

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Plánované rodičovství jako individuální a společenský  
problém**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:**  
**doc. PhDr. Jaroslav Nevoránek, CSc.**

**Vypracoval:**  
**Bc. Jaroslav Janeček**

**Brno 2008**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je v práci uveden.

Brno, březen 2008

.....

Bc. Jaroslav Janeček

## **Poděkování**

Děkuji panu doc. PhDr. Jaroslavu Nevoránkovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Bc. Jaroslav Janeček

# OBSAH

ÚVOD	2
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 <i>Plánované rodičovství jako základní lidské právo</i></b>	<b>4</b>
1.1 Problémy rodinné politiky	5
1.2 Populační vývoj a změny sexuálních rolí	7
1.3 Reprodukční chování české populace	10
1.4 Dílčí závěr	13
<b>2 <i>Sexuální výchova</i></b>	<b>14</b>
2.1 Právní otázky sexuální výchovy	15
2.2 Sexuální výchova v rodině a ve škole	18
2.3 Sexuální výchova jako samostatná studijní disciplína	21
2.4 Dílčí závěr	23
<b>3 <i>Plánované rodičovství a antikoncepce</i></b>	<b>24</b>
3.1 Právo na antikoncepci	25
3.2 Výběr vhodné antikoncepční metody	26
3.3 Metody plánovaného rodičovství	28
3.4 Sterilizace	29
3.5 Dílčí závěr	31
<b>4 <i>Umělé přerušování těhotenství</i></b>	<b>32</b>
4.1 Definice potratu a jeho druhy	32
4.2 Metody interrupcí	34
4.3 Práva matky a plodu	36
4.4 Interrupce x prevence	39
4.5 Dílčí závěr	40
<b>5 <i>Umělé oplodnění a adopce jako součást plánovaného rodičovství</i></b>	<b>42</b>
5.1 Neplodnost	42
5.2 Metody asistované reprodukce	43
5.3 Rizika asistovaného početí	48
5.4 Adopce	49
5.5 Dílčí závěr	51
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 <i>Vymezení výzkumného problému</i></b>	<b>52</b>
<b>2 <i>Cíl výzkumu</i></b>	<b>54</b>
<b>3 <i>Výzkumné metody, metodika výzkumu</i></b>	<b>55</b>
<b>4 <i>Charakteristika výběrového souboru</i></b>	<b>60</b>
<b>5 <i>Výsledky šetření, zpracování dat</i></b>	<b>61</b>
<b>6 <i>Interpretace dat</i></b>	<b>72</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>76</b>
<b>RESUMÉ</b>	<b>79</b>
<b>ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA</b>	<b>81</b>
<b>LITERATURA A PRAMENY</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>86</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## ÚVOD

„Člověk, přesto že je nedílnou součástí přírody, dokázal se z ní určitým způsobem vydělit, naučil se ji ovládat a přizpůsobovat svým potřebám. Tato jakási vzpoura člověka proti původním silám, tato změna od tvora přírodou ovládaného v bytost přírodu ovládající, se ovšem promítá i do sféry intimního života a sexuálních vztahů. Hovoří se o oddělení sexuality od rozmnožování.“<sup>1</sup>

Pokud tedy chápeme sexualitu jako vrcholnou formu mezilidské komunikace, nutně nám z toho vyplývá snaha o zábranu nechtěného těhotenství. Na druhé straně ovšem zase existují i opačné případy, kdy přes veškeré úsilí se žádoucí efekt nedostaví a žena nemůže otěhotnět. Většinou se všechny tyto snahy přizpůsobují přání budoucích rodičů, jejich vědomému a svobodnému rozhodnutí o počtu dětí a době jejich zrození. A realizace těchto lidských přání tvoří vlastně podstatu plánovaného rodičovství.

Opatření k realizaci plánovaného rodičovství mohou mít dvojí charakter. Za prvé je to **pozitivní plánované rodičovství** zahrnující jednání partnerského páru cílené na otěhotnění ženy a na úrovni zdravotnické péče je to péče o neplodné páry. Do obecnější socioekonomické roviny pozitivního plánování patří i opatření společnosti a státu k zlepšení populačního vývoje, jako jsou dávky v mateřství, mateřská dovolená, porodné, příspěvky na děti, daňové a jiné výhody pro rodiny s dětmi a další, zahrnované pod pojem “propopulační opatření”. Druhým typem je **negativní plánování rodičovství** spočívající ve snaze a opatřeních zabránit nežádoucímu otěhotnění, zahrnutých pod pojem **kontracepce** (dříve antikoncepce).

„*Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém*“ jsem jako téma diplomové práce zvolil proto, že plánované rodičovství se stává v moderních rozvinutých zemích součástí životního stylu a touha po dítěti je u naprosté většiny lidí vrozená, a proto se před touto otázkou dříve či později ocitne skoro každý z nás.

Práci tvoří část teoretická a praktická (výzkumná):

Část první (teoretická) je zaměřena na popis, rozbor a přehled nejdůležitějších faktorů úzce souvisejících s plánováním rodičovství. Jedná se především o problémy rodinné politiky – sociální a ekonomické postavení současné rodiny, populační vývoj,

---

<sup>1</sup> UZEL, R.: *Ženské otazníky*, Praha: Práce, 1987, s. 11

reprodukční chování populace, dále o stav, dostupnost a úroveň sexuální výchovy. Zbývající kapitoly této části se zabývají metodami antikoncepce a jejich výběrem, způsoby interrupcí, neplodností, umělým oplodněním a adopcí, což jsou další významní činitelé výrazně se podílející na ovlivňování plánovaného rodičovství.

Druhá část práce (výzkumná) je věnována oblasti sexuální výchovy. Jejím cílem je odpovědět a zmapovat:

- Jaká je informovanost dospívajících v oblasti lidské sexuality, vč. znalostí, jak chránit své reprodukční zdraví?
- Na jakých poznatkových základech mohou dospívající budovat své postoje, které jsou východiskem pro jejich sexuální chování?
- Jaké jsou postoje dospívajících k problematice pohlavního dozrávání, sexuálního chování a ochrany před sexuálním zneužíváním?
- O jakém partnerském a rodinném soužití mladí lidé uvažují a jakou představu mají o své budoucí rodičovské roli?

Hlavní metodou při zpracování diplomové práce je v části teoretické obsahová analýza dostupných materiálů a z ní logické a deduktivní vyvození poznatků. V části výzkumné je hlavní technikou anonymní dotazníkové šetření (respondenti budou uvádět pouze pohlaví, věk, typ školy a studijní ročník), rozhovor a analýza statistických údajů. Získané informace jsou zpracovány v přehledných tabulkách a shrnuty a vyhodnoceny v závěru práce.

Základním zdrojem informací pro zpracování první části jsou tištěné prameny, knihy, časopisy a především internet - jejich výčet je uveden v seznamu literatury. Informace pro odpovědi na otázky týkající se sexuální výchovy, kterými se zabývá druhá část práce byly získány na základní a střední škole přímo od studentů, resp. vyučujících, tedy těch, kterých se tato problematika bezprostředně týká. Dále byly použity údaje Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a statistické údaje vyplývající z výpovědí klientek a pacientek gynekologicko-porodnického pracoviště.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Plánované rodičovství jako základní lidské právo

„Rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně rozhodovat o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi.“<sup>2</sup>

„Všechny dvojice i jednotlivci mají základní právo rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi a k tomuto jednání mají dostat informace a prostředky. Zodpovědnost dvojic a jednotlivců ve využití tohoto práva bere v úvahu životní potřeby jejich žijících a budoucích dětí a jejich zodpovědnost ke společnosti.“<sup>3</sup>

„Vlády musí přijmout všechna příslušná opatření k zamezení diskriminace žen, aby tak zajistily na základě rovnosti mužů a žen stejná práva rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a intervalech mezi nimi a přístup k informacím, vzdělání a prostředkům potřebným k využití tohoto práva.“<sup>4</sup>

Tyto citáty ze závazných mezinárodních dokumentů svědčí o tom, že plánované rodičovství je opravdu považováno za základní lidské právo. K zabezpečení realizace tohoto práva existují četné mezinárodní organizace. Jednou z těchto hlavních organizací je Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF). Byla založena v roce 1952 jako sdružení nezávislých národních organizací 125 států. Jejím cílem je zakládat a podporovat služby týkající se plánovaného rodičovství na celém světě a vychovávat občany a vlády ku prospěchu rodiny, zvláště pak matek a dětí, ve smyslu plánování počtu dětí a intervalů mezi jejich narozením.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Prohlášení Mezinárodní konference o lidských právech, Teherán, 1968, čl. 16

<sup>3</sup> Světová populační konference OSN, Bukurešť, 1974, § 14 f.

<sup>4</sup> Prohlášení OSN o odstranění všech forem diskriminace žen, 1979, čl. 16

<sup>5</sup> UZEL, R.: *Jak neotěhotnět*, Praha: Scientia Medica, 1992, s. 108

## 1.1 Problémy rodinné politiky

Rodinná politika jako oblast veřejného zájmu se začala rozvíjet po druhé světové válce a v současné době je standardní součástí vládní politiky většiny evropských zemí. Od počátku bylo hlavním úkolem rodinné politiky zlepšovat životní podmínky rodin. Její vliv na úroveň plodnosti žen byl v pozadí zájmu. Situace se změnila v 90. letech a to v souvislosti se vznikem problému extrémně nízké plodnosti. V některých státech úhrnná plodnost žen poklesla pod hodnotu 1,3 dítěte na 1 ženu a dlouhodobě se nemění. To se týkalo i ČR, kde v letech 1995-2005 hodnota úhrnné plodnosti nepřesáhla 1,3.

V roce 2004 ČR spolu s dalšími sedmi bývalými socialistickými zeměmi vstoupila do Evropské unie. Většina těchto nových členských států dosahovala a stále dosahuje extrémně nízké úrovně plodnosti. Rozšíření EU tedy předznamenalo prohloubení dosavadních nepříznivých demografických trendů. Jinými slovy, EU bude muset po roce 2010 čelit vyhlídce zrychleného stárnutí a depopulace. V roce 2005 byla přijata tzv. Zelená kniha, ve které Evropská komise poprvé uznala existenci extrémně nízké plodnosti jako problém, kterým je třeba se zabývat. Demografické výzkumy ukazují, že lidé nemají tolik dětí, kolik by chtěli. Především v těch státech, kde je nízká porodnost, je velký podíl těch, kterým se nedaří naplnit své reprodukční plány. Současný přístup Evropské komise k této problematice lze charakterizovat následovně: *Stát nemá právo zasahovat do rozhodnutí lidí kdy a kolik budou mít děti. Jestliže však je lidem zamezováno realizovat své plány (jak naznačují výzkumy), pak politici činitelé mají nespornou povinnost hledat, jak podmínky pro uskutečnění individuálních preferencí zlepšit.*<sup>6</sup>

Zdá se, že klíčem k vyřešení problému extrémně nízké plodnosti ve vyspělých evropských státech je zajištění slučitelnosti práce a rodiny. Tato problematika se stala vysoce aktuální především v souvislosti se zjištěním, že vztah mezi mírou zaměstnaností žen a úrovní plodnosti se obrátil. Od přelomu 80. a 90. let již neplatí, že zvyšující se zaměstnanost žen vede k nižší míře plodnosti, ale naopak. Nejvyšší intenzita plodnosti je ve státech s nejvyšší zaměstnaností žen. Nebezpečí tohoto zjištění spočívá v tom, že cílem přijímaných opatření na podporu slučitelnosti práce a rodiny může být ve svém důsledku spíše zvýšení zaměstnanosti žen než podpora porodnosti.

---

<sup>6</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007110902>



Proto je současná politika EU někdy kritizována, že je spíše „work friendly“ než „family friendly“ a navrhovaná opatření v rámci rodinné politiky spíše patří do politiky zaměstnanosti. Tento problém nejlépe dokumentuje vytyčený požadavek v rámci lisabonského procesu, aby do roku 2010 byla třetina dětí ve věku 0-3 let umístěna v nějakém zařízení péče o děti.<sup>7</sup>

Předchozí vláda ČR se problematikou nízké porodnosti intenzivněji zabývala a přijala některá opatření v souladu s potřebami mladých rodin s dětmi. Soustředila se především na zvýšení finančních dávek směřovaných rodinám a zlepšování podmínek rodičovské dovolené. Za důležité lze považovat schválení dvou vládních dokumentů: *Národní koncepce rodinné politiky ČR v roce 2005* a *Akčního plánu na podporu rodin s dětmi pro období 2006-2009*. V současné době je koncepce rodinné politiky ČR aktualizována v souladu s programovým prohlášením nové vlády. Cílem je vytvořit moderní flexibilní rodinnou politiku s akcentem svobodné volby.

Nedávno přijaté reformy v ČR naznačují jistou změnu přístupu státu vůči rodinám s dětmi. Současná vláda chce pokračovat v podpoře rodin s dětmi, avšak jiným způsobem. V souladu s liberálními principy své politiky prosadila omezení sociálních dávek, čímž chce zabránit vytváření finanční závislosti rodin na státu. Daňovou reformou chce posílit ekonomickou autonomii rodin a ponechat rodinám více peněz. Nicméně omezení státních dávek se týká dvou důležitých nástrojů finanční podpory rodin: porodného a přídavku na dítě. Výše porodného se sníží a okruh rodin, které budou pobírat přídavky na dítě se zúží. Daňová reforma s sebou navíc nese zrušení společného zdanění manželů, tj. výhody, které nejvíce využívali rodiče na rodičovské dovolené. Z demografických výzkumů vyplývá, že zrušení již existujících výhod má častěji větší (negativní) efekt ve srovnání s nízkým (pozitivním) efektem, který je možno vysledovat po zvýšení finanční pomoci rodinám. Z tohoto důvodu lze očekávat, že pro určitou část populace bude snížení finanční podpory státu vést k omezení počtu dětí v rodině.<sup>8</sup>

Změna charakteru státní podpory rodin se odráží v odlišných prioritách, jak zajistit vhodné podmínky pro mladé lidi, aby mohli zakládat rodiny. Může se tak vytvořit prostor pro přijímání a rozvoj jiných opatření, které mohou lépe uspokojit

---

<sup>7</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007110902>

<sup>8</sup> tamtéž

odlišné potřeby nastupující mladé generace. Především se jedná o různé formy podpory skloubení zaměstnání a péče o rodinu. V ČR byla po roce 1989 pozornost soustředěna pouze na rozvoj opatření týkající se rodičovské dovolené. Cílem bylo umožnit ženám zůstat co nejdéle doma s malými dětmi. Současně s tím však byly opomenuty jiné formy péče o děti, které jsou v ostatních státech běžně využívané. Součástí již přijaté reformy je zavedení flexibilního systému rodičovské dovolené. V souladu s evropským trendem je vytvoření tří možností čerpání rodičovského příspěvku. Rodiče se budou moci flexibilně rozhodnout o době návratu do zaměstnání, aniž by finančně ztráceli. Zásadní změnou je zavedení tzv. rychlejšího čerpání rodičovského příspěvku (ve výši 11 400 Kč do 2 let věku dítěte. Toto opatření je zamýšleno pro ženy, které se chtějí vrátit do práce dříve než po třech letech. Existují studie, které ukazují, že optimální doba rodičovské dovolené a to jak z hlediska blaha dítěte, tak z hlediska vlivu na pracovní kariéru rodiče, se pohybuje kolem 2 let. Delší rodičovská dovolená pak významně zvyšuje tzv. náklady ztracených příležitostí. V dalším kroku vláda slibuje rozšíření spektra služeb v předškolní péči (firemní mateřské školky, individuální péče nerodičovskou osobou) a zavedení slevy na dani z příjmu rodičů, kteří si platí chůvy.<sup>9</sup>

Změny, které byly nastartovány, jsou z hlediska celkového kontextu vládní politiky pochopitelné, přesto mohou být širší veřejností vnímány negativně a mohou vést k dočasnému zhoršení populačního klimatu. Lze předpokládat zastavení růstu úhrnné plodnosti, který byl nastartován v roce 2004. Nicméně pokud bude vláda přijímat nová opatření na podporu rodin v souladu se svými dalšími záměry a neustrne jen na omezování toho, co je vládní politice nevyhovující, pak lze očekávat, že mladší generace žen budou mít v průměru více dětí než generace z první poloviny 70. let.

## **1.2 Populační vývoj a změny sexuálních rolí**

Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF) považuje za jedno z hlavních kritérií sexuálního a reprodukčního zdraví populace uplatňování plánovaného rodičovství jako základního lidského práva. Svobodné rozhodnutí o počtu dětí a termínu jejich zrození tak umožňuje, aby každé dítě bylo dítětem chtěným, aby jeho příchod na svět byl plánován a s láskou očekáván. Tento požadavek bohužel ne vždy zcela

---

<sup>9</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007110902>

odpovídá snahám ryzího pronatalismu, který často rodičovství považuje za vlasteneckou, etnickou nebo eugenickou povinnost rodičů. Často pak slýcháme, že plození většího počtu dětí přispívá k individuálnímu, rodinnému a vlastně i společenskému blahu. Ve světle těchto kritérií téměř ožívají pronatalitní tendence komunistického státu, kde byla matka čtrnácti dětí dekorována Řádem práce nebo ideologie křesťanské, kde jsou děti plozeny k větší slávě boží, a početnost potomstva je považována za kritérium víry. Není divu, že výrazný pronatalismus může připomínat tradiční model rodiny, kdy muž je živitelem a žena strážkyní a ochránkyní rodinného krbu. Tento model ovšem výrazně oklešťuje reprodukční svobodu a právo volby, v minulosti býval často spojen s insuficientní antikoncepcí a problematikou nechtěných dětí.<sup>10</sup>

V diskusích o populačních problémech se střetávají dva protichůdné názory, jejichž závěry reflektují na jedné straně postoje liberální ideologie, kde počet dětí v rodině je výlučnou záležitostí rodičů, do které nemá stát nijak zasahovat a na druhé straně požadavky státní pronatalitní populační politiky. Tato politika představuje vlastně jakousi smlouvu mezi rodiči a státem, kde se rodiče zavazují převzít trvalý závazek dlouhodobé odpovědnosti za péči a výchovu dětí a na druhé straně se stát zavazuje vytvářet stabilizované sociální prostředí příznivé pro rodiny s dětmi. Stát ovšem prostředky na zajišťování této péče čerpá i z daní bezdětných; apeluje na jejich solidaritu podobným způsobem jako solidaritu zdravých s nemocnými nebo mladých se staršími. Někteří demografové tuto solidaritu bezdětných zdůvodňují dokonce skutečností, že přispívat na děti jiných prostřednictvím daní vyjde tyto osoby mnohem laciněji než hradit náklady na vlastní děti, byť se společenskou pomocí. Tato motivace solidarity je na rozdíl od dříve jmenovaných transgenerační; zdravý člověk může onemocnět, mladý člověk bude jednou starý, ale bezdětný zůstane bezdětným a jeho investice bude zhodnocena až posmrtně v další generaci důchodců, pokud ovšem takto nashromážděné důchodové prostředky nebudou zatím vytunelovány, rozkradeny či jinak proinvestovány.

Opravdu málokdo pochybuje dnes o tom, že rozhodnutím mít dítě se rodiče vzdávají části svých možností v realizaci jiných životních cílů. Kromě ekonomické zátěže přicházejí rodiče okamžikem narození dítěte o část volného času spojeného s

---

<sup>10</sup> *Propopulační politika – ano či ne*, Praha: Centrum pro ekonomiku a kulturu CEP, 21/2002

kulturními, sportovními a jinými aktivitami. Zejména ženské části populace se pak dotýkají problémy ve zvyšování kvalifikace, v otázkách kariérního postupu a celkového společenského uplatnění. Zejména v konfrontaci se soumrakem patriarchální společnosti pak tyto problémy nabývají stále větší a větší intenzity.

Neberme toto sdělení jako nostalgický povzdech nad starými zlatými časy, kdy otec přinášel domů prostředky na rodinný rozpočet a matka pečovala o děti a domácnost. Moderní společnost dávno odzvonila tomuto klasickému rodinnému modelu, který nepochybně nahrával pronatalitním tendencím. Dnešní emancipovaná žena si dokáže velmi dobře spočítat nejen zvyšující se náklady obětované příležitosti na děti, hlavně však není se svou rolí matky – ochránkyně rodinného krbu spokojena, vedení domácnosti a výchovu dětí nepovažuje samozřejmě za plnohodnotnou profesionální náplň života.

Srovnáním demografických ukazatelů porodnosti jednotlivých zemí je zřejmé, že počet dětí, které jednotlivá žena přivede na svět, je závislý především na jejím dosaženém stupni vzdělání. Tento faktor je zcela limitující už v rozvojovém světě, kde dosažením základního školního vzdělání se redukuje počet dětí o více než dvě a s dalším stupněm vzdělání dále klesá. Zdá se, že hlavně faktor vzdělání je ve zvýšené míře zodpovědný za klesající porodnost i v zemích vyspělých. Jelikož ekonomická a bytová situace může hrát v plánovaném rodičovství jenom pomocnou roli, nebude asi sebevícе intenzivní pronatalitní politika zaměřená na daňové úlevy, přídavky na děti a výstavbu sociálních a startovacích bytů dlouhodobě úspěšná a efektivní.

Teorie rovných příležitostí předpokládá, že pokud budou ženám i mužům dány naprosto rovnocenné šance, nebude mezi nimi z hlediska výsledků ve vzdělání a zájmu o jednotlivé obory vůbec žádný rozdíl. I na půdě Evropského parlamentu bývá v diskusích často rovná příležitost zaměňována za stejnost, za unifikované pohlaví. Naštěstí jsou muži a ženy svými dispozicemi předurčeni k tomu, aby u nich i proces učení probíhal odlišným způsobem, aby měli různé koníčky a zájmy. Jedině v této skutečnosti pak spočívá určitá šance pro plánované rodičovství. Přestože sňatek a porod dítěte vyžaduje od ženy větší profesní obět než od muže, dávají alespoň některé ženy částečnou přednost biologickým výhodám mateřství před sociálně-spoločenskými výhodami bezdětnosti. I ve vyspělé společnosti se setkáváme také s různým očekáváním od sňatku. Ač to feministky nerady slyší, zůstávají naděje na manželství s bohatým

mužem rozšířenější a společensky více legitimní než mužské úsilí o sňatek s bohatou ženou.<sup>11</sup>

Muži v řídicích funkcích si cení vysokých platů, dlouhodobých kariérních cílů a možnosti postupu. Ženy dávají přednost obsahově bohaté práci, kvalitě pracovního života, prostředí a mezilidských vztahů. Ač to zní poněkud provokativně, na povrchu sice převládá jistá zaměnitelnost sexuálních rolí, ve skutečnosti však sexuální dělba soukromých a veřejných rolí většinou trvá. Muži jsou stále agresivnější, netrpělivější a soutěživější, mají výraznější touhu po slávě, počtách a uznání, které můžeme označit za libido dominandi.

Propad porodnosti ve vyspělých zemích není způsoben ekonomickými příčinami, ale hlubokou změnou hodnotového systému a pohlavních preferencí. Naštěstí však není nikde prokázáno, že by nízká porodnost měla negativní účinek na úroveň blahobytu země a jejích obyvatel. Podle definice WHO je zdraví stav dokonalého tělesného a duševního blaha. Rovněž sexuální a reprodukční zdraví by mělo zahrnovat toto individuální blaho, které by mělo reflektovat také změny sexuálních mužských a ženských rolí, tak, jak je moderní společnost přináší. Pokles porodnosti pak ztrácí reflexi celonárodní katastrofy a je vnímán jako přirozená součást ženské emancipace, jejíž počátky se kladou už do předminulého století. Moderní prostředky, zejména spolehlivá a účinná antikoncepce, jsou schopny přispívat k realizaci těchto požadavků sexuálního a reprodukčního zdraví.<sup>12</sup>

### **1.3 Reprodukční chování české populace**

Vývoj porodnosti v 90. letech v České republice byl charakterizován nejprve prudkým, později pozvolným, avšak nepřetržitým poklesem. V roce 1999 se v historii české populace počet živě narozených (89 471) dostal poprvé pod hranici 90 tisíc. Zdá se, že si naše veřejnost již zvykla na to, že se rodí málo dětí a že jakýkoliv výraznější vzestup by byl spíše překvapením. Jen málokdo si uvědomuje, že za posledních pět let se ve věkové struktuře české populace vytvořil tak hluboký zářez, který je srovnatelný

---

<sup>11</sup> *Propopulační politika – ano či ne*, Praha: Centrum pro ekonomiku a kulturu CEP, 21/2002

<sup>12</sup> *tamtéž*

pouze s obdobím první světové války, kdy se však narodilo málo dětí ze zcela jiných příčin.

Již od roku 1997 převažuje skupina důchodců (60letých a starších) nad skupinou dětí (do 15 let). Úbytek počtu dětí se v budoucnosti odrazí nejen v ekonomických a sociálních podmínkách našeho státu, ale dříve či později také ve změně psychologického klimatu ve společnosti. Je nesporné, že děti vytvářejí nenahraditelnou hodnotu ve společnosti. Je vůbec nějaká naděje na obrat v tomto vývoji? Někteří odborníci tvrdí, že existuje homeostáza ve vývoji reprodukce, která zaručuje, že jakmile děti začnou ve společnosti chybět, tak se budou rodit za jakýchkoli podmínek. Je rozumné na to spoléhat a alibisticky zavírat před tímto problémem oči? Podívejme se znovu na možné příčiny současného stavu. Dnes je však nutné již oddělit příčiny prudkého poklesu úrovně plodnosti v první polovině 90. let a příčiny, které udržují úroveň plodnosti dosud na velmi nízké úrovni. Hypotetickým počtem 1,13 živě narozených dětí v průměru na jednu ženu se Česká republika propadla na jedno z posledních míst ve světě. Podle údajů za rok 1998 byly níže jen Lotyšsko (1,09) a Bulharsko (1,11).<sup>13</sup>

Na konci 80. let se naše populace vyznačovala tím, že většina mladých lidí vstupovala do manželství a zakládala rodinu brzy po dosažení dospělosti. Typická byla orientace na dvoudětnou rodinu, neboť zhruba do tří let po narození prvního dítěte mělo 80% vdaných žen dítě druhé. Politické změny v roce 1989 vedly k vytvoření podmínek obdobných v demokratických společnostech Západní Evropy a tím k nastolení procesu „druhého demografického přechodu“, jež v Západní Evropě probíhal již od pol. 60. let. Mladí lidé začali váhat s uzavřením sňatku a odkládají vstup do manželství a založení rodiny do vyššího věku. Existuje celá řada dílčích teorií (normativních a ekonomických), která se snaží tento proces vysvětlit. Podstatné je, že v hodnotové orientaci mladých lidí posílila důležitost hodnoty svobody a seberealizace, což je potřeba vidět nejen v souvislosti s rozšířenými možnostmi individuálního rozvoje, ale i s většími nároky kladenými na rozvoj jednotlivce. V těchto podmínkách si jedinci a páry plánují svůj život již ne z hlediska dítěte, ale především z hlediska svého osobního blaha. Mateřství či rodičovství je zvažováno v tzv. nákladech ztracených příležitostí, kterými je doba strávená mimo vzdělávání a zaměstnání. Nezanedbatelné je i dočasné

---

<sup>13</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010905>

snížení reálných příjmů v důsledku ztráty jednoho z příjmů manželů. Ženy, které mají děti v mladém věku jsou ekonomicky znevýhodněny oproti těm, které založily rodinu až po 30. roce věku. Bylo zjištěno, že životní standard žen, které si nejprve vybudovaly určitou pozici v zaměstnání, dosáhly určitého příjmu a teprve pak se rozhodly pro první dítě, se tolik neliší od životní úrovně bezdětných žen.

Z výše uvedených důvodů byl pokles úrovně plodnosti po roce 1990 očekáván, ba dokonce skrytě uvítán, neboť zabránil vzniku nové populační vlny. Od počátku 90. let začaly dosahovat věku dospělosti početně silné ročníky narozených v první polovině 70. let a v případě, že by byla zachována úhrnná plodnost z roku 1990 (1,9) narodilo by se dnes ročně asi o 60 tisíc dětí více. Na počátku 90. let však nikdo nepředpovídal, že vznikne hluboký deficit v počtu narozených. Pokles úrovně plodnosti totiž překvapil svou rychlostí a především nízkou hodnotou (pod 1,2), která byla dosažena již v roce 1996. Avšak i tento vývoj našel své zdůvodnění, především ve ztížených ekonomických a sociálních podmínkách (stagnace či pokles životní úrovně rodin, růst životních nákladů, cenová nedostupnost bytů, ztráta sociálních jistot a vymožeností, atd.). Předpokládalo se, že takto nízké hodnoty jsou jen dočasné, neboť se jedná o změnu v časování sňatků a rození dětí. Někteří demografové předpovídali, že do konce 90. let se úhrnná plodnost zvýší až na 1,5, což je zhruba průměr pro státy Západní Evropy. Zásahu na tom měla mít věková skupina 25-29letých žen, která byla iniciátorem změn reprodukčního chování v první polovině 90. let. Od roku 1997 intenzita sňatečnosti a plodnosti 25-34letých žen sice roste, ale tak nevýrazně, že nestačí kompenzovat pokles hodnot těchto ukazatelů zaznamenaný pro ženy do 24 let.<sup>14</sup>

Skutečností zůstává, že nízká úroveň plodnosti přetrvává a zatím nic nenasvědčuje tomu, že se situace v nejbližší budoucnosti změní. Hlavní příčinou nízkého počtu narozených dětí je výrazné snížení podílu vdaných žen do 30 let v důsledku odkladu sňatků do vyššího věku. Druhou neméně podstatnou příčinou je, že po uzavření manželství dochází k prodlužování doby do narození prvního a zvláště druhého dítěte. Z hlediska reprodukce je jakýkoliv odklad koncepce spojen s rizikem, že k této koncepci nedojde, a čím delší je doba odkladu, tím větší je toto riziko. Přestože je velice obtížné odhadnout, kolik z těchto odložených demografických událostí se bude v budoucnosti realizovat, je téměř jisté, že tato kompenzace nebude úplná. V této souvislosti je možné

---

<sup>14</sup> viz. příloha č. 2

se zmínit o tzv. Easterlinově ekonomické teorii, která vychází z jednoduchého předpokladu, že početná generace plodí malou generaci a méně početná generaci velkou. Početné generace se již od narození střetávají se ztíženými životními podmínkami, což vede k omezování počtu dětí v rodinách. V 90. letech vstupovaly do produktivního věku početně silné generace z první poloviny 70. let. V duchu zmíněné teorie je pravděpodobné, že velká část dětí, jejichž narození bylo z různých důvodů odloženo, se nenarodí. Bude se zvyšovat podíl bezdětných žen a žen s jedním dítětem.<sup>15</sup>

## 1.4 Dílčí závěr

Civilizovaná lidská společnost dnes většinou zařazuje právo svobodně rozhodovat o počtu dětí, intervalu mezi jejich porody a termínu zrození prvního dítěte mezi základní lidská práva. Zdá se, že pro většinu mladých lidí se stává plánované těhotenství přirozeným. Je ovšem důležité, abychom dítěti zodpovědně připravili to nejlepší prostředí, do kterého se narodí, a ve kterém bude vyrůstat. Vědecký výzkum dokázal, že nejlepší šanci na duševně vyvážený vývoj, zdravotní stav a lepší osobnostní parametry mají děti chtěné. Jsou to právě ty děti, které se rodí do optimálního prostředí. Důvody mít nebo nemít děti jsou velmi komplikované. Jedná se totiž o to, aby společnost dokázala příznivým způsobem růst populace ovlivňovat. Státní populační politika je věc nesmírně složitá a její řízení podléhá různým jemným mechanismům. Povinností společnosti je utvořit ženě takové podmínky, aby porodila chtěné a s láskou očekávané dítě.

Plánované rodičovství tak ve svých důsledcích přináší dobrodiní nejen rodičům, dítěti, ale celé společnosti.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010905>

<sup>16</sup> UZEL, R.: *Ženské otazníky*, Praha: Práce, 1987, s. 17



## 2 Sexuální výchova

Posledních 40 let jsme již na celém světě svědky přijetí všeobecného názoru, že informace a služby spojené s plánovaným rodičovstvím patří mezi základní lidská práva. Ačkoliv je toto právo stále ještě odepíráno miliónům mužů a žen, bylo potvrzeno již 157 vládami včetně vlády naší, jejichž delegace se zúčastnily Mezinárodní konference o lidských právech v roce 1968. Od té doby je neustále obnovováno a upřesňováno na všech úrovních jako právo zahrnující jednotlivce, rodiče, mládež a všechny, kteří vstupují do manželského svazku.

V dokumentech OSN se většinou hovoří o právu na informace a prostředky. Pokud se zamyslíme nad tím, co jsou informace v oblasti plánovaného rodičovství, musíme přiznat, že je to především otevřená a pravdivá sexuální výchova všech vrstev obyvatelstva.<sup>17</sup>

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 zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví“*. Obdobné stanovisko k sexuální výchově zaujala v roce 1988 Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF): *„Hlavním cílem školní výchovy je připravit mladé lidi pro život v dospělosti a pro jejich role ve společnosti. Jestliže sexualita, manželství a rodinný život jsou důležitým prvkem v životě většiny obyvatelstva, potom zcela jistě je logickou a nutnou povinností školy připravit mladé lidi i pro tuto oblast. Sexuální výchova musí být pokládána za jednu část celkové školní výchovy, která zprostředkovává dětem a mladým lidem informace nutné, aby byli schopné vytvořit si správný názor, úsudek i postoje.“*<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> UZEL, R.: *Jak neotěhotnět*, Praha: Scientia Medica, 1992, s. 109

<sup>18</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006082901>

## 2.1 Právní otázky sexuální výchovy

Dodnes se lze setkat při přednáškách a besedách se žáky základních škol, ale i uční a studenty na vyšším stupni škol nejen s elementárními neznalostmi, ale i nebezpečnými mýty a představami. Podobně tomu je i se základními znalostmi či neznalostmi z práva a to především práva trestního ve vztahu ke vzniku trestněprávní odpovědnosti za sexuální kontakty s osobami mladšími patnácti let.

Ničím nezpochybnitelný význam sexuální výchovy pro mladou generaci bývá konfrontován se stanoviskem některých rodičů a to především katolického vyznání, kteří se všemožně brání tomu, aby se jejich dětem dostaly ve škole potřebné informace.

Veškeré akce proti sexuální výchově ve školách vycházejí z pozic práv rodičů. Zapomíná se přitom na fakt, že právo rodičů své děti vychovávat a tudíž řídit život dětí je dáno rodičům ku prospěchu těchto dětí a jen z těchto pozic je možné toto právo uplatňovat a realizovat. Práva rodičů jsou odvozena od jejich péče o děti a jsou omezena nadřazeností zájmů dítěte.

Zákon o rodině vymezuje obsah rodičovské zodpovědnosti jako právo dítě vychovávat, právo dítě zastupovat, správu záležitostí dítěte, vyživovací povinnost, určení jména a příjmení dítěte. Nezletilé dítě vychovávají zásadně oba rodiče. Když rodiče spolu nežijí nebo manželství jeho rodičů bylo rozvedeno rodičovská zodpovědnost zůstává oběma rodičům zachována, pokud soud nerozhodne jinak. Z povrchního gramatického výkladu obsahu rodičovské zodpovědnosti by tedy bylo možno dovodit, že mohou rodiče rozhodovat o tom, zda a v jakém rozsahu se dítě zúčastní na sexuální výchově a zda budou tuto oblast výchovy realizovat sami v souladu s "právem dítě vychovávat". Absurdita tohoto výkladu vystoupí zřetelněji, pokud za sexuální výchovu dosadíme kupříkladu fyziku, češtinu nebo jiný předmět.<sup>19</sup>

Úmluva o právech dítěte v článku 3 stanoví, že zájem dítěte musí být nejpřednějším hlediskem při jakékoliv činnosti týkající se dětí. Podle článku 13 má dítě právo na informace všeho druhu a podle článku 24 má právo na vzdělání. Konkrétně je tímto článkem státům uloženo, aby mimo jiného zajistily výchovu k plánovanému rodičovství. Protože si lze jen stěží tuto výchovu představit jinak než-li v rámci školy,

---

<sup>19</sup> [http://www.004.cz/Poradny/Moravský regionální kongres 2004 - sborník](http://www.004.cz/Poradny/Moravský_regionální_kongres_2004_-_sborník)

má tímto způsobem stát na ústavněprávní úrovni jasně vymezenou povinnost provádět na školách sexuální výchovu. Samozřejmě jde o obsah a nikoliv označení, takže kupříkladu rodinná výchova či výchova k plánovanému rodičovství tento požadavek splňuje. Jen na okraj je třeba připomenout, že podle Úmluvy o právech dítěte, která jsou součástí právního pořádku České republiky, se za dítě považuje každá osoba mladší osmnácti let.

Podle Čl. 33 odst. 1 Listiny základních práv a svobod má každý právo na vzdělání. Podle Čl. 32 odst. 4 téže Listiny je péče o děti a jejich výchova právem rodičů. Z tohoto článku však nelze dovést, že by bylo přípustné v rámci realizace práva výchovy bránit dítěti v realizaci jeho práva na vzdělání nebo ho v tomto právu omezovat. Na 13. světovém sexuologickém kongresu, který se konal v červnu roku 1997 ve Valencii, byla jeho účastníky přijata Deklarace sexuálních práv a to jako výzva, aby každá společnost vytvářela takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva. Těchto práv zmíněná deklarace formuluje devět, mezi kterými je i právo na dostatečnou sexuální výchovu od narození a během životního cyklu. Tohoto procesu by se měly zúčastnit všechny společenské organizace.<sup>20</sup>

Podobně i Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF (International Planned Parenthood Federation), jejímž řádným členem je česká Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV), vymezuje právo na informace a vzdělání. Podle tohoto dokumentu má každý právo na přístup ke vzdělání a k pravdivým informacím týkajícím se jeho sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a odpovědnosti, které berou v úvahu specifika jeho pohlaví, nejsou stereotypní, a jsou sdělovány objektivním, kritickým a pluralistickým způsobem. Každý má právo na dostatečné vzdělání a informace, aby bylo zajištěno, že jakékoliv rozhodnutí týkající se jeho sexuálního a reprodukčního života, bude činěno s jeho plným, svobodným a informovaným souhlasem. Každý má právo na plnou informovanost o relativních přednostech, nebezpečích a účinnosti všech metod regulace porodnosti a prevence neplánovaných těhotenství.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> [http://www.004.cz/Poradny/Moravský regionální kongres 2004 - sborník](http://www.004.cz/Poradny/Moravsky_regionalni_kongres_2004_-_sbornik)

<sup>21</sup> *Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 1997

Problematika sexuální výchovy se dostala v roce 1994 na program Mezinárodní konference Spojených národů v Káhiře, která vyzvala vlády, včetně vlády České republiky, aby vycházely vstřícně zvláštním potřebám dospívajících a vytvářely pro ně vhodné odpovídající programy, které by měly obsahovat podpůrné mechanismy výchovy a poradenství pro mladistvé v oblasti vzájemných vztahů mezi pohlavími a jejich rovnosti, zahrnovat prevenci násilí proti adolescentům, podporovat zodpovědné sexuální chování, odpovědné plánování rodiny, rodinného života, reprodukčního zdraví, předcházení sexuálně přenosným chorobám, nákaze HIV a prevenci AIDS.

I když neexistuje v žádném českém právním dokumentu právo na sexuální výchovu, existuje však právo na vzdělání a toto ústavní právo zcela vyčerpávajícím způsobem pokrývá i sexuální výchovu. Odpůrci sexuální výchovy operují nejčastěji tvrzením, že sexuální výchova náleží rodičům a nikoliv škole. Přitom v naprosté většině rodin stále nedochází k tomu, co by se dalo vážně považovat za sexuální výchovu.

Zásadním vodítkem v problematice je *nález Evropského soudu pro lidská práva ze 7. 12. 1976 - Kjeldsenovi aj. contra Dánsko*. Tehdy se několik dánských rodičů obrátilo na orgány Evropské úmluvy o lidských právech se stížnostmi, ve které tvrdili, že povinná sexuální výchova je zásahem do rodičovských práv. Po zamítnutí stížnosti byla věc postoupena Evropskému soudu pro lidská práva a ten stížnost rovněž zamítl s tím, že Evropská úmluva nedává rodičům právo zasahovat do školní výuky, pokud se provádí objektivně a nesnaží se žáky indoktrinovat v etických a náboženských otázkách. V odůvodnění svého nálezu soud uvedl, že informace o sexuálním životě dětí dnes získávají z různých pochybných pramenů a že účelem sexuální výchovy je poskytnout tyto informace ve škole správně a objektivně, včetně informací o antikoncepci, aby nedocházelo k nežádoucím otěhotněním.<sup>22</sup>

Protože je Evropská úmluva součástí i českého práva, je nález Evropského soudu pro lidská práva v této věci závazným výkladem pro Českou republiku.

Samozřejmě je nezbytné vymezit určité dílčí otázky sexuální výchovy z hlediska věku a tudíž i přiměřenosti, formy a obsahu jednotlivých informací. Nezbytné je i

---

<sup>22</sup> ŠTĚPÁN, J.: *Sexuální výchova mládeže je právní povinností státu* - přednáška na 7. celostátním kongresu k sexuální výchově v České republice, Pardubice 1999

stanovit do kterých tříd jaký výklad zařadit a kdo bude výuku realizovat. Tyto otázky a jejich řešení však přesahují oblast práva a jsou plně v kompetenci především pedagogů.

## **2.2 Sexuální výchova v rodině a ve škole**

V současné době již není pochyb o tom, že nedílnou součástí výchovy ke zdravému životnímu stylu je rodinná a sexuální výchova. Je nezbytným předpokladem pro harmonický rozvoj dítěte, které se postupně připravuje na svůj život v dospělosti.

Je nesporné, že sexuální výchova dítěte začíná hned po narození. Pocit bezpečí a projevovaná láska pozitivně ovlivňuje vývoj dítěte i v sexuální oblasti a přispívá podstatně k jeho harmonickému rozvoji. Velmi záhy dítě začíná vnímat odlišné chování dospělých k němu (jde-li o chlapce nebo děvče), a je-li tento signál vysílán mužem nebo ženou. Vnímá i vztahy mezi rodiči. Jeho vývoj je ovlivňován kvalitou vztahu mezi rodiči i citovým zázemím, v němž vyrůstá. Jakmile si dítě uvědomí svou pohlavní příslušnost, pak se od rodiče stejného pohlaví učí svou budoucí socio-sexuální roli, a podle rodiče opačného pohlaví si vytváří představu o roli svého budoucího partnera (partnerky).

Dítě v současných společenských podmínkách potřebuje být pro život vybaveno takovými informacemi a dovednostmi, které mu pomohou chránit své reprodukční zdraví a bezpečí. Získání správných postojů k sexualitě je nezbytné pro odpovědné rozhodování a ochranu před sexuálním zneužíváním. Sexuální výchova má zároveň vést k pochopení sexu jako daru, který umožňuje předávání života. Je třeba v ní zahrnout i emotivní působení - ukázat krásu a jedinečnost rozvíjejícího se nového života.

Nejvhodnějším prostředím pro sexuální výchovu je nesporně dobře fungující rodina. Pouze v takovém rodinném zázemí je možné spojovat teoretické informace poskytované rodiči s praxí láskyplného soužití manželských partnerů. Bohužel, většina rodičů není pro sexuální výchovu svých dětí připravena, nebo ji ani nechce provádět. Proto zde nabízí „pomocnou ruku“ škola.

Obecně přijaté „přiznání“, že dospívající nejsou dostatečně informováni o rizicích spojených s projevy sexuálního chování a nejsou včas připravováni na svou roli

v partnerských vztazích, v manželství a rodičovství, se stalo prvním významným krokem k novému pojetí rodinné a sexuální výchovy. Přijetí faktu, že rodinná a sexuální výchova je opodstatněnou součástí školního vzdělávání a výchovy, bylo signálem pro zpracování jejích teoretických základů, vymezení cílů a pro hledání efektivních forem a metod výuky. Nastalo období odborných diskuzí o různých přístupech k zařazení rodinné a sexuální výchovy do školní výuky. Inspirací byly především zkušenosti ze zahraničí.<sup>23</sup>

Ukázalo se, že rodinná a sexuální výchova by ve výukových programech měla být zařazena od vstupu dítěte do školy a provázet jej po celou dobu povinné školní docházky. Realizována musí být samozřejmě v takovém rozsahu a takovými prostředky, které odpovídají věku a potřebám žáků.

Na 1. stupni základní školy výuka směřuje k tomu, aby žáci byli schopni:

- porozumět, že složení rodiny se v průběhu života mění, že většina lidí se rozhoduje s někým trvale žít a uzavřít manželství, které někdy selže a v krajním případě se řeší rozvodem;
- znát základní rozdíly ve stavbě těla muže a ženy, včetně pohlavních orgánů;
- vědět, jaké změny probíhají v těle dívek a chlapců v období puberty (druhotné pohlavní znaky, menstruace, poluce) a jak se mění jejich chování (etika dospívání - anatomicko-fyziologické a psychosociální změny v pubertě);
- znát základní příčiny onemocnění AIDS - virus HIV a cesty přenosu viru HIV;
- orientovat se v otázkách vývoje dítěte před narozením a při jeho příchodu na svět;
- vědět, že o intimních záležitostech se na veřejnosti běžně nehovoří, že užívání vulgárních slov je nevhodné;
- uvědomovat si, že jen někteří dospělí jsou oprávněni dotýkat se těla dítěte;
- vědět, že všechny pohlavní aktivity s dítětem, které nedovršilo 15 let, jsou trestné (ochrana před sexuálním a jiným zneužíváním);
- vědět, kam se v případě potřeby obrátit (linky důvěry, krizová centra);
- uvědomovat si, že některé informace o lásce, přátelství a rodičovství uváděné v médiích (sexualita a násilí v televizi aj.) neodpovídají běžné skutečnosti.

---

<sup>23</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006062701>

Na 2. stupni ZŠ v předmětu rodinná výchova jsou úměrně věku a potřebám žáků sledovány cíle, které usilují o to, aby žák byl schopen:

- chápat přirozené biologické i psychosociální jevy a procesy, které jsou podstatou lidské sexuality;
- chápat sex jako hodnotu umožňující předávání života;
- oddálit start do sexuálního života;
- umět si vybrat životního partnera;
- dokázat vést harmonický manželský (partnerský) život;
- umět předcházet poruchám manželského soužití, manželskému nesouladu, vzniklé problémy umět řešit, vědět, kam je možno se s problémem obrátit;
- zvážit možné přirozené důsledky pohlavního styku, tj. na vznik nového lidského života, umět rodičovství plánovat, nežádoucímu těhotenství předcházet;
- chápat eventuální sexuálně-patologické a psychopatologické jevy, a to ve své vlastní sexualitě i u lidí ve svém okolí;
- znát rizika a umět předcházet pohlavně přenosným chorobám, včetně HIV/AIDS;
- získat schopnost provádět sexuální výchovu ve své vlastní rodině, u svých budoucích dětí.

Pro naplňování výše uvedených cílů je důležité, aby kromě věcných informací celým programem prolínala výchova k etice sexuálních vztahů, k motivaci stabilního a harmonického manželství, k odpovědnému převzetí rodičovských rolí.

Rodinná a sexuální výchova má své specifické výchovné prostředky a metody. Při přípravě na výuku pedagog musí zvažovat, zda sdělení určitých informací je vhodné právě v této chvíli a pro tyto zcela konkrétní žáky. Využívá naplno svých kreativních schopností k tomu, aby zvolil pro výuku nejvhodnější formy a metody. Citlivý přístup k žákům, který je základním atributem sexuální výchovy, nezajistí autoři učebních osnov ani autoři učebnic. Pouze učitel zná potřeby svých žáků i přání jejich rodičů. Proto právě učitel je tím nejdůležitějším článkem na cestě k ozdravení školy, na cestě od proklamovaných idejí ke skutečným hodnotám života. Při dotváření obsahu učiva, které se týká sexuální výchovy, je třeba zohlednit nejen věk a zájem žáků, postoje jejich rodičů, ale i regionální odlišnosti.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006062701>

### 2.3 Sexuální výchova jako samostatná studijní disciplína

Pro podmínky pedagogické praxe v mateřské i primární škole (tj. na 1stupni ZŠ) je důležité, aby byl v oblasti sexuální výchovy kvalitně připraven především učitel, který má v edukačním procesu rozhodující roli, a proto musí být všestranným odborníkem v řadě vědních disciplín i kvalitním metodikem schopným děti adekvátně vzdělávat a vychovávat (a to též v oblasti sexuální výchovy). Sexuální výchova je v mateřské i primární škole integrovanou složkou celého edukačního procesu a má interdisciplinární charakter. Společně s oblastmi zdraví, nemoc, denní režim, osobní hygiena, první pomoc, zdravá výživa, prevence návykových látek a osobní bezpečí tvoří součást výchovy ke zdraví. Obsah sexuální výchovy v předškolním i školním vzdělávání je stanoven v edukačních materiálech (Rámcový program pro předškolní vzdělávání, 2001, Standard základního vzdělávání, 1995, Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2003).

Bohužel (podle některých výzkumných šetření a ohlasů z pedagogické praxe) není uplatňování sexuální výchovy v mateřské ani v primární škole zcela bez problémů, ba naopak. Jak je možné, že si na počátku 21. století učitelé stěžují na stejné nebo velmi podobné (a tudíž přetrvávající) nedostatky, které byly zjišťovány a popisovány již v minulých obdobích? Odpověď je celkem snadná. Ani současná generace našich mladých a mladších učitelů neprošla žádnou soustavnou sexuální výchovou v rodině a v primární škole, nevzdělávali se pak v této oblasti ani ve vysokoškolské přípravě na své budoucí povolání. Řada učitelů se přiznává, že se doposud nedokáží oprostít od různých předsudků, vlastních negativních zkušeností a studu. Přiznávají, že jim chybí osobní zkušenosti z dětství a následně i s výukou, kde by zařazovali prvky sexuální výchovy, protože neumějí bezprostředně odpovídat na přímé otázky dětí, dále si nejsou zcela jistí ve výběru vhodných metod k daným tématům, nedokáží si poradit s obecně stanoveným učivem a určit ten správný klíčový poznatek pro rozvoj vědomostí, dovedností, názorů a postojů aj. u dětí dané věkové skupiny.<sup>25</sup> Výše uvedené, ale i jiné aspekty vedou k tomu, že se učitelé nevěnují sexuální výchově systematicky a plánovaně, často nechávají řešení této problematiky až na okolnosti, které vyplynou na základě nějaké bezprostřední situace. Proto se musí i nadále hledat cesty, které povedou

---

<sup>25</sup> viz příloha č. 10



učitele i budoucí učitele k systematické, plánované a bezproblémové pedagogické činnosti v oblasti sexuální výchovy.<sup>26</sup>

„I když je sexuální výchova v integrované podobě začleněná do vysokoškolské přípravy budoucích učitelů, nelze z pedagogických zkušeností i z poznámek studentů zkonstatovat, že je v této podobě plně dostačující. Opak je pravdou. Z tohoto důvodu se uvažuje o vytvoření samostatné studijní disciplíny s názvem *Základy rodinné a sexuální výchovy*, která by byla určená pro studenty zmíněných oborů a charakterizovaná jako *speciální didaktika, která se zabývá teorií a praxí rodinné a sexuální výchovy v edukačním procesu v mateřské a v primární škole. Obecný základ této samostatné studijní disciplíny tvoří získání didaktických znalostí, které lze ve spojení s praktickými dovednostmi uplatnit v mateřské a v primární škole. Orientuje se na vymezení principů, pojetí a cílů, analyzuje obsah tématických okruhů, zabývá se problematikou uplatnění vhodných metod, forem a prostředků při výchovně vzdělávací činnosti. Velký důraz by byl kladen na to, aby si studenti uvědomili důležitost přirozenosti, potřebu názornosti, vnímání a citových prožitků i vlastní iniciativu ze strany dětí, protože vše hraje důležitou roli při osvojování vědomostí a dovedností.*“<sup>27</sup>

Nově vytvořená samostatná studijní disciplína, zabývající se nejzákladnější didaktickou a specificky metodickou problematikou rodinné a sexuální výchovy, by přispěla v ucelené a systematictější podobě zkvalitnit připravenost budoucích učitelů mateřských a primárních škol. Dlouhodobá tabuizace především sexuální výchovy odráží nejrůznější úskalí, která nadále přetrvávají v pedagogické praxi v mateřských i primárních školách, a proto je nutné udělat už ve vysokoškolské přípravě budoucích učitelů krok k vylepšení této situace.

## 2.4 Dílčí závěr

Otevřená sexuální výchova a osvěta musí být dostupná všem, od školáků po nemocné, invalidy a důchodce. Každý člověk má právo na poučení o tak základních

---

<sup>26</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=60>

<sup>27</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006062702>

věcech, jako jsou plánování rodiny, včetně výhodné a dostupné antikoncepce, sexuální poruchy a problémy, případně sexuální deviace a sexuální delikvence.

Nezastupitelnou roli v sexuální výchově má škola, která především v předmětu rodinná výchova, ale i biologie, popřípadě občanská nauka přináší mladé generaci potřebné a fundované poučení o otázkách, které mají veliký význam nejen sociální, ale i zdravotní a právní. Sexuální výchova, jako předmět sexuální pedagogiky, má své místo v pedagogické praxi i teorii. Jejím smyslem je příprava dětí a mládeže na partnerský, manželský a rodičovský život v nejširším slova smyslu, tedy i na život sexuální, včetně ochrany zdraví a výchovy dobrých mezilidských vztahů. Stručně řečeno, sexuální výchova připravuje dítě pro šťastný individuální a prospěšný společenský život.<sup>28</sup>

Problematika sexuální výchovy by rozhodně neměla chybět ani ve vysokoškolské přípravě budoucích učitelů preprimárního a primárního vzdělávání.

---

<sup>28</sup> JANIŠ, K., TÄUBNER, V.: *Didaktika sexuální výchovy*, Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 3

### 3 Plánované rodičovství a antikoncepce

Antikoncepce je způsob ochrany před oplodněním a těhotenstvím. Smyslem používání antikoncepčních prostředků je mít pohlavní styk bez následného těhotenství. Některé tradice či náboženství používání antikoncepčních metod buď úplně zakazují, nebo je alespoň nějakým způsobem omezují. Antikoncepce by měla být záležitostí obou partnerů. Stejně tak je osobní věcí, pro kterou antikoncepční metodu se rozhodnou.<sup>29</sup>

Snaha o to, jak zabránit početí, je velmi stará. Egypťané používali chemické prostředky a výtažky z rostlin jak na ochranu proti těhotenství, tak k rychlému potratu. Bariérové metody antikoncepce jsou známy už celá staletí. Používala se citrónová kůra, jehněčí kůže a čtverečky hedvábí.

Antikoncepce oddělila pohlavní styk od plození, takže zatímco kdysi se ženy vyhýbaly sexu ze strachu z nechtěného těhotenství, dnes už to dávno není zapotřebí. Antikoncepce také ženám umožňuje vyrovnat se s jejich sexualitou a převzít roli toho, kdo dává podnět k sexuálním prožitkům. Staví ženy do pozice, kdy mohou svobodně vysvětlit svým partnerům, čemu dávají přednost a co je pro ně příjemné.

Na rozdíl od minulosti a proto, že je to v zájmu ženy, se antikoncepce stala záležitostí ženy, ačkoliv by bylo ideální, kdyby se stala záležitostí obou partnerů. Toto se však opět mění. S příchodem AIDS se do módy opět vrací obyčejný kondom. To nutí muže, aby převzali zpět část zodpovědnosti.

Existují metody obecně více či méně účinné. Jestliže se některá metoda odzkouší na vzorku 100 párů a výsledkem je, že působí antikoncepčně v 99 případech, pořád ještě to neznamená, že pro jeden z onoho sta párů je neúčinná. Mnohé také záleží na tom, zda se příslušná metoda používá správně. V každém případě je dobře, když pár ví, jak k početí dochází a jak mu lze různými metodami zabránit. Také je vhodné, aby se dvojice poradila s lékařem nebo s někým z kliniky pro plánované rodičovství a aby o antikoncepci dokázali otevřeně a bez zábran hovořit.

---

<sup>29</sup> VÁCHA, K.: *Antikoncepce*, Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1966, s. 12

### 3.1 Právo na antikoncepci

Charta sexuálních a reprodukčních práv, přijatá Celosvětovou konferencí Mezinárodní federace pro plánované rodičovství ( IPPF ) v roce 1995 zcela pregnantně formuluje základní principy, ze kterých vychází právo každého obyvatele této planety svobodně se rozhodovat o svém sexuálním životě a ruku v ruce s tím o své reprodukci.<sup>30</sup>

V článku 4 formuluje právo na sexuální rovnost, vztahující se na osvobození od všech druhů diskriminace a respektující sexuální rozmanitost bez ohledu na pohlaví, příslušnost, věk, rasu, sociální statut, náboženství a sexuální orientaci.

V článku 8 formuluje právo svobodné a odpovědné volby ve věcech reprodukce, počtu dětí, jejich narození, přístupu k prostředkům regulace porodnosti a plánovaného rodičovství tak, aby všechny děti byly chtěné a milované.

Stručně shrnuto jde mimo jiné i o princip svobodné volby, kdy a jak začít svůj sexuální život, kdy, za jakých okolností a do jakého prostředí přivést na svět svoje dítě. Jde o princip vhodnou antikoncepcí zabránit nežádoucímu početí, následné interrupci nebo narození nechtěného dítěte.

Podle Čl. 2 odst. 3 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku, může každý činit, co není zákonem zakázáno. Z tohoto, zcela jasně formulovaného ustanovení jednoho ze základních právních dokumentů našeho státu, je tedy zřejmé, že má každá osoba nezadatelné právo rozhodovat o svém sexuálním životě v tom smyslu, kdy začne sama sexuálně žít. Neexistuje žádné právní ustanovení, které by komukoliv sexuální život zakazovalo, pokud by ovšem nedošlo ke konfliktu s trestním právem, kupříkladu při realizaci pohlavního kontaktu s osobou mladší patnácti let, který je pro tuto osobu pochopitelně bez jakéhokoliv omezení, zatímco pro toho, kdo sám starší patnácti let tyto praktiky realizuje s obou mladší patnácti let, je trestným činem. Pořád platí, že jen tam, kde je jednomu pod a druhému nad patnáct jde o trestný čin, byť šlo o jednání mimo jakoukoliv pochybnost oboustranně dobrovolné, s plným vědomím a souhlasem.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> *Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 1997

<sup>31</sup> [http://www.kspsp.info/sylaby/05-06/pravo/dopluky\\_antikoncepce.htm](http://www.kspsp.info/sylaby/05-06/pravo/dopluky_antikoncepce.htm)

### 3.2 Výběr vhodné antikoncepční metody

Výběr vhodné antikoncepční metody pro určitou dvojici s konkrétními požadavky není jednoduchou záležitostí a patří do rukou odborníka. Nebyla do dnešního dne ani objevena metoda, která by splňovala všechny požadavky a byla vhodnou antikoncepcí pro každou dvojici po celé období jejich plodnosti. Je proto nutné vědět, co můžeme od současné antikoncepce chtít a nechtít, znát dobře její účinky, umět je správně používat a dodržovat návody a rady lékařů.

#### ***Při výběru antikoncepce je nutné posoudit:***

- *Spolehlivost metody:* spolehlivost účinnosti antikoncepční metody je dnes běžně hodnocena způsobem podle Pearlové (Pearl index neboli PI)<sup>32</sup>, což je číslo, které udává počet nechtěných těhotenství na »100 ženských roků«. Tzn. kolik by otěhotnělo žen, kdyby jich 100 používalo celý rok jednu konkrétní metodu.
- *Bezpečnost antikoncepční metody:* antikoncepční metody jsou hodnoceny nejen podle spolehlivosti, ale i podle výskytu nežádoucích účinků na organismus. V tomto případě vždy poskytně informace lékař.
- *Aplikační komfort:* čím je použití jednodušší, tím je metoda pochopitelně u žen oblíbenější. Ale například ženě s velmi nízkým intelektem lékař nemůže předepsat hormonální tabletovou antikoncepci, protože není záruka, že by žena respektovala příslušná doporučení.
- *Některé vedlejší účinky* mohou být dokonce pozitivní, pro zdraví ženy prospěšné, a proto bývají někdy lékařem předepisovány ze zdravotních důvodů.
- *Prožitek z pohlavního styku:* k čemu by ženě sloužila antikoncepce, třeba až se 100% účinností, kdyby jí nebo jejímu partnerovi znepříjemňovala prožitek z pohlavního styku?
- *Psychické zábrany:* některé metody nelze použít pro psychické zábrany ženy nebo jejího partnera, někdy se tak stává například při používání kondomu. Jsou ženy, které sice na jedné straně striktně odmítají další dítě a jejich věk již slabě překročil i čtyřicítka, a přesto odmítají laparoskopickou sterilizaci, i když se její spolehlivost blíží 100 % a je bez vedlejších účinků na zdraví ženy.

---

<sup>32</sup> viz. příloha č. 4

- *Náboženské postoje:* je nutno přijmout i názor žen, které z důvodů svého náboženského přesvědčení odmítají jakoukoliv antikoncepční metodu. Pak je třeba spoléhat se pouze na metody přirozeného plánování rodičovství.
- *Lékařské kontroly:* některé metody vyžadují častější lékařské kontroly. I z tohoto důvodu někdy ženy volí metodu, u které potřeba pravidelných preventivních prohlídek odpadá.
- *Plánování dalšího těhotenství:* jiná metoda je vhodná pro ženu, která je bezdětná a je rozhodnuta plánovat v dohledné době těhotenství, a jiná antikoncepce bude vhodnější pro ženu, která si dítě již nepřeje.
- *Věk:* antikoncepce u teenagerů vyžaduje obvykle jinou taktiku než u dospělých a psychicky zralých partnerů.
- *Četnost pohlavních styků:* pro ženy, které mají pohlavní styk ojedinele, lze bezpečně využít jednorázovou hormonální antikoncepci, na druhé straně u žen s častou pohlavní aktivitou je vhodné doporučit trvalou antikoncepci (hormonální, nitroděložní tělísko).
- *Promiskuitní způsob života:* u žen, které vedou promiskuitní způsob života, je lépe doporučit kombinaci antikoncepčních metod s používáním kondomu, který omezuje přenos pohlavních chorob.
- *Zdravotní stav ženy:* jsou choroby, které ženě předem nedovolují užívání některé antikoncepce. Hormonální antikoncepci nelze použít např. u žen s některou chorobou srdce, u ženy s opakovanými záněty gynekologických orgánů je nevhodné zavádět nitroděložní tělísko.
- *Cena antikoncepčního preparátu:* finanční náklady na hrazení metody mohou být pro některou ženu limitujícím faktorem.<sup>33</sup>

Používání antikoncepce vyžaduje především motivaci. Hlavním důvodem proč jsou různé antikoncepční metody používány je strach z otěhotnění. Naopak na druhé straně nejčastějším důvodem, proč není antikoncepce používána, je její neznalost a obavy z nepříznivých účinků a nezodpovědnost. Je také nutné zdůraznit, že odpovědnost za používání antikoncepce nespočívá pouze na ženě, ale i na muži.

Někdy i teoreticky méně spolehlivá metoda se ukáže účinnější než metoda sice teoreticky vysoce spolehlivá, ale nedbale nebo špatně užívaná. Všeobecně platí, že lépe

---

<sup>33</sup> <http://www.porodnice.cz/node/3660>

je užívat některou antikoncepční metodu sice méně spolehlivou, než žádnou, protože i méně účinná metoda riziko nechtěného těhotenství přece jen snižuje, i když úplně neodstraňuje. Kombinací více metod se spolehlivost zvyšuje.

### 3.3 Metody plánovaného rodičovství

Nevědecky, ale přehledně, je možno antikoncepční metody rozdělit následovně:<sup>34</sup>

- Kombinovaná hormonální antikoncepce
- Gestagenní hormonální antikoncepce
- Nitroděložní antikoncepce
- Ženská mechanická bariérová antikoncepce
- Chemická antikoncepce
- Mužská bariérová antikoncepce
- Přerušovaný styk a příbuzné metody
- Kojení
- Metody periodické abstinence (plodné a neplodné dny)
- Postkoitální antikoncepce (intercepce)

V současnosti jsou na trhu moderní antikoncepční přípravky tří základních skupin:

1. ***Kombinovaná hormonální perorální antikoncepce***, která používá kombinaci ženského pohlavního hormonu (estrogenu) a hormonu žlutého tělíska (progestinu) k jemnému zásahu do mechanismu zpětných vazeb mezi vaječником a mezimozkovými centry řídicími ovulaci a tak uvolnění vajíčka blokuje. Sem patří všechny běžné pilulky a antikoncepční náplasti. Ve světě existuje i v podobě injekční a k uvedení na trh se chystají také vaginální hormonální tělíska.
2. ***Gestagenní antikoncepce***, která používá pouze hormon žlutého tělíska a působí především na hlen v kanálku hrdla děložního, který se stává pro spermie neprostupným (pouze některé metody blokují také ovulaci). Je dostupná v podobě tablet (tzv. minipilulky), injekcí a podkožních tělísek, ve vývoji jsou hormonální poševní tělíska.
3. ***Nitroděložní antikoncepce***, při které se zavádí do dělohy tělíska, která brání spermii na cestě k vajíčku, takže nemůže dojít k jejich spojení. Nejmodernější

---

<sup>34</sup> stručný přehled metod a jejich spolehlivosti viz příloha č. 3

typy tělísek jsou hormonálně aktivní (obsahují hormon žlutého tělíska) a kombinují tak výhody obou přístupů.

Dnes se zdá, že u těchto tří skupin zůstaneme i v dalších létech. Vývoj mužské hormonální antikoncepční pilulky, mužské antikoncepce, která využívá spermicidních (tj. spermiie hubících) látek či imunologické antikoncepce, ať mužské, či ženské, jakkoli se zdál být perspektivní, se zastavil u málo úspěšných klinických zkoušek.

### 3.4 Sterilizace

Není divu, že o provedení sterilizace budou především usilovat ti lidé, kteří už další těhotenství opravdu neplánují. Víme dobře, že u ženy začíná plodnost klesat už od třicátého roku věku, Guinnessova kniha rekordů však uvádí ještě těhotenství u ženy 57leté. Zdravý muž je prakticky plodný až do konce života a občas se setkáme s otcovstvím u staříků bezmála osmdesátiletých. Od zplození posledního plánovaného potomka tedy u většiny lidí uplyne ještě pěkná řádka let, kdy je jim jejich plodnost na obtíž a právě tito jedinci usilují o antikoncepci trvalou, neškodnou a levnou. Není žádným tajemstvím, že právě chirurgická sterilizace splňuje všechna tato kritéria.<sup>35</sup>

V mnoha rozvojových zemích, stejně jako v průmyslově vyspělém světě, můžeme rok od roku pozorovat přibývající počet sterilizovaných mužů a žen. Někde je tato antikoncepční metoda nesmírně populární, jako třeba v Holandsku, kde je v současné době sterilizována nejméně celá jedna třetina obyvatel ve věku plodnosti. V USA se již od roku 1970 provádí asi milión sterilizačních zákroků každý rok. V roce 1975 byl dokonce zaznamenán určitý zlom v poměru mužských a ženských sterilizací ve prospěch ženských. Dnes se z uvedeného miliónu sterilizací za rok provádí asi jedna třetina u mužů a dvě třetiny u žen. Tato ženská převaha se vysvětluje tím, že u ženy je zrušení sterilizace a návrat k plodnosti o něco úspěšnější.

Ve srovnání s mnoha jinými zeměmi je Česká republika dosud ve sterilizacích na hodně nízké úrovni. Sterilizovaných žen jsou u nás necelá tři procenta a počet sterilizovaných mužů nestojí ani za řeč. Neznamená to, že by naši občané neměli o tento

---

<sup>35</sup> UZEL, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 117 - 118



trvalý a bezpečný způsob antikoncepce zájem. Tento neutěšený stav je do značné míry způsoben zastaralými předpisy. Ve většině zemí je typickou žadatelkou o sterilizaci žena se dvěma nebo třemi dětmi. U nás stále platí nařízení z roku 1972, podle kterého k tomu, aby jí byla povolena sterilizace, musí žena trpět vážnou chorobou. Pokud je zdravá, potřebuje k tomuto povolení nejméně čtyři žijící děti, pouze u ženy starší 35 let stačí ty děti tři. Je pochopitelné, že toto nařízení značně omezuje počet úspěšných žadatelek, a to ještě musíme vzít v úvahu zdlouhavost administrativního řízení. K projednání žádosti je jmenována nejméně tříčlenná komise, která sterilizaci může, ale také nemusí povolit.<sup>36</sup>

Nelze se tedy divit, že díky takovýmto opatřením u nás sterilizace zatím nezdомácněla. Příčina ovšem spočívá také ve špatné informovanosti lidí a v nedostatečné propagaci metody. Snad se ovšem začíná trochu blýskat na lepší časy. Na ministerstvu zdravotnictví je totiž připravena zákonná předloha nového zákona o sterilizaci, která by měla být součástí nově připravovaného zdravotnického zákona. Podle této směrnice by bylo možno provádět dobrovolnou sterilizaci kterémukoliv občanu na žádost aniž by v této žádosti udával důvody. Vzhledem k demokratickému principu plánovaného rodičovství, že každý by měl mít možnost svobodně rozhodnout o své plodnosti, bude to jistě opatření chvályhodné, i když jeho realizace bude mít u nás za ostatními vyspělými zeměmi nejméně dvacetileté zpoždění.

Ve všech civilizovaných zemích s demokratickým právním řádem je ženská i mužská sterilizace naprosto dobrovolným výkonem prováděným na vlastní žádost. Žadatelé jsou důkladně poučeni o charakteru zákroku a o trvalé neplodnosti jako jeho důsledku. Před sterilizací podepisují písemný souhlas a v některých zemích musí mezi tímto úředním aktem a vlastním výkonem uplynout ještě určitá doba na případné rozmyšlení a změnu názoru. Někde se ještě vyžaduje souhlas partnera nebo partnerky, jinde se předepisuje psychologické vyšetření, zkoumá se stabilita partnerského svazku, zjišťuje se počet dětí, jejich zdravotní stav apod. Všechna tato opatření směřují k tomu, aby rozhodnutí o sterilizaci nečinili žadatelé neuváženě, pod tlakem momentální situace nebo ve stresu.

---

<sup>36</sup> UZEL, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 117 - 118

I přes všechna tato opatření se však může stát, že se životní situace nečekaně změní (úmrtí dítěte, rozvod, nový partner nebo partnerka) a sterilizovaný člověk, ač původně dobrovolně tento výkon na vlastní žádost podstoupil, začíná toužit po obnovení plodnosti. Obnovení průchodnosti vejcovodů nebývá vždy úspěšné. U mužů je mikrochirurgická úprava přerušovaných chámovodů ještě o něco obtížnější, i když se některá renomovaná pracoviště i v těchto případech chlubí téměř padesátiprocentními úspěchy. Musíme si ovšem uvědomit, že něco jiného je objevení spermií v ejakulátu, ale daleko obtížnější je dosáhnout znovu takové jejich koncentrace, aby to stačilo k oplodnění ženy.<sup>37</sup>

Dnešní metody asistované reprodukce však pomáhají i mužům s velice nízkou koncentrací spermií v semenné tekutině, nebo odebírají spermie přímo z nadvarlete a používají takto získané zárodečné buňky k přímému oplodnění vajíčka „ve zkumavce“.

### **3.5 Dílčí závěr**

Antikoncepce (kontracepce) je souhrnný název pro metody, které způsobují dočasnou a vratnou ztrátu schopnosti oplodnění, a tak brání vzniku neplánovaného těhotenství. Regulace počtu porodů provází lidský druh od jeho vzniku.

Spolehlivá antikoncepce patří k největším výdobytkům moderního života. Kromě ochrany před početím má i další příznivé zdravotní účinky. Moderní žena a moderní dvojice těhotenství plánují, a právě to jim současné metody antikoncepce umožňují.

---

<sup>37</sup> UZEL, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 118

## 4 Umělé přerušeni těhotenství

- Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:
  - a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů;
  - b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500g, ale nepřežije 24 hodin po porodu;
  - c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, nebo těhotenská sliznice.
- Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušeni těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č.66/1988 Sb., o umělém přerušeni těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství).<sup>38</sup>

### 4.1 Definice potratu a jeho druhy

„Potrat je umělé ukončení těhotenství vypuzením nebo vynětím plodu v době od početí do okamžiku, kdy je plod schopen minimální dobu existovat mimo tělo matky (i pomocí přístrojů, jako jsou inkubátory apod., zhruba před 28. týdnem těhotenství).“<sup>39</sup>

Statistika rozlišuje umělé přerušeni těhotenství, miniinterruptce, samovolné potraty a ostatní potraty.<sup>40</sup> Umělá přerušeni těhotenství (včetně miniinterruptcí) tvoří téměř 3/4 všech potratů. Výskyt potratů úzce souvisí se způsoby omezování plodnosti, s propagací a šířením antikoncepčních prostředků a s celkovým populačním klimatem v zemi. Výskyt samovolných potratů je spojován s kvalitou životního prostředí a výživy a s životním stylem. K umělému odstranění plodu z těla matky se řada historických známých společností stavěla negativně a v zemích se silným katolickým vlivem byla tato činnost přísně trestána. Až do 1. světové války právní řády většiny zemí potrat zakazovaly. První stát, který uzákonil umělé přerušeni těhotenství na žádost ženy, byl SSSR (1923), od poloviny 50tých let byl zákon o umělém přerušeni těhotenství na žádost ženy zaveden ve většině bývalých socialistických zemí s výjimkou NDR (zde

<sup>38</sup> Vyhláška MZ ČSR 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky

<sup>39</sup> *Velký sociologický slovník*, Praha: Karolinum, 1996. s. 816

<sup>40</sup> viz příloha č. 7

vešel v platnost v roce 1965) a Albánie. V Anglii a Francii bylo umělé přerušení těhotenství uzákoněno až v 70tých letech. V bývalém Československu byl potratový zákon uveden do praxe v roce 1958, jeho prováděcí předpisy však různými úpravami omezovaly podmínky k provedení potratu. Od roku 1987 začal platit zákon, kterými byly zrušeny potratové komise a rozhodování o počtu a době narození dětí bylo ponecháno plně na matce. Zároveň byla zavedena nová technika provádění potratů, tzv. miniinterrupce.<sup>41</sup>

Potrat je významnou životní a demografickou událostí, ke které mají jednotlivé společnosti rozdílné přístupy. Přírodní národy většinou neuvažují o plodu (a často ani o narozeném dítěti) jako o společenské bytosti. U amerických národů bylo umělé navozování potratů požíváním různých bylin prostředkem regulování porodnosti.

### **Druhy potratů**

***Samovolný:*** spontánní vypuzení plodu z dělohy před ukončením 28. týdne těhotenství.

***Miniinterrupce:*** jedná se o umělé ukončení těhotenství prováděné vakuovou aspirací. Tato metoda je pro ženu šetrnější a lze ji provést v raném stádiu těhotenství, tj. do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky.

***Jiné legální umělé přerušení těhotenství:*** legální ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství. Po uplynutí 12 týdnů těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo, že plod je neschopen života. Nepatří sem ukončení mimoděložního těhotenství.<sup>42</sup>

***Ostatní potraty:*** tj. potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou - jedná se převážně o tzv. kriminální potraty.

***Mimoděložní:*** umělé ukončení mimoděložního těhotenství. Vzniká při uhníždění oplodněného vajíčka mimo dělohu, většinou ve vejcovodu, popř. též ve vaječniku či dutině břišní. Často je důsledkem předchozích onemocnění, zejména zánětů, které

---

<sup>41</sup> *Velký sociologický slovník*, Praha: Karolinum, 1996. s. 816

<sup>42</sup> <http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty>

ztěžují průchod oplodněného vajíčka. Příznaky zprvu připomínají normální těhotenství, ale častěji jsou přítomny bolesti břicha. Rostoucí zárodek způsobí zhruba za 6 – 12 týdnů (podle místa patologického uhnízdění) prasknutí vejcovodu s krvácením do břicha a celkovým těžkým stavem. Léčba je chirurgická.<sup>43</sup>

## 4.2 Metody interrupcí

Existují tři způsoby provádění umělých potratů.<sup>44</sup>

- vniknutím do dělohy skrze rodidla;
- podáním chemického přípravku, který zabije nenarozené dítě, vyvolá porodní bolesti a děloha se vyprázdní porodem;
- proniknutím do dělohy pomocí břišní operace.

### **Potraty prováděné skrze rodidla:**

***Menstrual extraction*** - očištění dělohy: Velmi raný potrat vysátím obsahu dělohy. Je často prováděn ještě před získáním pozitivního těhotenského testu.

***Suction-aspiration*** - usilovné sání: Při této metodě musí potratář nejprve docílit uvolnění okrouhlého svalu v děložním krčku a poté krček rozevřít. Je to těžké, poněvadž hrdlo děložní je tuhé, nepružné, "nevyzrálé" a nepřípravené se rozevřít. Pak zavede do dělohy tuhoun trubičku z plastické hmoty, která má špičku ve tvaru nože. Sání roztrhá tělíčko dítěte na kousky. Poté potratář odtrhne placentu od vnitřní stěny děložní, do níž je hluboce vrostlá. Zbytky dítěte a placenty jsou odsáty do láhve. Používané sací zařízení má 29x větší sílu než běžný domácí vysavač.

***Dilatation and Curettage*** - rozšíření krčku a výškrab dělohy: postup je podobný předešlému s tím rozdílem, že potratář tentokrát zavede do dělohy kyretu, tj. ocelový nůž ve tvaru uzavřené smyčky. Touto kyretou rozřezává placentu a dítě na kousky a vyškrabává ven do připravené nádoby. Obvykle při tom dochází k mohutnému krvácení.

---

<sup>43</sup> <http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty>

<sup>44</sup> <http://www.sweb.cz/9.a-parkany/pages/interupce2.htm> – metody interrupcí

***Dilatation and Evacuation*** - rozšíření krčku a vyprázdnění dělohy: používá se, je-li plod starší než 12 týdnů. Je přitom potřebný též nástroj podobný kleštím, protože kosti dítěte jsou již zvápenatělé, stejně jako lebka. Dítě však nedostává narkózu. Potratář zavede nástroj do dělohy, uchopí dítě za nožičku nebo za jinou část těla a kroutivým pohybem ji rozerve a odtrhne od těla dítěte. To se znovu a znovu opakuje. Páteř dítěte se musí přelomit a odtrhnout a lebka rozdrtit, aby vše mohlo být odstraněno.

### **Potravy prováděné podáním chemického přípravku:**

Prvním nejužívanějším způsobem byla otrava solí - ***saline amniocentesis***. Dělá se po 16. týdnu těhotenství. Dlouhou jehlou se propíchnou břišní stěna matky a plodový vak dítěte. Do plodové vody se vstříkne koncentrovaný roztok solí. Dítě jej vdechne a polyká, je jím otrávené. "Úspěch" se projeví tím, že asi o den později matka dostane porodní bolesti a porodí mrtvé dítě. Příčinou smrti je akutní hypernatremie (vysoká hladina sodíku v krvi) nebo akutní otrava solí, při níž dojde k všeobecnému rozšíření cév, otokům, překrvení, krvácení, šoku a smrti. Někteří tuto metodu přirovnávají k účinkům napalmu na nevinné válečné oběti. Pravděpodobně je to stejně tak bolestivé.

***Prostaglandinový potrat*** je další rozšířenou metodou. Prvá chemická forma tohoto lidského hormonu byla uvedena na trh pod názvem Prostin F2. Ten se měl vstříkovat do plodové vody. Tento hormon byl schválen pro použití k vyvolání potratu v druhém trimestru těhotenství. V jednom odborném článku byl mezi "komplikacemi" u tohoto hormonu uveden "porod živého dítěte."

***RU-486*** je chemický prostředek způsobující potrat. Bere se poté co matce vynechala menstruace. Účinkuje tak, že blokuje využití hlavního hormonu, nezbytného pro výživu dítěte, které se právě uhnízdilo v děložní sliznici. Po podání RU-486 výhonky zárodku, které se již zanořily do děložní sliznice, pozvolna chřadnou, odumírají a odpadají. RU-486 není antikoncepčním prostředkem jak se mnoho lidí mylně domnívá. Nezabraňuje oplodnění. Neužívá se k tomu, aby se předešlo implantaci na konci prvního týdne života dítěte. Užívá se až tehdy, když se matce nedostaví menstruace a dítě je již nejméně dva až tři týdny staré. RU-486 již neúčinkuje po uplynutí 6-8 týdnů těhotenství. Je to abortivní prostředek.

### **Potravy prováděné vniknutím do dělohy břišní stěnou:**

Nejběžnějším způsobem je *hysterotomie*: je to vlastně raný císařský řez. Chirurgicky se otevře břicho matky a stejně i děloha. Dítě se vyjme i s plodovým lůžkem a odloží se - nechá se zemřít. Tato metoda se obvykle používá ve vyšším stupni těhotenství.

V USA, Kanadě, Číně a dalších státech je interrupce povolena po celou dobu těhotenství. To znamená, že i v III. trimestru těhotenství. Nejběžněji se používá právě hysterotomie.

### **4.3 Práva matky a plodu**

Většinou nebývá sporu o tom, že každý člověk je pánem svého vlastního těla. Například každý jedinec má právo odmítnout lékařské ošetření, dokonce i v případě, že je tím ohrožen jeho život. I v medicíně však existují výjimky. Například psychiatr intervenuje zcela legálně a provádí zákroky i proti vůli svého pacienta, ve svých rozhodnutích vychází z jeho změněných psychických schopností. Proti ošetřujícímu psychiatrovi se často koncentruje zloba a frustrace nejen ze strany pacienta, ale také od členů jeho rodiny a nejbližšího okolí, nicméně léčebné úsilí psychiatra (uplatňované i násilím) je s požadavky lékařské etiky v plném souladu. Léčba psychiatrických i nepsychiatrických pacientů proti jejich vůli je ve většině právních systémů zpravidla dobře definována.

Americká lékařská asociace definuje principy lékařské etiky jako "standard chování definující čestné počínání lékaře." Etické hodnoty úzce souvisí s právními zásadami, avšak etické povinnosti často nad právními předpisy převažují. Ve vyjimečných případech nejasného práva etická zodpovědnost přebírá úlohu právních závazků a nad těmito závazky převažuje.<sup>45</sup>

Poměrně novou oblastí, zahrnující morální a etický konflikt pro lékaře, je problematika práv lidského plodu. Těhotná žena a plod představují unikátní vztah, ve kterém je plod zcela závislý na matčině výživě, životosprávě a přežití. Navíc je ještě

---

<sup>45</sup> [http://www.004.cz/Aktuality004/Potravy/Prava\\_matky\\_a\\_plodu.phtm](http://www.004.cz/Aktuality004/Potravy/Prava_matky_a_plodu.phtm)

matka zodpovědná za realizaci veškerých lékařských rozhodnutí, která mohou mít na plod vliv. Potrat je legální lékařský zákrok ukončující život plodu. Rozhodnutí o prenatalní péči, konzumaci alkoholu, užívání drog, a všech okolnostech způsobu života je výhradním právem matky. Existuje okamžik, kdy práva plodu nabývají před svobodným rozhodnutím matky prioritu? Má plod právo narodit se živý a zdravý? A jestliže ano, ve kterém okamžiku těhotenství těchto práv nabývá? Má společnost zájem na zdravém vývoji plodu? A jestliže ano, disponuje společnost vůbec tímto právem? Může být matka i proti své vůli přinucena podstoupit lékařský zákrok umožňující zvýšení šance na přežití plodu?<sup>46</sup>

Zodpovězení těchto otázek představuje často medicínské dilema a odpovědi nemohou být pouze bílé nebo černé, dokonce ani z hlediska soudních rozhodnutí. Také prioritizace práva matky a práva plodu bývá řešena většinou v rámci určitých tradic, zvyklostí a konsensu. Právní systémy jednotlivých zemí připouštějí, že jde zpravidla o řešení arbitrážní a právo se tak snaží reflektovat obecně přijatá mravní kritéria.

Přesná demarkační čára mezi právy plodu a právy matky neexistuje. Většina rozhodnutí vychází z toho, že práva plodu rostou s jeho zvyšující se životaschopností. Rozhodnutí musí být také často činěna s ohledem na stupeň invazivnosti plánovaného lékařského zákroku. S vyšší invazivitou a náročností výkonu roste opět rozhodovací pravomoc matky.

Často diskutovanou oblastí kompetence práv matky a práv plodu je také problematika umělého potratu. Zde bývá často citováno *rozhodnutí Nejvyššího soudu USA ve věci Roe v Wade z 22. ledna 1973*:

Neprovdaná těhotná žena, která si přála ukončit své těhotenství potratem, se obrátila na Nejvyšší soud s žádostí o deklaratorní prohlášení, že zákony státu Texas, týkající se provádění umělého potratu, jsou protiústavní. Tyto zákony zakazovaly provedení umělého potratu s výjimkou lékařské indikace zachování života ženy. Ve svém nálezu Nejvyšší soud USA konstatuje, že:

- Právo na soukromí zahrnuje rozhodnutí ženy zda ukončit či neukončit své těhotenství.

---

<sup>46</sup> [http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty/Prava\\_matky\\_a\\_plodu.phtm](http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty/Prava_matky_a_plodu.phtm)



- Právo ženy rozhodnout o ukončení těhotenství není absolutní a může být v některém ohledu omezeno zájmem státu o zachování zdraví ženy, k použití náležitého medicínského postupu a k ochraně potenciálního lidského života.
- Nenarozený plod není zahrnut pod pojmem "člověk, osoba" (person), jak je užíván ve 14. dodatku Ústavy.
- Před ukončením prvního trimestru těhotenství nesmí stát omezovat nebo usměrňovat příslušné rozhodnutí lékaře vyplývající z konzultace s pacientkou o ukončení jejího těhotenství.
- Po ukončení prvního trimestru těhotenství až do okamžiku (point in time), kdy se plod stává životaschopným, může stát regulovat způsob provádění potratů pouze opatřeními směřujícími k uchování a ochraně zdraví ženy.
- Od okamžiku (point in time), kdy se plod stává životaschopným, může stát úplně zakázat provádění potratů s výjimkou těch, které jsou nezbytné k záchraně života nebo zdraví matky.

V obsáhlém spisu týkajícím se práv plodu se uvádí:<sup>47</sup> "Náš právní řád považuje historicky plod za část ženského těla a v důsledku toho mu neposkytuje žádná práva jako samostatné bytosti existující odděleně." Tzv. práva plodu mohou znamenat pohled na plod jako na nezávislou bytost, oddělenou od matky a se zájmy vůči matce třeba i nepřátelskými. Matka může být přinucena k císařskému řezu třeba násilím a proti své vůli. Dítě by tak mohlo obžalovat svou matku pro poškození vyplývající z jejich činností a jednání nebo nedostatku nějakých aktivit v průběhu těhotenství.

Pohled na plod prostřednictvím právního systému je spíše sociální než biologický. Podle Roberta H. Blanky je samotný pojem "práv plodu" deformací skutečnosti a zatemňuje to, co by mělo stát v popředí zájmu, to je zdraví nenarozeného dítěte. Toto úsilí nespočívá v tom, že plod má nějaká práva, ale spíše v tom, že dítě, které se jednou má narodit by mělo být ochraňováno odvrátitelných poškození v průběhu těhotenství. Pokročilé metody prenatalní diagnostiky a ultrazvukové vyšetření přestává z nenarozeného dítěte dělat "zázrak a tajemství v děloze". Všechny tyto procedury přispívají nejlépe k jeho prenatalnímu poznání a uznání.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> [http://www.004.cz/Aktuality004/Potrady/Práva matky a plodu.phtm](http://www.004.cz/Aktuality004/Potrady/Práva%20matky%20a%20plodu.phtm)

<sup>48</sup> Tamtéž

Pokud vůbec uvažujeme o právech plodu, tato práva by měla být vztažena zásadně k životaschopnosti plodu. V prvním trimestru těhotenství zřetelně převažují práva matky, což znamená, že má v té době plné právo žádat o provedení umělého potratu. Podle rozhodnutí Nejvyššího soudu USA v té době právo plodu, narodit se živý a zdravý, ještě neexistuje. V okamžiku nabytí životaschopnosti toto právo plodu začíná narůstat a nejvyšší hodnoty nabývá před porodem. V posouzení převahy práv matky a práv plodu ve druhém a zejména pak ve třetím trimestru těhotenství neexistuje mezi těmito právy žádná jednoznačná demarkační čára a všechny případy by měly být posuzovány individuálně. V posuzování jednotlivých případů zde bude hrát roli kromě stavu a životaschopnosti plodu také náročnost lékařského výkonu a riziko pro zdravotní stav matky.

#### **4.4 Interrupce x prevence**

Vývoj úrovně potratovosti v posledních letech je jednoznačně klesající.<sup>49</sup> Mezi roky 1990 a 2005 klesla míra úhrnné potratovosti z 1,5 na 0,35 a počet potratů, který byl koncem osmdesátých let srovnatelný s počtem narozených dětí (okolo 120 tisíc), klesl na třetinu. V roce 2005 tak bylo evidováno celkem čtyřicet tisíc potratů, přičemž dvě třetiny potratů činily interrupce (umělá přerušování těhotenství, UTP), kterých bylo vykonáno 26 453. Samovolných potratů bylo registrováno 12 245, ukončených mimoděložních těhotenství 1324, na kategorii „ostatní potraty“ zbyl jeden případ. Potraty cizinek s povolením pobytu představují 5,6% ze všech potratů. Plných 78% umělých přerušování těhotenství (20 159) byly tzv. miniinterrupce, vykonané metodou vakuové aspirace do osmého týdne těhotenství. Klesá podíl opakovaných zákroků, 58% podstoupených interrupcí bylo prvního pořadí, avšak stále celých 17% žen podstoupilo umělý potrat třetího nebo vyššího pořadí. Celkem 4678 interrupcí bylo vykonáno ze zdravotních důvodů a nebyl za ně tedy účtován poplatek, který činí v současnosti okolo 3000 Kč. Naopak počty samovolných potratů v posledních letech spíše stagnují – na jedné straně se zlepšuje reprodukční zdraví žen, na druhé straně však ženy odkládají těhotenství do stále vyššího věku, kdy mohou být těhotenství rizikovější.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> viz příloha 6, 7

<sup>50</sup> *Demografie*. Ročník 48, číslo 3, 2006. s. 161-162

Zavedení poplatku za interrupce mohlo přispět k poklesu potratovosti v České republice, tím hlavním důvodem však bylo rychlé rozšíření informací o reprodukčním zdraví, sexualitě, plánovaném těhotenství a prevenci pohlavně přenosných nemocí, a především zlepšení dostupnosti moderní antikoncepce od roku 1990. Podíl žen ve věku 15 – 49 let, jež užívají lékařem předepsanou hormonální antikoncepci, vzrostl mezi roky 1990 a 2004 více než desetkrát, ze čtyř na 44%. Dalších sedm procent žen používá antikoncepci nitroděložní. Změnila se též struktura žen podstupujících umělý potrat. Zatímco koncem osmdesátých let byly interrupce záležitostí především vdaných žen po narození druhého dítěte, pro které byly jakousi antikoncepcí „ex – post“, během devadesátých let klesly míry umělé potratovosti vdaných žen o 85% a úroveň umělé potratovosti vdaných a nevdaných žen se vyrovnaly. V současnosti tedy podstupují interrupce především dvě skupiny žen. První skupinou jsou tradičně ženy se dvěma dětmi, obvykle vdané nebo rozvedené. Druhou skupinu tvoří mladé svobodné ženy, které se uchylují k interrupcím, pokud selže používaná antikoncepce nebo dojde k neplánovanému početí. Podle analýzy rozložení interrupcí podle počtu živě narozených dětí stále početně vede první skupina žen se dvěma dětmi, na které připadá 35% všech interrupcí; na bezdětné ženy připadá 27%. V této souvislosti je třeba zmínit možnost sterilizace (přerušování vejcovodů), která není v České republice na rozdíl od jiných států západní Evropy a USA příliš využívána. Počet sterilizačních zákroků u žen sice od poloviny devadesátých let vzrostl, činí však pouze okolo čtyř tisíc zákroků ročně. Podle stále platné směrnice z roku 1972 může být žena sterilizována pouze pokud má nejméně tři žijící děti (u žen mladších 35 let čtyři děti). V České republice by však sterilizaci pravděpodobně využilo mnoho žen již po druhém porodu.<sup>51</sup>

## 4.5 Dílčí závěr

Lepší než zakazovat interrupce je zabránit nechtěným těhotenstvím. To ale vyžaduje kvalitní sexuální výchovu mladých lidí. Vliv na snížení potratovosti má především sexuální výchova, zodpovědný přístup k rodičovství a rozšíření antikoncepce. Ta část populace, která prošla vzděláním a osvětou, zodpovědně plánování rodiny chápe dostatečně. V mnoha oblastech světa je lidem jasné, že příliš velké množství dětí rodinu sociálně oslabuje, proto začínají své děti vychovávat k tomu,

---

<sup>51</sup> *Demografie*. Ročník 48, číslo 3, 2006. s. 161-162

aby počet svých dětí plánovaly s větší opatrností. V některých společnostech se ale objevují další problémy – ne každý žije v sezdaném manželství, jinde zase ne každý muž je ochoten přijmout svůj díl zodpovědnosti za početí dítěte. Cílem by mělo být vždycky dosáhnout toho, aby žádná žena nemusela nechtěně otěhotnět a poté podstupovat interrupci. Je důležité, abychom měli dostatečné prostředky ke snížení množství nechtěných těhotenství, tak bychom také snížili množství interrupcí. Interrupce by ale měla existovat jako možnost prevence nechtěného narození dítěte.

## **5 Umělé oplodnění a adopce jako součást plánovaného rodičovství**

Léčba neplodnosti pomocí metod asistované reprodukce je jednou z nejprogresivnějších oblastí moderní medicíny. Od narození prvního dítěte ze zkumavky v roce 1978 (Louise Brownová, která se narodila ve Velké Británii díky péči slavných průkopníků Edwardse a Steptoea) došlo v oblasti výzkumu a diagnostiky neplodnosti a ve vývoji léčebných postupů k obrovským pokrokům.

### **5.1 Neplodnost**

Navzdory velkému počtu párů, které nemohou mít dítě, zůstává neplodnost osobní záležitostí. Utrpení a beznaděj, kterou vnáší bezdětnost i do jinak dobrého vztahu, jsou značné. Páry, marně se pokoušející o početí, se obracejí na svého lékaře s žádostí o radu - a často také požádají lékaře specialistu, aby jim poskytl cílenou léčbu.

Moderní léčba neplodnosti nabízí široké spektrum léčebných postupů, které jsou těžko navzájem srovnatelné. Jsou zde i jiné důležité aspekty - náklady, doba potřebná k léčbě, zklamání, úzkost. To vše vyvolává otázky, na které málokdo z nás dokáže odpovědět stručně a jednoduše, a které vyžadují radu odborníka - zejména pokud jde o nejvhodnější formu léčby a pravděpodobnost úspěchu.

Výběr jednoho určitého postupu závisí na typu (příčině) neplodnosti. Všechny typy léčby však mají jedno společné: podávají přírodě pomocnou ruku, připravují vajíčka a spermie tak, aby měly větší naději splynout, dát vzniknout zárodku a případně zdravému děložnímu těhotenství. Z tohoto důvodu jsou tyto postupy léčby známé jako “asistovaná reprodukce” nebo “asistované početí”.

Normální plodná dvojice ve věku okolo 25 let, která má pravidelný pohlavní styk, má každý měsíc šanci na otěhotnění jedna ku čtyřem. To znamená, že asi devět z deseti párů pokoušejících se o početí, uspěje během jednoho roku. Nicméně jeden pár z deseti ne - a právě v tomto případě jde o neplodnost nebo-li sníženou plodnost. Lékaři obvykle definují neplodnost jako neschopnost otěhotnět po nejméně jednom roce pravidelného

pohlavního styku. Přesto může mnoha “neplodným” dvojicím pomoci léčba v rámci asistované reprodukce.<sup>52</sup>

Dříve než se dvojice zařadí do programu asistované reprodukce, jsou zde další postupy léčby, které také mohou pomoci. Navíc mnoho pacientek, kdysi zapojených do léčby neplodnosti, zjistilo, že přes léta pokusů najednou otěhotněly zcela přirozeně.

Vyšetření prováděná lékařem mohou ve většině případů určit pravděpodobnou příčinu neplodnosti. Pouze okolo 20 % zůstává nevysvětleno - a dokonce i tehdy může být léčba úspěšná. Za neplodnost páru bývá asi ve 40 % případů zodpovědná žena a v dalších 40 % muž. Testy potřebné k určení příčiny zahrnují u žen zjištění ovulace, kvality vejcovodů a hormonální hladiny, u mužů pak tvorbu spermií (počet, pohyblivost a tvar).

Asistované početí obvykle nebývá prvním krokem v léčbě neplodnosti. Nejprve bývají doporučovány jiné možnosti, jako například vhodné načasování pohlavního styku. Postup léčby, který lékař zvolí, závisí především na výsledcích vyšetření. Například preparáty k léčbě neplodnosti spolu s vhodným načasováním styku by nepomohly dvojici, jejíž neplodnost je způsobena uzávěrem vejcovodů ženy. V takovém případě pomůže pouze chirurgické zprůchodnění nebo asistovaná reprodukce.

## **5.2 Metody asistované reprodukce**

Možností je celá řada a záleží vždy na diagnóze a zjištěném typu neplodnosti. Proto musí lékař i pacient učinit závažná rozhodnutí.

### ***Vyvolání ovulace:***

Princip vyvolání ovulace spočívá ve stimulaci vaječnicků léky tak, aby vyprodukovaly větší počet vajíček (obvykle dvě, nejvíce tři), a tak umožnily přirozené oplození při pohlavním styku. Nejvhodnějšími adepty pro tuto léčbu jsou ženy s hormonálními poruchami a se syndromem polycystických ovarií. K úspěchu je nutné, aby byl styk načasován v souladu s ovulací dosaženou prostřednictvím léčby. Proto je sledování reakcí na léčbu nezbytnou součástí programu, aby maximalizovalo šanci na

---

<sup>52</sup> *Lékařské listy*. Rubrika: Porodnictví, 26.08.2005, s. 6

úspěšné otěhotnění a minimalizovalo rizika. Průměrná naděje na početí po jednom cyklu léčby je od 15 do 25 procent.<sup>53</sup>

### ***Umělé oplození - In Vitro Fertilizace:***

Umělé oplození (IVF) je klasická technika známá jako “děti ze zkumavky” a jde pravděpodobně o nejrozšířenější proceduru asistované reprodukce na světě. Jednoduše řečeno: při IVF se z vaječníku odebere několik vajíček, ta se oplodní v laboratoři spermii partnera. Několik vybraných zárodků (embryí) se přenese do dělohy, kde dojde k implantaci a těhotenství. Ačkoliv byla tato metoda vyvinuta pro dvojice, jejichž neplodnost spočívá v poškození vejcovodů, ukázala se jako vhodná v případech endometriózy, problémů se spermii (nízký počet nebo špatný tvar) a dokonce i v případech s neznámou příčinou. Studie ukazují, že k otěhotnění dochází asi v 25 % případů na jeden cyklus léčby a pravděpodobnost donošení je o něco málo nižší. Celkový průměrný počet dětí narozených po IVF je okolo 15 % na každý cyklus léčby. Tato čísla se nijak výrazně neliší od údajů pro normálně plodné páry. Většina studií prokázala snížení poměru těhotenství u žen po 35 letech. Z tohoto důvodu mnoho odborníků doporučuje neváhat s léčbou u těch dvojic, kdy je ženě okolo třiceti let.<sup>54</sup>

### ***Přenos gamet do vejcovodu (GIFT):***

GIFT se od IVF liší, protože vajíčka odebraná z vaječníku jsou vrácena do vejcovodu téměř ihned po odběru spolu s malým množstvím spermii. Lékaři stihnou vajíčka vyšetřit, vybrat maximálně tři a přidat spermie, pak vše vrátí do vejcovodu. Na rozdíl od IVF nedochází k oplození “ve zkumavce” (tedy v laboratoři), ale v přirozeném prostředí vejcovodu. Protože jsou však zároveň odebírána a vrácena vajíčka, musí lékař vidět, co se děje - k tomu slouží malý chirurgický nástroj, laparoskop. K laparoskopii je nutné provést malý řez na břiše, což se provádí v celkové anestézii.

GIFT, stejně jako IVF, prokázal, že je velmi úspěšnou technikou asistované reprodukce. Počet otěhotnění po GIFT závisí na individuálních okolnostech, ale byla zaznamenána až 36 % úspěšnost na léčebný cyklus a průměrný poměr živě narozených dětí je 26 %. Ačkoliv některé kliniky mohou dosahovat takto vysoké úspěšnosti, jiné mohou být daleko méně úspěšné. GIFT je vhodnou léčbou pro dvojice s neznámou

---

<sup>53</sup> <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

<sup>54</sup> tamtéž

příčinou neplodnosti a v mírných případech endometriózy za předpokladu, že jsou vejcovody v pořádku!<sup>55</sup>

### ***Umělá inseminace:***

Nejnovější studie s umělou inseminací dokazují, že nejlepších výsledků se dosahuje při inseminaci prováděné v souladu s ovulací vyvolanou léky, jako například u IVF nebo GIFT. Je důležité, aby lékař při této stimulaci vaječnicků sledoval hormonální léčbu, aby nedošlo k vývoji nadměrného počtu folikulů. Příliš mnoho folikulů uvolní mnoho vajíček a zvýší tak riziko vícečetného těhotenství, proto bývá obvykle cílem získat maximálně tři vajíčka. To je mnohem méně, než při IVF nebo GIFT, ale riziko vícečetného těhotenství je tak minimalizováno. První fáze léčby jsou podobné krokům 1-2 při IVF. Procedura se mění pouze v době ovulace.

V době okolo ovulace je připraven vzorek spermatu partnera a jemným katetrem umístěn buď do děložního hrdla nebo vysoko do dělohy partnerky. Druhá jmenovaná procedura se jmenuje nitroděložní inseminace, IUI.

Protože k oplození dochází v přirozeném prostředí (tedy ve vejcovodu), musí být vejcovody průchodné.

Úspěšnost IUI po stimulaci vaječnicků (superovulaci) se pohybuje mezi 10 a 15 procenty na cyklus, ale po několika pokusech během jednoho roku může dosáhnout až 50 %. Je důležité, aby počet spermií partnera byl v hranicích normálu a vejcovody partnerky byly v pořádku. Lékař může zkusit 3 - 4 cykly IUI a pokud neuspěje, doporučit jinou metodu, jako například IVF nebo GIFT.<sup>56</sup>

Pokud nejsou spermie partnera v pořádku, může být použito zmražené sperma anonymního dárce (tzv. AID). Všichni dárci spermatu musí být vyšetřeni na genetická a virová onemocnění. Nejnovější pokroky v technikách zavádění spermatu (např. ICSI) vedly k tomu, že anonymní dárcovství spermatu je stále méně využíváno.

---

<sup>55</sup> <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

<sup>56</sup> tamtéž



### ***Dárcovství vajíčka:***

Dárcovství vajíčka (oocyty) je metoda, která může vyvolávat etické otázky a vždy je důležitá důkladná konzultace. Léčba byla vytvořena pro ženy, u kterých se nevyvíjí vlastní vajíčka. Darované vajíčko je také vhodné pro ženy s genetickým onemocněním, které by mohly tuto poruchu přenést na své děti.

Jak ukázaly četné studie, pro úspěšné dárcovství vajíčka je klíčový jak věk příjemkyně, tak věk dárkyně. Vajíčka žen mladších 35 let jsou pro oplození a těhotenství mnohem vhodnější.

Darování vajíčka není nic jednoduchého. Dárkyně musí před odběrem podstoupit stejnou hormonální léčbu a lékařský dohled, jako žena podstupující IVF nebo GIFT. Z těchto důvodů bývají dárkyněmi vajíčka většinou mladé ženy (pod 35 let), které jsou připraveny obětovat hodně času a pohodlí. Musí být však zaručena anonymita mezi dárkyní a příjemkyní a zároveň mezi dárkyní a narozeným dítětem. Všechny potenciální dárkyně a dobrovolnice musí být vyšetřeny kvůli genetickým vadám a virovým onemocněním.

Zatímco dárkyně vajíčka prochází programem stimulace vaječnicků a odběru vajíček, musí být příjemkyně připravena na těhotenství - a k tomu se také používají hormony. Příjemkyně dostává dva ženské hormony - estrogen a progesteron, které napodobí normální průběh "těhotenství", takže roste děložní sliznice, tak aby se v ní oplozené vajíčko mohlo uhnízdit.

Odebraná vajíčka dárkyně, jsou opložena připravenými spermii partnera příjemkyně. Maximálně tři zárodky jsou dva až tři dny po oplození přeneseny do dělohy, ostatní jsou obvykle uschovány pro pozdější použití.

Dárcovství vajíček se ukázalo být úspěšnou metodou asistované reprodukce a pro ženy, které nemohou produkovat vlastní vajíčka je zároveň jedinou léčbou. Bez ohledu na úspěchy je jeho využití omezené, především pro nedostatek dárkyň.

### ***Oplození pomocí ICSI:***

Techniky intracytoplazmatické injekce spermie (ICSI) byly v několika posledních letech oslavovány jako zcela revoluční a nabídly možnost léčby těch nejobtížnějších případů mužské neplodnosti. Tam, kde v minulosti nemohli lékaři dvojicím, jejichž

neplodnost byla důsledkem nějaké vady spermií, nabídnout nic jiného, než dárcovství spermatu, nabídla ICSI skutečné řešení.

Technika ICSI využívá mikroskopy a “mikromanipulaci”. Embryolog drží na konci tenoučké pipety jediné lidské vajíčko a může do něj vbodnout jehlu (obsahující jednu vybranou spermii), která je sedmkrát tenčí než je průměr lidského vlasu. Při normálním počtí může být v jediném ejakulátu více než 200 miliónů životaschopných spermií, ale z tak obrovského počtu se jen několik set dostane k uvolněnému vajíčku ve vejcovodu a je schopno ho oplodnit. Muž s celkovým počtem spermií pod 20 miliónů (tedy 5 miliónů na mililitr) byl vždy považován za neplodného. Nyní dokáže ICSI docílit oplození s jedinou spermii vbodnutou do vajíčka.<sup>57</sup>

V Bruselu, kde byla ICSI prováděna neúspěšněji, bylo oplozeno celých 70 % vajíček zpracovaných touto metodou - a to často spermiemi ze vzorků, které zdánlivě neobsahovaly životaschopné buňky. Když byla vajíčka oplozená při ICSI přenesena do těla partnerky, poměr otěhotnění a porodů byl stejně vysoký, jako u běžného IVF a někdy dokonce i vyšší!

Tato mikro-technologie byla nyní uzpůsobena k použití při léčbě neplodnosti nejenom mužů, kteří nemají kvalitní sperma, ale i těch, kteří neprodukují vůbec žádné, kvůli blokádě či jiným poruchám varlat. Technika známá jako mikroepididymální nasátí spermií (MESA) spočívá v odebrání malého množství semene z nadvarlat. Získané spermie se využijí pro oplození pomocí ICSI. Podobná technika, při které se spermie získávají pomocí biopsie nepatrného kousku tkáně varlat (známá jako TESE) pomáhá mužům, kteří nemohou tvořit vlastní spermie.<sup>58</sup>

Výsledky obou techniky jsou až dosud velmi povzbudivé a ukazují, že muži, kteří z různých důvodů nejsou schopni ejakulace nebo tvorby spermií, mohou nyní poskytnout spermie k oplození partnerčina vajíčka.

Neplodné páry zařazované do programů léčby pomocí ICSI jsou obvykle pečlivě vybírány (například kvůli vážným defektům spermií). Tyto páry mají již často zkušenost s neúspěšným IVF. Protože je zde teoretické riziko, že neplodnost partnera

---

<sup>57</sup> <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

<sup>58</sup> tamtéž

může být důsledkem dědičného onemocnění, může být vyžadováno genetické vyšetření. Většina středisek také vyžaduje sledování průběhu těhotenství a období po porodu.

Partnerka musí samozřejmě podstoupit běžnou proceduru superovulace a odběru vajíček a partner musí dodat vzorek spermatu (pokud není provedeno MESA nebo TESE). Pro úspěch ICSI je důležitá příprava a výběr spermií, prováděná procesem promývání a třídění. Tato příprava umožňuje oddělit několik životaschopných spermií z jinak nepoužitelného vzorku.

### 5.3 Rizika asistovaného početí

Protože všechny metody asistované reprodukce nabízejí celkovou naději okolo 15 až 20 % na každý cyklus léčby, největším rizikem pro dvojice podstupující léčbu je zklamání. Nicméně studie prokázaly, že pravděpodobnost otěhotnění se s dalšími cykly zvyšuje a je srovnatelná s přirozenou reprodukční schopností.<sup>59</sup>

Se samotnou léčbou je spojeno několik rizik. GIFT vyžaduje celkovou anestézii kvůli provedení laparoskopie, což může - ve velmi vzácných případech - způsobit komplikace. Ve skutečnosti je to jeden z důvodů, proč odborníci na neplodnost v některých zemích dávají přednost IVF před GIFT - tedy ne proto, že by byly výsledky lepší, ale proto, že není nutná celková anestézie.

Nejběžnějším "vedlejším účinkem" léčby je vícečetné těhotenství. To může způsobit nejen vážné sociální problémy (zejména jak děti rostou), ale také souvisí s větší pravděpodobností potratu a nižší porodní hmotností dětí. Nejpublikovanějším "nebezpečím" asistované reprodukce je tzv. syndrom hyperstimulace vaječnicků (OHSS), ke kterému může velmi vzácně dojít v důsledku hormonální léčby ve fázi před odběrem vajíček. Příliš vysoká dávka hormonů může vyvolat nadměrnou stimulaci vaječnicků, která se může projevit bolestí břicha. Aby se lékaři vyhnuli tomuto riziku, stejně jako riziku vícečetného těhotenství, sledují pečlivě průběh hormonální léčby a její vliv na vaječnický.

---

<sup>59</sup> <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

Ve většině zemí je dvojicím podstupujícím asistovanou reprodukci poskytována poradenská služba. U mnohých, kteří dospěli do fáze asistované reprodukce, vyvolala frustrace z bezdětnosti vážné emocionální problémy, takže obvykle ocení nabídnutou pomoc v tomto těžkém období.

Asistovaná reprodukce jako léčba navíc sama o sobě vyžaduje poradenskou péči. Podstoupit léčbu není vždy jednoduché a podle výsledků statistik není úspěch zaručen. Dokonce i dvojice, kterým se podaří otěhotnět, mohou prožít těžké zklamání ze ztráty plodu.

Některé dvojice zjistí, že dilemata vyvolaná asistovanou reprodukcí mohou lépe zvládat po rozhovoru se zkušeným poradcem. Ten jim může pomoci vyřešit i tak složité otázky jako například co udělat se zbylými zmraženými embryi, jak přijmout genetickou anonymitu dárkyně vajíčka, či jak se vyrovnat s případným neúspěchem léčby?

Protože přibližně čtyři z pěti dvojic podstupujících jeden cyklus asistované reprodukce neotěhotní, je snadné hovořit o selhání. Pravdou však je, že celková úspěšnost asistované reprodukce je přibližně stejná, jako u přirozené reprodukce a někdy dokonce i vyšší.<sup>60</sup> Naděje na úspěch se stále zvyšují s každým cyklem léčby, 100 dvojic podstupujících asistovanou reprodukci zjistí, že jejich počet po několika cyklech stále klesá. Po čtyřech cyklech může tento kumulativní poměr otěhotnění dosáhnout až 50 % úspěšnosti po IVF. Přesto je pravděpodobnost početí nižší u žen nad 40 let. Nejnovější pokroky v léčbě mužské neplodnosti prostřednictvím ICSI způsobily, že naděje mužů s poruchami tvorby spermií na otcovství jsou mnohem vyšší.<sup>61</sup>

## 5.4 Adopce

Osvojení (adopce) - je státem garantovaná a zákonem ošetřená forma náhradní rodinné péče, při které přijímají manželé či jednotlivci za vlastní opuštěné dítě a mají k němu stejná práva a povinnosti, jakoby byli rodiče.

---

<sup>60</sup> viz příloha č. 8, 9

<sup>61</sup> *Lékařské listy*. Rubrika: Porodnictví, 26.08.2005, s. 6

- osvojením vzniká mezi osvojitelem a dítětem vztah jako mezi biologickými rodiči a vlastními dětmi;
- dítě získává příjmení nových rodičů;
- vztah mezi dítětem a příbuznými osvojitelů je příbuzenský;
- osvojit lze pouze nezletilé dítě;
- nelze osvojit dítě počaté, dosud však nenarozené;
- podmínkou osvojení je právně volné dítě (souhlas biologických rodičů nebo zákonného zástupce dítěte s osvojením, dvouměsíční žádný zájem rodičů od narození dítěte, šestiměsíční opravdový nezájem rodičů);
- osvojit dítě může manželská dvojice, manžel(ka) rodiče dítěte nebo jedinec. Osvojení jedincem je podle zákona možné v případě, že je předpoklad, že toto osvojení bude plnit svoje společenské poslání;
- o osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele;
- jako společné dítě mohou osvojit pouze manželé;
- mezi osvojitelem a osvojencem musí být přiměřený věkový rozdíl.<sup>62</sup>

Děti vhodné pro osvojení jsou děti, u kterých se předpokládá méně problémový zdravotní a psychomotorický vývoj a které je možné předat do rodinné péče především v raném věku.

#### **Náš zákon definuje osvojení:**

##### ***1. prosté, obyčejné, označované někdy též zrušitelné:***

- osvojitelé se nezapisují do matriky jako rodiče, tj. v rodném listu dítěte zůstávají uvedeni původní rodiče;
- soud může osvojení zrušit z důležitých důvodů;
- tento typ je využíván u dětí mladších jednoho roku, neboť nezrušitelné osvojení je možné pouze u dětí starších než jeden rok.

##### ***2. nezrušitelné:***

- osvojitelé jsou na základě rozhodnutí soudu zapsáni v matrice, místo rodičů osvojence;
- minimální věková hranice osvojovaného dítěte je jeden rok;
- toto osvojení nelze zrušit.

---

<sup>62</sup> Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů

Osvojení zrušitelné může být změněno v osvojení nezrušitelné, nikoliv však naopak.

### **3. osvojení dětí do ciziny a z ciziny, tj. mezinárodní osvojení:**

- tato forma náhradní rodinné péče je možným řešením v případě, že se pro dítě nedaří najít náhradní rodinu v zemi původu;
- mezinárodní osvojení je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, kterou vypracovala a přijala Haagská konference mezinárodního práva soukromého 29.5.1993. V České republice vstoupila tato úmluva v platnost 1.6. 2000 a spolu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, umožňuje osvojení dětí do ciziny a z ciziny;
- Haagská úmluva jasně stanovuje postup při osvojování dítěte do zahraničí, určuje povinnosti a kompetence jednotlivých institucí, definuje právo dítěte na přednostní osvojení v zemi svého původu, zaručuje biologickým rodičům anonymitu a zásadně vylučuje jakékoliv zisky z adopcí. Zároveň nařizuje signatářským státům, aby na svém území určily jeden ústřední orgán, který bude za osvojení dětí do zahraničí odpovědný. U nás tuto funkci zprostředkovatele plní Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně.<sup>63</sup>

## **5.5 Dílčí závěr**

V ČR se rodí po mimotělním oplodnění více než tři procenta všech narozených dětí ročně. Lze předpokládat, že metodami asistované reprodukce se do současných dnů narodilo 23 tisíc dětí. V ČR působí 24 center asistované reprodukce, každoročně je léčeno 10 tisíc neplodných manželských párů s průměrným počtem 35 % živě narozených dětí (toto číslo odpovídá současnému evropskému průměru). Lze reálně předpokládat, že se zvyšujícím se věkem prvorodiček, nárůstem počtu párů se sníženou plodností muže a díky dalším civilizačním faktorům (obezita populace, sexuálně přenosné choroby, onkologická onemocnění) bude počet léčených párů a párů volících cestu adopce dále narůstat.

---

<sup>63</sup> <http://www.adopce.com/beta/adopce/adopce.php?stranka=4>

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 1 Vymezení výzkumného problému

Vědeckými výzkumy bylo dokázáno, že nejlepší šanci na duševně vyvážený vývoj, zdravotní stav a lepší osobnostní parametry mají děti chtěné. Jsou to právě ty děti, které se rodí do optimálního prostředí. Láskyplné očekávání, optimální péče již před narozením a dobré podmínky tělesného a duševního rozvoje dávají záruku toho, čemu jsme se naučili říkat kvalita populace. Touha po dítěti je u naprosté většiny lidí vrozená, a proto se před touto otázkou dříve či později ocitne skoro každý z nás. Zdá se, že pro většinu mladých lidí se stává plánované těhotenství přirozeným. Je ovšem důležité, abychom dítěti zodpovědně připravili to nejlepší prostředí, do kterého se narodí, a ve kterém bude vyrůstat. Dítě má přece právo na to, aby se narodilo jako chtěné a my jeho narození s radostí a láskou očekávali.

Plánované rodičovství se stává v moderních rozvinutých zemích součástí životního stylu. Civilizovaná lidská společnost dnes většinou zařazuje právo svobodně rozhodovat o počtu dětí, intervalu mezi jejich porody a termínu zrození prvního dítěte mezi základní lidská práva. V úvahu je třeba vzít také ekonomickou a sociální situaci rodiny. Kromě ekonomických podmínek, bytu a sociální jistoty je zapotřebí ještě dalších okolností, které souvisí se společenskou seberealizací. K ovlivnění rozhodování zda mít či nemít děti bude jistě přispívat postavení ve společnosti a příznivé sociální vazby k okolí. A s tímto činitelem pak už velmi úzce souvisí určitá vyspělost či zralost osobnosti rodičů.

A chceme-li hovořit o odpovědnosti, vyspělosti a zralosti rodičů, kteří mají vytvářet optimální podmínky pro výchovu svých dětí, dostáváme se zase na začátek kruhu, neboť aby byli rodiče zodpovědní, je nutné, aby byli odpovídajícím způsobem vychovaní, informovaní a poučení, což je úkolem rodinné a sexuální výchovy, která by měla začínat hned po narození.

Dnes již není pochyb o tom, že rodinná a sexuální výchova je nedílnou součástí výchovy ke zdravému životnímu stylu. Je nezbytným předpokladem pro harmonický

rozvoj dítěte, které se postupně připravuje na svůj život v dospělosti. Pocit bezpečí a projevovaná láska pozitivně ovlivňuje vývoj dítěte i v sexuální oblasti a přispívá podstatně k jeho harmonickému rozvoji. Dítě v současných společenských podmínkách potřebuje být pro život vybaveno takovými informacemi a dovednostmi, které mu pomohou chránit své reprodukční zdraví a bezpečí. Získání správných postojů k sexualitě je nezbytné pro odpovědné rozhodování a ochranu před sexuálním zneužíváním. Sexuální výchova má zároveň vést k pochopení sexu jako daru, který umožňuje předávání života. Je třeba v ní zahrnout i emotivní působení - ukázat krásu a jedinečnost rozvíjejícího se nového života.

Sexuální výchova by měla být nedílnou součástí výchovného působení jak rodiny, tak i školy. Ukázalo se, že by ve výukových programech měla být zařazena od vstupu dítěte do školy a provázet jej po celou dobu povinné školní docházky. Realizována musí být samozřejmě v takovém rozsahu a takovými prostředky, které odpovídají věku a potřebám žáků.



## 2 Cíl výzkumu, hypotézy

Získané a zpracované informace v této části práce se snaží popsat stav, dostupnost, příp. úroveň sexuální výchovy na základní a střední škole. Jde zejména o zjištění, jaká je informovanost dospívajících v oblasti lidské sexuality, včetně znalostí, jak chránit své reprodukční zdraví, na jakých poznatkových základech mohou dospívající budovat své postoje, které jsou východiskem pro jejich sexuální chování, jaké jsou postoje dospívajících k problematice pohlavního dožívání, sexuálního chování a ochrany před sexuálním zneužíváním, o jakém partnerském a rodinném soužití mladí lidé uvažují a jakou představu mají o své budoucí rodičovské roli. Výzkum je směřován i k učitelům v praxi, k jejich zkušenostem se sexuální výchovou a názorům na možnosti její implementace jak do vzdělávacích programů žáků, tak do vysokoškolské přípravy budoucích učitelů základních a středních škol. Doplňující část výzkumu proběhla na gynekologicko-porodnickém pracovišti, kde byly získány statistické informace, poskytující odpovědi na otázky používání antikoncepce, plánování prvního porodu, zkušenosti s umělým přerušением těhotenství a s asistovanou reprodukcí.

### **Cílem výzkumu bylo potvrdit, případně vyvrátit následující hypotézy:**

- 1. Dospívající jsou poměrně dobře informováni a orientují se v základních pojmech týkajících se oblasti plánovaného rodičovství.*
- 2. V posledních letech došlo k posunu v přístupu dospívajících k problematice plánovaného rodičovství, zejména v otázkách: antikoncepce, interrupce, manželství, rodičovství...*
- 3. Ne všichni učitelé jsou dostatečně erudovaní a kvalifikovaní pro zprostředkovávání informací týkajících se sexuální výchovy.*

### 3 Výzkumné metody, metodika výzkumu

K potvrzení, či vyvrácení hypotézy č. 1 a 2 posloužily informace od studentů. Z možných výzkumných metod byl pro sběr a shromáždění informací mezi nimi zvolen dotazník a to z důvodu, že se jedná o efektivní techniku, která může být použita pro větší počet jedinců, informace jsou získány v poměrně krátkém čase a je zajištěna anonymita, která je podle mého názoru velice důležitá, protože ne každý člověk je ochoten na otázky odpovídat. Pro zjišťování poznatků byly voleny převážně uzavřené otázky (15), dvě byly otevřené. Vysvětlení k odpovědím na jednotlivé otázky bylo učiněno jednak ústně a popsáno bylo i v úvodu samotného dotazníku. Na jeho zpracování byla vyměřena jedna vyučovací hodina (45 min.).

Pro ověření hypotézy č. 3 byly poznatky čerpány především z literatury a z dříve provedených výzkumů. Proto měly informace od pedagogů, které byly získány rozhovorem, spíše doplňující charakter, neboť vzhledem k malému počtu dotázaných by získané poznatky sami o sobě neměli, dle mého názoru, příliš významnou vypovídající hodnotu. Každému bylo položeno pět otázek a výsledky byly použity proto, že se v podstatě shodovaly se závěry již provedených výzkumů s mnohem větším výzkumným souborem.

Poslední část informací byla získána taktéž formou rozhovoru na gynekologicko-porodnickém pracovišti (rozhovor poskytl vedoucí lékař a vrchní sestra porodního sálu). Jedná se o statistické informace, které posloužily jako podpurný materiál k ověření hypotézy č. 2.

Všechna data získaná dotazníkem i rozhovory byla zpracována a seříděna pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel do přehledných tabulek doplněných o grafy, které jsou uvedeny v části 5 (Výsledky šetření, zpracování dat). Následně byly tyto informace konfrontovány s výsledky již provedených výzkumů a s údaji Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Komentář ke zjištěným faktům je podán v části 6 (Interpretace dat) a celkové shrnutí je provedeno v části 7 (Závěr).

**Studenti byli požádáni o vyplnění tohoto dotazníku:**

**Dotazník**

V rámci zpracování diplomové práce na téma „*Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém*“ je prováděno dotazníkové šetření za účelem získání informací týkajících se uvedeného tématu.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto jednoduchého dotazníku. Vybranou odpověď, prosím, označte křížkem. Na otázky, které neobsahují možnosti odpovězte vlastními slovy. U otázek, na které odpovídat nechcete, odpověď nevyplňujte.

Vaše odpovědi jsou anonymní a budou využity pouze pro zpracování mé diplomové práce. Děkuji za spolupráci.

*Pohlaví:*      muž                            žena     

*Věk:*              14 – 15 let                            16 – 17 let     

---

1. *Kdy a kde jste se poprvé setkali s tzv. rodinnou a sexuální výchovou?*
  - a) doma – od rodičů
  - b) mateřská škola
  - c) I. stupeň základní školy
  - d) II. stupeň základní školy
  
2. *Jakou formou jste se převážně seznamovali se základy sexuální výchovy?*
  - a) doma – od rodičů, příp. dalších rodinných příslušníků
  - b) ve škole – od učitelů při vyučování
  - c) od kamarádů, vrstevníků
  - d) z literatury, časopisů, televize, internetu atd.
  
3. *V kolika letech je podle Vás vhodné začít získávat informace o sexualitě?*
  - a) v předškolním věku
  - b) na základní škole
  - c) na střední škole
  - d) nevím

4. *Může dívka otěhotnět při prvním pohlavním styku?*
  - a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
  
5. *Jaké znáte způsoby ochrany před pohlavními chorobami?*
  
6. *Kdo by měl v páru rozhodovat o antikoncepci?*
  - a) muž
  - b) žena
  - c) oba
  - d) nevím
  
7. *Jak dlouho by se měli partneři poznávat, než spolu začnou sexuálně žít?*
  - a) nemusí se poznávat
  - b) 1 až 2 měsíce
  - c) 3 až 6 měsíců
  - d) déle než 6 měsíců
  
8. *V jakém věku je podle Vás vhodné začít se sexuálním životem?*
  - a) dříve než v 15 letech
  - b) mezi 15 a 18 rokem
  - c) po 18 roku
  
9. *Jakou možnost by jste volili v případě nechtěného těhotenství?*
  - a) dítě bych si ponechal(a)
  - b) interrupce (umělé přerušování těhotenství)
  - c) adopce (náhradní rodinná péče)
  - d) nevím
  
10. *Jaký je Váš názor na provádění interrupcí (umělého přerušování těhotenství)?*
  - a) jsem pro, každá žena má právo svobodně se rozhodnout
  - b) jsem pro pouze v případě, kdy je ohrožen život matky nebo dítěte
  - c) jsem zásadně proti
  - d) nevím

11. *Plánované rodičovství je:*

- a) rodinná a sexuální výchova
- b) plánování počtu dětí rodičích se za optimálních podmínek
- c) metody a způsoby antikoncepce a interrupce
- d) nevím

12. *Myslíte, že je důležité vědět co nejvíce o partnerství, manželství a rodičovství pro Váš budoucí partnerský a rodinný život?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. *Jakou máte představu o svém budoucím (rodinném) životě?*

- a) budu žít sám, sama
- b) v manželství
- c) s partnerem bez sňatku
- d) s rodiči

14. *V kolika letech by jste chtěli uzavřít sňatek?*

- a) 18 až 25 let
- b) 26 až 30 let
- c) 31 až 36 let
- d) 36 a výše
- e) nikdy

15. *V kolika letech by jste chtěli mít první dítě?*

- a) 18 až 25 let
- b) 26 až 30 let
- c) 31 až 36 let
- d) 36 a výše
- e) nikdy

16. Kolik dětí by jste chtěli mít?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 a více

17. Jaké znáte možnosti řešení neplodnosti (pokud partneři nemohou mít děti)?

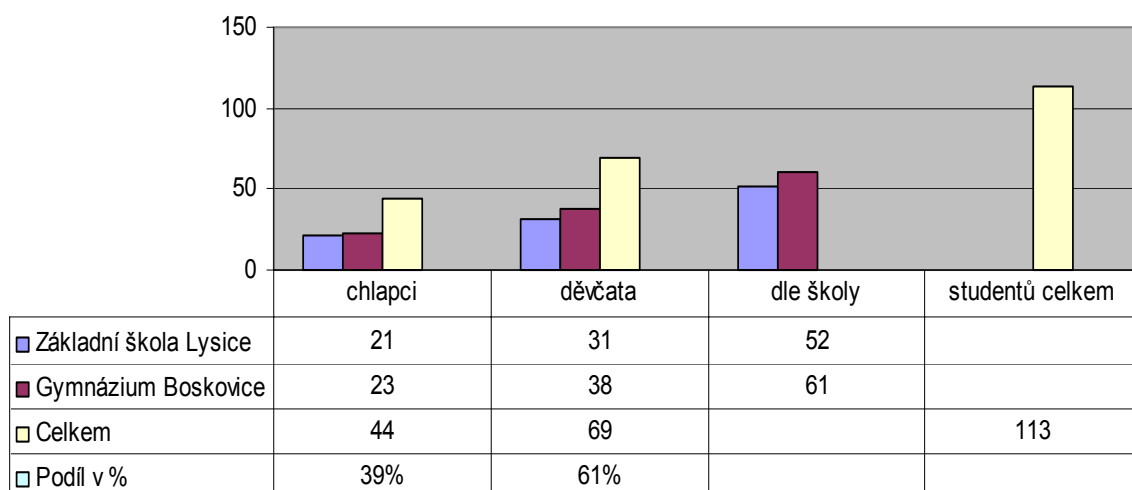
**Pedagogům byly položeny následující otázky:**

1. *Jaká je, dle Vašeho názoru, úroveň sexuální výchovy na Vaší škole?*
2. *Vyučoval(a) jste někdy sexuální výchovu, pokud ano, měl(a) jste s tím nějaký problém, pokud ano, jaký?*
3. *Myslíte si, že jste dostatečně kvalifikován(a) pro zprostředkování informací týkajících se sexuální výchovy?*
4. *Je problematika rodinné a sexuální výchovy v přípravě budoucích učitelů důležitá a měla by být do přípravy zahrnuta?*
5. *Sledujete v posledních letech u žáků posun v přístupu k otázkám plánovaného rodičovství – antikoncepce, interrupce, manželství, rodičovství?*

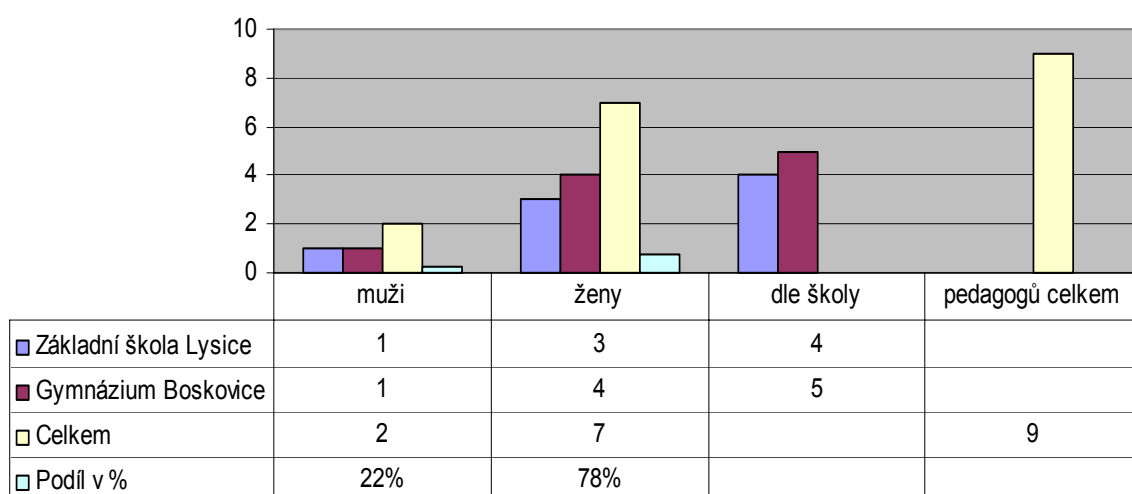
## 4 Charakteristika výběrového souboru

Výzkumné šetření sledovalo několik skupin respondentů:

Na otázky týkající se sexuální výchovy odpovídali prostřednictvím dotazníku žáci základní a střední školy v okrese Blansko ve věku 14 až 17 let. Celkem dotázaných bylo 113 a jejich složení bylo následující:



Dotazovaných pedagogů bylo celkem 9 a jejich složení:



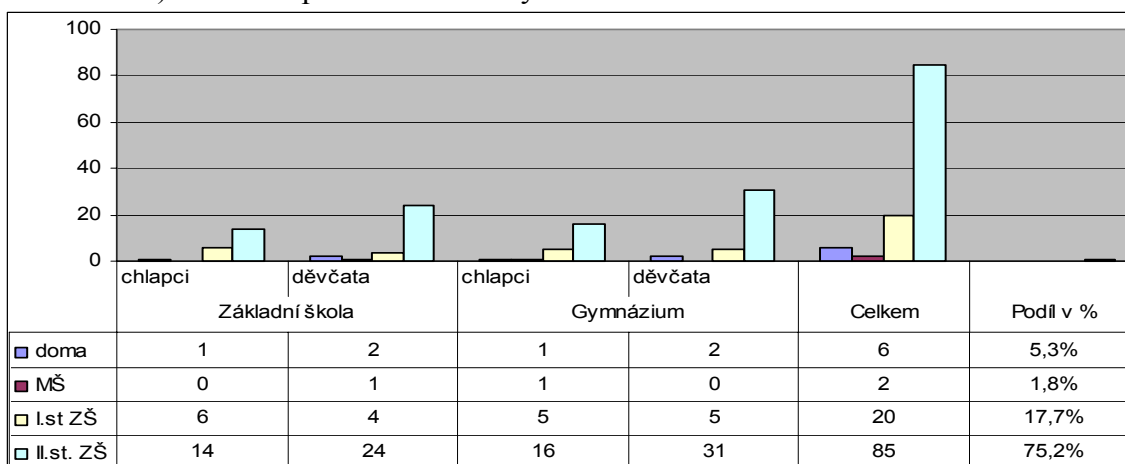
## 5 Výsledky šetření, zpracování dat

### Vyhodnocení dotazníku – odpovědi studentů

#### **Otázka č. 1:**

*Kdy a kde jste se poprvé setkali s tzv. rodinnou a sexuální výchovou?*

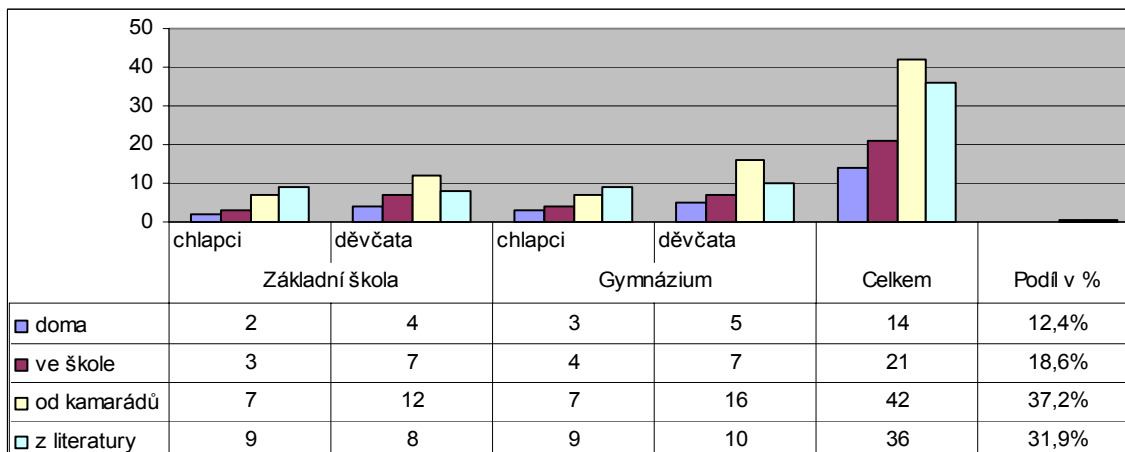
- doma – od rodičů
- v mateřské škole
- na I. stupni základní školy
- na II. stupni základní školy



#### **Otázka č. 2:**

*Jakou formou jste se převážně seznamovali se základy sexuální výchovy?*

- doma – od rodičů, příp. dalších rodinných příslušníků
- ve škole – od učitelů při vyučování
- od kamarádů, vrstevníků
- z literatury, časopisů, televize, internetu atd.

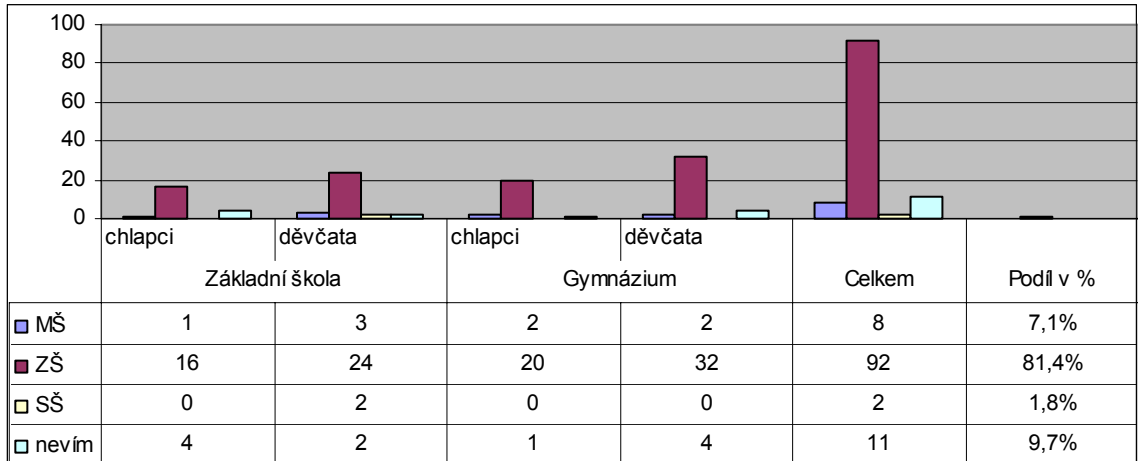




**Otázka č. 3:**

*V kolika letech je podle Vás vhodné začít získávat informace o sexualitě?*

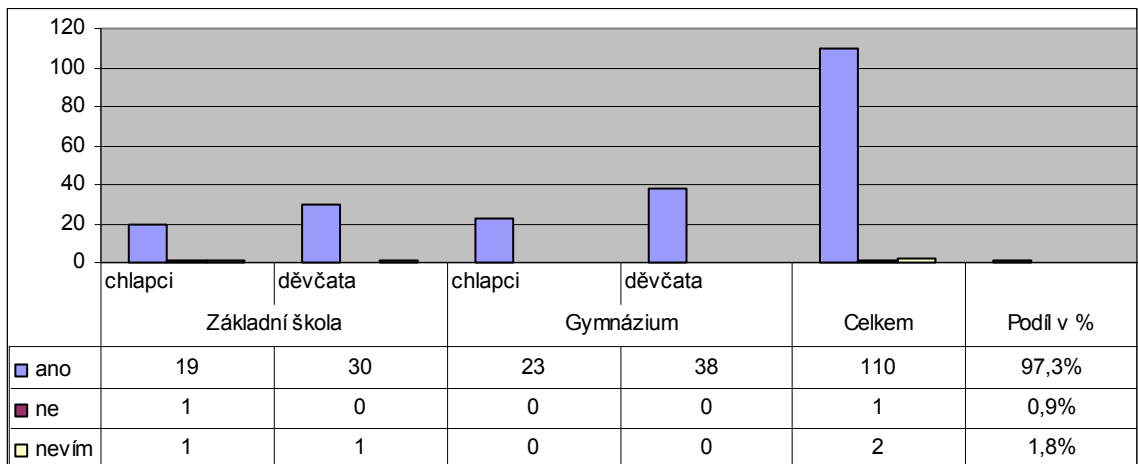
- a) v předškolním věku
- b) na základní škole
- c) na střední škole
- d) nevím



**Otázka č. 4:**

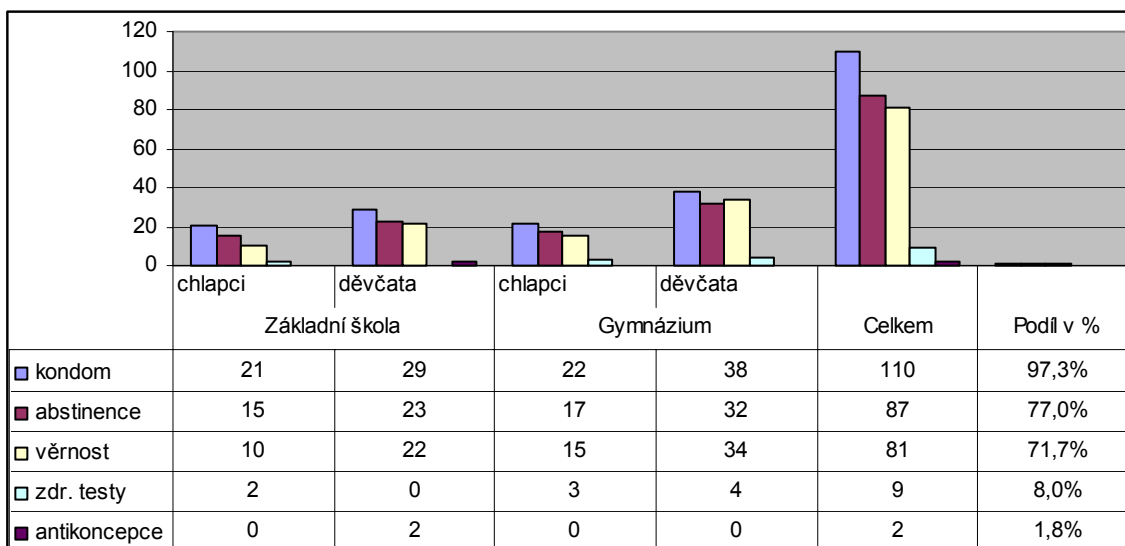
*Může dívka otěhotnět při prvním pohlavním styku?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím



**Otázka č. 5:**

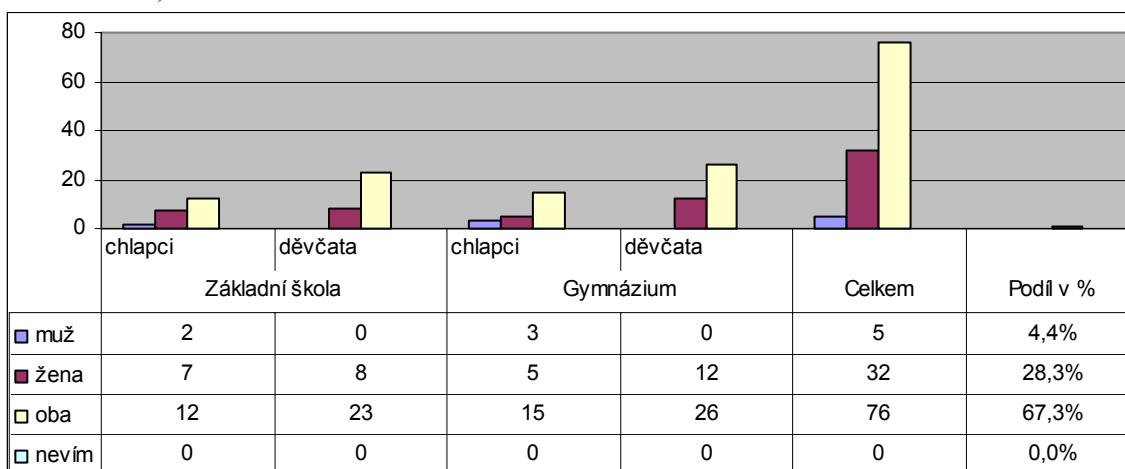
*Jaké znáte způsoby ochrany před pohlavními chorobami?*



**Otázka č. 6:**

*Kdo by měl v páru rozhodovat o antikoncepci?*

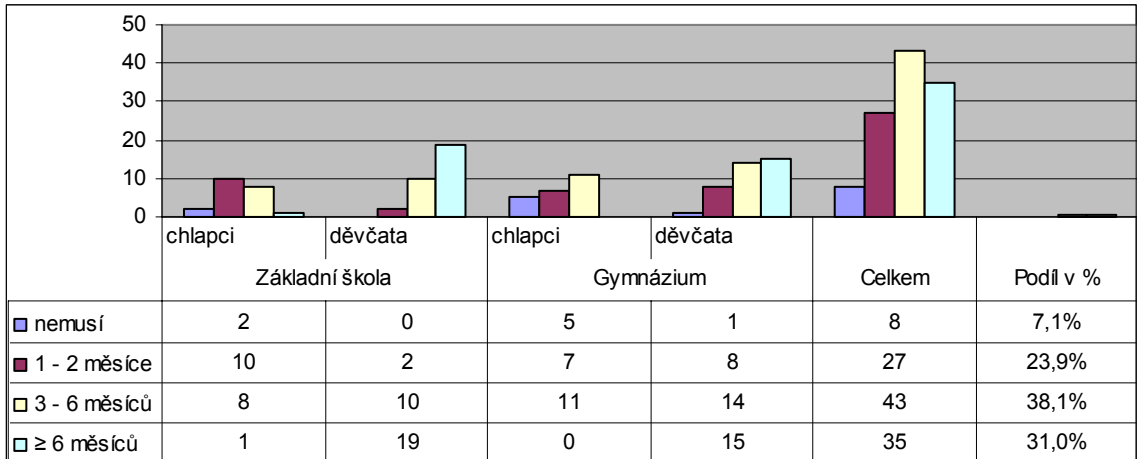
- a) muž
- b) žena
- c) oba
- d) nevím



**Otázka č. 7:**

*Jak dlouho by se měli partneři poznávat, než spolu začnou sexuálně žít?*

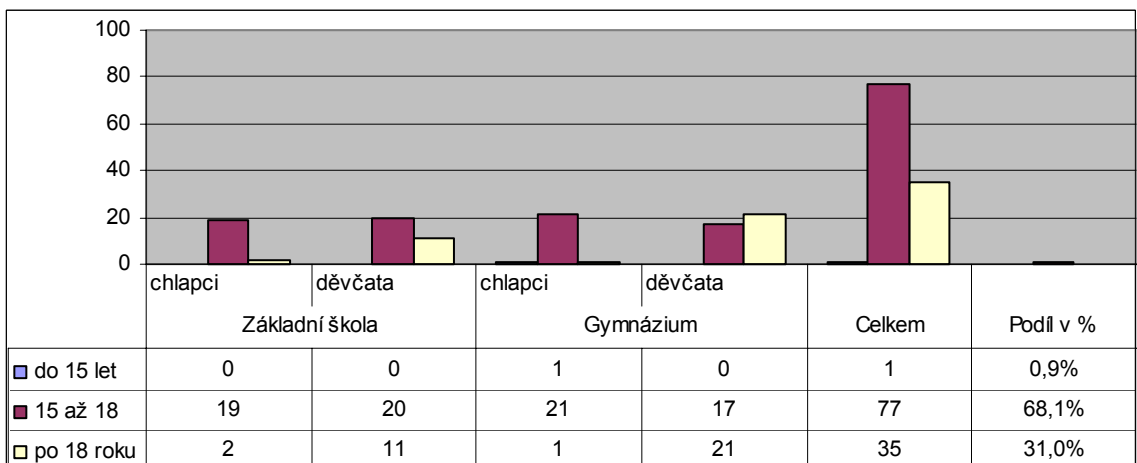
- a) nemusí se poznávat
- b) 1 až 2 měsíce
- c) 3 až 6 měsíců
- d) déle než 6 měsíců



**Otázka č. 8:**

*V jakém věku je podle Vás vhodné začít se sexuálním životem?*

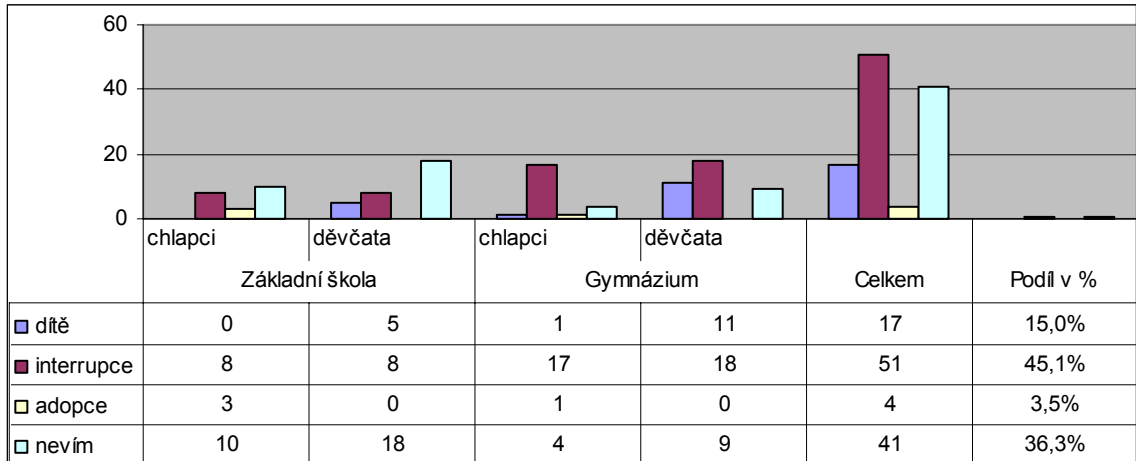
- a) dříve než v 15 letech
- b) mezi 15 a 18 rokem
- c) po 18 roku



**Otázka č. 9:**

*Jakou možnost by jste volili v případě nechtěného těhotenství?*

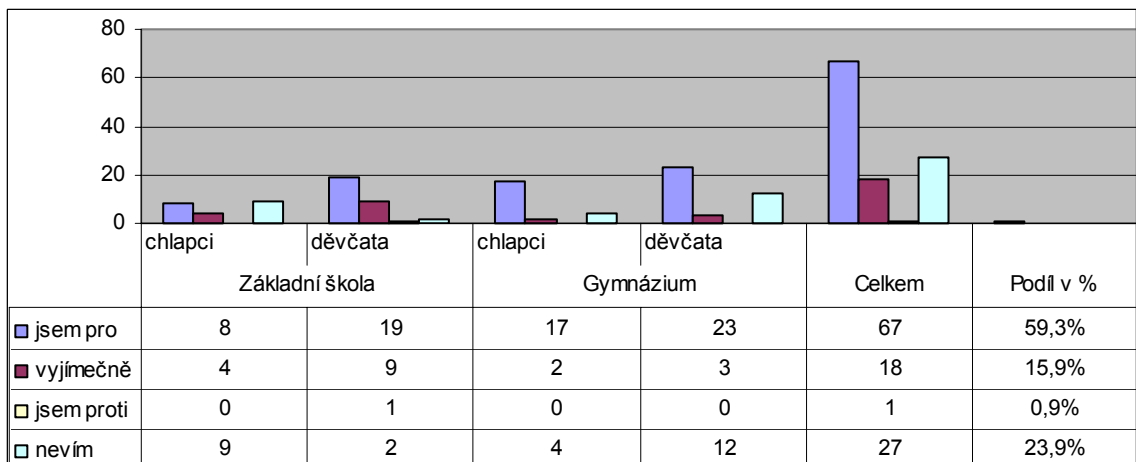
- a) dítě bych si ponechal(a)
- b) interrupce (umělé přerušeni těhotenství)
- c) adopce (náhradní rodinná péče)
- d) nevím



**Otázka č. 10:**

*Jaký je Váš názor na provádění interrupcí (umělého přerušeni těhotenství)?*

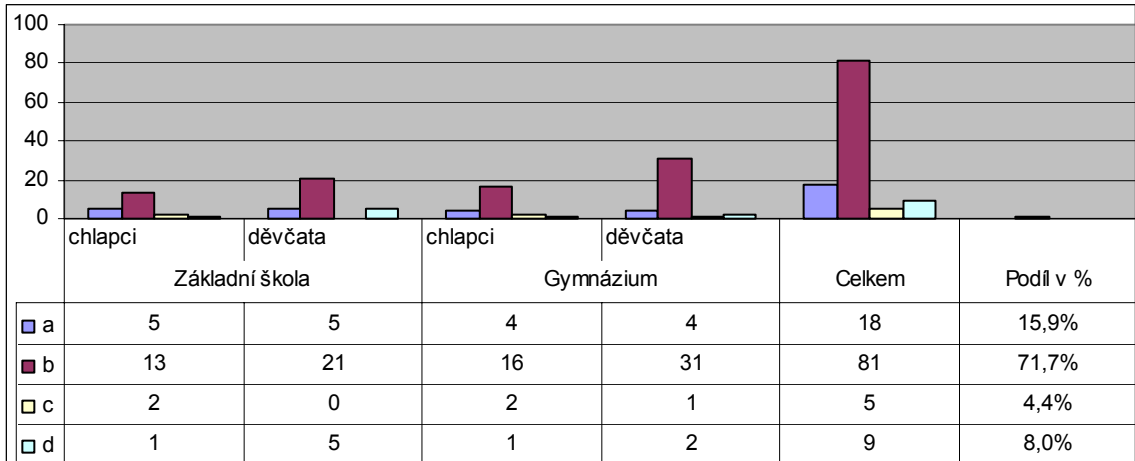
- a) jsem pro, každá žena má právo svobodně se rozhodnout
- b) jsem pro pouze v případě, kdy je ohrožen život matky nebo dítěte
- c) jsem zásadně proti
- d) nevím



**Otázka č. 11:**

*Plánované rodičovství je:*

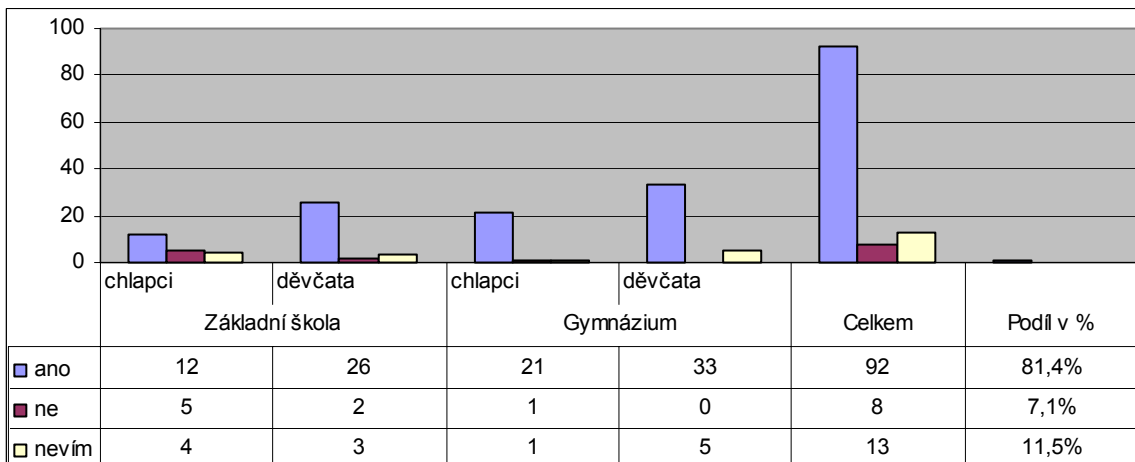
- a) rodinná a sexuální výchova
- b) plánování počtu dětí rodičích se za optimálních podmínek
- c) metody a způsoby antikoncepce a interrupce
- d) nevím



**Otázka č. 12:**

*Myslíte, že je důležité vědět co nejvíce o partnerství, manželství a rodičovství pro Váš budoucí partnerský a rodinný život?*

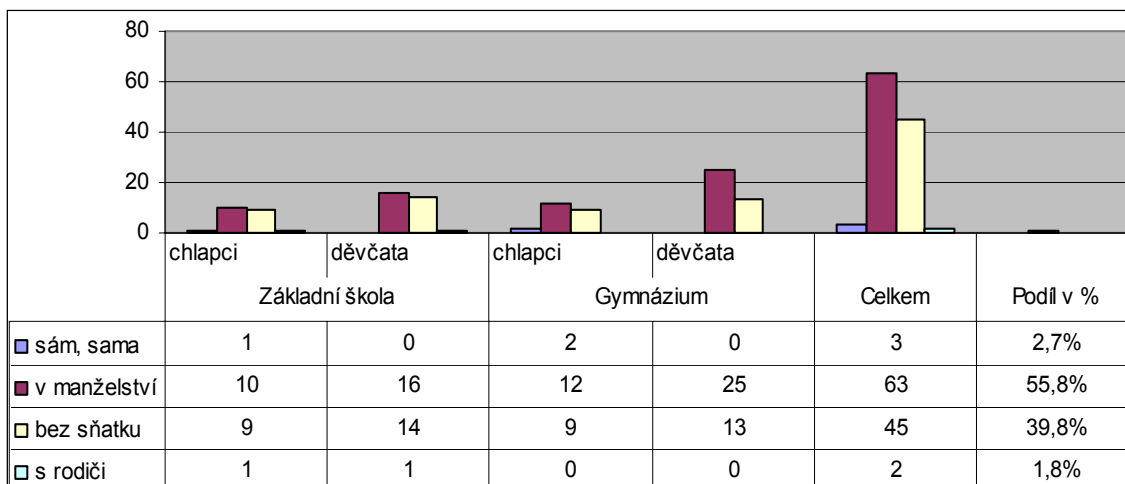
- a) ano
- b) ne
- c) nevím



**Otázka č. 13:**

*Jakou máte představu o svém budoucím (rodinném) životě?*

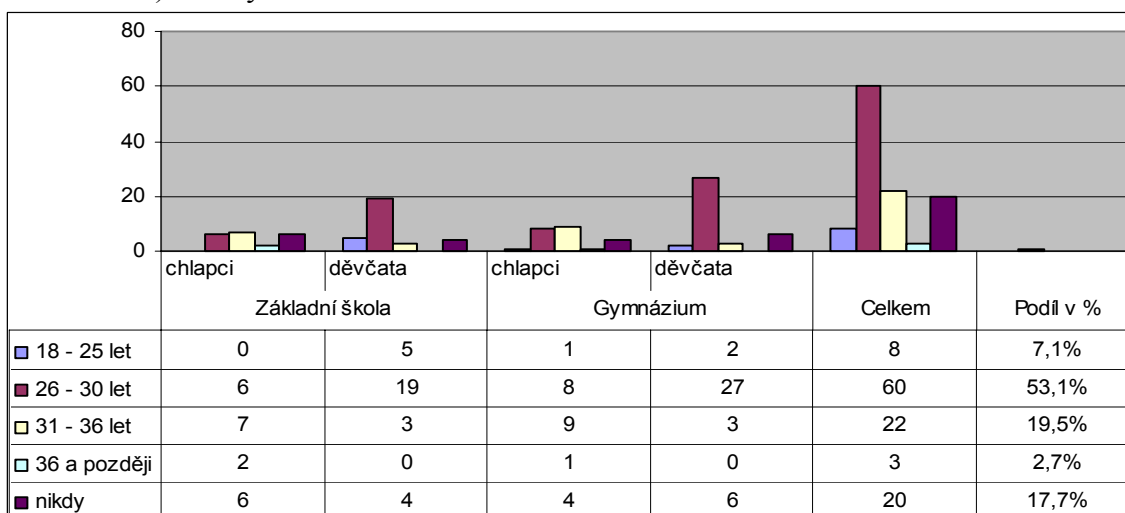
- a) budu žít sám, sama
- b) v manželství
- c) s partnerem bez sňatku
- d) s rodiči



**Otázka č. 14:**

*V kolika letech by jste chtěli uzavřít sňatek?*

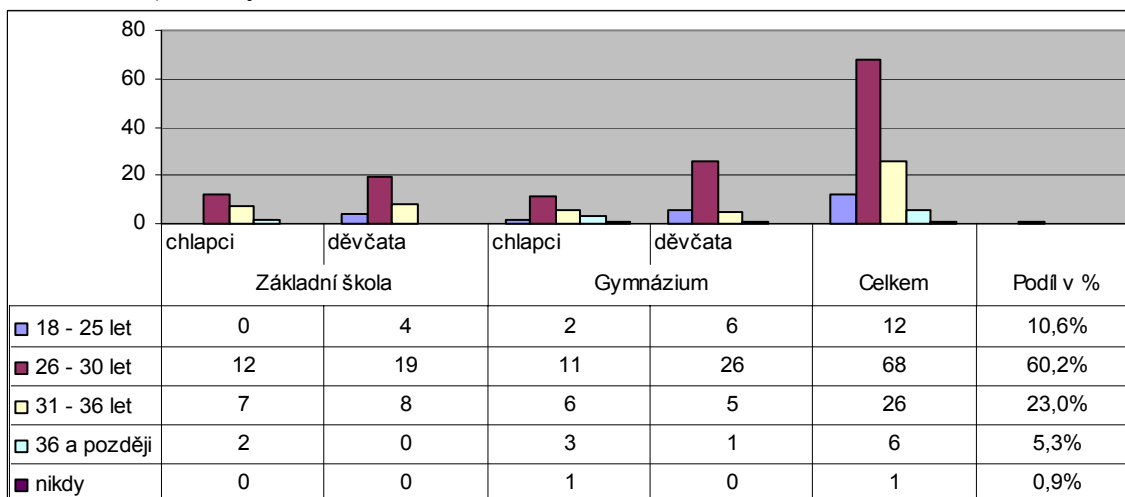
- a) 18 až 25 let
- b) 26 až 30 let
- c) 31 až 36 let
- d) 36 a výše
- e) nikdy



**Otázka č. 15:**

*V kolika letech by jste chtěli mít první dítě?*

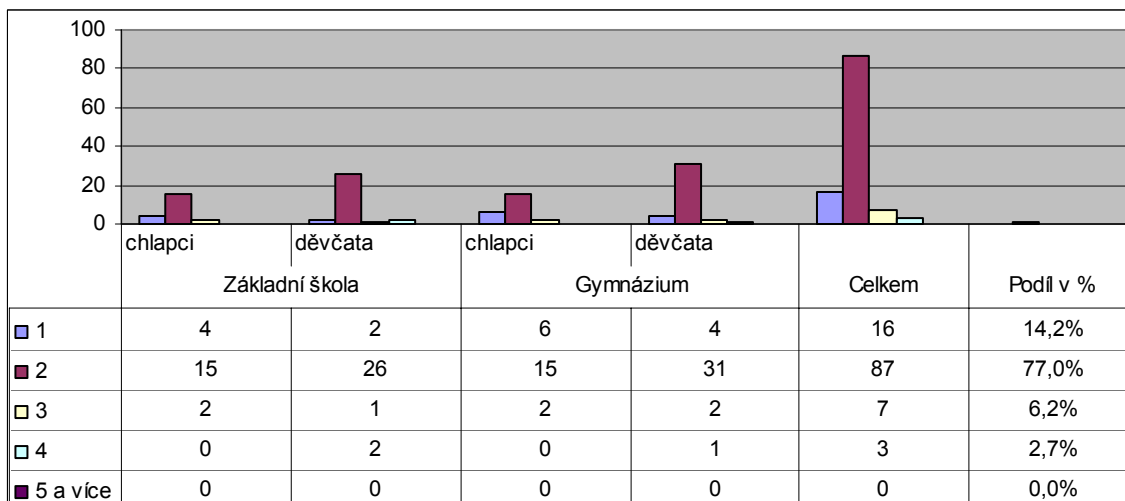
- a) 18 až 25 let
- b) 26 až 30 let
- c) 31 až 36 let
- d) 36 a výše
- e) nikdy



**Otázka č. 16:**

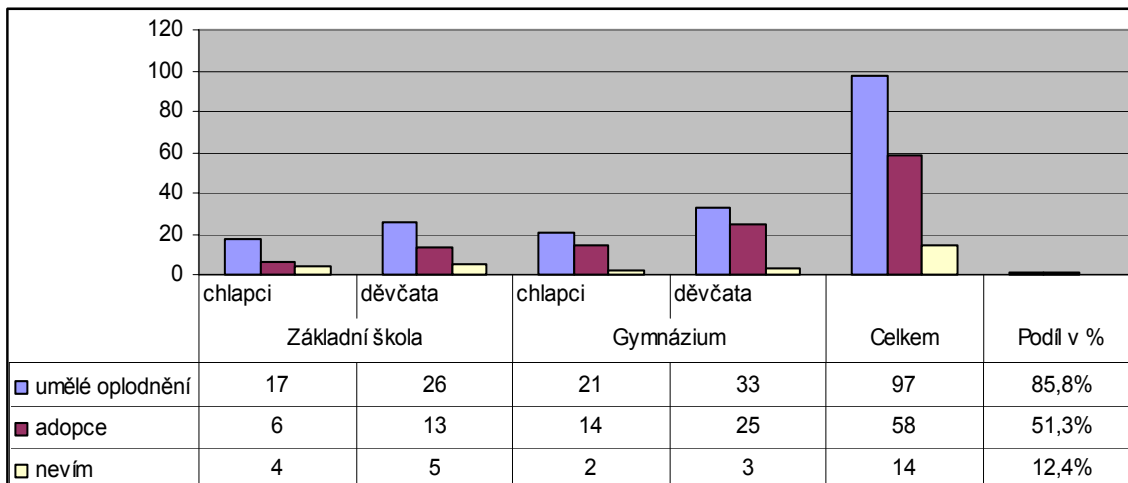
*Kolik dětí by jste chtěli mít?*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 a více



**Otázka č. 17:**

*Jaké znáte možnosti řešení neplodnosti (pokud partneri nemohou mít děti)?*

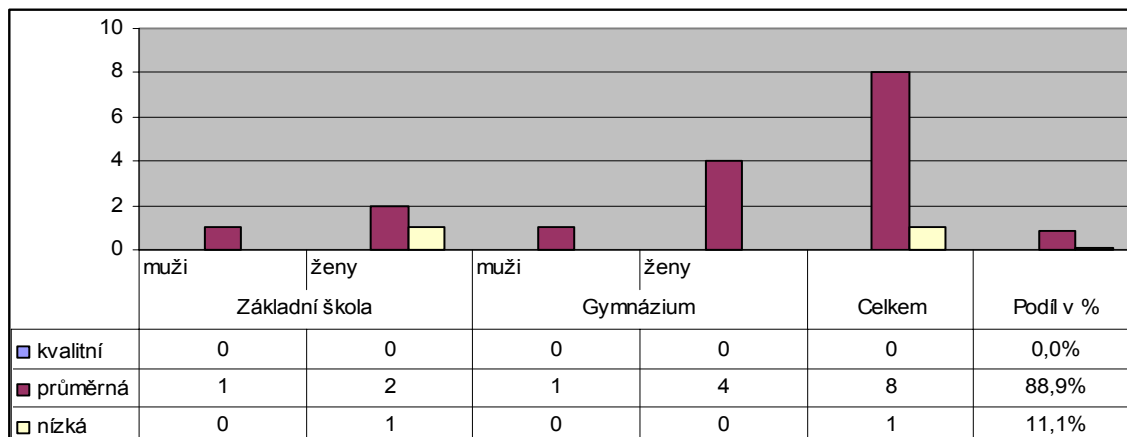




## Vyhodnocení rozhovorů – odpovědi pedagogů

### **Otázka č. 1:**

*Jaká je, dle Vašeho názoru, úroveň sexuální výchovy na Vaší škole?*



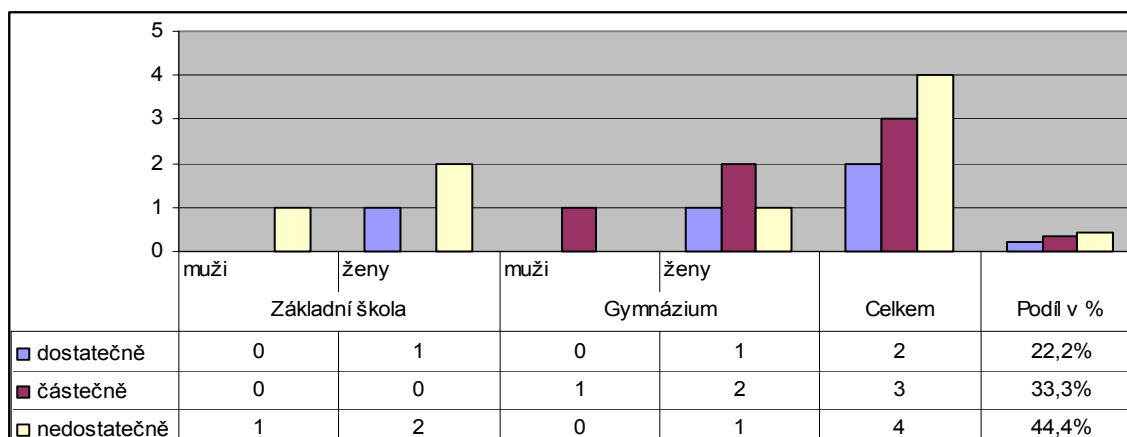
### **Otázka č. 2:**

*Vyučoval(a) jste někdy sexuální výchovu, pokud ano, měl(a) jste s tím nějaký problém, pokud ano, jaký?*

Se sexuální výchovou měli zkušenost pouze dva z oslovených pedagogů a tito neměly s výukou problém, přesto zmínily několik možností, proč může k problémům ve výuce v této oblasti docházet. Jedná se především o absenci sexuální výchovy v rodině i ve škole u samotných učitelů, absenci sexuální výchovy ve vysokoškolské přípravě, určitý stud při odpovědích na přímé otázky žáků ap.

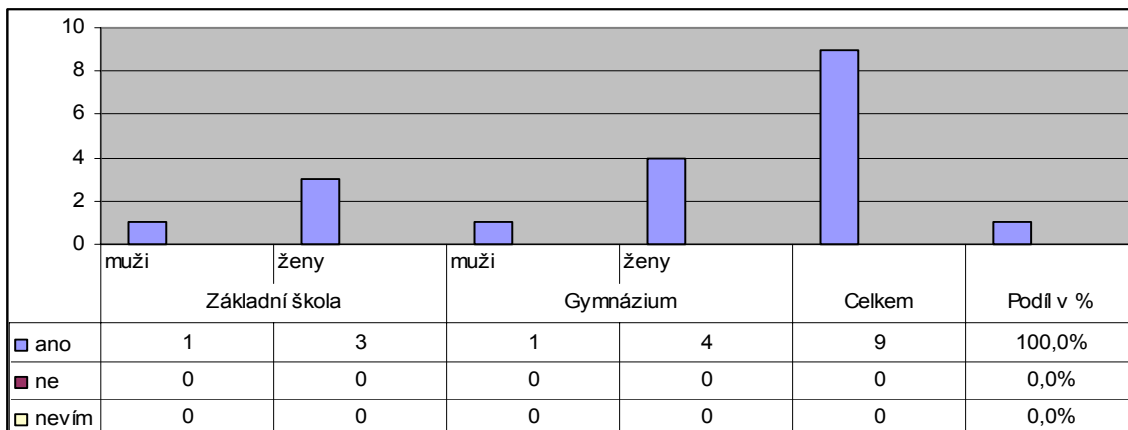
### **Otázka č. 3:**

*Myslíte si, že jste dostatečně kvalifikován(a) pro zprostředkování informací týkajících se sexuální výchovy?*



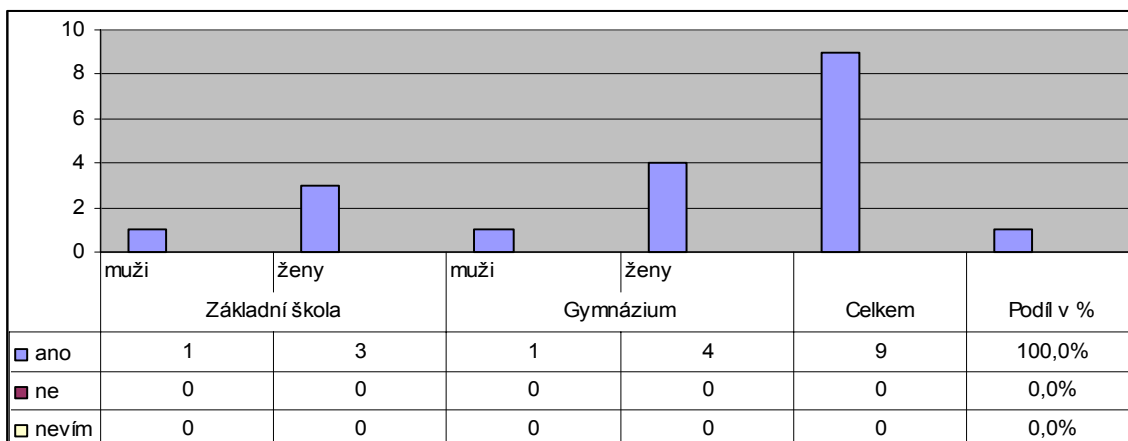
**Otázka č. 4:**

*Je problematika rodinné a sexuální výchovy v přípravě budoucích učitelů důležitá a měla by být do přípravy zahrnuta?*



**Otázka č. 5:**

*Sledujete v posledních letech u žáků posun v přístupu k otázkám plánovaného rodičovství – antikoncepce, interrupce, manželství, rodičovství?*



## 6 Interpretace dat

### **Komentář k dotazníkovému šetření:**

Všechny rozdané dotazníky (113 respondentů) byly vráceny vyplněné a z jejich výpovědí vyllynuly tyto informace:

Prvních 11 otázek dotazníku mělo zmapovat jaká je informovanost dospívajících v oblasti lidské sexuality, na jakých poznatkových základech mohou dospívající budovat své postoje a jaké jsou jejich postoje k problematice pohlavního dozrávání a sexuálního chování.

Z odpovědí na otázky 1, 2, a 3 vyplývá, že nejčastěji se dotazovaní poprvé setkali se sexuální výchovou na II. stupni základní školy (75 %), následoval I. stupeň základní školy (18 %), v 5 % odpovědí byli udáváni rodiče a ve 2 % je to mateřská škola. Jako zdroj těchto informací udávají zhruba ve stejném množství případů kamarády, příp. vrstevníky (37 %) a literaturu, televizi, internet (32 %), informace od pedagogů připouští 19 % dotázaných a na rodiče připadá 12 %. Na otázku, „*V kolika letech je vhodné začít získávat informace o sexualitě?*“, je udávána, jak jsem předpokládal, celkem jednoznačná odpověď, že na základní škole (81 %), 10 % neví, v mateřské škole 7 % a na škole střední 2 %.

Odpovědi na otázky 4 – 6 dokladují základní znalosti v oblasti sexuality. Dle mého předpokladu je informovanost na dobré úrovni, přesto se objevila 1 odpověď, že dívka nemůže při prvním pohlavním styku otěhotnět, ve dvou případech byla odpověď nevim, všechny ostatní byly správné. Odpovědi na otázku ochrany před pohlavními chorobami se vyskytovali v tomto pořadí: kondom, sexuální abstinence, věrnost, zdravotní testy, antikoncepce. K zodpovědnosti za používání antikoncepce se vyslovilo 67 % pro oba partnery, 28 % pro ženy a 5 % pro muže.

Otázky 7 a 8 se týkaly doby začátku sexuálního života. Pro začátek mezi patnáctým až osmnáctým rokem se vyslovilo 68 % dotázaných, po osmnáctém roce 31 %, v jednom případě byla odpověď před patnáctým rokem. Celkem vyrovnané byly odpovědi týkající se partnerského poznávání před prvním pohlavním stykem. 38 %

udává 3–6 měsíců, 31 % více než 6 měsíců (především děvčata), 24 % 1 až 2 měsíce a 7 % nepovažuje za nutné se před prvním sexuálním kontaktem poznávat (převážně odpovědi chlapců).

Další 2 otázky byly zaměřeny na interrupci. V případě nechtěného těhotenství by možnost interrupce volilo 45 % studentů, odpověď nevíم měla zastoupení v 36 % případů, dítě by si ponechalo 15 % z nich a 4 % by volilo adopci. Názor na provádění interrupcí byl: 59 % pro, 24 % nevíم, 16 % ano v případě ohrožení života matky nebo dítěte a jedna odpověď byla jsem proti.

Poměrně dobrá informovanost se projevila i v odpovědích na otázku, „*Co je plánované rodičovství?*“. 72 % odpovědí je správných, 16 % udává, že plánované rodičovství je jen rodinná a sexuální výchova, pro 4 % jsou to pouze metody a způsoby antikoncepce a interrupce, 8 % neví.

Zbývající otázky dotazníku (12–17) zjišťovaly, o jakém partnerském a rodinném soužití mladí lidé uvažují a jakou představu mají o své budoucí rodičovské roli.

Že jsou informace o partnerství, manželství a rodičovství důležité pro partnerský a rodinný život si myslí 81 % dotázaných, 12 % neví, že ne tvrdí 7 %. Celkem 55 % si spojuje svůj budoucí život s manželstvím, 40 % uvažuje o partnerské vztahu bez sňatku, 3 % odpovědělo, že chtějí žít sami a 2 % s rodiči. Co se týká doby uzavření sňatku, tak více než polovina (53 %) uvažuje o sňatku ve věku 26–30 let, 19 % ve věku 31–36 let. Do 25 let je to 7 % a po 36 roku věku 3 %. Téměř 18 % uvedlo, že nechtějí uzavřít sňatek nikdy, což potvrzuje výsledky předešlé otázky, že mladí lidé stále častěji uvažují pouze o partnerském vztahu bez svatby. Doby prvního potomka spojují studenti nejčastěji s věkem 26–30 let (60 %), následuje věk 31–36 let (23 %), do 25 let je to 11 % případů, po 36 roku věku jde o 5 % a jeden případ udává, že nechce děti nikdy. Odpovědi na otázku počtu dětí jsou zastoupeny, opět podle mých předpokladů, takto: 2 děti – 77 %, 1 dítě – 14 %, 3 děti – 6 %, 4 děti – 3 %, 5 a více – 0 % případů.

Na poslední otázku „*Jaké jsou možnosti řešení neplodnosti?*“, jsou odpovědi zastoupeny takto: nejvíce udává umělé oplodnění, následuje adopce, 12 % neví.

### **Komentář k informacím získaných z rozhovorů:**

Doplňující část výzkumu (9 respondentů) byla směřována k učitelům v praxi, k jejich zkušenostem se sexuální výchovou a názorům na její úroveň.

Z jejich výpovědí (8 - průměrná, 1 - nízká, 0 – kvalitní) vyplývá, že úroveň sexuální výchovy na obou školách je spíše průměrná.

Se sexuální výchovou měli zkušenost pouze dva z oslovených pedagogů, kteří s výukou nemají problém. Důvody, proč k problémům může docházet uvádějí tyto: absence sexuální výchovy v rodině i ve škole u samotných učitelů, absence sexuální výchovy ve vysokoškolské přípravě, určitý stud při odpovědích na přímé otázky žáků nebo volba metod výuky.

Dostatečnou kvalifikaci přiznali pouze již dva zmínění pedagogové, kteří mají se sexuální výchovou zkušenosti a i oni by přivítali průběžné doplňování informací z této oblasti. Ostatní připouští pouze částečnou (3), případně nedostatečnou (4) kvalifikaci.

Všechny odpovědi na otázku „*Je problematika rodinné a sexuální výchovy v přípravě budoucích učitelů důležitá a měla by být do přípravy zahrnuta?*“ byly jednoznačně ano.

Stejně odpověděli všichni i na otázku poslední, jestli sledují u žáků posun v přístupu k problematice plánovaného rodičovství. Změnu pozorují především v názorech na dobu uzavírání sňatku, případně otázku sňatku jako takového (žít v manželství, nebo pouze jako partneři bez svatby) a změnu udávají i posunu doby plánování prvního potomka.

### **Komentář k informacím získaných z gynekologicko-porodnického pracoviště:**

Poslední část výzkumu byla provedena na gynekologicko-porodnickém pracovišti Fakultní nemocnice Brno - Porodnice Obilní trh. Cenné informace mi poskytli vedoucí lékař as. MUDr. Luboš Minář a staniční sestra porodního sálu Bc. Miloslava Kameníková. Jednalo se o statistické údaje uvedeného oddělení týkající se porodnosti, potratovosti či užívání antikoncepce doplněné o jejich osobní zkušenosti a informace

získané přímo z výpovědí klientek a pacientek jejich pracoviště - věk žen při prvním porodu, důvody potratu atd. Informovali mě i o výsledcích na úseku asistované reprodukce.<sup>64</sup>

Po zpracování těchto informací jsem zjistil, že v podstatě korespondují s údaji Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, které jsou uvedeny v přílohách č. 2, 5, 6 a 7.

---

<sup>64</sup> viz. příloha č. 8

## ZÁVĚR

Každý z nás má sice právo svobodně se rozhodnout o době a počtu zplozených dětí, ale současně má každý také povinnost se o dítě starat a zajistit mu optimální péči a výchovu. K dosažení takového cíle však nestačí pouze touha stát se otcem či matkou, ale je třeba se na tuto roli připravit. Rodiče by měli být dostatečně informovaní, vyspělí a zralí. V neposlední řadě je třeba brát v úvahu také ekonomickou a sociální situaci rodiny, jakožto základního článku společnosti. Je tedy především povinností společnosti zajistit každému jedinci kvalitní informace z oblasti sexuální výchovy. Každý z nás má právo na poučení o základních věcech, jako jsou plánování rodiny, výběr vhodné a dostupné antikoncepce, otázky umělého přerušování těhotenství, které se může stát nejen velkým zdravotním, ale i sociálním problémem, nebo v poslední době stále aktuálnější problematika umělého oplodnění, resp. adopce. Povinností a zájmem společnosti by mělo být také zajištění odpovídajících sociálních, ekonomických a právních podmínek proto, aby se dítě rodilo jako chtěné a očekávané a abychom mu připravili to nejlepší prostředí, ve kterém bude vyrůstat.

Z uvedeného logicky vyplývá, že dostupnost a kvalita rodinné a sexuální výchovy je jedním z nejdůležitějších faktorů, který má zásadní vliv na plánované rodičovství jak na úrovni individuální, tak celospolečenské. I proto byla výzkumná část práce věnována této problematice a ze zjištěných faktů lze vyvodit následující:

Předpoklad první hypotézy, že dospívající jsou poměrně dobře informovaní a orientují se v základních pojmech týkajících se oblasti plánovaného rodičovství potvrdily odpovědi na otázky první části dotazníku. Myslím, že příznivé počty správních odpovědí vypovídají o hlubších znalostech současné mládeže ve srovnání se znalostmi dospívajících např. před 15 či 20 lety. Přesto lze mezi nimi stále pozorovat výskyt určitých mýtů. I když pouze ojediněle, vyskytly se i odpovědi, že dívka nemůže při prvním pohlavním styku otěhotnět (1x), ve třech případech se vyskytla na otázku jaké jsou způsoby ochrany před pohlavními chorobami odpověď nevím, v pěti případech vyplývá z odpovědí, že za antikoncepci je zodpovědný pouze muž. 8 % neví, co je plánované rodičovství. I tak mě výsledky přesvědčily o poměrně slušné informovanosti. Dále bylo zjištěno, že informace se k dospívajícím dostávají nejčastěji

na II. stupni základní školy, převážně mediální formou (literatura, časopisy, televize, internet).

Taktéž hypotézu č. 2, že „*V posledních letech došlo k posunu v přístupu dospívajících k problematice plánovaného rodičovství, zejména v otázkách: antikoncepce, interrupce, manželství, rodičovství...*“, výsledky dotazníkového šetření potvrdily. Opět ve srovnání s dobou před cca 20 lety je patrná změna zejména v představách dospívajících o jejich budoucím (rodinném) životě – téměř 40 % neuvažuje o sňatku, ale pouze o partnerském vztahu. Dále je zřejmý posun v úvahách o věku, v němž chtějí uzavírat sňatky (26-30 let), či mít první dítě (26-30 let). Celkem jasno mají v otázce interrupcí (60 % pro, 16 % ve vyjímečných případech). Rozhodně považují za důležité pro svůj budoucí (rodinný) život vědět co nejvíce o partnerství, manželství a rodičovství (81 %).

Platnost druhé hypotézy byla potvrzena také jednak výpověďmi pedagogů základní i střední školy (všichni dotázaní udali, že registrují u žáků posun v přístupu k uvedené problematice), tak v neposlední řadě statistickými údaji získanými ze zdrojů Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, které jen ověřily pravdivost informací získaných z gynekologicko-porodnického pracoviště. Tyto údaje jasně prokazují oddalování uzavírání sňatků i prvních porodů do vyššího věku, dále úbytek umělých interrupcí a rozmach užívání antikoncepce, což ukazuje na vyšší informovanost a zodpovědnost jedinců. Statistické údaje však dokladují i zvyšující se počet případů asistované reprodukce (i když se stále vyšším procentem úspěšnosti)<sup>65</sup>, což ale bohužel svědčí o narůstajících problémech s plodností.

Chceme-li hovořit o kvalitní sexuální výchově, je nezbytné, aby jistá kvalitativní kritéria splňoval především ten, kdo vychovává. A to je stále ještě provázáno určitými problémy, což potvrzuje ověření hypotézy č. 3, že „*Ne všichni učitelé jsou dostatečně erudovaní a kvalifikovaní pro zprostředkovávání informací týkajících se sexuální výchovy.*“ Její pravdivost dokládají jednak výsledky mého výzkumného šetření (viz str. 73), tak především údaje získané předešlými výzkumy<sup>66</sup>, které prezentovala PaedDr. Miluše Rašková, Ph.D. na Moravském regionálním kongresu o sexuální výchově v

---

<sup>65</sup> viz příloha č. 8, 9

<sup>66</sup> viz příloha č. 10



České republice, který se konal 30. března – 1. dubna 2006 v Uherském Brodě pod záštitou Mgr. Josefa Slováka, náměstka hejtmána Zlínského kraje.<sup>67</sup>

Jak je patrné, tak v oblasti plánovaného rodičovství je stále velký prostor pro činnost jak teoretickou (např. tvorba vzdělávacích programů), tak zejména činnost praktickou (výzkumnou). I když informovanost dospívajících se zdá být poměrně solidní, pak rezervy vidím především ve způsobu předávání těchto znalostí – větší zainteresovanost rodičů (velmi málo informací získává mládež doma) a zvyšování kvalifikace pedagogů zabývajících se problematikou rodinné a sexuální výchovy. A právě v rodině a ve škole je dle mého názoru obrovský prostor pro uskutečňování dalších výzkumných šetření a ke získávání cenných dat pro hledání nápravných opatření.

Myslím tedy, že na závěr mohu konstatovat, že všechny předpoklady vyslovené v hypotézách se více, či méně podařilo potvrdit a ověřit. Je ovšem zřejmé, že vzhledem k velikosti zkoumaného vzorku a i proto, že výzkumné šetření probíhalo pouze na lokální úrovni, nemají jeho výsledky rozhodně absolutní vypovídající hodnotu.

Přesto si myslím, že mnohé naznačují a ve spojení s již uskutečněnými výzkumy a s informacemi uvedenými v teoretické části práce, z nich lze vyvodit určité závěry s, alespoň částečnou, obecnou platností. Těchto závěrů by potom mohlo být prakticky využito jako přínosného materiálu např. při tvorbě vzdělávacích programů pro rodinnou a sexuální výchovu žáků základních a středních škol a dále pro vysokoškolskou přípravu studentů pedagogických fakult pro učitelství na základních a středních školách.

---

<sup>67</sup> <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/moravsky-kongres-sexualni-vychova>

## RESUMÉ

Téma „*Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém*“ jsem volil proto, že plánované rodičovství se stává v moderních rozvinutých zemích součástí životního stylu a touha po dítěti je u naprosté většiny lidí vrozená.

Práci tvoří dvě části – první (teoretická) je rozčleněna do pěti kapitol a je zaměřena na popis, rozbor a přehled nejdůležitějších faktorů úzce souvisejících s plánováním rodičovství.

Kapitola první rozebírá problémy rodinné politiky – sociální a ekonomické postavení současné rodiny, dále populační vývoj a reprodukční chování české populace.

O stavu, dostupnosti a úrovni rodinné a sexuální výchovy je pojednáno v kapitole č. 2. Jsou zde zodpovězeny právní otázky sexuální výchovy, naznačena problematika sexuální výchovy v rodině a ve škole a popsána snaha o vytvoření samostatné studijní disciplíny orientované na sexuální výchovu.

Ve třetí kapitole je řešena antikoncepce jako nedílná součást plánovaného rodičovství. Zabývám se zde právem na dostupnost antikoncepce, výběrem vhodné antikoncepční metody a popisuji její jednotlivé, běžně dostupné, druhy.

Kapitola čtvrtá je věnována problematice umělého přerušování těhotenství. Jsou zde popsány druhy a metody interrupcí a práva matky a plodu. Je zde statisticky doloženo, jaký vliv má prevence ve formě dostupnosti informací vliv na snižování počtu umělých potratů.

Umělé oplodnění, jako součást plánovaného rodičovství, je zmíněno v poslední kapitole. Je zde definována neplodnost. Tato část práce obsahuje přehled metod asistované reprodukce a zabývá se též riziky asistovaného početí. Jsou zde podány i základní informace týkající se adopce, která je také považována za jednu z možností řešení neplodnosti.

Druhá část práce (výzkumná) je věnována oblasti sexuální výchovy, kterou považují za jeden z nejdůležitějších faktorů, který má zásadní vliv na plánované rodičovství, a cílem této části je ověřit a potvrdit, případně vyvrátit tyto hypotézy:

- *Dospívající jsou poměrně dobře informováni a orientují se v základních pojmech týkajících se oblasti plánovaného rodičovství.*
- *V posledních letech došlo k posunu v přístupu dospívajících k problematice plánovaného rodičovství, zejména v otázkách: antikoncepce, interrupce, manželství, rodičovství...*
- *Ne všichni učitelé jsou dostatečně erudovaní a kvalifikovaní pro zprostředkovávání informací týkajících se sexuální výchovy.*

Při zpracování daného tématu byla pro teoretickou část užitá systémová metoda a sekundární analýza literárních pramenů, odborných článků, sborníků, statistických materiálů, zákonů a informací z internetu. V části výzkumné je hlavní technikou anonymní dotazníkové šetření, rozhovor a analýza statistických údajů.

V závěru práce jsou všechny údaje získané výzkumem přehledně shrnuty a společně s teoretickými informacemi první části a přílohami, které jsou součástí, je potvrzena pravdivost všech stanovených hypotéz.

## ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

**Anotace:** „*Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém.*“ Diplomová práce se v teoretické rovině zabývá plánovaným rodičovstvím jako základním lidským právem a v moderních zemích taktéž jako součástí životního stylu. Ukazuje na problémy spojené s rodinnou politikou, populačním vývojem, reprodukčním chováním, rozebírá otázky rodinné a sexuální výchovy v rodině i ve škole, popisuje jednotlivé druhy antikoncepčních metod, definuje potrat a jeho druhy a metody. Věnuje se problematice neplodnosti a objasňuje možnosti, metody a rizika asistované reprodukce. Zmiňuje se o adopci. Výzkumná část dokladuje stav, dostupnost a úroveň sexuální výchovy na základních a středních školách jak z pohledu žáků, tak pedagogů.

**Klíčová slova:** Plánované rodičovství, manželství, rodinná politika, populační vývoj, reprodukční chování, rodinná výchova, sexuální výchova, antikoncepce, těhotenství, interrupce, neplodnost, asistovaná reprodukce, adopce.

## ANNOTATION AND KEY WORDS

**Annotation:** „*Family planning as individual and social problem.*“ The diploma thesis deals with family planning as a basic human right and as a part of modern lifestyle in developed countries. It shows problems connected with population policy, population growth, reproductive behaviour, it discusses questions of home economics and sex education in families and in schools, it describes various contraception methods, it defines types and methods of abortion. It pays attention to problems of infertility and explains possibilities, methods and dangers of assisted reproductive technology. It mentions adoption. The research section demonstrates recent situation in primary and secondary schools, level and accessibility of sex education from pupils' and teachers' point of view.

**Key words:** Family planning, marriage, population policy, population growth, reproductive behaviour, home economics, sex education, contraception, pregnancy, abortion, infertility, assisted reproductive technology, adoption.

## LITERATURA A PRAMENY

### *Tištěné prameny*

1. Listina základních práv a svobod
2. Sdělení č. 104/1991 Sb. Federálního ministerstva zahraničních věcí o Úmluvě o právech dítěte
3. Vyhláška MZ ČSR 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky
4. Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství
5. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů
6. Zákon Národního shromáždění č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství

### *Literatura*

7. BRTNÍKOVÁ, M. a kol.: *Sex? AIDS!*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1989. [152 s.] ISBN 80-7012-021-5
8. BRZEK, A. A KOL.: *Průvodce sexualitou člověka*. 1. vyd. Praha: SPN, 1993. [132s.] ISBN 80-04-25814-X
9. CAPPONI, V. A KOL.: *Sexuologický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. [149 s.] ISBN 80-7169-115-1
10. CYRAN, W.: *Dospívám v ženu*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1997. [174 s.] ISBN 80-237-3207-2
11. ČEPICKÝ, P.: *Antikoncepce*, Praha: Centrum národní podpory zdraví, 1993. [30 s.] ISBN 80-7071-004-7
12. DONÁT, J.: *Důvěrně a otevřeně o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1998. [95 s.] ISBN 80-7168-371-X
13. FENDRICH, Z.: *Moderní metody plánovaného rodičovství*. 1. vyd. Praha: Printop, 1995. [51 s.] ISBN 80-901933-0-7
14. JANIŠ, K., TÄUBNER, V.: *Didaktika sexuální výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999. [107 s.] ISBN 80-7041-902-4
15. JANIŠ, K.: *Rodina a škola*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. [103 s.] ISBN 80-7041-170-8
16. JONAS, R.: *Zázračná cesta na svět*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2001. [111 s.] ISBN 80-7209-354-1

17. KABELKOVÁ, Z.: *Plánované rodičovství*. 1. vyd. Brno: Univerzitní knihovna, 1967. [7 s]
18. KONEČNÁ, H.: *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. [118 s.] ISBN 80-200-1055-6
19. MITLÖHNER, M.: *Vybrané právní problémy v učitelské praxi*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. [101 s.] ISBN 80-7041-546-0
20. MOŽNÝ, I.: *Česká společnost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. [207 s.] ISBN 7178-624-1
21. NEVORÁNEK, J., ŘEHOŘ, A.: *Kapitoly ze sociologie rodiny*, Brno: IMS, 2004. [38 s.]
22. ORVIN, G.H.: *Dospívání – kniha pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. [180 s.] ISBN 80-247-0124-3
23. PEKÁRKOVÁ, M.: *Potrat Ano – Ne*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. [101 s.] ISBN 80-7169-922-5
24. RABOCH, J.: *Očima sexuologa*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1988. [260 s.]
25. ŘEŽÁBEK, K.: *Léčba neplodnosti*. 3. vyd. Praha: Grada, 2004. [120 s.] ISBN 80-247-1010-2
26. STŘELEČEK, S. A KOL.: *Kapitoly z teorie a metodiky výchovy*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. [189 s.] ISBN 80-85931-61-3
27. ŠILEROVÁ, L.: *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. [103 s.] ISBN 80-247-0291-6
28. ŠIPR, K.: *Hovory o lásce*. 1. vyd. Brno: Tisk, 1991. [134 s.] ISBN 80-7122-002-7
29. ŠIPR, K.: *Přirozené plánování rodičovství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1985. [84 s.]
30. ŠULOVÁ, L.: *Jak učit výchovu k manželství a rodičovství*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. [112 s.] ISBN 80-7169-218-2
31. TROJAN, O.: *O čápech, vránách a dětech*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. [152 s.] ISBN 80-7169-821-0
32. UZEL, R.: *Antikoncepční kuchařka*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. [136 s.] ISBN 80-7169-767-2
33. UZEL, R.: *Jak neotěhotnět*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1992. [110 s.] ISBN 80-85526-15-8
34. UZEL, R.: *Mýty a pověry v sexu*. 1. vyd. Praha: Práce, 1990. [156 s.] ISBN 80-208-0936-8
35. UZEL, R.: *Ženské otazníky*. 1. vyd. Praha: Práce, 1987. [166 s.]

36. VÁCHA, K.: *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1966. [33 s.]
37. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. 2 sv. Praha: Karolinum, 1996. [749-1627 s.] ISBN 80-7184-310-5
38. WEISS, P., ZVĚŘINA, J.: *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. [159 s.] ISBN 80-7128-558-X

### **Časopisecká literatura**

39. *Demografie*. Ročník 48, číslo 3, 2006
40. *Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 1997
41. *Lékařské listy*. Rubrika: Porodnictví, 26.08.2005
42. *Plánování rodiny a reprodukční zdraví*, 1/1998
43. *Prohlášení Mezinárodní konference o lidských právech*, Teherán, 1968
44. *Prohlášení OSN o odstranění všech forem diskriminace žen*, 1979
45. *Propopulační politika – ano či ne*. Praha: Centrum pro ekonomiku a kulturu CEP, 21/2002
46. *Rovnost*. Příloha: Zdraví, 18.12.2004
47. *Světová populační konference OSN*, Bukurešť, 1974
48. ŠTĚPÁN, J.: *Sexuální výchova mládeže je právní povinností státu* - přednáška na 7. celostátním kongresu k sexuální výchově v České republice, Pardubice 1999

### **Informace z internetu**

49. <http://www.004.cz>
50. <http://www.adopce.com>
51. <http://www.antikoncepce.cz>
52. <http://www.czso.cz>
53. <http://www.feminismus.cz>
54. <http://www.isz.cz/ratolest.cz>
55. <http://www.ivfbrno.cz>
56. <http://www.kspsp.cz>
57. <http://www.materska-nadeje.cz>
58. <http://www.mednet.medicina.cz>
59. <http://www.neplodnost.cz>
60. <http://www.planovanirodiny.cz>

61. <http://www.porodnice.cz>
62. <http://www.pronatal.cz>
63. <http://www.rodina.cz>
64. <http://www.sexus.cz>
65. <http://www.sweb.cz>
66. <http://www.uzis.cz>
67. <http://www.zena.centrum.cz>



## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1:** Dotazník, (2 str.).

**Příloha č. 2:** Pohyb obyvatelstva 1975-2005, (1 str.).

**Příloha č. 3:** Přehled metod antikoncepce a jejich spolehlivost, (1 str.).

**Příloha č. 4:** Pearl index, (1 str.)

**Příloha č. 5:** Graf – Ženy užívající antikoncepci (1996-2006), (1 str.).

**Příloha č. 6:** Plodnost, potratovost a ukončená těhotenství podle věku žen, (1 str.).

**Příloha č. 7:** Potraty podle druhu a způsobu provedení a graf - Živě narozené děti, UPT (uměle přerušená těhotenství) a samovolné potraty, (1 str.).

**Příloha č. 8:** Výsledky Centra asistované reprodukce FN Brno, (1 str.).

**Příloha č. 9:** Výsledky léčby neplodnosti – Sanatorium Pronatal, (1 str.).

**Příloha č. 10:** Citace učitelů vybrané z dřívějších výzkumů mapujících realizaci sexuální výchovy v podmínkách školské praxe, (2 str.).

## Dotazník

V rámci zpracování diplomové práce na téma „*Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém*“ je prováděno dotazníkové šetření za účelem získání informací týkajících se uvedeného tématu.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto jednoduchého dotazníku. Vybranou odpověď, prosím, označte křížkem. Na otázky, které neobsahují možnosti odpovězte vlastními slovy. U otázek, na které odpovídat nechcete, odpověď nevyplňujte.

Vaše odpovědi jsou anonymní a budou využity pouze pro zpracování mé diplomové práce. Děkuji za spolupráci.

<b><u>Pohlaví:</u></b>	<b>muž</b>	<input type="checkbox"/>	<b>žena</b>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Věk:</u></b>	<b>14 – 15 let</b>	<input type="checkbox"/>	<b>16 – 17 let</b>	<input type="checkbox"/>

**1. Kdy a kde jste se poprvé setkali s tzv. rodinnou a sexuální výchovou?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> doma – od rodičů         | <input type="checkbox"/> mateřská škola            |
| <input type="checkbox"/> I. stupeň základní školy | <input type="checkbox"/> II. stupeň základní školy |

**2. Jakou formou jste se převážně seznamovali se základy sexuální výchovy?**

- doma – od rodičů, příp. dalších rodinných příslušníků
- ve škole – od učitelů při vyučování
- od kamarádů, vrstevníků
- z literatury, časopisů, televize, internetu atd.

**3. V kolika letech je podle Vás vhodné začít získávat informace o sexualitě?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> v předškolním věku | <input type="checkbox"/> na základní škole |
| <input type="checkbox"/> na střední škole   | <input type="checkbox"/> nevím             |

**4. Může dívka otěhotnět při prvním pohlavním styku?**

- |                              |                             |                                |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> nevím |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

**5. Jaké znáte způsoby ochrany před pohlavními chorobami?**

**6. Kdo by měl v páru rozhodovat o antikoncepci?**

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> muž | <input type="checkbox"/> žena  |
| <input type="checkbox"/> oba | <input type="checkbox"/> nevím |

**7. Jak dlouho by se měli partneři poznávat, než spolu začnou sexuálně žít?**

- nemusí se poznávat                       1 až 2 měsíce  
 3 až 6 měsíců                               déle než 6 měsíců

**8. V jakém věku je podle Vás vhodné začít se sexuálním životem?**

- dříve než v 15 letech                       mezi 15 a 18 rokem                       po 18 roku

**9. Jakou možnost by jste volili v případě nechtěného těhotenství?**

- dítě bych si ponechal(a)                       interrupce (umělé přerušování těhotenství)  
 adopce (náhradní rodinná péče)                       nevím

**10. Jaký je Váš názor na provádění interrupcí (umělého přerušování těhotenství)?**

- jsem pro, každá žena má právo svobodně se rozhodnout  
 jsem pro pouze v případě, kdy je ohrožen život matky nebo dítěte  
 jsem zásadně proti  
 nevím

**11. Plánované rodičovství je:**

- rodinná a sexuální výchova  
 plánování počtu dětí rodičů se za optimálních podmínek  
 metody a způsoby antikoncepce a interrupce  
 nevím

**12. Myslíte, že je důležité vědět co nejvíce o partnerství, manželství a rodičovství pro Váš budoucí partnerský a rodinný život?**

- ano     ne     nevím

**13. Jakou máte představu o svém budoucím (rodinném) životě?**

- budu žít sám, sama                               v manželství  
 s partnerem bez sňatku                               s rodiči

**14. V kolika letech by jste chtěli uzavřít sňatek?**

- 18 až 25 let                                       26 až 30 let                                       31 až 36 let  
 36 a výše                                       nikdy

**15. V kolika letech by jste chtěli mít první dítě?**

- 18 až 25 let                                       26 až 30 let                                       31 až 36 let  
 36 a výše                                       nikdy

**16. Kolik dětí by jste chtěli mít?**

- 1                       2                       3                       4                       5 a více

**17. Jaké znáte možnosti řešení neplodnosti (pokud partneři nemohou mít děti)?**

**Příloha č. 2: Pohyb obyvatelstva 1975-2005**

Rok Year	Sítelní sív obyvatel va Mid-year population	z toho ženy incl. Females		Stávky Marriages	Rozvody Divorces	Narození Births		Zemřeli Deaths		Přirození úbytek stěhováním Net migration <sup>1)</sup>	Pořady Abortions	Stávky Marriages	Rozvody Divorces	Živé narození Live births	Zemřeli Deaths	Přirození přínátek úbytek Natural increase/ decrease		Rozvody na 100 státek Divorces per 100 marriages	Novoro- zerecká úmrtí Neonatal mortality	Kojenecká úmrtí Infant mortality	Míro rození Stilbirth rate
		z toho muži males	z toho ženy females			celkem Total	z toho do 1 roku Infant deaths	z toho do 28 dnů Neonatal deaths	Přirození přínátek úbytek Natural increase/ decrease							Přirození úbytek úbytek Natural increase/ decrease					
		živé Live births	živé Live births			celkem Total	celkem Total	celkem Total	celkem Total							celkem Total					
1970	9 805 157	5 056 029	90 824	21 516	1 028	1 028	1 028	1 028	1 028	1 028	9,1	9,2	2,19	15,1	12,6	2,5	23,7	15,1	20,2	6,9	
1971	9 830 002	5 069 781	91 864	23 616	1 053	1 053	1 053	1 053	1 053	1 053	8,8	9,3	2,40	15,7	12,4	3,2	25,7	15,6	20,2	6,8	
1972	9 868 379	5 089 614	95 337	22 392	1 083	1 083	1 083	1 083	1 083	1 083	8,6	9,7	2,27	16,6	12,1	4,5	23,5	15,0	19,5	6,6	
1973	9 919 519	5 115 186	99 518	25 271	1 203	1 203	1 203	1 203	1 203	1 203	7,8	10	2,55	18,3	12,5	5,8	25,4	15,1	19,5	6,6	
1974	9 994 761	5 151 810	98 048	24 970	1 212	1 212	1 212	1 212	1 212	1 212	7,8	9,8	2,50	19,4	12,7	6,7	25,5	15,1	19,3	6,2	
1975	10 062 366	5 185 723	97 373	26 154	1 093	1 093	1 093	1 093	1 093	1 093	7,6	9,7	2,60	19,1	12,4	6,7	26,9	14,8	19,4	5,7	
1976	10 128 220	5 218 710	94 929	25 544	1 144	1 144	1 144	1 144	1 144	1 144	7,7	9,4	2,52	18,5	12,4	6,1	26,9	14,6	19,1	6,1	
1977	10 189 312	5 249 300	93 011	25 442	1 102	1 102	1 102	1 102	1 102	1 102	8	9,1	2,50	17,8	12,4	5,5	27,4	13,6	18,7	6,0	
1978	10 245 686	5 277 241	90 338	27 071	1 117	1 117	1 117	1 117	1 117	1 117	8,2	8,8	2,64	17,5	12,4	5,1	30,0	12,6	17,1	6,2	
1979	10 286 489	5 301 906	84 496	26 191	1 112	1 112	1 112	1 112	1 112	1 112	8,1	8,2	2,54	16,7	12,4	4,3	31,0	11,3	15,8	5,6	
1980	10 325 792	5 315 753	78 343	27 218	1 084	1 084	1 084	1 084	1 084	1 084	8,4	7,6	2,64	14,9	13,1	1,8	34,7	11,3	16,9	5,6	
1981	10 303 708	5 309 755	77 463	27 608	1 043	1 043	1 043	1 043	1 043	1 043	8,7	7,5	2,68	14,0	12,7	1,4	35,6	11,1	15,4	5,2	
1982	10 314 321	5 313 358	76 976	27 821	800	800	800	800	800	800	8,9	7,5	2,70	13,7	12,7	1,1	36,1	10,3	15,0	5,5	
1983	10 322 823	5 316 332	80 417	29 319	701	701	701	701	701	701	8,9	7,8	2,84	13,3	12,8	0,5	37,3	10,0	14,5	5,1	
1984	10 330 481	5 318 655	81 714	30 514	646	646	646	646	646	646	9,4	7,9	2,95	13,3	12,8	0,5	37,3	10,0	14,1	4,7	
1985	10 336 742	5 320 366	80 653	30 480	607	607	607	607	607	607	9,6	7,8	2,95	13,1	12,7	0,4	37,8	8,6	12,5	4,4	
1986	10 340 737	5 320 174	81 638	29 580	586	586	586	586	586	586	9,6	7,9	2,86	12,9	12,8	0,1	36,2	8,4	12,3	4,4	
1987	10 348 634	5 322 799	83 773	31 036	548	548	548	548	548	548	12,2	8,1	3,00	12,7	12,3	0,4	37,0	8,4	12,0	4,2	
1988	10 356 559	5 325 409	81 458	30 652	571	571	571	571	571	571	12,5	7,9	2,96	12,4	12,1	0,3	37,6	7,6	11,0	4,3	
1989	10 362 257	5 326 985	81 262	31 376	525	525	525	525	525	525	12,2	7,8	3,03	12,4	12,3	0,1	36,6	6,9	10,0	4,1	
1990	10 362 740	5 326 254	80 953	32 055	530	530	530	530	530	530	12,2	8,8	3,09	12,6	12,5	0,1	35,2	7,7	10,8	4,0	
1991	10 308 662	5 305 080	71 873	29 366	486	486	486	486	486	486	11,6	7	2,85	12,5	12,1	0,5	40,8	7,0	10,4	3,8	
1992	10 317 607	5 308 578	74 060	28 572	437	437	437	437	437	437	10,6	7,2	2,77	11,8	11,7	0,1	38,6	6,2	9,9	3,6	
1993	10 330 607	5 313 657	66 033	30 227	445	445	445	445	445	445	8,3	6,4	2,93	11,7	11,4	0,3	45,8	5,7	8,5	3,7	
1994	10 336 162	5 314 754	58 440	30 938	336	336	336	336	336	336	6,5	5,7	2,99	10,3	11,4	-1,0	52,9	4,7	7,9	3,1	
1995	10 330 759	5 310 596	54 856	31 135	300	300	300	300	300	300	6,0	5,3	3,01	9,3	11,4	-2,1	56,7	4,9	7,7	3,1	
1996	10 315 553	5 300 886	53 886	33 113	317	317	317	317	317	317	5,8	5,2	3,21	8,8	10,9	-2,2	61,4	3,8	6,0	3,5	
1997	10 303 642	5 293 111	57 804	32 485	273	273	273	273	273	273	5,5	5,6	3,15	8,8	10,9	-2,1	56,2	3,6	5,9	3,0	
1998	10 294 943	5 287 463	55 027	32 363	294	294	294	294	294	294	5,4	5,3	3,14	8,8	10,6	-1,8	56,8	3,2	5,2	3,0	
1999	10 282 784	5 279 961	53 523	32 657	303	303	303	303	303	303	5,1	5,2	3,20	8,7	10,7	-2,0	44,2	2,9	4,6	3,4	
2000	10 272 503	5 273 177	55 321	29 704	259	259	259	259	259	259	4,6	5,4	2,89	8,8	10,6	-1,8	53,7	2,5	4,1	2,8	
2001	10 224 192	5 245 241	52 374	31 586	263	263	263	263	263	263	4,4	5,1	3,09	8,9	10,5	-1,7	60,3	2,3	4,0	2,9	
2002	10 200 774	5 236 176	52 732	31 758	261	261	261	261	261	261	4,3	5,2	3,11	9,1	10,6	-1,5	60,2	2,7	4,1	2,8	
2003	10 201 651	5 233 462	48 943	32 824	272	272	272	272	272	272	4,1	4,8	3,22	9,2	10,9	-1,7	67,1	2,4	3,9	2,9	
2004	10 206 923	5 235 193	51 447	33 060	265	265	265	265	265	265	4,0	5,0	3,24	9,6	10,5	-0,9	64,3	2,1	3,7	2,7	
2005	10 234 092	5 242 653	51 826	31 288	287	287	287	287	287	287	3,9	5,1	3,06	10,0	10,5	-0,6	60,4	2,0	3,4	2,8	

<sup>1)</sup> vč. stěhování mezi ČR a SR, v roce 1992 bylo stěhování mezi ČR a SR naposledy zahrnuto do vnitřního stěhování

## Příloha č. 3: Přehled metod antikoncepce a jejich spolehlivost

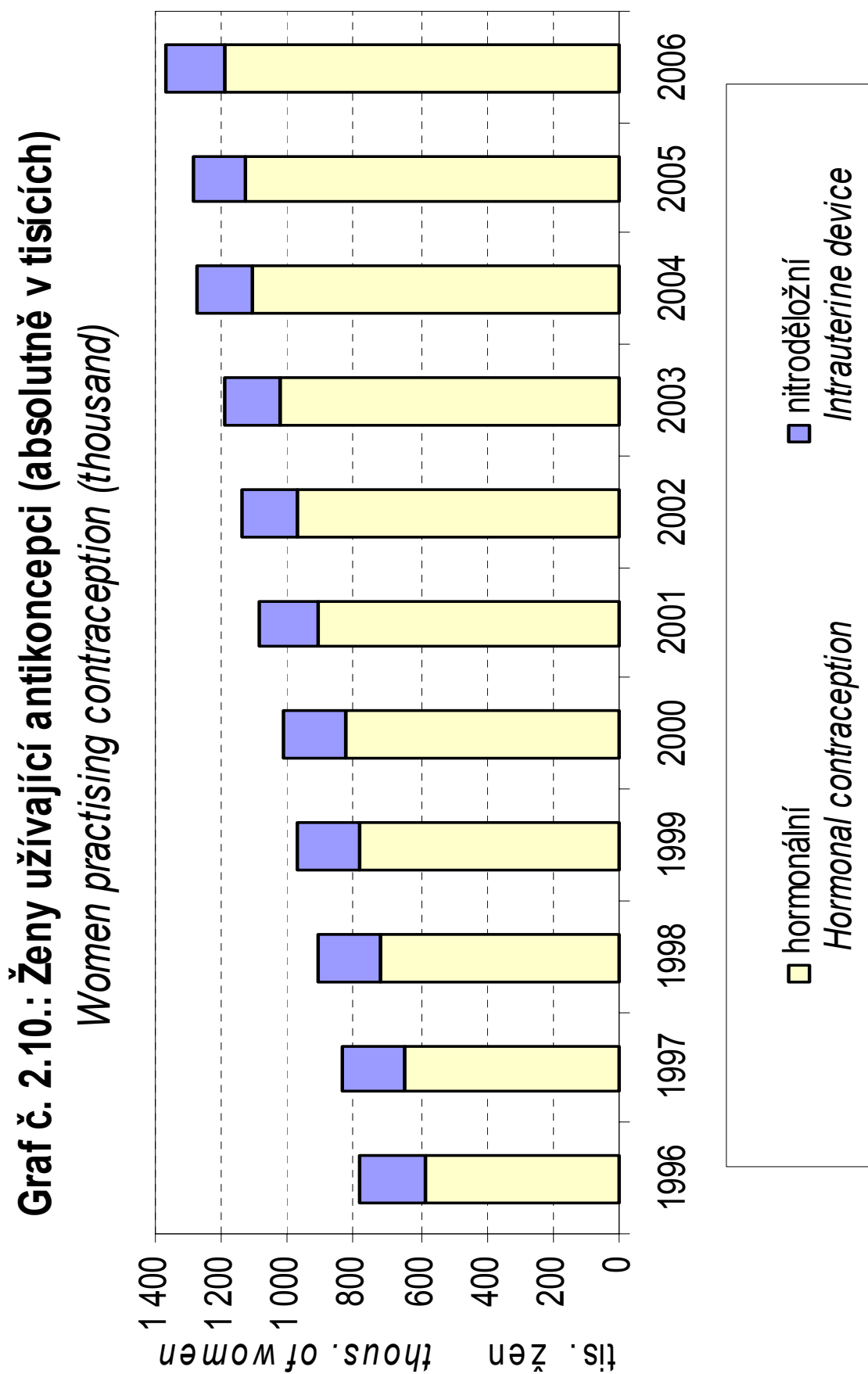
### Která antikoncepce je pro mě nejvhodnější?

Dnes máme k dispozici mnoho antikoncepčních metod a výběr nemusí být vždy jednoduchý.

	Antikoncepční metoda	Jak je účinná?	Jak často ji musím užívat?	Jsou nějaká omezení této metody?	Jak rychle mohu otěhotnět po přerušení užívání?	Potřebuji lékařský předpis?	Ochrání mě před pohlavními chorobami a HIV?	Mohu tuto metodu užívat při kojení?	Co bych měla o této metodě ještě vědět?
<b>Hormonální antikoncepce</b> Zabraňuje zrání a uvolnění vajíčka a v děloze vytváří nepřátelské prostředí pro spermie	<i>Antikoncepce v náplasti</i>	Víc jak 99%	Lepší se jednou týdně po tři týdny, čtvrtý se vynechá	Mohou být zdravotní nutno konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	NE	Zpoždění výměny do 48 hod nemá vliv
	<i>Kombinovaná pilulka (obsahuje estrogen a gestagen)</i>	99%	Denně po 21 dnů vždy ve stejnou denní dobu	Mohou být zdravotní nutno konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	NE	Zpoždění o víc jak 12 hod může vést k selhání
	<i>Minipilulka (obsahuje pouze gestagen)</i>	98%	Denně vždy ve stejnou denní dobu	Mohou být zdravotní nutno konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	NE	Mohou se vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu
	<i>Pohotovostní (záchranná) pilulka</i>	98%	Do 72 hod po nechráněném styku, či při selhání jiné antikoncepce	Hrozí-li riziko otěhotnění není důvod ji nepodat	Po pohlavním styku	ANO	NE	ANO ve vyjimečném případě	Nesmí být použita víc jak jedenkrát měsíčně
	<i>Injekční antikoncepce</i>	Víc jak 99%	Aplikuje se jednou za tři měsíce	Mohou být zdravotní nutno konzultovat s lékařem	Návrat plodnost může trvat až 10 měsíců po vysazení	Injekce aplikuje lékař	NE	ANO	Mohou se vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu
	<i>Nitroděložní hormonální tělísko (IUS)</i>	Víc jak 99%	Předpokládána délka užití je 5 let	Mohou být zdravotní nutno konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí	Zavádí a vyjímá lékař	NE	ANO	Mohou se vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu
	<i>Podkožní tyčinka (implantát)</i>	99%	Předpokládána délka užití je 3 roky	Mohou být zdravotní nutno konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí	Vpichuje a vyjímá lékař	NE	NE	Mohou se vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu
<b>Nehormonální antikoncepce</b> Chrání před otěhotněním vytvářením bariér proti spermím, zamezuje jejich pohybu nebo vytváří v děloze nepřátelské prostředí vůči nim	<i>Mušský kondom</i>	93%	Při každém pohlavním styku	NE	Bez použití kdykoliv	NE	ANO	ANO	Nutno použít od začátku do konce pohlavního styku
	<i>Spermicidy (vaginální čípky nebo gel)</i>	95%	Zavést 10 minut před každým pohlavním stykem	NE	Bez použití kdykoliv	NE	NE	ANO	Vhodné kombinovat s jinou antikoncepcí
	<i>Nitroděložní tělísko (IUD)</i>	98%	Předpokládána délka užití je 3 roky	Mohou být zdravotní nutno konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí	Zavádí a vyjímá lékař	NE	ANO	Méně vhodné pro ženy které ještě nerodily
	<i>Sterilizace</i>	Víc jak 99%	Chirurgický zákrok trvalá neplodnost	Pro ženy nad 40 let a ženy s více dětmi	Po provedení nelze otěhotnět	Sterilizaci provádí lékař	NE	ANO	Nevhodné pro ženy které ještě uvažují o těhotenství

**Tabulka: Pearl index při prvním roku užívání antikoncepce.**

Metoda	Pearl index
Žádná (mladá žena)	80 - 90
Žádná (věk 40 let)	40 - 50
Žádná (věk 45 let)	10 - 20
Žádná (věk 50 let)	0 - 50
Výplachy pochvy	36
Hlenová Billingsova metoda	25 - 30
Ogino-Knausova metoda (kalendářová)	14 - 40
Antikoncepční houbička	9 - 25
Periodická abstinence	6 - 25
Teplotní metoda	3 - 20
Pouze spermicidní přípravky	4 - 25
Přerušovaná soulož	6 - 17
Symptotermální metoda	6 - ?
Sledování hormonu LH a estrogeneru	3 - 6
Poševní pesar	4 - 22
Cervikální klobouček	4 - 20
Poševní pesar + spermicidy	2 - 18
Mužský kondom (prezervativ)	2 - 15
Ženský kondom	5 - 15
Minipilulka s gestagenem	0,3 - 6
Nitroděložní tělísko	0,2 - 2
Kombinovaná HA (50mg estrogeneru)	0,1 - 3
Kombinovaná HA (<50mg estrogeneru)	0,2 - 3
Nitroděložní tělísko (s obsahem mědi)	0,2 - 0,8
Depo-Provera (injekce)	0,03 - 1
Levonorgestrel uvolňující nitroděložní systém	0,02 - 0,2
Podkožní implantáty	0 - 0,07
Sterilizace - Ženy	0 - 0,5
Sterilizace - Muže	0 - 0,05



## Příloha č. 6: Plodnost, potratovost a ukončená těhotenství

### OBYVATELSTVO

### POPULATION

#### 1 - 8. Plodnost, potratovost a ukončená těhotenství podle věku žen

*Fertility, abortion and pregnancies: by age of females*

Věková skupina žen <i>Age group of females</i>	1995	1997	1998	1999	2000	2001
Počet živě narozených dětí na 1 000 žen ve věkové skupině <i>Number of live births per 1 000 females in age group</i>						
15-19	24,9	18,0	16,4	15,3	13,2	11,4
20-24	102,3	85,5	80,0	72,6	67,8	60,8
25-29	81,4	82,7	84,8	86,4	90,5	91,5
30-34	35,2	36,2	37,5	39,4	43,1	48,0
35-39	10,6	12,0	12,7	13,1	14,4	15,2
40-44	1,7	1,7	1,8	1,9	2,1	2,5
45-49	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
15-49	36,0	34,3	34,5	34,3	35,0	35,1
Počet potratů na 1 000 žen ve věkové skupině <i>Number of abortions per 1 000 females in age group</i>						
15-19	15,3	13,7	14,2	12,6	10,8	10,3
20-24	38,8	33,9	31,6	28,8	25,4	23,5
25-29	42,5	39,5	38,3	35,3	31,6	30,2
30-34	36,4	33,5	32,5	30,7	28,5	27,3
35-39	24,0	22,7	22,2	22,0	20,4	19,2
40-44	10,1	9,4	9,6	9,2	8,5	8,1
45-49	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9	0,9
15-49	23,1	21,6	21,2	20,0	18,2	17,4
Počet ukončených těhotenství na 1 000 žen ve věkové skupině <i>Number of pregnancies per 1 000 females in age group</i>						
15-19	40,3	31,8	30,7	27,9	24,1	21,8
20-24	141,4	119,6	111,8	101,6	93,3	84,5
25-29	124,1	122,4	123,3	121,9	122,3	122,0
30-34	71,7	69,8	70,1	70,3	71,7	75,4
35-39	34,7	34,8	35,1	35,2	34,9	34,5
40-44	11,7	11,1	11,5	11,1	10,6	10,6
45-49	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
15-49	59,3	56,0	55,8	54,4	53,3	52,6
Úhrnná plodnost <i>Total fertility rate</i>	1,28	1,17	1,16	1,13	1,14	1,14
Úhrnná potratovost <i>Total abortion rate</i>	0,84	0,77	0,75	0,70	0,63	0,6
Úhrnná míra ukončení těhotenství <i>Total pregnancies rate</i>	2,12	1,94	1,91	1,83	1,78	1,74
Čistá míra reprodukce <i>Net reproduction rate</i>	0,61	0,56	0,56	0,55	0,55	0,55
Průměrný věk matek při narození prvního dítěte <i>Average age of females at birth of first child</i>	23,3	24,0	24,4	24,6	24,9	25,3
Podíl narozených mimo manželství <i>Share of births outside marriage</i>	15,6	17,8	19,0	20,6	21,8	23,5



**Příloha č. 7: Potraty podle druhu a způsobu provedení a graf - Živě narozené děti, UPT a samovolné potraty**

**ZDRAVÍ  
HEALTH**

**2 - 19. Potraty podle druhu a způsobu provedení**

*Abortions by kind and procedure type*

Source:

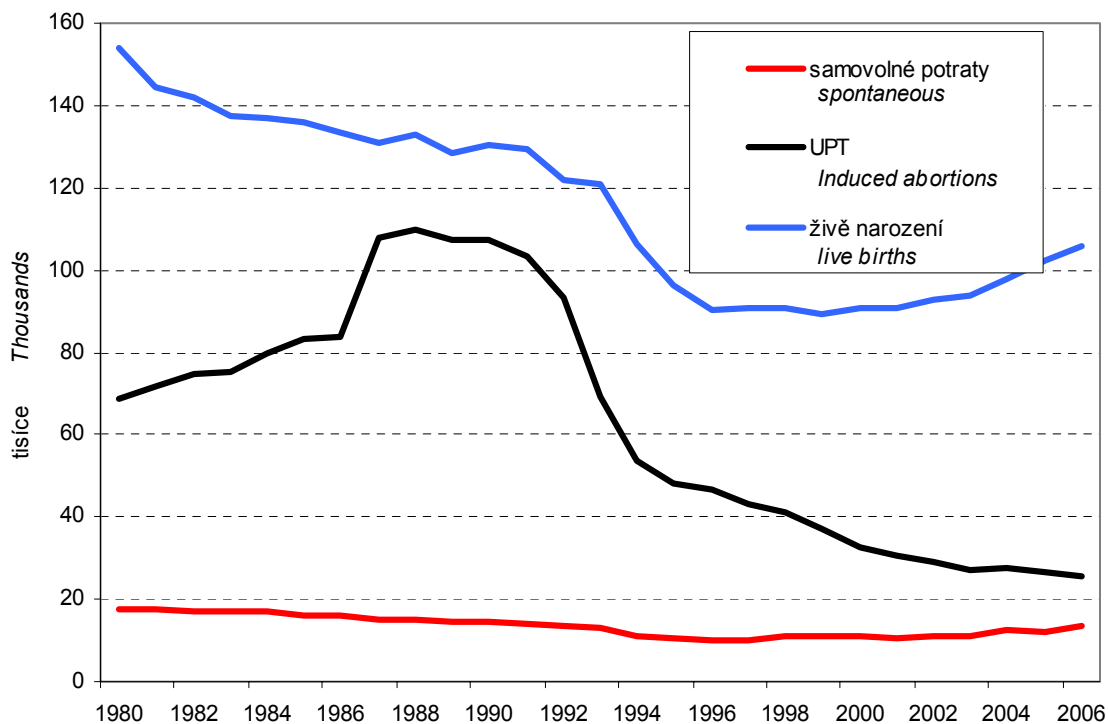
IHIS CR

Rok Year	Potraty celkem vč. MDT <i>Abortions total incl. ectopic pregnancies</i>	Samovolné potraty <i>Spontaneous abortions</i>	Umělá přerušeni těhotenství <i>Legally induced abortions</i>				Ostatní potraty <i>Other abortions</i>	Mimoděložní těhotenství (MDT) <i>Ectopic pregnancies</i>	Potraty celkem bez MDT <i>Abortions total excl. ectopic pregnancies</i>
			celkem <i>Total</i>	z toho ze zdr. důvodů <i>Therapeutic abortions</i>	mini interrupce <i>Vacuum aspiration</i>	jiné legální <i>Other legal</i>			
1993	84 037	13 076	69 398	15 738	56 982	12 416	3	1 560	82 477
1995	60 143	10 397	48 286	11 679	40 755	7 531	12	1 448	58 695
2000	44 894	10 972	32 530	6 338	26 785	5 745	15	1 377	43 517
2001	42 481	10 769	30 358	5 877	24 483	5 875	2	1 352	41 129
2002	40 992	10 853	28 850	5 429	23 322	5 528	23	1 266	39 726
2003	39 644	11 235	27 122	5 214	21 575	5 547	54	1 233	38 411
2004	41 324	12 402	27 574	4 597	21 715	5 859	9	1 339	39 985
2005	40 023	12 245	26 453	4 678	20 519	5 934	1	1 324	38 699
2006	39 959	13 326	25 352	4 779	19 537	5 815	3	1 278	38 681

Pozn.: Od roku 2004 včetně potratů cizinek

Note: From 2004 abortions in female foreigners included

**Graf č. 2.11.: Živě narozené děti, UPT a samovolné potraty**



Příloha č. 8: Výsledky Centra asistované reprodukce FN Brno

**Audit Centra asistované reprodukce FN Brno**

	rok 2004	rok 2005	rok 2006	rok 2007
Počet monitorovaných cyklů	506	512	530	579
Počet cyklů s odběrem oocytů	434	468	483	434
Počet cyklů s ET	403	412	367	391
Těhotenství - počet / %	105/26,0%	120/29,1%	146/39,8%	165/42,2%
Klinická těhotenství	83	95	124	139

*Tabulka zahrnuje všechny příčiny neplodnosti a všechny použité metody.*

## Příloha č. 9: Výsledky léčby neplodnosti - Sanatorium Pronatal

Sanatorium Pronatal: Souhrnné výsledky IVF 1996-2006											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Počet zahájených cyklů	1393	1562	1639	1865	2025	2065	2245	2117	2619	2345	2321
Klinická těhotenství	212	350	377	396	447	510	534	606	756	962	817

Sanatorium Pronatal: Standardní IVF 1996-2006				
		Odběry oocytů	Těhotenství	Těhotenství/ET [%]
Standard IVF	1996	892	176	28,7
	1997	798	202	32,6
	1998	543	117	32,8
	1999	599	127	35
	2000	470	104	29,1
	2001	387	105	27,1
	2002	614	154	32
	2003	430	147	34,2
	2004	629	226	35,9
	2005	552	235	42,6
	2006	295	136	46,1

Sanatorium Pronatal: Výsledky ICSI 1996-2006				
		Odběry oocytů	Těhotenství	Těhotenství/ET [%]
ICSI	1996	113	33	27,6
	1997	248	66	31,5
	1998	255	61	29,5
	1999	364	91	29,8
	2000	406	104	28,7
	2001	432	131	30
	2002	747	193	30
	2003	585	224	38,3
	2004	725	301	41,5
	2005	879	415	47,2
	2006	903	391	43,3

Sanatorium Pronatal: Cykly po přenosu rozmrazených embryí (KET) 1996-2006				
		Monit. cykly	Těhotenství	Těhotenství/ET [%]
KET	1996	229	17	7,4
	1997	362	66	18,2
	1998	457	113	24,7
	1999	603	126	20,9
	2000	804	164	20,4
	2001	775	159	20,5
	2002	839	187	22,3
	2003	849	234	27,7
	2004	840	258	30,7
	2005	914	316	34,6
	2006	934	266	28,5

## **Příloha č. 10: Citace učitelů vybrané z dřívějších výzkumů mapujících realizaci sexuální výchovy v podmínkách školské praxe.**

Určité aspekty vedou k tomu, že se učitelé nevěnují sexuální výchově systematicky a plánovaně, často nechávají řešení této problematiky až na okolnosti, které vyplynou na základě nějaké bezprostřední situace (až se děti zeptají apod.). Z vybraných citací učitelů jsou tyto aspekty zřejmé:

*„Pro nás dospělé není vždycky tak úplně snadné odpovídat na dětské otázky o sexualitě přímo a pravdivě. Často nám v tom brání předsudky a zákazy, které nás provázely v našem vlastním dětství a které v nás vyvolávají neurčité pocity nelibosti a studu.“*

*„U některých učitelů přetrvávají obavy ze sexuální výchovy, zabývají se jí pouze okrajově nebo vůbec. Přenechávají tuto problematiku učitelům 2.stupně. Učitelé postrádají vhodnou literaturu, přivítali by také praktické ukázky, semináře, pracovní setkání.“*

*„Myslím si, že sexuální výchově na našich školách není věnovaná patřičná péče. Mnoho učitelů se tomuto tématu cíleně vyhýbá a spoléhá na to, že na všechna proč odpoví dětem někdo jiný. A to je ta zásadní chyba.“*

*„Myslím si, že v praxi sexuální výchova nefunguje především pro nekoncepčnost a velké rozdíly mezi vyučujícími, jejich přístupem a názorech k problematice. Určitě je důležité, aby se dospělí s dětmi byli schopni bavit o sexu jako o normální součásti života, aby sex nebyl tabu (aby se z něj nestalo zakázané ovoce, které nejvíc chutná nebo na druhou stranu, aby se z něj nestal postrach dospívajících). Je fakt, že učitelé mají na tuto problematiku značně rozdílné názory, což věci vůbec neprospívá.“*

Zajímavé je, že učitelé nemají negativní vztah k sexuální výchově, většinou podporují její začlenění do edukačního procesu dětí předškolního i mladšího školního věku a uvědomují si její důležitost pro život dítěte. Z výběru citací některých učitelů lze tyto tendence dokladovat:

*„Rozhodně souhlasím s tím, aby se sexuální výchova nadále zařazovala do výchovně vzdělávacího procesu, neboť jsem přesvědčena, že děti toto téma zajímá, jen se ostýchají před námi o něm mluvit a nechci, aby si vytvářely své vlastní představy na základě toho, co kde slyší nebo vidí v televizi a časopisech.“*

**Zdroj: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/moravsky-kongres-sexualni-vychova>**

## **Příloha č. 10: Citace učitelů vybrané z dřívějších výzkumů mapujících realizaci sexuální výchovy v podmínkách školské praxe.**

*„Je naší povinností chránit děti před nebezpečím, které s sebou nese neinformovanost v oblasti sexuální výchovy.“*

*„Rodinnou a sexuální výchovu nelze vynechat. Děti jsou velice zvědavé a dospívají dříve než generace jejich rodičů. Je nutné s dětmi o těchto otázkách hovořit otevřeně. Stále přibývá sexuálního násilí páchaného na dětech a znalost těchto věcí může sloužit jako ochrana dětí.“*

*„Jsem zastáncem toho, že sexuální výchově by měla být věnována stejná pozornost jako třeba jiným předmětům. Souhlasím s tím, že vyučovat sexuální výchovu není vůbec jednoduché, ale není nemožné. Chce to jen najít ten správný způsob.“*

Výše uvedené výroky podporují dobrý vklad pro start k úspěšné realizaci sexuální výchovy v podmínkách školské praxe! Proto se musí i nadále hledat cesty, které povedou učitele i budoucí učitele k systematické, plánované a bezproblémové pedagogické činnosti v oblasti sexuální výchovy. Svědčí o tom i slova jedné paní učitelky:

*„A právě my, pedagogové, bychom si měli uvědomit, že sexuální výchova je nezbytně nutná a postavili se k tomuto tématu zodpovědně. Je třeba hledat způsoby, formy, metody a možnosti, jak nejlépe sexuální výchovu na školách uplatňovat. Naše snažení by se mělo odrazit v pozitivním vývoji osobnosti a plnohodnotném budoucím životě našich dětí.“*