpečnější, než ostatní druhy pornografie na což pamatuje i trestní zákoník. K postihu jejího šíření, přechovávání a tvorby se Česká republika zavázala mnohými mezinárodními smlouvami např. Opčním protokolem k Úmluvě o právech dítěte¹⁵⁾

⁷⁾ BARTOŇ, Michal. *Svoboda projevu: principy, garance, meze*. Praha: Leges, 2010, s. 285 - 287.

⁸⁾ *Usnesení Ústavního soudu České republiky ze dne 19. 4. 2004, sp. zn. IV. ÚS 606/03*.

⁹⁾ zákon 40/2009 Sb. *Zákon trestní zákoník*, §192.

¹⁰⁾ zákon 40/2009 Sb. *Zákon trestní zákoník*, §126.

¹¹⁾ *Úmluva o právech dítěte* (č. 104/1991 Sb.),

¹²⁾ *Rámcové rozhodnutí Rady Evropské unie č. 2004/68/SVV, o boji proti pohlavnímu vykořisťování dětí a dětské pornografii*

¹³⁾ *Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, 7 Tdo 1077/2004*

¹⁴⁾ UZEL, R. *Pornografie a komerční zneužívání dětí*. In: Weiss, P. *Sexuální zneužívání dětí*. Grada. Praha, 2005. s. 149

¹⁵⁾ HERCZEG, J. *Virtuální dětská pornografie: Zločin bez obětí?* In: VANDUCHOVÁ, M., GRÍVNA, T. (ed.) *Posla Otovi Novotnému k 80. narozeninám*. Praha: ASPI, 2008, s. 39.

Trestní zákoník v aktuálním nedávno novelizován znění postihuje šíření, přechovávání, výrobu a nově i sledování dětské pornografie. Velké emoce v minulosti vyvolalo zavedení samotného postihu přechovávání dětské pornografie.¹⁶⁾ Mnozí odborníci mají totiž za to, že daný postih přechovávání vede k přesně opačnému důsledku než, který žádá společnost – K zvýšení sexuálních deliktů páchaných na dětech. Argumentují přitom tím, že když se deviant vybijí u dětské pornografie má pak menší nutkání zneužít skutečné dítě.^{17), 18)} Daný efekt potvrzuje i studie předních českých a zahraničních psychiatrů, která prokazuje snížení sexuálních deliktů páchaných na dětech v případech legalizace přechovávání dětské pornografie.¹⁹⁾

Samotný postih sledování kriminalizace sledování dětské pornografie zatím nelze příliš komentovat, vzhledem k jeho zavedení v srpnu 2014. Každopádně dle výše uvedených názorů odborné veřejnosti bude pravděpodobně shledán nevhodným a kontraproduktivním. Nehledě na to, že dle mého názoru samotné faktické dokazování takového činu bude v praxi prakticky nemožné.

Další trochu problematický prvek obsahuje zákon v případech, kdy postihuje jednání, kdy se dvě sedmnáctileté osoby vyfoťí či natočí při libovolné sexuální aktivitě, v daném případě a doslovném výkladu by jim hrozilo až 5 let vězení za přechovávání a výrobu dětské pornografie. Zmíněný výklad a postih považuji za naprosto nesmyslný a neodůvodnitelný. Bartoň v tomto případě uvádí, že člověk nemůže být postihnut za porušení skutkové podstaty trestného činu, jež slouží k jeho ochraně. To by ovšem platilo jen v případě, že smyslem zákona je ochrana dětí před zneužíváním a nikoliv ochrana samotné mravnosti.²⁰⁾

Virtuální dětská pornografie v kontextu svobody projevu

V této kapitole si kladu cíl najít odpovídajícího rovnováhu mezi restrikcí virtuální dětské pornografie na jedné straně a potencionálním porušení základního lidského práva na svobodu projevu na straně druhé.

Nejdřív by bylo záhodno si vysvětlit základní rozdíly mezi reálnou a virtuální pornografií. Hlavní rozdíl v případě virtuální dětské pornografie spatřuji v absenci zneužití dítěte potažmo oběti a existenci újmy. Lze tedy trestat za něco, co nikomu neublížilo a je to pouze nemravné? Má stát zasahovat do sexuálního vkusu dospělých?

Odlišná situace je samozřejmě v šíření dané pornografie ve vztahu k dětem, ty musí být chráněny i před tímto druhem pornografie. Tedy lze s jistotou říct, že v případě restrikce přechovávání a výroby virtuální dětské pornografie jde pouze ochranu mravnosti, což by vzhledem k dané abstraktnosti mravnosti a morálky mělo být velmi obtížné objektivně definovatelné.²¹⁾

Formy virtuální dětské pornografie

Další nezodpovězenou otázkou v souvislosti s českou právní úpravou restrikce virtuální dětské pornografie zůstává to, které formy děl do ní lze zařadit. Výčet forem dětské pornografie je pouze demonstrativní a například explicitně nezmiňuje psané díla. Psaná forma dětské pornografie byla zmíněna v původním návrhu novely trestního zákona v roce 2006, nicméně nakonec z původního návrhu vypadla a zůstává otázka, zda pod pojem *a jiné dílo* můžeme chápat psané dílo.²²⁾

Názory předních odborníků z trestního práva se poměrně shodují. Např. Herczeg má za to, že takové literární dílo, lze beztrestně přechovávat, vychází přitom z absence daného typu díla v zákoně a z teleologického výkladu zákona, poukazuje na absenci zneužití dítěte při výrobě virtuální dětské pornografie.²³⁾

¹⁶⁾ Šámal, P., Píry, F., Rizman, S. *Trestní zákon. Komentář. Díl II. 6. vydání. Praha : C. H. Beck, 2004, s. 1228.*

¹⁷⁾ ZVĚŘINA, Jaroslav. *Dětská pornografie*. [online]. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: mep.zverina.cz/382/cz/normal/detska-pornografie/

¹⁸⁾ WEISS, Petr. *Studie: Dostupnost dětské pornografie snižuje sexuální násilí na dětech*. In: *Echo24.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/clovek/_zprava/823502

¹⁹⁾ DIAMOND, M., JOZÍFKOVÁ, E., WEISS, P. *Pornography and Sex Crimes in the Czech Republic* In: *Archives of Sexual Behavior*, 2010.

²⁰⁾ BARTOŇ, Michal. *Virtuální pornografie, limity svobody umělecké tvorby a svobody projevu a trestní zákon*. *Právní rozhledy*, 2008, roč. 16, č. 17, s. 617-54.

²¹⁾ BARTOŇ, Michal. *Svoboda projevu: principy, garance, meze*. Praha: Leges, 2010, s. 286 - 287.

²²⁾ ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník 2. vydání* Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1893

²³⁾ HERCZEG, J. *Virtuální dětská pornografie: Zločin bez obětí? In:*

VANDUCHOVÁ, M., GRÍVNA, T. (ed.) *Pocta Otovi Novotnému k 80. narozeninám*. Praha: ASPI, 2008, s. 42

Naproti tomu Gřivna uvádí, že samotné vynechání psaného díla v §192 trestního zákoníku není dostatečným argumentem a je nezbytné použít teleologický výklad, který taktéž podle něj znemožňuje trestnost přechovávání virtuální dětské pornografie.²⁴⁾

Důsledky restrikce virtuální dětské pornografie pro základní práva

Klíčový problémem při restrikci virtuální dětské pornografie je, zda samotná mravnost je dostatečným důvodem pro její postavení mimo zákon. Vzhledem k záказu i samotného přechovávání se jedná o poměrně velký zásah veřejné moci do vlastnického práva a práva na soukromí a svobodu projevu. Bartoň například v tomto kontextu připomíná pojetí svobody J.S. Mila, které tvrdí, že pokud ochrana mravnosti nesleduje i ochranu konkrétních osob před konkrétní újmu, tak se dané omezení svobody pohybuje nad nezbytně nutnou mezí. Dané pojetí by se dalo aplikovat i na aktuální zákon postihující dětskou pornografie, ale je nutné připomenout, že dnešní pojetí svobody v širším pojetí připouští i samotnou ochranu mravnosti. Obě tyto pojetí mají podle Bartoně svá úskalí, v jednom případě je nutné definovat přesně morální standardy v druhém pak je problém v nejasném vymezení újmy jako takové.²⁵⁾

Z hlediska ochrany svobody projevu je to opět o dost komplikovanější. ESLP se ochranou svobody projevu v případě pornografických děl zabýval jen velmi výjimečně, a z daných rozhodnutí nejde vyčíst žádný trend pro další případy.²⁶⁾ V případě virtuální dětské pornografie by ESLP nejspíš ve vztahu k svobodě projevu aplikoval pětistupňový test.²⁷⁾ První krok v tomto testu shledávám jednoznačně – Svoboda projevu je pod ochranou Evropské úmluvy o lidských právech. Druhý krok taktéž shledávám jednoznačně, zákaz nějaké tvorby je nepochybně zásah do tohoto práva. Třetí krok ohledně legálnosti daného jednání daný zásah taky splňuje, zásah je nepochybně legální, když jej definuje Trestní zákoník. První problém spatřuji u čtvrtého kroku – tedy v tom, zda daný zásah splňuje nějaký legitimní cíl. Pokud budeme za legitimní cíl považovat ochranu mravnosti je i tento krok naplněn. Nicméně naprosto zásadní problém vidím u pátého kroku – Zda je daný zásah nezbytný v demokratické společnosti. Nepovažuji daný zákaz virtuální dětské pornografie za nezbytný a žádoucí.

Spor o fantazijní díla v USA

V roce 1996 americký kongres přijal zákon, který nově postihoval jako dětskou pornografii i virtuální díla vytvořená bez zneužití skutečných dětí a to buď využitím dospělých aktérů, nebo pomocí počítačové techniky.²⁸⁾

Výše zmíněná úprava zákona měla za důsledek žalobu ze strany sdružení Free Speech Conditional, které sdružuje obchodní společnosti podnikající v oblasti výroby pornografických materiálů. Sdružení argumentovalo tím, že úprava zákona obsahují ustanovení: *zdá se být zobrazením nezletilého účastníčící se zřejmě sexuálního jednání a vyvolává představu, že se jedná o zobrazení mladistvého účastníčící se zřejmě sexuálního jednání*, jsou vágní, nejednoznačná a příliš široce vymezena a můžou vést k zásahu do ústavně chráněného práva na svobodu projevu. Případ nakonec rozhodl až Nejvyšší soud USA, který shledal danou žalobu oprávněnou a zákaz virtuální dětské pornografie zrušil. Hlavním argumentem přitom byl fakt, že daný zákon by mohl postihovat i díla, která nejsou nemravná a ani nevznikly zneužitím skutečných dětí.²⁹⁾ Nejvyšší soud přitom poukázal i na hlavní důvod restrikce dětské pornografie, což je ochrana dětí před zneužíváním, čemuž rozhodně nepomůže kriminalizace virtuální dětské pornografie.

²⁴⁾ GRIVNA, Tomáš. *Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti v novém trestním zákoníku. Bulletin advokacie*. 2009, roč. 2009, č. 10, s. 70.

²⁵⁾ BARTOŇ, Michal. *Svoboda projevu: principy, garance, meze*. Praha: Leges, 2010, s. 288 - 289.

²⁶⁾ BARTOŇ, Michal. *Virtuální pornografie, limity svobody umělecké tvorby a svobody projevu a trestní zákon*. Právní rozhledy, 2008, roč. 16, č. 17, s. 648.

²⁷⁾ ČAPEK, Jan. *Evropská Úmluva o ochraně lidských práv: [komentář s judikaturou]*. Praha: Linde, 2010, s. 98-105.

²⁸⁾ HERCZEG, J. *Virtuální dětská* s. 48-49.

²⁹⁾ *Rozhodnutí Nejvyššího soudu USA ze dne 16. 4. 2002 ve věci Ashcroft v. Free Speech Coalition* 535 U. S. 234

Zákaz takových děl je navíc vzhledem k Prvnímu dodatku Ústavy příliš neurčitý. V daném případě bych se přiklonil k názoru soudu a odmítl bych argument vlády o souvislosti mezi sexuálním zneužíváním dětí a virtuální dětskou pornografií. Nejvyšší soud v daném rozhodnutí odmítá potlačení zákonného projevu jako prostředku k potlačení projevu nezákonného.³⁰⁾

Další spory o virtuální dětskou pornografii ve světě

Další podobný spor podobný tomu v USA se v roce 2012 uskutečnil v Švédsku. Simon Lundström překladač japonských manga komiksů byl obviněn z přechovávání celkem 51 obrázků, které spadají pod definici dětské pornografie, a byl odsouzen k 80 dnům vězení. Nakonec se případ dostal až k švédskému Nejvyššímu soudu a ten shledal obžalobu za neodůvodněnou, protože virtuální nerealistická dětská pornografie by neměla být trestná. Hlavním argumentem soudu přitom bylo, že daný zásah je disproporcionální vzhledem k ústavně chráněnému právu svobody projevu.³¹⁾

Podobný případ se nedávno odehrál taky u australského Nejvyššího soudu Nového jižního Skotska ve věci McEwen v. SIMMONS & ANOR. Předmětem sporu byly sexuálně explicitní obrázky dětských členů rodiny Simpsonových, soud nižší instance shledal obviněného vinným z přechovávání, šíření a zpřístupňování dětské pornografie.³²⁾ Hlavní otázkou, kterou musel Nejvyšší soud řešit, bylo, zda kreslené postavy lze považovat za osoby pro účely zmíněných trestných činů. Zde se Nejvyšší soud přiklonil k variantě, že i virtuální figurka má lidské vlastnosti a lze ji pro účely zmíněného trestněprávního postihu považovat za osobu.³³⁾ S tímto rozsudkem nesouhlasím a jeho odůvodnění považuji za nesmyslné.

Situace v Spolkové republice Německo

Pro krátkou komparaci zákonů postihujících dětskou pornografii jsem si zvolil Spolkovou republiku Německo. Hlavní důvodem pro tuto volbu bylo jejich poměrně unikátní pojetí tohoto tématu. Zatímco v České republice se za dětskou pornografii považuje libovolný pornografický materiál s osobou mladší 18let, v Německu je to pornografický materiál pouze s osobami mladšími 14let, což nejspíš pramení z toho, že v Německu je věková hranice pro sexuální styk 14 let. Pornografií s osobami ve věkovém rozmezí čtrnáct až osmnáct let pak v Německu označují jako pornografii s mladistvými. Vztahuje se na ni jiná trestní sazba a hlavní rozdíl spatřuji v tom, že její přechovávání není trestné v případě, že se ho dopouští mladiství, kteří v ní sami účinkují. Tím je podle mě částečně vyřešený jeden z výše zmíněných problémů českého pojetí dětské pornografie, podle kterého mohou být dva mladiství stíháni za zaznamenání jinak naprosto legálního aktu.³⁴⁾

V případě virtuální dětské pornografie spatřuji efektivnější řešení než to v ČR. Přechovávání dětské pornografie je trestné pouze v případě, že reprodukuje skutečný děj nebo děj blízký skutečnosti, tedy přechovávání většiny virtuální dětské pornografie je mimo trestněprávní postih. O realistické zobrazení se jedná pouze v případech, kdy z pohledu průměrného pozorovatele vypadá jako skutečné zneužití dítěte.

Závěr

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem se kloním k předpokladu, který jsem již nastínil v úvodní kapitole. Způsob, jakým je u nás postihována dětská pornografie nepovažuji za optimální, největším problémem pak shledám nulové rozlišování dětské pornografie, kde bylo zneužito dítě a dětskou pornografií, která vznikla pomocí metod, při kterých nebylo zneužito žádné dítě.

Plně bych se v tomto přiklonil k tomuto názoru předního odborníka přes svobodu projevu: *Věřejná moc by neměla mít právo jakkoliv vstupovat do sféry lidské sexuality dospělých osob ať již v oblasti sexuálního chování pod podmínkou, že je oboustranně dobrovolné, tak v oblasti umělecké tvorby a svobody projevu se sexuální tematikou, při které nedochází k újmě třetím osobám, což virtuální pornografie v principu vylučuje.*³⁵⁾

³⁰⁾ HERCZEG, J. *Virtuální dětská* s. 48-49.

³¹⁾ *Rozsudek Nejvyššího soudu Švédska ve věci č B990-11.*

³²⁾ POBOŘILOVÁ, Michaela. *Virtuální dětská pornografie. Acta Universitatis Carolinae. Iuridica. 2013, roč. 2012, č. 4, s. 90.*

³³⁾ McEWEN v. SIMMONS & ANOR (2008), *New South Wales Supreme Court, NSWSC 1292*

³⁴⁾ HERCZEG, J. *Virtuální dětská* s. 43

³⁵⁾ BARTON, Michal. *Svoboda projevu: principy, garance, meze. Praha: Leges, 2010, s. 300*

Samotný postih přechování a výroby virtuální dětské pornografie shledávám v rozporu v rozporu s čl. 17 Listiny základní práv a svobod a čl. 10. Evropské Úmluvy o lidských právech. Daný zásah není v demokratické společnosti nezbytný, a mohl by mít i nežádoucí dopad na svobodu umělecké tvorby. V případě samotné novely §192 Trestního zákoníku bych pak viděl za dostatečné definovat dětskou pornografii jako realistické zobrazení skutečného dítěte.

Použitá literatura:

Monografie

BARTOŇ, Michal. Svoboda projevu: principy, garance, meze. Praha: Leges, 2010.
ŠAMAL, Pavel a kol. Trestní zákoník 2. vydání Praha: C.H. Beck, 2012.
ČAPEK, Jan. Evropská Úmluva o ochraně lidských práv: [komentář s judikaturou]. Praha: Linde, 2010. 2 sv.

Odborné články

BARTOŇ, Michal. *Virtuální pornografie, limity svobody umělecké tvorby a svobody projevu a trestní zákon*. Právní rozhledy, 2008, roč. 16, č. 17, s. 617-654
GRIVNA, Tomáš. Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti v novém trestním zákoníku. *Bulletin advokacie*. 2009, roč. 2009, č. 10, s. 67 - 72.
DIAMOND, M., JOZÍFKOVÁ, E., WEISS, P. Pornography and Sex Crimes in the Czech Republic In: Archives of Sexual Behavior, 2010.
POBOŘILOVÁ, Michaela. Virtuální dětská pornografie. Acta Universitatis Carolinae. Iuridica. 2013, roč. 2012, č. 4,

Články z sborníků

Herczeg, J. Virtuální dětská pornografie: zločin bez obětí? In: Vanduchová, V., Grivna, T. (eds.) Pocta Otovi Novotnému k 80. narozeninám. Praha : ASPI, Wolters Kluwer, 2008.
ŠUPINA, Vladimír. Pornografie, dětská pornografie, znalecké posuzování. In: XXIII. Bohnické sexuologické dny, sborník referátů, 2011, s. 103-105.
UZEL, R. Pornografie a komerční zneužívání dětí. In: Weiss, P. Sexuální zneužívání dětí. Grada. Praha, 2005.

Internetové zdroje

ČÁPOVÁ, Hana. Líbí se mi děti, ale nechci jim ubližovat: Pedotlak 2: Rozhovor s Karlem Žákem, autorem diplomové práce o životě a pocitech pedofilů. Respekt [online]. 20. února 2014 [cit. 2015-02-26]. Dostupné na: <http://respekt.ihned.cz/c1-61721810-libi-se-mi-deti-ale-nechci-jim-ublizovat>
TROJAN, Ondřej. Pár slov k dětské pornografii [online]. 2007 [cit. 2014-12-17]. Dostupné na: <<http://www.sexualne.cz/novinky/?id=80>>
WEISS, Petr. Studie: Dostupnost dětské pornografie snižuje sexuální násilí na dětech. In: Echo24.cz [online]. 2010 [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/clovek/_zprava/823502
ZVĚŘINA, Jaroslav. Dětská pornografie. [online]. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: mep.zverina.cz/382/cz/normal/detska-pornografie/

Legislativní akty

Evropská úmluva o lidských právech
Listina základních práv a svobod
Rámcové rozhodnutí Rady Evropské unie č. 2004/68/SVV, o boji proti pohlavnímu vykořisťování dětí a dětské pornografii
Trestní zákoník Spolkové Republiky Německo
Trestní zákoník (zákon č. 40/2009 Sb.)
Úmluva o právech dítěte (č. 104/1991 Sb.),
Ústava ČR Trestní zákoník Spolkové Republiky Německo
Soudní rozhodnutí
McEWEN v. SIMMONS & ANOR (2008), New South Wales Supreme Court, NSWSC 1292
Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, 7 Tdo 1077/2004

Rozhodnutí Nejvyššího soudu USA ze dne 16. 4. 2002 ve věci Ashcroft v. Free Speech Coalition
535 U. S. 234
Rozsudek Nejvyššího soudu Švédska ve věci č B990-11
Usnesení Ústavního soudu České republiky ze dne 19. 4. 2004, sp. zn. IV. ÚS 606/03

Kontakt na autora:

Albert Diok – student Právnické fakulty Univerzity Palackého
Email: albert.diok@gmail.com

ellaOne® - 1. volba nouzové kontracepce

Janeta Filová

ellaOne® – postkoitální pilulka, která oddálí ovulaci o 5 dní, byla uvolněna do režimu volného prodeje v lékárnách od dubna letošního roku. Účinnou látkou této postkoitální pilulky je ulipristal acetát. Ulipristal acetát je perorálně aktivní syntetický selektivní modulátor progesteronového receptoru, který působí tak, že se váže na lidský progesteronový receptor. Afinita k tomuto receptoru je až 6 x silnější než samotný progesteron. Tímto mechanismem zablokuje účinek přirozeného progesteronu v těle ženy až na 5 dní. Tím umožní oddálení ovulace také o 5 dní. Navíc působí i v době narůstajícího LH peaku blízko před ovulací, kdy už je riziko těhotenství nejvyšší, kdy už jiné postkoitální pilulky nefungují. Podle mezinárodních postupů je důležité pilulku užít co možná nejdříve, abychom zúžili fertilitní okno na maximum. Jenom 20 % žen ovuluje mezi 10 a 18 dnem cyklu, proto je velmi složité a nepřesné určování plodných dnů. Nejvyšší účinnosti je dosaženo pokud je ellaOne podána do 24 hodin od nechráněného styku. Přípravek ellaOne® je nouzové kontraceptivum snižující možnost otěhotnění po nechráněném pohlavním styku, ale neposkytuje antikoncepční ochranu při následných pohlavních stycích. Po užití nouzové antikoncepce musí ženy používat spolehlivou bariérovou metodu až do další menstruace. Přestože užití přípravku ellaOne® není kontraindikací pro pokračování v užívání běžné hormonální antikoncepce, může přípravek ellaOne® snížit její antikoncepční účinky. Po užití přípravku ellaOne® jako nouzové antikoncepce lze očekávat rychlý návrat fertility. Každá žena očekává od emergentní (postkoitální pilulky) vysokou spolehlivost při zachované bezpečnosti metody.

Více informací na www.ellaone.cz

Pharmatex lokální antikoncepce bez hormonů a bez receptu

Janeta Filová

Je založena na principu znehybnění spermií v ejakulátu a zahuštění cervikálního hlenu. Spermiie tudíž ztrácí schopnost proniknout k vajíčku a oplodnit ho. Jedná se o spermicidní metodu nové generace s účinnou látkou benzalkonium chlorid. V České republice je k dispozici ve dvou formách vaginální globule a vaginální krém. Účinnost antikoncepce se určuje takzvaným Pearl Indexem, což je počet těhotných na 100 za jeden rok. Pharmatex má tento Pearl index od 0,68 do 2,6. Tato spolehlivost je srovnatelná s gestagenními tabletami. Pro tuto účinnost je nezbytné dodržovat základní pravidla používání:

- Krém i globule musí být vždy znovu aplikovány před každým novým i opakovaným stykem
- Mýdlo narušuje účinnost Pharmatexu, proto 2 hodiny po styku a před stykem provádějte intimní hygienu pouze čistou vodou
- Nepoužívejte společně s jinou vaginální léčbou

Výhodou této metody je použití globulí nebo krému přímo před pohlavním stykem, žena nemusí pravidelně denně užívat tabletky. Neovlivňuje celkový organismus, působí pouze ve vagině, neprostupuje do krve a ani mateřského mléka. Nenarušuje poševní sliznici. Další možností této antikoncepce je působení proti některým choroboplodným bakteriím a virům a zároveň nepůsobí na laktobacily přirozenou součást vaginální ochranné mikroflóry. Zejména u krému je významným obohacením této metody lubrikační efekt.

Spermicidní antikoncepce je určena pro všechny ženy, které nechtějí užívat hormonální antikoncepci nebo nemohou ze zdravotních důvodů, také ženy které kouří a mají mnohonásobně vyšší riziko embolií po hormonální antikoncepci. Dále je Pharmatex určen ženám s prokázanou vyšší dispozicí k tromboembolickým stavům, léčených s vysokým krevním tlakem nebo cukrovkou, ženy s křečovými žilami a ženy poruchou jaterních funkcí. Přípravek se spermicidním účinkem je možné zakoupit v lékárně bez lékařského předpisu. Pro své lokální působení nemá celkovou kontraindikaci. Více informací naleznete na stránkách www.pharmatex.cz

Léky, drogy a sex

Miroslav Havlín

Úvod

Terminologie

- Farmaka – všechny látky s efektem na lidské tělo
- Lék či droga?
- Spíše právní klasifikace
- Některé látky oscilují mezi léky a drogami
- Někdy záleží i na dávce

Lidská sexualita

- Nejvyšší řídicí orgán je mozek
- Velmi individuální efekty – Gaussova křivka!!
- Ovlivnění sexuality farmaky
- 3 etáže působení
 - centrální nervový systém (CNS)
 - žlázy s vnitřní sekrecí
 - pohlavní orgány
- Možné kombinace
 - jedna látka působí na více etáží
 - více látek na téže či více etážích
 - = nepředvídatelné výsledky
- Rozdílné efekty
 - jednorázové užití
 - dlouhodobé pravidelné užívání
- Muži více ovlivnění
 - společnost jim přisuzuje roli svůdce
 - nutnost dosáhnout erekce

Ovlivnění psyché

- Různé mechanismy – aktivací i inhibiční
- Libido
- Poznávací funkce
- Ovládací funkce
- Odblokování parafílie!!
- Halucinace
- Amnézie

Látky tlumící CNS

Alkohol

- Nejlépe prozkoumaný vztah – dominuje vliv na CNS
- Malé množství – stimuluje libido
- Snižuje hladinu stresu
- Někdy pozitivní – strach z deflorace či erektilního selhání
- Negativní – zvyšuje riziko agrese (znásilnění apod.)
- Větší dávka
 - klesá libido a erektilita
 - přibývá poruch vědomí
 - klesá sebekontrola
 - aktivace parafílií
- 50 – 80% znásilnění a mravnostních trestných činů je spojeno s alkoholem (oběť, pachatel či oba)
- Alkohol
- Chronické nadužívání je spojeno s výrazným poklesem sexualit

- Klesá testosteron = pokles libida
- Změny výraznější u mužů – atrofie varlat, impotence a sterilita
- Feminizace postavy - relativní převahou estrogenů
- Ženy – obvykle poruchy plodnosti

Opiáty

- Opium, morfin, heroin, kodeinové deriváty, náhražky opiátů
- Působí na všech etážích
- Výrazný pokles zájmu o sexuální život u obou pohlaví
- Muži – pokles erekce
- Ženy – absence ovulace a menses

Anxiolytika

- Léky odstraňující úzkost
- Nejznámější Diazepam a Midazolam
- Typický efekt – útlum vč. sexuality
- Poměrně časté paradoxní reakce
 - excitace, zmatenost, halucinace ...
 - sexuální agrese
 - retrogradní amnézie
- Nebezpečná kombinace s alkoholem

Psychostimulancia

- Látky stimulující nervovou činnost
- Kokain, amfetamin a jeho deriváty, fenmetrazin, metamfetamin, pervitin, extáze apod.
- Některé zkoušeny jako léky – bez úspěchu

Kokain

- Působí na CNS a tkáň pohlavních orgánů
- Mnoho aplikačních forem – dle ní a dávky variabilní efekty
- Počátek – euforie, mírné halucinace
- Delší užívání větších dávek – únava, nespavost, halucinace, perzekuční bludy, zhoršení erekce ...
- Libido – výrazně zvýšené (centrální efekt)
- Lokální aplikace – zlepšuje erekci a zvyšuje citlivost ženského genitálu
- Lokální efekt – vazokonstrikce
- Dlouhodobě - zhoršení prokrvení až nekróza tkáně (nosní přepážka, penis, močová trubice ...)

Amfetaminy

- Pouze centrální efekt
- Malá dávka – euforie
- Větší – halucinace
- Pocit vysoké intelektuální výkonnosti – ve skutečnosti spíše zmatenost
- Sex - spíše impotence
- Pervitin (metamfetamin)
- Stimulační efekt na psyché
- Pokles zábran, zvýšená vzrušivost, pocit delší erekce – objektivně nedokázáno
- Delší užívání – halucinace, schizofrenie, epilepsie, orgánová poškození
- Extáze
- MDMA (3,4-methylenedioxy-N-methylamfetamin)
- Navozují pocity empatie, lásky, potřeby doteků ...
- Styk je vnímán výrazně příjemně
- Ale – nemá afrodisiakální efekty
- Naopak – snižuje erekci a oddaluje ejakulaci
- Intoxikace mírného průběhu, zostřené vnímání a fyzická stimulace
- Disponovaní jedinci – riziko neuróz či psychóz

Psychodysleptika (psychedelika, psychotomimetika, halucinogeny)

- Látky vyvolávající stavy podobné psychickým onemocněním
- Velmi široká, nehomogenní skupina
- Hlavní efekty
- Změny nálad, myšlení a vnímání
- Pocity depersonalizace
- Klesá pud sebezáchovy
- Delirantní stavy
- Provokace latentních psychóz

Indolalkylamidy (LSD, meskalin, psilocibin ...)

- Výrazně halucinogenní
- Často sexuální fantazie
- V menších dávkách afrodiziakum
- Riziko spuštění psychózy

Marihuana a hašiš

- Velké rozdíly dle aplikace a obsahu
- Nejčastěji změny vnímání času a prostoru
- Euforie, pocit nabuzení mysli, štěstí
- Po odeznění deprese, impulzivní chování, útlum agresivity
- Mechanizmy účinku nepříliš známé
- Předpokládá se vliv především na CNS
- Marihuana - málo seriózních studií, většinou jen o mužích
- Většina studií
 - pokles testosteronu u obou pohlaví
 - proto pokles libida a erekce
 - pokles zájmu o sex
- Vysoce individuální
- Česká studie 2010 – odlišné závěry
- Muži – stoupá zájem o sex
- Udávají delší dobu soulože
- 3x častější homosexuální styk
- Výrazně promiskuitnější
- Vyšší riziko pohlavních chorob
- Obě pohlaví - zlepšení orgasmu

Fencyklidin

- Andělský prach, droga šílenství ...
- Jednorázové užití – porucha vnímání, retrogradní amnézie, poruchy soudnosti, nekontrolované pohyby ...
- Chronické užívání – halucinace, dysforie, schizofrenní stavy
- Na sexualitu minimální vliv

Ketamin

- Anestetikum i droga
- Anestetické benefity – šetrný, jednoduché užití, netlumí dechové centrum ...
- Nevýhody - děsivé sny, dezorientace, senzorické a percepční iluze – hlavně při probouzení z anestezie
- Dlouhodobé efekty jako u fencyklidinu
- Humánní medicína – vždy s kombinací se sedativy
- Hlavně děti a senioři
- Oblíbený ve veterinární medicíně
- Na sexualitu neutrální, spíše negativní vliv

Těkavé látky a plyny (toluen, trichlorethylén, éter ...)

- Vliv na CNS – poškození tukových struktur v obalech nervových vláken
- Počátkem aplikace stimulující
- Později útlum, oblužení
- Možné sexuální halucinace
- Ohledně sexu spíše tlumivý vliv

Oxid dusný (rajský plyn)

- Využívaný v anesteziologii i jako droga
- Způsobuje sexuální halucinace – hlavně při odeznívání anestezie

Tabakismus

- Komplexní synergicky převážně negativní efekt mnoha látek, psychoaktivní především nikotin
- Cigareta – cca 4 000 látek - zhruba 100 toxických
- Přechodný mírný pocit vzestupu sebevědomí
- Klesá periferní prokrvení = poruchy erekce
- Dlouhodobý tabakismus – orgánové změny – hlavně cévní – hypertenze
- Léčba hypertenze – poruchy erekce
- Ženy – pokles plodnosti cca o 60%
- Muži – riziko poruch erekce - 10 cigaret denně: o 27 % vyšší riziko; - 11 až 20 cigaret: o 45 %
- 20 a více cigaret: až o 65 %

E-cigarety

- Méně dat
- Snad méně toxická
- Trochu jiné spektrum toxických látek
- Sexualita – minimum studií
- podobné výsledky jako u tabakismu

Steroidní anabolika

- Lékařské využití – malé dávky
- Indikace: poruchy potence, katabolismus, mužské přechodové jevy apod.
- Častěji – velké dávky jako doping
- Steroidní anabolika
- Krátkodobé užívání bez efektu na sexualitu
- Dlouhodobé - muži: atrofie varlat, impotence; - ženy: maskulinizace postavy,; - neženské ochlupení, sterilita
- Agresivita spíše ve společenské rovině

Blokátory kalciových tubulů (Nifedipim, verapamil)

- Snižují tepenný průtok
- Zhoršující se erekce
- Zhoršená tvorba spermií
- Výrazně narůstající preskripce – stále mladší uživatelé

Závěrem

- Každá látka má své klady i zápory
- Neexistují zázračná řešení – ani v sexualitě
- Většina farmak má spíše negativní vliv na sexualitu
- U drog negativní vliv ještě výraznější
- Vhodná odborná péče (gynekologie, urologie, sexuologie)

Kontakt na autora:

MUDr. Miroslav Havlín
ADC Sanatorium, Hvězdova 1601, Praha 4

Aktuálne problémy sexuálneho zneužívania žiakov špeciálnych základných škôl zo sociálne znevýhodneného prostredia

Ladislav Horňák

Abstrakt: Príspevok je venovaný otázkam sexuálneho zneužívania detí s mentálnym postihnutím, ktoré pochádzajú zo sociálne znevýhodneného prostredia. Pozornosť je venovaná ohrozujúcim faktorom zneužívania, ako aj dôsledkom takýchto činov na vývin osobnosti zneužívaného dieťaťa. Súčasťou je aj interpretácia čiastkových výsledkov prieskumu u učiteľov špeciálnych základných škôl týkajúceho sa skúmanej problematiky. V závere sú uvedené odporúčania pre špeciálnopedagogickú prax.

Kľúčové slová: Sexuálne zneužívanie. Špeciálna základná škola. Ľahké mentálne postihnutie. Sociálne znevýhodnené prostredie.

Úvod

Ľudia zo sociálne znevýhodneného prostredia pochádzajú nielen, ale najmä z marginalizovaných komunít v ktorých žijú Rómovia svojim tradičným spôsobom života. Tento tradičný spôsob života okrem iného prináša aj iný pohľad na sexualitu ako si to predstavuje majoritná spoločnosť. Tento iný pohľad samozrejme so sebou prináša aj odlišné sexuálne správanie, ktoré je v rozpore so všeobecne platnými spoločenskými a právnymi normami. Bohužiaľ prináša so sebou aj nebezpečenstvo násilia, prostitúcie, pohlavne prenosných ochorení, včasné a nechcené tehotenstvá ako aj sexuálne zneužívanie detí a mladistvých. Ľudia z týchto marginalizovaných komunít berú naše spoločenské a právne normy často krát formálne a preto sú ochotní neudať otca dieťaťa maloletého dievčaťa, incest, sexuálne zneužívanie detí a iné sexuálne delikty. To ale neznamená, že nemá prebiehať v tejto oblasti, osвета, prevencia, vzdelávanie a zabráňovanie takýmto činom. Práve naopak škola, ako nositeľka pozitívnych spoločenských hodnôt sa o to musí permanentne snažiť. Pomoc je tu veľmi potrebná aj z dôvodu, že sexuálni agresori sú veľmi často najbližší ľudia obete. Zvlášť závažné je to u detí, ktoré trpia mentálnym postihnutím a nevedia brániť.

Teoretické východiská

V minulosti pod vplyvom náboženských inštitúcií a puritánskej morálky bola problematika sexuality v značnej miere obmedzovaná. K posunu v postojoch ľudí v tejto oblasti došlo až po druhej svetovej vojne, no napriek tomu sú ešte mnohé prekážky v presvedčeníach a názoroch verejnosti. Prvé výskumy v tejto problematike sa začali realizovať na prelome 40. a 50. rokov minulého storočia (Mandžáková, 2011).

Výskumom sexuality sa zaoberajú mnohé vedné disciplíny, no špecifické sú tieto tri prístupy k tejto problematike:

- Psychologický, ktorého podstata spočíva vo vzťahu medzi mentálnymi procesmi a sexuálnym správaním a rozborom vývinových, motivačných, citových a psycho-fyziologických rozmerov sexuality.
- Sociologický prístup vo výskume sexuality sa orientuje na vzájomný vzťah spoločnosti a jej inštitúcií, sociálnych interakcií.
- Antropologický prístup sa zameriava na výskum sexuality v kultúrnych súvislostiach (Marková, Mandžáková, 2011).

V oblasti sexuality a jej prejavov podľa Mandžákovej (2013) sa u mentálne postihnutých osôb ich očakávania značne odlišujú od stupňa mentálneho postihnutia. Herratt (in: Marková, Mandžáková 2011) tvrdí, že sexualita u osôb s mentálnym postihnutím a bez postihnutia nie je rozdielna, to znamená, že nejestvuje postihnutá - špecifická sexualita.

Vedecké štúdie realizované na Slovensku dotýkajúce sa sexuality ľudí s mentálnym postihnutím nemajú dlhú históriu, značne absentujú. Vedomosti o sexuálnych prejavoch týchto osôb sú neúplne a v našich podmienkach sa tejto problematike venuje len malá pozornosť. Z toho vyplýva, že sa musí opierať o zistenia mnohých zahraničných výskumov (Mandžáková, Zel'ová 2010).

Čo sa týka problematiky sexuálneho zneužívania osôb s mentálnym postihnutím, väčšina odborníkov sa zhodne v tom, že sú oveľa zraniteľnejší voči sexuálnej agresii ako intaktná populácia. Podľa amerických výskumných štúdií bolo viac ako 90% ľudí s mentálnym postihnutím počas svojho života vystavených niektorej forme pohlavného zneužívania (Mandžáková, 2013).

Pöthe a kol. (2002) uvádza z našich a zahraničných výskumných štúdií, výsledky o tom, že 33% až 66% všetkých páchatel'ov sexuálneho zneužívania detí, pochádza z kruhu vlastnej rodiny. Rovnako výskum Sobseyho (2009) upozorňuje na fakt, že 97% až 99% páchatel'ov sexuálneho zneužívania ľudí s mentálnym postihnutím sú blízke a dôveryhodné osoby. Z výsledkov štúdií realizovaných v našich podmienkach a v zahraničí sú páchatel'mi sexuálneho zneužívania v prvom rade rodič žiaka s 47,8%, potom nasleduje známy človek s 24,0%, na treťom mieste je nevlastný rodič alebo druh, ktorý predstavuje 13,0%, za nimi so zhodným 6,5% zastúpením nasledujú vlastní, či nevlastní súrodenci a cudzie osoby, príbuzní len s 2,5%.

Z týchto štúdií vyplýva, že žiaci s mentálnym postihnutím sú oveľa rizikovejším typom obete oproti intaktným rovesníkom zo strany rodinných príslušníkov. V súčasnosti pociťujeme nedostatok rozsiahlejších výskumov, ktoré by sa zaoberali oblasťou sexuálneho zneužívania žiakov vzdelávaných v špeciálnych základných školách, ktorí pochádzajú zo sociálne znevýhodneného prostredia.

Príčiny a následky sexuálneho zneužívania žiakov špeciálnych základných škôl zo sociálne znevýhodneného prostredia

Potenciálnou obeťou sexuálneho zneužívania podľa Kovára (2008) sa môže stať každý, avšak žiaci s mentálnym postihnutím zaujímajú špecifické postavenie, to znamená, že čím je osoba bezbrannejšia, tým väčšiu ochranu potrebuje. Pre sexuálneho agresora sú príťažlivejšie obeť s mentálnym postihnutím pre obmedzené možnosti sa brániť, nedostatok skúsenosti, sociálnu bezmocnosť, neschopnosť odhadnúť nebezpečenstvo, citovú väzbu a ekonomickú závislosť na páchatel'ovi, ktorý je členom rodiny, pretože väčšina prípadov sexuálneho zneužívania sa deje priamo v rodine.

K príčinám malej ochoty oznamovať sexuálne zneužívanie patria:

- Zvláštny vzťah k páchatel'ovi. V prevažnej väčšine prípadov sa abúzor a obeť pred sexuálnym násilím poznali, to je významným faktorom, ktorý odrádza obeť od oznámenia prípadu.
- Problémy so zaistením dôkazov. Vo väčšine prípadov jediným svedkom trestného činu je obeť, a zaistiť dôkazy pri pohlavnom zneužívaní nie je vôbec jednoduché.
- Predstava o okolnostiach vyšetrovania týchto zločinov trestno-právnymi orgánmi je pre obeť traumatizujúca (Kovář, 2008).

Pöthe a kol. (2002) charakterizuje riziká sexuálneho zneužívania osôb s mentálnym postihnutím v týchto bodoch:

- Odkázanosť žiakov s mentálnym postihnutím na starostlivosť svojho okolia. Tieto osoby vyrastajú často v prostredí, ktoré ich izoluje od vonkajšieho sveta, sociálnych kontaktov. Strach zo straty opateru blízkych ich vedie k tomu, že nie sú schopní hľadať pomoc mimo tohto uzavretého spoločenstva rodiny.
- Obmedzená schopnosť osôb s mentálnym postihnutím identifikovať situáciu, kedy už dochádza k sexuálnemu zneužívaniu v ich prípade. Na druhej strane žiaci, aj keď sú schopní rozpoznať situáciu, nemajú potrebné obranné mechanizmy zamedziť zneužívaniu.
- Nízke sebedovetie. Títo žiaci sú často terčom výsmechu, fyzického násillia, ponižovania, že často ani takéto nevhodné správanie neatakujú.
- Vlastná nečinnosť osôb s postihnutím. Nie sú schopní konať samostatne, sú bezprostredne poslušní k autoritám.

Delaneyová a Cotterill (2002) opisujú najčastejšie faktory, ktoré môžu prispieť k tomu, že sa žiak môže stať ľahším cieľom páchatel'ov sexuálneho zneužívania. Patrí tu chudoba, nestále citové väzby, citová deprivácia, používanie alkoholu, a iných nealkoholových drog, narušené rodinné vzťahy, sociálna izolácia. Tieto spomenuté faktory nemôžeme chápať ako príčiny pohlavného zneužívania, ale ako rizikové faktory, ktoré môžu spôsobiť to, že sa žiak môže stať obeťou sexuálneho násillia.

Mandžáková (2013) uvádza ešte ďalšie faktory, ktoré tiež prispievajú k sexuálnemu zneužívaniu osôb s mentálnym postihnutím, a to je neschopnosť predvídať dosah konania, slabá sociálna mienka, komunikačné bariéry, tiež ich malá schopnosť ohľásiť tieto prípady zneužitia. Sexuálne zneužívanie je v sociálnom kontexte vnímané a spájané s rodinami s nízkym ekonomickým zabezpečením, obmed-

zeným vzdelaním rodičov a vysokou mierou výskytu sociálno-patologických javov (Finkelhor, 1986)

Vágnerová (2008) konštatuje, že závažnosť dôsledkov sexuálneho zneužívania je väčšia u žiakov, ktorí sú mladší ako deväť rokov, dôležité je aj časové hľadisko dĺžky zneužívania, závislosť a bezbrannosť voči násilníkovi a absencia podpory u ostatných členov rodiny. Každá osoba, ktorá bola sexuálne zneužitá, na tento neprijemný zážitok reaguje vlastným spôsobom, a predstavuje pre neho negatívnu telesnú, duševnú a sociálnu záťaž, ktorá môže žiakom vážne ublížiť. Platí tu zásada, čím bolo ohrozenie života a zdravia reálnejšie, a čím bolo použité brutálnejšie násilie k donúteniu žiaka a obeť bolo ublížené aj fyzicky, tým sa pohlavné zneužívanie závažnejšie prejavuje vo svojich krátkodobých a dlhodobých následkoch (Sakař, Weiss, 2009)

Následky sú podobné u väčšiny zneužitých žiakov. Malá, Raboch a Sovák (1995) delia krátkodobé následky sexuálneho zneužívania na tieto najčastejšie reakcie:

- Intrapsychické reakcie, ktoré sa najčastejšie prejavujú symptómami ako sú poruchy spánku, príjmu potravy, fobie, strach, obavy, depresívne stavy, pocity viny, hanby, bezmocnosti, zlosti, narušenie sebaúcty. Vonkajšie symptómy sa prejavujú zlyhávaním v škole, útekmi z domova, agresiou, odmietaním komunikácie.
- Psychosomatické reakcie, poruchy spánku a príjmu potravy.
- Zmeny sexuálneho správania až ovplyvnenie sexuálneho vývoja. Objavuje sa verejná masturbácia, exhibicionizmus, zvýšená sexuálna aktivita.
- Tehotenstvo.
- Útek z domu spojený so záskoláctvom.

Následky sexuálneho zneužívania sa podľa Wirtza (2005) prejavujú fyzickými, psychosomatickými a psychickými symptómami. K fyzickým patria poranenia na pohlavných orgánoch, príznaky pohlavných chorôb, krvácanie, hematómy, infekcie močových ciest, bolesti pohlavných a močových orgánov. Psychosomatické sa prejavujú poruchami príjmu potravy, poruchami spánkového rytmu, stratou reči, pomočovaním, závratmi a podobne. K psychickým symptómom radíme úzkosť, neistotu, masturbáciu, zvýšený záujem o sex, používanie sexuálnych výrazov, obmedzenie sociálnych kontaktov s rovesníkmi, regresiu.

Sejčová (2010) uvádza tieto špecifické príznaky toho, že žiak bol vystavený sexuálnemu zneužívaniu. K špecifickým varovným signálom sexuálneho násillia patria modriny, nočné pomočovanie, prípadne bolesť pri močení, tiež zápaly močových ciest, vaginálny výtok, krvácanie v genitálnej oblasti, prehnaná masturbácia, poranenie análneho zvierača, poranenia penisu, vagíny, jazvy na pohlavných orgánoch, poruchy príjmu potravy, bolesti brucha, vulvaginitída, a predčasný záujem o sexuálny život.

Príznaky sexuálneho násillia sa prejavujú aj v správaní žiakov. Milfáit (2008) ich z hľadiska veku člení na:

- K príznakom sexuálneho násillia u žiakov, ktorí sú mladší ako desať rokov, patrí problém so spankom, časté budenie zo spánku, nočné desy, agresívne správanie k fyzicky slabším a mladším žiakom, kresby ľudskej postavy, kde sú vyobrazené pohlavné znaky, poruchy koncentrácie, dieťa sa uzatvára do seba, sociálna izolácia, strata sebaúcty, neverí dospelým.
- K príznakom sexuálneho násillia u starších žiakov môžeme zaradiť promiskuitu, prostitúciu, užívanie alkoholických nápojov, drog, poruchy príjmu potravy, záskoláctvo, problémy v škole, samovražedné myšlienky, apatia voči vlastnému osudu, strata kamarátov a vrstovníckych vzťahov.

Finkelhor (2008) uvádza tieto štyri hlavné následky pôsobenia sexuálneho násillia:

- Traumatická sexualizácia. Tá je dôsledkom pôsobenia sexuálneho zneužívania a dochádza k neprimeranému vývinu sexuality dieťaťa.
- Pocit zrady z ublíženia osobou, na ktorej sú závislé, a sú im blízke.
- Stigmatizácia, ktorá vyvoláva u detí pocity menejcennosti, hanby, viny, postupnému seba obviňovaniu, že oni sú príčinou toho, čo sa stalo.
- Pocit bezmocnosti, ktorý vedie k trvalému ohrozeniu.

Po rôzne dlhej dobe latencie nastupujú dlhodobé príznaky sexuálneho zneužívania, tieto následky nesmieme podceňovať. Závažnosť týchto príznakov závisí od veku žiaka, od formy sexuálneho zneužívania, a od vzťahu obeť k páchateľovi. K dlhodobým následkom sexuálneho zneužívania podľa Malej a kol. (1995) patria depresie, ktoré sa prejavujú až autodeštruktívnym správaním a sklonom k samovražde, poruchami príjmu potravy, intrapsychickou labilitou, veľmi nízkym sebahodnotením, závislosťou na alkohole a iných drogách, poruchami v nadväzovaní sociálnych vzťahov, poruchami sústrediť sa na vyučovaní v škole a výrazne zhoršený prospech, neurotické symptómy akými sú napr. fobie a úzkosť.

Prieskum sexuálneho zneužívania žiakov na špeciálnych základných školách

Ciele a úlohy prieskumu

Cieľom prieskumu bolo zistiť aktuálny stav sexuálneho zneužívania žiakov špeciálnych základných škôl, prípadne integrovaných žiakov s mentálnym postihnutím v základných školách pochádzajúcich zo sociálne znevýhodneného prostredia. Prieskum sme realizovali v špeciálnych základných školách v Košickom a Prešovskom kraji.

Charakteristika výberového súboru

Oslovili sme 100 respondentov, no čas na vyplnenie dotazníka nám venovalo len 80 z nich čo ale stačilo na relevantné zhodnotenie aktuálneho stavu. Z nich bolo 62 žien a 18 mužov, čo odráža reálnu situáciu feminizácie (nie len) nášho školstva. 44 učiteľov učilo v mestských a 36 vo vidieckych školách.

Metódy prieskumu

Ako metódu prieskumu sme si zvolili nami zostavený dotazník. Tvorilo ho 15 zatvorených, poluzatvorených a otvorených otázok.

Analýza výsledkov prieskumu

V tejto časti budeme prezentovať čiastkové (ale zároveň najdôležitejšie) výsledky prezentovaného prieskumu. V úvode sme naznačili, že sexuálni agresori často krát pochádzajú z najbližšieho okruhu rodiny žiaka a preto sme sa v prieskume zamerali či je to naozaj tak. Zaujímalo nás aj či sa učitelia stretli so sexuálnym zneužívaním svojich žiakov a ich reakcie na túto skutočnosť.

Otázka: Stretli ste sa vo svojej praxi so sexuálnym zneužívaním žiaka Vašej triedy ?

Tab. 1 Skúsenosť s riešením sexuálneho zneužívania žiaka

Skúsenosť s riešením sexuálneho zneužívania žiaka	počet	%
áno	35	44
nie	45	56
spolu	80	100

Vzhľadom na tento výsledok, ktorí nám uvádza, že skúsenosť s riešením sexuálneho zneužívania žiaka má až 44% z opýtaných respondentov, musíme konštatovať, že problémy sexuálneho zneužívania u žiakov sú alarmujúce, pretože až takmer polovica učiteľov riešila daný problém. Z uvedeného zistenia vyplýva dôležitosť riešenia tejto problematiky a hľadania foriem, spôsobov, možnosti eliminácie.

Až 72 % sexuálne zneužívaných sú dievčatá. Výrazne nižšie percento zneužívaných tvoria chlapci – 28 %. V tomto prípade sa nám potvrdili výsledky aj iných výskumov, ktoré uvádzajú podobné čísla.

Otázka: Ako ste zistili, že tento žiak/žiačka je sexuálne zneužívaný/á?

V tejto otvorenej otázke respondenti spozorovali na obetiach tieto príznaky sexuálneho zneužívania:

- apatia, zmena správania, výkyvy nálad, utiahnutosť, smútok, unavenosť, modriny, rany na tele, nervozita, strach ísť domov.

- v iných prípadoch učitelia zistili sexuálne zneužitie z rozhovoru žiakov, z rozhovoru so samotnou obeťou, z rozhovoru so žiakmi, z rozhovoru kolegov pedagógov, z rozhovoru s rodinným príslušníkom, z oznámenia polície.

Otázka: Vek sexuálne zneužívaného žiaka/žiačky

Tab. 2 Vek obete

vek obete	počet	%
do 10 rokov	15	19
11 – 12 rokov	26	32
13 a viac rokov	39	49
spolu	80	100

Z tabuľky vyplýva, že obeťami sexuálneho zneužívania sú častejšie žiaci vo veku 13 rokov a viac. No zároveň nemôžeme obísť fakt, ktorý nám vyplynul z nášho prieskumu a to, že sexuálne zneužívané sú aj deti vo veku do 10 rokov, túto skupinu tvorí až 19 % žiakov.

Otázka: Aké kroky ste podnikli na riešenie tohto problému?

Tab. 3 Riešenie problému (učiteľ)

riešenie problému (učiteľ)	počet	%
kontaktovanie vedenia školy	35	50
kontaktovanie rodiny	18	26
kontaktovanie úradov	15	21
neinformovanie nikoho	1	2
iné	1	1
spolu	80	100

To, ako pedagógovia riešia problém sexuálneho zneužívania, bola jedna z nosných otázok v našom prieskume. Zaujímalo nás hlavne postoj, aký zaujmú učitelia. V tomto prípade môžeme kladne konštatovať snahu učiteľov riešiť zlé situácie žiakov – obetí sexuálneho zneužívania. Len 2% opýtaných respondentov nepodnikli žiadne kroky.

Otázka: Rozprávate sa so žiakmi o možnostiach ochrany pred sexuálnym zneužívaním ?

Tab. 4 Rozhovor – prevencia

rozhovor - prevencia	počet	%
áno	72	90
nie	8	10
spolu	80	100

Až 90 % respondentov nášho prieskumu sa rozpráva so žiakmi o možnostiach ochrany pred sexuálnym zneužívaním. Téma prevencie sexuálneho zneužívania je tak na našich školách podľa týchto zistení pertraktovaná veľmi dobre. Je vidieť, že týmto problémom sa zaoberajú mnohí pedagógovia, dokonca aj tí, ktorí sa s ním nestretli vo svojej pedagogickej praxi, napriek tomu mu venujú pozornosť formou prevencie.

Otázka: Ak ste sa stretli s prípadom sexuálneho zneužívania, vysvetlili ste žiakom ako reagovať?

Tab. 5 Rozhovor – riešenie problému

rozhovor – riešenie problému	počet	%
áno	63	79
nie	9	11
niekedy	8	10
spolu	80	100

Z opýtaných respondentov 79 % pedagógov sa v prípade sexuálneho zneužívania snaží vysvetliť svojím žiakom, ako majú v takejto situácii reagovať. 11 % nevedie rozhovor na túto tému a zvyšných 11 % niekedy. Treba však brať do úvahy, že nie všetci respondenti sa stretli s riešením sexuálneho zneužívania žiaka.

Otázka: Poznáte nejaké oficiálne programy na riešenie tejto problematiky, realizujete ich na školách, kto sa im venuje?

O konkrétnych oficiálnych programoch sa z výsledkov prieskumu nedozvedáme čo naznačuje ich nedostatok alebo neznalosť. Veľká časť respondentov na túto otázku odpovedala záporne. Zvyšná časť respondentov uvádza tieto alternatívy:

- výchova k manželstvu a rodičovstvu,
- koordinátor prevencie na škole,
- aktivity na danú tému,
- besedy s psychológom, políciou,
- rozhovor s výchovným poradcom,
- sexuálna výchova,
- preventívne aktivity realizované psychológom,

Otázka: Kto podľa vašich zistení zneužíval žiaka /žiačku:

Tab. 6 Páchateľ – zneužívateľ

páchateľ - zneužívateľ	počet	%
otec	9	25
brat	6	16
nevlastný rodič	1	3
rodinný priateľ	1	3
starší žiak	14	39
iní	5	14
spolu	80	100

V tejto otázke sa dozvedáme, že okrem aj v iných výskumoch uvádzaní páchatelia, ktorými sú najbližšia rodina, zneužívatelia bývajú často aj starší žiaci. Je ale predpoklad, že sa veľmi dobre poznajú pretože pochádzajú z rovnakej komunity (osady). Preto je v tomto prípade nutné zdôrazniť potrebu informovanosti žiakov vo forme prevencie pred sexuálnym zneužívaním na školách.

V závere dotazníka sme respondentov oslovili aby aj sami, na základe svojich skúseností sa snažili navrhnúť riešenie.

Otázka: Pokúste sa navrhnúť riešenie danej problematiky

Naši respondenti nám navrhli tieto riešenia:

- osвета na školách, učitelia by mali absolvovať školenia, ktoré by im napovedali, akým smerom sa uberať, ako riešiť daný problém,
- rozhovor so žiakmi, odpovedať otvorene na otázky, ktoré kladú žiaci v období dospievania,
- zdôrazňovať hodnotu rodiny, rozdielnych spôsobov prežívania u dievčat a u chlapcov a povzbudzovať ich k príprave na úlohu otca a matky, predstaviť im trvalý manželský vzťah ako normálny a zdravý spôsob života,
- organizovanie besied na školách za účasti psychológa,
- zahrnúť sexuálnu výchovu do vzdelávacieho systému ako samostatný predmet,
- častejšie kontroly zo strany sociálnych úradov v prípadoch podozrenia na sexuálne zneužívanie,
- realizovať na školách schránky dôvery.

Najväčší problém vidia naši respondenti v tom, že si žiaci často ani neuvedomujú, že ide o sexuálne zneužívanie, že je to niečo nesprávne, čo by sa nemalo robiť. Mnohí žiaci sa s tým často stretávajú doma, takže to berú ako normálnu vec. Je tak nevyhnutné zmeniť ich pohľad, či postoj voči pohlavnému styku v mladom veku.

Závery a odporúčania pre špeciálnopedagogickú prax

Zistili sme, že v Prešovskom a Košickom kraji sa učitelia stretávajú so sexuálnym zneužívaním žiakov v pomerne často. Takmer polovica opýtaných učiteľov vo svojej praxi riešila problematiku sexuálneho zneužívania žiaka. Zároveň sme sa v prieskume dozvedeli, že takmer všetci učitelia majú snahu a záujem riešiť danú problematiku. Taktiež väčšina respondentov sa snaží robiť prevenciu pred sexuálnym zneužívaním žiakov špeciálnych základných škôl minimálne formou rozhovorov. Mnohí učitelia si uvedomujú potrebu prevencie a šírenie osvedy na školách, no napriek tomu, informovanosť učiteľov o prístupných možnostiach prevencie v danej problematike a ich realizácie je dosť slabá. Na zefektívnenie informovanosti žiakov v rámci prevencie učitelia navrhujú hlavne sexuálnu výchovu, resp. výchovu k manželstvu a rodičovstvu.

Riešenie nachádzame hlavne v oblasti prevencie a informovanosti žiakov, ktoré sú z nášho pohľadu najúčinnějšíou ochranou pred sexuálnym zneužívaním. Taktiež navrhujeme viac školení pre pedagógov, ktoré by boli zamerané na možnosti osvedy, prevencie a adekvátne tak mohli ďalej túto problematiku riešiť. Ďalšiu možnosť ochrany vidíme v realizovaní prevenčných výcvikov formou interaktívnych a sociálnych hier na školách. Informované dieťa dokáže rozoznať zámy útočníka a v prípade, že absolvovalo efektívny výcvik, dokáže na sexuálny útok primerane reagovať. Zároveň je dôležité zamerať sa v rámci prevencie na zlepšenie ich vedomostí a sociálnych zručností potrebných na odolávanie sexuálnemu nátlaku a na ochranu pred rizikami neplánovaného tehotenstva, sexuálne prenosných chorôb.

Dôležitá je výchova k sebaúcte cez poznanie, že o svojom tele má každý právo rozhodovať sám, že rozoznávanie pocitov a dotykov je veľmi dôležité, že máme právo povedať NIE!

Ochrániť deti pred sexuálnym zneužívaním možno zodpovedným prístupom k tomuto problému a najmä vnímavosťou všetkých zainteresovaných osôb, vrátane pedagógov.

Najväčší problém vidia učitelia hlavne v tom, že žiaci sexuálne zneužívanie nechápu ako niečo nesprávne, nemorálne a protizákonné. Vzhľadom na fakt odlišnosti kultúr (rómska verzus nerómska) je ťažké (ale nie nemožné) túto skutočnosť meniť. Čo môže byť v našom ponímaní zlé a nesprávne, môže byť u nich práve naopak normálne a bežné, niečo s čím sa bežne stretávajú. Ďalšou skutočnosťou zostáva fakt, čo potvrdzujú aj iní odborníci, že jedinec, ktorý bol zneužívaný ako obeť sa môže stať zneužívateľom – páchatel'om. Vychádza to zo skutočnosti, že sa psychicky s danou situáciou nedokázal vysporiadať, prípadne mu nebola poskytnutá dostatočná odborná pomoc.

Je zrejmé, že nemôžeme ovplyvniť kultúru rómskeho etnika, ale pokúsme sa formou osvedy a prevencie danej problematiky medzi žiakmi na školách eliminovať tento problém, aby nemuseli „deti“ riešiť problémy, ktoré prináležia dospelým.

Zoznam bibliografických odkazov:

ČAPUTOVÁ, Z. a kol. 2000. Týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí. Bratislava : Jaspis, 2000. 72 s. ISBN 8-85576-26-0.

DELANEYOVÁ, S., COTTERILL, C. 2002. Psychosociálna rehabilitácia detí vystavených komerčnému sexuálnemu vykorisťovaniu. Praha : Friedrich Ebert Stiftung, 2002. 221 s.

FINKELHOR, D. 1986. Sourcebook on Child Sexual Abuse. London : Sage Publications, 1986. 280 p. ISBN 978-80-8039-274-90. In ČÍRTKOVÁ, L. –VITOUŠOVÁ, P a kol. 2007. Pomoc obeť (a svědkům) trestných činů, příručka pro pomáhající profese, Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-2014-2.

FINKELHOR, D. 1984. Child sexual abuse. New theory and research. New York : The Free Press, 1984. In DELANEYOVÁ, S. – COTTERILL, C. 2002. Psychosociálna rehabilitácia detí vystavených komerčnému sexuálnemu vykorisťovaniu. Praha : Friedrich Ebert Stiftung, 2002. 221 s.

HERRATH, F. Was behindert Sexualität. In : MARKOVÁ, D., MANDZÁKOVÁ, S. Postihnutá sexualita alebo ľudské sexuálne príbehy? O sexualite a sexuálnej výchove osôb s mentálnym postihnutím. Nitra : Garmond, 2011 s. 62. [online]. [cit. 2014.12.30] Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/files/Postihnuta_sexualita.pdf/>

KOVÁŘ, P. a kol., 2008. Sexuální agrese. Praha : MAXDORF, s. r. o., 2008. 292 s. ISBN 978-80-7345-161-5.

MALÁ, E., RABOCH, J., SOVÁK, Z. 1995. Sexuálně zneužívané děti. Praha : Psychiatrické centrum, 1995. 144 s. ISBN 80-85121-99-9.

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.

MARKOVÁ, D., MANDZÁKOVÁ, S. 2011. Postihnutá sexualita alebo ľudské sexuálne príbehy? O sexualite a sexuálnej výchove osôb s mentálnym postihnutím. Nitra : Garmond, 2011. s. 19. [online] [cit. 2014.12.30] Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/files/Postihnuta_sexualita.pdf/>

MANDZÁKOVÁ, S. 2013. Sexuální a partnerský život osob s menálním postižením. Praha: Portál, 2013, 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

MANDZÁKOVÁ, S. – ZEĚOVÁ, V. 2010. Determinanty prejavov sexuality klientov s ťažším mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb. In Kvalita života osôb s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb. Prešov : Prešovská univerzita Prešov, Pedagogická fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky, 2010. 17-32 s. ISBN 978-80-555-0260-1.

MILFAITH, R. 2008. Komerční sexualizované násilí na dětech. Praha : Portál, 2008. 210 s. ISBN 978-80-7367-320-8.

PÖTHE, P. – MATZNEROVÁ, I. – VELIMÍNSKÝ, M. 2002. Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením. Praha : Sdružení zdravotně postižených, 2002. In MANDZÁKOVÁ, S. 2008. Výchova k manželstvu a rodičovstvu a sexuálna výchova osôb s mentálnym postihnutím. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2008. 110 s. ISBN 978-80-8068-864-7.

SAKAŘ, P., WEISS, P. 2009. Následky závažného sexuálního zneužití v dětství. In Psychologie a patopsychologie dětí ať. ISSN 0555-5574, 2009, EV 3493/09, 2 roč. 44, č. 3, s. 269-278.

SEJČOVÁ, L. 2010. Dieťa ako obeť násillia. Bratislava : Album, 2010. 210 s. ISBN 978-80-969908-3-2.

SOBSEY, D. 1994. Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co, 1994. In MANDZÁKOVÁ, S. 2010. Sexuálne zneužívanie a vykorisťovanie osôb s ťažším mentálnym postihnutím. Prešov : Prešovská univerzita Prešov, Pedagogická fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky, 2010. s. 82-89. ISBN 978-80-555-0260-1.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

WIRTZ, U. 2005. Vražda duše. Praha : Portál, 2005. 216 s. ISBN 80-7178-975-5.

Prispevok je súčasťou realizácie výskumnej úlohy VEGA 1/0286/14 „Behaviorálne a postojoyé atribúty sexuality mládeže s ťažkým mentálnym postihnutím v kontexte rizika a prevencie.“

Kontaktné údaje:

doc. PaedDr. Ladislav Hornák, PhD.

Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Katedra špeciálnej pedagogiky

Ul. 17. novembra 15

080 01 Prešov

SLOVAKIA

e-mail: ladislav.hornak@pf.unipo.sk

Partnerské vztahy na pozadí věkového rozdílu

Kamil Janiš, Iveta Ludvíková

Úvod

Ve volnomyšlenkářském prostředí současné české společnosti se stále více můžeme setkat s partnerskými dvojicemi, kdy jeden z partnerů je zcela evidentně starší. Věkový rozdíl, v představě autorů, který vybočuje z normálu, přičemž normálně věkový rozdíl není jednoznačně dán. Můžeme jej však vnímat, jako půl generační nebo jedno generační rozdíl. Je-li v současné době věková kategorie vnímána, a to na základě narození prvního dítěte kolem 30 let matky, pak půl generační rozdíl můžeme vnímat jako rozdíl kolem 15 let, přičemž se dá reálně předpokládat, že věkový rozdíl bude v nejbližším období se postupně prodlužovat. Jedná se sice o určitou matematickou ekvilibristiku, ale v odborné literatuře není dostatek výsledků z výzkumů, realizovaných v dané oblasti. Jednou z mnoha seriózních úvah poskytuje publikace autora Katrňáka *Spríznění volbou? Homogamie a heterogamie manželských párů v České republice* (2008). Posláním následujícího textu je doplnit některé aspekty daného jevu, a to ne jen ze sociologického hlediska, ale především z názorového pohledu rozličných věkových skupin, které vycházejí z uskutečněného šetření.

První otázka se týká vymezení pojmu – věkový rozdíl, tzn. zda se jedná o věkově partnerskou homogenitu nebo heterogenitu. Podle zmiňovaného autora věková heterogamie je dána věkovým rozdílem 3 – 5 let a 6+ let, tzn. že věkově starší muži si berou ženy výrazně věkově mladší. Partnerský vztah, kdy je starší muž a mladší žena se může považovat za standardní model, který má celou řadu racionálních zdůvodnění, jako např. odpovídající zralost mužů, ekonomické zabezpečení ze strany partnera, přibližně shodná délka ukončení soužití (viz demografická křivka s délkou života u mužů a žen) atd.

Mnohem méně se hovoří o opačném poměru v partnerském vztahu, kdy je starší žena a mladší muž. I pro takový vztah lze nalézt celou řadu objektivních i subjektivních odůvodnění. Navíc mnohé výzkumy v dané oblasti se soustřeďují na manželské páry (neboť jsou podchyceny v matrikách a tím i v dostupných statistikách). Jednou rezerv čtených (a dostupných) výsledků je opominutí vlastních zkušeností při výběru partnera pro následné manželství. Permanentní nárůst rozvodu dává jednoznačně na jedno z důležitých míst při výběru partnera nejen věk, ale především takové hodnoty, jako jsou tolerance, ochota podílet se na výchově stávajících i potencionálních dětí, ekonomické zabezpečení možné nové rodiny, bydlení, pracovní status, ale v neposlední řadě i vzdělání a pochopitelně i sledovaný věkový rozdíl.

Na základě prezentovaného nástinu záměru šetření se ukázalo hledat prostřednictvím šetření odpověď na dvě základní otázky:

- Jaký maximální věkový rozdíl považujete ještě za „normální“, a to za předpokladu, že je starší muž a mladší žena.
- Jaký maximální věkový rozdíl považujete ještě za „normální“, a to za předpokladu, že je starší žena.

Autoři šetření předpokládali, že nebude jednoznačně převažovat tzv. „klasický“ celospolečensky vnímaný model soužití, kdy starší je muž a mladší žena. Navíc v šetření odpovídali nejen svobodní respondenti (žáci středních škol), ale také studenti bakalářského studia, kde je téměř nulové zastoupení osob s manželskou zkušeností, ale mající nepochybně partnerskou zkušenost. Šetření se neptalo na věkové rozdíly manželů, ale partnerů. Ostatně soudobé statistiky poukazují na skutečnost, že přibližně polovina partnerů spolu žije bez uzavřeného manželství (tzn. na psí knížku) a že z takových vztahů se rodí přibližně 1/3 dětí, které jsou chtěné (viz ČSÚ).

Šetření bylo realizováno u žáků středních škol, studentů bakalářského studia a frekventantů celoživotního vzdělávání.

Dalo se reálně předpokládat, že názory středoškoláků budou vykazovat mnohem menší toleranci ve věkových rozdílech, než budou názory studentů vysoké školy a ještě rozdílnější u účastníků celoživotního vzdělávání. Rozdílnost bude vycházet jednoznačně z vlastních zkušeností.

Tabulka č. 1 Složení vzorku

	muži		ženy		celkem		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
žáci střední školy	80	44,2	101	55,8			181	100,0
studenti bc. studia	53	31,5	115	68,5			168	100,0
vzdělání /	účastníci celoživotního vzdělávání							
maturita	23	22,5	79	77,5	102	100,0	189	
vysokoškolské	40	45,9	47	54,1	87	100,0		100,0
celkem CŽV	63		126		189	100,0		
celkem	196	36,4	342	63,6	189		538	100,0

Můžeme konstatovat, že zastoupení jednotlivých skupin respondentů bylo srovnatelné (žáci střední školy - 181 = 33,6 %, studenti bakalářského studia - 168 = 31,2 %, a účastníci celoživotního vzdělávání - 189 = 35,2 %, přičemž frekventantů s maturitou bylo 102 = 53,9 % a frekventantů s vysokoškolským vzděláním 87 = 46,1 %). Z hlediska pohlaví byl vzorek složen z 36,4 % mužů a 63,6 % žen, což je přibližně v poměru 1 : 2 ve prospěch žen. Sběr dat proběhl v prvním pololetí roku 2015. V každém případě se dá předpokládat, že pohled na zmiňovanou problematiku bude spíše z úhlu žen, to znamená, že může dojít k určitému „zkreslení“.

Jedna z prvních otázek se týkala názoru respondentů na věkový rozdíl v partnerském vztahu, tzn, zda záleží na věkovém rozdílu. Jak již bylo uvedeno, tradiční model: starší muž – mladší žena, převládá i v odpovědích respondentů (viz tabulka č. 2). Celkově 40,9 % dotazovaných se k uvedenému modelu přiklání. Zajímavé je však zjištění, že taková představa se postupně mění v souvislosti s věkem. Střednostoláci se v 55,3 % přiklání k danému modelu, přičemž se dá předpokládat přežívání určitě zafixované tradice, případně se jedná o poznanou zkušenost z vlastního rodinného prostředí. Studenti bakalářského studia se přiklání v 41,1 %, účastníci CŽV pouze ve 26,9 % se přiklání k danému modelu. Naopak přiklonění se k modelu: starší žena – mladší muž, což nebývá v současné společnosti zcela běžné a jen postupně si společenské prostředí takovou variantu připouští, by celkově preferovalo 4,1 % dotazovaných, přičemž dochází k postupnému nárůstu preference takového modelu. Největší je (6,9 %) především u věkově starších respondentů. Z hlediska pohlaví je celkem logický vyšší podíl u dotazovaných žen (cca každá dvacátá). Nejedná se o žádný revoluční postřeh. Podle dostupné statistiky (ČSÚ), v současné době je u 20 % sňatků starší žena a mladší muž. Tento trend, který přichází ze západní Evropy, se postupně začíná prosazovat i v českém prostředí.

Tabulka č. 2 Názor na maximální věkový rozdíl mezi partnery (údaje: abs./%)

Názory středoškoláků									
starší muž		starší žena		shodný věk		úplně jedno		celkem	
odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví	
muž	žena	muž	žena	muž	žena	muž	žena	muž	žena
45	55	2	3	20	20	13	23	80	101
56,3	54,5	2,5	2,9	25,0	19,8	16,2	22,8	100,0	100,0
celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
100		5		40		36		181	
55,3		2,7		22,2		19,8		100,0 %	
Názory studentů bakalářského studia									
starší muž		starší žena		shodný věk		úplně jedno		celkem	
odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví	
muž	žena	muž	žena	muž	žena	muž	žena	muž	žena
28	41	1	3	12	20	12	51	53	115

	53,9	35,6	1,9	2,7	22,6	17,4	22,6	44,3	100,0	100,0	
	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem		
	69		4		32		63		168		
	41,1		2,4		19,1		37,4		100,0		
	Názory studentů frekventantů ČŽV										
	starší muž		starší žena		shodný věk		úplně jedno		celkem		
	odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		odpovědi podle pohlaví		
	muž	žena	muž	žena	muž	žena	muž	žena	muž	žena	
SŠ	4	25	2	5	8	20	9	29	23	79	102
	17,4	31,6	8,8	6,3	34,8	25,3	39,1	36,7	100,0	100,0	
VŠ	16	6	1	5	12	17	11	19	40	47	87
	40,0	12,8	2,5	10,6	30,0	36,2	27,5	40,4	100,0	100,0	
	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem		
	51		13		57		68		189		
	26,9		6,9		30,3		35,9		100,0		
	Sumarizace celého souboru										
	93	127	6	16	52	77	45	122	196	342	
	47,4	37,1	3,1	4,7	26,6	22,5	22,9	35,7	100,0	100,0	
	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem		
	220		22		129		167		538		
	40,9		4,1		23,9		31,1		100,0		

Že rozdílnost věku mezi partnery nesehrává významnější roli (podrobněji se lze s problematikou seznámit v publikaci MARKOVÁ, O sexualite, sexuálnej morálke a súčasných partnerských vzťahoch, 2012, byť se týká prostředí slovenské společnosti), poukazuje názor, že přibližně polovina dotazovaných (55,0 %) se přiklání ke shodnému věku (23,9 %), případně je věkový rozdíl „úplně jedno“ (31,1 %).

S uvedeným (obecným) modelem věkové rozdílných partnerů úzce souvisí i tolerování maximálního věkového rozdílu. Dotazovaní muži (tabulka č. 3) v 84,2 % případech připouštějí rozdíl v rozmezí 0 – 10 let, přičemž větší věkový rozdíl, tzn. 11 – 20 let připouští dalších 11,8 % dotazovaných. Zbytek dotazovaných mužů (4,2 %) připouští větší věkový rozdíl.

Tabulka č. 3 Názory dotazovaných mužů na maximální věkový rozdíl mezi partnery (případ, kdy je starší muž)

Názory mužů – středoškoláků							
Starší muž – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	58	12	6	2	1	1	80
%	72,5	15,0	7,5	2,4	1,3	1,3	100,0
Názory mužů – studentů bakalářského studia							
Starší muž – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	33	10	5	2	2	1	53
%	62,4	18,9	9,5	3,7	3,7	1,8	100,0
Názory mužů – frekventantů ČŽV							
Starší muž – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	45	7	5	3	2	1	63
%	71,4	11,1	7,9	4,8	3,2	1,6	100,0
Celkem							
Názory mužů na maximální věkový rozdíl (starší muž)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	136	29	16	7	5	3	196
%	69,4	14,8	8,2	3,6	2,6	1,6	100,0

Za předpokladu (tabulka č. 4), že by byla starší žena, tak 86,7 % dotazovaných mužů by tolerovalo věkově starší ženu do 5 let (86,7 %) a do 10 let celkem 12,8 % dotazovaných mužů. U dotazovaných žen (tabulka 5 a tabulka č. 6, resp. tabulka č. 7) naznačuje, že přece jen je výraznější podíl starších mužů, a to ve výpovědích samotných mužů. Jedná se mnohem výraznější rozptyl než je tomu u dotazu na případ, kdy je starší žena.

Tabulka č. 4 Názory dotazovaných mužů na maximální věkový rozdíl mezi partnery (případ, kdy je starší žena)

Názory mužů – středoškoláků							
Starší žena – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	68	12	0	0	0	0	80
%	85,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Názory mužů – studentů bakalářského studia							
Starší žena – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	43	10	0	0	0	0	53
%	81,1	18,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Názory mužů – frekventantů ČŽV							
Starší žena – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	59	3	1	0	0	0	63
%	93,6	4,8	1,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Celkem							
Názory mužů na maximální věkový rozdíl (starší žena)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	170	25	1	0	0	0	196
%	86,7	12,8	0,5	0,0	0,0	0,0	100,0

Ne zcela překvapujícím zjištěním je poznatek, že pouze 0,5 % všech dotazovaných mužů by připustilo partnerku starší 11 let. Nad 16 let už nikdy (viz tabulka č. 4). Z uvedených tabulek nejsou zjevné ani výraznější rozdíly v názorech jednotlivých skupin respondentů (rozptyl představuje 8,3 % u věku 0 – 5 let a 10,2 % u věku 6 – 10 let). Bezesporu se jedná o tradiční pohled ze strany společnosti na skutečnost, že muž má být starší než žena, ale odráží se zde i nový trend, kdy vlivem rovnoprávnosti, emancipace, „módní“ trend samostatného života žen bez legalizovaných partnerů (tzv. svobodných a úspěšných žen), že už existuje tolerance ze strany společnosti. Při vyhodnocování získaných údajů (viz tabulka č. 4) je nutné brát v úvahu, dříve se statistické údaje týkaly pouze manželů, výjimečně pak partnerů, kteří žili v jedné domácnosti, tzn. tzv. kvazirodiny. Autorům předloženého příspěvku není znám výzkum z 80. let minulého století až do současnosti, který by hlouběji daný problém mapoval. Výjimkou jsou pouze taková statistická zjištění, která berou v potaz pouze věk novomanželů v době uzavírání sňatku. Navíc předložené zjištění se týká určité představy, názoru, nikoliv reality.

Tabulka č. 5 Názory dotazovaných žen na maximální věkový rozdíl mezi partnery (případ, kdy je starší muž)

Názory žen – středoškoláků							
Starší muž – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	80	15	5	1	0	0	101
%	79,3	14,9	4,9	0,9	0,0	0,0	100,0
Názory žen – studentů bakalářského studia							
Starší muž – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	89	15	7	3	1	0	115
%	77,4	13,0	6,1	2,6	0,9	0,0	100,0
Názory žen – frekventantů ČŽV							
Starší muž – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	91	23	6	4	1	1	126

%	72,3	18,3	4,8	3,2	0,7	0,7	100,0
Celkem							
Názory žen na maximální věkový rozdíl (starší muž)							
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	více	celkem
abs.	260	53	18	8	2	1	342
%	76,0	15,5	5,3	2,3	0,6	0,3	100,0

Názory žen na věkově starší partnery – muže je srovnatelný se zjištěním dotazovaných žen, kteří v 91,5 % připouštějí rozdíl 0 – 10 let (tabulka č. 5). Vyšší věkový rozdíl než 16 let připouští 3,2 % dotazovaných. Náborový rozptyl u jednotlivých skupin respondentů se pohybuje 7,0 % u věku 0 – 5 let a 3,4 % u věkové kategorie 6 – 10 let.

Z názoru žen je zřetelně vidět „odkaz“ do jisté míry tradičního nahlížení na věkový poměr mezi mužem a ženou. Celkově 8,5 % dotazovaných žen připouští větší věkový rozdíl než 11 let, a to s vyšším podílem dotazovaných frekventantů ČŽV (celoživotní vzdělávání) – 9,4 %.

Tabulka č. 6 Názory dotazovaných žen na maximální věkový rozdíl mezi partnery (případ, kdy je starší žena)

Názory žen - středoškoláků							
Starší žena – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem
abs.	59	40	2	0	0	0	101
%	58,4	39,7	1,9	0,0	0,0	0,0	100,0
Názory žen - studentů bakalářského studia							
Starší žena – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem
abs.	89	22	4	0	0	0	115
%	78,3	19,2	3,5	0,0	0,0	0,0	100,0
Názory žen - frekventantů ČŽV							
Starší žena – maximální věkový rozdíl (údaje v letech)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem
abs.	87	28	7	2	2	0	126
%	69,0	22,2	5,6	1,6	1,6	0,0	100,0
Celkem							
Názory žen na maximální věkový rozdíl (starší žena)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem
abs.	235	90	13	2	2	0	342
%	68,7	26,3	3,8	0,6	0,6	0,0	100,0

Mnohem zajímavější je názor dotazovaných žen na věkově starší ženu v partnerském vztahu (tabulka č. 6). Celkově 68,7 % připouští možnost věkově starší ženy do 5 let a dalších 26,3 do 10 let a celkově 5,0 % dotazovaných žen připouští možnost věkově starší ženy v partnerském vztahu nad 11 let. Pochopitelně se jedná o názor, tzn. ne realitu. Dotazované ženy se celkem přirozeně snaží připustit, že v „klasickém“ modelu může být starší žena než muž.

Tabulka č. 7 Celkový přehled zjištění za tabulek č. 2 - 6

Celkem							
Názory mužů na maximální věkový rozdíl (starší muž)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem
abs.	136	29	16	7	5	3	196
%	69,4	14,8	8,2	3,6	2,6	1,6	100,0
Názory mužů na maximální věkový rozdíl (starší žena)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem
abs.	170	25	1	0	0	0	196
%	86,7	12,8	0,5	0,0	0,0	0,0	100,0
Názory žen na maximální věkový rozdíl (starší muž)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem

abs.	260	53	18	8	2	1	342
%	76,0	15,5	5,3	2,3	0,6	0,3	100,0
Názory žen na maximální věkový rozdíl (starší žena)							
	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	více	celkem
abs.	235	90	13	2	2	0	342
%	68,7	26,3	3,8	0,6	0,6	0,0	100,0

Pochopitelně, že do názoru je v neposlední řadě projektována vlastní zkušenost, např. s vlastním nezdařeným partnerským vztahem, případně manželstvím. Do dalšího vztahu jedinci podvědomě vstupují mnohem opatrněji

Závěr

Na základě doprovodného dotazu vyplynulo zajímavé zjištění, a to, že:

- Stabilita partnerského vztahu je do značné míry odvislá od vzdělanostního vybavení jedinců, tzn. že věkový rozdíl jsou schopni „ustát“ osoby s vyšší „inteligencí“. Jedním z možných zdůvodnění je skutečnost, že např. do řešení vztahových problémů se vnáší více racionálních řešení, vztah je obohacován zajímavým informacemi z rozličných oblastí lidského poznání, mají mnohem vrstevnatější volnočasové aktivity. Katrňák (2008, s. 133) uvádí, že má-li „jeden z nich nebo oba za sebou zkušenost s rozvodem, je oprávněně očekávat, že v jejich opakovaném manželství bude jejich věková vzdálenost výrazně vyšší (nejvyšší je u sňatků rozvedených mužů a svobodných žen, nižší je u oboustranně rozvedených a ještě nižší je u sňatků rozvedených žen a svobodných mužů).“ Co je nepochybně zajímavé, je věková vzdálenost podle vzdělání, která je nejvyšší (Katrňák, 2008, s. 133) u snoubenců se základním vzděláním.
- Výběr věkově staršího partnera je logicky zdůvodnitelné tím, že žena vyhledává „otce“, tzn. že pociťuje absenci otce v období dětství a dospívání, chybí ji ochránce, ale také ideál, kterého zřejmě v období dospívání nenašla, ani v období mladé dospělosti a nachází jej v období věkové zralosti. Dalším logickým důvodem může být partnerské zklamání ze vztahu s věkově shodným partnerem(y). S věkem dotazovaných roste tolerance s větším věkovým rozdílem u partnerů, což potvrzuje názor Katrňáka (2008, s. 133) „Manželé mají k sobě věkově nejbližší, pokud uzavírají sňatek jako svobodní. Má-li jeden z nich nebo oba za sebou zkušenost s rozvodem, je oprávněně očekávat, že v jejich opakovaném manželství bude jejich věková vzdálenost výrazně vyšší (nejvyšší je u sňatků rozvedených mužů a svobodných žen, nižší je u oboustranně rozvedených a ještě nižší je u sňatků rozvedených žen a svobodných mužů).“
- Ukazuje se, že názory na věkový rozdíl, model, kdy je starší muž a mladší žena, v našem kulturním prostředí neustále převládají. Nepochybně se zde promítá do značné míry tradice, kdy uzavírání sňatku bylo podmíněno ekonomickým zabezpečení nejen manželky, ale také fungováním celé rodiny (domácnosti).
- K uvedené problematice nebylo dosud realizováno příliš mnoho relevantních výzkumů. Jedním z možných důvodů je tendence žít singles, stejně tak jako v nezávazném partnerském vztahu předpokládat určitou fluktuaci vztahů, a to na s partnery s rozdílným věkovým rozdílem. To znamená, že by bylo vhodné věnovat dané problematice větší pozornost. Důvodem může být nejen neustále se zvyšující hranice odchodu do důchodu, zvyšující se věk mužů i žen, ale také předpoklad, že v tomto věkovém spektru i v uvedených partnerských vztazích bude docházet k intenzivnímu sexuálnímu životu. Dá se reálně předpokládat, že bude úměrně (možná ale i neúměrně) partnerských a sexuálních problémů.

Použitá literatura:

KATRŇÁK, Tomáš. 2008. Spříznění volbou? Homogamie a heterogamie manželských párů v České republice. Praha: SLON, 2008.239s, SBN 978-80-86429-98-4

MARKOVÁ, Dagmar. 2012. O sexualite, sexuální morálce a současných partnerských vztazích. Nitra: Garmond, 2012. ISBN 978-80-89148-76-9.

Koncepce pohlavní výchovy od Z. Záhoře

Kamil Janiš, st.

Bylo by naprosto neobjektivní hovořit o tom, že systematicky realizovaná sexuální výchova se týká teprve aktivity odborníků (zejména lékařů a pedagogů) až po roce 1989. Jedná se o naprosto mylný názor. Prvním, ne-li základním, problémem je vymezení, respektive odlišení pojmů: výchova a osvěta, a to v souvislosti s pohlavní, potažmo sexuální výchovou. Autor příspěvku už v minulosti uvedl několik poznámek k realizaci pohlavní výchovy, zvláště pak v období tzv. první republiky a v této souvislosti muselo celkem logicky padnout jméno Z. Záhoř. Tento příspěvek si klade za cíl poukázat na skutečnost, že tolik diskutovaná a prezentovaná absence koncepce sexuální výchovy, výchovy k manželství a rodičovství atd. nikdy nebyla apod. Opak je pravdou. Poněkud totiž postrádáme schopnost se poučovat z historie. Jak na následujících stránkách uvidíte, možná oprávněně.

Pro vlastní vymezení pojmu sexuální výchova může být určitým vodítkem charakteristika sexuální výchovy vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). „Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu formovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví.“ (In Uzel, 1996, s. 62) Další definici sexuální výchovy nalezneme v Pedagogickém slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 261), kde je sexuální výchova vymezena následovně: „Sexuální výchova – dříve pohlavní výchova. Výchova směřující k získání znalostí, návyků a dovedností, hodnot, norem a postojů v oblasti sexuálních vztahů mezi mužem a ženou, zakládání manželství a budování rodiny. V ČR je součástí školního vzdělávání, ale nikoli jako samostatný předmět, nýbrž je začleněn do vzdělávacího oboru výchovy ke zdraví (podle RVP ZV). O způsobech optimální realizace sexuální výchovy jsou vedeny pokračující diskuse.“ V novějším vydání (Průcha, Walterová, Mareš, 2013, s. 261) je definice doplněna o upřesnění jejího začlenění „do vzdělávacího oboru výchova ke zdraví až na 2. stupni ZŠ (podle RVP ZV).“ Přes „rozšíření“ vymezení pojmu sexuální výchova, nepostihuje předložená definice i aktuální rys, který je představován homosexuálním soužitím (viz např. legalizovaná forma soužití v podobě registrovaného partnerství). To znamená, že nemusí vždy primárně jít o heterosexuální vztah. Navíc nelze sexuální výchovu realizovat až na 2. stupni základní školy, ale jak uvádí celá řada autorů, s výchovou se musí začínat přirozeně už v počátcích školní docházky, byť je zakomponována do výchovy k partnerství, manželství a rodičovství. Shrme-li, pak výchovu můžeme chápat jako proces záměrného a cílevědomého vytváření a ovlivňování podmínek umožňujících optimální rozvoj každého jedince (Podrobněji např. Pedagogický slovník, 2013 aj.). Sexuální (pohlavní) osvěta je chápána spíše jako vzdělávání (spíše poučování) širokých vrstev společnosti a prostřednictvím rozličných výchovně-vzdělávacích aktivit podněcovat adresáty ke kulturním aktivitám.

Ve 30. letech minulého století, kdy se naplno projevují průvodní příznaky hospodářské krize, přechází postupně pohlavní osvěta v osvětu sexuální. Dochází k rozevření diskusních témat, majících úzký vztah k lidské sexualitě. Objevuje se tzv. komerční sex, erotická literatura, z historie erotiky, prostituce atd., ale také odborné studie. Pro rodiče a dospívající mládež se vydávají populárně naučné publikace. Vyvrcholením přístupů k pohlavní osvětě byl projekt ovlivněn bezesporu upřímnou snahou vedenou Záhořem. Zdeněk Záhoř (10. 7. 1881 – 16. 8. 1931) byl středoškolský profesor, který se věnoval nejen psaní odborných pojednání, jako např. o Boženě Němcové (ostatně vnučka této známé české spisovatelky si vzal za manželku). Jako idealista se zabýval zdravou výchovou mládeže, pro kterou koncipoval zejména „Plán pohlavní převýchovy národní“. Jako jeden z prvních, přistoupil systémově k realizaci pohlavní výchovy. S odstupem doby musíme kladně hodnotit postoj k církvi, kterou ze zanedbání pohlavní výchovy jednoznačně v úvodu zmiňovaného plánu obvinil. „Křesťanství mělo vysoké poslání: zduchovnění života. Ale kladouc veškerý cíl a smysl života vezdejšího do záhrobí, znehodnotilo život pozemský a jeho projev. Spáchalo chybu, že zneužalo hmotu, že tělo a jeho pudy ponižilo, ano prohlásilo, že nástroj ďáblův, kdežto hmota jest přec mrtvým podkladem ducha, nezbytným jeho služebníkem ... problém pohlavní je tudíž po výtce rázu mravního a proto otázka správného pohlavního života není jen otázkou lékařskou, nýbrž (vedle stránky sociální) především otázkou výchovy.“ (Plán pohlavní převýchovy národní)

V časopise Národní osvěta začíná od roku 1929 vycházet na pokračování populárně naučná rubrika, jím vedená, pod názvem „Výchova k rodičovství“. Stal se též autorem celé řady dalších publika-

ních počínů, ale jeho největším přínosem bylo nastínění koncepce „soustavného plánu převýchovy všech vrstev národa“. V této souvislosti si Záhoř klade i dílčí úkoly, které dále konkretizuje. Celý plán realizace pohlavní výchovy (Knihovna pohlavní výchovy) byl koncipován Záhořem tak, aby oslovil všechny cílové skupiny, to znamená: rodiče, mládež, učitele a odbornou veřejnost. Zmiňovaná knihovna měla šířit znalost pohlavní výchovy, povznést názor na pohlavní život „pokřivený staletou výchovou ke lži a přetvářce“ a vyzvednout posvátnost lásky, rodiny, otcovství a mateřství. Celý projekt s názvem Knihovna pohlavní výchovy se měl uskutečnit v následujících etapách se záměrem celou výchovu akcelarovat. Současně pro jednodušší vstup obsahu do škol, měly všechny publikace z dané řady (Jak vzniká život, celkem 5 dílů bylo v roce 1930 přeloženo do němčiny pod názvem Wie das Leben entsteht) doporučení ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy (výnosem ze dne 8. XII. 1923, 35058-III.), ministerstvem národní obrany (výnosem ze dne 11. VIII. 1924, vých. 24) a ministerstvem sociální péče (výnosem ze dne 19. XI. 1924. Č. j. 11550. I-2-A-24). Některé publikace měly ještě další doporučení a podporu, jako např. „O lásce, manželství a dítěti“ (autor Záhoř, 1927), která byla vydána s podporou ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy (č. j. 5800 ai 27. ze dne 15. června 1927) za souhlasu ministerstva školství a nár. osvěty (č. j. 124.277-IV. - ze dne 9. listopadu 1926); Pohlaví – Láska – Mateřství. (určeno pro dívčí dorost od 14 let. Autor Záhoř, 1923) byla doporučena Ministerstvem veřejného zdravotnictví 30. IX. 1920 č. 11247-III ai 1920; 26. I. 1921 č. 12436. Ministerstvem zemědělství 8. X. 1920 č. 35372-I. Sokolským věstníkem 1920 č. 2. Tělocvičným Ruchem 1919 č. 22 atd. Jak je zřejmé, snažil se autor dát nejen do širokého povědomí jednotlivé publikace, ale zabezpečit jejich legalizaci ve školském prostředí.

Postupně mělo dojít k vydání jednotlivých publikací, a to pro:

1. poučení mládeže a dorostu,
2. poučení rodičů,
3. poučení všeobecné veřejnosti,
4. odborná průprava učitelstva.

Pro každou ze zmíněných cílových skupin vydal následující publikace.

Pro učitele:

- Rukojet' výchovy k rodičovství na školách (autor Záhoř, 1929).
- Praktický rádcе v pohlavní výchově mládeže (autor Záhoř, 1930).
- Naše žactvo – příští rodiče. Slovo k učitelstvu (autor Záhoř, 1926).

Pro rodiče:

- Výchova k rodičovství (autor Záhoř, 1931)
- Pohlavní výchova (autor Záhoř, 1920)
- Jak vzniká život. Díl první. Čítanka pohlavní výchovy pro rodiče a vychovatele. (autor Záhoř, 1925, sv. 3). V inzerci bylo uvedeno doporučení: Vhodné pro učitelské knihovny.)
- Jak vzniká život. Díl druhý. Čítanka pohlavní výchovy pro mládež asi do 10 let (autor Záhoř, 1925, sv. 4). V inzerci bylo uvedeno doporučení: Pro žákovské knihovny II. a III. třídy obecné.
- Jak vzniká život. Díl třetí. Čítanka pro mládež asi od 10 do 12 let. (autor Záhoř, 1925, sv. 5). V inzerci bylo uvedeno doporučení: Pro žákovské knihovny IV. a V. třídy obecné a I. i II. měšťanské neb střední.
- Jak vzniká život. Díl čtvrtý. Čítanka pro hochy as od 12 do 15 let. (autor Záhoř, 1925, sv. 6). V inzerci bylo uvedeno doporučení: Pro žákovské knihovny III. a IV. třídy chlapecké měšťanské neb střední.
- Jak vzniká život. Díl pátý. Čítanka pro dívky as od 12 do 14 let. (autor Záhoř, 1925, sv. 7). Pro žákovské knihovny III. a IV. třídy dívčí měšťanské neb střední.
- Čítanka pro výchovu k rodičovství (autor Záhoř, 1931)
- Pohlaví – Láska – Rodičovství (určeno dívkám od 12 let)
- Pohlaví – Láska – Otcovství (určeno pro mužský dorost od 15 let. Autor Záhoř, 1923).
- Pohlaví – Láska – Mateřství (určeno pro dívčí dorost od 14 let. Autor Záhoř, 1918, řada reedic).

Pro mládež od 16 let byly vydány následující knížky:

- Význam a podstata lásky pro mladé lidi. Věnováno Obrodnému hnutí československého studentstva. (autor Záhoř, 1925, sv. 2)

- O lásce, manželství a dítěti. Čítanka pro mladé lidi od 16 let. (autor Záhoř, 1927, sv. 11)
- Láska. Cyklus osmi obrazů, oslavujících lásku mileneckou, manželskou a rodičovskou. (autor textu Záhoř, 1925, sv. 8)
- Krása lidského těla. Cyklus osmi obrazů. (autor textu Záhoř, 1925, sv. 12)

Pro širokou veřejnost a odborníky (do roku 1931 byly vydány celkem 4 publikace):

- Mnohoženství a jednoženství (autor Masaryk, 1925, sv. 1). Příloha: Plán pohlavní převýchovy národní.
- Přítel, či nepřítel? Poučení pro hochy (autor Exner)
- Pohlavní život před sňatkem. Pro mladé muže (autor Exner, sv. 10, překlad z angličtiny)
- Žena – člověk. Tři úvahy. (autor Svoboda, 1925, sv. 9)
- Některé prostředky pohlavní výchovy (autor Klíma)
- Z psychologie puberty a jinošství (autor Stejskal)
- Pohlaví a společnost (autor Ellis)
- Pohlavní život dítěte (autor Moll)

Osvětovým spolkům (dobově korporacím) a školám byl nabízen cyklus tří pohlavně výchovných přednášek Záhoře doplněný „světelnými snímky přírodovědeckými, lékařskými a uměleckými“, stejně tak tematicky pojatými prospekty, výchovné letáky apod. (Záhoř, Pohlaví – Láska – Mateřství, 1923, s. 72). Přednášky nesly názvy: 1. Láska a Nekonečno (30 obrázků), 2. Pohlaví – Láska - Otcovství (87 obrázků), 3. Pohlaví – Láska – Mateřství (84 obrázků) a jak je zřejmé, byly doplněné názorným promítáním diapositivů. Zase jeden další doklad o snaze komplexního přístupu k realizaci projektu. Přesto existuje jeden příklad, který uvádí Raboch (2014, s. 245 – 247) z meziválečného období v minulém století, tzn. z období, kdy se plně realizovala Záhořova koncepce pohlavní výchovy. Žáci gymnázia (kvarta – sexta) v Truhlářské ulici v Praze byli soustředěni ve školní kapli za účelem účasti na přednášce zdravotního rady. V průběhu dvou hodin, s poetickým úvodem a řadě příkladů z přírody, probíhala „osvěta“. Vzhledem k tomu, že obdobný obsah a objasňování podstaty rozmnožování má obsahově celá řada publikací ze Záhořovy koncepce, nelze očekávat jiný přístup.

Pochopitelně, že i Záhořova koncepce měla své rezervy a limity.

- Zmiňovaná Záhořova koncepce pohlavní osvěty má jednu rezervu, kterou i v dnešních přístupech k řešení a realizaci sexuální výchovy můžeme vidět také. Jedná se především o přeceňování tištěné formy prezentování informací (např. učebnice, metodické náměty apod.), byť v komplexním přístupu k rozličným cílovým kategoriím byly nabízeny „doplňující“ přednášky, letáky, diapositivy. Stručně řečeno, chyběla angažovanost dalších výchovných subjektů, které by se na koncepci podílely. Jedná se např. o média, činnost společenských organizací (podrobněji Janiš ml., 2014) v mimoškolní sféře, a to tak, jak byla výchova k rodičovství (zodpovědnému rodičovství) zamýšlena v 80. letech minulého století.
- Nebylo pro realizaci celé koncepce vhodné celospolečenské klima (např. vliv církve, propukající hospodářská krize).
- Většinu přednášek realizoval sám autor projektu (Záhoř), který sám ve své podstatě patřil k výchovným idealistům. Hromadná výuka a určitá kampaňovitost nepřispěla celkem logicky k žádoucímu efektu.
- Pro úspěšnost celého projektu absentovala odborná a metodicko-didaktická příprava v pregraduální výuce na vysokých školách (v dané době na pedagogických ústavech). To znamená, že realizátoři neměli odpovídající metodickou přípravu.

Závěr

Předložený příspěvek se dotýká zajímavého projektu, který byl ve 20. letech minulého století realizován v oblasti pohlavní výchovy. Protože se jednalo o první takto relativně komplexně pojatý projekt, nelze nic jiného, než složit autorovi hlubokou poklonu. Pro další objektivní posouzení, nejsou k dispozici žádné výsledky z realizovaných hodnocení efektivnosti zmiňovaného plánu převýchovy. Útržkovité příklady a vzpomínky nemohou být objektivním kritériem. V každém případě je potřebné se některým „starým“ projektům vracet, neboť vždycky v nich je něco k ocenění, něco k inspiraci, něco, co spojuje současnost s minulostí.

Použitá literatura:

JANIŠ, K. ml. Vybraná témata ze sociální pedagogiky. Opava. Slezská univerzita v Opavě, 2014. ISBN 978-80-7510-101-3.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 1995, 1998, 2001, 2013. ISBN: 978-80-262-0403-9.

RABOCH, J. Očíma sexuologa. Praha: Avicenum, 1988. 264 s. SPN 08-010-88.

UZEL, R. Sexuální výchova u nás a v Evropě. In 4. kongres k sexuální výchově. Praha: SPRSV, 1996. s. 62–64.

Tradicemi za sexuální řád: Evropské konzervativní proudy proti genderové i sexuální rovnosti

Lucie Jarkovská

Otázka rozvoje dětské sexuality je vnímána jako téma medicínského, psychologického, popřípadě morálního. Vývoj posledních let čím dál tím zřetelněji ukazuje, že neméně jde také o téma politické. Podpora či naopak pokusy o omezení sexuální výchovy jsou úzce navázány na politickou orientaci, a jak ukazuje ne-dávné dění např. na Slovensku, může se otázka sexuální výchovy stát součástí silného politického hnutí.

Ve světě se množí případy, kdy je propojení tématu dětství a sexuality využíváno k politické mobilizaci veřejnosti, a to především z konzervativních až ultrakonzervativních pozic. Tyto mobilizační tendence spojují dohromady několik témat, které propojují ochranu dětí s tak vzdálenými oblastmi jako je evropská integrace, multikulturalismus, migrace, práva sexuálních menšin a lidská práva či genderová rovnost. Tyto tendence jsou součástí rostoucí polarizace společnosti a dále situaci vyhrocoují. Cílem tohoto příspěvku je vyloučit některé základní myšlenky, s kterými ultrakonzervativní hnutí pracují a upozornit na jejich nebezpečnost.

Lidská práva a zkáza evropské civilizace

Konzervativní uskupení, ať již jde o některé politické strany či církve a nábožensky zaměřená hnutí a organizace často brání tzv. tradiční hodnoty. Co tyto tradiční hodnoty jsou a jak dlouhou vlastně mají tradici je téma na samostatné pojednání. Ve zkratce můžeme shrnout, že jde o obranu rodiny, pod kterou je chápán svazek muže a ženy ústící ve zplodění dětí, a to přirozenou cestou. Náboženští konzervativci se brání rozvodům, potratům, antikoncepci, reprodukční medicíně, kohabitaci, předmanželskému či mimomanželskému sexu a v posledních letech sílí agenda boje proti právům sexuálních menšin. Zde právě vstupuje do hry otázka evropské integrace a lidských práv. Evropská unie podniká kroky k posílení lidských práv a specificky také zajištění práv všech občanů a občanek bez ohledu na sexuální orientaci a podporuje zavedení institutu registrovaného partnerství či dokonce manželství osob stejného pohlaví a právo na adopci dětí homosexuálními páry. Ruku v ruce s tím jde agenda genderové rovnosti a podpora emancipace žen v oblasti veřejného a mužů v oblasti soukromého života. Konzervativci tvrdí, že tyto snahy znamenají zrušení pohlaví a zkázu evropské civilizace.

Před touto zkázou varují církevní autority, jako např. v minulém roce poznaňský arcibiskup Stanisław Gądecki. V rozhovoru pro polský Nasz Dziennik odpovídal na otázku, jaké jsou podle něj nejzávažnější útoky namířené proti rodině. Za obzvlášť nebezpečnou označil ideologii genderismu, která se dle něj schovává pod libivý pláštík programů rovnosti. Některým rodičům se podle arcibiskupa líbí učit kluky uklízet, ale neuvědomují si, že ruku v ruce s takovým překonáváním stereotypů jde i uznání nároků sexuálních menšin. Domnívá se zřejmě, že pokud totiž zpochybníme jasné rozdělení rolí v rodině, kdy se žena stará o muže a on ji za to ochraňuje a finančně zabezpečuje, pokud si po sobě budou schopni všichni uklízet sami, není už mnoho důvodů k tomu, aby muži žili s ženami, a zakládali tak stabilní a funkční rodiny.

Zdá se to k smíchu, ale taky z toho běhá mráz po zádech. Není to totiž ojedinělý výrok, ale jen jeden z nesčetných projevů narůstající morální paniky a obav z úpadku civilizace, který se má odehrát prostřednictvím rozvrácení rodin a ohrožování zdravého vývoje dětí. Varování před zkázou a společenským rozkladem však zní značně extrémně a pro extrémní názory je obtížné sehnat širší politickou podporu. V posledních letech však tyto ultrakonzervativní subjekty začaly útočit na nejcitlivější místo mnoha lidí, kterým jsou jejich děti a obavy o jejich bezpečí.

Slovenské referendum proti sexuálním menšinám a sexuální výchově

Samozřejmou součástí boje proti právům v oblasti sexuality a reprodukce je také boj proti sexuální výchově. Vidět jsme to mohli na příkladu slovenského referenda. To se konalo 7. února 2015 a jeho cílem bylo preventivně zabránit možnostem rozšíření práv gayů a leseb. Občanům SR byly předloženy následující otázky:

„Súhlasíte s tým, aby sa manželstvom nemohlo nazývať žiadne iné spolužitie osôb okrem vzťahu medzi jedným mužom a jednou ženou?“

„Súhlasíte s tým, aby párom alebo skupinám osôb rovnakého pohlavia nebolo umožnené osvojenie (adopcia) detí a ich následná výchova?“

„Súhlasíte s tým, aby školy nemohli vyžadovať účasť detí na vyučovaní v oblasti sexuálneho správania či eutanázie, ak ich rodičia alebo deti samé nesúhlasia s obsahom vyučovania?“

Iniciátorom referenda bola Aliancia za rodinu, ktorá pripravila také kampaň varujúci pred záhubou, ktorou prináša práva sexuálnych menšín. Aby získali podporu své agendy u širšej verejnosti, zaútočili na najcitlivejšie miesto mnoha ľudí. Využili archetypu psance, zloděje detí. V minulosti se tento archetyp objevoval a dodnes objavuje jako součást očerňování etnických či náboženských skupin (dětí kradou cikáni či Židé). V propagačním spotu Aliancie si přichází gay pár vyzvednout dítě z fungující pěstounské rodiny, ve které dítě šťastně žije. https://www.youtube.com/watch?v=_RcmF68WUe

Věřejnoprávní televize odmítla tento spot odvysílat, a proto byl šířen prostřednictvím internetu. Varování před ztrátou vlastních dětí je součástí mýtu o zneužívání juvenile justice, která odebírá děti jejich vlastním rodičům na základě zcela banálních či vykonstruovaných obvinění. Šířitelé poplašných zpráv o juvenile justice vysvětlují, že tyto neoprávněné zásahy do práv rodičů jsou důsledkem neúměrného rozšiřování práv dětí, u kterých je kupříkladu za týrání považován již lehký pohled. V divočejších případech o juvenile justice mají děti zabavené státem putovat právě k bezdětným homosexuálním párům.

Kultura smrti, genderismus a homosexualismus

Konzervativní náboženské kruhy mluví o tzv. kultuře smrti. Tento termín poprvé použil Jan Pavel II. v Evangelii Vitae v dubnu 1995, a to v souvislosti s potraty, eutanázií a umělou reprodukcí, speciálně oplodněním in-vitro. Označil tyto jevy za nepřirozené a proti Božímu řádu. Termín kultura (někdy též civilizace) smrti se v posledních několika letech dostal především na Slovensku a v Polsku do veřejného povědomí a rozšířil se také na témata genderové rovnosti a homosexuality. Jeho protagonisté zavádí některé neologismy jako genderismus a homosexualismus. Termín homosexualismus má rozlišit homosexuální chování od ideologie, která homosexualitu propaguje jako sociální normu, čímž opět ohrožuje tradiční rodinu. Genderismus definuje německá bojovnice proti genderové rovnosti Gabriele Kuby následovně:

Genderismus chce zrušit pohlavní identitu muže a ženy, což je nesmysl, který v lidských dějinách nikdy neexistoval. Bojuje za rovnost a přijetí každé sexuální orientace a chování. Ani to v žádné společnosti této země nikdy neexistovalo.

Důsledky jsou:

- vykořenění člověka,
- rozbití rodiny,
- sociální anarchie

a to všechno vede k totalitnímu státu. (<http://www.lumendelumine.cz/index.php?page=genderiskus-nici-spolecnost>)

Gabriele Kuby je autorkou knihy Globální SEXuální revoluce. Ztráta svobody ve jménu svobody, která se stala jakousi biblí všech konzervativních odpůrců genderové rovnosti a práv sexuálních menšin. Kniha existuje již i v českém překladu a na stránkách distributora ji nalezneme s doporučením, aby ji četli především „učitelé, politici, kněží a každý, kdo chce znát jasnou argumentaci v oblasti rodinné etiky, objasňující nebezpečí gender ideologie a homosexualismu.“ Celé dvě závěrečné sekce její knihy jsou věnovány sexuální výchově. Kuby se domnívá, že současná podoba sexuálních výchov je výsledkem lobby sexuálních menšin, děti jsou předčasně sexualizovány a podporovány nikoli v tom, aby zakládaly v budoucnu rodiny, ale aby pro ně homosexualita byla stejně hodnotná jako heterosexualita. Již od věku šesti let jsou dle Kuby vedeny ke ztrátě studu, k posilování sexuální žádostivosti a k odbourání svědomí. Kritizuje IPPF i WHO za Mezinárodní standardy pro sexuální výchovu, jejichž hlavním cílem je podle ní děti sexualizovat a zbavit morálních zábran.

Extrém nebo mainstream?

Mnohé z myšlenek, které jsem načrtla výše, zní značně extrémně a zvláště v Českém sekularizovaném prostoru by se mohlo zdát, že nenajdou silnější podporu. Slovenské referendum však našlo odezvu u jednoho miliónu obyvatel. K tomu, aby se výsledek referenda stal závazným, to sice nestačilo, avšak

je to zhruba 1/5 obyvatel, což rozhodně není zanedbatelná část. Organizátor referenda, Aliancia za rodinu, je ve veřejném prostoru značně vidět i slyšet. Pořádá pochody slovenskými městy, agituje ve školách a díky napojení na církve jsou jejich argumenty připomínány při kázáních v kostelích. Využívá obav lidí ze zneužití či poškození jejich dětí, strašní je rozpadem společnosti a koncem světa a přispívá k vyhroceným náladám, které posilují netoleranci a agresivitu.

Že nejde o okrajové extrémní názory, které nebere nikdo seriózně, dosvědčuje i příklady z dalších států. V září 2014 se do polského Sejmu dostal návrh na změnu trestního zákoníku, jehož schválení by umožnilo odnětí svobody až na dva roky osobám, které by veřejně propagovaly či schvalovaly sexuální chování před dětmi mladšími patnácti let nebo by je jakkoliv k takovému chování vedly. Jakákoli učitelka či učitel, kteří by před svými žáky řekli cokoli pozitivního o sexu nebo jim třeba rozdali kondomy, by mohli jít až na dva roky do vězení. Tento návrh novely trestního zákoníku musel Sejm projednat na základě petice podepsané více než čtvrt milionem lidí. Petice nesla název Stop pedofilii a jejím deklarovaným cílem bylo umožnit stíhání osob, které pod rouškou vzdělávání demoralizují mládež. I v polském případě je zřejmé, že ultrakonzervativci využívají demagogie a snaží se o zákaz sexuální výchovy pod rouškou úsilí o ochranu dětí před zneužíváním.

Ale nejsou to jen státy bývalého východního bloku. Ve Francii se odehrávaly protesty proti homoparentálním rodinám, které měly francouzskému parlamentu zabránit přijetí zákonů umožňujících gayům a lesbám umělé oplodnění a náhradní mateřství. Desetitisícové demonstrace provázely již novely zákonů o adopcích. Demonstrující nesli transparenty s nápisy jako „Chceme práci, ne gay manželství“. Je zřejmé, že i zde se konflikt prohlubuje v důsledku šířící se sociální krize. Vidět viníka v politikách rovnosti, gayů a lesbách je mnohem snazší, než dotlačit mocné k citlivým sociálním reformám.

Česká společnost zdá se být výrazně umírněnější. V současné době neprobíhají žádné výraznější aktivity zaměřené proti sexuálním menšinám ani sexuální výchově. Nicméně kampaň proti sexuální výchově v roce 2010 byla vedena malým sdružením ultrakatolických rodičů a podařilo se jí na několik měsíců přesvědčit českou veřejnost, že děti ve školách jsou v ohrožení. Je to i proto, že nejsme zvyklí na argumenty ultrakonzervativců a někdy nám trvá, než rozklíčujeme, odkud vítr vane. Mezi rodiči z katolické komunity se šíří např. obavy z programů podporujících genderovou rovnost a placených z Norských fondů. Na církve navázané organizace nabízí školám přednášky na téma sexuality, které jsou často zdarma a ne vždy explicitně přiznávají svou ideovou orientaci.

Závěrem příspěvku vyzývám k obezřetnosti před různými materiály, aktivitami či peticemi, které avizují, že se týkají podpory rodiny, ochrany dětí před zneužíváním a podobně. Vždy, než je podpoříte, nebo využijete např. při výuce, je třeba důsledně prostudovat obsah a pátrat také po tom, kdo je iniciátorem či autorem. Varovným signálem může být využití termínů, které jsem nastínila výše (homosexualismus, kultura smrti, genderismus, genderová ideologie, juvenilní justice). Je také možné, že se na vyučující obrátí vyděšení rodiče, jak jsem to již zaznamenala na několika školách, kteří narazí na takto orientovaná varování před sexuální výchovou, ale třeba i před programy na odstranění genderové segregace a podporu dívek v přírodních vědách. Je proto dobré znát argumentaci ultrakonzervativců a mít připraveny vlastní argumenty pro trpělivou diskusi.

Kontakt na autorku:

Lucie Jarkovská, Ph.D.

Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita

Rodina a sexuální výchova?

Tereza Kaláčková

Pokud se chceme zamýšlet nad tématem sexuální výchovy, která by měla probíhat v rodině, měli bychom si definovat pojem výchova, sexuální výchova, puberta aj. Výchova je dle Janiše (2002, s. 82) „složitý společenský jev záměrného a cílevědomého působení“. Sexuální výchova bývá vymezována různě, podle Smolkové zní takto (1997): „Sexuální výchova je výchovou k partnerství, manželství a rodičovství v tom smyslu, že je především výchovou prosociální (výchova k sociálním vztahům, k vztahům mezi lidmi), založenou na citlivosti, účtě a odpovědnosti ve vztahu k druhým lidem. Mezi pojmy sexuální výchova a sexuální poučení vidíme veliký rozdíl. Poučení je samo o sobě jen jednou malou, i když důležitou částí komplexní sexuální výchovy, v níž jde o víc – o to vnést do života dítěte kladné hodnotové hledisko.“

Podle Vágnerové (2008) je puberta neboli pubescence jedna z vývojových etap člověka, časově ji vymezuje jako první část adolescence mezi 11.-15. rokem života. V tomto období dochází k typickým změnám v tělesném růstu, v myšlení, emočním prožívání atd. Faktory ovlivňující sexuální vývoj dítěte jsou různé a hrají svou roli již od samotného početí, jelikož už samotná příprava na narození dítěte je velice významná. Pro rozvoj embrya je velmi důležitý psychický, fyzický i duchovní stav těhotné ženy. Mezními událostmi pro sexuální vývoj jedince jsou jak formování zevního pohlavního ústrojí, tedy počátek třetího měsíce těhotenství, příprava reakcí nervové soustavy na zevní podněty sociálního prostředí, která se uskutečňuje mezi čtvrtým až šestým měsícem nitroděložního života. Centrální nervový systém chlapců je v této fázi vývoje ovlivňován hormony z varlat (Pšenička, 1995, Vágnerová, 2008).

Velice důležitá je také citová výchova jak v době těhotenství, tak i po narození dítěte. Zde hraje klíčovou roli bezprostřední kontakt dítěte s matkou ihned po narození a ani dítě až do věku jednoho roku by nemělo být od matky jakkoliv oddělováno. Vzájemný kontakt matky s dítětem a dítěte s matkou vyvolá silnou citovou reakci - tzv. citové pouto, jež dítěti přináší pocit bezpečí a jistotu k okolnímu „nebezpečnému“ světu. Mezi 2.-3. rokem dítěte dochází k utváření vlastní pohlavní role dítěte (Pšenička, 1995).

Jistě se shodneme na tom, že rodina je tím nejvhodnějším prostředím pro sexuální výchovu. Mluvíme o primární sociální skupině a rovněž také o seskupení lidí s blízkými vztahy. Rodina by měla představovat prostředí plně potřebné důvěry a blízkých a intimních vztahů. Rodina významně ovlivňuje také v utváření postojů, názorů a hodnot, dítě si jednotlivé hodnoty přejímá z každodenních situací, které u svých rodinných příslušníků vidí. Dítě pozoruje a vnímá, jak rodiče reagují, jakým způsobem spolu komunikují apod. Důležité je podotknout i skutečnost, že právě v rodině vzniká nejvíce přirozených situací k hovoru o tématech sexuální výchovy a k zodpovězení otázek o nich. Bohužel však nelze zaručit, že rodiče dítěti předají subjektivní i společensky žádoucí vědomosti, postoje a chování. (Rašková, 2013, Šilerová, 2003).

Sexuální výchova v rodině se skládá ze třech základních součástí. První z nich je vztah, jímž rozumíme schopnost dítěte mít rád druhého člověka a rovněž mu důvěřovat. Dále pak vzor, což znamená, že dítě tzv. přijímá chování svých lidí (lidé, kteří pro dítě ztělesňují symbol jistoty) za své. V neposlední řadě svou roli hraje také poučení a skládá se ze dvou veličin – znalosti a vědomosti. Neměli bychom opomíjet, že sdělování informací o sexuálních tématech a to nejen obsah poznatků, které rodiče svým dětem předávají, ale také forma sdělení, se velmi významně podílí na postojích dítěte k sexualitě a k zodpovědnému či nezodpovědnému chování. Poskytnutí „teoreticky“ správných a uznávaných informací samo o sobě samozřejmě nestačí. Ona teorie musí být doplněna praxí, tedy dítě musí vidět, že to co mu rodiče říkají, skutečně žijí (Hajnová, 2002, Šilerová, 2003).

Tak jak je tomu u vzdělávání v jiných oblastech, i zde je zapotřebí řídit se jistými pravidly tak, abychom dosáhli co nejefektivnějších výsledků. Mezi tyto pravidla nebo rovněž zásady patří princip spontánnosti, přiměřenosti, aktivní imunizace, důvěry, pravdivosti, návaznosti a otevřenosti. Principem spontánnosti rozumíme, že rodič přistupuje schopen přistupovat k oblasti sexuální výchovy stejně samozřejmě jako k jiným oblastem života. Princip přiměřenosti zaručuje adekvátnost sdělené informace dítěti vzhledem k jeho věku. To v praxi znamená, že tentýž problém jinak vysvětlíme šestiletému a dvanáctiletému dítěti. Mnohdy se rodiče snaží uchránit své dospívající děti před informacemi co nejdéle, aby stále byly dětmi. Potom ale mnohdy nastávají situace, kdy rodiče začínají se sexuální výchovou příliš pozdě a jejich dítě se samozřejmě již snažilo získat informace jinde. Aktivní imunizaci

rozumíme, že rodiče se svými dětmi sdílejí své dosavadní zkušenosti a poznatky. Díky tomu pak rodič působí na utváření postojů a hodnot dítěte (Pondělíčková-Mašlová, 1990).

Zafixování prvního vysvětlení lidské sexuality představuje „odrazový můstek“ pro další vývoj hodnot a postojů daného jedince. Je-li navíc první informace o sexualitě podaná ve správné formě, dítě se pak v této problematice lépe orientuje a dokáže rozpoznat, co je správné. Pokud je však první informace o sexualitě negativní nebo nesprávná, nikdy ji již nedokážeme zcela odstranit, můžeme její vliv pouze eliminovat. Princip důvěry samozřejmě znamená vzájemnou důvěru rodiče a dítěte. Rodič by neměl být ten, kdo dává dítěti příkazy a zákazy, měl by kroky dítěte korigovat a díky důvěře mu dávat určitou míru volnosti, aby se mohlo svobodně rozhodovat. Dále pak je jistě neméně důležitý princip pravdivosti, jelikož lživé informace mohou u dítěte vyvolat právě i ztrátu důvěry nebo vzbudit až přílišnou zvědavost na tuto problematiku a dítě začne chápat sexualitu, jako něco, o čem se nemluví, tedy jako tzv. zakázané ovoce. Rodiče by také měli znalosti o jednotlivých tématech dítěti postupně rozšiřovat a navazovat na to, co dítě již zná. Poslední princip otevřenosti poukazuje na to, že je přirozené o sexualitě hovořit jak mezi nejbližšími, tak i na různých besedách, vzdělávacích programech apod. Otevřená komunikace o sexualitě je totiž důležitá pro budoucí roli rodičů dítěti a také jejich partnerský život. (Pondělíčková-Mašlová, 1990).

Některí rodiče se však otyčejí o některých tématech s dětmi mluvit a teprve až se jejich dítě právě v této dané oblasti sexuality chová problémově, tak vyhledají pomoc odborníka. Přijít se sexuální výchovou až v pubertě je skutečně příliš pozdě. Už v předškolním věku děti začínají klást první otázky typu: „Jak jsem k Vám přišel?“, „Kdy jste mě dostali?“ (Pšenička, 1995, s. 79). Odpověď rodiče by měla být vřelá a přirozená, v žádném případě bychom se neměli odpovědi vyhýbat či odpovědět lživě, pak dítě může začít vnímat jako něco nepřirozeného, či dokonce špatného. Právě už v předškolním období děti vnímají pohlavní rozdíly, mohou se objevit otázky směřující k vysvětlení sexuálního styku apod. Zde je třeba zdůraznit, že již od prvopočátku bychom neměli oddělovat lásku a sexualitu. Pro předškoláka je důležité, aby měl počtí i pord člověka spojený s láskou mezi tatínkem a maminkou (Pšenička, 1995, Rašková 2014, Štěrbová, 2013).

S nástupem do školy se u dětí buduje vyšší sebevědomí a zlepšuje se komunikace. Když je dítě zvyklé v rodině o sexualitě, pak je pro něj přirozené se zeptat na otázky, co mu nejsou jasné, které by chtěl vědět. Ideálním obdobím pro rozhovory o duševních i tělesných změnách, k nimž během puberty dochází, je třetí třída. Je lépe začít dříve nežli později (Langmeier, Krejčířová, 2006, Vágnerová, 2000).

Ačkoliv sexuální výchova je součástí vzdělávání ve škole, tak role rodiny je naprosto nezastupitelná. Ovšem u rodin, které nefungují tak, jak mají, jsou jakýmkoliv způsobem afunkční nebo rodin s komplikovanými sociálními poměry bývá oblast sexuality zanedbávána až opomíjena. V těchto případech pak hraje primární funkci škola, ač by měla mít funkci doplňkovou. Příspěvek jedním z teoretických podkladů projektu Puberta – součást sexuální výchovy v systému českého a čínského školství, jehož hlavní řešitelkou je doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph. D. (Rašková, 2013, Šulová, 2011).

Seznam použité literatury:

HAJNOVÁ, Růžena, KLEINOVÁ, Stanislava. Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 86 s. ISBN 80-7013-359-7.

JANIŠ, Kamil. Sexuální výchova – příspěvek k teorii a praxi. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2002. 155 s. ISBN 80-7041-377-8.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. 2. Aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. Nezralá sexualita: O sexuální výchově a sexuálních projevech dětí a mládeže. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990. 140 s. ISBN 80-201-0008-3

PŠENIČKA, Ondřej. Sexuální výchova v rodině. 2. doplněné vyd. Hradec Králové: Hnutí rodin, 1995. 310 s. ISBN 901524-3-0.

RAŠKOVÁ, Miluše. Sexuální výchova jako zdroj školní péče o zdraví a zdravý životní styl dětí. Inovovaný studijní materiál pro účastníky Kurzu k sexuální výchově v mateřské a primární škole. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2013, 42 s.

RAŠKOVÁ, Miluše. Problematiky puberty v edukaci primární školy. In: MITLÖHNER, Miroslav, PROUZOVÁ, Zuzana (ed.) 22. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. 18.-20. Září

2014: sborník referátů: Pardubice 2014. Pardubice: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. 2014. 106 s. ISBN 978-80-905696-1-4.

SMOLÍKOVÁ, Kateřina. Než se dítě zeptá... Program sexuální výchovy dětí předškolního věku. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 39 s. obr. příl. ISBN 80-7178-132-0.

ŠILEROVÁ, Lemka. Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 103 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0291-6.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. Rodiny s postiženými dětmi „Tak trochu jiné“ rodiny? Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3459-9.

ŠULOVÁ, Lenka. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: MAXDORF, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál2000. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I. Praha: Karolinum, 2008, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

Kontakt na autorku:

Mgr. Tereza Kaláčková

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Žižkovo nám 5, 771 00, Olomouc

t.kalackova@seznam.cz

školitelka: doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph. D.

Jak správně postupovat při podezření na znásilnění, nebo pohlavní zneužívání

Peter Koliba

Sexuální násilí a znásilnění jsou velmi závažné negativní situace. Vyskytují se ve všech věkových skupinách a společenských vrstvách. Ve všech jejich formách a projevech jde o narušení duševní a tělesné integrity osobnosti, napadení či popírání svobody druhého člověka. I přes toto obecně negativní vnímání tohoto činu je postup zdravotníků, případně i pedagogů limitován platnou legislativou.

Podle platného Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. jde o porušení zákona podle Hlava III. jde o trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti, případně v některých případech lze tyto trestné činy posuzovat také podle odstavce Hlava I., a to trestné činy proti životu a zdraví, pokud tím jinému úmyslně ublíží na zdraví, případně Hlava IV. – trestné činy proti rodině a dětem. Podrobně se této problematice věnuje publikace Kovář P. a kolektiv: Sexuální agrese, která vyšla v roce 2009 v nakladatelství Maxdorf Praha.

Lékaři, zdravotníci, ale také pedagogové se často ocitají v situaci, jak na podobné případy reagovat, jak postupovat. Zde se setkávají dva aspekty: etika versus právní normy. Na jedné straně je povinnost zdravotnického pracovníka (nejenom lékaře) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvědí při výkonu svého povolání. Ta je chápána jako povinnost právní i etická (Listina základních práv a svobod – čl. 7 a 10 – nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, dále Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách (povinnost mlčenlivosti §51), 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a Trestní zákoník č. 40/2009 Sb.). Na druhé straně je § 367 nepřežášení trestného činu a § 368 neoznámení trestného činu bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu (Trestní zákoník č. 40/2009 Sb.).

Zcela jiná situace je, když jde o nepřežášení trestného činu. Podle § 367 je ten, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin vraždy (§ 140), zabití (§ 141), těžkého ublížení na zdraví (§ 145), mučení a nelidského a krutého zacházení (§ 149), ... zbavení osobní svobody (§ 170), znásilnění (§ 185), pohlavního zneužití (§ 187), zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193), týrání svěřené osoby (§ 198) a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na tři roky.

Záznam do zdravotnické dokumentace je velmi důležitý a slouží jako svědecká výpověď při projednávání případu u orgánů činných v trestním řízení. Zprávu lze bez obav poskytnout policii ČR, neboť souhlas je dán oznámením trestného činu.

Závěr

Sexuální traumata zasahují do psychiky hlouběji, než si kdokoli dokáže představit. Statistiky o znásilnění zaznamenávají pouze zlomek reality. Ohlášení sexuálního zneužití sice může vést k potrestání viníka, ale pro zneužitou ženu chybí pomoc, kterou potřebuje. Znásilněné ženy tak často žijí s psychologickými následky celý život, i když se jim je daří vědomě potlačit. Oběti znásilnění i zneužití zpravidla žijí docela normálním životem. Každý, kdo se setká s obětí znásilnění, nebo pohlavního zneužívání měl by mít citlivý, empatický a nezaújatý přístup a poskytnout kontakt na odborné psychologické i nestátní organizace, které se věnují této problematice, např. (Persefona, Bílý kruh bezpečí, Elektra, Acorus, DONA – linka, Nadace Naše dítě, ROSA – centrum pro týrané ženy, Poradna EVA pro ženy a dívky v nouzi apod.)

Kontakt na autora:

Doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.

NZZ Gynartis,s.r.o, Vřesina (Ostrava):

Inštitucionálna sexuálna výchova osôb s mentálnym postihnutím na Slovensku

Stanislava Lištiak Mandzáková, Dagmar Marková

Úvod¹⁾

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (1975) je sexualita neoddeliteľnou súčasťou osobnosti každého, je základnou potrebou a aspektom ľudského bytia, ktorý nemožno oddeliť od ostatných aspektov života. Všetky osoby s postihnutím sú osobnosti, sexualita je teda ich súčasťou bez ohľadu na to, či sa rozhodnú byť sexuálne aktívni. Taktiež SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States) konštatuje, že sexualita je základnou súčasťou ľudského bytia, je hodna dôstojnosti a rešpektu a podporuje právo všetkých ľudí mať presné informácie, komplexné vzdelávanie o sexualite vrátane dostupnosti poskytovania sexuálnych zdravotných služieb (AAIDD, 2012).

Vzhľadom k situácii na Slovensku, ktorú analyzujeme v tomto príspevku, považujeme za opodstatnené, aby sa táto téma riešila aj v kontexte škôl a zariadení pre osoby s mentálnym postihnutím. Sexuálna výchova v týchto školách a zariadeniach absentuje. Jej implementácia si preto vyžaduje podrobnú a fundovanú analýzu stavu poznania v problematike a dlhodobý celoslovenský výskum mapujúci stav v oblasti sexualit osôb s rôznym stupňom mentálneho postihnutia a stav realizácie sexuálnej výchovy v školách a zariadeniach pre tieto osoby. Dlhodobý a komplexný výskum sexualit a sexuálnej výchovy, ktorý realizujeme na Slovensku, sme preto adresovali do špeciálnych základných škôl (všetky vzdelávacie varianty, t. j. všetky stupne mentálneho postihnutia), odborných učilišť (určených predovšetkým pre osoby s ľahkým mentálnym postihnutím) a domovov sociálnych služieb. Vo výskumnom pláne sme zamerali na získanie poznatkov o behaviorálnych a postojoyých aspektoch sexualit a partnerských vzťahov osôb s mentálnym postihnutím v školách a zariadeniach pre tieto osoby na úrovni empirických faktov, ďalej na získanie v tejto dimenzii chýbajúcich poznatkov a identifikovanie preventívnych zdrojov a rezerv z pohľadu pedagogických a odborných zamestnancov a zamestnankyň škôl a zariadení pre osoby s mentálnym postihnutím, vrátane analýzy súčasného stavu realizácie inštitucionálnej sexuálnej výchovy u tejto cieľovej skupiny. Podkladom ku kvalitatívnej analýze získaných údajov sú pre nás mikroanalýzy vyučovacích hodín sexuálnej výchovy.

V nasledujúcom texte predkladáme stručnú analýzu a hodnotenie základných vzdelávacích dokumentov k sexuálnej výchove na Slovensku a parciálne výsledky výskumu sexuálnej výchovy v špeciálnych základných školách na Slovensku.

Sexuálna socializácia v škole

Teórie sexuálnej socializácie sa zaoberajú osvojovaním si sexuálnych rolí v detstve a to predovšetkým počas primárnej socializácie, ktorá sa odohráva v kruhu rodiny. Na primárnu socializáciu a jej „výsledky“ (osvojené základné návyky, postoje, schopnosti, emočné väzby) nadväzuje socializácia sekundárna, ktorá má inštitucionalizovaný charakter v podobe vzdelávacieho systému. Rodinná socializácia však neprestáva pôsobiť po nástupe dieťaťa do školy, a tak vzniká možnosť konfliktu týchto dvoch svetov, pokiaľ ich pôsobenie nie je v súlade (Havlík, Kořa 2002; Smetáčková, Václavíková Helšusová, 2006).

Na rozdiel od primárnej socializácie, ktorá sa nemôže uskutočniť bez emocionálnej identifikácie dieťaťa s významnými druhými, sekundárna socializácia vyžaduje len určitú mieru identifikácie tvoriacej bežnú súčasť medziľudskej komunikácie: „je nutné mať rád svoju matku, ale nie svojho učiteľa“ (Berger, Luckmann 1999, s. 139). S touto rozdielnou mierou emotionality súvisí aj formálnosť a anonymita role učiteľa predstavujúceho inštitucionálneho funkcionára s formálnym poverením sprostredkovať vedenie spoločnosti – záleží na tom, či je učiteľ lepší alebo horší, jeho rola je však oddeliteľná od konkrétneho, nahraditeľného vykonávateľa. Podobne je typizovaná rola žiactva (pre všetkých platia rovnaké pravidlá), hoci prístup vyučujúcich ku konkrétnym žiakom sa môže líšiť v závislosti na ich rodovej príslušnosti alebo sociokultúrnom zázemí. Učiteľstvo nie je nikdy neosobné a učiteľia sa často

¹⁾ Text vznikol na základe podpory grantu VEGA 1/0286/14: *Behaviorálne a postojoyé atribúty sexualit mládeže s ľahkým mentálnym postihnutím v kontexte rizika a prevencie.*

zaraďujú do okruhu významných druhých, od vzťahu učiteľ – žiak sa však očakáva určitý odstup porušovaný len vo výnimočných krízových situáciách (Berger, Luckmann 1999; Havlík, Koťa 2002; Smetáčková, Václavíková Helušosová, 2006).

Podľa Helusa (2007) má spoločnosťou riadená socializácia prebiehajúca v škole štyri základné komponenty:

- učivo stanovujúce jej obsah,
- ciele stanovujúce jej spoločenský účel,
- metódy stanovujúce postupy vedúce k dosiahnutiu týchto cieľov
- hodnotenie stanovujúce jej dosahovanú kvalitu.

V ďalšom texte analyzujeme niektoré z nich v kontexte nami riešenej témy.

Obsahové limity sexuálnej výchovy v špeciálnych základných školách

Na Slovensku sme v súčasnosti svedkami široko ponímanej (po obsahovej stránke²⁾) sexuálnej výchovy, ale napriek zdánlivo pozitívnemu a optimistickému hodnoteniu, je jej realizácia (od 1.9.2008) v rámci tzv. dvojrovnového participatívneho modelu riadenia škôl. Ten je reprezentovaný hierarchicky nadradeným štátnym vzdelávacím programom, záväzným a východiskovým dokumentom pre následnú tvorbu školských vzdelávacích programov³⁾.

Učiteľov a učiteľky, ktorí/é by hľadali v Štátnom vzdelávacom programe návod na realizáciu sexuálnej výchovy, upozorňujeme, že sa v ňom nič takéto nájsť nedá. Celý projekt obsahu sexuálnej výchovy je ponímaný skôr ako odporúčenie, ktoré učiteľ na základe princípov sexuálnej výchovy aplikuje v praxi. Školy si majú možnosť priestor pre sexuálnu výchovu vytvoriť vo svojom školskom vzdelávacom programe v rámci voľiteľných hodín. Tu je priestor pre vytvorenie sexuálnej výchovy ako samostatného predmetu s pôvodným názvom.

Rovňanová (In: Lukšík, Glosová, Rovňanová, 2012) uvádza tieto súčasné možnosti škôl v realizácii sexuálnej výchovy/výchovy k manželstvu a rodičovstvu:

Záujmový krúžok v rámci záujmového vzdelávania cez vzdelávacie poukazy.

Samostatný predmet v rámci učebného plánu v školskom vzdelávacom programe s minimálnou dotáciou 0,5 hodín/týždeň = 16 vyučovacích hodín ročne v rámci disponibilných voľných hodín zo štátneho vzdelávacieho programu, ak uvedená problematika patrí medzi priority výchovno-vzdelávacej stratégie školy.

Ako súčasť triednických hodín.

V rámci etickej/náboženskej výchovy.

V rámci prierezových tém podľa potrieb a možností školy.

V rámci činnosti odborných zamestnancov školy (psychoetické výcviky, kurzy atď.).

V spolupráci so širšou odbornou komunitou (z oblasti zdravotníctva, práva, psychológie, sociálnej práce, aktivity mimovládnych organizácií a pod.).

Koncepcia výchovy k manželstvu a rodičovstvu zaviedla povinnosť menovať koordinátora/koordinátorku výchovy k manželstvu a rodičovstvu⁴⁾ na každej škole. Absentuje však ich odbornomo-metodická príprava v adekvátnom vzdelávacom programe. Je len na konkrétnej škole, jej vedení, žiakoch/žiačkach, ich rodičoch a učiteľoch/učiteľkách, odborných zamestnancoch/zamestnankyniach a cieľoch

²⁾ Obsahom sexuálnej výchovy sú vedomosti, postoje, zručnosti, návyky a správanie, ktoré má žiak v priebehu sexuálnej výchovy získať.

³⁾ Štátny vzdelávací program vyjadruje hlavné princípy a ciele vzdelanostnej politiky štátu, vymedzuje všeobecné ciele škôl v podobe kľúčových kompetencií, zavádza prierezové témy a vymedzuje rámcový obsah vzdelania. Školský vzdelávací program je základným dokumentom školy, podľa ktorého sa v ňom uskutočňuje výchova a vzdelávanie. Musí byť vypracovaný podľa školského zákona (Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov) a v súlade s príslušným štátnym vzdelávacím programom a zásadami jeho tvorby. Dáva priestor škole na tvorbu obsahu cez voľne disponibilné hodiny špecifické regionálne a lokálne podmienky i požiadavky. Školy nimi môžu posilňovať existujúce vyučovacie predmety alebo vytvoriť a zaviesť nové vyučovacie predmety, pre ktoré sú povinní vypracovať a schváliť učebné osnovy.

⁴⁾ V zákone 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch v § 33 v odseku Pedagogický zamestnanec špecialista a odborný zamestnanec špecialista je definovaný ako koordinátor prevencie.

vychádzajúcich zo štátneho a školského vzdelávacieho obsahu, rámec ktorého vymedzujú otázky (aj vo vzťahu k výchove k manželstvu a rodičovstvu), aký bude obsah, cieľové skupiny, zmysel, hodnoty, ciele, stratégie a metódy, vek a dĺžka vzdelávania, organizácia, legislatívny rámec, riadenie aj v oblasti sexuálnej výchovy.

Podľa Täubnera (2003) je obsah sexuálnej výchovy v školách obvykle konštruovaný na základe týchto podmienok:

Aktuálna spoločenská potreba, ktorá je podmienená objavom alebo rastom rôznych negatívnych javov (napríklad nárast sexuálne prenosných chorôb, objav nových nebezpečných ochorení – AIDS).

Vplyvy krajín, ktoré modulujú predstavy spoločenského vývoja ostatných krajín a tým aj predstavy o výchove občanov/občianok.

Tradícia a kultúra spoločnosti, politika a ideológia štátu. Aktuálne spoločenské normy, zákony a pravidlá života v spoločnosti z hľadiska súčasného i budúceho.

Rozvoj vedeckého poznania predovšetkým v (špeciálnej) pedagogike, psychológii a biológii človeka, medicíne, sexuológii a ďalších príbuzných vedách.

Opozíčné postoje, ktoré vyplývajú predovšetkým z rôznych svetonázorových postojov ostatných sociálnych skupín.

Sexuálna výchova spracovaná do niekoľkých vyučovacích predmetov (prírodoveda, biológia človeka, občianska výchova a podobne) alebo zahrnutá do výchov (rozumová, zmyslová, pracovná, výtvarná a podobne) v školách pre žiakov a žiačky s mentálnym postihnutím a posilňovaná formou skupinových preventívnych programov i cieľovým výchovným pôsobením v rodinách, predstavuje súbor najmä týchto schopností a zručností (Novosad, 2002):

Byť schopný/á orientácie v spoločnosti, rozumieť zákonom a normám sociálneho správania, vedieť kam sa môžem obrátiť so žiadosťou o podporu v nepriaznivej situácii a vedieť sa na profilovaní a realizácii adekvátnej pomoci spolupodieľať.

Byť schopný/á efektívneho medziľudského kontaktu a komunikácie, ovládať techniky pokiaľ možno jednoznačného dorozumievania, vedieť povedať „nie“ a vedieť, ako sa brániť manipulácii, zastrášaniam, zneužívaniu a podobne. Získať a rozvíjať také sociálne zručnosti, ktoré pomôžu predchádzať a rozoznávať rizikové situácie vo vzťahu k sexuálnemu obťažovaniu a napadnutiu. Vedieť, čo je v medziľudskom kontakte bežné, čo ma neponižuje, čo je mi príjemné, a naopak, čo mi príjemné nie je, čo si nemusím nechať páčiť a ako sa tomu efektívne brániť, a taktiež vedieť prejavovať svoju pozornosť o druhého primerane akceptovateľným spôsobom, vedieť, že každý má právo odmietnuť.

Uvedomovať si, že nie každý človek, ktorý o mňa prejavuje záujem, koná s dobrým úmyslom. Vedieť rozoznávať fakticky i potenciálne nebezpečných jedincov.

Poznať zásady bezpečného sexuálneho správania a hygieny, vedieť pomenovať relevantné telesné partie, popísať, čo sa s nimi deje (a popísať, čo sa s nimi stalo, keď ma niekto sexuálne obťažoval alebo napadol). Poznať nebezpečenstvo pohlavne prenosných chorôb a vedieť o možnostiach i použití antikoncepcie.

Byť si vedomý/á svojich občianskych práv i povinností, vedieť sa primerane presadiť a kooperovať s druhými ľuďmi, byť si vedomý svojej ľudskej hodnoty.

Všetky uvedené schopnosti a zručnosti by mali prispieť k bežnému samostatnému životu (vrátane bývania alebo asistovaného bývania) a čo možno k najplnohodnotnejšiemu životu osôb s mentálnym postihnutím v spoločnosti a teda i k obojstranne pozitívnemu nadväzovaniu partnerských i sexuálnych vzťahov.

Sexuálna výchova v ISCED 1 – primárne vzdelávanie

Učivo sexuálnej výchovy je vytvárané na základe spoločenskej skúsenosti a obsahuje nielen spoločenské vedenie, ale aj spoločensky zdieľané hodnoty a normy (je sociálnym konštruktom). Vyjadrujú ho dokumenty ako sú osnovy, vzdelávacie programy a plány a učebnice, ktoré predstavujú formálne kurikulum.

V slovenskom školskom systéme je na základných i stredných školách vzťahový rámec sexuálnej výchovy zahrnutý v predmetoch biológia, etická výchova, náboženská výchova, občianska výchova a v prierezovej téme osobnostný a sociálny rozvoj a najmä v rámci „inovovaných“ učebných osnov Výchovy k manželstvu a rodičovstvu schválených v roku 2010 (Výchova k manželstvu a rodičovstvu – učebné osnovy, 2010).

Na špeciálnych základných školách sa sexuálna výchova vyučuje v rámci predmetov – etickej výchovy, biológie, občianskej výchovy a v rámci iných predmetov formou tzv. skrytých osnov ako aj v mimovyučovacích výchovno-vzdelávacích aktivitách triedneho učiteľa. Samozrejme, najväčší priestor je na triednických hodinách a najmä na etickej výchove. Tá je však opäť nepovinná a žiaci/žiačky (no častejšie ich rodičia) si vyberajú medzi ňou a náboženstvom. Výsledkom je, že existujú regióny, kde sa v škole neučí etickú výchovu ani jeden žiak/žiačka a namiesto vedeckých informácií o sexualite počujú, že homosexualita je dedičný hriech, masturbácia škodí zdraviu, predmanželský sex je neprípustný a každá interrupcia rovná sa vražda. Podľa Prevendárovej (1994) je potrebné vytýčiť si, aké sú základné atribúty sexuálnej výchovy pri jej vyučovaní, aby bolo vyučovanie tejto oblasti efektívne v budúcom živote osôb s mentálnym postihnutím.

Obsah výchovy k manželstvu a rodičovstvu sa vo Vzdelávacom programe pre žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia (Vzdelávacie programy pre žiakov s mentálnym postihnutím, ISCED 1 – primárne vzdelávanie, 2009) prezentuje vo vyučovaní viacerých učebných predmetov, avšak kľúčové postavenie má spoločenskovedné učivo vecného učenia – tematický celok Domov a jeho okolie v 1. ročníku špeciálnej základnej školy, Rodina a spoločnosť v 2. ročníku a Domov a rodina v 3. ročníku a učivo vlastivedy – tematický celok Rodina v 4. ročníku, Život v rodine v 5. ročníku a Živá príroda v 6. ročníku. Ťažisko vyučovania výchovy k manželstvu a rodičovstvu je najmä v predmetoch etická výchova a náboženská výchova. Učiteľ/učiteľka etickej výchovy dôsledne realizuje výchovu k manželstvu a rodičovstvu v súlade s učebnými osnovami etickej výchovy (Učebné osnovy etickej výchovy pre 5. až 9. ročník základnej školy, 1997). Biologický aspekt výchovy k manželstvu a rodičovstvu sa realizuje v predmete biológia a spoločensko-občiansky aspekt v predmete občianska výchova.

Výchova k manželstvu a rodičovstvu je ucelený systém výchovy a vzdelávania žiakov, preto sa dá pri relevantných témach aplikovať aj v ostatných učebných predmetoch. Vhodným začlenením a kreativitou učiteľa/učiteľky sa s výchovou k manželstvu a rodičovstvu žiaci a žiačky oboznamujú aj na hodinách slovenského jazyka – v literárnej výchove a pri telesnej výchove.

Žiaci a žiačky sa môžu venovať výchove k manželstvu a rodičovstvu aj na hodinách voliteľného predmetu náboženskej výchovy. Nie je tu presne vymedzené, v akom rozsahu by sa mal katechét/katechétka, resp. pedagóg/pedagogička venovať tejto problematike. Katolícke a katechetické pedagogické centrum, n. o. navrhlo metodické odporúčanie pre včlenenie nadpredmetových vzťahov v základných školách, kde zaradilo aj výchovu k manželstvu a rodičovstvu od 1. ročníka. Obsahuje témy ako ľudská dôstojnosť, túžba a plány, úcta k pohlaviu, sex a láska, budovanie vzťahov a iné. Domnievame sa, že by to mohlo byť akousi pomocou aj pre katechetov/katechétky v špeciálnych základných školách.

Témy, ktoré môžu objektívne spadať do oblasti sexuálnej výchovy sú obsiahnuté v rámci prezentovaných predmetov. Priama zmienka o sexuálnych témach sa však vyskytuje len ojedinele. Pri tvorbe školského vzdelávacieho programu však ide zväčša o osobné domnienky a potreby, čo do predmetu zaradiť priamo a na čom spolupracovať s učiteľmi/učiteľkami iných predmetov. Témy potvrdzujú konštatovanie z učebných osnov (Výchova k manželstvu a rodičovstvu – učebné osnovy, 2010), že najmä vo vyšších ročníkoch špeciálnych základných škôl hlavnú úlohu preberajú predovšetkým učiteľia/učiteľky biológie, občianskej výchovy a etickej výchovy, resp. triedny/a učiteľ/učiteľka.

Pri celkovom posúdení je pre žiakov a žiačky s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia možné tematické celky viažuce sa k sexuálnej tematike zhrnúť do niekoľkých skupín:

- Domov a jeho okolie

- Rodina

- Živá príroda

- Rozmnožovanie

- Zdravie a jeho prevencia

- Charakterové a mravné hodnoty človeka.

Sexuálna výchova u žiakov a žiačok so stredným stupňom mentálneho postihnutia je obsiahnutá v tematických celkoch:

- Domov a rodina

- Rodina a obec

- Zdravie a choroba

- Prosociálne správanie – spolupráca, priateľstvo

- Etické aspekty vzťahu k vlastnej rodine

Etické aspekty integrovania sexuálnej zrelosti do kontextu osobnosti
Etické aspekty manželstva, rodinného a sexuálneho života
Konzumný a nezodpovedný sex
Etika sexuálneho života.

Sexuálna výchova u žiakov a žiačok s ťažkým a hlbokým stupňom mentálneho postihnutia je obmedzená iba sporadicky a to na vecnom učení v tematickom celku Základná orientácia – rozlišovanie ľudí podľa pohlavia, veku a pod.

Rovňanová (In: Lukšík, Glosová, Rovňanová, 2012) konštatuje, že v súčasných učebných osnovách oficiálne schválených pre predmet s názvom výchova k manželstvu a rodičovstvu sú ošetrované len okrajovo alebo chýbajú témy sexuálnej orientácie, rodových stereotypov, sexuálnych a reprodukčných práv, prevencie sexuálneho násillia či odstraňovania diskriminácie vrátane HIV pozitívnych ľudí.

Ciele výchovy k manželstvu a rodičovstvu špecifikuje dokument Učebné osnovy – Výchova k manželstvu a rodičovstvu (2010). Učebné osnovy definujú ciele a témy osobitne pre primárne vzdelávanie – ISCED 1, nižšie sekundárne vzdelávanie – ISCED 2 a vyššie sekundárne vzdelávanie – ISCED 3. Učebné osnovy jednoznačne postulujú informačný aj výchovný cieľ tohto predmetu; učiteľ by mal nielen odovzdať poznatky, ale aj formovať postoje a pomáhať utvárať „žaduci hodnotový systém“ (s. 11) – žiaducu hodnotovú orientáciu však osnovy bližšie nepopisujú, naznačujú ju len implicitne (Masaryk, 2004).

Je pravda, že nie na všetkých školách sexuálnu výchovu akceptovali, nie na všetkých školách ju robia kvalitne. V tomto smere je ešte veľa čo doháňať priebežným vzdelávaním učiteľov všetkých so sexuálnou výchovou súvisiacich predmetov, vzdelávaním a výchovou žiakov a informovaním rodičov. Najmä rodičia sú málo informovaní o cieľoch a princípoch tejto zložky výchovy, napriek tomu, že z Koncepcie výchovy k manželstvu a rodičovstvu vyplýva riaditeľom škôl komunikovať a spolupracovať s rodičmi v tejto oblasti osobnostnej formácie detí a mladých ľudí.

Podľa Janiša (2013) prezentovaný súčasný stav vypovedá o tom, že postupne dôjde k potlačovaniu sexuálnej výchovy v prostredí školy. Autor predpokladá, že na informovanosti a realizácii sa budú podieľať výraznejšou mierou ďalšie subjekty výchovy, ako napr. masmédiá, internetové zdroje, poradenstvo a individuálne nosiče.

Výskum obsahových a formálnych aspektov sexuálnej výchovy žiakov s mentálnym postihnutím

V roku 2014 sme realizovali výskum, ktorý bol zameraný na postojové a behaviorálne atribúty sexuality osôb s mentálnym postihnutím a ich sociokultúrne a etické kontexty. Tiež sme mapovali vybrané aspekty kvality života osôb s mentálnym postihnutím v oblasti sexuality, partnerských vzťahov, reprodukcie a realizácie sexuálnej výchovy. Zisťovali sme aj morálne konštrukcie sexuality a postoje k sexualite u učiteľov a učiteľiek na špeciálnych základných školách, v ktorom bolo zahrnuté ich posudzovanie sexuality u osôb s rôznym stupňom mentálneho postihnutia. Vo výskume boli celkovo využité kvalitatívne aj kvantitatívne metódy. V tomto príspevku sa zameriavame len na stručnú analýzu pomocou deskriptívnej štatistiky tých položiek z dotazníka, ktoré sa týkali vybraných aspektov sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím, konkrétne obsahu (tém) a foriem sexuálnej výchovy a posudzovania jej dôležitosti v kontexte ostatných zložiek výchovy z pohľadu učiteľov špeciálnych základných škôl.

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorili učelia a učiteľky špeciálnych základných škôl (n= 322). Výskumný súbor nebol reprezentatívny. Z hľadiska pohlavia vo výskumnom súbore prevládali ženy – 82 %, zastúpenie mužov bolo 18 %. Priemerný vek u učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl bol 43,6 rokov a najčastejšie uvádzaný vek bol 40 rokov. Učelia a učiteľky špeciálnych základných škôl boli inštruuované, aby v dotazníku posudzovali dané položky so zreteľom na stupeň mentálneho postihnutia žiakov a žiačok, ktorých vyučujú. U 64 % sú to žiaci/žiačky s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia, u 23 % žiaci/žiačky so stredne ťažkým stupňom mentálneho postihnutia a 13 % vyučuje žiakov/žiačky s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia.

Výskumné zistenia o obsahových a formálnych aspektoch sexuálnej výchovy žiakov s mentálnym postihnutím

Hodnotenie dôležitosti sexuálnej výchovy

Vo výskume sme sa učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl pýtali na dôležitosť sexuálnej výchovy. Na päťstupňovej škále, kde 1 = veľmi dôležitá a 5 = vôbec nie je dôležitá, mali opýtaní/é učitelia a učiteľky posúdiť, nakoľko sexuálnu výchovu považujú za dôležitú pre osoby s mentálnym postihnutím v kontexte ostatných zložiek výchovy.

Z tabuľky 1 môžeme vidieť, že najčastejšie uvádzanou odpoveďou bola odpoveď, že sexuálna výchova je pre osoby s mentálnym postihnutím „dôležitá“. Tiež priemer 1,9 naznačuje, že učitelia a učiteľky zo špeciálnych základných škôl považujú sexuálnu výchovu pre osoby s mentálnym postihnutím za pomerne dôležitú.

Tabuľka 1 Popisná štatistika – dôležitosť sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím podľa učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl

Variable	Descriptive Statistics (SMP Teacher)			
	Mean	Mode	Frequency of Mode	Std.Dev.
Var166	1,96743	2,000000	169	0,73581

Formy sexuálnej výchovy

Akou formou a ako často je sexuálna výchova pre osoby s mentálnym postihnutím realizovaná? Uvedené sme zisťovali v ďalšej otázke v dotazníku, pričom sme sa pýtali, aká je forma realizácie sexuálnej výchovy na príslušnej špeciálnej základnej škole, kde pôsobia opýtaní/é učitelia a učiteľky a ako často danú formu sexuálnej výchovy uskutočňujú. Na sedemstupňovej škále (od 1 = niekoľkokrát za deň až po 7 = nikdy) mali opýtaní/é učitelia a učiteľky vyznačiť – pri danej forme sexuálnej výchovy – ako často je na príslušnej špeciálnej základnej škole realizovaná.

Vzhľadom k odpovediam na sledovanú otázku sú výsledky deskriptívnej štatistiky, resp. niektoré štatistické ukazovatele uvedené v tabuľke 2. Najčastejšie pre jednotlivé realizované formy sexuálnej výchovy⁵⁾ pre osoby s mentálnym postihnutím opýtaní/é učitelia a učiteľky zvolili odpoveď 4 (= niekoľkokrát za rok) s výnimkou formy „prednášky, besedy s odborníkmi a odborníčkami oddelene chlapci a dievčatá“, kde bola najčastejšie zvolená odpoveď 5 (= raz za rok). Priemer naznačuje, že sexuálna výchova je najčastejšie realizovaná individuálnou formou (rozhovor so žiakom, žiačkou), kým prednášky alebo besedy s odborníkmi a odborníčkami oddelene pre chlapcov a dievčatá sú realizované najmenej často. Z uvedených výsledkov sa ukazuje, že sexuálna výchova je realizovaná pre osoby s mentálnym postihnutím bez ohľadu na jej formu najčastejšie minimálne niekoľkokrát za rok na sledovaných špeciálnych základných školách.

Tabuľka 2 Popisná štatistika – realizované formy sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím na špeciálnych základných školách

Variable	Descriptive Statistics (SMP Teacher)			
	Mean	Mode	Frequency of Mode	Std.Dev.
Var171	3,13793	4,000000	76	1,45316
Var172	3,72308	4,000000	76	1,73768
Var173	3,97590	4,000000	93	1,63364
Var174	4,58846	4,000000	101	1,45322
Var175	4,82072	5,000000	76	1,51649
Var176		Multiple	1	

Legenda: Formy sexuálnej výchovy: 171 – individuálne (rozhovor so žiakom, žiačkou), 172 – na vyučovaní spolu chlapci a dievčatá, 173 – na vyučovaní oddelene chlapci a dievčatá, 174 – prednášky, besedy s odborníkmi a odborníčkami spolu chlapci a dievčatá, 175 – prednášky, besedy s odborníkmi a odborníčkami oddelene chlapci a dievčatá, 176 – iné.

⁵⁾ Pozri v legende k tabuľke.

Témy sexuálnej výchovy

Od učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl sme tiež zisťovali, aké témy by mali byť súčasťou sexuálnej výchovy pre žiakov a žiačky s mentálnym postihnutím a aké témy sú reálne súčasťou ich sexuálnej výchovy na príslušnej špeciálnej základnej škole. Svoje odpovede mali vyznačiť na päťstupňovej škále (od 1 = v čo najväčšej možnej miere až po 5 = vôbec).

Niektoré výsledky deskriptívnej štatistiky vzhľadom k odpovediam na prvú otázku, ktorá sa týkala toho, aké témy by mali byť podľa opýtaných učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl súčasťou sexuálnej výchovy žiakov a žiačok s mentálnym postihnutím, sú uvedené v tabuľke 3.A. Možno z nej vidieť, že skoro pri všetkých sledovaných oblastiach sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím najčastejšie opýtani/é učelia a učiteľky zvolili odpoveď 1 (= v čo najväčšej možnej miere) s výnimkou témy pornografia, kde bola najčastejšie zvolená odpoveď 3 (= menej obsiahlo) a pri štyroch ďalších témach (otázky informovaného súhlasu, sexuálna spokojnosť, masturbácia, sexuálna spokojnosť) bola najčastejšie zvolená odpoveď 2 (= obsiahlo). Uvedené výsledky naznačujú, že učelia a učiteľky špeciálnych základných škôl nazerajú na sledované témy sexuálnej výchovy ako na dôležitú súčasť výchovy žiakov a žiačok s mentálnym postihnutím, čo je v súlade s predchádzajúcimi zisteniami, podľa ktorých sexuálnu výchovu považujú za dôležitú.

Na základe priemerov v tabuľke 3.B, ktoré vychádzali z odpovedí učiteľov a učiteľiek zo špeciálnych základných škôl o témach, ktoré by mali byť súčasťou sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím, sme ilustratívne zostavili poradie od najviac preferovaných po najmenej preferované témy sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím i keď je zrejme, že väčšinou boli všetky témy sexuálnej výchovy považované za dôležité, resp. je im potrebné venovať dostatočný časový priestor.

Z tabuľky 3.B môžeme vidieť, že medzi najviac preferované témy sexuálnej výchovy podľa účastníkov a účastníčok výskumu patrili skôr biologické a medicínske oblasti sexuálnej výchovy (napr. puberta a dospievanie, starostlivosť o telo, intímna hygiena, polúcia, menštruácia, tehotenstvo, pohlavné choroby, antikoncepcia) a v prvej desiatke podľa poradia boli zastúpené aj témy partnerstva (vzťah muža a ženy, láska, budovanie partnerského vzťahu). Možno však vidieť, že v prvej desiatke prevládajú skôr prvoplánové⁶ aspekty sexuálneho zdravia. Druhoplánové aspekty sexuálneho zdravia ako napr. rozvoj osobnosti, rodové stereotypy, partnerská realizácia, sexuálna spokojnosť a pod. sú v poradí na základe priemeru umiestnené neskôr – konkrétne témy sexuálnej výchovy ako napr. sexuálna orientácia (19. miesto), sexuálna spokojnosť (20. miesto), otázky informovaného súhlasu (23. miesto – predposledné miesto) atď.

Tabuľka 3.A Popisná štatistika – preferencie tém sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím u učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl

Variable	Descriptive Statistics (SMP Teacher)			
	Mean	Mode	Frequency of Mode	Std. Dev.
Var116	1,93333	1,000000	118	1,03075
Var117	2,46886	2,000000	94	1,05368
Var118	1,39016	1,000000	202	0,60852
Var119	1,37294	1,000000	203	0,58360
Var120	1,42662	1,000000	187	0,63481
Var121	2,37276	2,000000	92	1,06823
Var122	2,19861	1,000000	95	1,10257
Var123	1,78521	1,000000	127	0,88149
Var124	1,82168	1,000000	118	0,84999
Var125	1,95848	1,000000	121	1,02994
Var126	1,66781	1,000000	146	0,83476
Var127	1,95486	1,000000	124	1,04333
Var128	2,37809	2,000000	92	1,11493
Var129	2,21071	2,000000	114	0,97010
Var130	1,18581	1,000000	250	0,47579
Var131	1,51379	1,000000	177	0,75433
Var132	1,53448	1,000000	179	0,82804

⁶ Pri rozlišovaní prvoplánových a druhoplánových aspektov sexuálneho zdravia vychádzame z Lukšik, Šupeková (2003) a Bianchi (2001). Viac k problematike sexuálneho zdravia pozri napr. v: Marková, 2015, 2011, 2009 – 2006).

Var133	1,88321	1,000000	117	0,97263
Var134	1,66090	1,000000	157	0,88735
Var135	1,55290	1,000000	174	0,83262
Var136	1,46416	1,000000	184	0,69950
Var137	1,58131	1,000000	172	0,84232
Var138	2,71739	3,000000	90	1,26485
Var139	2,42647	1,000000	83	1,25749
Var140		Multiple	1	

Legenda: Témy sexuálnej výchovy: 116 – psychosexuálny vývoj, 117 – otázky informovaného súhlasu, 118 – puberta a dospievanie, 119 – vzťah muža a ženy, láska, 120 – budovanie partnerského vzťahu, 121 – sexuálna spokojnosť, 122 – sexuálne práva, 123 – odolávanie sexuálnemu nátlaku, 124 – rozdiely medzi pohlaviami, 125 – pohlavné orgány, 126 – sexuálne zneužívanie, 127 – pohlavný styk, 128 – masturbácia, 129 – sexuálna orientácia, 130 – starostlivosť o telo, intímna hygiena, 131 – polúcia, menštruácia, 132 – pohlavné choroby, 133 – promiskuita, 134 – predčasný pohlavný život, 135 – antikoncepcia, 136 – tehotenstvo, 137 – plánované rodičovstvo, 138 – pornografia, 139 – prostitúcia, 140 – iné.

Tabuľka 3.B Poradie na základe priemeru – preferencie tém sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím u učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl

Preferencie tém sexuálnej výchovy	Poradie podľa priemeru
130 – starostlivosť o telo, intímna hygiena	1.
119 – vzťah muža a ženy, láska	2.
118 – puberta a dospievanie	3.
120 – budovanie partnerského vzťahu	4.
136 – tehotenstvo	5.
131 – polúcia, menštruácia	6.
132 – pohlavné choroby	7.
135 – antikoncepcia	8.
137 – plánované rodičovstvo	9.
134 – predčasný pohlavný život	10.
126 – sexuálne zneužívanie	11.
123 – odolávanie sexuálnemu nátlaku	12.
124 – rozdiely medzi pohlaviami	13.
133 – promiskuita	14.
116 – psychosexuálny vývoj	15.
127 – pohlavný styk	16.
125 – pohlavné orgány	17.
122 – sexuálne práva	18.
129 – sexuálna orientácia	19.
121 – sexuálna spokojnosť	20.
128 – masturbácia	21.
139 – prostitúcia	22.
117 – otázky informovaného súhlasu	23.
138 – pornografia	24.

V ďalšej otázke sme sa učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl pýtali, aké témy sú reálne súčasťou sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím na školách, kde pôsobia.

Na základe výsledkov deskriptívnej štatistiky (tab. č. 4.A) vzhľadom k odpovediam na túto otázku možno vidieť väčšiu variabilitu v odpovediach účastníkov a účastníčok výskumu v porovnaní s odpoveďami na predchádzajúcu otázku. Vo všetkých sledovaných témach možno vidieť vyššie hodnoty priemeru a častejšie sa vyskytujúce odpovede 3 (= menej obsiahlo) a 4 (= okrajovo) z čoho možno usudzovať, že opýtani/é učelia a učiteľky špeciálnych základných škôl vyššie hodnotia dôležitosť jednotlivých tém sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím v porovnaní s tým, aký priestor im je reálne na daných školách venovaný. Ukazuje sa, že sexuálna výchova je účastníkmi a účastničkami

kami výskumu považovaná za dôležitú bez ohľadu na jednotlivé oblasti sexuálnej výchovy, ale reálne je jednotlivým témam venovaný rozličný priestor na špeciálnych základných školách.

Opäť sme podľa priemeru (tab. č. 4.B) ilustratívne zostavili poradie od najviac frekventovaných tém po najmenej preferované témy sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím.

Medzi témy sexuálnej výchovy, ktoré sú menej obsiahlo až okrajovo preberané na sledovaných špeciálnych základných školách patria napr. pornografia, prostitúcia, sexuálna spokojnosť, masturbácia, ale aj otázky informovaného súhlasu či sexuálne práva a i.

Naopak, medzi častejšie frekventované témy sexuálnej výchovy patria napr. starostlivosť o telo, intímna hygiena, puberta a dospievanie, vzťah muža a ženy, láska, budovanie partnerského vzťahu, tehotenstvo a i.

Tabuľka 4.A Popisná štatistika – témy realizovanej sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím na špeciálnych základných školách

Variable	Descriptive Statistics (SMP Teacher)			
	Mean	Mode	Frequency of Mode	Std. Dev.
Var141	2,45228	2,000000	71	1,23102
Var142	3,09778	3,000000	64	1,24615
Var143	1,69963	1,000000	140	0,88569
Var144	1,75940	1,000000	130	0,91239
Var145	1,84791	1,000000	129	1,01500
Var146	3,22078	3,000000	68	1,23313
Var147	3,13478	4,000000	73	1,21278
Var148	2,84681	3,000000	83	1,18120
Var149	2,10040	1,000000	93	1,08971
Var150	2,09562	1,000000	98	1,08019
Var151	2,51883	3,000000	72	1,09557
Var152	2,60776	3,000000	67	1,19034
Var153	3,21645	3,000000	73	1,21437
Var154	2,81140	3,000000	75	1,16273
Var155	1,51953	1,000000	172	0,88540
Var156	2,09200	1,000000	94	1,05831
Var157	2,19433	1,000000	79	1,07195
Var158	2,88362	3,000000	76	1,19497
Var159	2,32773	2,000000	78	1,12965
Var160	2,06996	1,000000	99	1,12414
Var161	1,87747	1,000000	117	0,98642
Var162	2,08502	1,000000	94	1,14979
Var163	3,54783	Multiple	62	1,18391
Var164	3,30472	4,000000	77	1,18788
Var165		Multiple	1	

Legenda: Témy sexuálnej výchovy: 141 – psychosexuálny vývoj, 142 – otázky informovaného súhlasu, 143 – puberta a dospievanie, 144 – vzťah muža a ženy, láska, 145 – budovanie partnerského vzťahu, 146 – sexuálna spokojnosť, 147 – sexuálne práva, 148 – odolávanie sexuálnemu nátlaku, 149 – rozdiely medzi pohlaviami, 150 – pohlavné orgány, 151 – sexuálne zneužívanie, 152 – pohlavný styk, 153 – masturbácia, 154 – sexuálna orientácia, 155 – starostlivosť o telo, intímna hygiena, 156 – polícia, menštruácia, 157 – pohlavné choroby, 158 – promiskuita, 159 – predčasný pohlavný život, 160 – antikoncepcia, 161 – tehotenstvo, 162 – plánované rodičovstvo, 163 – pornografia, 164 – prostitúcia, 165 – iné.

Tabuľka 4.B Poradie na základe priemeru – témy realizovanej sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím na špeciálnych základných školách

Témy realizovanej sexuálnej výchovy	Poradie podľa priemeru
155 – starostlivosť o telo, intímna hygiena	1.
143 – puberta a dospievanie	2.
144 – vzťah muža a ženy, láska	3.
145 – budovanie partnerského vzťahu	4.
161 – tehotenstvo	5.
160 – antikoncepcia	6.
162 – plánované rodičovstvo	7.
156 – polúcia, menštruácia	8.
150 – pohlavné orgány	9.
149 – rozdiely medzi pohlaviami	10.
157 – pohlavné choroby	11.
159 – predčasný pohlavný život	12.
141 – psychosexuálny vývoj	13.
151 – sexuálne zneužívanie	14.
152 – pohlavný styk	15.
154 – sexuálna orientácia	16.
148 – odolávanie sexuálnemu nátlaku	17.
158 – promiskuita	18.
142 – otázky informovaného súhlasu	19.
147 – sexuálne práva	20.
153 – masturbácia	21.
146 – sexuálna spokojnosť	22.
164 – prostitúcia	23.
163 – pornografia	24.

Záver

Ľudia s mentálnym postihnutím majú rovnaké práva ako ostatní, aby získali presné informácie, komplexné vzdelávanie o sexualite a sexuálne zdravotné služby. Vzdelanie v otázkach sexuality môže podporiť osoby s mentálnym postihnutím tým, že im poskytne potrebné nástroje pre integráciu do ich komunit. Pre rozvoj sociálnych zručností osôb s mentálnym postihnutím, ktoré umožnia integráciu komunity do širšej spoločnosti, sú dôležité najmä učiteľia. V danom kontexte upozorňujeme, že v súčasnej dobe neexistuje žiadna dokumentácia názorov učiteľov na sexualitu a riziká s ňou spojené u žiakov a žiačok s rôznym stupňom mentálneho postihnutia na Slovensku. Aby bolo možné vyhovieť potrebám žiakov a žiačok s mentálnym postihnutím prostredníctvom komplexnej sexuálnej výchovy, musíme pochopiť povedomie učiteľov a učiteľiek – čo si myslia o sexualite osôb s mentálnym postihnutím, jej rizikách, sexuálnom vzdelávaní, ako aj zručnosti samotných učiteľov a učiteľiek diskutovať o témach sexuality so žiakmi a žiačkami s mentálnym postihnutím v im dostupných formátoch. Tieto faktory by mohli ovplyvniť poskytovanie sexuálneho vzdelávania žiakom a žiačkam s mentálnym postihnutím v špeciálnych základných školách.

V príspevku prezentované parciálne výsledky výskumu vybraných otázok realizácie sexuálnej výchovy u žiakov s rôznym stupňom mentálneho postihnutia na špeciálnych základných školách naznačujú, že učiteľia a učiteľky považujú sexuálnu výchovu za dôležitú pre osoby s mentálnym postihnutím. Vo vzťahu k témam sexuálnej výchovy sa ukazuje, že opýtani/é učiteľia a učiteľky špeciálnych základných škôl vyššie hodnotia dôležitosť jednotlivých tém sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím v porovnaní s tým, aký priestor im je reálne v praxi venovaný.

Vzhľadom k forme sexuálnej výchovy pre osoby s mentálnym postihnutím a častosti jej realizácie sme zistili, že je realizovaná najčastejšie minimálne niekoľkokrát za rok na sledovaných špeciálnych základných školách a to pre všetky sledované formy s výnimkou prednášok alebo besied s odborníkmi/ odborníčkami oddelene pre chlapcov a dievčatá (kde bola najčastejšie zvolená odpoveď, že sa uskutocňuje raz za rok).

Predložené parciálne výsledky výskumu sexuálnej výchovy osôb s mentálnym postihnutím naznačujú jej dôležitosť z pohľadu učiteľov a učiteľiek špeciálnych základných škôl. Môžeme to vnímať ako pozitívny trend odкрývania témy sexualitý sa Slovensku, na druhej strane – ako ukazuje analýza teoretických dokumentov vzťahujúcich sa k sexuálnej výchove osôb s rôznym stupňom mentálneho postihnutia – v tejto oblasti je ešte stále veľa medzier (viac pozri aj Mandzáková, 2011; Lištiak Mandzáková, 2013; Marková, Mandzáková, 2011; Šterbová, 2004, 2006, 2007, 2009 a i.).

Zoznam literatúry:

AAIDD, 2012. Sexuality and Intellectual Disability: Article from the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) founded September 20.

BIANCHI, G. 2001. Sexuálne zdravie ako kultúrny, sociálny a politický jav. In: BIANCHI, G. *Identita, zdravie a nová paradigma. Human Communication Studies*, vol. 7. Bratislava: VEDA, KVSBB SAV, 2001. ISBN 80-224-0702-X.

BERGER, P. L., LUCKMANN, T. 1999. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: CDK.

HAVLÍK, R., KOŤA, J. 2002. *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-635-7.

HELUS, Z. 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.

JANIŠ, K. 2013. Motívy a limity sexuálnej výchovy. In: LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S., MARKOVÁ, D., HORNÁK, L. Eds. *Sexualita a postihnutie*. Prešov: PF PU v Prešove, 2013, s. 54-77. ISBN 978-80-555-0981-5.

LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S., 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0502-9.

LUKŠÍK, I., GLOSOVÁ, K., ROVNÁNOVÁ, L. 2012. *Sexuální výchova v kontexte lidských práv: Stručný sprievodca*. Bratislava: Spoločnosť pre plánované rodičovstvo. ISBN 978-80-970902-2-7.

LUKŠÍK, I., SUPEKOVÁ, M. 2003. *Sexualita a rodovosť v sociálnych a výchovných súvislostiach*. Bratislava: Humanitas, 2003. ISBN 80-89124-0-1-1.

MANDZÁKOVÁ, S. 2011. *Kvalita sexuálneho a partnerského života osôb s ťažším mentálnym postihnutím*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2011. ISBN 978-80-555-0455-1.

MARKOVÁ, D. 2015. *Moral values in sexual and partner relationships*. Ljubljana: KUD Apokalipsa and Central European Research Institute **Søren Kierkegaard**, 2015. ISBN 978-961-6894-67-8.

MARKOVÁ, D. 2011. Sexuálna spokojnosť v kontexte sexuálneho zdravia. In: *Jihlavské zdravotnícké dny 2011 : 1. ročník*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011, p. 431-445. ISBN 978-80-87035-37-5.

MARKOVÁ, D. 2009. Sexualita a sexuálne zdravie u mužov a žien vyššieho veku. In: HROZENSKÁ, M. (Ed.). 2009. *Praktická príručka pre sociálnych pracovníkov pracujúcich so staršími ľuďmi*. Nitra: UKF, 2009, p. 88-101. ISBN 978-80-8094-474-2.

MARKOVÁ, D. 2008. O sexualitách z hľadiska zdravia. In: VERNARCOVÁ, J. (Ed.). *Zdravotné a psychologické aspekty sexuálnej výchovy a výchovy k manželstvu a rodičovstvu : Monografia štúdií*. Nitra: UKF, 2008, p. 27-43. ISBN 978-80-8094-303-5.

MARKOVÁ, D. 2007. *Predmanželská sexualita v kontextoch sexuálnej diverzity a variability*. Bratislava: Regent, 2007. ISBN 978-80-88904-59-5.

MARKOVÁ, D. 2006. O sexualitách z hľadiska zdravia. In: VERNARCOVÁ, J. (Ed.). *Zdravotné a psychologické aspekty sexuálnej výchovy a výchovy k manželstvu a rodičovstvu : Súbor materiálov k výučbe*. Nitra: UKF, 2006.

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

MASARYK, 2004. Hodnotová orientácia učiteliek/ov výchovy k manželstvu a rodičovstvu. In: *Sborník z kongresu Pardubice*. [online]. [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006010620>

NOVOSAD, L. 2002. Problematika zdravotného znevýhodnenia či postihnenia v oblasti sexuálneho života a zamereňia preventívne-výchovných aktivít. In: *Ochrana zdravotného postihnutých pred sexuálnym zneužívaním: Zdravotné výchovné publikácie*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2002. s. 25-31.

PREVENDÁROVÁ, J. 1994. *Výchova k manželstvu a rodičovstvu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1994. ISBN 80-223-0779-3.

SMETÁČKOVÁ, I., VÁCLAVÍKOVÁ HELŠUSOVÁ, L. 2006. Rodiče a další aktéři školního vzdělávání. In: SMETÁČKOVÁ, I. (Ed.). 2006. *Gender ve škole: Příručka pro budoucí i současné učitelky a učitele*. Praha: Otevřená společnost, o. p. s. s. 51-55.

ŠTĚRBOVÁ, D. 2004. Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduálně připravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. ORFEUS*. Praha: ORFEUS, 2004, s. 22-27.

ŠTĚRBOVÁ, D. 2006. *Sexuální výchova a osvěta u osob s hluchoslepotou: příručka pro rodiče a odborníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1513-5.

ŠTĚRBOVÁ, D. 2007. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1389-2.

ŠTĚRBOVÁ, D. 2009. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. Praha: SPRSV, 2009. ISBN 978-80-7415-005-0.

TÁUBNER, V. 2003. Sexuální výchova jako předmět sexuální pedagogiky. In *Sborník z kongresu Pardubice 2003*. [online], 2003. [citované 2008-07-14]. Dostupné na internete: <http://www.planovani-rodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006030911>.

Učebné osnovy etickej výchovy pre 5. až 9. ročník základnej školy. MŠ SR, 1997.

Výchova k manželstvu a rodičovstvu – učebné osnovy, 2010. MŠ SR, 2010.

Vzdelávacie programy pre žiakov s mentálnym postihnutím, ISCED 1 – primárne vzdelávanie, 2009. MŠ SR, 2009.

WHO. 2010. Regional Office for Europe and BZgA Standards for Sexuality Education in Europe: *A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA. ISBN 978-3-937707-82-2.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov. MŠ SR, 2008.

Kontakt na autorky:

PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzákova, PhD.

Katedra špeciálnej pedagogiky

Pedagogická fakulta

Prešovská univerzita v Prešove

Ul. 17. novembra 15

080 01 Prešov

email: stanislava.mandzakova@unipo.sk

doc. PhDr. Dagmar Marková, PhD.

Katedra všeobecnej a aplikovanej etiky

Filozofická fakulta

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Hodžova 1, 949 74 Nitra

Tel: 00421/948 036 236

e-mail: dmarkova@ukf.sk

Efektivita sociální práce s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody - průběžná informace z výzkumu

Miroslav Mitlöhner, Pavlína Kubištová

Nedílnou součástí života odsouzených ve výkonu trestu je nezastupitelná úloha sociálních pracovníků. Cílem výzkumu, probíhajícího na Ústavu sociální práce UHK, je vyjití z právních norem, které upravují výkon trestu a stanoví jeho podmínky, vymezit kompetence sociálního pracovníka, zdokumentovat a vyhodnotit jeho roli z pohledu jednak odsouzených a jednak odpovědných funkcionářů věznic.¹⁾

Filozofie trestu

Trest je právním následkem trestného činu, který vyjadřuje negativní právní hodnocení pachatele a jeho činu. Působí k dosažení účelu trestního zákona a je ukládaný výhradně soudem. Jeho výkon je vynutitelný státní mocí.²⁾

Trest musí být zákonný, uložený jen na základě a podle zákona³⁾, musí být spravedlivý, jeho druh a výměra musí zohledňovat jak osobu pachatele, tak rozsah způsobené škody, následky činů a význam chráněných zájmů.

Trest musí být humánní a důsledně individualizovaný zohledněním polehčujících a přitěžujících okolností. Jeho uložením a následným výkonem nesmí být ponižena lidská důstojnost.

K dosažení účelu trestu, který již není oproti předchozí právní úpravě výslovně v trestním zákoníku vymezen, lze dospět dílčími kroky, kterými jsou individuální represe, individuální prevence a generální prevence. Individuální represe spočívá v zabránění odsouzenému v páchání trestné činnosti použitím metod negativní povahy, které znemožňují další trestnou činnost jako je kupříkladu odnětí svobody.

Podle Jelínka⁴⁾ má každý trest efekt a) ochrannářský, kdy chrání společnost před pachateli trestných činů, b) zábranný, kdy brání odsouzenému v páchání další trestné činnosti, c) výchovatelský, kdy vychovává odsouzeného k řádnému životu, a d) preventivní, kdy působí výchovně na ostatní členy společnosti.

Výchova pachatele k vedení řádného života je velmi důležitou složkou trestu, avšak zároveň velmi náročnou a problematickou. K výchovným cílům mohou být použity různé prostředky. Může se jednat buď o opatření, které přímo sleduje výchovný cíl (podmíněn é odsouzení, podmíněně odsouzení s dohledem, upuštění od potrestání, podmíněně zastavení trestního stíhání) nebo např. o výchovné činnosti s odsouzenými ve výkonu trestu odnětí svobody.⁵⁾

Protože však poměrně vysoké procento pachatelů představují recidivisté, nemají a nemohou mít ve všech případech tresty dopad pouze pozitivní. Naopak, jejich působení může být nejen škodlivé, ale dokonce může působit jako významný kriminogenní faktor. Jako jedna z možných cest vedoucích alespoň k určitým pozitivním výsledkům je takové výchovné zacházení s odsouzenými, které vede k tomu, že odsouzený není pouze objektem výchovného působení, ale i jeho subjektem, který přebírá aktivní roli a účastní se tak na pozitivních změnách své osobnosti.

O výchovném významu nepodmíněných trestů odnětí svobody by bylo možno se přit velmi dlouho. Vytvoření vězeňského systému zaručujícího, že odsouzení nebudou odcházet z výkonu trestu vcelku narušení, než byli v době svého příchodu do vězeňského zařízení, by bylo nemalým úspěchem. V samotné podstatě odnětí svobody tkví možnost nejrůznějších škodlivých vlivů na odsouzené i možnost škodlivých vlivů ztěžujících jejich resocializaci.⁶⁾

¹⁾ Projekt SPEV č. 3/2015 Efektivita sociální práce s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody

²⁾ MITLÖHNER, M. Trestní právo, Hradec Králové: Gaudeamus 2012, s. 31 ISBN 978-80-7435-462-5

³⁾ Zásada nulla poena sine lege

⁴⁾ JELÍNEK, J. a kol. Trestní právo hmotné, Praha: Leges 2014, s. 126

⁵⁾ GRÍVNA, T., SCHEINHOST, M., ZOUBKOVÁ, I. a kol. Kriminologie, Praha: Wolters Kluwer 2014, s. 182

⁶⁾ NOVOTNÝ, O. O trestu a vězeňství, Praha: Academia 1969, s. 141

Tradiční metodou resocializace, která tvoří vedle práce druhý pilíř programů zacházení s odsouzenými je vzdělávání.⁷ Vzdělávání je nutno chápat jako jeden z prostředků naplnění hlavních zásad výkonu trestu odnětí svobody tak, jak jsou vymezeny v ustanovení § 2 zák. č. 169/1999Sb.⁸ Podle tohoto ustanovení se musí u odsouzených ve výkonu trestu podporovat takové postoje a dovednosti, které odsouzeným pomohou k návratu do společnosti a umožní vést po propuštění soběstačný život v souladu se zákonem.

Jinými slovy řečeno, prostřednictvím vzdělávání může odsouzený nabýt takové znalosti a dovednosti, které zvyšují šanci na jeho uplatnění na trhu práce v kvalifikované profesi.⁹ Velký význam se příkládá především vzdělávání vězňů v takových pracovních oborech, řemeslech a administrativně technických profesích, kde existují reálné předpoklady uplatnitelnosti takto získané pracovní kvalifikace na stále se zužujícím trhu práce. Stále platí, že uplatnění kvalifikované profese je výrazným činitelem schopným eliminovat případnou recidivu a návrat odsouzeného zpět do výkonu trestu.

Mezinárodní dokumenty se vztahem k výkonu trestu

Na prvním kongresu o prevenci zločinnosti a zacházení s pachateli byli schválené tzv. minimální standardy a pravidla zacházení s vězněnými osobami, které schválila Hospodářská a sociální rada OSN resolucí č. 663/C (XXIV), z 31.7.1957.¹⁰ Tyto standardy byly doplněny v roce 1997.

Jde o dokument základního významu pro vězeňství na celém světě, kterým se upravují všeobecná pravidla a základní zásady, které vylučují diskriminaci vězněných osob podle různých hledisek, především rasy, pohlaví, barvy pleti, jazyků, náboženství, politického smýšlení, národnosti, sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení. Tato pravidla rovněž zakotvila povinnost důsledné evidence každé vězněné osoby. Poměrně podrobně jsou upraveny i podmínky dodržování a ukládání disciplinárních trestů. Jsou zakázány tělesné tresty, kruté, nelidské a ponižující tresty.

Dokument rovněž obsahuje doporučení pro zacházení ze zvláštními kategoriemi vězňů. Zvláštní postavení mají duševně nemocní vězni. Je stanoveno, že takovéto osoby mají být propuštěné z vězení a převedeny do zařízení pro duševně nemocné se stálým lékařským dohledem.

Doporučuje se oddělení osob zadržených nebo ve vyšetřovací vazbě i odsouzených a stejně tak mladistvých obviněných od dospělých a ženy od mužů.

V této souvislosti je vhodné připomenout, že práce odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody se nepovažuje za nucenou práci.

Dalším významným dokumentem je doporučení Rady Evropy č. R(87) o Evropských vězeňských pravidlech, které pojednává o cílech vězeňského režimu a stanoví, že pro dosažení cílů výkonu trestu je třeba mít k dispozici a používat všechny vhodné léčebné, výchovné, morální, duchovní a další vhodné prostředky. Zvláště pak jsou v této části upraveny otázky výchovy a vzdělávání odsouzených, které by mělo být integrované do systému veřejného vzdělávání, čímž by se odsouzeným umožnilo pokračovat v začatém vzdělání i pro propuštění z výkonu trestu na svobodu.

Dokument jasně vyžaduje podněcovat spolupráci s externími sociálními službami a pokud je to možné zapojovat i občanskou společnost do různých aspektů práce s osobami v místech odnětí svobody.¹¹

Smyslem a cílem vězení není odsouzeného trestat způsobováním jiné (další) újmy, než jakou s sebou neodlučitelně nese samotný fakt jeho uvěznění (ztráta svobody, materiálních statků a služeb, heterosexuálního partnerství, autonomie a osobní bezpečnosti). Evropský soud pro lidská práva (ELSP), dobře si vědom řady negativních specifík vězeňských zařízení a s nimi spojených rizik, proto velmi pozorně posuzuje jednotlivé případy stížností podaných odsouzenými k nepodmíněnému trestu odnětí svobody a konzistentně nabádá členské země Rady Evropy k opatrnosti v používání tohoto sankčního

⁷ SOLAŘ, V., FENYK, J., ČÍSAŘOVÁ, D., VANDUCHOVÁ, M. *Systém českého trestního práva, III*, Praha: Novatrix 2009, s. 80

⁸ Dále jen ZVTOS

⁹ MEZNÍK, J., KUCHTA, J., KALVODOVÁ, V. *Základy penologie*, Brno: Masarykova univerzita, 1995, s. 47

¹⁰ FÁBRY, A. *Úvod do penologie*, Bratislava: Sociálna práca, o.s. 2006, s. 41 ISBN 80-89185-23-1

¹¹ BIELIK, V.N. *Hlavní přístupy k sociální adaptaci osob odsouzených k trestu odnětí svobody v kontextu Evropských vězeňských pravidel* in. *Trestně právní revue* 14, č. 3, 2015 s. 77 ISSN 1213- 5313

nástroje, který by měl být vždy chápán jen jako krajní prostředek nápravy a reakce na trestnou činnost (tzv. princip ultima ratio).¹²⁾

Národní dokumenty ve vztahu k sociální práci ve výkonu trestu

Základními právními normami, které se vztahují k výkonu trestu odnětí svobody a zejména k práci sociálního pracovníka s těmito osobami jsou Ústava České republiky, zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (§§ 25, 57 a násl.), zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, vyhláška (ministerstva spravedlnosti) č. 245/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, vnitřní řád věznic, vydaný podle § 14 zák. č. 169/1999 Sb., zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráží České republiky a nařízení generálního ředitele Vězeňské služby ČR č. 21.

Obsahovou a pracovní náplň sociálního pracovníka s osobami ve výkonu trestu stanovil generální ředitel Vězeňské služby České republiky svým nařízením č. 21 z roku 2010 následovně:

Sociální pracovník je odborný zaměstnanec oddělení, jehož základním úkolem je samostatná sociální práce, která je zaměřena zejména na plynulý přechod odsouzených do řádného občanského života. Při její realizaci dbá na zajištění a dodržení standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.

Sociální pracovník je podřízen přímo vedoucímu oddělení výkonu trestu.

Sociální pracovník je odborným poradcem ředitele věznice v oblasti přípravy přechodu odsouzených do řádného občanského života.

Sociální pracovník při práci s odsouzenými plní samostatným a tvůrčím způsobem zejména tyto úkoly

- a) Podílí se na vytváření koncepce zacházení s odsouzenými, programů zacházení a na zpracování návrhu vnitřní diferenciaci odsouzených,
- b) Zpracovává společně s ostatními odbornými zaměstnanci konkrétní programy zacházení svěřených odsouzených, přitom podléhá spolupracuje s příslušnými orgány sociálního zabezpečení, podílí se na vyhodnocení účinnosti programů zacházení v oblasti své působnosti navrhuje jejich změny,
- c) Poskytuje samostatně sociálně právní poradenství, provádí výchovnou a poradenskou činnost pro odsouzené,
- d) Je garantem kontinuální sociální práce, v jejímž rámci udržuje přímé pracovní kontakty s orgány státní správy, církvemi, charitativní a zájmovými občanskými sdruženími, v místě věznice a podle potřeby i v místě trvalého pobytu odsouzených,
- e) Navazuje potřebné kontakty s blízkými osobami svěřených odsouzených, podílí se na řešení sociálních problémů, podílí se na výběru odsouzených k zařazení do práce, rekvalifikace a vzdělávání,
- f) Zúčastňuje se aktivně jednání poradních orgánů ředitele věznice včetně poradny drogové prevence (odborných komisí), předkládá odborná stanoviska k přefazování odsouzených v rámci vnitřní diferenciaci, v návaznosti na změny v chování a jednání jemu svěřených odsouzených navrhuje umístění odsouzených do krizového, výstupního, specializovaného oddělení, oddělení se zesíleným stavebně technickým zabezpečením a do bezdrogové zóny. Podílí se na rozhodování o zařazení odsouzeným do seznamu objektů možného napadení či ohrožení a vytipování konfliktních a psychicky labilních odsouzených,
- g) vede osobní karty odsouzených, provádí v nich průběžné zápisy postihující probíhající naplňování účelu výkonu trestu u odsouzeného
- h) Spolupodílí se na zkoumání příčin vzniku mimořádných událostí ve vztahu k vězněným osobám a navrhuje ze sociálního hlediska příslušná opatření, vedoucí k jejich řešení, prevenci a eliminaci,
- ch) Podílí se na návrhu k rozhodování o udělení přerušení výkonu trestu, povolování volného pohybu mimo věznici, dočasného opuštění věznice, účasti odsouzených na akcích mimo věznici, přefazování odsouzených do jiného typu věznice nebo jejich přemístění,
- i) Podílí se na zpracování konkrétních programů zacházení jednotlivých odsouzených, na vyhodnocování jejich úspěšnosti a na navrhování změn programu zacházení,
- j) Podílí se na zpracování průběžného hodnocení programu zacházení a hodnocení zasílaných věznicí příslušným orgánům,
- k) Podává, v souladu s příslušnými předpisy, návrh výše sociální výpomoci při výstupu z výkonu trestu.

¹²⁾ MATOUŠEK, O. a kol., *Encyklopedie sociální práce, Praha: portál 2013, s. 480* *ISBN 978-80-2623-0366-7*

- l) Vypracovává sociální posouzení, sociální diagnózu a individuální socioterapeutický plán v rámci komplexní zprávy s příslušným doporučením pro program zacházení, přičemž výběr diagnostických metod je na jeho uvážení,
- m) Vede osobně nejméně jednou průběžnou aktivitu programu zacházení, a to převážně v oblastech skupinového sociálního poradenství a v oblastech zájmových aktivit vedoucích k získávání sociálních dovedností odsouzených, sleduje kvalitu účasti svěřených odsouzených v programu zacházení a změny v jejich chování; vhodně změny podněcuje a upevňuje,
- n) V rámci individuálního a skupinového zacházení s odsouzenými má jeho práce charakter sociální terapie, směřující k sociální rehabilitaci.

Sociální práce s odsouzenými

Nejen akademici, ale také některé národní asociace sociálních pracovníků se přiklání k vymezení cíle sociální práce s využitím konceptu sociálního fungování. Například americká Národní asociace sociálních pracovníků (NASW) definovala cíl tak, že „sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl“.¹³⁾

Práce sociálního pracovníka s osobami ve výkonu trestu je nezastupitelná, nenahraditelná a nese v sobě specifické rysy, které jsou vlastně důsledkem působení vězeňského prostředí na jeho klienta.

Odsouzený k nepodmíněnému trestu odnětí svobody po nástupu výkonu trestu, vzhledem k pobytu ve vězení ztrácí zaměstnání, může se ho zřeknout rodina, přátelé, může ztratit sociální zázemí, ztrácí své zvyky a dovednosti. Tyto následky mohou člověka zejména u dlouhodobých trestů změnit tak, že po propuštění z výkonu trestu nebude schopen bez podpory se sám začlenit zpět do společnosti.

Člověk, který se dostane do výkonu trestu, může upadnout do krize, která je doprovázena změnou, kdy se ze svobodného člověka stává odsouzený. „Šok z izolace“ se vyskytuje především u prvotrestaných, neboť dochází k narušení obvyklé životní situace a člověk je nucen zvykat si na změnu. Odsouzený, který se ocitá ve výkonu trestu, ztrácí svoji svobodu a musí se adaptovat na sociální prostředí ve vězení. Pobyt ve vězení mění člověka v jeho chování, prožívání a uvažování. Čím déle je odsouzený ve výkonu trestu, tím je menší pravděpodobnost na jeho resocializaci ve společnosti.

Specializovaný pracovník vězeňské služby, který poskytuje sociálně právní poradenství, je garantem sociální práce (udržuje kontakty s orgány státní správy, s charitativními a ostatními neziskovými organizacemi nejen v místě věznice, ale i v místě trvalého pobytu vězňů). Udrží kontakty s blízkými osobami vězňů, vede výstupní pohovor a připravuje podklady pro propuštění (spolupracuje s ekonomickým oddělením). Dodržuje zásady profesní etiky, vede dokumentaci, je odborným poradcem ředitele věznice. Sociální pracovník rovněž vypracovává sociální anamnézu a diagnózu, podílí se na tvorbě koncepcí vězeňské práce. Sociální pracovník má několik nástrojů, jak napomáhat v eliminaci vzniku prizonizace. Musí vycházet z výše uvedené směrnice generálního ředitele a podílet se na sestavování programu zacházení. Správné a důsledné plnění jeho povinností vede ke zmírnění nežádoucích vlivů prizonizace. Dále často vystupuje jako ústřední meziklánek mezi klientem a jeho okolím. Jde jak o rodinu klienta, tak v navazování pracovních vztahů po propuštění. Touto činností často supluje práci vychovatelů.

Během pobytu ve vězení probíhá proces „prizonizace“ kdy jde o působení prostředí a vztahů na jedince, který se ocitl za mřížemi. Stručně řečeno, člověk je pozvolna vtahován do prostředí, kde tráví svůj čas. Pozvolna se mění k horšímu. Člověk se tu setkává se světem zla v nejhroších možných podobách, což nenechá nikoho lhostejným. Někteří vězňové ztrácejí vlastní iniciativu, upřednostňují cestu nejmenšího odporu. Pro vícekrát trestané lidi se stává stále víc normálním světem vězení, až nakonec venku žít vůbec neumí.

„Častý problém mezi sociálními pracovníky a dalším vězeňským personálem (příslušníky) nastává tehdy, když se střetnou názory na kázeňské řízení proti osobě ve výkonu trestu. Řád výkonu vazby a výkonu trestu jasně stanoví podmínky, jak postupovat podle směrnice Vězeňské služby a nařízení ředitele věznice. To je ale často v rozporu s citovým a morálním cítěním sociálních pracovníků.

Příklad: osoba má na cele nedovolený předmět (skleněný rámeček s fotografií), nějaký příslušník jej najde, zabaví a napíše návrh na kázeňské potrestání. Tato osoba pak doslova „vyškemrá“ onen předmět

¹³⁾ MATOUŠEK, O. a kol, *Základy sociální práce, Praha: portál 2001, s.184* ISBN 80-7178-473-7

zpět, a to přímo po sociálním pracovníkovi nebo po vychovateli.

Takové jednání potom vede k názoru a tudíž k problému, že příslušníci dávají za vinu sociálním pracovníkům častou údajnou změkčilost vůči osobám ve výkonu trestu. Naproti tomu sociální pracovníci jsou přesvědčeni, že příslušníci jsou často příliš tvrdí, nejednají s rozumem, ale jen podle předpisů. Spory vyústí i do nečekaných slovních střetů, jejichž svědkem jsem se stal. Taková jednání končí až u vedoucího výkonu trestu a ten rozhodne, co dál. Jediný, kdo na celé záležitosti tratí je osoba ve výkonu trestu, které byl předmět zabaven.»¹⁴⁾

Výzkum dále pokračuje a autoři předpokládají, že na příštím pardubickém kongresu budou informovat o zjištěných závěrech a jejich vyhodnocení, především pak o efektivitě sociální práce v souvislosti se sanací rodiny, jejíž člen je ve výkonu trestu odnětí svobody.

¹⁴⁾ ČEŠKA, P. , *Vliv prizonizace na člověka, bakalářská práce, Hradec Králové: ÚHK-ÚSP 2012, s. 41*

Transplantace hlavy – právní, sexuologické a praktické konsekvence¹⁾

Miroslav Mitlöhner

Čas od času proběhne masmedií informace o provedené superradikální operaci při které je odstraněna velká část nemocného nebo zdevastovaného lidského těla nebo dokonce o uvažované transplantaci funkční hlavy na zdravé tělo, pro změnu bez funkční hlavy.

Někdy na přelomu tisíciletí proběhla tiskem zpráva o tom, jak se americký neurochirurg Robert J. White chystal zrealizovat transplantaci lidské hlavy - zda a s jakým výsledkem se záměr podařilo zrealizovat mi není známo.

V roce 2005 se uskutečnila úspěšně na pražské Bulovce operace, při které byla pacientovi odejmuta spodní polovina těla a nahrazena speciální skořepinou, do které byl pacient zavěšen a následně umístěn na invalidní vozík. S touto informací autor pracoval ve svém sdělení, publikovaném na stránkách SPRSV²⁾ a snažil se upozornit už tehdy na některé závažné problémy, které další vývoj v tomto směru nepochybně přinese.

Informace vyvolala teoretickou úvahu o tom, jak velké části lidského těla spolu s funkční hlavou (mozkem) je zapotřebí k tomu, aby bylo tělo v právním i faktickém smyslu považováno za člověka, byť³⁾ odkázaného na pomoc druhé osoby nebo vhodné kompenzační pomůcky. Na tuto otázku nebyla racionální odpověď nalezena.

V polovině dubna letošního roku proběhla v masmediích zpráva o tom, že italský chirurg Sergio Canavero je připraven uskutečnit první transplantaci lidské hlavy a že se již přihlásil i první zájemce tento víceméně experimentálně léčebný zákrok spojený s mimořádně vysokým rizikem podstoupit.³⁾

Metoda vychází z podobných pokusů na zvířatech, které mají svoje kořeny v 50. a následně 70. letech minulého století. Na rozdíl od nich však pokusy u lidí s propojením míchy selhávaly.

Podle chirurga jsou všechny potřebné technologie k dispozici a jde nyní jen o to, získat tělo dárce, u kterého nastala mozková smrt. A pochopitelně i finanční krytí. Operace by se měla uskutečnit v roce 2017 v Londýně a vyšla by na 7,5 milionu liber.

Obě hlavy by se oddělily ve stejnou chvíli od páteře mimořádně ostrou čepelí zajišťující přesný řez. K tělu dárce by se pak pacientova hlava připevnila za pomoci polyethylenyglykolu, který by měl spojit oba konce páteře. Následně by lékaři k sobě přišli svalovou a oběhovou tkáň a pacient by zůstal následně čtyři týdny v kómatu, než se řez zhojí.

Podle Canavera procedura nepřináší žádné etické kontroverze, protože by bylo vybíráno pouze mezi dobrovolníky. Tak jako vždy v podobných mezních situacích i zde se tedy zavrhuje být jen připuštění myšlenky realizovat takovýto zákrok s poukazem na absenci humánnosti a etiky. Nikdy nikdo ovšem spolehlivě a objektivně nevysvětlil, co je a co není humánní, co je a co není etické. Ono to ani dost dobře vysvětlit nelze, protože jde o filozofické kategorie a jak se mění filozofické směry, mění se i obsah jednotlivých kategorií.

Zdá se tedy, že je lékařská věda a praxe zase o kus blíže k realizaci a přejeme si, že k úspěšné realizaci transplantace hlavy. To mne vede k tomu, abych oprávil a znovu připomenul právní podstatou celého problému. Tedy jak pohlížet na identitu lidského jedince řekneme umělé vytvořeného či sestaveného. Jestliže lékařská věda pokročila tak daleko, že zákrok přestává být utopií a dříve či později dojde k jeho realizaci, mělo by se připravovat na novou situaci i právo. A nebo ještě lépe řečeno, právo by mělo už mít situaci alespoň teoreticky vyřešenou.

Právo za lidskou bytost čili člověka považuje toho, kdo se po oplodnění přirozenou cestou nebo v důsledku uplatnění metody umělé lidské reprodukce živě narodil z ženy přirozenou nebo operativní cestou. Žena, která dítě porodila je podle § občanského zákoníku jeho matkou.

Pojem „narození se“ je třeba vymezit tak, že každé těhotenství končí buďto potratem, nebo porodem. Potratem může dojít k usmrcení nezralého lidského plodu, kteréžto jednání může být za určitých okolností posuzováno jako způsobení těžké újmy na zdraví těhotné ženy, ve smyslu § 122 odst. 2 písm.

¹⁾ (vázně i vesele)

²⁾ <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006011907>

³⁾ <http://www.novinky.cz/veda-skoly/366753-transplantace-hlavy-ma-zelenou-nasel-se-prvni-dobrovolnik.html>

g) tr. zák., případně jako trestný čin nedovoleného přerušení těhotenství podle § 160 a násl. tr. zák. Naproti tomu u zralého plodu nemluvíme o potratu, nýbrž o předčasném porodu, který nepředstavuje těžkou újmu na zdraví, ve smyslu § 122 odst. 2 písm. g) tr. zák.⁴⁾

Nikdo nepochybuje o tom, že člověk zůstává člověkem i tehdy, jsou-li mu v případě potřeby implantovány umělé orgány či orgány zpravidla již zemřelých dárců. Přitom na počtu implantací, rozsahu zákroků a dalších kritériích nezáleží a totožnost takového člověka se nemění.

Jaká právní situace ale nastane, pokud experiment pana profesora Canavera bude úspěšný, dárcé nepochybně složitý a náročný chirurgický výkon přežije a opustí kliniku. Následnictví totožnosti převeze dárcé, příjemce nebo vznikne někdo úplně jiný? A kdo tedy?

Tady nezbyvá než decentně upozornit na nezbytnost odstranění právního vacua a zabránit tak vzniku obdobné situace, ke které došlo v souvislosti s umělými zásahy do lidské reprodukce, tedy konkrétně s náhradním matestvím. Zde také relativně snadno a často k lékařským zákrokům dochází, původ dítěte se po právní stránce řeší oklikou, nedostatečně a nešťastně pro všechny zúčastněné.

Tedy krátce a dobře: Dobrá hlava na špatném těle, špatná hlava na dobrém těle. Po odstranění špatných částí obou těl a následném spojení jejich dobrých částí vznikne dobrý celek. Potud je vše jednoduché. Méně je to jednoduché od chvíle, kdy si položíme otázku identity. Je tedy takto uměle vzniklý slepeneček – pardon jedinec – pokračováním toho, komu patřilo množství relativně zanedbatelně malé, avšak vysoce organizované hmoty, anebo toho, komu patřila drtivá převaha množství hmoty, bez které ovšem ta vysoce organizovaná hmota nemůže smysluplně a mimo laboratorní prostředí vůbec existovat.

Dovolím si zde zopakovat svůj názor, vyslovený mnohokrát v průběhu desítek let, aniž bych chtěl být označován za autoplagiátora, a sice ten, že z právního hlediska lze bez jakýchkoliv problémů při zachování základních principů transplantovat zcela libovolný orgán s výjimkou těch, kterými se lidský jedinec vymezuje jako neopakovatelný originál. Těmito orgány jsou mozek a pohlavní žlázy. Jejich transplantace může vést k těžko řešitelným, ba dokonce zcela neřešitelným problémům.⁵⁾

Jistěže nikdo nebude pochybovat kupříkladu o tom, že spermie z transplantovaných varlat mají přamalo co společného s příjemcem těchto varlat.

V praxi by to tedy znamenalo, že nově vzniklý jedinec bude reprodukovat genetické potomstvo «dárcé těla». A nebo v obráceném gardu, bude myslet a jednat tak, jak by myslel a jednal «dárcé» mozku, tedy potažmo celé hlavy. Je věc dalších úvah, zda-li by neměla být s transplantací hlavy spojena současně i transplantace varlat či vaječníků.

Samozřejmě že lze pro případ reprodukce genetického potomstva, dříve než-li dojde k odstranění špatného těla, zajistit a uložit potřebné sperma či oplodněná vajíčka. A co když až dosud byla partnerka muže s dobrou hlavou a špatným tělem zvyklá spíše na silnější a delší úd, zatímco nyní, po transplantaci, bude dobrá hlava už sice také na dobrém těle, avšak s údem špatným, spíše zakrnělým, ba i trpasličím, s mizernou či dokonce žádnou erekcí? Co když si cititel minimálních náderků, pro jaké se ani podprsenky nešíjí, bude muset zvykat na prsa velikosti fotbalového míče a to jen a jen proto, že právě toto tělo bylo v daném okamžiku pro transplantaci nejvhodnější či dokonce vůbec jediné.⁶⁾

Může být takováto změna v partnerských vztazích příčinou jejich rozvratu a následného rozvodu? Kde a u koho nakonec hledat zavinění rozvratu, tedy skutečnost, která má v českém rozvodovém řízení nemalou hodnotu?

A což takový transsexuál - nebude lepší než složitě a zdlouhavě předělávání na druhé pohlaví prostě hlavu uříznout a posadit na tělo podle přání transsexuála?

Podle platné české legislativy⁷⁾ je možné **orgány pouze darovat, nikoli prodávat**. Po smrti se **souhlas s darováním orgánů a tkání předpokládá**, není tedy potřeba ho vyjadřovat

U nakládání s částí lidského těla po úmrtí rozlišujeme režim pro potřeby transplantací, a režim ostatních využití (pro potřeby vědy, výzkumu, výroby léčiv atd.). Nás zajímá režim pro potřeby transplantací, který transplantáční zákon, který umožňuje odběr orgánu, pouze pokud s tím zemřelý za svého života nevyslovil prokazatelně nesouhlas. U ostatních využití lze část těla nebo tělo využít jen pokud s tím zemřelý vyslovil za svého života prokazatelný souhlas. Prokazatelný souhlas pak může vyslovit i osoba blízká zemřelému.

⁴⁾ *Trestní zákon – komentář*. Praha: Panorama 1980, s. 366.

⁵⁾ Kupř. MITLÖHNER, M., *Meze transplantace z hlediska identity lidského jedince* <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006011907>

⁶⁾ *opakovaná citace ad 5)*

⁷⁾ *Zákon čis. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (transplantační zákon)*

Tedy jedná-li se o odběr orgánu či více orgánů pro účely transplantací a neexistuje-li projev dárce výslovného nesouhlasu, nic v realizaci odběru nebrání. Zřejmě nic nestojí v cestě považovat dekapitované dárcevo tělo za soubor orgánů, které mohou být transplantovány, tedy přeneseny k hlavě. Váhový poměr hlavy a trupu bude nerozhodný. Naopak rozhodný bude smysl celého zákroku tj. přenesení funkční hlavy z nefunkčního na funkční tělo. Jak a kým bude posuzována kvalita orgánů respektive celého těla dárce?

Dotaženo ad absurdum pozůstalým po zemřelém dárci trupu by k pohřbení a obřadu zbyla pouze jeho hlava, aniž by mohli cokoliv jakkoliv ovlivnit. A jak naloží jedinec vzniklý transplantací své hlavy na tělo dárce se svým původním „špatným“ tělem? Skončí jako biologický odpad v kremační peci a nebo si hlava svoje tělo po obřadu nechá zpopelnit nebo pohřbit a na Dušičky zapálí na hrobě svíčku?

I při zachování zákonem stanovené anonymity dárce a příjemce nelze vyloučit, že se potkají kupříkladu rodiče s tělem svého dítěte a cizí hlavou. Myslím si, že na rozdíl od současných transplantací čehokoli komukoli se jak příjemce hlavy, tak rodiny obou aktérů bez vysoce specializované psychologické intervence neobejdou.

Co budou hradit zdravotní pojišťovny a jak se vůbec k problému postaví veřejné zdravotnictví. Vidím tady určitou perspektivu podobného byznysu jako v souvislosti s umělými zásahy do lidské reprodukce.

Začal jsem vážně, končím s nadsázkou, Ale pozor - ona ta nadsázka je dána spíše podáním než obsahem. Vždyť – a teď zase vážně – by se zde nabízela i jistá reálnější naděje pro ty srostlé jedince, u kterých je jejich vzájemné operativní oddělení bez úmrtí jednoho z nich nemožné.

Prosil bych však jen o jedno jediné, a sice, aby se případná budoucí právní úprava neomezila na slova „zakazuje se“.

Psychické změny u žen v důsledku užívání hormonální antikoncepce

Mental changes in women due to the use of hormonal contraception

Vyjde v 5. letošním čísle časopisu Česká gynekologie.

Barbora Ottová, Petr Weiss

Abstrakt: Tato práce zkoumá fyzické, duševní a sexuální změny u žen na začátku užívání nebo po vysazení kombinované hormonální antikoncepce, a to formou rozhovorů se 30 ženami, které během minulých 2 let, minimálně pak před 3 měsíci, buď vysadily, nebo začaly opětovně užívat kombinovanou hormonální antikoncepci. Polostrukturované rozhovory byly doplněny škálou 16 symptomů, na které ženy odhadovaly výsledky imaginární studie týkající se vedlejších účinků hormonální antikoncepce. Obě metody shodně prokázaly výrazný účinek kombinované hormonální antikoncepce na snížení sexuální apetence a bolestivé menstruace. Žádná jednoznačná změna nebyla zjištěna v případě psychických symptomů, avšak kvalitativní analýza některé možné změny naznačila.

Klíčová slova: kombinovaná hormonální antikoncepce, menstruační cyklus, sexuální apetence, psychické změny, premenstruální syndrom, vedlejší účinky

Abstract: The study investigates physical, mental and sexual changes in women at the beginning of use or after discontinuation of a combined hormonal contraception. Thirty women were interviewed at least 3 months and at most 2 years after the start of use or discontinuation of combined hormonal contraception. Semi-structured interviews were supplemented by 16-symptom rating scale on which women assessed the results of an imaginary study of side effects of hormonal contraception. Both methods identically demonstrated pronounced effect of combined hormonal contraception on decline in sexual desire and painful menstruation. No clear difference was found in psychical symptoms, although qualitative analysis indicated possible changes.

Key words: combined hormonal contraception, menstrual cycle, sexual desire, mental changes, premenstrual syndrome, side effects

Úvod

Hormonální antikoncepce je v České Republice nejrozšířenější metodou používanou k zabránění početí. Počet jejích uživatelů v minulých letech prudce vzrostl. V roce 1993 užívalo antikoncepční pilulky 22% žen, o 15 let později v roce 2008 to bylo již 52% žen v reprodukčním věku [18]. Hovoří se často o fyzických vedlejších účincích hormonální antikoncepce, působení hormonální antikoncepce na ženskou náladu a libido je méně diskutovaným tématem.

Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahuje estrogen a progestin, tj. syntetický progesteron. Estrogeny zlepšují lubrikaci pochvy a mají vazodilatační účinky, díky kterým se zvyšuje arteriální průtok pochvou a klitorisem a tím se usnadňuje sexuální reakce. Prostřednictvím modulace nervové transmise navíc mohou zlepšovat celkové emoční ladění ženy. Ve vysokých dávkách však mají antidopaminergní efekt a zvyšují tvorbu prolaktinu, což může negativně ovlivnit sexuální prožívání. Zvýšení koncentrace estradiolu zapříčiňuje pokles volného testosteronu v plazmě, jehož vliv na ženskou sexualitu zdůrazňují mnohé studie [1,14]. Jeho úbytkem může dojít zejména k poklesu sexuální apetence, zhoršení nálady a nevysvětlitelné únavě. Vyšší množství progesteronu může v centrální nervové soustavě působit sedativně.

Ženské prožívání se během menstruačního cyklu určitým způsobem mění, zřejmě v závislosti na kolísání hladiny pohlavních hormonů. Roku 1929 gynekolog Frank popsal premenstruální tenzi, vyzačující se zvýšenou únavou, podrážděností, zhoršenou koncentrací a bolestivými stavy v období několika dní před menstruací [9]. Z hlediska evoluční teorie se věří, že jsou ženy sexuálně lépe naladěny a kolem ovulační fáze, protože je v té době nejvyšší pravděpodobnost početí potomka. Často si ženy i více věří. Klasický sexuální cyklus charakteristický vrcholem sexuální touhy v době ovulace výzkumně prokázali v roce 1942 psychoanalytička Bendecková a gynekolog Rubinstein [3].

Existuje mnoho studií, které se zkoumají změny nálady a sexuální apetence v důsledku užívání hormonální antikoncepce. Na základě analýzy předchozích prospektivních výzkumů byla obecně potvrzena menší afektivní variabilita během menstruačního cyklu a méně negativní afekt během menstruace u uživatelů hormonální antikoncepce [12]. V jiné přehledové studii autoři nepotvrdili negativní dopad užívání hormonální antikoncepce na sexuální apetenci, ačkoli efekt hormonální antikoncepce na snížení volného testosteronu v plazmě byl jasně prokázán. Celých 85% žen zaznamenalo nárůst nebo žádnou změnu libida, 15% zaznamenalo pokles. Snížení libida bylo signifikantní zejména, použili-li výzkumníci hormonální preparáty s velmi nízkým obsahem ethinylestradiolu [13].

Cílem práce bylo zmapovat možné tělesné, psychické a sexuální změny, ke kterým dochází v důsledku užívání kombinované hormonální antikoncepce. Práce shrnuje subjektivní zkušenosti žen s užíváním a vysazením hormonální antikoncepce. Měla by sloužit k lepší informovanosti o možných dopadech užívání hormonální antikoncepce na tělesné, mentální a sexuální prožívání žen. Snaží se rovnoměrně postihnout jak kladné, tak možné záporné vedlejší účinky.

Soubor respondentek a metodika

Práce byla zacílena na ženy, které během uplynulých 2 let buď vysadily, nebo začaly opětovně užívat hormonální antikoncepci, a mohly tak dobře porovnat stav s hormonální antikoncepcí a bez ní. Studie se účastnilo 30 žen ve věku 23 - 36 let. Respondentky se do výzkumu přihlásily samy, prostřednictvím inzerátu na sociální síti. Část se ozvala na základě tzv. „metody sněhové koule“. Až na jeden preparát, a to 1 respondentkou užívanou trifazickou kombinovanou hormonální antikoncepci obsahující estradiol valerát, byly všechny přípravky monofazické a obsahovaly nízkou nebo velmi nízkou dávku etinylestradiolu. Většina přípravků byla perorálních, pouze 1 respondentka užívala transdermální náplasti a 1 respondentka vaginální kroužek. Přípravky se mezi sebou lišily v použitém gestagenu. Celkem 24 respondentek mělo v době výzkumu vysazeno a 6 respondentek užívalo po pauze opět hormonální antikoncepci.

Byla zvolena kombinace kvalitativního a kvantitativního designu. Formou polostrukturovaných rozhovorů byly zjišťovány především tělesné, psychické a sexuální změny spojené s počátkem užívání a vysazením kombinované hormonální antikoncepce. Metoda polostrukturovaného rozhovoru a následná kvalitativní analýza umožnily lépe zachytit subjektivní zkušenosti žen. Na závěr každého rozhovoru ženám byla zadána doplňující kvantitativní metoda. Měly si představit výsledky imaginární studie týkající se vedlejších účinků hormonální antikoncepce a zaznamenat na intervalové škále (-3, -2, -1, 0, 1, 2, 3), kde „-3“ znamenala pokles symptomu, „0“ žádnou změnu a „3“ nárůst symptomu, možné změny 16 různých psychických, tělesných a sexuálních symptomů (deprese, podrážděnost, hněv, napětí, veselost, únava, bolest hlavy, energie, nadmuté břicho, citlivost prsou, nevolnost, bolestivá menstruace, sexuální apetence, sexuální aktivita, masturbace, kvalita prožívání sexuální aktivity). Pomocí jednovýběrového T-testu byly statisticky analyzovány změny symptomů, které respondentky na základě vlastních zkušeností posuzovaly. Výsledky obou metod byly potom porovnány mezi sebou.

Výsledky

Z hlediska tělesných změn (Tabulka 1) byl na počátku užívání hormonální antikoncepce nejnepříjemnější pozitivní vliv na pleť (6), pravidelnost menstruačního cyklu (13) a méně bolestivou (9), nebo slabší (9) menstruaci. Negativně vnímaly respondentky změny váhy (5). Po vysazení hormonální antikoncepce zaznamenaly respondentky více než 1,5x větší množství symptomů. Většinou se dostavily anticipované problémy s menstruačním cyklem, a to bolestivá menstruace (14), zhoršení PMS (6) a nepravidelný cyklus (7) nebo dokonce amenorea (7). Často pozorovaly respondentky také zhoršení pleti (11). Zajímavým způsobem respondentky popisovaly citlivější vnímání vlastního těla (7), díky kterému byly schopné například určit dobu ovulace (5).

Co se týče psychických změn (Tabulka 2), neuváděly respondentky příliš jednoznačné závěry. Až 3x více symptomů zaznamenaly respondentky po vysazení hormonální antikoncepce. Na počátku užívání hormonální antikoncepce uváděly spíše zklidnění (5). Po vysazení některé respondentky registrovaly větší změny nálad vázané na menstruační cyklus (5), několik jich ale uvedlo i stabilnější náladu či pozitivnější ladění. Celá třetina respondentek změny nálad nepozorovala (11).

Také u sexuálních změn (Tabulka 3) zaznamenaly respondentky až 2,5x větší rozdíly po vysazení

hormonální antikoncepce. Na počátku užívání hormonální antikoncepce uvedl jen malý počet respondentek pokles libida nebo horší lubrikaci, kdežto po vysazení se celé polovině respondentek libido zvýšilo (15) a některé ženy navíc prožívaly jeho cyklické kolísání (6).

Výsledky kvantitativní části výzkumu, ve které respondentky odhadovaly stav fyzických, psychologických a sexuálních symptomů (Tabulka 4) u skupiny žen po 3 měsících užívání hormonální antikoncepce, byly signifikantní ($p \leq 0,05$) v případě 7 symptomů. Respondentky na základě vlastních zkušeností a znalostí odhadly pokles sexuálních a fyzických symptomů, konkrétně zájmu o sex, masturbace, potěšení ze sexuální aktivity, energie, nevolnosti a bolestivé menstruace. Kvantitativní výsledky korespondují s výsledky kvalitativního šetření.

Diskuze

Výsledky výzkumu poukazují na to, že v důsledku užívání hormonální antikoncepce dochází k poklesu libida a zmírnění bolestivé menstruace. Navíc ženy v rozhovorech často uváděly, že dokázaly po vysazení hormonální antikoncepce celkově lépe vnímat své tělo. Studie přímo nepotvrdila menší variabilitu nálad u uživatelky kombinované hormonální antikoncepce, ačkoli u některých respondentek byly podobné změny patrné.

Příznivý vliv hormonální antikoncepce na bolestivou menstruaci a PMS je obecně znám v odborné lékařské literatuře [8, 7]. Bez antikoncepce ženy vnímají své tělo citlivěji, což hodnotí převážně pozitivně, ačkoli v období před menstruací a během ní obvykle mají výraznější fyzické potíže.

V době vysazení hormonální antikoncepce nebyla u respondentek prokázána významně vyšší proměnlivost nálad a perimenstruálně výraznější negativní afekt, ačkoli většina výzkumů tomuto závěru nasvědčuje [12, 4]. Na druhou stranu uváděly respondentky po vysazení hormonální antikoncepce oproti počátku jejího užívání trojnásobné množství symptomů, což může svědčit pro výraznější prožívání. Někteří autoři nenachází žádné významné rozdíly v cyklickém prožívání nálad u uživatelky hormonální antikoncepce a žen s přirozeným menstruačním cyklem [17, 15].

Bylo prokázáno, že vysazení hormonální antikoncepce u nadpoloviční většiny respondentek bylo provázeno zvýšením libida, popřípadě jeho cyklickým kolísáním. Závěry výzkumníků jsou v tomto ohledu mírně kontroverzní. Nejspolehlivější výsledky poskytují prospektivní výzkumy, které porovnávají sexuální změny u jedné skupiny žen před a po nasazení hormonální antikoncepce, jelikož uživatelky hormonální antikoncepce se liší od žen, které hormonální antikoncepci neužívají, v některých velmi podstatných charakteristikách. Méně pravděpodobné jsou to panny, častěji mají sexuálního partnera, vykazují méně restriktivní sexuální morálku a především uvádějí větší frekvenci sexuálních styků i vyšší psychosexuální motivaci a potěšení ze sexu [2]. Studie, které probíhaly s pomocí placeba, zaznamenaly pokles zájmu o sex u žen v důsledku několikaměsíčního užívání hormonální antikoncepce, a to buď během menstruační a postmenstruační fáze cyklu [10], nebo celkově [11]. Jiné studie zaznamenaly pokles libida na základě užívání jednoho preparátu hormonální antikoncepce s nízkou dávkou ethinylestradiolu [5] a nárůst libida v případě užívání jiného preparátu s vyšší dávkou ethinylestradiolu [6]. Významnou roli tedy hraje jak rozdílnost výzkumných metod, tak také odlišnost jednotlivých přípravků.

Práce je zaměřena na ženy, které vysadily hormonální antikoncepci. K vysazení nebo změně hormonální antikoncepce dochází u nespokojených žen během prvních 3 měsíců [16], které byly stanoveny jako minimální délka užívání hormonální antikoncepce pro účast v tomto výzkumu. Studie má několik omezení. Přípravky kombinované hormonální antikoncepce, které respondentky užívaly, se mezi sebou svým složením liší, a tak mohou mít odlišný efekt na prožívání. Za druhé, studie je retrospektivní. Obecně se věří, že neobjektivnější výsledky se získávají každodenním dlouhodobým prospektivním hodnocením.

Závěr

V důsledku užívání kombinované hormonální antikoncepce dochází k poklesu libida a zmírnění bolestivé menstruace. Ženy méně vnímají své tělo a jednotlivé fáze menstruačního cyklu. Psychické změny v důsledku užívání hormonální antikoncepce studie přímo nepotvrdila. Je třeba provést prospektivní studii, která bude sledovat ženy během užívání a následně po vysazení hormonální antikoncepce.

Literatura:

1. BACHMANN, G. A. BANCROFT, J. BRAUNSTEIN, G. et al. Female androgen insufficiency: The Princeton Consensus Statement on definition, classification and assessment. *Fertil Steril*. 2002, 77, 4, p. 660 - 665.
2. BANCROFT, J. SHERWIN, B. B. ALEXANDER, G. M. et al. Oral contraceptives, androgens, and the sexuality of young women: I. A comparison of sexual experience, sexual attitudes, and gender role in oral contraceptive users and nonusers. *Arch Sex Behav*. 1991, 20, 2, p. 105 - 120.
3. BENDEK, T. A. B. RUBINSTEIN. The sexual cycle in women. Washington, DC, National Research Council, 1942.
4. BOYLE, G. J. GRANT, A. F. Prospective versus retrospective assessment of Menstrual cycle symptoms and moods: Role of Attitudes and beliefs. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1992, 14, 4, p. 307 - 321.
5. CARUSO, S. AGNELLO, C. INTELISANO, G. et al. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 µg ethinylestradiol/60 µg gestodene. *Contraception*. 2004, 69, 3, p. 237 - 240.
6. CARUSO, S. AGNELLO, C. INTELISANO, G. et al. Prospective study on sexual behavior of women using 30 µg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive. *Contraception*. 2005, 72, 1, p. 19 - 23.
7. ČEPICKÝ, P. Antikoncepce, intercepce, sterilizace. In: ROZTOČIL, A. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 105 - 115. ISBN 9788024728322.
8. FAIT, T. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008, 103 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 34. ISBN 978-807-3451-721.
9. FRANK, R. T. The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch NeurPsych*. 1931, 26, 5, p. 1053 - 1057.
10. GRAHAM, C. A. SHERWIN, B. B. The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology*. 1993, 18, 4, p. 273 - 281.
11. GRAHAM, C. A. RAMOS, R. BANCROFT, J. et al. The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods. *Contraception*. 1995, 52, 6, p. 363 - 369.
12. OINONEN, K. A. MAZMANIAN, D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect?. *Journal of Affective Disorders*. 2002, 70, 3, p. 229 - 240.
13. PASTOR, Z. HOLLA, K. CHMEL, R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2013, 18, 1, p. 27 - 43.
14. RIVERA-WOLL, L. M. PAPALIA, M. DAVIS, S. R. et al. Androgen insufficiency in women: diagnostic and therapeutic implications. *Human Reproduction Update*. 2004, 10, 5, p. 421 - 432.
15. ROSS, C. COLEMAN, G. STOJANOVSKA, C. Prospectively reported symptom change across the menstrual cycle in users and non-users of oral contraceptives. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003, 24, 1, p. 15 - 29.
16. SANDERS, S. A. GRAHAM, C. A. BASS, J. L. et al. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*. 2001, 64, 1, p. 51 - 58.
17. SVEINDÓTTIR, H. BÄCKSTRÖM, T. Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicality and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000, 79, 5, p. 405 - 413.
18. WEISS, P. Sexuální chování české populace. In: ŠULOVÁ, L. FAIT, T. WEISS, P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011, s. 147 - 154. ISBN 9788073452384

Tabulka 1

Tělesné symptomy (Uvedeny jsou položky, u kterých se vyjádřilo alespoň 5 respondedtek ze 30)	
Počátek užívání HA	Vysazení HA
Pravidelnost menstruačního cyklu (13)	Bolestivá menstruace (14)
Méně bolestivá menstruace (9)	Zhoršení pleti (11)
Slabší menstruace (9)	Nepravidelný menstruační cyklus (7)
Lepší pleť (6)	Amenorea (7)
Přibírání na váze (5)	Citlivější vnímání vlastního těla (7)
-	Horší PMS (6)
-	Vnímání ovulace (5)

Tabulka 2

Psychické symptomy (Uvedeny jsou položky, u kterých se vyjádřilo alespoň 5 respondedtek ze 30)	
Počátek užívání HA	Vysazení HA
Zklidnění, menší labilita (5)	Nálady spojené s prožíváním menstruačního cyklu (5)
Žádné změny (11)	Žádné změny (11)

Tabulka 3

Sexuální symptomy (Uvedeny jsou položky, u kterých se vyjádřilo alespoň 5 respondedtek ze 30)	
Počátek užívání HA	Vysazení HA
-	Zvýšení libida (15)
-	Cyklické změny libida (6)

Tabulka 4

One-sample t-test (Test Value = 3; 95% Confidence Interval)				
Symptom	Mean	Std. Deviation	t	Sig. (2-tailed)
Deprese	3,17	1,053	0,867	0,393
Podrážděnost	3,03	1,497	0,122	0,904
Hněv	3,20	0,925	1,185	0,246
Napětí	3,07	1,363	0,268	0,791
Veselost	3,00	0,871	0,000	1,000
Zájem o sex	2,00	1,414	-3,873	0,001
Sexuální aktivita	2,60	1,499	-1,461	0,155
Masturbace	2,40	1,102	-2,983	0,006
Potěšení ze sexuální aktivity	2,47	1,306	-2,237	0,033
Únava	2,97	1,033	-0,177	0,861
Bolest hlavy	3,00	1,509	0,000	1,000
Energie	2,60	1,070	-2,048	0,050
Nadmuté břicho	2,87	1,432	-0,510	0,614
Citlivost prsou	2,63	1,474	-1,363	0,183
Nevolnost	2,30	1,264	-3,034	0,005
Bolestivá menstruace	1,70	1,643	-4,333	0,000

Kontakty na autory:

Ottová B.1,2, Weiss P. 1,3

Pracoviště:

1. Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Nám. J. Palacha 2, Praha, 116 38
Vedoucí pracoviště: Doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.
2. Ústřední lékařsko - psychologické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, U Vojenské nemocnice 1200, Praha, 169 02
Vedoucí pracoviště: Plk. PhDr. Jiří Klose, Ph.D.
3. Sexuologický ústav, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ke Karlovu 11, Praha, 128 08
Vedoucí pracoviště: doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D.

Barbora Ottová

773 532 770

ottova.barbora@gmail.com

Fetrovská 889/37, Praha, 160 00

Rizika náhradního mateřství

Štěpánka Pabiánová

Když si do vyhledávače zadáte heslo „náhradní matka“, web nabídne přes sto tisíc odkazů. Mezi nimi se dají najít moderní diskuzní fóra mladých matek, stránky zdravotnických center zprostředkujících surrogátní mateřství i inzeráty žen nabízejících propůjčení své vlastní dělohy. Pokud však zalistujete našimi právními předpisy v celé jejich obsáhlosti, pojem náhradní matka zazní pouze jedinkrát a to v paragrafu 804, zákona č. 89/2012, občanského zákoníku, kde se dovíme, že osvojení mezi příbuznými v přímé linii a sourozenci je zakázáno s výjimkou náhradního mateřství. Chybí definice tohoto institutu i jakékoliv řešení, jako je tomu třeba u darování gamet.

V konečném důsledku je tedy náhradní mateřství jako komplexní téma k diskuzi povětšinou ponecháno na okraji společenského zájmu. Přesné mechanismy probíhající v těhotné děloze nejsou často známy ani studentům medicíny a lékařům, natož široké veřejnosti. I přesto však panuje na jedné straně intuitivní nedůvěra v náhradní mateřství jako alternativní řešení pro založení rodiny a na straně druhé bezmezná víra ve spásný prostředek pro ženy, které třeba samy ani vlastní dělohu nemají a potomky přesto chtějí. Je alespoň jeden z postojů opodstatněný?

Jsou páry využívající nabídku center zprostředkujících surrogátní mateřství i samy majitelky náhradních děloh dostatečně informovány o rizicích takového postupu? Vědí, jestli může náhradní matka přenést své geny do genetické informace plodu, který nosí? Tuší, jak je to s krví matky a plodu? Uvědomují si, čím vším může náhradní matka plod ohrožit?

V případě náhradního mateřství embryo vzniká mimo tělo surrogátní matky z pohlavních buněk biologických rodičů, což od počátku vylučuje její genetickou vazbu na potomka, avšak stále nevylučuje jiné negativní vlivy. Ty mohou působit přes jediné spojení ženy a plodu – placentu. Ačkoli je mateřská a plodová zásoba krve po celou dobu těhotenství oddělena, pro plnění svých funkcí musí placenta oba tyto krevní systémy dostat do těsné blízkosti, takže jsou nakonec odděleny jen tenkou bariérou. Placentární bariéra, která je díky kontinuální vrstvě syncytiotrofoblastu poměrně těsná, a za fyziologického uspořádání propouští jen malé nebo vysoce agresivní objekty, tak může být u špatně přenesených náhradních rodičů branou pro vstup alkoholu a škodlivých látek z cigaret, vertikálního přenosu pro plod vysoce nebezpečných infekčních agens, nebo dokonce u Rh negativních imunizovaných nepravorodiček transportu imunoglobulinů IgG, které mohou způsobit hemolytickou nemoc plodu a novorozence.

Všechna tyto zmíněná rizika se ale dají považovat za dostatečně vědecky probádané, informace o nich pro budoucí rodiče relativně dobře dostupné a ve vztahu k tématu náhradního mateřství řešitelné. Co však považuji za problém pro budoucnost složitější je takzvaný mikrochimérismus, anglicky též cellular trafficking. Georg Schmorl v roce 1896 při výzkumu preeklampsie, zdokumentoval fetální syncytiotrofoblast v plicích matek, které na tuto nemoc zemřely. Faktkem je, že syncytiotrofoblast není přímo embryonální buňkou (trofoblast se diferencuje ve stádiu blastocysty a plod se dál tvoří jen z její embryoblastové složky), avšak už toto zjištění staví do jiného světla výuku medicíny na lékařských fakultách celého světa, kde se poslední dvě století přednáší o striktní separaci mateřské a fetální cirkulace.

Fetomaternální mikrochimérismus byl poprvé popsán u myši v sedmdesátých letech dvacátého století. Během pokusů byly sledovány samičky pářící se se samečkem s chromosomem označeným cyto-genetickým markerem, který se po několika březostech objevil v buňkách sleziny a poté i kostní dřeni těchto zkoumaných samic. Později bylo zjištěno i dlouhodobé přežívání a proliferace těchto allogenních fetálních buněk v mateřském organismu bez vyvolání imunitních reakcí a jev byl označen jako fetomaternální mikrochimérismus.

U lidí byl v roce 1996 mikrochimérismus zachycen náhodou. Při hledání a výzkumu nových antigenů byly z krve matek izolovány erytrocyty s jádrem a prokázán hematopoetický marker CD34. Posléze byly objeveny mesenchymální kmenové buňky v periferní krvi žen, které nedávno podstoupily umělé přerušení těhotenství (v současnosti použitím PCR amplifikace bylo zjištěno, že při této proceduře dochází k přijmutí až 500 000 fetálních buněk), a i další příklady dokazující existenci humánního fetomaternálního mikrochimérismu. Zběžně pak byly popsány rizikové faktory zvyšující incidenci tohoto jevu jako je abnormální placenta (její stavba, uložení nebo stav preeklampsie), fetální aneuploidie, přítomnost specifického tkáňového antigenu (jako HLA-DQAI*0501) nebo prodělání abortu (spontánního i indukovaného).

Současná věda má za sebou již i poměrně rozsáhlé studie prováděné na matkách post mortem, kdy byl v jejich organismech pomocí metody fluorescenční in situ hybridizace (FISH) vyhledáván Y chromosom. Buňky s tímto chromosomem pak byly pozorovány v nezanedbatelném množství v ledvinách, srdcích a játrech skupiny zkoumaných žen, které porodily chlapce (mikrochimérismus samozřejmě probíhá i u plodů ženského pohlaví, avšak Y chromozom zůstává nejjednodušejší identifikovatelným markerem). Bohužel ale tyto studie byly podloženy jen anamnézami od praktických lékařů (mrtvé pacientky) a nebyly speciálně provedeny u žen, které provozovaly surrogátní mateřství.

Mikrochimérismus druhým směrem, tedy maternofetální, byl poprvé popsán v roce 1963, kdy byly matčiny leukocyty a destičky nalezeny v pupečnickové krvi a posléze prokázány i v dospělých, zdravých imunokompetentních jedincích. Jako související problém se dá počítat i velice raritní metastázování do plodu, popsané zejména v případech maligních melanomů, leukémií a lymfomů nebo adenokarcinomů plic. Jako příklad pak může sloužit dvouměsíční chlapec, u kterého byly nalezeny léze v oblasti hlavy s biopsiemi prokázanou přítomností adenokarcinomu s XX chromosomovou výbavou. Tento pacient přežil po rozsáhlé resekci nádoru a léčbě kožními štěpy. Další modifikací mohou být popsané případy dětí, u kterých buňky přenesené maternálním mikrochimérismem transformovaly do nádorové léze a vytvořily například kongenitální B prekurzorový lymfoblastický lymfom stage III.

Současné výzkumy se specializují na souvislosti mikrochimérismu a jeho využití v onkologii, fetální chirurgii, transplantaci a na oblast autoimunitních onemocnění, které u žen mohou být velmi pravděpodobně způsobeny právě fetálním mikrochimérismem. Pro tuto teorii svědčí vyšší procento výskytu autoimunitních chorob u žen po reprodukčním období s podobným průběhem jako je transplantáční reakce štěpu proti hostiteli GvHD i nálezy většího počtu chimerických buněk u žen s chorobami jako systemický lupus erythematosus nebo Hashimotova a Graves-Basedova choroba.

Ačkoliv výše zmíněné výzkumy nebyly zaměřeny na náhradní mateřství, neexistuje žádný důvod, proč by výše zmíněné mechanismy neměly fungovat i v případě surrogátních matek, a tak se ve světle objevu silnějšího biologického pouta mezi plodem a těhotnou zásadně mění pohled na tento institut, na který se doposud nahlíželo jen jako na pouhé propůjčení dělohy, a vznikají zásadní medicínské, právní a etické problémy.

Zdraví nosičky i plodu by mělo být na prvním místě, a proto by se mělo trvat na koncepci účinné prevence v podobě detailních osobních i rodinných anamnéz a genetických testů, které by pomohly co nejúčinněji eliminovat všechna rizika, nejen důsledky mikrochimérismu. A to samozřejmě nejen v oblasti náhradního mateřství, ale i u asistované reprodukce pomocí dárcovství gamet, které je u nás podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, stále anonymní, i když anonymita byla již v mnoha zemích ze zřejmých důvodů zakázána.

Dalším problémem pramenícím z výzkumu mikrochimérismu může být psychologický efekt na náhradní matku. Pod tíhou uvědomění si, jak moc může být s plodem provázána, by mohlo vzrůstat množství případů, kdy si surrogátní matka bude chtít „své“ dítě nechat nebo hrát v jeho životě větší úlohu. Z toho přímo pramení i problémy právní. Právo by se mělo zabývat problematikou potratů, tj. kdo a za jakých podmínek bude moci rozhodnout o přerušení těhotenství, případně jak zabránit s potratem nesouhlasící náhradní matce, aby s plodem odcestovala do země, kde je náhradní mateřství zakázáno, a vychovala tam dítě s cizí genetickou informací. Stejně tak by se mělo věnovat scénáři, kdy si biologičtí rodiče celou věc rozmyslí a o novorozence nebudou mít po porodu zájem. Kdo bude mít právní (a tedy i finanční) odpovědnost za dítě?

Pokud zůstaneme u finanční stránky věci, kdo bude nést náklady na zdravotní péči, jestliže újma na zdraví bude mít souvislost s materno-fetálním mikrochimérismem, který se může objevit od 7. týdnu gestace? Bude věc posuzována jako újma na zdraví? A pokud ano, kdo bude v případě fetálního mikrochimérismu odpovědný: rodiče, kteří nemohli mít bez náhradní matky potomka?

Ze své pozice samozřejmě nemohu nabízet konkrétní řešení, myslím si však, že je nutné se alespoň pokusit o upozornění na podle mého zásadní mezeru v české legislativě. Většina zemí má náhradní mateřství alespoň obecně upravené, někde, třeba v Itálii, je zcela zakázané, jinde je povoleno jen takzvané altruistické - bezplatné náhradní mateřství a v zemích jako je Rusko nebo Izrael, která má legislativu v tomto odvětví asi nejvyspělejší, je povoleno ve formě jak altruistické tak komerční. Existují různé podmínky pro povolení a různá omezení, ale všude se vyskytuje alespoň zmínka. V České republice se na stránkách center pro asistovanou reprodukci dočtete, že si máte se svou „náhradní dělohou“ a právníkem dle vlastního výběru sepsat jakousi surrogátní smlouvu. A to je podle mého názoru nezodpovědně málo.

Použitá literatura:

1. RODECK, Charles H a Martin J WHITTLE. Fetal medicine: basic science and clinical practice. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 2009, p. ISBN 9780443104084.
2. Jeanty, C., Derderian, S. C., & MacKenzie, T. C. (2014). Maternal-fetal cellular trafficking: clinical implications and consequences. *Current Opinion in Pediatrics*, 26(3), 377–382. doi:10.1097/MOP.0000000000000087 Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079801/>
3. HARPOLD, Terri L., Michael Y. WANG, J. Gordon MCCOMB, Hector L. MONFORTE, Michael L. LEVY a John F. REINISCH. Maternal Lung Adenocarcinoma Metastatic to the Scalp of a Fetus. *Pediatric Neurosurgery* [online]. 2001, 35(1): 39-42 [cit. 2015-06-07]. DOI: 10.1159/000050384.
4. LOIKE, JD, FISCHBACH, RL (2013) New Ethical Horizons in Gestational Surrogacy. *J IVF Reprod Med Genet* 1: 109. doi:10.4172/jfiv.1000109
5. ISODA T, FORD AM, TOMIZAWA D, Van DELFT FW, De Castro DG, et al. (2009) Immunologically silent cancer clone transmission from mother to offspring. *Proc Natl Acad Sci U S A* 106: 17882-17885.

Sexuální zdraví a práva ve vybraných zemích světa

Zuzana Prouzová

V květnu letošního roku jsem se zúčastnila světového setkání zástupců členských organizací Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF, www.ippf.org) v thajském Bangkoku. V rámci zasedání jsem měla možnost se seznámit s činností mnoha členských organizací, které ve světě řeší různé problémy. Organizace sdružené v mezinárodní federaci plánovaného rodičovství jsou rozdílné co do velikosti, způsobu financování i náplně činnosti. Mnohé z nich přímo poskytují zdravotnické nebo sociální služby, některé jsou podporované státem či soukromými dárci, jiné mají rozsáhlou vedlejší činnost, kterou financují své bezplatné služby.

Samá hostitelská thajská asociace pracuje již sedmdesát let pod záštitou královny a její činnost přinesla mnoho úspěchů. Nárůst nových případů HIV se podařilo snížit o 90%, sexuální výchova má všeobecnou podporu. Thajsko se potýká s vlnou migrantů, nově ale hlavně migrantek, z Kambodži, Vietnamu, Laosu a Barmy. Imigrantky v Thajsku pracují ve stavebnictví, věnují se zemědělství a rybolovu, pracují ale také v zábavním a sexuálním průmyslu. Thajská asociace poskytuje služby sexuálního a reprodukčního zdraví pro všechny migranty, tedy nejen pro registrované. Služby zahrnují vzdělávání v uprchlických táborech a intervenci pro sexuální pracovnice.

I Kambodža má vlastní programy sexuálního a reprodukčního zdraví – provozuje patnáct klinik, které ošetří 400 000 klientů ročně, specializované programy pro veřejnost jsou plánované rodičovství, TBC a HIV/AIDS. Zajímavostí jsou zdravotní programy v místě zaměstnání a pobytu, především pro migranty a pracovníky ve stavebnictví. Zdravotními programy pokrývají více než 200 škol včetně univerzit a program zdravotní spravedlnosti je poskytován více než 300 000 klientům ročně.

Mexické asociaci plánovaného rodičovství se dlouhodobým intenzivním úsilím podařilo prosadit přístup žen k legálně provedené interrupci.

Indonésie má v současné době 60 milionů mladých lidí, proto jsou v centru činnosti indonéské asociace, která zřídila 26 středisek služeb sexuálního a reprodukčního zdraví pro mladé na úrovni provincií a 100 na úrovni okresů. Zástupce Indonésie rozesmál celý sál prostým sdělením, že práce jejich asociace je trochu obtížná proto, že se Indonésie rozkládá na více než sedmácti tisících ostrovech.

V Maroku se podařilo změnit zákon, který umožňoval vyhnout se trestu muži, který znásilnil ženu a pak si ji vzal za manželku a jedná se o úpravě zákonů dalších. Marocká asociace také představila svůj sociální podnik, který byl založen k naplnění hned několika cílů. Jednak chod asociace částečně finančně zabezpečuje, jednak dává prostor ke vzdělávání v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví a souvisejících práv (dále SRHR) a v neposlední řadě poskytuje vzdělání a podílí se na řešení nezaměstnanosti v oblasti.

Obhajobou práv mužů a žen se také zabývá asociace v Alžírsku, které se po mnoha problémech podařilo do školních osnov začlenit problematiku rovnosti žen a mužů. Dále realizovala projekt, který navrhoval nové články trestního zákoníku s cílem kriminalizovat všechny formy násilí na ženách. Pro větší informovanost veřejnosti byli připravováni dobrovolníci a vrstevníci vzdělavatelé, byl vytvořen dokumentární film a vznikly další informační materiály.

Výkonní ředitelé členských asociací z Estonska, Kostariky a Laosu hovořili o nutnosti propojení komplexní sexuální výchovy se zdravotnickými službami přátelskými k mladým lidem. Zmiňovali také problémy se zaváděním komplexní sexuální výchovy, především problémy s náboženskou opozicí.

Mne osobně nejvíce oslovily prezentace členských asociací na téma zapojení náboženských lídrů do výchovy k sexuálnímu a reprodukčnímu zdraví ze zemí, kde je převažujícím náboženstvím Islám, konkrétně ze Somalilendu, Egypta a Bangladéše. Vzdělávání v oblasti SRHR v těchto státech vyžaduje podle mého názoru notnou dávku osobního hrdinství a některé poznatky pro nás mohou být inspirací i přes odlišnost našich kultur.

První z inspirativních prezentací byla ze Somalilendu. Somalilend je nezávislý, ale neuznaný stát na území severního Somálska v Africkém rohu, který od roku 1991 zahrnuje pět z osmnácti somálských krajů. Podle odhadu je mateřská úmrtnost v Somalilendu 1 200 na 100 000 živě narozených dětí. UNICEF odhaduje, že 29% obyvatel nemůže používat prostředky pro plánované rodičovství, gramotnost v Somalilendu se odhaduje na 45% a průměrný počet dětí na každou ženu je sedm. Asociace musí vycházet z místních zvyklostí, kdy směr uvažování určují náboženští vůdci, imámové nebo církevní

programy v rádiu a televizi a problém nepodpořený náboženskými vůdci není vůbec přijat. Asociace pro plánované rodičovství se tedy opírá o povinnost náboženských komunit řešit sociální problémy a pořádá workshopy pro Ministerstvo náboženských otázek, Ministerstvo zdravotnictví, a zdravotnická centra. Facilitátory těchto workshopů jsou gynekologové a porodníci, ale i respektovaní šejchové. Tématem workshopů je například Islám a moderní metody plánovaného rodičovství, kdy se pokouší různými prostředky dojít ke shodě. K prosazení svých názorů asociace používá důkladné vysvětlování důvodů k plánovanému rodičovství a dostatek času je věnován zodpovězení otázek a vyvracení obav souvisejících s bezpečností antikoncepce. Pro podporu myšlenek jsou také využívány citace méně konzervativních mezinárodních islámských zkušeností.

Inspirativní jsou následující zkušenosti

Náboženské komunity nejsou jednotné. Existují rozdílné úrovně náboženského a sekulárního vzdělávání uvnitř náboženské komunity.

Mnoho problémů somalilendské asociaci zbývá do budoucna, je především třeba řešit nedostatek odvahy mezi zdravotníky v souvislosti s plánovaným rodičovstvím a větší zapojení mužů, kteří nejsou v souvislosti s problematikou SRHR oslovováni.

Egyptská asociace prezentovala své úspěchy v kampani I decide, které jsme se účastnili i my. Podávalo se jí zapojit media i mladé lidi do propagace sexuálního a reprodukčního zdraví.

V Bangladéši pracují s imámy a dokonce učiteli v madrasách (školách při mešitách) prostřednictvím komplexního přístupu, který zahrnuje trénink, vzájemné návštěvy a bezplatné zdravotní služby ve zdravotních táborech. Problematickou sexuálního a reprodukčního zdraví se již podařilo začlenit do učebnic, ale učitelé většinou nejsou vzděláváni pro výuku. Bangladéšská organizace trénuje učitele ve 45 madrasách, což má v souvislosti s problematikou SRHR velmi dobrý vliv na ně i jejich studenty.

K příkladům dobré spolupráce s islámskými náboženskými vůdci byla vzneseny určité námitky v tom smyslu, že tato spolupráce má jen krátkodobý efekt, že je samozřejmě třeba spolupracovat se všemi zainteresovanými partnery, ale v dlouhodobém horizontu že by bylo třeba vliv náboženství na běžný život omezovat.

Vraťme se na závěr do Evropy. Dobrá úroveň sexuální výchovy na jejím severu je všeobecně známá, ale podívejme se na model financování švédské asociace, rozšířený do dalších severských zemí. Nebude to ale stať o státních dotacích. V roce 1933 založila Elise Ottesen-Jensen „Ottar“ (1886-1973) RFSU AB/Ltd (jako kdyby naše SPRSV založila ještě SPRSV s. r. o.), v té době jediný způsob, jak financovat na svou dobu kontroverzní aktivity. Dnes má tato firma obrát 20 milionu dolarů a její název (a tím i název švédské asociace) zná 98% obyvatel. Firma je největším prodejcem kondomů, lubrikantů, těhotenských testů a dalších produktů, kterými pokrývá i ostatní severské země, v některých má i pobočku. Ze zisku financuje neziskovou činnost nejen švédské, ale i dalších asociací. A tak si můžeme jen přát, že se i u nás nějaká/ý Ottar objeví a dobrým nápadem pomůže finančně zabezpečit činnost SPRSV.

Zdroje:

Prezentace členských asociací IPPF na Global Gathering 12. – 14. května 2015 v Bangkoku
Global Gathering Summary Report, Published in June 2015 by the, International Planned Parenthood Federation 4 Newhams Row, London SE1 3UZ, UK

Reflexe paradigm vztahu mezi rodinou a školou v České republice

Dominika Provázková Stolinská, Miluše Rašková

Abstrakt: Záměrem příspěvku je poukázat na aktuálnost problematiky vztahu mezi rodinou a školou v podmínkách českého prostředí z důvodu záměrného působení na cílenou socializaci mladého člověka.

V souladu se záměry grantového projektu č. IGA_PdF_2015_007 s názvem Puberta – součást sexuální výchovy v systému českého a čínského školství se v příspěvku pokusíme představit vstupní informace o problematice vztahu mezi rodinou a školou. Ten vnímáme jako stěžejní stavební kámen pro přijetí partnerského statusu oběma hlavními činiteli edukačního procesu (tedy učitele a žáka) a intervenovat tak překážky pro komunikaci v problematice tak specifické jako je sexuální výchova.

Prostřednictvím příspěvku bychom chtěli představit paradigmat vztahu mezi rodinou a školou a jejich reflexi v kontextu změn, jež přinesla soudobá kurikulární reforma v ČR.

Úvod

Problematika vztahu mezi učitelem a žákem je v současnosti velmi aktuální. Obzvlášť nabývá na významu v rámci oblasti řešené v projektu Puberta – součást sexuální výchovy v systému českého a čínského školství č. IGA_PdF_2015_007, kdy nosným tématem je sexuální výchova. Ta je v obecné rovině často napadána částí rodičovské i jiné veřejnosti se zdůvodněním, že je zejména ve škole zbytečná a neúčinná. Garance sexuální výchovy ve škole mimo jiné vyplývá z požadavku odbornosti, a to vzhledem ke specifickým pedagogicko-psychologickým zvláštnostem žáků (např. Langmeier, Krejčířová, 2006) a nutnosti respektování humanizačních kritérií a etických zásad. Komplexní sexuální výchova včetně problematiky o pubertě má mít těžiště v rodině, avšak nelze zaručit, že v ní žák získá žádoucí znalosti, postoje a chování z nejširší oblasti sexuálního chování. Škola, žák a jeho rodina by měly umět vzájemně komunikovat v oblasti sexuální výchovy, tedy i v oblasti problematiky puberty, ale často se objevují problémy spojené se zábrany rodičů v komunikaci s dítětem (Rašková, 2013).

Tyto nedostatky je možné eliminovat podporou vztahu mezi rodinou a školou a rozvojem efektivní komunikace mezi učitelem a žákem. Jako pozitivní pro tyto účely může zapůsobit fakt, že z výzkumů vyplývá, že hlavním aktérem, který řídí pedagogickou komunikaci v edukačním procesu, je učitel. Určuje především záměr a čas komunikační aktivity. V kontextu s požadavky soudobé kurikulární reformy je možné hodnotit posun v oblasti vztahu mezi učitelem a žákem v tom smyslu, že dnes má také žák vytvořen dostatečný prostor pro vyslovení vlastního požadavku učiteli a poskytuje zpětnou vazbu na reakci učitele (vlastní výzkum k problematice publikován In Provázková Stolinská, 2015). Tento jev je možné vnímat jako předpoklad k přijetí partnerského statusu oběma hlavními činiteli edukačního procesu a intervenovat tak překážky pro komunikaci v problematice tak specifické jako je sexuální výchova.

Z výsledků výzkumu edukačního procesu, a to především v kontextu specifik vztahu a interakce, je možné dále vycházet při rozvoji podnětných vztahů mezi školou a rodinou (resp. mezi učitelem a rodiči žáka).

1. Trendy v oblasti spolupráce mezi učiteli a rodiči

Jak uvádí Průcha (2000), mnozí pedagogové tvrdí, že bez dobrých vztahů a kooperace mezi rodiči a školou nemůže úspěšně fungovat vzdělávání mládeže. K tomuto poznání se však pedagogika v českém prostředí dopracovala až poměrně nedávno. Dříve převládalo pojetí, že role rodičů a školy jsou dvě oddělené aktivity – úlohou školy je vzdělávat a úlohou rodiny vychovávat. Teprve od 80. let 20. století se začalo toto přesvědčení opouštět.

Realita však nebývá vždy jednoduchá. Zasahuje zde totiž řada vlivů - postoje, názory i předsudky rodičů a veřejnosti vůči konkrétní škole nebo učitelům; rozdílné výchovné styly uplatňované v rodinách při výchově dětí; místo, které zaujímá školní vzdělávání v hodnotovém žebříčku rodin aj. Jako významné se jeví především snaha o vzájemnou kooperaci při naplňování stejného cíle – rozvoje dítěte.

Hovoříme-li o problémech odlišných očekávání obou prostředí, ve kterých se dítě rozvíjí, je na místě podívat se na konkrétní pohledy: Jaké školy chtějí rodiče? a Jaké rodiče chce škola?

Zde budeme vycházet z výzkumů, které ve své kapitole zmiňuje Mecnerová (In Pedagogika III., 1996). Nejprve se zaměříme na odpovědi na první otázku - Jaké školy chtějí rodiče?

S počátkem reformních myšlenek se začala také rodičovská veřejnost zajímat o myšlenku plurality ve vzdělávání. Zásadní posun v zájmu rodičů o školu je spatřován v reakcích na transformaci českého školství. Z výsledků výzkumu Skupiny pro nezávislou sociální analýzu (AISA) vyplynulo, že 34 % rodičovské populace (označených typem obecně liberální) reaguje na případnou zásadní transformaci školského systému pozitivně a podporuje ji, přestože většina respondentů této skupiny má k současnému školství tolerantní vztah. 16 % dotazovaných (typ radikálně liberální) vyjádřilo naprosto jednoznačně podporu radikální transformaci českého školského systému a zároveň projevilo poměrně ostrou kritiku současné školy za to, že potlačuje osobnost a individualitu dítěte. Tři čtvrtiny respondentů této skupiny zároveň vyjádřily potřebu mít větší vliv na výuku svých dětí ve škole. Druhá polovina respondentů se vyjadřovala proti decentralizaci školství a podpořila původní - tradiční školský systém.

Organizace OECD se ve svém výzkumu zase zaměřila na očekávání rodičů - jaké nejdůležitější oblasti by měly být u dětí školou rozvíjeny. V závěru jich vydefinovali 8. Následující tabulka prezentuje získané výsledky:

Tabulka č. 1: Které vlastnosti a schopnosti má škola dle rodičů rozvíjet

Vlastnost/schopnost	Podíl respondentů považujících vlastnost/schopnost za podstatnou nebo velmi důležitou (v %)	
	Průměr zemí OECD	ČR
Sebedůvěra žáků	88	76
Schopnost žít s lidmi z různých vrstev	81	56
Porozumění životu v jiných zemích	64	37
Zdravý životní styl	75	40
Schopnost být dobrým občanem	75	56
Schopnost důležité pro další studium	81	80

Zdroj: Průcha, 1997

Druhou otázkou, na kterou se zde zaměříme, je: Jaké rodiče chce škola?

Nejprve si musíme uvědomit, že systém základního školství je již na mnoha úrovních transformován. Jak po vnější tak vnitřní stránce. Jako jeden z důležitých prvků proměny bychom měli vnímat existenci a stálý nárůst inovativních prvků ve vzdělávání a alternativních typů škol. Filosofie každého typu školy s sebou přináší odlišné požadavky na rodiče a představu o jejich vlivu na organizaci školy. Mecnerová (In Pedagogika III., 1996) cituje Rýdla, který konstatuje, že pokud vůbec připustíme, že právo rodičů na informace a jeho naplnění je již prvním stupněm spolupráce se školou. Tu je možno rozdělit do 4 stupňů:

1. Právo být informován
2. Právo zúčastňovat a podílet se na akcích školy (poradách a konferencích, diskutovat o problémech výchovného charakteru)
3. Právo spoluúčasti a také spoluzodpovědnosti
4. Právo samosprávné a sebeurčující (u nás zatím výjimka)

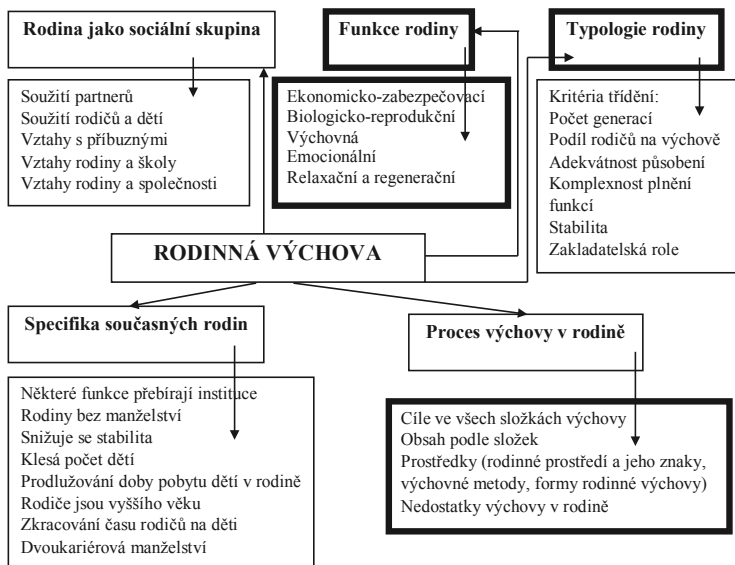
Jedná se o základní úrovně vlivu rodičů na školskou organizaci. Kvalita a rozměr naplnění jednotlivých stupňů již záleží na subjektivním pojetí vedení škol, což vyplývá nejen z pojetí ředitelů škol, ale především z konkrétního typu školy. Tučně zvýrazněny byly oblasti, které se nejvíce vztahují k námi řešené problematice.

Nyní bychom se zaměřili na konkrétní výchovné charakteristiky jednotlivých činitelů. Nejprve budeme pozornost věnovat rodině, poté zaostříme na prostředí školy.

2. Rodina v kontextu výchovného působení na dítě

Dle schématu č. 1 můžeme pozorovat, jak komplexní a propojené jsou determinanty utvářející systém rodinné výchovy. Na podkladě naplňování jednotlivých funkcí s podporou rodinných vazeb je možné charakterizovat rodinné typy. Ty spolu se specifiky současnosti ovlivňují proces výchovy dítěte.

Schéma Č. 1: Rodina a rodinná výchova



Zdroj: Malach, 2004

Abychom mohli být dostatečně konkrétní, pokusíme se vymezit žádoucí znaky výchovného prostředí rodiny a chyby ve výchovném působení rodiny:

Žádoucí znaky výchovného prostředí rodiny

- Rodiče mají autoritu
- Jsou vnímány nebo stanoveny určité výchovné cíle, rodina nezajišťuje jen péči o děti
- Rodiče vyčleňují svůj čas i finanční prostředky na výchovu svých dětí
- Rodina má vnitřní režim (nepísaná pravidla), který upravuje práva a povinnosti jejích členů
- Rodina pověřuje děti odpovědností za konkrétní povinnosti
- Rodina umožňuje dětem spolurozhodování o společných záležitostech
- Rodina poskytuje přiměřené prostředky dětem na krytí jejich osobních výdajů
- V rodině se řeší konflikty mezi jejími členy vyjednáváním, nikoliv násilím, agresivitou
- Rodina umožňuje dítěti (spolu)rozhodovat o náplni volného času a vede jej k sebevýchově
- Rodina respektuje právo dítěte rozhodovat se o svém budoucím povolání

Chyby ve výchovném působení rodiny

- Nadměrná výchovná stimulace dítěte ze strany rodičů - dítě nedokáže vyhovět požadavkům a přáním rodičů, je frustrováno nemožností dostat očekávaním na výsledky ve škole, na chování, dokonce svůj vzhled. Děti se projevují nesamostatností, zvýšenou bojácností, sníženou sebedůvěrou, neupřímností i dětskými neurózami.
- Nedostatečná výchovná stimulace dítěte ze strany rodičů - rodiče nekladou na dítě žádné nebo téměř žádné nároky ani nepodporují jeho zájmy, koníčky. Rodiče rezignují na svoji výchovnou roli. Zanedbanost se projevuje v citové prázdnotě, v sociální deprivaci, v mravních kvalitách. Děti se mohou snáze dostat pod vliv sociálně patologických skupin.
- Vadná stimulace - mohou to být děti zhýčkané, primadonizované, protekční, hypochondrické. Nebo naopak děti vystavené přehnaně autoritativní tvrdé výchově, drezírované, tvrdě trestané. Mohou se projevovat uzavřeností, zatrpklostí, nebo naopak výraznou agresivitou, hněvivostí, mstivostí, lživostí aj.

- Nejednotnost rodičovského působení - nesoulad výchovných požadavků mezi rodiči, rodiči a prarodiči, nesoulad mezi požadavky na jednotlivé děti v rodině.
- Nesoulad rodinné a veřejné výchovy - značně odlišné požadavky na děti ze strany rodiny, školy, společnosti (tzv. skleníková výchova).
- Výchovná jednotvárnost - malá škála používaných metod a forem výchovy v rodině, včetně odměn a trestů - vede k nudě, nezájmu o kontakt s rodiči, ignoraci jejich názorů, vyhýbání se společným aktivitám odcizení.
- Násilí na dětech jako podmnožina patologického jevu domácího násilí - podle statistických údajů za rok 2003 bylo objektem domácího násilí každé dvacáté dítě!

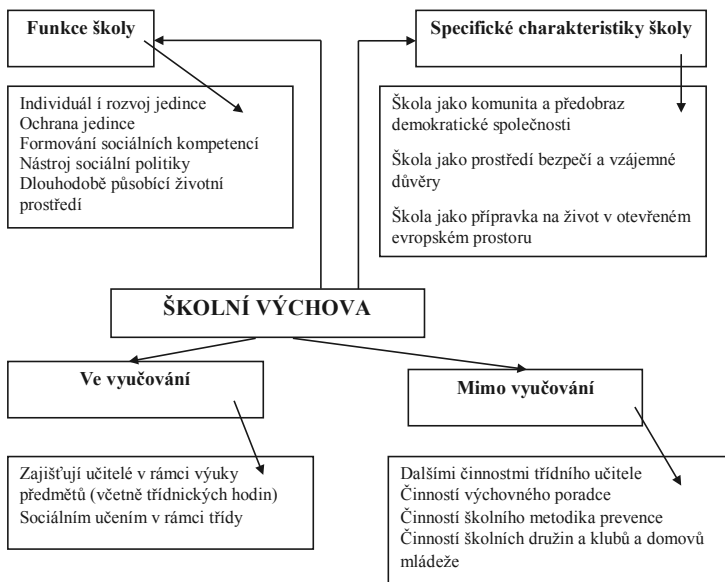
3. Škola jako instituce deklarující kvalitní výchovu

Podnětnost spolupráce mezi rodinou a školou je neoddiskutovatelná. Vycházíme ze skutečnosti, že škola deklaruje instituci řízené komplexní vzdělávání, jež vychází ze školské politiky každé země. Kromě tradičních funkcí školy se v reakcích na aktuality ve společnosti objevují i nové funkce a hlavní úkoly. Ty definoval Husén:

- Škola přispívá k celkovému rozvoji jedince - poskytuje poznatky a speciální dovednosti, které nelze získat pouhou zkušeností mimo školu.
- Škola je ochranným zařízením - chrání před špatnými příklady dospělých, garantuje dítěti příznivé prostředí do doby, než jsou schopni stát na vlastních nohách.
- Škola formuje lidskou bytost - formuje mladou generaci podle určitých norem a hodnot.
- Škola je nástrojem sociální politiky - připravuje dítě na budoucí fungování na trhu práce, pro další vzdělávání v profesích, potlačuje nezdravé sociální jevy jako kouření, drogy atp.
- Škola je součástí životního prostředí - děti tráví ve škole většinou 11 - 13 let a z toho vyplývá požadavek zajištění kvalitního prostředí pro jejich vývoj.

Kromě těchto funkcí reagujících na aktuální společenské podmínky existují také tradiční funkce školy. Obdobně jako u předešlého schématu, i v případě školní výchovy můžeme strukturovat determinanty, které ji ovlivňují. Na podkladě funkcí a aktuálních specifických charakteristik jednotlivých škol je možné na dítě působit jak v rámci tak mimo vyučování.

Schéma č. 2: Škola a školní výchova



Škola při procesech působení na dítě sice zastává roli sekundárního prostředí, přičemž rodina představuje primární prostředí. Na druhou stranu se jedná o promyšlené cílevědomé a záměrné působení na rozvoj jedince. De Singly (1999) navíc upozorňuje na fakt, že se role rodiny v socializaci dítěte neustále zmenšuje. Některé dřívější funkce, které zabezpečovala, nyní přebírají jiné instituce – mj. také škola.

4. Expand forem spolupráce rodiny a školy

Vycházíme-li z faktu, že škola deklaruje kvalitní vzdělání s akcentem na aktuálnost, pak se jeví jako významné škole přiklonit autonomii také ve specifických oblastech výchovy a respektovat její kompetentnost. V tom případě soudobé pojetí podpory spolupráce rodiny a školy umožňuje oběma stranám výchovných činitelů najít adekvátní formu rozvoje jedince ve specifických oblastech.

Zamýšlíme-li se nad možnostmi spolupráce obou prostředí, můžeme si vymezit formy komunikace mezi rodinou a školou. Ty můžeme rozlišit na tzv. formální a neformální kontakt:

Formální – tradiční:

- Třídní schůzky
- Konzultace rodičů ve škole

Neformální – trendové, nadstandardní:

- Hospitace rodičů ve vyučování
- Návštěva učitele v rodině

Existují však i další formy kontaktů - adaptační akce školy, slavnosti, e-mailová komunikace o prospěchu a organizaci vzdělávacích činností atp. V České republice se v současnosti objevují školy pod záštitou značky Rodiče vítáni.

Obrázek č. 1: Značka Rodiče vítáni



Uplatňují filozofii „Škola otevřená rodičům, rodiče otevření škole“. Rodiče oceňují, když se k nim škola chová vstřícně a partnersky. Učitelé si přejí, aby rodiče žáků s nimi táhli za jeden provaz a byli otevření vzájemné komunikaci. Věří, že spolupráce a partnerská komunikace škol a rodičů se vyplácí, a to oběma stranám.

Tento přístup zatím není tradiční, avšak je možné jej považovat za moderní trend využívající řadu různých podpůrných aktivit ke komunikaci (jako např. mediace). Případy této dobré praxe by mohly ovlivnit snahy dalších učitelů o uplatňování i jiných než tradičních forem komunikace s rodiči (EDU IN, 2011).

Rozšiřování a efektivní fungování komunikačních cest, které jsou podporou pro utváření vztahů mezi rodinou a školou založených na důvěře, vnímáme jako důležité pro rozvoj specifických pedagogických situací se zaměřením na problematická témata v edukačním procesu. V rámci řešení projektové problematiky bychom rádi podpořili zájem rodičů o kvalitu vzdělávání jejich dětí v problémových oblastech (v našem případě v oblasti puberty) s uvědomělou podporou kompetentnosti učitelů.

Závěr

Prostřednictvím příspěvku jsme chtěli poukázat na význam komplexního přístupu rodiny a školy k výchově dítěte. Pokusili jsme se představit odlišná očekávání jednotlivých činitelů o působení na dítě, také jsme vymezili jednotlivá prostředí, která dítě obklopují na jeho cestě poznávání a snažili jsme se alespoň naťuknout hlavní problematické otázky, se kterými se škola i rodina potýká. Snahou bylo vykreslit ucelenější představu o velkém významu vzájemné spolupráce rodiny a školy, přičemž tento trend je podporován vzdělávací politikou naší země. Tato východiska vnímáme jako nezbytná pro řešení grantového projektu. Možnosti efektivní spolupráce mezi rodinou a školou totiž mohou podpořit kvalitu komunikace o specifickém tématu jako je vývoj mladého člověka v pubertě a jeho sexualita.

Literatura

- Blížkovský, B. (1992) Systémová pedagogika. Ostrava: Amonium servis. ISBN 80-85498-18-9.
EDU IN. (2011) Rodiče vítáni. Dostupné z: www.rodicevitani.cz.
Husén, T. Školní vzdělávání v moderní Evropě. Pedagogika. č. 1. ISSN 3330-3815.
Komenský, J. A. (1958) Vybrané spisy J. A. Komenského. Praha: SPN.
MALACH, J. (2004) Teorie a metodika výchovy. Ostrava: OSU. ISBN 80-7042-374-9.
Pedagogika III. (1996) Ostrava: OSU. ISBN 80-7042-101-0.
Provázková Stolinská, D. (2015) Conditions for effective interaction between teacher and pupil at Czech primary schools. CY-ICER, Cyprus. (in process).
Průcha, J. (1997) Moderní pedagogika. Praha: Portál. ISBN 80-7178-170-3.
Průcha, J. (2000) Přehled pedagogiky. Praha: Portál. ISBN 80-7178-399-4.
Rašková, M. (2013) Sexuální výchova jako zdroj školní péče o zdraví a zdravý životní styl dětí. Olomouc: PdF UP.
Singly, F. (1999) Sociologie současné rodiny. Praha: Portál. ISBN 80-7178-249-1.
Skalková, J. (1995) Za novou kvalitou vyučování. Brno: Paido. ISBN 80-85931-11-7.

Kontakty:

Mgr. Dominika Provázková Stolinská, Ph.D. (dominika.provazkova@upol.cz)
Doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D. (miluse.raskova@upol.cz)
Katedra primární a preprimární pedagogiky
PdF UP v Olomouci, CZE

Puberta pohledem budoucích pedagogů primární školy v České republice a na Slovensku

Miluše Rašková

„Učit o pubertě v pubertě už je pozdě.“ – anonymní respondent/ka

V loňském ročníku jsem se ve svém příspěvku o problematice puberty v edukaci primární školy zaměřila na významnou pozici školního pedagoga a publikovala metodické inspirace pro učitele prostřednictvím inspirativních textů pro učitele včetně ilustrací využitelných pro žáky (RAŠKOVÁ, 2014). Na letošním kongresu si dovoluji navázat na minulé téma, a sice v podobě sdělení o názorech budoucích učitelů primární školy na problematiku puberty.

Dovoluji si malou rekapitulaci o problematice. Puberta je fáze, ve které se završuje dosažení reprodukční schopnosti. Pubertu lze označit za zásadní hormonální proces fyzických změn v souvislosti s výrazně se měnící psychikou, a to s uvědoměním si vlastní osobnosti (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006, VÁGNEROVÁ, 2000 aj.). Puberta je významným prvkem sexuální výchovy (RAŠKOVÁ, 2013, 2014; Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání; ŠTĚRBOVÁ, RAŠKOVÁ a kol., 2014) a důležitou součástí komplexní výchovy dítěte v 21. století (Standards for Sexuality Education in Europe, 2010; IPPF; RAŠKOVÁ, 2008, 2013, 2014). Puberta je normálním projevem lidského vývoje. Jedná se o životní fázi s řadou změn, které neovlivní jen jedince samotného, ale celé jeho okolí. Z pedagogického hlediska je velmi důležité, aby všechny děti byly včas a adekvátně připraveny na tuto životní etapu (RAŠKOVÁ, 2013, 2014), a to na všechny změny, vztahy a souvislosti, které s touto etapou souvisejí. Být připraven či připravena na pubertu včas znamená, že děti mají získat potřebné znalosti o ní už před jejím nástupem v období prepuberity (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006, VÁGNEROVÁ, 2000 aj.), kdy jsou žáky primární školy.

Puberta se dotýká široké oblasti lidského života a je určena pro současný i budoucí život žáka. Znalosti o pubertě přispívají k celistvosti rozvoje osobnosti. Na základě poznatků o pubertě a dalších si žáci musí vytvářet etické postoje k sexualitě a dokázat se vyvarovat rizikovým formám sexuálního chování. Většina informací je vždy všeobecné povahy a tvoří neoddelitelnou součást všeobecných znalostí. Při edukaci nepředáváme pouze vybrané perzum znalostí (JANÍK, 2005), ale současně formujeme žákovy subjektivně i společensky žádanou postoje a chování z nejširší oblasti sexuálního chování (ŠTĚRBOVÁ, RAŠKOVÁ, 2014; ŠTĚRBOVÁ, RAŠKOVÁ a kol., 2014). Z pedagogického hlediska by mělo být dítě „vybaveno“ zejména nezkrácenými představami, přesnými pojmy a patřičnými znalostmi (tj. vědomostmi), dovednostmi i návyky, které jsou adekvátní jeho specifické věku jako žáka primární školy (RAŠKOVÁ, 2013, 2014). Z pohledu didaktiky jsou znalosti obecně chápány zpravidla jako výsledek edukace. Protože znalosti jsou v podstatě zapamatované a pochopené poznatky se vzájemnými vztahy a souvislostmi, v nichž se projevuje poznaná objektivní skutečnost, musí mít žák vytvořenou dokonalou představu o jevech, musí rozumět všem pojmům a vztahům tak, aby nakonec dokázal pamětně zvládnout veškeré související informace (např. SKALKOVÁ, 2007 aj.).

Dovoluji si připomenout, že garance sexuální výchovy ve škole mimo jiné vyplývá z požadavku odbornosti (RAŠKOVÁ, 2008, 2013, 2014), a to vzhledem ke specifickým pedagogicko-psychologickým zvláštěnostem žáků (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006, VÁGNEROVÁ, 2000 aj.) a nutnosti respektování humanizačních kritérií a etických zásad. O vzájemné komunikaci dítěte, školy a rodiny stejně jako o vzájemném respektu také nelze diskutovat (RAŠKOVÁ, 2008, 2013, 2014 aj.; STOLINSKÁ, 2009, 2013 aj.).

O důležitosti připravenosti učitele primární školy k edukaci o pubertě jsme zaměřili naši pozornost na studenty učitelských oborů, kteří se v pregraduální přípravě na vysoké škole připravují na svou profesi učitele primární školy a představují věkovou kategorii do 24 let (tj. budoucí učitelé). V dílčím výzkumném šetření jsme u vybraných českých studentů ($c = 31$) z Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a slovenských studentů ($s = 27$) z Pedagogické fakulty Prešovské univerzity v Prešově provedli sondu, prostřednictvím které jsme zjišťovali, jak pojem puberta definují a jaký význam tomuto pojmu přisuzují v pedagogické praxi. Při dotazování studenti v písemné formě odpověděli prostřednictvím volné odpovědi na dvě zadané položky: 1. Definujte pojem puberta, 2. Uveďte význam puberty v edukaci v primární škole.

Při vyhodnocení odpovědí studentů jsme pubertu chápali jako pojem (viz výše v textu zadaná položka 1), který je určen definicí, jež udává jeho podstatné vlastnosti, přičemž jsme pojem puberta definovali pomocí analytické definice (FERJENČÍK, 2010). Při kategorizaci a vyhodnocení anonymních odpovědí studentů jsme důsledně nerozlišovali specifiku hlediska o obsahové přiměřenosti, kdy je potřeba hodnotit, aby definice nebyla úzká, široká, posunutá či disjunktní. Pozornost jsme zaměřili na správnost a přesnost vystižení skutečného významu pojmu puberta. Mají-li být budoucí učitelé primární školy kvalitně připraveni na edukaci o pubertě, pak musí disponovat (mimo jiné) nejen patřičnými didakticko-metodickými znalostmi a dovednostmi, ale také především adekvátními odbornými znalostmi (RAŠKOVÁ, 2008, 2013, 2014), které se opírají o premisu správně definovaného pojmu. Výsledky definování pojmu puberta jsme již zveřejnili (RAŠKOVÁ, ZOUHAROVÁ, 2015).

Positivní význam puberty v edukaci v primární škole (viz výše v textu zadaná položka 2) uvedli ve svých odpovědích všichni čeští studenti, a to na rozdíl od slovenských studentů, kteří vyjádřili i ryze negativní stanovisko (sne = 10). Pro ilustraci uvádím ukázkou z některých anonymních odpovědí českých studentů.

„Děti by měly vědět, co se s nimi děje, aby se na to mohly připravit. Myslí si, že pokud dítě bude mít alespoň základní znalosti, může lépe porozumět samo sobě a lépe se s těmito změnami vyrovnat.“

„Na prvním stupni by žáci měli vědět základní věci o pubertě, neboť každý si tímto obdobím musí projít. Je lepší být vždy připraven a vědět, co se s ním bude dít, jaké změny nastanou. Podle mého názoru ve škole je to nejlepší prostředí, kde se žáci mohli dozvědět základní věci týkající se puberty, jelikož rodiče toto téma často přehlíží, netvrdím, že všichni, ale jsou tací.“

„Dítě by rozhodně mělo vědět, co se s ním děje... Je zde totiž riziko, že ve spoustě rodin se o těchto tématech stále nemluví a vzhledem k bouřlivosti tohoto období jsou informace velmi důležité.“

„Je důležité se osobně ve škole s dětmi bavit, osvětlit, co to puberta je a především proč. Zodpovědět dotazy, vyvrátit mylné informace. Vysvětlit si, k jakým změnám dochází.“

„Puberta by se měla ve škole probírat zcela určitě, v tomto věku děti totiž potřebují vědět spoustu odpovědí na jejich otázky, na které se sami stydí zeptat. Proto by měly být prezentovány ve škole automaticky.“

„Žáci by měli vědět, co se s jejich tělem po fyzické i psychické stránce bude dít. Pubertou projde každý člověk.“

„Myslím si, že i rodiče by měli být školou informováni, měli by úzce spolupracovat se školou, nabídnout jim porady, ukázat knihy a být jim oporou.“

„Na prvním stupni bych s dětmi mluvila téměř o všem, co se puberty týče. Hlavně bych zdůraznila, že vše, co se teď s nimi děje, je normální a přirozené.“

„Škola by měla žáky seznámit s tímto tématem, protože doma se o něm nemusí nic dozvědět.“

„Myslím si, že děti na ZŠ by měly mít přehled o tom, co to puberta je a co se v tomto období s jejich tělem děje. Vzhledem k tomu, že je to nadcházející období jejich života a mnohdy se o tom rodiče nechtějí bavit nebo dítěti cokoli vysvětlovat, považují za velmi důležité.“

„Učit o pubertě v pubertě už je pozdě.“

Z odpovědí českých studentů o významu puberty v edukaci v primární škole nás velmi potěšil fakt, že považují za důležité, aby děti byly připraveny na pubertu včas, což se shoduje i s naším názorem o potřebnosti znalostí před nástupem puberty (RAŠKOVÁ, 2014). Dále pro nás bylo potěšitelné, že pozitivní zjištění se týkalo také pochopení významu spolupráce školy a rodiny, vzájemné komunikace mezi školou a rodinou, učitelem a žáky, neboť sami se přikláníme k názoru, že koexistence rodiny, školy a jiných relevantních zdrojů jako vzdělavatelů dětí je pro edukaci smysluplným propojením. Pedagogická praxe stejně jako názory studentů potvrzuje, že rodiče mají často zábrany v komunikaci s dítětem o pubertě (RAŠKOVÁ, 2008). Z tohoto důvodu opět zdůrazňujeme, že edukace o pubertě musí být odborně garantována učitelem vzhledem ke specifickým pedagogicko-psychologickým zvláštěstím dětí a nutnosti respektování humanizačních kritérií a etických zásad.

Pro dokreslení situace z hlediska ryze negativního stanoviska o pubertě v edukaci v primární škole uvádím názory některých slovenských studentů (doslovné přepisy).

„Nie! ...čím viac im o tom budeme prednášať, tým v nich vzbudíme túžbu vyskúšať získané poznatky...“

„Je to ešte len dieťa ktoré tomu pojmu ešte ani len nerozumie. Nevie čo to znamená a je zbytočné a podľa mňa nevhodné brať dieťaťu jeho detstvo, jeho názory na to ako to funguje.“

„Deti by sa mali tieto informácie dozvedieť od svojich rodičov.“

„Rodičia majú regulovať tieto otázky, a to podľa typu a štýlu výchovy akou vychovávajú svoje deti. Nie každý rodič sa stotožní s tým, čo dieťaťu o tejto veci povedia v škole, oni zdieľajú iný názor a potom v tom deti majú chaos.“

„Deti na prvom stupni sú podľa mňa na niečo také jednoducho primladé.“

„Deti v tomto veku nemajú čo riešiť otázky, ktoré sa týkajú intímnych vecí. Zaujímajú ich oveľa iné veci.“

V negatívnych názorech slovenských študentů o významu puberty ve školní edukaci se objevily myšlenky o nutnosti jednostranné garance rodiny (často s uvedením vysvětlením), dále o nevhodném (nízkém) věku dětí na tyto informace, případně o vzbuzení touhy vyzkoušet si získané poznatky. K uvedeným názorům existuje celá řada protiargumentů, polemik, vysvětlení apod. Vzhledem k rozsáhlosti vztahů a souvislostí problematiky se tímto tématem nezabývám v příspěvku. Z argumentace k rodině vybírám slova významné psychologičky docentky Štěrbové (2014, s. 15): „V rodině se tvoří hodnoty, postoje, pocity a chování. Dostává-li dítě v rodině negativní zpětnou vazbu ohledně sexuality, pak její rodina vede ke zdrojům, které budou pro dítě snadno přístupné (např. internet, časopisy, televize, videa) a stanou se významnějšími pro získávání informací, které dětskou zvědavost budou upokojoval.“

Doplňující položku k písemnému dotazování tvořila otevřená otázka ke školní edukaci o pubertě, která se týkala vlastních zkušeností českých študentů. Študenti potvrdili generační fakt, že sami nemají ucelené zkušenosti ze systematické sexuální výchovy, ať už školní nebo v rodině (RAŠKOVÁ, ZOUHAROVÁ, 2015). Zdroji k získávání informací o pubertě se pro ně staly zejména ty, o kterých se vyjádřila docentka Štěrbová (viz výše v textu).

Co sdělit závěrem? Nesmíme zapomínat na to, že osobnostní připravenost učitele pro edukaci o pubertě úzce souvisí s jeho osobnostním přístupem, jehož důležitou prepozicí je získaná osobní zkušenost. Je otázkou, jakou roli osobní zkušenost hraje v oblasti osobnostní připravenosti učitele pro edukaci o pubertě, neboť osobnostní předpoklady jsou důležitou součástí odborné kvalifikace učitelů stejně jako profesní znalosti a dovednosti. V této souvislosti je nutné opět připomenout, že osobnostní přístup lze na rozdíl od odborné připravenosti velmi těžko ovlivnit. Připravenost učitele k edukaci o pubertě patří k profesním kompetencím, a z tohoto důvodu učitel musí mít potřebné znalosti, rozumět problematice, znát vyučovací strategie a metody zprostředkování učiva, dále se profesně vzdělávat i osobnostně rozvíjet. Osobnostní základ resp. pozitivní osobní zkušenosti by každý člověk měl získávat postupně už od dětství. Kdy konečně pochopíme my učitelé, rodiče i ostatní vzdělavatelé, že puberta je významným pojmem pro život každého člověka a začneme už naše děti včas vzdělávat a komunikovat s nimi!?

Poznámka:

Tento text popisuje pouze jednu ze součástí širšího kontextu řešeného projektu s názvem Puberta - součást sexuální výchovy v systému českého a čínského školství. Zmíněný projekt je v současnosti řešen v České republice v rámci grantové soutěže na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (IGA_PdF_2015_007, hlavní řešitelka doc. PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D.).

Použitá a doporučená literatura:

FERJENČÍK, Ján. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portal, 2010. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.

International Planned Parenthood Federation. b. (n.d.) Comprehensive sexuality education. Dostupné z: <<http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/adolescents/education>>

JANÍK, Tomáš. Znalost jako klíčová kategorie učitelského vzdělávání. Brno: Paido, 2005. 172 s. ISBN 80-7315-080-8.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

RAŠKOVÁ, Miluše. Sexuální výchova jako zdroj školní péče o zdraví a zdravý životní styl dětí. Inovovaný studijní materiál pro účastníky Kurzu k sexuální výchově v mateřské a primární škole. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2013. 42 s.

RAŠKOVÁ, Miluše. Pracovní listy k sexuální výchově. Pracovní obrazový materiál pro účastníky Kurzu k sexuální výchově v mateřské a primární škole. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2013. 19 s.

RAŠKOVÁ, Miluše. Problematika puberty v edukaci primární školy. In 22. celostátní kongres k sexuální výchově v české republice Pardubice 2014. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2014, s. 56 – 62. ISBN 978-80-905696-1-4.

RAŠKOVÁ, Miluše. Přípravenost učitele k sexuální výchově v kontextu pedagogické teorie a praxe v české primární škole. 1. vyd. Olomouc: VUP, 2008. 190 s. ISBN 978-80-244-2077-6.

RAŠKOVÁ, Miluše a Marie ZOUHAROVÁ. Pojem a význam puberty v pedagogické praxi z pohledu studentů učitelství 1. stupně základní školy. Magister. Reflexe primárního a preprimárního vzdělávání ve výzkumu. 2/2015, v tisku. ISSN 1805-7152.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. [on-line] Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>

STOLINSKÁ, Dominika. Interakce mezi učitelem a dítětem jako jedna z oblastí transformace české mateřské školy. In Univerzitní mateřská škola a její specifika v oblasti předškolního vzdělávání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3877-1.

STOLINSKÁ, Dominika. Efektivita interakce učitel – žák na dnešních školách. Media4U Magazine [online]. 2009, č. 1 [cit. 2009-07-20], s. 64-69. Dostupný z WWW: <<http://www.media4u.cz>>. ISSN 1214-918.

ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. Homosexualita v pedagogicko psychologickém pojetí. Magister. Reflexe primárního a preprimárního vzdělávání ve výzkumu. 2/2014, s. 8 – 19. ISSN 1805-7152.

ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ a kol. The Specifics of Communication in Relation to Sexuality I: Helping Professions in Relation to Sexuality, Including Persons with Intellectual Disabilities. Olomouc: Palacký University, 2014. ISBN 978-80-244-4444-4. 161 p.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

WHO Regional Office for Europe and BZgA. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. Dostupné z: <<http://www.bzga-whocc.de/?uid=20c71afcb419f260c6afd10b684768f5&id=home>>

Novinky v mezinárodní sféře a jejich vliv na situaci v ČR

Tereza Sadková

Národní situaci v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví a souvisejících práv (SRHR) do značné míry ovlivňuje i situace mezinárodní. Česká republika je členem mezinárodních organizací jako je OSN nebo EU, které mohou klást a kladou určité požadavky na vládu ČR v oblasti SRHR. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu je navíc akreditovaným členem Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF), což nám poskytuje nadnárodní propojení v rámci Evropy i celého světa, možnost čerpání finančních prostředků, atd. a zároveň klade na SPRSV určité požadavky. Cílem tohoto příspěvku je seznámit posluchače s nejdůležitějšími změnami v mezinárodní politice, které se vážou k roku 2015 a se změnou strategického plánu IPPF. Obě změny mají a budou mít efekt na práci naší organizace, ať už přímo (IPPF) nebo skrze naši vládu a jejich znalost nám může pomoci v lepší orientaci v naší oblasti po roce 2015.

Millenium Development Goals

V roce 2000 na summitu OSN byl přijat dokument, který stanovoval tzv. Vývojové cíle tisíciletí (Millenium Development Goals, MDG) pro období do roku 2015. MDG je souborem osmi mezinárodních rozvojových cílů, k jejichž naplnění se zavázaly všechny členské státy OSN, tj. včetně ČR. Pro oblast SRHR jsou relevantní především dva z nich – MDG6 jehož cílem je bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem a MDG5 zaměřený na zlepšení zdraví matek, převedším jeho část MDG5b přidaná v roce 2007, která se zaměřuje na univerzální dostupnost reprodukčního zdraví pro všechny. Vlády všech členských zemí byly povinovány zaměřit svoje programy právě na dosažení MDG a od toho se odvíjeli i mezinárodní a národní finanční zdroje v této oblasti.

MDG byly často kritizovány, především proto, že se zaměřovali více na rozvojové země a jen málo se jejich problematika dotýkala již rozvinutých států. Kritika v oblasti SRHR se zaměřuje na nedostatek podpory žen a genderovou nerovnoprávnost.

V současné době MDG končí a na světě je stále ještě 35 milionů HIV+ lidí a MDG5b je nejpodceňovanějším rozvojovým cílem ze všech osmi.

Sustainable Development Goals

MDG končí s rokem 2015 a jednotlivé orgány OSN pracují již od roku 2012 na nové koncepci, která bude určovat vývoj globální politiky a tím pádem i financování po roce 2015. Poslední tři roky se tedy aktivně debatovalo nad tím, jaké by měly být nové rozvojové cíle a co všechno by v nich mělo být obsaženo. IPPF, jako největší světová organizace zabývající se SRHR, se snažila maximálně zapojit do probíhajících debat a to i prostřednictvím svých členských asociací. I SPRSV několikrát oslovila naše zástupce v OSN, aby podpořily dokumenty, které by mohly zajistit dostatečné zastoupení SRHR v nových cílech.

Otevřená pracovní skupina nakonec vypracovala návrh sedmnácti Cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals, SDG). Stále ještě probíhají velmi intenzivní práce na dokončení těchto cílů a právě v září 2015 by se na konferenci OSN v New Yorku mělo rozhodnout o finální podobě SDG a tím i o směru, kterých se v následujících letech bude ubírat světová politika i finanční zdroje.

Ačkoliv se oblast SRHR dotýká více navržených SDG, za nejdůležitější můžeme považovat tyto:

- 3, Zajistit zdravé žití a životní pohodu pro všechny osoby bez rozdílu věku.
- 4, Zajistit inkluzivní a dostupné kvalitní vzdělání a propagovat celoživotní vzdělávání pro všechny.
- 5, Dosáhnout genderové rovnosti a podpořit všechny ženy a dívky.

Z hlediska naší práce, lze považovat za úspěch, že je zahrnut samostatný cíl zaměřený na genderovou rovnoprávnost a podbody dalších cílů, které zahrnují univerzální dostupnost služeb spojených se sexuálním a reprodukčním zdravím, reprodukční práva a vymícení veškeré diskriminace. Stále ještě probíhají diskuze o zahrnutí univerzálního práva na potrat a nutnost reformy zákonů v této oblasti, vymícení diskriminace - specificky té, která je založená na pohlaví a sexuální orientaci, zahrnutí nejen reprodukčních, ale i sexuálních práv a jasné vyjádření práva mladých lidí v oblasti SRHR (včetně práva na sexuální výchovu).

Finální podoba SDG tedy ještě známá není, ale již teď je třeba přemýšlet, do jaké míry a jak ovlivní naši práci v oblasti SRHR. Ovlivnění lze čekat právě nakonec v oblastech národní politiky a financování národních programů.

Nový strategický plán IPPF pro období 2016 – 2022

V roce 2015 končí strategický plán IPPF pro roky 2005 – 2015, který někteří z nás znají pod názvem 5A – 5 okruhů, které byly a jsou klíčové pro práci IPPF: AIDS, Adolescents (adolescenti), Abortion (potraty), Access (dostupnost), Advocacy (obhajoba). V posledních dvou letech vedení IPPF, společně s výkonnými řediteli jednotlivých organizací a dalšími zainteresovanými dobrovolníky pracovalo na vývoji nového strategického plánu pro další období.

Strategický plán IPPF je centrálním a hlavním plánem, v rámci kterého potom jednotlivé členské organizace budují (upravují) své strategické plány. Vyjadřuje směr, kterým se organizace bude dále ubírat, cíle, kterých chce dosáhnout a prostředky, které hodlá použít.

Nový strategický plán IPPF zahrnuje vizi, misi, klíčové hodnoty a 4 základní cíle, kterých chce IPPF dosáhnout do roku 2022.

VIZE	Ve světě bez diskriminace jsou všichni lidé svobodní a mohou dělat vlastní rozhodnutí ohledně jejich sexuality a zdraví.	
MISE	Vést lokálně založené, celosvětově propojené veřejné hnutí, které poskytuje a umožňuje poskytovat služby, zajišťuje sexuální a reprodukční zdraví a související práva pro všechny, zvláště pro ohrožené skupiny.	
KLÍČOVÉ HODNOTY	Sociální inkluze, diverzita, nadšení, dobrovolnictví, odpovědnost.	
4 ZÁKLADNÍ CÍLE a prostředky jejich dosažení:		
100 vlád, které respektují, chrání a naplňují sexuální a reprodukční práva a genderovou rovnoprávnost.		
Zajistit angažovanost vlád, legislativu, právo i praxi ke zlepšení situace.	Zapojení žen a mladých lídrů jako průkopníků a obhájců změny.	
1 miliarda lidí, kteří se mohou svobodně rozhodovat ohledně jejich sexuálního a reprodukčního zdraví i souvisejících práv.		
Zpřístupnit mladým lidem komprehensivní sexuální výchovu a také jejich sexuální práva.	Zapojit silné zastánce, vlivné osoby a média a propagovat zdraví, svobodnou volbu a práva.	
2 miliardy poskytnutých kvalitních služeb v oblasti SRHR.		
Poskytovat služby založené na lidských právech – včetně bezpečné interrupce a služeb spojených s HIV.	Umožnit dostupnost služeb prostřednictvím soukromého i veřejného zdravotnického sektoru.	
IPPF jako vysoce výkonná, odpovědná a jednotná federace.		
Zvýšit efektivitu a zdvojnásobit národní a celosvětový příjem.	Rozšířit naši dobrovolnickou základnu.	

Znalost nového strategického plánu je klíčová pro budoucí opětovné získání akreditace IPPF pro SPRSV a také pro možné čerpání grantů a práce na projektech.

Primární prevence sexuálního zneužívání dětí na základních školách

Lenka Scheithauerová

Práce se zabývá problematikou primární prevence sexuálního zneužívání dětí na základních školách. Zkoumaná problematika je zakotvena v individuálních zkušenostech a názorech kompetentních pedagogů, participantů výzkumu.

Výzkumným problémem jsou názory a zkušenosti současných pedagogů a významy, které primární prevenci sexuálního zneužívání na základních školách přikládají. Výzkum byl proveden na základě prostého účelového výběru participantů kvalitativním přístupem.

Byly stanoveny výzkumné otázky: Jak dotazovaní v Čechách a v Portugalsku uvažují nad primární prevencí sexuálního zneužívání dětí? Jak uvažují nad možnostmi školy, učitelů..

Výsledky výzkumu:

Nadřazené skupinové téma	Participant								Obsaženo ve více jak třetině případů?
	♂J31	♀E49	♂Š28	♀Š25	♂R31	♀A54	♀S27	♀I28	
Ignorace jako projev pocitu bezmoci. Mlčení jako projev nedůvěry a neinformovanosti.	ANO	ANO	ANO	ANO	-	-	-	-	ANO
Důvěra jako podstata řešení problémů. Dostatek vyškolených odborníků jako řešení primární prevence.	ANO	-	ANO	ANO	ANO	-	ANO	-	ANO
Informovanost dětí a důvěra jako základ primární prevence. Rodina jako nejzdravější a nejpřirozenější zdroj informací a výchovy. Přirozeným způsobem informovat děti jako základ primární prevence.	ANO	-	ANO	-	-	-	ANO	ANO	ANO
Sexualita jako dlouhodobé tabu.	-	-	-	-	ANO	ANO	-	-	NE
Sexuální zneužití jako nevyléčitelné psychické zranění.	-	-	-	-	ANO	ANO	ANO	-	ANO

Ukázalo se, že participanté smýšlí o primární prevenci sexuálního zneužívání dětí obecně jako o důležité složce výchovy, kterou by měla obsáhnout rodina i škola. Dále vyplynulo, že účastníci výzkumu nejsou spokojeni se současnou situací této problematiky ve školství, nicméně tuto otázku nevnímají jako neřešitelnou a dokonce sami řešení navrhuji.

- Odpovědi na první výzkumnou otázku:
- Participanté jsou nespokojeni se sexuální výchovou na školách.
- Sexualitu vnímají jako tabu respondenti z Portugalska.
- Důležitý význam znalostem dítěte nejen od školy ale také od rodičů připisují participanté z Čech.
- Odpovědi na druhou výzkumnou otázku:
- O primární prevenci smýšlejí respondenti jako o dostatek kvalitních informací dětem.

- V důvěře spatřují základ primární prevence participant z Čech i Portugalska.
 - Rodině jako nejzdravějšímu a nejpřirozenějšímu zdroji informací a výchovy přikládají význam participant z Čech i Portugalska.
- V referátu dále rozvádím otázku primární prevence sexuálního zneužívání zaměřenou především na školy.

Teorie a přístupy k primární prevenci sexuálního zneužívání

Objasnění pojmu prevence

Prevence je název vyvozený z latinského *praevenire*, což znamená předcházet, je to soustava opatření, která by měla předejít nějakému nežádoucímu jevu, například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám apod.

Kubátová (1998) vidí jako cíl prevence mimo zamezení vzniku rizikového chování také dostatečnou informovanost společnosti a vědomí toho, že se nejedná jen o specifický problém jedince, ale jde o jev, který se dotýká celé společnosti.

Školy jsou od roku 2001 povinné vypracovávat každý školní rok Minimální preventivní program, který popisuje cíle, formu a konkrétní realizaci primární prevence.

Nešpor a Csémy (2003) představují činitele, jimiž lze ve školním prostředí výrazně snížit rizikové chování. Radí sem:

- Jasně určená pravidla
- Spolupráce školy a rodiny
- Spolupráce mezi školou a organizacemi zabývajícími se prevencí
- Možnost kvalitně strávit volný čas
- Soustavné a systematické provádění prevence, nácvik sociálních dovedností

Prevence primární

Podle definice Světové zdravotnické organizace je strategie k předcházení zlovestného společenského jevu taková, že:

- neblahý jev je potlačen přímo v zárodku,
- neblahý jev nemá žádné podmínky pro svůj vznik.

Täubner a Elliotová (in Weiss, 2005) zdůrazňují, že v primární prevenci je také obsažena obecná pedagogická strategie vychovatele (rodič, učitel, apod.). Ta má utvářet v osobnosti každého dítěte vědomí sama sebe, svých dětských práv a dovedností svá práva bránit.

Täubner je dále přesvědčen, že s touto strategií souvisí formování právního vědomí celé populace z hlediska násilí páchaného na dětech a též pedagogická kultivace chování dospělých vůči dítěti.

Ucelený komplex doporučení na primární prevence sexuálního zneužívání a týrání dětí dle Rady ministrů členských zemí Rady Evropy (22. 3. 1993) uvedl (Dunovský, 1995:53):

„propagovat prostřednictvím různých veřejných informačních kampaní (např. televize, rozhlas, tisk, letáky) i jinými prostředky společenské uvědomění o právech dítěte na život bez zanedbávání, týrání a zneužívání dítěte i o pozitivních postupech výchovy,

vytvořit sociální a ekonomické podmínky pro zdravotní a sociální služby, které by posílily možnost rodin podporovat a starat se o své děti,

zdůraznit práva všech dětí a mladých lidí na život prostý zneužívání a nutnost změnit způsob výchovy a chování, které takovýto život ohrožují,

minimalizovat množství násilí ve společnosti a násilí ve výchovné praxi.“

Täubner (1996a) upozorňuje na to, že významnou součástí prevence je vzdělávání budoucích a stávajících učitelů o problematice týrání a sexuálního zneužívání dětí.

Hra jako netradiční metoda prevence sexuálního zneužívání dětí

Učitel sexuální výchovy má k dispozici řadu tradičních i netradičních metod. Jednou z netradičních metod je hra. Hlavní cíle hry, jako prevence sexuálního zneužívání popisuje Täubner (1996) a to:

Předat žákovi dostatečné množství vědomostí a informací.

Vybudovat u žáka žádoucí emocionální postoj, který bude ovlivňovat jeho chování a názory.

Vytvořit škálu praktických a užitečných informací, které budou dítě ochraňovat před sexuálním zneužíváním.

Hry v prevenci sexuálního zneužívání dětí lze rozdělit do několika kategorií:
Hry na vyjádření pocitů, strachu a odvahy
Hry, které děti učí umění říci NE
Hry na rozpoznání dobrého a špatného tajemství
Hry, jak vyhledat pomoc
Hry pro vztah mezi dívkou a chlapcem

Role sexuální výchovy, učitele a školy v primární prevenci a krizové intervenci

Výchova dětí jako základ primární prevence sexuálního zneužívání

Výchova v širším slova smyslu obsahuje vzdělávání (předávání informací, vyučování atpod.) a také zahrnuje výchovu mravní, sexuální, estetickou, tělesnou atd. Výchova dítěte je zásadní společenský projekt rozvoje osobnosti dítěte, který rozvíjí a kultivuje dispoziční základ dítěte, připravuje jej pro společenské fungování a zároveň zprostředkovává kulturní dědictví lidstva. V tomto smyslu je výchova největším sociálním vynálezem všech časů.

Cíl, obsah, prostředky a metody výchovy dětí v primární prevenci sexuálního zneužívání

Obecně lze cíle, metody a prostředky výchovy dětí v primární prevenci sexuálního zneužívání vyčlenit z ústavní složky výchovy – z výchovy sexuální, kterou metodicky zpracoval Täubner (1996a) a zároveň uveřejnil, že je to oblast řízené intencionální edukace.

Evidentním garantem tohoto výchovně vzdělávacího procesu jsou předškolní zařízení (včetně jeslí) a základní školy státní i soukromé.

Sexuální výchova má ministerstvem školství na všech stupních vyhrazený prostor. Je rovněž organicky zahrnuta do učebních osnov řady vyučovacích předmětů (přírodověda, prvouka, biologie, občanská výchova, rodinná výchova a další).

Učitelé mají ve své pravomoci možnost až 30% inovace svých vyučovacích předmětů. Mohou tedy reagovat na nejčerstvější vědecké poznatky z psychologie, sexuologie, pedagogiky atd.

Cíl výchovy dětí v primární prevenci sexuálního zneužívání dětí

Täubner (1993) daný cíl spatřuje ve výchovném, intencionálním kultivování osobnosti dítěte tak, aby bylo přiměřeně svému věku harmonickou osobností, která si je vědoma sama sebe, svých práv a perspektiv, aby také dokázalo hodnotit chování jiných osob, dokázalo aktivně i pasivně chránit svá práva, bezpečí, zdraví a dovedlo hledat pomoc.

Cíl výchovy dětí v primární prevenci sexuálního zneužívání dětí je nedílnou součástí cíle sexuální výchovy a obecného projektu výchovy vůbec. V tomto smyslu by měla být chápána i základní strategie primární prevence.

Obsah výchovy dítěte v primární prevenci sexuálního zneužívání dětí

Daný obsah zahrnuje konkrétní vědomosti, informace, postoje, dovednosti a chování, které se má dítě ve své věkové kategorii naučit tak, aby bylo schopno je začlenit do svých informačních, hodnotících a výkonových systémů. Edukativní obsah prevence sexuálního zneužívání dětí by měl být nedílnou součástí sexuální výchovy dětí.

Inspiraci k začlenění rodinné a sexuální výchovy do školní výuky byly především zkušenosti ze zahraničí. Tento fakt potvrdila Marádová na Moravském kongrese z roku 2006 když upozornila, že významným posunem byl překlad materiálů, který se zveřejnil jako Soustavná sexuální výchova, projekt na základních a středních školách. Tyto tematické celky sexuální výchovy dětí Podrobně rozpracovali Mellan a Brzek s týmem. Byli inspirováni úspěšným americkým projektem známým jako Minnesotský projekt (1991).

Základní teze tohoto projektu jsou rozpracovány v šesti okruzích, které se jednotlivě dále dělí na šest dílčích subtemat. Vše je pečlivě věkově diverzifikováno.

Základní obsahové okruhy v české verzi jsou pojmenovány takto:

- Člověk,
- Vztahy mezi lidmi,
- Osobní dovednosti,
- Sexuální chování,

Sex a zdraví,
Sex a kultura.

Witrock a Niemeyer (1994) sepsali šest základních tematických obsahových okruhů, které budují v osobnosti dítěte:

osobní nezávislost, sílu a vědomí sebe, pohotovost k mobilizaci ochranných mechanismů, rozšíření sebevědomí a pocitů osobní svobody.

Všichni tito autoři jednoznačně zdůrazňují, že základy prevence, a tím i váhu obsahů, musí intencionální edukace spatřovat v předškolním a mladším školním věku dítěte.

Principy, metody a prostředky intencionální prevence sexuálního zneužívání dětí

Základním nástrojem výchovy- edukace ve školním prostředí- je vyučování. V prvním programu se tedy jedná o klasické vyučovací metody, vyučovací koncepce a organizační formy vyučování.

Principy sexuální výchovy navrhl Täubner (1996a:10).

Jedná se o:

spolupráci rodiny a školy,
sexuální výchova jako součást obecného projektu výchovy,
sexuální výchovu jako výsledek vědeckého poznání a stavu rozvoje společnosti
etičnost sexuální výchovy,
aktuálnost, latentnost a projekci sexuální výchovy,
komplexnost a harmonický rozvoj všech oblastí,
přiměřenost a individuální přístup,
aktivita dítěte a spolupráce s ním,
pedagogičnost a odbornost osobnosti pedagoga.

Sielert (1994) představuje další didaktické principy sexuální výchovy, které pedagog aplikuje i v prevenci sexuálního zneužívání dětí:

princip laskavé atmosféry,
princip otevřenosti,
princip rovnoprávnosti chlapců a dívek,
etičnost a emocionalita prožitku,
posilování odpovědnost za sebe.

Organizační formy

V současné škole je nejčastější organizační formou hromadné vyučování. Hromadné vyučování lze využívat v sexuální výchově a prevenci sexuálního zneužívání pouze v omezeném počtu témat informativního charakteru. V hromadném vyučování dominuje jednosměrná komunikace od pedagoga k žákovi.

Nejčastější metody, které se používají v rámci této formy jsou:

vyprávění,
vysvětlování,
popis,
demonstrování.

Pro sexuální výchovu jsou však vhodnější organizační formy skupinové. Skupinové formy umožňují používání náročnějších metod edukace, jako jsou metody problémové, heuristické (objevitelské) a celá řada metod aktivizačních.

Obsah vzdělávání budoucích učitelů z hlediska prevence sexuálního zneužívání dětí

Obsah edukace budoucích učitelů je dán obsahem sexuální výchovy schváleným Ministerstvem školství v ČR a metodami či prostředky, které učitel používá.

Feyová (Witrock a Niemeyer, 1994) a Braunová (1992) představují šest cílových obsahových témat, které musí učitel ve své edukaci žákům zprostředkovat ve všech třech úrovních (kognitivní – informační, postojová – emocionální, výkonová – dovednosti, návyky a chování).

Ukázka těchto cílových témat:

Moje tělo patří mně (tělo je hodnotou, kterou má každý právo chránit).

Intuice (měřítkem pro dívky a chlapce jsou jejich vlastní pocity).

Dotýkání (existují dobré a špatné doteky a dítě je musí rozlišovat podle vlastních pocitů a podle vědomostí).

Umění říci NE (dítě musí umět v určitých situacích říci NE i dospělému)

Tajemství (existují dobrá – adekvátní – tajemství a špatná – neadekvátní – tajemství, dítě má právo špatné tajemství vyzradit).

Hledání pomoci (dítě má umět vyhledat pomoc v případech ohrožení, když si neví rady apod.).

Witrock a Niemeyer (1994) zavedli soubor asertivních dětských práv:

Mám právo určit, kdo se může mého těla dotýkat a kdo ne.

Mohu všechny něžnosti a doteky odmítnout, když se mi nelíbí.

Mohu odporovat dospělým.

Mám právo využívat nucení a vymlouvání se, abych od sebe odehnal nebezpečí.

Mám právo vyprávět komukoli o tajemství, které se mi nelíbí nebo je mi nepříjemné.

Mám právo odmítnout dárky.

Mohu odmítnout pomoc, službu nebo i odpověď, když cítím nebezpečí nebo mám strach.

Mám právo volat o pomoc a z místa nebezpečí utéct.

Mám právo žádat o pomoc, když cítím, že ji potřebuji.

Mám právo více důvěřovat svým pocitům, než tvrzení a přesvědčování dospělého.

Mohu kdykoli, když si nevím rady zatelefonovat na linku, kde pomáhají dětem a mám právo znát číslo telefonu.

Vaničková, Provazník, Hadj-Moussová a Spilková (1999) jsou toho názoru, že první informace by měly děti dostávat již v předškolním věku. Hrozba sexuálního zneužití se totiž týká už velmi malých dětí. Informace se však musí během školní docházky několikrát opakovat, neboť u předškolních dětí dochází nejrychleji k zapomínání. Též se shodují na tom, že je důležité vybrat vhodnou formu této prevence. Nejlepší řešení se jim jeví v tom, když do škol docházejí speciálně vycvičení instruktoři. Avšak dodávají, že neúčinnější by bylo, kdyby působili společně s učiteli a do programu zapojili i rodiče, na čemž se shoduje drtivá většina autorů.

Někteří odborníci uvažují, že programy, které jsou užívány jako prevence sexuálního zneužívání dětí, mohou mít krom pozitivních výsledků také výsledky negativní (např. děti vnímaly i nesexuální, ničím neohrožující doteky dospělých jako špatné a ohrožující.) Ale je zřejmé, že i přes tyto negativní důsledky můžeme pomocí těchto programů snížit riziko sexuálního zneužívání dětí.

Tabuizace a mýty v sexuální povědomí, sexuální výchově

Podle Zvěřiny (2003) se každá známá kultura snaží podržet lidské sexuální chování určitým mravním a právním normám. A právě jedním z neúčinnějších prostředků pro omezení sexuální podnikavosti lidí je dle Zvěřiny tabuizace. Avšak následně doplňuje, že je velmi nežádoucí obklopit tajemnem celou lidskou sexualitu, neboť sex jako takový tvoří velice důležitou část lidské existence a její tabuizování by nám přineslo nejen výsledky pozitivní, ale taktéž negativní.

Hlavními negativními důsledky jsou neznalost anatomie a fyziologie pohlavních orgánů či rizika reprodukční a rekreační sexuality a jejího místa v lidském životě.

Otevřená sexuální výchova by tedy měla být zdrojem zodpovědného a méně impulzivního přístupu mladých lidí k sexualitě.

Matějček (2000) je toho názoru, že v sexuální výchově je dobré rozlišovat alespoň tři roviny:

Zprvče rovinu citového vztahu. (Např. schopnost přijímat druhé, mít k lidem důvěru, schopnost mít někoho rád.) Citové vztahy se utvářejí již od samého počátku soužití dítěte s rodinou. Dokonce již tento vztah do určité míry rozhoduje o tom, jak se budou u dítěte později rozvíjet vztahy přátelské, milenecké, manželské a rodičovské.

Druhou rovinou je rovina příkladu. Bez toho aniž by si to uvědomovali, předávají rodiče dítěti model erotického chování. (Např. jak se k sobě navzájem chovají, jak si vyjadřují něžnosti a sexuální přitažlivost.)

U těchto dvou rovin sexuální výchovy rodiče své dítě vychovávají vždy, přestože si to často neuvědomují. A poslední třetí rovinou je rovina poučení. V této rovině se již můžeme rozhodovat, zdali poučíme své dítě sami nebo toto poučení necháme na škole.

Role školy v oblasti sexuální výchovy

Současnou situaci sexuální výchovy ve školách reflektuje ve své publikaci Zvěřina (2003), kde poukazuje na fakt, že v dobách komunistické totality se otevřená sexuální učení nikdy neprosadilo do

osnov ani praxe našich škol. Podotýká, že dokonce i nyní se zejména křesťansky orientovaní puritáni staví proti otevřené sexuální výchově zavedené do škol. Jedním z jejich nejvýznamnějších argumentů je, že děti by v takovéto intimní a hluboce citlivé otázce měli poučit jejich rodiče, avšak nejen Zvěřina (2003) namítá, že mnoho rodičů intelektově či osobnostně není schopno své děti o sexu řádně poučit.

Vaníčková s Provazníkem a Hadj-Moussovou (1999) naopak uvádějí, že většina rodičů spoléhá, že se tohoto úkolu zhostí škola. Je to pro ně tak příjemnější, jelikož otázka sexu je pro ně natolik intimní záležitostí, že se jim o ní s dětmi jen těžko hovoří.

Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže, dále budu užívat jen zkratku MŠMT, vydalo roku 2010 doporučení k výuce sexuální výchovy na základních školách, jednalo se o oficiálně první materiál, který doporučuje jednotlivým školám metody a osnovy, jak se má vyučovat sexuální výchova. V rámci tohoto doporučení vydalo MŠMT také příručku „Sexuální výchova- vybraná témata“ z roku 2009, jejímž hlavním cílem je posílit systematickou výuku sexuální výchovy na školách.

Proti výše uvedenému doporučení se však vzbouřilo mnoho protestantů, a tak bylo v roce 2011 zrušeno.

Vyučování sexuální výchovy na základních školách je tedy stále velice kontroverzním a aktuálním tématem.

Role rodiny v oblasti sexuální výchovy

Sexuální výchova v rodině začíná, z rodiny vychází a škola má na rodinnou sexuální výchovu nava- zovat, rozšiřovat ji a prohlubovat, neboť rodina je nejvýznamnějším zprostředkovatelem tzv. sociální- ho učení, díky kterému si žáci osvojují hodnoty, normy a pravidla chování. (portál RVP)

Podobně to vidí Täubner (1996a), dle kterého rodina vytváří nejpřirozenější prostředí pro sexuální výchovu. V rodině dítě prožívá blízkost a intimitu, a to jsou ideální podmínky pro důvěrné rozhovory. Sexualita je takto přirozeně spojována s atmosférou lásky, důvěry a intimity.

Šilerová (2003) uvádí, že informace, které se děti dozví v důvěrném rodinném kruhu, budou prav- děpodobněji považovat za pravdivé a důležitější než ty, jež se dozvědí jinde. Také podotýká, jak je důležité, aby rodiče vždy podávali dětem výhradně pravdivé informace, aby jim děti mohly důvěřovat i ve starším věku, kdy už budou mít „vlastní rozum“. Díky těmto pravdivým informacím, mohou rodiče usměrňovat znalosti svých dětí a ochránit je před informacemi, které mohou být scestné a pochybné.

Babatsikos (2010) prezentuje, jak jsou někteří rodiče dokonce zastánci názoru, že informace o sexu jsou pro dítě škodlivé a tím pádem je otázka sexuality v rodině naprostým tabu. Zároveň podotýká, že rodina má v otázce sexuální výchovy jakožto prevenci sexuálního zneužívání dětí výrazně širší a nikým nenahraditelnou úlohu.

Podle Deblingera, Thakkar-Kolara, Berrua, Schroedera (2010) prevence sexuálního zneužívání dětí není jen výsledkem sexuální výchovy, ale i celkového rozvoje osobnosti dítěte. Proto je obecný vý- chovný přístup rodičů velmi důležitý.

Také Zvěřina (2003) má v otázce sexuální výchovy jasný postoj: „Nikdo neprokázal, že by sexuální poučení žáci zahajovali dříve sexuální život. Spíše naopak. Navíc ti poučení podstatně častěji využívají ve své sexuální praxi antikoncepci a respektují pravidla bezpečného sexu.“ Zvěřina (2003:252)

Sexuální výchova v rámci projektu „Zdraví 21“

Kubátová s Machovou a kol. (2009) uvádějí, že zdraví je jedním ze základních lidských práv, a proto je jeho zlepšování hlavní cíl zdravotní politiky státu.

Principy strategie péče o zdraví v současnosti jsou shrnuty v programu SZO, který je nazván Zdraví 21, tedy Zdraví pro všechny do 21. století. Tento program uvádí model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj.

S programem Zdraví 21 je také spjata Sexuální výchova, která je součástí Výchovy ke zdraví na základních školách.

Nyní vyberu a představím jednotlivé cíle programu Zdraví 21, které úzce souvisí se sexuální výcho- vou. Machová a kol. (2009) vytyčují jednotlivé cíle:

Cíl č. 4 – Zdraví mladých

Záměrem je vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svou roli ve společnosti.

Děti a dospívající mládež by měly být schopnější vést zdravý život a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí.

Snižít počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod nejméně o 50 %.

Výrazně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu.

Snižít o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek.

Cíl č. 7 – Prevence infekčních onemocnění

Podstatně omezit nepříznivé důsledky infekčních onemocnění prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti.

Do roku 2015 zajistit trvalé a pokračující snižování výskytu, úmrtnosti a negativních dopadů infekce HIV/AIDS, dalších pohlavně přenosných chorob, tuberkulózy a akutních respiračních a průjmových onemocnění.

Kdo má vyučovat sex. Výchovu

Otázka: „Kdo by měl děti učit sexuální výchovu?“ je horkým tématem dané problematiky. Leifer (2004) vysvětluje, že ideálním vyučujícím a poradcem pro děti v oblasti sexuální výchovy je samozřejmě sám rodič, ovšem jen za předpokladu faktografického, přesného a citlivého podání veškerých důležitých informací. Zároveň konstatuje, že bohužel velmi často je dítě uváděno v omyl nejen svými vrstevníky, ale i rodiči či učiteli. Děti by přece měly vědět, jaké je čekají tělesné a duševní proměny a také proč, lepší je podat dítěti informace o dva roky dříve než o rok později.

Leifer (2004) je dále zastáncem názoru, že vyučující se musí zbavit osobních postojů a zaujatosti, rozumět sociálním, kulturním a morálním hodnotám, chápat psychologický a fyzický růst a vývoj člověka. Usuzuje, že jedině za těchto předpokladů budou učitelé schopni připravit a realizovat účinný školní či klinický program.

Podobně to vidí Koután a kol. (2002), kteří spatřují subjekt sexuální výchovy především v učiteli a rodiči, nikoli v kolektivu vrstevníků, masových mediálních prostředcích, nebo pouze v doporučené literatuře či odborné lektorské přednášce. Obsah sexuální výchovy musí být podle nich uspořádán spirálovitě, což znamená opakování témat s jejich postupným prohlubováním. Dále se shodují, že nejvyšší účinnost má sexuální výchova, když je vyučována již od útlého věku.

Další diskutovanou otázkou je vzdělávání rodičů a pedagogů. Matějček, Dytrych a Provazníková (2005) shledávají tuto oblast spíše jako osvětu zaměřenou na rodičovskou a profesionální odpovědnost rodičů a pedagogů. Avšak Täubner (1996) se domnívá, že na této úrovni „již nelze hovořit o osvětě, ale o cílené dlouhodobé a plánovitě výchově, která má charakter postgraduální. Učitelé, vychovatelé, ale i rodiče, kteří již o děti pečují, vychovávají je a vzdělávají, musí být vybaveni nejen osvětovou informací, ale musí být vybaveni i metodami a prostředky, jak formovat své děti a žáky k takovému chování, které minimalizuje jejich zneužívání, týrání a zanedbávání.“ Täubner (1996:65)

Aktuálnosti tématu nasvědčuje mimo jiné i práce Čížkové (2011), kde svým výsledným šetřením dospěla k závěru, že míra informovanosti žáků 8. a 9. tříd základních škol v oblasti sexuální výchovy je na střední, až nižší úrovni dle stanoveného bodového kritéria. Také zjistila, že postoj pedagogů k sexuální výchově je rozpačitý a že učební materiály jsou přehledné a obsahově dostačující.

Role školy v oblasti sexuální výchovy

Sopková (2009) uveřejňuje, že škola je důležitou složkou sexuální výchovy dětí, avšak musí plně respektovat rodičovská práva na ochranu dětí. Ne všechny děti získají informace z kruhu rodiny. Úmluva o právech dítěte vymezuje právo na informace jako jedno z práv základních, všechny děti mají právo na informace a neodmyslitelně sem také patří informace zahrnující sexuální výchovu.

Täubner (in Weiss, P. a kol.; 2005) uvádí, že v oblasti sexuální výchovy a prevence sexuálního násilí se ve školách velice osvědčila společná výuka dětí i rodičů. Učitel klade dětem úkoly a rodiče jsou metodicky naváděni k tomu, aby spolu se svým dítětem spolupracovali a vedli s ním otevřenou konverzaci.

Podobného názoru je i Endersová (in Weiss, P. a kol.; 2005), která popisuje rodičovské schůzky, na kterých jsou rodiče dětí vzděláváni v oblasti sexuálního zneužívání dětí (např. diagnostika, prevence, pomoc atd.).

Ze vzdělání rodičů v dané problematice je odpovědná škola, kterou navštěvují jejich děti. Vzdělávání rodičů v tomto oboru je nejčastěji organizováno formou rodičovských schůzek, besed či přednášek.

Cílem mé diplomové práce bylo vytvoření informačního materiálu pro učitele základních škol,

tak aby byli seznámeni se základními pojmy v oblasti zneužívání, týrání a obtěžování dětí, mládeže a primární prevencí těchto neblahých jevů. Práce se také zabývá definicí pojmů, jejich úpravami v zákonech České republiky a některých mezinárodních dokumentech, krizovou intervencí a jak vyučovat sexuální výchově.

Literatura:

Babatsikos, G. (2010). Parents' knowledge, attitudes, and practices about preventing child sexual abuse: A literature review. *Child Abuse Review*, 19, 107-129.

Braun, R. (2003). Sexuální výchova: problematika dětské pornografie a její prevence na škole. Praha: VÚP.

Deblinger, E., Thakkar-Kolar, R. R., Berru, E. J., & Schroeder, C. M. (2010). Caregivers' efforts to educate their children about child sexual abuse: A replication study. *Child Maltreatment*, 15, 91-100.

Kubátová, D. (1998) Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem.

Leifer, G. (2004). Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. Praha: Grada.

Machová J., Kubátová D. a kol. (2009). Zdraví 21 - Zdraví pro všechny do 21. století. Praha: Grada.

Matějček, Z. (2002). Úloha a možnosti učitele v prevenci rizikového chování mladistvých in: Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. 3. odborný seminář. Praha: Free Teens Press.

Matějček, Z. (2013). Co, kdy a jak ve výchově dětí. Praha: Portál.

Nešpor, K., Csémy, L., Sovinová, H. (1998) Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení. Vyd. 1., Praha: Státní zdravotní ústav.

Sielert U. (1994). Sexuální výchova : Kniha netradičních metod výuky. Praha: Trizonia.

Täubner, V. (1996). Nejstřeženější tajemství – sexuální zneužívání dětí. 1. vyd. Praha: Trizonia.

Vaničková, E., Provazník, K., Hady-Moussová Z., (1999). Sexuální zneužívání dětí II. díl. 1. vyd. Praha: Karolinum.

Weiss, P. a kol. (2005). Sexuální zneužívání dětí. 1. vyd. Praha: Grada.

Zvěřina, J. (2003). Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: Cerm.

Kontakt na autorku:

Mgr. Lenka Scheithauerová,

lenka.scheith@gmail.com

+420 739 228 516

Vybrané právní otázky umělé lidské reprodukce

Olga Sovová

Abstrakt: Příspěvek volně shrnuje a navazuje na otázky diskutované v monografii “Právní problematika umělé lidské reprodukce.” Článek přináší přehled aktuální právní úpravy, včetně stručné historie jejího vývoje. Upozorňuje na to, že ani přistoupení České republiky k Úmluvě o biomedicině, a ani členství v EU nepřineslo zásadní změnu ve vnitrostátní právní úpravě. K diskusi stále zůstává mnoho otázek v rámci ústavní konformního výkladu práva na rodičovství. Rovněž není vůbec řešena otázka náhradního mateřství, zejména komerčního.

KLíčová slova: právo na rodičovství; asistovaná reprodukce; umělé oplodnění; náhradní mateřství; umělá lidská reprodukce.

Přes veškeré moderní přístupy a nesezdaná soužití, kde se mnohdy mladí lidé tváří, že nemají zájem o stabilní vztah a početí dítěte, opak je pravdou. Kolem třicátého roku obvykle ženám, a také mužům po 35 roce, začínají tzv. tikat biologické hodiny. Začínají tedy nejen uvažovat, ale i pokoušet se zplodit potomka a předat své geny. Postupné zrovnoprávňování stejnopohlavních párů ve většině demokratických zemí vede i k tomu, že si i tyto typy soužití přejí mít svého vlastního potomka.

Občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb., (OZ) zdůrazňuje založení rodiny a výchovu dětí jako hlavní účel manželství (§ 655).

Po roce 1990 se poměrně zásadním způsobem změnil přístup k zakládání rodiny. Mladí lidé měli, a samozřejmě v současnosti mají, velké množství studijního i profesního rozvoje, včetně cestování a práce v zahraničí. Otevřené hranice a globalizace života, včetně postupně stále vyššího respektu k právu ženy na rozhodování o mateřství, vedly k tomu, že v současné době je většina dětí v moderní evropské společnosti plánovaná a chtěná.

Na druhé straně však odkládání rodičovství do vyššího věku, a rovněž práva stejnopohlavních párů na rodičovství, sebou přinášejí problémy s počítáním a založením rodiny.

Přes veškeré pokroky lékařské vědy ve 20. století, kdy se velmi významně vyvinuly techniky ART¹, bylo až do nedávné doby možné řešit neplodnost páru, nebo nemožnost mít vlastního potomka z důvodu právních překážek u stejnopohlavních párů, buď osvojením, adoptí nebo alespoň pěstounskou péčí. Současná právní úprava registrovaného partnerství zákonem č. 115/2006 Sb., zakazuje adopti, avšak v březnu 2015 byl k Ústavnímu soudu podán návrh na zrušení tohoto zákazu.

Lékařská věda však dramaticky postoupila, a dokáže v současné době řešit mnoho překážek přirozené lidské touhy po vlastním potomkovi. Právo však nedokáže reagovat na všechny výdobytky medicíny i každodenní praktické problémy, které jsou spojeny s řešením otázek umělé lidské reprodukce, a to i přesto, že již v osmdesátých letech 20. století si vědecký pokrok vyžádal **právní úpravu asistované reprodukce** i v tehdejší Československé republice.

Zákon o rodině č. 94/1963 Sb., v § 54, odst. 3, upravoval otcovství dítěte v případě umělého oplodnění. Právní úprava byla velmi pokroková, protože vyžadovala **právní otcovství**, čili muže, který dává k umělému oplodnění souhlas, avšak nevyžadovala existenci manželství. Zvláštním právním předpisem, který upravoval poskytování zdravotní péče, byl **zákon o péči o zdraví lidu**, č. 20/1966 Sb. Nicméně konkrétní problematika provedení zákroku v podobě umělého oplodnění byla ponechána pouze instrukcím ministerstva zdravotnictví.²⁾

Tehdejší nauka, konkrétně Jaromír Štěpán se ve svém stěžejním díle **Právo a moderní lékařství**,³⁾ **zabýval otázkami asistované reprodukce, včetně náhradního mateřství**, a již tehdy upozorňoval na etické a právní komplikace s určením mateřství k dítěti, a také i na nevynutitelnost možnosti předání dítěte, nebo naopak odmítnutí dítě převzít. Štěpán poukazoval rovněž na nutnost řešení komerčního náhradního mateřství.

Mnohé právní i etické problémy postupem času řešilo nejen vnitrostátní právo, ale s ohledem na přistoupení České republiky k **Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny - Úmluva o lidských právech a biomedicině**,⁴⁾ i právo

¹⁾ *Assisted Reproduction Technologies.*

²⁾ *Č. 18/1982 Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Č. 24/1983 Věstník Ministerstva zdravotnictví.*

³⁾ *ŠTĚPÁN, J. Právo a moderní lékařství. Praha: Panorama 1989. Kap. VIII. ISBN 80-7038-068-3.*

⁴⁾ *Česká republika ji přijala v roce 2001, vyhlášena pod číslem 96/2001 Sb. m. s.*

mezinárodní. Z hlediska lidské reprodukce jsou významná některá **obecná ustanovení**. Především článek 2, o nadřazenosti lidské bytosti před zájmy společnosti nebo vědy. Samozřejmostí je též **informovaný souhlas** ke všem zdravotnickým zákrokům, uvedený v článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicině.

Úmluva obsahuje též ustanovení o **zásazích do lidského genomu a prediktivních genetických vyšetřeních**. Volba pohlaví u asistované reprodukce je umožněna pouze v případech sloužících k prevenci vážné dědičné choroby, vázané na pohlaví – čl. 14.

Článek 21 Úmluvy pak zakazuje, aby lidské tělo bylo předmětem obchodu, což je jedna z oblastí, které se velmi často obchází v rámci asistované reprodukce, zejména v institutu náhradního mateřství. Praxe se nebrání tomu, aby dárci, zejména u oocytů, ale i u spermatu, byly kompenzovány výlohy související s cestou do zdravotnického zařízení a určité nepohodlí a u žen i zdravotní riziko, související jak s hormonální stimulací, tak s odběrem oocytu, avšak minimálně se snaží etickými i právními normami regulovat výši částek, které jsou vypláceny.

Vedle Dodatkového protokolu o zákazu klonování lidské bytosti, byl k Úmluvě přijat **Dodatkový protokol o genetickém testování pro zdravotní účely**, který však Česká republika neratifikovala. Význam tohoto protokolu pro asistovanou reprodukci tkví v tom, že upřesňuje obecné podmínky genetického testování pro léčebné a vědecké účely, a rozšiřuje katalog práv v oblasti ochrany osobních údajů při genetickém testování.

Rovněž **Evropská unie (EU)** věnuje pozornost ochraně zdraví, života, i práva na rodinný život. Právo na tělesnou a duševní integritu, včetně práva vyslovit informovaný souhlas se všemi zákroky patří k základním právům, zakotveným v Listině základních práv EU.⁵⁾ Na druhé straně ovšem základní dokument EU, konkrétně Lisabonská smlouva o fungování Evropské unie, se soustřeďuje především na podporu zdravotních systémů jednotlivých členských států a ochranu veřejného zdraví.⁶⁾

Z tohoto důvodu je poskytování zdravotní péče, včetně asistované reprodukce, ponecháno v kompetenci jednotlivých členských států. Určitým jednotícím prvkem je **Evropská společnost pro asistovanou reprodukci**,⁷⁾ která na základě pověření Evropské komise zpracovala v roce 2009 studii ohledně technik a právní úpravy asistované reprodukce v členských zemích. Česká republika bohužel žádné údaje neposkytla, ač jsou vedeny v národních registrech, a jsou dostupné.

Jakkoli je v rámci EU možné čerpat přeshraniční zdravotní péči, u asistované reprodukce nenajdeme nařízení, která by byla jednotným pramenem práva pro všechny členské státy.

EU však vydala dvě nejdůležitější směrnice, které se dotýkají technologií, spojených s asistovanou reprodukci a jejím bezpečím. A to:

Směrnice Komise 2006/17/ES (32006L0017), kterou se provádí směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES, pokud jde o určité technické požadavky na darování, opatřování a vyšetřování lidských tkání a buněk, Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES (32004L0023), o stanovení jakostních a bezpečnostních norem pro darování, odběr, vyšetřování, zpracování, konzervaci, skladování a distribuci lidských tkání a buněk.⁸⁾

Zákon o péči o zdraví lidu, mnohokrát novelizován, byl účinný až do 1. 4. 2012. Nahrazen byl **třemi základními zdravotnickými zákony**, a to zákonem č. 371/2012 Sb., o zdravotních službách (ZS), zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (ZSZS) a zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Zákon o zdravotních službách a zákon o specifických zdravotních službách jsou základními vnitrostátními předpisy v oblasti asistované reprodukce.

ZS je obecným právním předpisem, který upravuje vztah pacient – poskytovatel zdravotní péče, oprávnění k poskytování zdravotní péče, způsob vedení zdravotní dokumentace a informovaný souhlas. ZSZS je lex specialis, tedy zvláštní právní předpis, který upravuje péči – **zdravotní služby poskytované za zvláštních podmínek a po splnění jak medicínských, tak právních i etických předpokladů.**⁹⁾

⁵⁾ Článek 3 Listiny. Dostupné na www.euroskop.cz.

⁶⁾ Srv. článek 186 Lisabonské smlouvy. Dostupné na www.euroskop.cz.

⁷⁾ www.eshre.cz.

⁸⁾ Dostupné na www.eur-lex.eu.

⁹⁾ Podrobný rozbor jednotlivých zdravotnických zákonů a jejich vzájemný vztah viz např.: SOVOVÁ, O. Zdravotnické právo a legislativa. Skripta. Hradec Králové: Gaudeamus 2013. ISBN 978-80-7435-262-1.

Ke specifickým zdravotním službám řadíme asistovanou reprodukci, sterilizaci, kastraci, změnu pohlaví, psychochirurgické výkony, genetická vyšetření, odběry lidské krve a léčbu krví a jejími deriváty. V neposlední řadě sem patří i ověřování nových postupů použitím dosud nezavedené nebo nevyzkoušené metody, tedy experiment na člověku, a rovněž klinické studie ke zjištění možnosti uvedení nových léčiv a zdravotnických pomůcek do praxe, ozařování a klinické audity.

ZS zřídil rovněž **Národní zdravotnický informační systém**, čímž ukotvil různé národní registry, které dosud existovaly pouze na základě směrnic či schválení Ministerstvem zdravotnictví. Jedním z těchto registrů je i **Národní registr asistované reprodukce (NRAR)**. Do tohoto registru se předávají poměrně podrobné údaje o ženě i muži, kteří jsou léčeni na neplodnost některou z metod asistované reprodukce. Údaje v NRAR nejsou anonymní, avšak pro účely dalších statistických zjišťování se anonymizují. NRAR neeviduje žádné podklady pro náhradní mateřství, neboť není považováno za metodu asistované reprodukce.

Technické podmínky předávání údajů do NRAR upravuje vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému.

Jednotlivé registry v rámci tohoto systému spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky.¹⁰⁾

Úhrada některých nákladů spojených s asistovanou reprodukcí je zakotvena v § 15, odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 48/1997 Sb.

“Hrazené služby zahrnují zdravotní péči poskytnutou na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, a to nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život

ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let, ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let.“ Z veřejného zdravotního pojištění nejsou však plně hrazeny léky, stimulační hormonální systém ženy, a rovněž některé mikrotechniky, které usnadňují možnost početí.

Vnitrostátními právními předpisy, které provádějí do našeho právního řádu výše zmíněné **směrnice EU**, jsou především zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních buňkách a souvisejících činnostech, dále zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání, a zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). Výše uvedené právní předpisy řadíme do oblasti zdravotnického práva, a jde o předpisy veřejnoprávní, které se zabývají především nároky pojištěnců a úhradou zdravotnických technik.

Stranou pozornosti však zůstávají základní otázky ústavně konformního výkladu práv člověka. Je právo na rodičovství ústavním právem? Musí stát zaručit právo na početí? **Může požadovat právní úprava, aby při změně pohlaví došlo ke znemožnění reprodukční schopnosti** člověka? Jaký způsobem uvést do souladu rodičovství sociální a biologické?

Evropský soud pro lidská práva se již v roce 2014 zabýval otázkou, zda požadavek na znemožnění reprodukční funkce v případě změny pohlaví není v rozporu se základními lidskými právy.¹¹⁾ Jakkoli soud nedospěl k tomuto závěru, přesto velmi výrazně rozhodnutím posílil práva transsexuálů, a je velmi pravděpodobné, že diskuse na toto téma budou vedeny v nejbližší budoucnosti.¹²⁾

Tento článek volně shrnuje a rozvíjí otázky diskutované v monografii “Právní problematika umělé lidské reprodukce”¹³⁾. V knize jsme věnovali pozornost především náhradnímu mateřství, které v našem právním řádu není vůbec řešeno, s výjimkou jediného odkazu v § 804 OZ „Osvojení je vyloučeno mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství.“ Aktuálními otázkami náhradního mateřství je věnován rovněž článek SOVOVÁ, O., CÍSAŘOVÁ, D. *Náhradní mateřství v právní praxi*.¹⁴⁾

¹⁰⁾ www.uzis.cz.

¹¹⁾ Viz rozhodnutí *Hämäläinen vs. Finsko* (č. 37359/09) ze dne 11. 6. 2014.

¹²⁾ Podrobně k rozhodnutí viz DOLEŽAL, A. *Právní otázky související s problematikou translidí pod zorným úhlem rozhodnutí Velkého senátu ESLP ve věci Hämäläinen vs Finsko*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky *Journal of Medical Law and Bioethics* Vol 4, No 3 (2014). ISSN 1804-8137. Dostupné z <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal>.

¹³⁾ MITLÖHNER, M., SOVOVÁ, O. *Právní problematika umělé lidské reprodukce*. Hradec Králové: Gaudeamus 2015. ISBN 978-80-7435-565-3. Monografie vznikla v rámci Projektu Rodina – UHK; CZ.1.07/2.3.00/20.0209.

¹⁴⁾ Dostupné z <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/author/submission/86>. Článek je výstupem z Projektu Rodina – UHK; CZ.1.07/2.3.00/20.0209.

Umělá lidská reprodukce a zejména otázky práva na rodičovství u stejnopohlavních párů řešení reprodukčních možností u transsexuálů a především náhradní mateřství jsou teprve v počátcích právní diskuse a bude nutné jim v budoucnu věnovat soustavnou pozornost z pohledů mezinárodních a etických.

Kontakt na autorku:

JUDr. Olga Sovová, Ph. D.

Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové

olga.sovova@uhk.cz

Josef a Putifarka – první zaznamenaný pokus o znásilnění muže ženou?

Aleš Svoboda

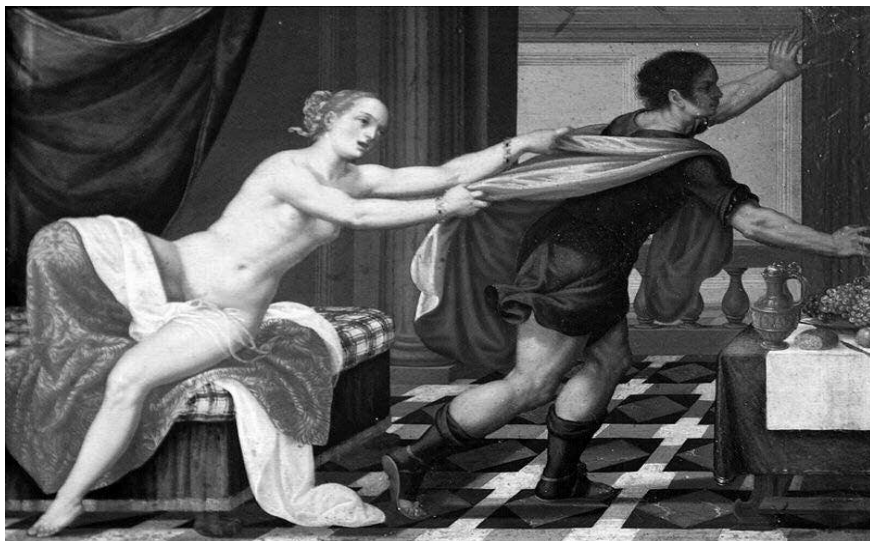
Zprávy o pokusech znásilnění muže ženou jsou značně řídkým až zdánlivě neexistujícím jevem jak v médiích, tak v odborné literatuře. Žena je již po tisíciletí zahalena hávem bytosti pasivní, bytosti obětní. Muži připadá zcela logicky ona partie aktivní, resp. role útočníka, násilníka. Tato jakási apriorní dichotomie muže a ženy, tedy násilníka a oběti, je neúplným obrazem skutečnosti, lépe řečeno obrazem chybným, scestným. Na jednu pachatelku sexuálně trestného činu připadá 10-20 pachatelů takových činů. Dle statistiky z roku 2006 spáchalo v Německu 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 dívek. Ani tento nepoměr by ale neměl legitimovat mýtus o všeobecné sexuální nevinosti a mravní čistotě ženského pohlaví. Jak bylo řečeno výše, je to za prvé domněnka mylná, ale zejm. tak nahráváme do karet oněm sexuálně delikventním ženám a současně bereme půdu pod nohama jejím obětem, když se k tomuto fenoménu stavíme nevěřičně, což je dle zkušeností ze zahraničí nejen případ laické, ale žel bohu i odborné veřejnosti! Patrně první písemně zachycený případ pokusu znásilnění muže ženou a její následnou mstu na oběti nalezneme ve Starém zákoně, konkrétně v Genesis 39:1, viz citace níže. Tato pasáž Bible byla dle odhadů sepsána někdy před 2500-3000 lety. Datace Bible je dodnes stále nejednotná a dost možná to tak i zůstane. Pro naše účely nám postačí, že je to příběh dosti starý a tedy fenomén ženy-sexuální násilnice nikterak nový.

Genesis 39:1, český ekumenický (tj. uznávaný všemi křesťanskými církvemi) překlad, 60.-70. léta 20. století

- 1Josef byl odveden dolů do Egypta. Od Izmaelců, kteří ho tam dovedli, si ho koupil Egyptan Potífar, faraónův dvořan, velitel tělesné stráže.
- 2S Josefem však byl Hospodin, takže ho provázel zdar; byl v domě svého egyptského pána.
- 3Jeho pán viděl, že je s ním Hospodin a že všemu, co on činí, dopřává Hospodin zdaru.
- 4Josef proto získal jeho přízeň a posluhoval mu. Potífar ho ustanovil správcem svého domu a svěřil mu všechno, co měl.
- 5A od té chvíle, co ho Egyptan ustanovil ve svém domě nade vším, co měl, žehnal Hospodin jeho domu kvůli Josefovi. Hospodinovo požehnání bylo na všem, co měl, v domě i na poli.
- 6Ponechal tedy všechno, co měl, v rukou Josefových. Nestaral se přitom o nic, leda o chléb, který jedl. Josef byl krásné postavy, krásného vzhledu.
- 7Po těchto událostech se stalo, že se žena jeho pána do Josefa zahleděla a naléhala: „Spi se mnou!“
- 8Ale on odmítl a ženě svého pána řekl: „Pokud mě tu můj pán má, nestará se o nic, co je v domě; svěřil mi všechno, co má.“
- 9V tomto domě není nikdo větší než já. Nevyňal z mé správy nic, jen tebe, protože jsi jeho manželka. Jak bych se tedy mohl dopustit takové špatnosti a prohřešit se proti Bohu!“
- 10A třebaže se Josefovi nabízela den co den, nevyhověl jí, aby k ní ulehla a byl s ní.
- 11Jednoho dne přišel do domu, aby vykonával svou práci. Nikdo z domácích v domě nebyl.
- 12Tu ho chytila za oděv se slovy: „Spi se mnou!“ Ale on ji nechal svůj oděv v ruce, utekl a vyběhl ven.
- 13Když viděla, že ji nechal svůj oděv v ruce a utekl ven,
- 14křikem přivolala služebnictvo a vykládala jim: „Hleďte, přivedli nám Hebreje, a on se u nás bude miliskovat! Přišel za mnou a chtěl se mnou spát. Proto jsem se dala do takového křiku.“
- 15Jak slyšel, že se dávám do volání, nechal svůj oděv u mne, utekl a vyběhl ven.“
- 16Uložila oděv u sebe, dokud nepřišel jeho pán domů.
- 17Jemu vykládala totéž: „Přišel za mnou ten hebrejský otrok, jehož jsi k nám přivedl, a chtěl se se mnou miliskovat.“
- 18Když jsem se dala do křiku a volala, nechal svůj oděv u mne a utekl ven.“
- 19Jakmile Josefův pán uslyšel slova své ženy, která ho ujišťovala: „Jak říkám, tohle mi provedl tvůj otrok,“ vzplanul hněvem,
- 20vzal Josefa a vsadil ho do pevnosti, tam, kde byli vězňeni královi vězňové. Tak se Josef ocitl v pevnosti.

- 21 Ale Hospodin byl s ním, rozprostřel nad ním své milosrdenství a zjednal mu přízeň u velitele pevnosti;
- 22 ten Josefovi svěřil všechny vězně v pevnosti. Řídil vše, co se tam mělo dělat.
- 23 Velitel pevnosti nedohlížel na nic, co mu svěřil, poněvadž s Josefem byl Hospodin; všemu, co činil, dopřával Hospodin zdatu.

Vyobrazení od Johanna Königa, 1625:



Nyní se krátce vrátím k názvu referátu, kde mluvím o pokusu o znásilnění muže ženou. Po přečtení oné biblické pasáže si mnozí můžou říct, že nešlo o žádný pokus o znásilnění, nýbrž o pouhé svádění. Namísto diskuse nad konotací jednotlivých pojmů vyzvu čtenáře, aby si v onom příběhu zaměnil role Josefa a Putifarky a to tak, že Putifarka je host v domě Josefovy ženy, je krásná, Josef na ni takzvané dostane chuť, několikrát ji vyzve, aby se s ním vyspala (a sice doslovně!), a když Putifarka odmítá, počká si Josef na příležitost, kdy v domě nikdo není a pak se pokusí nahý strhnout ji k sobě do postele. Ta se mu ale vysmekne a Josefovi zůstane v ruce jen kus jejího oděvu. Pak následuje zákeřná lež, křivé obvinění, kdy je původní oběť prezentována jako pachatel a potrestána ztrátou cti a odnětím svobody. V Lutherově překladu Bible je dokonce Putifarce při obviňování Josefa vložen do úst pojem zuschande machen, což lze přeložit jako zničit, rozbít, pošpinit, viz ekumenický překlad, verš 14.! Bez nadsázky lze tedy říct, že Putifarka obvinila Josefa ze znásilnění, resp. z toho, co sama spáchala! Zda se i teď, po oné výměně rolí, díváme na tuto scénu jako na pokus o znásilnění, svedení či jen nevině laškování, nechám na každém. Ale jsem takřka přesvědčen, že představa celé situace má pro většinu z nás zcela jinou konotaci, jiný nádech, když sex vyžaduje žena a když muž, resp. když je onen sex odmítán mužem a když ženou. Záměrem tohoto příspěvku nebylo prezentovat názor, zda šlo či nešlo o znásilnění. Koneckonců jak všichni víme, k Bibli jako historickému, resp. písemnému pramenu je nutno přistupovat s velkou opatrností a nejlépe s velmi dobrou znalostí historie. Ale pokud tento příběh nelíčí skutečnou událost, která se stala, tak jsem bytostně přesvědčen o tom, že reflektuje jistou kulturně-historickou etapu, některé události a životy lidí, resp. se skutečností inspiroje. Prostě na každém šprochu pravdy trochu.

Literatura:

Die Merian Bibel in Farbe. Německý překlad od Martina Luthera, 1986
 Drábková, S.: Biblické studium Starého zákona
 Helck, W., Eberhard, O.: Kleines Lexikon der Egyptologie, 1999

http://www.biblenet.cz/app/b?book=Gen&no=39&_sourcePage=2PcojQas9-Jw3yru6pR-199fh6m52WnZE26TOgmOLZbo%3D&__fp=RfPJMI_M2gq4DtCHQzDpDg%3D%3D, 25.08.2015
Meyers enzyklopädisches Lexikon, Band 4, 1972
Svoboda, A.: Mladé dívky jako sexuální delikventky, 2013
Ulrich., E.: Das Laszive der Keuschheit in der europäischen Kunst: Die Frau des Potiphar und Joseph von Ägypten, Universität Kassel 2007
Weiss, P.: Sexuologie, 2008

Kontakt na autora

Mgr. Aleš Svoboda, M.A.
Salvator Kolleg
Salvator Straße 45
Hövelhof 33161
Německo
Tel.: +420 776 649 700, +49 175 941 5101
Email.: nwo@centrum.cz

Výuka problematiky HIV/AIDS v 7. – 9. ročníku na českých školách

Veronika Šikolová, Alena Fialová

Úvod

Výskyt HIV infekce v České republice je charakterizován vzestupným trendem. Zatímco v roce 2002 bylo podle údajů Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS v České republice evidováno 50 nových případů HIV infekce, v roce 201 bylo nově infikováno již 235 osob (Němeček, Malý, Zá-koucká, 2014). HIV se nejčastěji přenáší sexuální cestou, a proto jsme se zaměřili na primární prevenci HIV infekce mezi žáky 7. – 9. tříd, období před zahájením prvního sexuálního styku. Naším cílem bylo zmapovat aktuální situaci v náhodně vybraných základních školách a víceletých gymnáziích v rámci celé České republiky. Zaměřili jsme se na základní charakteristiky výuky problematiky HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných onemocnění. Pro získání informací jsme sestavili dotazník, který zjišťoval, jakou časovou dotaci udělují učitelé problematice HIV/AIDS v jednotlivých ročnících, v jakých předmětech je výuka zařazována, jaké materiály se využívají, zda školy spolupracují s externími lektory, věnují pozornost mezinárodnímu dni boje proti AIDS, zda jsou pedagogové v problematice pohlavně přenosných onemocnění vzdělávání a jakou formu výuky považují učitelé za optimální.

Metodika

Dotazníkové šetření bylo připraveno během roku 2014 pracovníky Státního zdravotního ústavu. Jeho realizace probíhala od března do června 2015 v náhodně vybraných školách v rámci celé ČR.

Výběr škol z Rejstříku škol a školských zařízení (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2015) byl proveden tak, aby se v každém z osmi regionů, odpovídajících územním celkům NUT II, zúčastnilo šetření minimálně 8 škol. Dotazníky určené školním metodikům prevence byly vyplněny na 57 školách. Tyto dotazníky byly vyplňovány elektronicky nebo v papírové podobě po dohodě s vedením vybraných škol. Administraci dotazníků provedli pracovníci Centra podpory veřejného zdraví.

Data byla zpracována programem SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA).

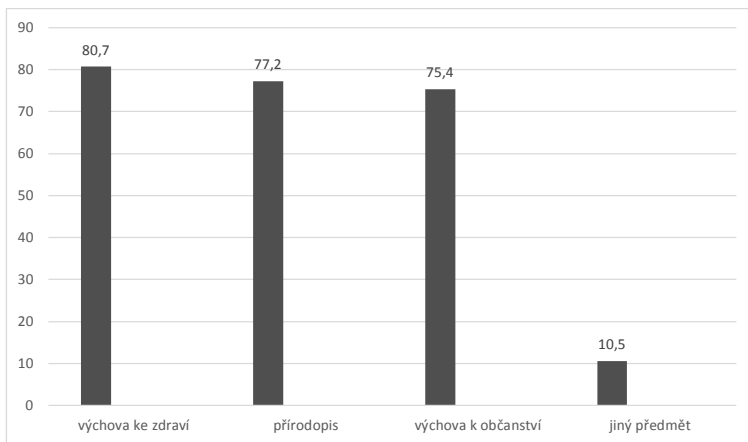
Šetření bylo schváleno etickou komisí Státního zdravotního ústavu.

Výsledky

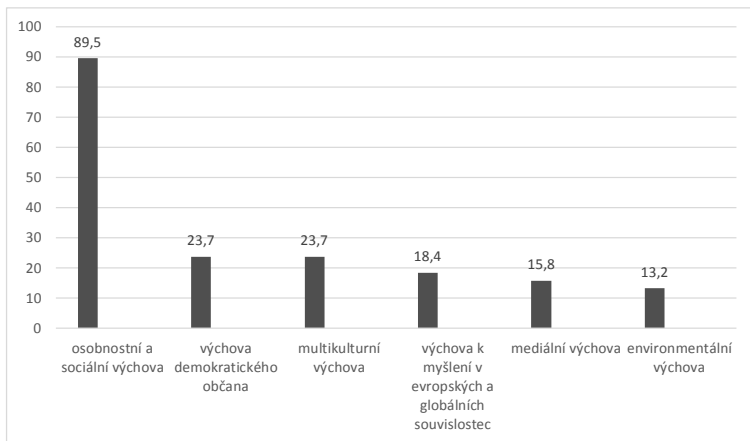
Dotazník ke způsobu realizace výuky problematiky HIV/AIDS vyplnili školní metodici prevence z 57 škol. Téměř všechny školy uvedly, že se v rámci povinné výuky věnují problematice HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných onemocnění, s výjimkou jedné školy (1,8 %), která neuvedla důvod, proč se této problematice nevěnuje.

Problematika HIV/AIDS je nejčastěji zařazována do předmětů výchova ke zdraví (uvedlo 46 škol, tj. 80,7 %), přírodopis (44 škol, tj. 77,2 %), výchova k občanství (43 škol, tj. 75,4 %) nebo v rámci jiného předmětu (uvedlo 6 škol, tj. 10,5 %) - biologie, český jazyk, zeměpis, teorie sportovní přípravy, rodinná výchova, dějepis, člověk a jeho svět, etická výchova. Procentuální podíl škol, které uvedly zařazení problematiky HIV/AIDS do povinné výuky, uvádí dle jednotlivých předmětů graf 1.

Graf 1: Procentuální podíl škol, které zařazují problematiku HIV/AIDS do povinné výuky, dle jednotlivých předmětů



Graf 2: Procentuální podíl škol, které uvedly, že se tématům HIV/AIDS věnují i v průřezových tématech, dle průřezových témat

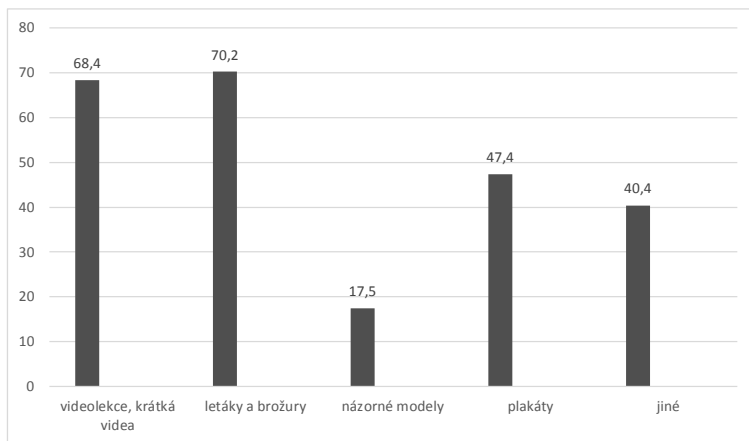


38 škol (66,7 %) uvedlo, že problematiku HIV/AIDS zařazuje i do průřezových témat. Průřezová témata byla zastoupena na školách následovně: osobnostní a sociální výchova v 34 školách (89,5 %), výchova demokratického občana a multikulturní výchova v 9 školách (23,7 %), výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech v 7 školách (18,4 %), mediální výchova v 6 školách (15,8 %) a environmentální výchova na 7 školách (13,2 %). Procentuální podíl škol, které uvedly, že se tématům HIV/AIDS věnují i v průřezových tématech, uvádí dle zastoupení jednotlivých průřezových témat graf 2.

Pro výuku se nejčastěji využívá materiál ve formě letáků a brožurek (40 škol, tj. 70,2 %) a videolekce případně krátká videa (39 škol, tj. 68,4 %). Dále se při výuce využívají plakáty (27 škol, tj. 47,4 %), názorné výukové modely (10 škol, tj. 17,5 %) a jiné materiály (23 škol, tj. 40,4 %) jako např. učebnice,

práce s internetem a pexesa. Procentuální zastoupení použití zdravotně-výchovných materiálů ve školách uvádí dle jednotlivých typů graf 3.

Graf 3: Procentuální zastoupení použití zdravotně výchovných-materiálů ve školách dle jednotlivých typů



Co se týče celkové časové dotace, kterou školy problematice HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných onemocnění věnují v 7. – 9. ročníku (sekunda – kvarta), průměrně se této problematice věnuje 8,8 výukových hodin (s rozpětím od 0 – 22 vyučovacích hodin a s mediánem 7,2 hodin). Časové dotace v jednotlivých ročnících uvádí tabulka č. 1.

Tabulka 1: Časová dotace na problematiku HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných onemocnění dle jednotlivých ročníků

	7. ročník	8. ročník	9. ročník
průměr	1,9	3,6	3,5
medián	2,0	2,8	3,5
minimum	0,0	0,0	0,0
maximum	6,0	12,0	10,0

Dle šetření 35 škol (61,4 %) využívá externí lektory při výuce o HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných onemocnění.

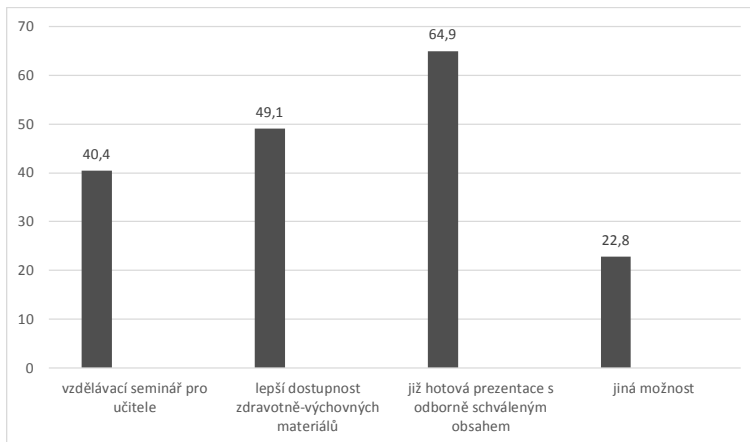
V 11 školách (19,3 %) žáci absolvují interaktivní vzdělávací program Hrou proti AIDS, přičemž ve 2 školách (18,2 % ze škol, kde se program Hrou proti AIDS realizuje) se žáci zapojují do programu aktivně do role peer lektorů.

Pozornost světovému dni boje proti AIDS věnuje 23 škol (40,4 %), jejichž žáci se připojují ke sbírce Červená stužka v 5 školách (21,7 %).

Ve 24 školách (42,1 %) jsou učitelé průběžně vzdělávání v problematice HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných onemocnění, ve zbývajících 33 školách (57,9 %) učitelé průběžně vzdělávání nejsou.

Jako nejčastější možnost ke zkvalitnění výuky problematiky HIV/AIDS volili školní metodici prevence již hotovou prezentaci pro výuku s odborně schváleným obsahem (37 škol, tj. 64,9 %), lepší dostupnost zdravotně-výchovných materiálů (28 škol, tj. 49,1 %), vzdělávací semináře pro učitele (23 škol, tj. 40,4 %) a jinou možnost (besedu s HIV pozitivním, lékařem nebo externistou) volilo 13 škol (tj. 22,8 %). Procentuální podíl škol, které uvedly zlepšení výuky, uvádí graf 4.

Graf 4: Procentuální podíl škol, které uvedly zlepšení výuky problematiky HIV/AIDS, dle jednotlivých možností



Diskuze

Šetření mezi školními metodikami prevence bylo jednou ze součástí dotazníkového šetření k realizaci výuky problematiky HIV/AIDS na základních školách a víceletých gymnáziích. Druhá část šetření byla zaměřena na znalosti žáků v 7. – 9. ročníku základních škol a víceletých gymnázií (Šikolová, Fialová, 2015). Vzhledem k tomu, že o podobném šetření v minulosti nemáme žádné informace, považujeme výsledky této pilotní sondáže za odrazový můstek pro srovnání s dalšími podobně zaměřenými šetřeními a zjištění trendů (zlepšení/zhoršení) v budoucnosti.

Dotazník pro školní metodiky prevence byl spíše kratšího rozsahu, aby jeho vyplnění nebylo časově náročné a neodrazoval od účasti v šetření, které bylo dobrovolné. Náměty na zlepšení výuky problematiky HIV/AIDS budou zohledněny v aktivitách Centra podpory veřejného zdraví, jehož pracovníci vytvoří pro učitele prezentaci vztahující se k problematice HIV/AIDS, uspořádají vzdělávací seminář pro učitele a ve druhém vydání zdravotně výchovného materiálu „Háde, kdo jsem?“ doplní a zdůrazní informace o HIV, které žákům nejčastěji chybí.

Závěr

Z dotazníkového šetření provedeného mezi školními metodikami prevence vyplývá, že v průběhu školní docházky mezi 7. až 9. ročníkem věnuje škola problematice HIV/AIDS průměrně 8,8 vyučovacích hodin, především v rámci povinné výuky v předmětech výchova ke zdraví, přírodopis a výchova k občanství nebo v rámci průřezového tématu osobnostní a sociální výchova. Při výuce se nejčastěji využívá materiál ve formě letáků a brožur (70,2 %) a ve formě videolekcí a krátkých videí (68,4 %).

Většina škol (61,4 %) využívá spolupráce s externími lektory a v méně než polovině škol (42,1 %) jsou pedagogové v problematice HIV/AIDS pravidelně vzděláváni. Za nejvhodnější způsob ke zkvalitnění výuky problematiky HIV/AIDS považují metodici školní prevence využití již připravené prezentace s odborně schváleným obsahem (64,9 %), případně lepší dostupnost zdravotně-výchovných materiálů (49,1 %).

Dotazníkové šetření k realizaci výuky problematiky HIV/AIDS na základních školách a víceletých gymnáziích poskytlo vstupní zhodnocení, díky kterému je možné cíleně zareagovat na aktuální potřeby ve vzdělávání v oblasti prevence HIV infekce. Šetření taktéž přineslo zmapování výchozího stavu, se kterým bude v budoucnu možné provést další srovnání podobně zaměřených studií.

Literatura:

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Rejstřík škol a školských zařízení [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2015 [cit. 2015-07-15]. Dostupné z: <http://rejskol.msmt.cz/>

NĚMEČEK, V., MALÝ, M., ZÁKOUCKÁ, H. Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS ke Světovému dni boje proti AIDS 2014 [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2015 [cit. 2015-07-15]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/2014/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIV_AIDS_ke_Svetovemu_dni_boje_proti_AIDS_2014.pdf

ŠIKOLOVÁ, V., FIALOVÁ, A. Výsledky dotazníkového šetření k výuce problematiky HIV/AIDS na základních školách a víceletých gymnáziích [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2015 [cit. 2015-08-25]. Dostupné z: <http://www.prevencehiv.cz/dokumenty/vyzkum/dotaznikove-setreni.pdf>

Šetření bylo finančně podpořeno účelovými prostředky Ministerstva zdravotnictví.

Pracoviště autorek:

MUDr. Veronika Šikolová¹, 2, RNDr. Alena Fialová, Ph.D.¹

1) Státní zdravotní ústav

2) Ústav ochrany a podpory zdraví, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

Korespondenční autor:

MUDr. Veronika Šikolová

Centrum podpory veřejného zdraví

Státní zdravotní ústav 48

100 42 Praha 10

veronika.sikolova@szu.cz

Faktory sexuální výchovy v rodině

Lenka Šilerová

Sexuální výchova v rodině je základním prvkem sexuální výchovy celkově. Z našich výzkumů vyplývá, že stále většina rodin tuto funkci příliš neplní. Příspěvek se zaměří na shrnutí faktorů ovlivňujících sexuální výchovu v rodině.

Rodinu lze charakterizovat prostřednictvím čtyř základních komponent (Plaňava, 2000):

- **Struktura.** Zahrnuje uspořádání prvků systému (členů rodiny), jejich charakteristiky, vzájemné vazby a pozice, organizovanost rodiny, aliance a hierarchizaci, včetně rozdělení kompetencí.
- **Intimita.** Klade důraz na emoční a citové kvality, na tzv. psychologickou atmosféru rodiny: pocity i vědomí vzájemné blízkosti, projevy zájmu a vřelosti, kohezi, podporu i vzájemnou závislost. Intimita má několik podob: manželskou (včetně eroticko-sexuální), rodičovskou a případně sourozeneckou.
- **Osobní autonomie.** Je chápána jako kvalita i kvantita diferenciací mezi členy rodiny, tj. nakolik je každý v rodině (včetně dětí) respektován jako jedinečná bytost; nakolik má prostor k rozvíjení vlastní osobnosti, své identity, svých zájmů a dispozic.
- **Hodnoty a postoje.** Zahrnuje životní hodnotovou orientaci rodiny – kam směřuje usilování rodiny v dané etapě jejího vývoje. Tedy, do čeho investuje čas, energii, finanční prostředky a jaká je hierarchizace tohoto usilování, jaké jsou preference.

Plaňava (2000) dále uvádí dva základní procesy odehrávající se v rodinách – dynamiku (vývoj, krize) a vzájemné interakce – komunikaci. Jde o procesy, které odrážejí a utvářejí všechny čtyři komponenty i dynamiku soužití v rodině. Všechny výše uvedené faktory a to, co v sobě zahrnují, více či méně významně ovlivňují sexuální výchovu v rodinném prostředí. Na úrovni struktury jsou to zejména rodiče a děti, sourozenci (jejich osobnost, komunikativnost, temperament, vlastní postoj k sexualitě, pořadí dítěte aj.), začlenění rodiny do širšího společenství, širší rodina, zejména prarodiče a osoby žijící v jedné domácnosti. Na úrovni intimity je to zejména vzájemný vztah rodičů, včetně vztahu sexuálního, vztah k dítěti, celková emocionální atmosféra rodiny, vztahy vzájemné závislosti aj. Na úrovni osobní autonomie lze uvažovat výchovný styl a celkovou míru podpory autonomie, samostatnosti a sebevědomí dítěte. V oblasti hodnot a postojů jsou důležité zejména postoje a hodnoty v oblasti partnerských vztahů a sexuality, postoje k eticky diskutabilním otázkám, ale např. i způsob trávení volného času a další rodinné hodnoty, včetně náboženských. Působení jednotlivých vlivů na sexuální výchovu a specificky na sexuální vývoj jedince není v literatuře příliš zmapováno. Výjimku tvoří rozsáhlá psychoanalytická literatura, ta se ovšem zabývá faktory pro nás účel velmi hlubinnými (oidipovské vztahy apod.), proto jejich poznatků bude využito jen velmi okrajově. S využitím řídkých zdrojů a vědomím neúplnosti se pokusíme alespoň částečně zmapovat vliv a působení některých, často obtížně odlišitelných faktorů.

Charakteristiky rodičů

Osobnostní a temperamentové charakteristiky rodičů zřejmě ovlivňují sexuální výchovu zprostředkovaně. Celková úroveň aktivity/pasivity, introverze/extroverze, schopnost komunikovat, volní vlastnosti aj. ovlivňují celkový proces výchovy, nejen výchovu sexuální. Osobnost rodiče může ovlivňovat jeho přijetí dítětem, vnímání rodiče jako svého vzoru, zejména v období puberty a adolescence.

Lze uvažovat vliv intelektových charakteristik, ačkoliv pokud se budeme pohybovat v pásmu širšího průměru, rozdíl zde nebude významný, mohl by se týkat zejména roviny informační. Rodiče by měli být schopni pomoci svým dětem orientovat se ve složitém prostředí a různých formách (zejména mediálních) prezentací sexuality, které jsou velmi nejednoznačné z hlediska obsahu i hodnotového zakončení. Orientace může pro rodiče s nižší intelektovou výbavou obtížná, stejně tak jako jejich schopnost pomoci s ní dětem. Lze předpokládat, že roli hraje vzdělání rodičů.

Za důležitý lze v procesu sexuální výchovy považovat postoj rodičů k sexualitě její místo v hierarchii hodnot, její emocionální prožívání a spokojenost s ní. Sekundárně se se vztahem k sexualitě pojí také vztah k (většinou) opačnému pohlaví a aktuální situace v partnerském vztahu (včetně absence). Pokud je sexualita považována za přirozenou součást života, a je vnímána a prožívána neproblematicky, lze předpokládat, že rodiče nebudou mít obtíže s komunikací o sexualitě. Tam, kde přetrvává puri-

tánský postoj k sexu, a sexualita je považována za tabu, bude zřejmě sexuální výchova problematická a rodiče nebudou ochotni v důsledku různých obranných mechanismů s dětmi o pohlavním dospívání a sexualitě komunikovat. U rodičů může nastat stav dlouhodobé nespokojenosti s vlastním sexuálním životem, který může vyvolat obtíže v komunikaci o sexualitě. Schopný rodič by měl tuto situaci zvládnout, aniž by ovlivnila sexuální výchovu dítěte. Objevit se může také nepřátelský či negativní vztah k opačnému pohlaví, který se může rodič snažit vštěpovat dětem.

Specifickým faktorem sexuální výchovy na straně rodičů je také zájem a snaha o sexuální výchovu a komunikaci o sexualitě a přesvědčení o její vhodnosti či nevhodnosti. Lze se domnívat, že současní rodiče očekávají také aktivitu školy v tomto ohledu. Pouze malá část rodičů odmítá účast školy a chce se věnovat sexuální výchově pouze sama. Uvědomění si důležitosti sexuální výchovy pro další vývoj dítěte a akceptující postoj k sexuální výchově jsou důležité předpoklady pro fungování sexuální výchovy a komunikaci o sexualitě.

Rodiče mají o sexuální výchově a komunikaci o sexualitě různá mínění a představy, které ovlivňují její realizaci v rodině. Mezi typická přesvědčení patří přesvědčení o důležitosti sexuální výchovy ve smyslu poučení o prevenci, ale i obavy z předčasně sexualizuje dítěte. Rolí hraje také neznalost terminologie a názvosloví. Lze předpokládat, že přesvědčení a obavy českých rodičů budou obdobné, rodiče možná nejsou tak přesvědčení o tom, že sexualita je jejich významnou rolí a že ji mohou realizovat společně se školou, že ve škole (či jinde) najdou experty na tuto oblast.

Roli v sexuální výchově a komunikaci o sexualitě hraje také pohlaví rodiče. Celkově jsou v této oblasti zřejmě aktivnější matky než otcové, jak vyplývá z řady výzkumů a potvrzují to i naše zkušenosti z kurzů pro rodiče.

Charakteristiky dětí

Sexuální výchova je významně určována tím, jací jsou rodiče, jako její hlavní činitelé. Nicméně i rodiče aktivně reagují na charakteristiky a vlastnosti svých dětí a přizpůsobují se jim. V oblasti sexuální výchovy a komunikace o sexualitě lze zdůraznit zejména aktivitu a zvědavost dětí a míru jejich introverze/extroverze. Rodiče komunikativních dětí, vyptávajících se na téměř vše, mají zřejmě jednodušší úlohu než rodiče dětí málomluvných či introvertních.

Rolí hraje také vývoj zájmu o sexualitu včetně zkušeností s různými dětskými poznávacími hrami – na doktora apod., vývoj v oblasti pohlavního a sexuálního dozrávání⁴³. Několikaletý rozdíl je v období puberty velmi významný, nemusí se přitom týkat pouze pohlavní vyspělosti, ale i sociálních dovedností, vývoje osobnosti, úrovně myšlení aj. Dvě stejně staré děti v období puberty mohou být zcela odlišné. Děti a dospívající jsou také ovlivňováni okolním prostředím, např. spolužáky, vrstevníky, přítomností či absencí sexuální výchovy ve škole aj.

Způsob i obsah sexuální výchovy je ovlivněn také pohlavím dítěte. Je logické, že některé otázky jsou více specifické v závislosti na pohlaví (projevy pohlavního dospívání, tělesná hygiena apod.). To samozřejmě neznamená, že bychom měli některé informace příslušníkům jednoho pohlaví zatajovat. Naopak, vzájemná informovanost přispívá k lepšímu přijetí a lepšímu pochopení odlišností mezi pohlavími. Do interakcí a vztahů mezi rodiči a dětmi i do sexuální výchovy vstupuje nezdůrazněný strach o dívky (nejen díky větší zranitelnosti, ale i díky tomu, že dívky jsou ohroženy nechtěným těhotenstvím), rodiče mohou být přísnější, méně dívkám dovolují (schůzky apod.), více jim zdůrazňují, ať „si dají pozor“ apod. K chlapcům se chovají často benevolentněji a dávají jim větší volnost, zejména v období dospívání. Tyto rozdíly v chování rodičů mohou do jisté míry ovlivňovat chování a prožívání dospívajících. Pohlaví dítěte zřejmě ovlivňuje nejen obsahy sdělení a témata komunikace, ale také to, kdo z rodičů se sexuální výchově více věnuje. Obecně je častější aktivnější role matky (viz. výše).

Rodinní příslušníci

Další rodinní příslušníci kromě rodičů mohou sexuální výchovu výrazně obohacovat, ať již svou přítomností nebo i svými aktivními vstupy. Z hlediska celkové i sexuální výchovy je důležitý faktor pořadí dítěte mezi sourozenci. Význam sourozenecké konstelace pro život a budoucí partnerské vztahy byl popsán již Adlerem a i v současnosti je mu věnována značná pozornost.

Z výzkumů (např. Yablonsky, 1995, Šilerová, 2013) i z praxe se ukazuje významnější vliv starších sester. K sexuální výchově mohou přispívat také prarodiče, ať již svým příkladem, osobními zkuš-

nostmi nebo jako rádci a důvěrníci. Při dobrých vztazích mohou být dětmi a dospívajícími vyhledáváni dokonce více než rodiče, kvůli většímu množství času i větší toleranci. Matějček a Dytrych (1997) upozorňují na fakt, že v období dopívání může docházet ke konfliktům mezi prarodiči a dětmi a to na podkladě rozdílných postojů k životu a jeho hodnotám u dvou relativně vzdálených generací. Do doby dospívání docházelo ke konfliktům spíše mezi rodiči a prarodiči. Podle autorů si s takovými konflikty poradí snáze babičky, kterým v tom pomáhá více prostředků: „Ty si se svými vnučkami rády připomínají své první lásky a všechna vzrušení a trápení kolem nich, těší se s nimi do tanečních... V ženském světě je mezi generacemi více pojítek než v mužském.“ (Matějček, Dytrych, 1997, str. 65). Lze také předpokládat, že babičky projevují větší míru ženské empatie a porozumění než dědečkové. Nicméně, role obou prarodičů je velmi důležitá nejen v sexuální výchově.

Rodinné vztahy

Zde lze do jisté míry předpokládat přímou úměru mezi hloubkou a kvalitou vztahu a kvalitou či efektem sexuální výchovy. Nedostatek citové blízkosti je i rodiči považován za podstatnou bariéru. Vztah rodičů k dítěti vzniká nejen v době života dítěte, ale již před jeho narozením a v průběhu porodu. Je ovlivňován řadou faktorů, část z nich je podobná výše zmiňovaným faktorům sexuální výchovy v rodině. Lze předpokládat také významnou roli naplnění očekávání vkládaných do dítěte a chování dítěte v útlém věku.

Ovšem, dobrý vztah rodičů k dětem nemusí vždy znamenat dobrou sexuální výchovu, zejména v případech, že rodiče nechťejí z nějakých důvodů o pohlavním dospívání a sexualitě hovořit. Nicméně lásku a vzájemnou důvěru lze považovat za klíčové faktory. Ze strany rodičů je nezbytné, aby důvěra nebyla zaměňována za důvěrnost. Děti by se neměly stát důvěrníky rodičů v oblasti partnerského a sexuálního života, a stejně tak by rodiče neměli požadovat, aby se jim děti a zejména dospívající svěřovali se svými intimními zážitky.

Dalším významným faktorem rodinné sexuální výchovy je také vzájemný vztah rodičů, eventuálně rodiče a nového partnera nebo jiná aktuální rodinná situace. Že vztah rodičů funguje jako významný vzor a model chování, bylo opakovaně popsáno. Zároveň také ovlivňuje aktuální chování dětí a dospívajících. Při nedostatku lásky a neuspokojivém rodinném prostředí mají mladí lidé často tendenci utíkat již v časném věku do sexuality a hledat v sexuálních vztazích náhradu za nedostatek citových vztahů v rodině (např. Pondělíčková - Mašlová, 1990).

Kvalita vztahů a interakci ovšem může být důležitá při předávání rodičovských hodnot, a to i v oblasti sexuality.

Výchovný styl

Každý vychovatel, což se v případě sexuální výchovy týká zejména rodičů, uplatňuje více či méně záměrně nějaký výchovný způsob, styl. „Výchovný styl vyčleňuje ze souboru výchovných procesů emoční vztahy dospělých a dětí, způsob komunikace, velikost požadavků na dítě, způsob jejich kladení a kontroly, projevuje se též volbou výchovných prostředků a způsobem reagování dítěte na ně“ (Čáp, Mareš, 2001, str. 249). Výchovný styl v sobě podle definice, kterou budeme nadále používat, zahrnuje i citové a emoční vztahy. Vzhledem k tomu, že z hlediska sexuální výchovy se jedná o velmi významné oblasti, jsou citové a emoční vztahy v této práci pojednány samostatně, nejen v kontextu výchovných stylů.

Existuje řada popisů výchovných stylů, pro účely sexuální výchovy se jeví jako vhodné modely pracující i s úrovní emočních vztahů. Čáp a Mareš (2001) pracují s analyticky-syntetickým modelem, který uvažuje čtyři úrovně emočního vztahu (extrémně kladný, kladný, záporně – kladný, záporný) a čtyři úrovně řízení (silné, střední, slabé a rozporné). Vzájemnou kombinací vzniká devět odlišných stylů.

Autori považují za nejideálnější kombinaci kladného emočního vztahu a středního řízení, která vede svědomitosti, sebeovládání, stabilitě a absenci dominance. Otázkou je, jestli v současném postmoderním světě lze některé charakteristiky považovat za ideální (ať již z hlediska jedince či společnosti). Osobní spokojenost a životní úspěch jsou ovlivňovány celou řadou dalších nejen osobnostních faktorů, navíc různé typy životních drah dávají prostor jedincům s naprosto odlišným osobnostním a temperamenťovým založením.

Nicméně emoční vztah zůstává významným odlišujícím faktorem, extrémně důležitým i pro sexuální výchovu, jak již bylo zmiňováno výše. Pozitivní emoční vztah podporuje emoční stabilitu, svědo-

mitost, vytrvalost, kooperativnost a altruismus. Negativní emoční vztah může vést k emoční labilitě, nesvědomitosti, nedostatku vytrvalosti, problémům ve vztazích, menší tendenci ke kooperaci a větší agresivitě. Z hlediska sexuální výchovy je styl řízení významný zřejmě pro míru ovlivnění dětí a dopovíjících názory a hodnotami rodičů. Například tam, kde díky silnému direktivnímu řízení vzniká až odpor k autoritě, lze těžko předpokládat snahu přijmout rodičovské hodnoty i vzdy.

Rodiče uplatňují svou direktivnost či nedirektivnost v různých situacích vztahujících se k sexualitě. Pokud např. zjistí, že si jejich malé dítě hraje s kamarády na doktora, může ho potrestat nebo zakázat kontakt s těmito kamarády, ale může také reagovat chápavě a laskavě, vysvětlit rozdíly mezi pohlavími apod. Vliv na psychiku dítěte i dopad z hlediska celkové sexuální výchovy bude odlišný. Obdobné rozdíly se mohou projevovat po celé dětství, ale i v období dospívání, kdy se dospívající dožadují vlastní svobody a nekontrolovanosti ze strany rodičů (večerní akce, schůzky apod.). Prostě zákazy, ať jsou motivovány jakkoliv, jsou stejně neproduktivní jako bezmezná volnost a nedostatek kontroly.

Způsob výchovy v rodině, požadavky a očekávání kladené na jednotlivé děti hrají také roli při formování gender rolí a postojů k otázce rodových rozdílů.

Role citového vztahu, jako složky výchovného stylu, pro sexuální výchovu a psychosexuální vývoj byla již diskutována a nezbyvá než opakovaně zdůraznit jeho význam. Na základě výše uvedeného lze za optimální pro kvalitní sexuální výchovu považovat pozitivní emoční vztah a střední míru řízení a kontroly.

Postojová a hodnotová orientace rodiny

Rodina je místem, kde dochází k předávání hodnot nejrůznějšího charakteru, tedy i hodnot etických, morálních a hodnot vztahujících se k sexualitě. V počátečních stádiích vývoje rodiny hrají roli hodnotové orientace a preference rodičů. Ty mohou být identické (oběma jde ve stejné míře o tytéž hodnoty) nebo rozdílné, pak je důležité, nakolik jsou slučitelné či neslučitelné. S nimi souvisejí i vzájemná očekávání členů rodiny a také očekávání od soužití v rodině. K přejímání hodnot dochází prostřednictvím mechanismů sociálního učení. Lze předpokládat, že osvojování norem, a tedy jistě sexuální morálky, probíhá v obdobných stádiích, jaká byla pro vývoj morálky popsána Piagetem a Kohlbergem. Předměty této morálky se v průběhu vývoje proměňují, od vztahu k nahotě a hraní s pohlavními orgány na veřejnosti až k postojům k partnerovi, věrnosti apod.

V rámci rodiny lze popsat různé hodnotové orientace ve vztahu k sexuální výchově.

- Pragmatická orientace. Klade důraz na aktuální situaci, nepracuje s morálním hodnocením. Hlavní hodnotou je vyhnout se negativním důsledkům sexuality (těhotenství, sexuální choroby), eventuálně jejimu příliš předčasnému zahájení a zároveň pozitivní prožívání sexuality. Rodiče často berou jako fakt, že dospívající sexuálně žijí, nebrání jim v tom, nezřídka se zajímají o partnera svých dospívajících dětí nebo snaží ovlivňovat jeho výběr. Rodiče apelují na děti, aby se chovaly „rozumně“.
- Humanistická. Klade důraz na dobré vztahy, úctu a zodpovědnost k sobě, partnerovi, lidskému životu. Akcentuje spojení sexuality s láskou, s partnerským vztahem, zdůrazňuje věrnost ve vztahu. Sexualita má prohlubovat a kultivovat vztah. Hodnoty nejsou neměnné, lze o nich diskutovat.
- Křesťanská (tradiční, konzervativní). Sexualita má své místo až v manželství, hodnotou je panství, mateřství, absolutní věrnost. Ve velmi konzervativním pojetí by sexualita měla zůstat otevřená početi, které je jejím hlavním cílem. Umělé přerušování těhotenství je striktně odmítáno. Hodnoty jsou dané, neměnné.

Jednotlivé orientace jsou uměle vymezené, mohou se tudíž vzájemně prolínat, mohou se také odlišovat mezi rodiči navzájem. Často si jich rodiče nemusejí být plně vědomi. Kromě celkových orientací lze také vymezit několik individuálních oblastí, k nimž se vztahují významné postoje a hodnoty. Mezi důležitější patří zejména: sexuální život před manželstvím, spojení sexuality a lásky, věrnost, používání antikoncepce, umělé ukončení těhotenství, ale i homosexualita nebo postavení mužů a žen ve vztahu. Specifickou otázkou je také postavení sexuality a sexuálního uspokojení v hodnotovém systému jedince, které může tvořit velmi široké kontinuum od lhotejnosti až po maximální význam a prioritu.

Jako hodnoty dávající základ pro chování se mohou uplatňovat i tzv. rodinné mýty. Plaňava (1998) definuje rodinný mýtus jako hodnotící a normativní přesvědčení vyjadřované slovy, že něco je nutné, jediné správné, nejlepší; a něco jiného, zpravidla opačného, je zavrženíhodné a zlé. Upozorňuje na to, že posláním, které se podařilo naplnit rodičům, se transformuje v rodinný mýtus, žádající či spíše tlačící děti k tomu, aby šly ve šlépějích svých rodičů. Rodinné a manželské mýty mohou výrazně komplikovat

soužití a vztahy. Charakter takovýchto mýtů mohou mít i některé „pravdy“ předávané či „utajované“ v rodině a týkající se sexuality. Zároveň také mohou souviset s nenaplněnými očekáváními jednoho nebo obou rodičů ve vztahu k partnerství, sexualitě, manželství apod.

Mezi nejčastější řadí Plaňava (1998) následující mýty: o všemocné lásce, o nutnosti naplnění představ vkládaných do druhých, o nutnosti být ideální, jak ty mně, tak já tobě, o obětním beránkovi, o neměnnosti některých věcí, o dětech na trůně a co na srdci, to na jazyku.

Rodiče by si měli uvědomit své postoje a pocity vztahující se k těmto otázkám, měli by si také uvědomit, co z toho je důležité pro ně osobně a co z toho, považují za nezbytně důležité i pro své děti. Zejména v dospívání nastává období, kdy se mohou začít hodnoty a postoje rodičů a děti lišit a rodiče by s tím měli umět zacházet tak, aby nenarušili vzájemný vztah a aby dosáhli kompromisu přijatelného pro obě strany. Samozřejmě, ne vždy je to možné.

Lze předpokládat, že o striktní předávání hodnotového systému ve vztahu k sexualitě usilují zejména rodiče s vyhraněnou (konzervativní, tradiční) hodnotovou orientací, která může být spojena s náboženským přesvědčením.

Akceptace hodnot v oblasti sexuality do jisté míry záleží na tom, jak jsou tyto hodnoty prezentovány. Pokud jsou podávány jako direktivní soubor zákazů a nařízení, mohou se stát překážkou rozvoje osobnosti a vlastních hodnotových a postojeových systémů a zároveň vyvolávat protikladné tendence v chování motivované vzdorem.

Pernerová (2000) upozorňuje na omezení tradičního pohledu na předávání rodinných hodnot. V jisté fázi vývoje mohou být rodičovské hodnoty odmítány (alespoň verbálně, jejich působení zůstává zachováno), hodnoty mohou být zprostředkovány pouze verbálně, ne vždy životním příkladem, často jsou také zažívány opačné způsoby chování (násilí místo péče, dezorganizace místo pořádku, zanedbávání místo pocitu bezpečí apod.). Zpochybňuje tedy tradiční ideál přenosu hodnot v rodině, navíc poukazuje na to, že ideál předávaný v rodině ideálem být nemusí, protože nutí ke stanovenému chování, nutí vyhýbat se zkušenostem, které by mohly ideál ohrozit a tím pádem zužuje prostor pro vlastní aktivitu.

Je otázkou, nakolik je vhodné, aby děti přejímaly hodnotové systémy svých rodičů. V období dospívání lze považovat za žádoucí (a většinou se tak i děje), aby mladí lidé kriticky revidovali hodnoty vštěpované rodiči. Jedná se většinou o náročný proces pro obě strany, podporovaný tendencí mladých lidí po odpoutání od rodičů a snahou být kritický ke všemu, co se rodičů týká.

Přílišné lpění rodičů na jakýchkoliv hodnotách může být ohrožující pro zdravý psychosociální vývoj dítěte a dospívajícího, omezuje rozvoj osobnosti a získávání autonomie a samostatnosti. Pokud rodiče nejsou svým dětem nenásilným pozitivním vzorem a příkladem, těžko mohou očekávat, že se děti a dospívající nechají ovlivnit postoji a hodnotami, které oni sami považují za správné, a že se stanou samostatnými, uvažujícími a citlivými bytostmi.

Někdy může nastat problém, že to, co se dozvídá dítě o sexualitě ve škole, může být odlišné od postojů nebo hodnotových orientací, které se snaží rodiče dítěti předat. Při vhodné školní sexuální výchově, která nepředává hotové hodnoty a vzory chování, soustřeďuje se na informace a formování vlastních postojů a rodiče jsou o obsahu a cílech informováni, by k takovýmto situacím nemělo docházet. Nicméně rodiče by neměli dětem právo na informace z oblasti sexuality upírat. Pokud mají zásadní problém se sexuální výchovou, jak je prezentována ve škole, měli by na toto téma s učiteli hovořit. Zároveň by také dětem měli vysvětlit, přiměřeně jejich věku a chápání, svůj postoj a eventuálně řešení problému. V extrémních případech se stává, že si rodiče nepřejí, aby se jejich děti sexuální výchovy zúčastňovaly, tomu je ze strany školy i vyhověno, ale staví to dítě do obtížné situace před jeho spolužáky a vrstevníky. Mělo by být věcí školy i rodiny, najít vhodný a přijatelný kompromis. Změna školy je krajním řešením.

Otázkou toho, nakolik jsou rodiče oprávněni požadovat po dítěti, aby převzalo jejich hodnoty a koncepci života a jaké prostředky k tomu mohou použít, se na obecné úrovni, tedy nejen ke vztahu k sexualitě, zabývá Možný (1999). V tradičních evropských společnostech byla odpověď na tuto otázku celkem jednoznačná, ale moderní doba a důraz na osobní svobodu ji znejistěly. Autor rozlišuje dvě základní koncepce (a praxe) rodičovské autonomie:

- Tradiční. Dává rodičům právo přenášet na dítě hodnotový systém a představu o dobrém životě. Mohou pro to volit prostředky, které považují za nejlepší a mohou omezovat přístup k postojům a hodnotám, které sami neschvalují. Tato koncepce posiluje integritu rodiny a díky mezigeneračnímu přenosu i integritu kultury. Na druhou stranu může vést k odporu vůči některým subkulturám či k rasismu a nepodporuje dítě ve schopnosti se svobodně rozhodovat (souvisí mimojiné i s autoritativním stylem výchovy) a dobře volit.

- Liberální. Předpokládá, že rodiče nebudou ovlivňovat dítě ve volbě hodnot a vytváření představ dobrého života. Nechávají na něm, ať si samo vybere, co je pro jeho život nejlepší. Tato koncepce na jednu stranu otevírá sociální dynamiku, na druhou stranu rozvolňuje rodinu jako stabilizační jednotku a zeslabuje porozumění mezi generacemi. Z hlediska jednotlivce otevírá prostor pro svobodné (a snad i zodpovědné) rozhodování a rozvoj individuality. Umírněně liberální koncepce přiznává rodičům právo usilovat o předání vlastní představy, ale podporuje dítě, aby se v přiměřeném věku seznámilo s jinými hodnotovými koncepcemi, a to bez omezení, tedy i s těmi, které jsou nepřátelské jež jsou nepřátelské etablované kultuře a postrádají liberalismus rodičů.

Je tedy na rodičích, jakou cestu zvolí. V době, kdy se požadavky na individuální práva a svobody nezdídky kříží s právy a svobodou ostatních, včetně rodičů a dětí, lze jen obtížně dát obecně platné doporučení. Osobně se domnívám, že rodiče by se měli snažit ukázat dětem celou šíři možných hodnot a postojů a nechat je vybrat ty, které jim jsou blízké, ovšem s maximálním respektem ke zodpovědnosti a účtět k druhým.

Literatura:

- Čáp, J., Mareš, J.: Psychologie pro učitele. Praha, Portál 2001.
- Matějček, Z., Dytrych, Z.: Jak a proč nás trápí děti. Praha, Grada 1997.
- Matějček, Z., Dytrych, Z.: Radosti a starosti prarodičů. Praha, Grada 1997.
- Možný, I.: Sociologie rodiny. Praha, Slon 1999.
- Pernerová, A. R.: Tabu v rodinné komunikaci. Praha, Portál 2000.
- Plaňava, I.: Manželství a rodiny. Brno, Doplněk 2000.
- Plaňava, I.: Spolu každý sám. Praha, Nakladatelství Lidové noviny 1998.
- Pondělíček, I., Pondělíčková - Mašlová, J.: Jak se lidé milují. Praha, SNTL/Klub 89 1990.
- Šilerová, L.: Mladí lidé a informace o sexualitě. Informační potřeby a zdroje. Výsledky kvalitativního výzkumu. Praha, SPRSV, CAT Publishing, 2013.
- Šilerová, L.: Percepce komunikace o sexualitě v rodině adolescenty. Dizertační práce, FF UK, Praha, 2003.
- Šilerová, L.: Sexuální výchova. Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě. Praha, Grada, 2003.
- Yablonsky, L.: Otcové a synové. Praha, Portál 1995.
- Děti a jejich sexualita - rádce pro rodiče a pedagogy. Kolektiv autorů. CPRESS a Sdružení Linka bezpečí, Brno 2014.

Rizika sexuální asistence u osob s mentálním postižením

Dana Štěrbová

Problematika sexuální asistence u osob se zdravotním postižením se stává v poslední době předmětem diskusí v České republice. Po několika takových diskusích mezi odborníky (lidmi zabývajícími se sexualitou osob s postižením) a diskusích mezi laiky jsem došla k názoru, že bych ráda znala názory k sexuální asistenci té skupiny obyvatelstva se zdravotním postižením, u níž vnímám výraznější rizika. Jde o osoby s mentálním postižením. Ráda bych proto příspěvek zaměřila na otázky, o kterých se domnívám, je potřeba hovořit. A hledat na ně seriózně odpovědi. Příspěvek si neklade za cíl pojednání v celé šíři aktuálnosti tématu, upozorňuje jen na jeho dílčí rizika.

Co je potřeba vědět: co je a co není sexuální asistence, kdo ji ne/může poskytovat, za jakých podmínek je poskytována a komu. Jak těmto otázkám rozumí osoby s mentálním postižením? Kdo a jakým způsobem jim zprostředkovává odpovědi, aby umožnil případné samostatné svobodné rozhodnutí?

Pro základní informace k sexuální asistenci využívám a vyjímám z poznatků části bakalářské práce P. Štěpančíkové (2014). Zpracovávala v ní problematiku sexuality u lidí s poraněním míchy, tedy se primárně nevěnovala rizikům spjatým se sexuální asistencí u lidí se sníženou úrovní kognitivního vývoje.

...Šídová (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) uvádí, že v zahraničí existují profese sexuální asistent/ka a ti pomáhají lidem s handicapem, kteří nejsou schopni například pohlavního styku, nekoitálního sexu s partnerem, autoerotiky atd., uskutečnit jejich sexuální potřeby. Šídová uvádí země, ve kterých existuje tato profese: Německo, Dánsko, Nizozemí, Švýcarsko, Anglie. Ve videu Sexe, amour et handicap (www.youtube.com, 2013) doplňují, že v těchto zemích se provozuje tato profese už 20 let.

Šídová (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) popisuje význam profese sexuální asistence takto: Sexuální asistentka či asistent je žena nebo muž, kteří nabízejí podpůrné aktivity pro osoby s handicapem. Pomáhají jim prožívat jejich sexuální potřeby. Služba se obecně nazývá sexuální asistencí či sexuálním doprovázením. Existují i jiná označení, mj. Körper-Kontakt-Service (Servis tělesného kontaktu), alternativní zprostředkování partnerů/partnerek, surrogacy terapie (náhradní partnerství) a práce jako dotykový pracovník/pracovnice.

Dále Šídová (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) rozděluje sexuální asistenci na

Pasivní-Může být zprostředkování kontaktů na asistenta nebo asistentku, zajištění ochranných a podpůrných prostředků jako je pornografie či erotické pomůcky. Za pasivní sexuální asistenci mohou být považovány také služby jako sexuální poradenství. U nás je tento termín pojmenován jako intimní asistence.

Aktivní-Walter, 2004 in pro familia, 2005, 6 in Šídová (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) definuje aktivní sexuální asistenci jako „všechny formy asistence, při nichž jsou spolupracovníci aktivně vtaženi do sexuální interakce“. Příkladem může být pomoc při masturbaci nebo pomoc tělesně postiženému páru při pohlavním styku.

Fegert, Wolf (2002) in Šídová (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) tvrdí, že „hranice mezi aktivní a pasivní sexuální asistencí však nebývá příliš jasná“.

Aby mohla být vykonávána tato profese, je potřeba vzdělání zaměřující se na tuto oblast. Vzdělávání probíhá ve Švýcarsku, Dánsku a Holandsku, kde sexuální asistenti a asistentky musí dosáhnout tříletého pomaturitního studia a projít psychoterapií (Šídová, www.rozkosbezrizika.cz, 2014). Ve videu Sexe, amour et handicap (www.youtube.com, 2013) se doslechme o školení sexuálních asistentů. Toto školení probíhá jeden rok. Takový jeden rok obsahuje 300h, 19dní kurzů a stáží, kde se budoucí asistenti teoreticky seznámí s handicapem, jsou jim poskytnuty etické a právní vědomosti a praxe už je na nich samotných. V tomto videu zmiňují, že „osoba, která zasahuje jako sexuální asistent, musí velmi dobře znát sama sebe. Musí vědět, co se v ní děje, protože cítí rozkoš někoho jiného. Není tu pro své potěšení.

Musí znát druhou osobu, co od ní čekat, co je možné jí odpovědět, protože každý má jiné hranice“. Podle Šídové (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) si v praxi asistentky stanoví hranice, kam až samy chtějí zajít s klienty. „Některé svolují k sexuálnímu styku, jiné striktně sex odmítají. Jsou i takové, které nabízejí více specializované služby, jako genitální masáže, pomoc při masturbaci a speciální sexuální praktiky, jako je fetiš, sado-maso (BDSM), zlatá sprcha, anální sex“. Mohou také nabízet telefonická poradenství, výuku o sexu v několika jazycích či tvorby projektů a prezentací o sexu. Ve videu Sexe, amour et handicap (www.youtube.com, 2013) souhlasí s Šídovou (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) a tvrdí, že hranice mohou být individuální jak sexuálních asistetek, tak i klientů.

Dále v Sexe amour et handicap (www.youtube.com, 2013) tvrdí, že „... je to opravdový vztah, i když na základě smlouvy o aktivitě, která je zprofesionalizovaná a s jasným stanoviskem. Nic méně v tomto momentě je to opravdový mezilidský vztah“.

Ve videu Sexe, amour et handicap (www.youtube.com, 2013) sexuální asistentky také zmiňují průběh setkání s klienty. Nejprve proběhne telefonní hovor a obě strany se domluví na první schůzce. Na první schůzce si většina sexuálních asistetek či asistentů nejprve povídá, aby odstranili bariéry studu, dále vytvořili formu důvěry a aby poznali svého klienta po stránce jeho postižení i jeho potřeb a na to se posléze zaměřila. Jedna ze sexuálních asistetek (nazvaná sexuální asistentka X) dále hovoří o tom, že tato práce je založená na pocitech z dotyku, na probuzení touhy. Cílem této sexuální asistentky je, znovu naučit samostatnosti ve schůzkách, aby se klienti necítili trapně a zneužití před někým jiným. Také hovoří o tom, že s klienty bude procvičovat dotyk mezi nimi a jí a zároveň říká, že to není jen o dotyku, ale je to všechno, co se z toho vyvine. Nechává v klientech růst touhu a vzrušení a tvrdí, že je pomalu nechává stávat se muži nebo ženami a v tom momentu pak začne masírovat spodní partii těla. Dále tato sexuální asistentka povídá o tom, že je pro klienty důležité, aby poznali anatomii ženy, kde jsou citlivé body např. klitoris nebo ňadra, jak ňadra vzrušit. Podle této sexuální asistentky je toto všechno součástí péče, která má několik etap.

Ve videu Sexe, amour et handicap (www.youtube.com, 2013) sexuální asistentky říkají, že je zakázáno vniknutí a polibky, ale zároveň dodávají, že jsou tyto záležitosti sporné, protože při asistované masturbaci může docházet k vnikání do pochvy ženy ať už prsty nebo pomůckou. Navzdory tomu v tomto videu některé sexuální asistentky tvrdí, že sexuální styk provozují.

Redaktor Jiříčka (www.idnes.cz, 2013) píše, že v České republice nejsou sexuální služby legalizovány, a proto by byla aktivní sexuální asistence považována za kuplířství. V zahraničí se většinou používá pojem sexuální asistent či asistentka, v České republice je to intimní asistence.

Dále Jiříčka (www.idnes.cz, 2013) dodává, že „v českých ústavech pro handicapované i seniory se objevují první intimní asistentky. Zatím to bývají většinou přímo pracovnice těchto zařízení, zájem však mají i prostitutky“. Některé ústavy nechávají pracovnice proškolené, ale takové školení je na velmi nízké úrovni. Tyto asistentky ve zmíněných zařízeních, vzdělávají o sexualitě, radí, jak se chovat nebo dodávají potřebná vybavení, jako jsou erotické pomůcky, jež se klienti učí používat.

Intimní asistent/ka podle Šídové (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) „...muž či žena, která pomáhá hendikepovaným s jejich sexualitou. S proškoleným personálem (asistentky/asistenti pro intimní život) se hendikepovaní učí schopnosti komunikovat o pohlavním styku, obstarává sexuální pomůcky a učí jejich použití, pomáhá při nastavování hranic, s hygienou, oblékáním, navazováním kontaktů, zabývá se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit, schopnost říci ne, zodpovědnost k rodičovství, masturbaci, rozpoznávání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou a podobně. Velkou úlohu má v prevenci sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání a.). Intimní asistenti a asistentky napomáhají jen hendikepovaným jedincům.

Šídová (www.rozkosbezrizika.cz, 2014) dodává, že pro intimní asistenci tady předvoj je.

V České republice již proběhlo několik sezení, projektů a konferencí na téma sexuální asistence, např. projekt v Praze na konferenci s názvem Ze sexbyznysu na trh práce, kterou představila Claudia Fischerová-Czechová z organizace Buřta, zabývající se pomocí prostitutkám a prostitutům (ČTK, IDNES.cz, 2013). Další sezení, které proběhlo na téma sexuální asistence, se konalo v Brně na Lize vozíčkářů (Ligavocickaru.cz, 2014).

Podle Drábka (2013) Pomoc v oblasti poradenských vztahů a sexuality osob se zdravotním postižením u nás existuje, ale ve velmi malé míře. Dále Drábek (2013, 30) uvádí, že „za zmínku jistě stojí uvést například Poradenské centrum Amorela zaměřené na oblast sexuality a mezilidských vztahů v životě lidí se zdravotním postižením, které nalezneme v Plzeňském kraji“. Se zlepšením situace souhlasí i Eisner (2010) in Drábek (2013, 30), který píše, že „dřívější situace přetrvávajícího tabu o sexualitě lidí se zdravotním postižením se v České republice v současnosti o poznání zlepšila, jistě však není dobrá, a to zvláště ve srovnání například s Nizozemskem, Německem nebo Francií“. (Štěpančíková, 2014, 36-39)

Tolik Štěpančíková (2014) ve své práci k základním informacím o sexuální asistenci.

Proč jsem zvolila téma rizik sexuální asistence ve spojení s osobami s mentálním postižením na dnešním kongresu? Protože si ráda ujasním názor, **jak dalece se budeme s nejistotou pohybovat v intimitě sexuality osob s mentálním postižením?** Již několik let je v programu studentů Univerzity Palackého v Olomouci (dále UP v Olomouci) zařazen předmět Sexuální výchova zdravotně postižených (KSK/SVZDP), v němž se věnuji se studenty problematice sexuální výchovy a osvěty osob se zdravotním postižením. Štěpančíková (2014) uvádí: Oblast týkající se sexuality osob s postižením, se vyučuje pouze v předmětu Sexuální výchova zdravotně postižených v navazujícím magisterském studiu, kde mají studenti možnost nahlédnout do oblasti sexuality osob s mentálním postižením, sexuality osob s těžším kombinovaným postižením, sexuality u osob s poruchou autistického spektra. Témata toho předmětu jsou zaměřena na proces vývoje sexuality u jedince a vlivy formující jeho postoje k sexualitě, sexuální výchovu a osvětu u osob se zdravotním postižením, vlivy ovlivňující postoje k sexualitě lidí s postižením i bez postižení, témata a formy sexuální výchovy u žáků se zdravotním postižením, prevenci sexuálního/pohlavního zneužití a sexuálního obtěžování, vhodné didaktické materiály a pomůcky pro sexuální osvětu u osob s mentálním postižením, dokument upravující filozofii k sexualitě v domovech pro zdravotně postižené či ve školách vzdělávajících žáky se zdravotním postižením, sexuální přenosné choroby.

Jak se promítnou do otázek možnosti sexuální asistence postoje – postoje veřejnosti, rodiny, jedince s postižením, pedagoga, pracovníka v sociálních službách, poradce, jiného odborníka (sexuologa, gynekologa atp.)? Jak se tyto postoje zobrazí v individuálním poradenství?

Ve školním roce 2014/15 mě překvapila svým jednoznačným názorem na potřebu až nutnost sexuální asistence u všech osob se zdravotním postižením (nevýjimaje osoby s mentálním postižením) studentka navštěvující právě předmět KSK/SVZDP. Absolvovala předtím vzdělávací aktivitu v organizaci propagující sexuální asistenci v České republice. A byla ve svém náhledu méně odklonitelná a méně přístupná diskusi.

Zamýšlela jsem se nad svou zkušeností z práce s osobami s mentálním postižením, nad zkušenostmi ze seminářů zaměřených na sexuální osvětu a výchovu takto postižených osob, co několik let pořádá SPRSV Praha a nad tím, **zda a jaká rizika mohou být, nebude-li sexuální asistence jasně pro osoby s mentálním postižením definována.** A také nad tím, že je dobře, že se o možnosti uspokojení potřeb osob s postižením v oblasti sexuality v podobě sexuální asistence hovoří. Napadá mě metafora, že „... si připadám jako jedinec, který dospívá a o sobě pochybuje. A potřeboval by se opřít o autoritu a současně ji odmítnout...“ Vedu sama se sebou dialog a potřebovala bych slyšet názory a náhledy ostatních. Zejména těch, kteří se pohybují v různých rolích v prostředí osob s postižením, nevýjimaje samotné osoby s mentálním postižením. Jde o rodiče, kteří jsou (měli by být) prvknými edukátory svých dětí v oblasti sexuality. Jedná se o pedagogy, kteří vzdělávají děti a dospívající s mentálním postižením (v integrovaném prostředí i v prostředí speciálního školství). Jedná se též o pracovníky, kteří poskytují lidem s mentálním postižením sociální služby dle platné legislativy. Samozřejmě bych ráda znala názory kolegů psychologů, rodinných a manželských poradců, sexuologů, gynekologů a právníků. Ten hlavní důvod je **určení hranice mezi svobodnou volbou k prožití sexuality v různých podobách a zneužitím způsobeném nedostatečnou informovaností, neznalostí důsledků využití sexuální asistence.** S oporou o dosavadní zkušenosti, jež mám, u mě převažuje názor, že rizika sexuální asistence u osob s mentálním postižením v České republice převažují nad její výhodou. Nejde zveřejňovat tento poznatek na všechny jedince s mentálním postižením. Je možné, že někteří z nich mají dostatek informací nejen o svém těle, o bezpečném sexu, o navazování vztahů. Dokáží si však představit, že i tito jedinci nemají dostatek informací o sexuální asistenci. **Kdo a jak je či bude schopen posoudit,**

zda osoby s mentálním postižením dává informované rozhodnutí? A bude termín informované rozhodnutí spojován s naplněním služby sexuální asistence? Obdobné dotazy na vhodnost sexuální asistence u osob s mentálním postižením zaznívají na seminářích k sexualitě osob s mentálním postižením pořádaných SPRSV. Dříve nezaznívaly.

Pro rozšíření vzdělávání v oblasti sexuality osob s postižením pro více studijních oborů na UP v Olomouci se Štěpančíková (2014) domnívá, že by bylo vhodné, zařadit do bakalářského programu také předmět, který nastíní „... výše uváděnou problematiku sexuality osob s postižením, tak aby student po absolvování tohoto předmětu měl dostatečné informace z oblasti sexuality a její problematiky (mít ponětí o sexuálních dysfunkcích, různých formách bariér/limitů u sexuality), měl by být připraven na možný rozhovor s osobou s postižením na téma sexualita, měl by vědět, čeho se při osobním kontaktu s osobou s postižením vyvarovat, měl by být schopen poradit v problematice sexuality (stejně tak jako by měl umět vybrat vhodný mechanický vozík).“ (Štěpančíková, 2014, 43)

Dotázala jsem se před napsáním tohoto příspěvku kolegyně (pedagogické pracovnice) N.B. na její názor na sexuální asistenci u osob s mentálním postižením. Šlo o rozhovor na toto téma, který si nekladal nároky na analýzu, byl zjišťovací a inspirativní. Z jejího sdělení je vidět specifický myšlenkový tok, a tak nechávám řazení jejího vyjádření bez úprav: „...kdyby to byla třeba asistentka, která by ho masturbovala bez emocí a on by se zklidnil... musí být v rámci intimity stanovena pravidla, místo, čas...pokud je schopen sám, sexuální asistent by ho měl naučit třeba masturbovat...aby to pak klient uměl sám, měl pocit bezpečí, že je to normální, že může masturbovat... Rizika? Mentálně postižený by měl znát toho, kdo by mu zprostředkovával sexuální asistenci...nejen kvůli financím, ale i kvůli riziku zneužití...jsou snadno zneužitelní a vydíratelní... a taky záleží na tom, jak těžce jsou postižení...je potřeba dohled.“

Vysvětlit pojem a proces sexuality člověka se snažilo mnoho autorů. K jednoduchému vymezení nedospěli, protože vymezení termínu používá na složitost a všeoborový charakter sexuální problematiky (Lištiak Mandžáková, 2013). Byli bychom jistě všichni rádi, aby prožití své sexuality mohli mít i lidé s mentálním postižením a naplnili tak obsah definice sexuality dle Weiss (2007,364), kdy dle něj je sexualita „ústředním a celoživotním aspektem lidského života a zahrnuje sex, pohlavní identitu a roli, sexuální orientaci, eroticismus, rozkoš, intimitu a reprodukci“. Opomíjení sexuálních potřeb může vést k narušení duševního zdraví a to se negativně projeví v sexuální identitě, přátelství, sebeúctě, povědomí o svém těle i emočním a sociálním růstu (Štěrbová, 2009). Lze být otevřený k naplnění sexuálních potřeb, ale je důležité znát limity a hranice v jejich uspokojování. A tomu **je potřeba porozumět: složitosti a vymezení sexuální asistence u osob s mentálním postižením**. V současné době **ve vztahu k situaci sexuální výchovy a osvěty osob s mentálním postižením** v ní vnímám více rizik nežli svobodného poučeného rozhodnutí.

Použitá literatura:

Štěpančíková, P. (2014). Problematika sexuality u osob s poraněním míchy. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Dana Štěrbová. FTK UP Olomouc. UP v Olomouci.

ČTK, iDNES.cz (2013). Idnes.cz. *Německo přichází s novou profesí: sexuální asistent pro postižené*. Retrieved 1. 7. 2014 from the World Wide Web: http://zpravy.idnes.cz/sexualni-asistent-pro-postizene-d44-/zahranicni.aspx?c=A130613_091502_zahranicni_dam.

Drábek, T. (2013). *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením*. Praha: Svaz tělesně postižených.

Eisner, P. (2010). Sexualita klientů v sociálních službách-informovanost a svobodné rozhodnutí. *Svět neziskovek*. A.

Eisner, P. (2010). Sexualita klientů v sociálních službách-současný stav práce se sexualitou v českých sociálních službách. *Svět neziskovek*. B.

Ferget, Jörg, M, Wolff, M. (2002). Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen, Prevention und Intervention, Ein Werkbuch, Votum Verlag. Münster.

Jiríčka, J. (2013). Idnes.cz. *Postiženým radí s intimitou asistentky. Pomáhat chtějí i prostitutky*. Retrieved 30. 6. 2014 from the World Wide Web: http://zpravy.idnes.cz/v-ustavech-se-rozsiruji-intimni-asistentky-fzt/domaci.aspx?c=A131010_111724_domaci_jj.

Liga vozíčkářů (2014). Liga vozíčkářů. *Debata o sexuální asistenci*. Retrieved 5. 7. 2014 from the World Wide Web: <http://www.ligavozic.cz/novinky?action=detail&id=119>.

Štěpančíková, P. (2014). Problematika sexuality u osob s poraněním míchy. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Dana Štěrbová. FTK UP Olomouc. UP v Olomouci.

Lištiak-Mandžáková, S. (2013). *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál.

Šídová, L. (2014). Rozkoš bez rizika. *Profese sexuální asistent/ka a intimní asistent/ka*. Retrieved 10. 7. 2014 from the World Wide Web: <http://www.rozkosbezrizika.cz/aktuality/profese-sexualni-asistent-ka-a-intimni-asistent-ka>.

Šídová, L. (2014). Rozkoš bez rizika. *Právo na sex aneb intimní asistence pro potřebné. ROZKOŠ bez RIZIKA představuje nový projekt*. Retrieved 30. 11. 2014 from the World Wide Web: <http://www.rozkosbezrizika.cz/aktuality/pravo-na-sex-aneb-intimni-asistence-pro-potrebne-rozkos-bez-rizika-predstavuje-novy-projekt>.

Štěrbová, D. (2009). *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. Strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů. Praha: SPRSV.

Weiss, P. (2007). Základní pojmy v sexuologii [Electronic version]. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 103, 164-165. Retrieved from the World Wide Web: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_7_364_365.pdf.

Youtube (2013). *Sexe amour et handicap*. Retrieved 10. 7. 2014 from the World Wide Web: <http://www.youtube.com/watch?v=YynaVmFig4Q>.

Kontakt:

Doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

Katedra společenských věd v kinantropologii

FTK UP v Olomouci

Tř. Míru 117

779 00 Olomouc

e-mail: dana.sterbova@upol.cz

Biologický věk ženy a somatické parametry z pohledu fyziologického těhotenství

Yvetta Vrublová, Jitka Baslová

Úvod do problematiky

Stále více žen své těhotenství odkládá do vyšších věkových období, a tak již není zcela výjimkou, že své první děti rodí ženy v pětatřiceti i ve čtyřiceti letech. Názory na ideální věk ženy pro těhotenství se různí. Jiné jsou argumenty porodníků a gynekologů, jiné sociologů, psychologů a v neposlední řadě samotných budoucích rodičů. Jako fyziologické těhotenství je označováno těhotenství s malým rizikem, kdy jsou ženy bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření jsou v průběhu gravidity v doporučené normě. Významnou roli v těhotenství sehrává i biologický věk matky, chronická onemocnění v anamnéze těhotné ženy i otce dítěte.

Do roku 1997 byly specifické míry plodnosti nejvyšší u žen ve věku 20 - 24 let. V období 1998 až 2010 se na celkové plodnosti nejvíce podílely ženy ve věku od 25 do 29 let. V posledních dvou letech mají nejvyšší míry plodnosti ženy ve věku 30 - 34 let. Tím se Česká republika zařadila mezi mnoho zemí západní Evropy, kde má tato věková skupina nejvyšší plodnost. Také plodnost žen starších 35 let se zvyšuje. (ÚZIS ČR, č. 51/2013)

Podle aktuálních údajů mapujících tělesnou hmotnost (Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR 2008) je v České republice ve věkové skupině žen do 34 let 23,7% a nad 34 let již 37 % žen s nadváhou a obezitou. V souvislosti s vyšším věkem a vyšší tělesnou hmotností se mohou u těhotných žen vyskytovat zdravotní problémy. Jde např. o arteriální hypertenzi, která komplikuje přibližně 10 % těhotenství a gestační diabetes.

Mezi zdravotní rizika vyplývající z obezity těhotných žen patří zejména riziko vzniku gestačního diabetu, těhotenské hypertenze a preeklampsie. Zvyšuje se také riziko infekcí močových cest, zánětů rodidel a tromboembolické nemoci gravidní ženy. Obezita u těhotné ženy je také spojována se zvýšeným zdravotním rizikem pro plod, a to ve formě makrosomie plodu s nutností vedení porodu císařským řezem, pro novorozence nižšího Apgar skóre při porodu, rizika hypoglykémie časně po porodu, zvýšené pravděpodobnosti vrozeného defektu neurální trubice či kryptorchismu u mužských potomků. Z dlouhodobých komplikací jde pak o zhoršení obezity matky a rozvoj obezity u dítěte v dalším věku. Obézní matka obtížněji zahajuje laktaci a celkově krátkší dobu ve srovnání s matkami s normální hmotností. Svůj význam má pravděpodobně zvýšená inzulinová rezistence a stav chronických zánětů, které jsou s obezitou spojeny. Množství tělesného tuku, především ve viscerální oblasti u žen s nadváhou a obezitou zřejmě způsobuje těhotenské komplikace. Právě toto zvýšené množství viscerálního tuku souvisí s inzulinovou rezistencí, chronickým zánětem, lipotoxicitou a možným negativním vlivem na placentární cévní řečiště a tím zhoršené podmínky pro vývoj plodu. Významnou roli mají vedle toho i genetické dispozice, socioekonomické podmínky, životospráva matky a její fyzická aktivita. (Andělová, 2013, s. 25).

Nejzdravější těhotenství bývá spojováno s hodnotou BMI 23.3 Přírůstek hmotnosti během zdravého těhotenství je různý – je ovlivňován hmotností před těhotenstvím a dosud je předmětem odborných diskuzí. Podle údajů WHO je optimální porodní hmotnost dítěte 3,1-3,6 kg a odpovídá přírůstek hmotnosti matky 10-14 kg. Směrnice vydaná americkým lékařským ústavem uvádí, že žena s normální hmotností by měla přibírat 11,5-16 kg, s nadváhou 7-11,5 kg a obézní 5-9 kg. U obézních žen je zvýšené riziko potratu, předčasného porodu, nebo úmrtí narozeného dítěte. Vyskytují se rovněž komplikace při porodu, který je mnohdy třeba provést císařským řezem. Obézní ženy mají rovněž častější problémy při kojení. Narozené děti obézních matek mívají častěji vrozené vady (srdeční potíže, spina bifida). Velký nárůst hmotnosti obézních žen v těhotenství může být příčinou trvalého zvýšení obezity a je proto vhodné změnit stravovací zvyklosti tak, aby žena rychle dosáhla normální hmotnosti. Nové výzkumy prokazují, že pokrm, který žena konzumuje během těhotenství, mohou ovlivňovat riziko následné obezity u dítěte. V současné době se setkáváme s doporučeními pro ženy, které plánují těhotenství a je u nich přítomna nadváha či obezita s doporučením snížit tělesnou hmotnost před otěhotněním.

Při prvním vyšetření v prenatální poradně lékař stanoví na základě anamnestických údajů a klinického stavu případná rizika a těhotnou ženu zařadí do skupiny s nízkým rizikem, nebo se středním,

či s vysokým rizikem (Unzeitig, Lubušký 2013, s. 8). Obecné kroky pro určení míry rizika vzniku např. gestačního diabetu v těhotenství vychází ze všeobecného screeningu (diabetes mellitus v rodinné anamnéze, obezita, věk vyšší než 30 let, v porodnické anamnéze velký plod, intrauterinní úmrtí plodu, malformace plodu, opakované potraty, v průběhu gravidity větší plod neodpovídající gestačnímu stáří, nevysvětlitelný polyhydramnion, opakovaný nálezk cukru v moči. (Hájek 2004, s. 31). V první skupině jsou ženy bez rizika, do druhé skupiny patří ženy, u kterých se vyskytla anamnéza zatížená rizikovými faktory (Unzeitig, Lubušký, 2013, s. 8). Zjišťuje se rodinná anamnéza (diabetes mellitus, genetické zatížení, gestační diabetes, vrozené vývojové vady), osobní, kde se zahrnují demografické rizikové faktory (výška, věk, parita), sociální rizikové faktory (závislost na alkoholu a návykových látkách, kouření, nechtěné těhotenství, nižší úroveň vzdělání), prodělaná závažná onemocnění, gynekologická a porodnická anamnéza (Štembera et al. 2006, s. 180). Ve třetí skupině se vyskytují ženy, které nemusí mít zatíženou anamnézu, ale vyskytnou se u nich patologické klinické či laboratorní výsledky (Unzeitig, Lubušký 2013, s. 8).

V neposlední řadě do ovlivnitelných faktorů, které mohou mít vliv na těhotenství spadá tělesná aktivita, a to nejen v období těhotenství, ale také před těhotenstvím. Výzkum, který prezentoval Tobias (2011, s. 223) srovnal sedm studií probíhajících před těhotenstvím a pět studií v časném stádiu těhotenství, které posuzovaly fyzickou aktivitu před těhotenstvím a v časně fázi těhotenství. Fyzická aktivita před těhotenstvím byla hodnocena celkem u 34 929 účastnic, které zahrnovaly 2 813 případů žen, u kterých se v graviditě rozvinul gestační diabetes. Cvičení v časném těhotenství bylo hodnoceno celkem u 4 401 účastnic, kdy se u 361 případů žen vyskytl gestační diabetes. Výsledky ukázaly významnou ochranu před vznikem gestačního diabetu u žen, které se před graviditou a v začátku gravidity věnovaly fyzickým aktivitám. Vyšší úroveň fyzické aktivity před otěhotněním nebo v časně fázi těhotenství je spojena s významně nižším rizikem vzniku gestačního diabetu. (Tobias et al 2011, s. 223).

Vlastní šetření

Vzhledem k výše uvedenému souvislostem jsme si dali za cíl zjistit, zda věk ženy a tělesná hmotnost před těhotenstvím ovlivňuje výskyt nejčastější těhotenské komplikace.

Cíle pilotní studie:

1. Zjistit, zda věk ženy působí na vznik gestačního diabetu.
2. Zjistit, zda výchozí BMI ovlivňuje vznik gestačního diabetu.

Metodou sběru dat byla observační analýza s prostudováním zdravotnické dokumentace těhotných žen v 38. – 40. týdnu gravidity, které souhlasily se zařazením do studie. Ženy byly rozděleny do dvou skupin, v první skupině byla sledována dokumentace žen s diagnostikovaným gestačním diabetem (N153) a v druhé kontrolní skupině dokumentace žen bez jakékoli těhotenské komplikace (N152).

Data získaná z dokumentace sledovaného souboru byla postupně zaznamenána do tabulky. Konkrétně byla zaznamenávána tělesná hmotnost před těhotenstvím, v I. trimestru, II. trimestru a u porodu, výška a věk ženy, zda u žen byl diagnostikován gestační diabetes.

Výsledky

První cíl byl zaměřen na posouzení souvislosti mezi věkem ženy a rizikem vzniku GDM. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v průměrném věku žen ve sledovaném a kontrolním souboru. Průměrný věk ve sledovaném souboru činil 33 let a v kontrolním souboru se jednalo o 30 let. Ženy ve sledovaném souboru s diagnostikovaným gestačním diabetem byly o 3 roky starší než ženy v kontrolním souboru bez onemocnění. Zjištěné výsledky svědčí pro souvislost mezi přibývajícím věkem ženy a zvýšeným rizikem vzniku gestačního diabetu. Srovnáme-li zjištěné výsledky s výsledky již dříve uskutečněných studií, můžeme konstatovat, že riziko vzniku gestačního diabetu roste s přibývajícím věkem ženy. Ve skupině žen, které rodily v mladším věku než 25 let, se GDM vyskytl ve 2,1 %, ovšem ve skupině žen starších než 35 let byl gestační diabetes diagnostikován u 7 % žen (Abouzeid et al 2015, s. 1).

Ve druhém cíli jsme se zabývali zjištěním, zda výchozí BMI ovlivňuje vznik gestačního diabetu, byl za použití t-testu pro dva výběry zjištěn statisticky významný rozdíl ve výchozím indexu tělesné hmotnosti před graviditou při porovnání mezi oběma soubory, kdy vyšší index tělesné hmotnosti se vyskytoval ve sledovaném souboru žen s diagnostikovaným gestačním diabetem. Ve sledovaném

souboru činila průměrná hodnota BMI 26 kg/m². Tuto hodnotu řadíme do kategorie s nadváhou. BMI v kontrolním souboru byla v průměru nižší, odpovídala hodnotě 24 kg/m², což svědčí pro normu. Téměř polovina žen ze sledovaného souboru měla BMI vyšší než 25 kg/m² a měla minimálně nadváhu, kde u žen v kontrolním souboru byla zjištěna nadváha pouze u 29 % žen. Vyšší BMI se vyskytovalo ve sledovaném souboru. Výsledek naznačuje vztah mezi výchozí BMI a následným rozvojem gestačního diabetu. U žen s nadváhou dojde v průběhu těhotenství častěji k manifestaci tohoto onemocnění.

Závěr

Uvedené výsledky potvrzují zvyšující se riziko vzniku gestačního diabetu s přibývajícím věkem a rostoucím indexem tělesné hmotnosti před těhotenstvím. Významné opodstatnění má zde edukační činnost pedagogů, lékařů a porodních asistentek s důrazem kladeným na zdravý životní styl a pohybovou aktivitu jako prevenci vzniku nadváhy a obezity před graviditou. Jako další doporučení se jeví možná změna postojů žen a mužů k plánování rodičovství. Pokud to není nezbytně nutné, ženy by neměly své těhotenství odkládat do vyššího věku.

V neposlední řadě je nutné si uvědomit, že zdravý životní styl ovlivňuje celkové zdraví a následně průběh těhotenství a zdraví dítěte. Jako konkrétní případ můžeme uvést obecné závěry proběhlých studií, že u žen s gestačním diabetem se v budoucnu kolem 50. roku života ve 40–60 % případů pravděpodobně rozvine diabetes 2. typu. Ztráta hmotnosti, dietní kontroly a cvičení mohou zjevně pomoci v prevenci výskytu diabetu v pozdějším věku. Gestační diabetes má daleké následky v predispozici jejich potomstva na glukózovou toleranci. Více než u 50 % dětí narozených matkám s gestačním diabetem se rozvine 2. typ diabetu kolem 35 roku věku. (Baci, 2013).

Závěrem lze tedy konstatovat, že do výchovy k plánovanému rodičovství a sexuální výchovy patří i výchova k péči o své zdraví a aktivní péče o něj.

Použitá literatura:

ABOUZEID, M. et al. Socio-Cultural Disparities in GDM Burden Differ by Maternal Age at First Delivery. *Plos One*. 2015, 10(2), s. 1-11.

ANDĚLOVÁ, K. Problematika diabetu a obezity v těhotenství. *Postgraduální medicína*. 2013, 15(1), s. 24–26.

BACI, Y. et al. Effect of maternal obesity and weight gain on gestational diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2013, 29(2), s. 133–136.

HÁJEK, Z. et al. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 444.

TOBIAS, D. K. et al. Physical Activity Before and During Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2011, 34(1), s. 223–229.

UNZEITIG, V. LUBUŠKÝ, M. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, 78 supplementum, s. 8–9.

Kontakt na autorky:

doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D., Mgr. Jitka Baslová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Sdělení z 22. kongresu 2014

Etické a právní problémy současného genetického testování

Jiří Šantavý, Alena Šantavá, s použitím materiálů JUDr. Jana Macha

Současná medicína vyžaduje některé nové přístupy v rámci hlavních rozhodovacích kritérií při kontaktu s pacientem. Zatímco požadavek prospěšnosti vyšetření a léčby pro pacienta platí od nepaměti, respektování individuálního rozhodování pacienta a zajištění adekvátní péče pro všechny pacienty jsou kritéria poměrně nová. Zcela nová jsou pak požadavky pro genetické testování predispozice k onemocněním. Základem je vždy respektování individuální nezávislosti a prospěšnosti, zvážení prospěšnosti znalosti výsledku testování pro pacienta, odhalení predisponujících genů při zvážení možné psychické tenze, stigmatizace ve společenském životě a případně diskriminace v pojišťovnictví a zaměstnání.

Hlavní zásady genetického testování:

- Genetická konzultace musí být nedirektivní a musí předcházet vlastnímu testování
- Genetické testování je možné jen s informovaným souhlasem testovaného a výsledek mu musí být sdělen osobně genetikem
- Pacient musí zvážit rizika a závažnost onemocnění a efektivitu preventivních a terapeutických možností i potenciálních negativ, která se při testování mohou objevit

Etické problémy klinické genetiky – genetického poradenství:

- Genetické testování - prenatalní
- Genetické testování pozdně se manifestujících onemocnění
- Testování dětí
- Důvěrnost genetické informace
- Zneužití genetické informace

Etické problémy prenatalního testování:

- Prenatální detekce v rodinách s vysokým – o genetickým rizikem – ukončení gravidity v případě neléčitelných onemocnění
- Prenatální populační screening některých genetických vad
 - poruchy uzávěru neurální trubice
 - numerické chromozomální abnormality

Základní okruhy:

- Otázky spojené s UUT
- Zákon 66/86 Sb., vyhl. 75/86 Sb., příl. 14
- Prediktivní testování
- Klonování
- Využití embryí a kmenových buněk

Interrupční zákon:

- Bez omezení na základě přání těhotné do hd. 12
- Při prokázané akutní infekce rubeolou do hd. 16
- Z genetické indikace do hd. 24
 - prokázané vady
 - riziko > 10 %
- Po hd. 24 - § 5
 - jestliže je ohrožen život nebo zdraví těhotné nebo zdravý vývoj plodu nebo jde o genet. vadný vývoj plodu

Prediktivní testování – monogenní onemocnění:

- BRCA1, BRCA2 mutace – testování po dosažení zletilosti, v případě přání osoby v riziku a jen s jejím souhlasem
- Familiární adenomatosní polyposa – možno testovat již v adolescentním věku
- Huntingtonova choroba – jen s předchozím psychologickým, neurologickým a psychiatrickým vyšetřením, po dosažení zletilosti

Prediktivní management – polygenní polyfaktoriální poruchy:

- Změna životního stylu
- Vyloučení známých negativních vlivů prostředí
- Zajištění onkologické prevence
- Možnost prenatální nebo prekoncepční detekce

Klonování:

- Kmenové buňky
- Využití embryí
- Tkáně a orgány pro transplantace bez imunitní odpovědi

Základy právní odpovědnosti:

- Protiprávní jednání
- Škodlivý následek nebo ohrožení
- Příčinná souvislost mezi jednáním a následkem
- Zavinění – úmyslně nebo z nedbalosti
- Diagnostický omyl či terapeutický nezdar sám o sobě právní odpovědnost nezakládá

Prenatální diagnostika a ochrana osobních údajů:

- Právo na mlčenlivost a ochranu údajů
- Porušení je trestným činem
- Porušení je současně správním deliktem
- Porušení je současně důvodem pro ochranu osobnosti včetně finanční satisfakce
- Možné následky: trestní stíhání fyzické osoby, pokuta pro ZZ, satisfakce poškozenému

OBSAH

Postoje českých zdravotníků a sociálních pracovníků k rodičovství žen s mentálním postižením	9
Bernoldová Jana, Adamčíková Z., Štrnadová I., Klusáček J.	
Trestněprávní aspekty virtuální dětské pornografie	19
Albert Diok	
ellaOne® – 1. volba nouzové kontracepce	26
Janeta Filová	
Pharmatex lokální antikoncepce bez hormonů a bez receptu	27
Janeta Filová	
Léky, drogy a sex	28
Miroslav Havlín	
Aktuálne problémy sexuálneho zneužívania žiakov špeciálnych základných škôl zo sociálne znevýhodneného prostredia	32
Ladislav Horňák	
Partnerské vztahy na pozadí věkového rozdílu	40
Kamil Janiš, Iveta Ludvíková	
Koncepce pohlavní výchovy od Z. Záhoře	46
Kamil Janiš st.	
Tradicemi za sexuální řád: Evropské konzervativní proudy proti genderové i sexuální rovnosti	50
Lucie Jarkovská	
Rodina a sexuální výchova?	53
Tereza Kaláčková	
Jak správně postupovat při podezření na znásilnění, nebo pohlavní zneužívání	56
Peter Koliba	
Inštitucionálna sexuálna výchova osôb s mentálnym postihnutím na Slovensku	57
Stanislava Lištiak Mandzákova, Dagmar Marková	
Efektivita sociální práce s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody – průběžná informace z výzkumu	69
Miroslav Mitlöhner, Pavlína Kubištová	
Transplantace hlavy – právní, sexuologické a praktické konsekvence	74
Miroslav Mitlöhner	
Psychické změny u žen v důsledku užívání hormonální antikoncepce	77
Barbora Ottová, Petr Weiss	
Rizika náhradního mateřství	83
Štěpánka Pabiánová	

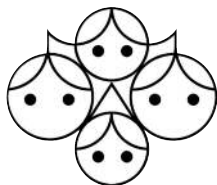
Sexuální zdraví a práva ve vybraných zemích světa	86
Zuzana Prouzová	
Reflexe paradigmat vztahu mezi rodinou a školou v České republice	88
Dominika Provázková Stolinská, Miluše Rašková	
Puberta pohledem budoucích pedagogů primární školy v České republice a na Slovensku	94
Miluše Rašková	
Novinky v mezinárodní sféře a jejich vliv na situaci v ČR	98
Tereza Sadková	
Primární prevence sexuálního zneužívání dětí na základních školách.	100
Lenka Scheithauerová	
Vybrané právní otázky umělé lidské reprodukce	108
Olga Sovová	
Josef a Putifarka – první zaznamenaný pokus o znásilnění muže ženou?	112
Aleš Svoboda	
Výuka problematiky HIV/AIDS v 7. – 9. ročníku na českých školách	115
Veronika Šikolová, Alena Fialová	
Faktory sexuální výchovy v rodině	120
Lenka Šilerová	
Rizika sexuální asistence u osob s mentálním postižením	126
Dana Štěrbová	
Biologický věk ženy a somatické parametry z pohledu fyziologického těhotenství	131
Yveta Vrublová, Jitka Baslová	
Sdělení z 22. kongresu 2014	134
Jiří Šantavý, Alena Šantavá, s použitím materiálů JUDr. Jana Macha	



— PENZION —

HENDRYCH

VRCHLABÍ



SPRSV

**23. CELOSTÁTNÍ KONGRES
K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE
SBORNÍK REFERÁTŮ**

Editor: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Editorka: Mgr. Zuzana Prouzová

Vydavatel: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, z. s.
Argentinská 286/38, 170 00 Praha 7 Holešovice

Tisk:
Centrum služeb Broumov s.r.o. – Tiskárna, sociální firma

2015

ISBN 978-80-905696-2-1



SPRSV

**23. CELOSTÁTNÍ KONGRES
K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ V ČESKÉ REPUBLICE
SBORNÍK REFERÁTŮ**

Editor: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Editorka: Mgr. Zuzana Prouzová

Vydavatel: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, z.s.
Argentinská 286/38, 170 00 Praha 7 Holešovice

Tisk:
Centrum služeb Broumov s.r.o. – Tiskárna, sociální firma

2015

ISBN 978-80-905696-2-1