

Sexuální chování adolescentů a riziko HIV*

LADISLAV RABUŠIC**
KATEŘINA KEPÁKOVÁ**

Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

The Sexual Behaviour of Adolescents and HIV Risk

Abstract: Although the number of HIV-infected persons registered in the Czech Republic might seem very low, the authors caution against false optimism and point out the risky sexual behaviour of Czech youth, who in spite of having solid knowledge about HIV/AIDS do not apply it consistently in their sexual practice. Upon the analysis of this paradox, based primarily on the data collected in Brno in 1997, the authors suggest replacing the so-far preferred *rational choice theory* or the *health belief model*, as models explaining human behaviour, with a more adequate *theory of expected utility*. While the former theories assume that individuals will make rational decisions and practise safer sex once they are well informed about HIV infection and are aware of the ways to protect themselves, the latter one allows for the existence of 'rationality of intimacy', which differs from the scientific 'rationality of the health system'. The theory maintains that within the realm of intimate relationships it might appear rational to practice unsafe sex if this is compensated by other benefits. In order to be able to reconcile the two rationalities and understand unsafe sexual behaviour, the general context of an intimate situation must be analysed, including the social norms and values involved, the emotional load, individual intentions and goals of the partners, and also the complex mechanisms of interaction and 'power' negotiation between the male and the female.

Sociologický časopis, 1999, Vol. 35 (No. 2: 161-179)

Úvod

V současnosti žije na celém světě asi 30 milionů osob, které jsou infikovány virem HIV [Altman 1998]. Tito lidé jsou odsouzeni k smrti, neboť u většiny z nich se dříve či později vyvine nevyléčitelná nemoc AIDS. Nemoc AIDS je v současné době diagnostikována asi u 9 milionů dospělých lidí a u 3 milionů dětí. AIDS se tak brzy stane historicky nejkrutější světovou epidemií, jež předčí i středověkou morovou ránu, během níž podle odhadů zemřelo asi 20 milionů lidí, jakož i epidemii španělské chřipky, která v letech 1918-1919 zahubila asi 25-50 milionů osob [Rockett 1994].

*) Výzkum, na jehož základě vznikla tato stať, byl podporován grantem RSS (Research Support Scheme of the Open Society Institute/Higher Education Support Programme), číslo 1507/784/1996, název *Youth and AIDS*, grantem Grantové agentury České republiky (GAČR), číslo 403/96/K120, název *Sociální trendy* a grantem CEZ 307/98 č. 142300002 s názvem *Děti, mládež a rodina v transformaci*. Publikovaná stať je přepracovanou verzí referátu, kterou autor přednesl v červenci 1998 na světovém kongresu antropologie a etnologie v americkém Williamsburgu pod názvem *Sexual behavior of Adolescents and HIV Risk in the Czech Republic*.

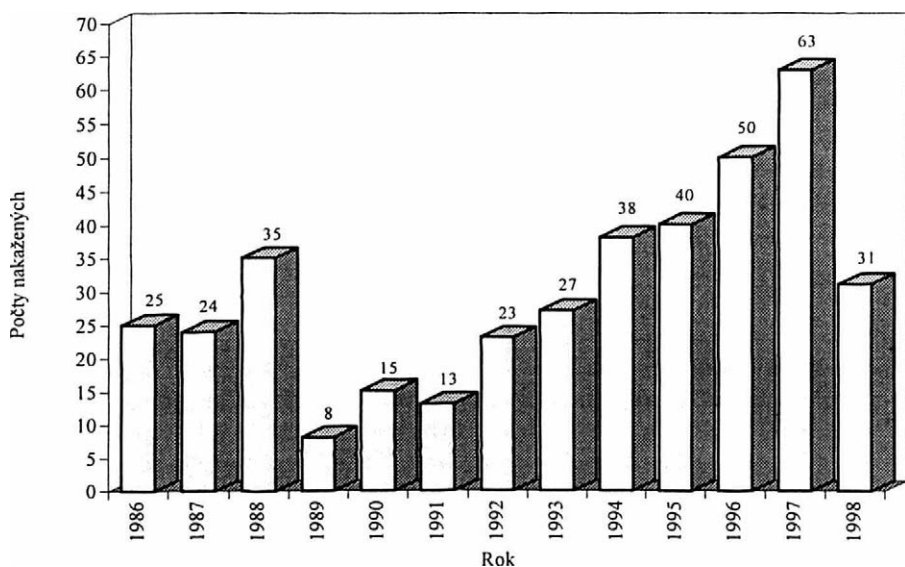
**) Veškerou korespondenci zasílejte na adresu: Doc. PhDr. Ladislav Rabušic, CSc., resp. Mgr. Kateřina Kepáková, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Gorkého 7, 602 00 Brno, e-mail rabu@fss.muni.cz nebo kepakova@fss.muni.cz

Rychlost, s níž nákaza HIV napadá další a další oběti, se bohužel zvyšuje; za poslední dva roky došlo ke zdvojnásobení celkového počtu infikovaných. A tak zatímco k naze prvních 14 milionů osob bylo zapotřebí přibližně 15 let, k naze druhé poloviny už jen dva roky (v roce 1997 bylo infikováno asi 5,6 milionů lidí). Denně se nyní na celém světě nakazí virem HIV přibližně 8 500 osob [Brůčková 1998].

Evropská data zatím tak hrozná nejsou. Podle údajů, které ke Světovému dni AIDS (1. 12.) v roce 1997 zveřejnila naše Národní referenční laboratoř pro AIDS, je zde celkem evidováno 174 tisíc nemocných AIDS, z toho nejvyšší výskyt je již dlouhodobě zaznamenáván ve Francii (42 000 nemocných), Španělsku (40 000) a Itálii (35 000). Relativně nízké počty hlásí SRN (15 000) a Velká Británie (13 000). Země bývalého komunistického bloku mají díky své tehdejší uzavřenosti výskyt zatím mnohonásobně nižší. V počtu hlášených případů zde vede Rumunsko se čtyřmi tisíci nemocných AIDS, následuje Jugoslávie (Srbsko a Černá Hora) s 574 nemocnými, Polsko (438). Rusko uvádí 235 případů AIDS, Maďarsko 225 a Česká republika na konci roku 1998 118 osob [Brůčková et al. 1999]. Odborníci celou východní Evropu ovšem varují, aby se nenechala těmito prozatím příznivými čísly ukoľebat, neboť epidemie je zde teprve ve svých raných fázích. Různé indicie nasvědčují tomu, že rozdíl mezi touto částí světa a vyspělými státy se může začít brzy podstatně snižovat.

Při sledování jakékoliv epidemie je třeba rozlišovat mezi výskytem nově registrovaných případů (tzv. incidencí) a celkovým počtem osob v populaci trpící danou chorobou (tzv. prevalencí). Výskyt nových případů HIV+ ukazuje obr. 1. Kromě toho, že říká, že počty nově registrovaných případů nejsou v ČR zatím nijak vysoké, naznačuje také, že v roce 1998 došlo po dlouhé době k poklesu výskytu nových případů. Je-li to začátek nového trendu, nebo jen případ běžného kolísání, není zatím možné rozpoznat.

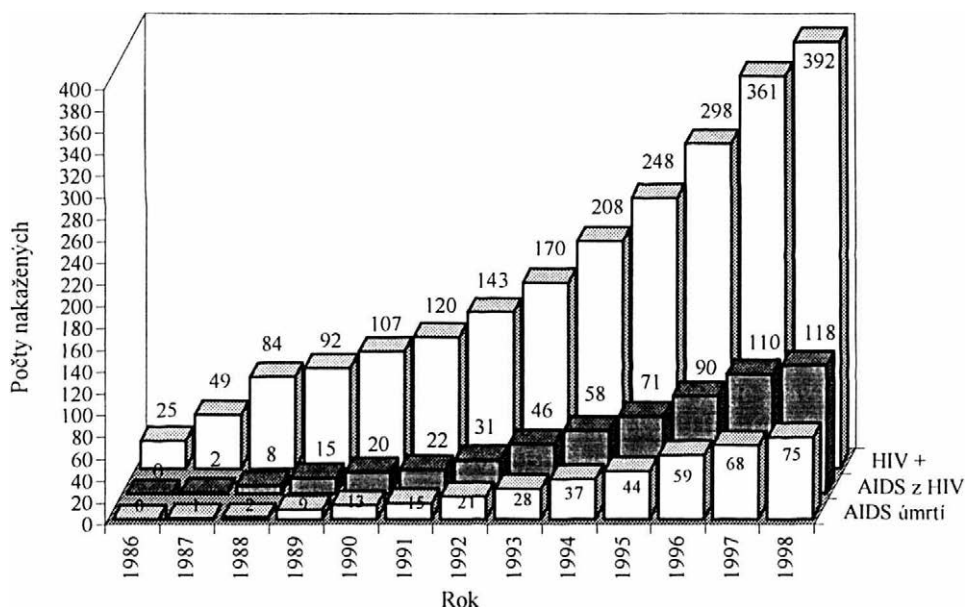
Obr. 1. Nové případy infekce HIV+ v ČR v období 1986-1998



Pramen: Brůčková et al. [1999].

Z epidemiologického hlediska je ovšem vedle informace o nových případech také velmi důležitý údaj o celkovém počtu nemocných. Platí to samozřejmě i v případě epidemie HIV, neboť i zde rostoucí celkový počet případů enormně zvyšuje pravděpodobnost rozšiřování nákazy. Česká data naznačují, že výskyt infekce HIV (a následně i choroby AIDS) zatím není příliš dramatický. Jak uvádí Brůčková et al. [1999], na konci roku 1998 bylo u nás evidováno celkem 392 osob s virem HIV, z toho bylo 87 % mužů a 13 % žen. Nárůst celkového počtu případů má zřetelně exponenciální charakter (viz obr. 2).¹ Stejně exponenciální charakter má také nárůst počtu případů žen ve srovnání s muži. Zatímco v roce 1990 u nás připadalo na jednu ženu 16 HIV pozitivních mužů, do roku 1998 se tento poměr snížil na 1:4.

Obr. 2. Vývoj počtů infikovaných HIV, nemocných AIDS a zemřelých na AIDS v ČR 1986-1998 (kumulativní počty)



Pramen: Brůčková et al. [1999].

Největší podíl osob infikovaných virem HIV měla k 31. 12. 1998 Praha (59 % ze všech případů), nejméně jižní Čechy (3 % případů) a východní Čechy (4 %). V ostatních regionech se tyto podíly pohybují na úrovni 6-8 % [Brůčková et al. 1999].

Nejčastějším způsobem přenosu je v ČR dosud homosexuální pohlavní styk a druhým nejčastějším heterosexuální styk (viz tab. 1). V tomto ohledu je ČR zatím atypická,

¹) Zatímco v období 1988-1993 byla v ČR průměrná roční míra růstu celkového počtu nakažených HIV 14 %, což by vedlo ke zdvojení infikované populace za 5,0 roků, v období 1993-1998 byla průměrná roční míra růstu 16 % a doba potřebná ke zdvojení nakažené populace se snížila na 4,4 roku.

neboť celosvětově je heterosexuální styk odpovědný za asi 60 % případů AIDS [Ahle meyer a Ludwig 1997].

Tabulka 1. Infikování HIV podle způsobu přenosu v ČR v %
(kumulativní údaje k 31. 12. 1998)

Typ přenosu	podíl
homo/bisexuální pohlavní styk	54
heterosexuální	26
injekční užití drog	3
hemofilici	4
příjemci krve	4
z matky na dítě	0,3
homo/bisexuální + injekční užití drog	1
nozokomiální přenos	0,3
neobjasněný	7

Pramen: Brůčková [1998], Brůčková et al. [1999].

Tyto statistiky by mohly zdánlivě podporovat názor, že situace HIV/AIDS je v ČR relativně příznivá a nebezpečí šíření epidemie u nás je zanedbatelné.² Takový názor – spolu s mnohými zahraničními autory – nesdílíme [viz např. Cohen a Hubert 1997].³ V této stati ukážeme, že v ČR, jako ve všech vyspělých zemích, je velká část adolescentní populace sexuálně aktivní, že je to populace, která má sice solidní znalosti o nebezpečí HIV/AIDS, ale že je to současně populace, která tyto znalosti neuplatňuje ve své sexuální praxi, čímž se vystavuje riziku nákazy HIV. Ve druhé části se pokusíme nalézt vysvětlení tohoto paradoxu a zformulujeme svůj názor na to, jakým směrem vést snahy o změnu této situace.

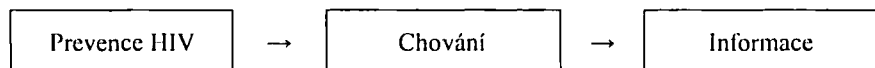
Sexuální chování adolescentů, znalosti o AIDS a prevence

Všichni, kdo se zabývají problematikou HIV/AIDS, zdůrazňují, že informace a výchova jsou klíčovými prvky vedoucími ke kontrole šíření HIV. V pozadí těchto úvah stojí předpoklad, že plně dostupná a individui internalizovaná informace o způsobech přenosu HIV vede k patřičně odpovědnému chování, což v konečném důsledku je ten nejefektivnější způsob prevence epidemie HIV. Modelově je možno tuto situaci znázornit, jak ukazuje obr. 3, jednoduše:

2) I Brůčková ještě v roce 1998 tvrdila, že situace HIV/AIDS je v ČR relativně příznivá a že máme velkou šanci ji s využitím a aplikací světových znalostí udržet příznivou i nadále [Brůčková 1998]. Ovšem o rok později už nabádá, že „uspokojení z dosažených výsledků a současné relativně příznivé situace by mohlo vést k podcenění dalšího epidemiologického vývoje s velmi vážnými negativními důsledky“ [Brůčková et al. 1999: 23].

3) Tito autoři varují, že nestabilita ve východní Evropě připomíná z hlediska šíření infekce HIV situaci ve východní Africe. Lokální rozbroje a války, jakož i bída vzedmuly vlny migrace. Mnohé mladé ženy i muži se ve snaze zajistit živobytí pro sebe a své rodiny uchylují k prostituci. Ta nachází svou klientelu mezi vojáky, ale také mezi řidiči kamiónů a ve vrstvách zabývajících se nekalým podnikáním. Tyto faktory spolu s celkovým náhle otevřeným svobodným sociálním klimatem vedou k tomu, že se zvyšuje poptávka po sexuálních partnerech, a tím i riziko šíření HIV/AIDS. Dodejme, že v současnosti explozivně probíhající epidemie HIV ve východní Evropě, obzvláště na Ukrajině [Brůčková et al. 1999], jsou potvrzením tohoto varování.

Obr. 3. Kauzální model prvků determinujících prevenci nákazy virem HIV



Informace o tom, jakým způsobem se člověk může infekcí HIV nakazit, je dnes již díky lékařskému výzkumu dostatečně a jasně známa. Existují pouze tři způsoby přenosu HIV: (1) sexuálním stykem, (2) krví (především při transfúzích, transplantacích nebo při sdílení injekční stříkačky u intravenózních narkomanů), a (3) z infikované matky na plod v jejím těle.

Primárním způsobem přenosu je ovšem sexuální styk, který má největší podíl na počtu nakažených případů. Vzhledem k tomu, že míra rizika infekce je ovlivněna mimo jiné počtem sexuálních partnerů a také vzhledem k tomu, že sexuální promiskuita je nejvyšší u těch, kteří jsou teprve na počátku svého sexuálního života, hledající svého životního a sexuálního partnera, je zřejmé, že potenciálně nejrizikovější skupinou je populace adolescentů ve věku 15-20 let.⁴

Data o sexuálním chování českých adolescentů jsou dnes již díky zvýšené výzkumné činnosti na toto téma po roce 1989 poměrně bohatá. Tak např. v reprezentativním souboru českých žen (N = 4 497) mělo v roce 1993 ve věkové kategorii 15-24 let zkušenost s pohlavním stykem 36 % děvčat před svými sedmnáctými narozeninami, 64 % před dovršením osmnácti let věku a 82 % před devatenáctým rokem věku [Kraus, Tomek, Velebil 1996]. Podle reprezentativního výzkumu souboru české mládeže ve věku 12-18 let (N = 1 011) mělo v roce 1994 mezi patnáctiletými chlapci a děvčaty zkušenost s pohlavním stykem 26 %, mezi šestnáctiletými 50 %, mezi sedmnáctiletými 64 % a mezi osmnáctiletými 75 % respondentů [Weiss, Kučera, Svěráková 1995]. Podle přehledové statě Weisse, Urbánka a Procházky [1996] o sexuálních začátcích české mládeže jsou v adolescentním sexuálním chování hlavními trendy klesající věk prvního pohlavního styku, především mezi dívkami, a sblížování věku prvního pohlavního styku chlapců a děvčat.

V roce 1997 jsme mezi brněnskými studenty navštěvujícími 3. ročník středních a učňovských škol (N = 805)⁵ zjistili, že v šestnácti letech mělo zkušenost s pohlavním stykem 38 % chlapců a 33 % děvčat (celkem 36 % respondentů této věkové kategorie), v sedmnácti letech 44 % chlapců a 43 % děvčat (celkem 44 %) a v osmnácti letech 56 % chlapců a 52 % děvčat (celkem 54 % respondentů). Z těchto sexuálně aktivních, jichž bylo celkem 44 % (tj. 45 % chlapců a 44 % děvčat), byl průměrný věk v době prvního pohlavního styku 15,7 roků u chlapců a 15,8 roků u děvčat. To, že brněnský výzkum za-

⁴) Tuto skutečnost potvrzují i nejnovější trendy šíření HIV v západní Evropě, které ukazují na zvýšenou incidenci především v mladé a nejmladší populaci [Brůčková et al. 1999].

⁵) Výzkum proběhl na jaře roku 1997 pod názvem *Youth and AIDS* v rámci mezinárodního srovnávacího šetření ve velkých městech zemí bývalého sovětského bloku. Účastnili se jej Bulharsko (Sofie), Česká republika (Brno), Chorvatsko (Záhřeb), Polsko (Varšava), Slovinsko (Lublň) a Slovensko (Bratislava). Objektem dotazování byl v každé zemi reprezentativní soubor studentů 3. ročníků učňovských a středních škol vybraný vicestupňovým náhodným výběrem. Data byla získána prostřednictvím rozdaného a sebraného dotazníku, jeho vyplňování probíhalo ve vyhrazeném čase v době výuky ve třídách škol za přítomnosti výzkumníků, avšak bez učitelů. V Brně jsme takto po očištění dat získali 993 dotazníků, věk respondentů se pohyboval mezi šestnácti až osmnácti lety.

znamenal poněkud méně intenzivní sexuální aktivitu adolescentů než výzkumy ostatní odpovídá zjištění Krause, Tomka a Velebila [1996], že dívky v Čechách začínají být sexuálně aktivní o něco dříve než děvčata moravská.

Navzdory obecně platnému objektivnímu faktu, že informace o tom, jak se vyhnout nákaze, je dostupná, počet nových případů nakažení virem HIV neklesá. Logika našeho modelu nás tudíž musí vést k domněnce, že příčinou tohoto neúspěchu je, že se zatím nedaří proměnit chování individuí. A příčinu, proč jedinci své chování nemění, bychom mohli spatřovat v tom, že existující informace buď nejsou v dané populaci dostatečně šířeny a zdůrazňovány, nebo nejsou danou populací přijímány a vstřebávány.

Ve vyspělém světě na rozdíl od světa méně vyspělého existují příhodné podmínky pro organizaci informačních kampaní. Masová komunikace není problémem, naprostá většina populace je gramotná a kampaní proti AIDS proběhlo již relativně dostatek. Proto nedostatečné šíření informací můžeme jako příčinu spolehlivě vyloučit. Pak ovšem zůstává již jen jediný důvod, proč se nedaří chování jedinců měnit, a tím je nedostatečná internalizace těchto informací.

Empirická data získaná ve vyspělých zemích prostřednictvím sociologických a epidemiologických šetření nás přesvědčují o tom, že míra znalostí o způsobech přenosu viru HIV a celková znalost problematiky AIDS je v těchto populacích poměrně dobrá.⁶ Také výzkumy provedené na různých segmentech české populace adolescentů vykazují poměrně uspokojivé výsledky (viz tab. 2 a 3).

Tabulka 2. Znalosti o AIDS v souboru brněnské mládeže podle věku v %

Znalosti o AIDS (procento správných odpovědí)	Věk v letech		
	16	17	18
AIDS nelze vyléčit	85	85	86
Někdo může mít virus HIV a nemusí vypadat nemocný	100	100	100
Člověk může mít virus HIV dlouhé roky, než onemocní	96	95	96
Infekce HIV nemůže být zjištěna ihned po přenosu	78	74	76
Člověk může mít pozitivní test HIV a přitom nemusí být nemocný AIDS	77	74	75

Pramen: Rabušic – datový soubor *Mládež a AIDS* (N = 993), 1997.

Nicméně i v naší populaci musíme konstatovat to, na co poukazují zahraniční studie, totiž, že „existují empirické důkazy o tom, že úroveň znalostí a postoje k bezpečnému sexu vykazují jen malou nebo vůbec žádnou přímou souvislost se skutečným chováním“ [Ingham a van Zessen 1997: 86]. Podobně Moatti, Hausser a Agrafiotis [1997] tvrdí, že je sice zřejmé, že nejrozličnější vzdělávací a mediální kampaně zvyšují úroveň znalostí o HIV/AIDS a o možnostech rizika a že také zvyšují míru solidarity a empatie s těmi, kdo touto chorobou onemocněli, avšak je prakticky nemožné prokázat, že opatření tohoto druhu signifikantně ovlivňují chování. Guizzardí, Stella a Remy [1997] přiznávají médiím velkou zásluhu v tom, že učinily AIDS sociálně viditelným. Varují ovšem před přílišným optimismem a ukazují, že mezi obsahem sdělovaným a obsahem přijímaným není jednoznačná korespondence, neboť mezi záměrem sdělovatele a interpretací příjematele probíhá mnoho transformačních procesů.

⁶) Viz např. tab. 6.1 v nesmírně inspirativní stati Moattiho, Haussera a Agrafiotise [1997].

Tabulka 3 Podíl správných odpovědí (v %) o cestách přenosu HIV v české populaci (1994) a podíl brněnských respondentů, kteří připisují daným situacím vysoké riziko nákazy (1997) podle věku

Možnosti infekce	Věk v letech					
	ČR (správné odpovědi)			Brno (vysoké riziko nákazy)		
	16	17	18	16	17	18
souloží	97	98	98	99	99	100
infikovanou jehlou	88	93	91	100	100	100
líbáním	79	78	85	14	12	11
komářím bodnutím	81	76	75	-	-	-
společným WC	90	91	93	-	-	-
podáním ruky	94	94	98	-	-	-
při pettingu	-	-	-	26	21	19
pitím ze stejné sklenice jako člověk s HIV	-	-	-	3	4	6
na plovárně, kde se koupá člověk s HIV	-	-	-	3	3	4
při ošetřování nemocného AIDS	-	-	-	19	18	14
při pohl. styku chráněném kondomem	-	-	-	28	14	12
soužitím ve společné domácnosti s HIV+ osobou	-	-	-	8	10	10

Pramen: ČR: Weiss, Kučera, Svěráková [1995]; Brno: Rabušic – datový soubor *Mládež a AIDS* (N = 805), 1997.

Čeští adolescenti jsou tak o cestách nákazy HIV dobře informováni. Bohužel při svém sexuálním chování se, jak uvidíme dále, neřídí zásadami bezpečného sexu. Navíc jsou, zdá se, poněkud promiskuitnější než populace v západních zemích. Jak zjistili Weiss, Kučera a Svěráková [1995], zatímco z mladých sexuálně aktivních Američanů ve věku 15-18 let mělo čtyři a více sexuálních partnerů jen 14 % děvčat a 23 % chlapců, v české populaci to bylo 34 % dívek a 37 % hochů (viz tab. 4). Brněnští adolescenti – především však chlapci – jsou na tom podobně: čtyři a více sexuálních partnerů mělo 17 % děvčat a 36 % hochů.

Tabulka 4. Počet partnerů u sexuálně aktivních adolescentů v roce 1994 v ČR (podsoubor 15-18letých) a v roce 1997 v Brně (soubor 16-18letých) podle pohlaví (v %)

Počet partnerů	ČR (N = 356)			Brno (N = 309)		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
1	25	29	27	24	48	36
2	19	23	21	18	18	18
3	19	15	17	22	16	19
4	11	15	13	11	5	8
5-7	17	14	15	13	7	10
8 a více	9	5	7	12	5	8

Pramen: ČR: Weiss, Kučera, Svěráková [1995]; Brno: Rabušic – datový soubor *Mládež a AIDS* (N = 805).

Sexuální promiskuita by ještě nemusela být problémem, pokud by byla v kontextu nebezpečí nákazy virem HIV kompenzována dodržováním zásad bezpečného sexu, především používáním kondomu. Česká situace není v tomto ohledu nijak příznivá. Například

v reprezentativním výzkumu českých adolescentů ve věku 15-18 let z roku 1994 uvedlo používání kondomu při každém pohlavním styku jen 8 % sexuálně aktivních chlapců a dívek a téměř třetina (31 %) uvedla, že kondom nepoužívají nikdy [Weiss, Kučera, Svěráková 1995]. Při prvním pohlavním styku použilo podle výzkumu z roku 1993 kondom pouze 15 % Pražanů ve věkové kategorii 15-29 let [Weiss a Zvěřina 1994]. Data z dalšího výzkumu z roku 1994 jsou poněkud příznivější: ve věkové skupině 15-17 let použilo při prvním koitu kondom 21 % dívek a 52 % chlapců.⁷ Ovšem při pohlavním styku s náhodným partnerem jej vždy použijí necelé dvě třetiny respondentů (65 %) a až 31 % dívek a 16 % chlapců jej s náhodnou známostí nepoužije nikdy [Weiss a Zvěřina 1997].

I v našem brněnském výzkumu v roce 1997 jsme zaznamenali již lepší výsledky. První pohlavní styk bez antikoncepce mělo jen 34 % hochů a 35 % děvčat, plné dvě třetiny mladých lidí tak při prvním pohlavním styku, podle jejich výpovědí, použily některou z forem antikoncepce. Na kondom se přitom spolehllo 80 % chlapců a 69 % děvčat z nich. U většiny dívek (80 %) došlo k prvnímu pohlavnímu styku se stálým partnerem, téměř dvě třetiny dívek měly první styk po více než jednoměsíční známosti. Chování chlapců bylo před prvním pohlavním stykem poněkud promiskuitnější: se stálou partnerkou mělo první soulož jen 56 % hochů; 55 % navíc po známosti, která trvala jen 1-4 týdny.

Při posledním sexuálním styku se vzorec v používání antikoncepce proměňuje. Při něm se oproti styku prvnímu podstatně snížil podíl osob, které nepoužily žádnou antikoncepci: pouze 22 % mužů a 20 % žen.⁸ Snížila se ovšem frekvence používání kondomu: chlapci uváděli použití kondomu v 71 % případů, dívky jen v 46 % případů. Výrazné snížení užití kondomu je možno hledat ve dvou důvodech. Předně, děvčata se již více spoléhala na hormonální antikoncepci, což je fakt, který se ostatně podepsal i na snížení používání kondomů u chlapců. Druhým důvodem je asi to, že tento sexuální styk proběhl buď se snoubencem, nebo mezi stálými partnery, popř. s někým, koho respondenti dlouhodoběji znali.⁹ Zahraniční literatura [viz např. Cohen a Hubert 1997] uvádí jako prokázaný fakt, že v dlouhodobějších známostech se míra ostražitosti k nebezpečí infekce HIV snižuje, čemuž odpovídá i sexuální chování, které z hlediska zásad bezpečného sexu vykazuje vyšší míru rizikovitosti.

Jsou tato data z moravské metropole signálem odpovědnějšího chování ve vztahu k epidemii AIDS? Odpověď není jednoznačná. Zdá se totiž, že používání kondomu není příliš pevně spojeno s vědomím prevence HIV/AIDS. Z brněnských dat např. vyplývá, že kondom při pohlavním styku vyžadovalo z důvodu ochrany před AIDS pouze 5 % hochů a 2 % děvčat. Jako důvod ochrany před otěhotněním a současně prevence viru HIV ozna-

⁷) Ve Velké Británii podle údajů z roku 1991 nepoužilo při svém prvním pohlavním styku ve věkové skupině 16-24 let antikoncepci 24 % dívek a 31 % hochů. Finsko uvádí z roku 1992 čísla ještě nižší, platí ovšem pro věkovou skupinu 18-24 let: 13 % děvčat, 17 % chlapců. Ve Francii podle údajů z roku 1993 nepoužilo při svém prvním pohlavním styku žádnou z forem antikoncepce 16 % dívek [Bozon a Kontula 1998].

⁸) Kromě otázky na antikoncepci u posledního pohlavního styku jsme se také u respondentů zajímali o celkovou pravidelnost používání antikoncepce v jejich sexuálním životě. Vždy dosud antikoncepci při pohlavním styku použilo 50 % hochů a 55 % dívek. Naopak zřídka nebo nikdy 22 % chlapců a 18 % děvčat.

⁹) Styk s náhodným partnerem totiž v této otázce přiznalo jen 18 % sexuálně aktivních chlapců a 6 % sexuálně aktivních děvčat.

čilo použití kondomu 27 % chlapců a 32 % děvčat. A použití kondomu vůbec nikdy nevyžadovalo 27 % chlapců a 26 % děvčat.

Podobný trend v (ne)uvědomování si nebezpečí HIV/AIDS jsme zaznamenali i u dalších indikátorů: zdali chlapci a děvčata při prvním nebo i posledním pohlavním styku mysleli na AIDS, zda o AIDS se svým partnerem před pohlavním stykem hovořili a zda z důvodů nebezpečí AIDS dělali něco jinak. Výsledky jsou uvedeny v tab. 5.

Tabulka 5. Úvahy o nebezpečí AIDS před prvním (N = 407) a posledním (N = 363) pohlavním stykem v roce 1997 v Brně (soubor 16-18letých) podle pohlaví (v %) – odpovědi „ne“

odpovědi „ne“	První pohlavní styk		Poslední pohlavní styk	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky
Mysleli tehdy na AIDS?	67	68	64	78
Mluvili o AIDS?	63	53	57	46
Dělali něco jinak kvůli AIDS	93	92	86	91

Pramen: Rabušic – datový soubor *Mládež a AIDS*.

Tato data naznačují, že při prvním, ale pak i při regulérním pohlavním styku existuje značný podíl těch, kdo na nebezpečí AIDS vůbec nemyslí, s partnerem o něm před pohlavním stykem nemluví a kdo nepřijímají žádná speciální ochranná opatření.

Proč tomu tak je? Naše další data nám přinášejí odpovědi. Sexuální chování brněnské středoškolské a učňovské mládeže prozrazuje, že AIDS není momentem, který by je nějak zásadním způsobem ovlivňoval. Na tento fakt bohužel upozorňují i jiné výzkumy.¹⁰ Tab. 6 přináší v koncentrované podobě údaje o různých aspektech vlivu existence AIDS na sexuální chování středoškoláků a učňů navštěvujících brněnské školy.

Tabulka 6. AIDS a chování sexuálně aktivní středoškolské a učňovské mládeže v roce 1997 v Brně (soubor 16-18 letých) podle pohlaví (v %) – odpovědi „ne“

Sexuální chování vzhledem k AIDS	Chlapci	Dívky
Je AIDS tématem, kterým se osobně v současné době nějak zabýváte?	57	40
Byli jste v situaci, kdy jste se báli, že se nakazíte virem HIV?	76	77
Podrobili jste se někdy testu na protilátky?	93	97
Požadovali jste někdy od partnera test na HIV protilátky?	98	93
Ptali jste se na to, zdali je partner(ka) HIV pozitivní?	83	76
Omezili jste někdy svůj intimní život kvůli AIDS ?	67	74
Byl by nějaký rozdíl ve vašem pohlavním životě, kdyby nebyl AIDS?	69	78
Myslíte, že nebezpečí AIDS nějak ovlivňuje sexuální chování mládeže?	87	90

Pramen: Rabušic – datový soubor *Mládež a AIDS* (N = 805), 1997.

¹⁰⁾ Např. Ptáčková [1998] zjistila v souboru středoškoláků na trutnovsku velmi podobné chování a postoje jako my v souboru brněnském.

Téma AIDS je u středoškoláků a učňů, kteří navštěvují brněnské školy a učiliště, sice tématem, které není zcela ignorováno (a mnohem více u dívek než u chlapců), avšak vzhledem k tomu, že se podle jejich výpovědí velká většina z nich neocitla v situaci, kdy by hrozilo nebezpečí nákazy virem HIV, neptali se před pohlavním stykem partnera nebo partnerky, zdali je HIV pozitivní a nepožadovali od nich test na AIDS. Sami se také ještě nenechali testovat. Většina našich respondentů se navíc domnívá, že nebezpečí AIDS nijak neovlivňuje sexuální chování mládeže. U respondentů samotných lze jistý vliv hrozby AIDS na konkrétní sexuální chování odhadovat – asi třetina chlapců a čtvrtina děvčat svůj intimní život kvůli AIDS již někdy nějakým způsobem omezila. Asi třetina chlapců a čtvrtina dívek přiznává, že existence AIDS způsobuje rozdíl v jejich sexuálním chování. Pokud by AIDS neexistoval, chovali by se sexuálně jinak.

Z těchto skutečností také vyplývá poměrně značná jistota brněnských sexuálně aktivních respondentů, že oni se virem HIV nakazit nemohou. 88 % sexuálně aktivních hochů a 85 % sexuálně aktivních dívek odhaduje, že šance nakazit se virem HIV je u nich málo pravděpodobná. 41 % hochů a 36 % dívek se domnívá, že ve srovnání s ostatními spolužáky je jejich pravděpodobnost nákazy stejná, a 46 % chlapců a 55 % děvčat si myslí, že jejich pravděpodobnost nákazy je ve srovnání s ostatními spolužáky nižší.

Celkově se tedy na základě všech těchto informací zdá, že sexuálně aktivní respondenti, kteří jsou ve věku 16-18 let studenty brněnských středních a učňovských škol, zatím žijí ve světě, v němž si nebezpečí pandemie HIV/AIDS příliš nepřipouštějí. A i když pochopitelně nemůžeme výsledky tohoto nejčerstvějšího výzkumu vztahovat z populace Brna a jeho okolí na celou českou populaci, obsahují podle našeho názoru výrazné symptomy.

Z hlediska našeho modelu jsme tedy v situaci, kterou dobře znají odborníci z jiných zemí: jejich výzkumy docházejí opakovaně k paradoxnímu faktu, že jedinci se budou znovu a znovu vystavovat riziku HIV, i když jsou si naprosto jasně vědomi toho, že toto riziko existuje [Moatti, Hausser, Agrafiotis 1997]. Jak velmi trefně poznamenávají Ahlemeyer a Ludwig: „AIDS toho změnil hodně v hlavách lidí, ale téměř nic v jejich postelích“ [Ahlemeyer a Ludwig 1997: 129].

I v české populaci zjišťujeme, že informace o nebezpečí HIV/AIDS v bohaté míře existují a mohou být kdykoliv a komukoliv po ruce, informovanost o způsobech přenosu viru HIV je dobrá, avšak konkrétní sexuální chování jedinců je takové, že k jednoznačné prevenci pandemie HIV nepřispívá. Pokusme se tedy nalézt odpověď, v čem spočívají možné příčiny takového paradoxu.

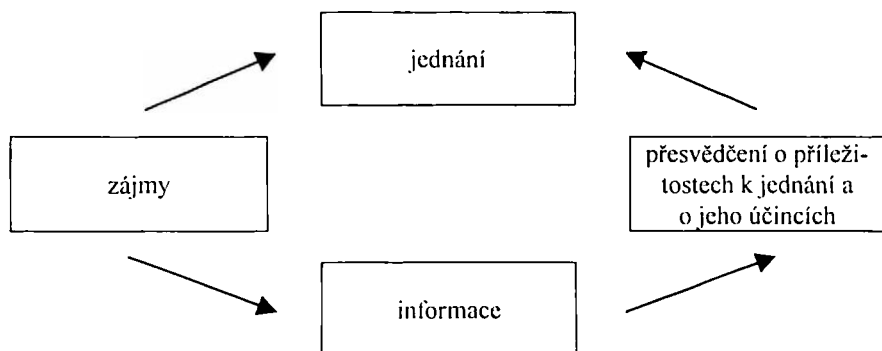
Iracionalita či racionalita jiného typu?

Smyslem existence sociálních věd je vysvětlovat lidské chování v termínech příčin a následků.¹¹ Aby mohly dostat svému cíli, organizují svůj výzkum tak, že deduktivně vytvoří hypotetický kauzální model, v němž nezávisle proměnné nejrůznějšími přímými i zprostředkovanými cestami ovlivňují chování (variabilitu) proměnné závislé. Vlivným heuristickým přístupem v tomto úsilí o vysvětlení chování lidí je teorie racionální volby (*rational choice theory*). Tato teorie jednání, jak známo, v podstatě tvrdí, že sociální život je principiálně vysvětlitelný jako výsledek racionálních voleb individuálních aktérů.

¹¹) Odhlédneme v tuto chvíli od faktu, že postmoderní vědecké paradigma zavedlo spíše non-explanatorní diskurs, v jehož rámci se snaží především o interpretaci sociálních jevů.

Předpokládá se přitom, že v situaci, kdy se aktér rozhoduje, jaký druh z jednání, k nimž má *příležitost*, zvolí, bude se jeho volba obvykle řídit tím, aby toto jednání nejlépe uspokojilo jeho *zájmy*. Vzhledem k tomu ovšem, že se lidé pohybují v situacích, kdy o výběru určitého jednání rozhoduje informace, a vzhledem k tomu, že velmi často je tato informace neúplná, je zřejmé, že aktér jedná na základě *přesvědčení* o možných příležitostech a jejich účincích. Individuální chování je tak třeba vidět jako výsledek působení tří bezprostředních příčin: zájmů, přesvědčení a příležitostí [Hedström, Swedberg 1996] – viz obr. 4.

Obr. 4. Model teorie racionální volby



Je samozřejmé, že teorie racionální volby (*TRV*) si nedělá nárok, že dokáže předpovědět, co udělá konkrétní jedinec v konkrétní situaci, nýbrž ukazuje, co by udělal typický aktér v typické situaci. Tato teorie může podle Hedströma a Swedberga [1996] zvýšit schopnost sociologa analyzovat klíčový problém sociologie: jak sociální struktura vynucuje a současně umožňuje sociální jednání individuálních aktérů.

Silnou stránkou *TRV* je to, že používá typ vysvětlování, který Elster [1983, cit. dle Hedström, Swedberg 1996] nazval intencionálním.¹² Vysvětlit jednání intencionálně znamená, že ho vysvětlujeme s odkazem na budoucí stav, který toto jednání mělo přinést. To nám dovoluje, na rozdíl od vysvětlení kauzálního, odpovědět na otázku, proč aktér jednal určitým způsobem, a dovoluje nám tak – ve weberovském smyslu – tomuto jednání rozumět [Hedström, Swedberg 1996].

Model racionální volby se používá i ve studiích epidemiologických a medicínských, jakož i ve výzkumech šíření HIV. Dostal v nich podobu modelu *K-A-B-P* (*Knowledge-Attitudes-Beliefs-Practices*), tedy Znalosti-Postoje-Přesvědčení-Praktiky nebo modelu *HBM* – *Health Belief Model*, tedy modelu přesvědčení o zdraví. Oba modely předpokládají, že ve vztahu k chorobě se budou aktéři snažit o optimalizaci výsledků svého chování, přičemž budou vážit náklady a výnosy. V kontextu AIDS tato kognitivní perspektiva předpokládá, že jedinci učiní racionální volbu a budou aplikovat metody bezpečného sexu, jakmile budou vědět, že (1) existuje možnost nákazy HIV, že (2) HIV vede k smrtelnému AIDS, že (3) HIV se lze vyhnout s pomocí praktik bezpečného sexu a že

¹²) Elster říká, že v sociálních vědách používáme buď vysvětlení kauzální, funkcionální nebo intencionální. Nejčastější je ovšem vysvětlení kauzální a intencionální, neboť funkcionální typ vysvětlení může být převeden na kauzální a/nebo intencionální. V sociologii, především v empiricky orientované, jednoznačně dominuje vysvětlení kauzální.

(4) tyto praktiky jsou k dispozici [Cohen a Hubert 1997]. Řečeno jinými slovy, vychází se zde z předpokladu, že znalosti o chorobě ovlivní postoje a přesvědčení individua, které pak v konkrétní situaci racionálně zvolí takové jednání, které je pro ně nejvýhodnější – v kontextu AIDS samozřejmě takové, které bude eliminovat možnost nakažení virem HIV a které je nevystaví riziku nevyhnutelné smrti.

Již v předcházejících odstavcích jsme ukázali, že výsledkem výzkumů o sexuálním chování a AIDS byl překvapivý nedostatek kauzálních propojení mezi přesvědčeními, informovanými vědomostmi a postoji na straně jedné a jednáním, o kterém respondenti referovali svými odpověďmi ve výzkumech, na straně druhé. Nejrůznější výzkumná data z celého světa indikují, že dokonce i informovaný člověk, který se ztotožňuje s preventivními opatřeními, je často v praktickém chování nerealizuje [Bastard a Cardia-Voneche 1997].¹³

Jaké jsou možné důvody tak neracionálního jednání? Jak to, že se mladý člověk ani „tváří tvář smrti“ nerozhoduje racionálně a nejedná logicky? Znamená to snad, že v tomto kontextu musíme znovu klást otázku, do jaké míry je jednání individua v intimní sféře řízeno nekontrolovatelnými silami „id“? Smířit se s Humovým argumentem, že rozum je otrokem vášně?

Odpověď, zdá se, není příliš složitá. I v intimní sféře se člověk chová logicky. Ale v situacích, které jsou plny emocí, sexuální žádostivosti a často i sexuálních fantazií, je třeba pro systematickou analýzu jednání člověka přijmout jiný model explanace, je třeba připustit, jak tvrdí Ahlemeyer a Ludwig [1997], že existuje „racionalita intimity“ (*rationality of intimacy*), která se odlišuje od vědecké „rationality zdravotní“ (*rationality of the health system*). V podobném duchu hovoří i Guizzardi, Stella a Remy [1997], kteří tvrdí, že existují dva druhy racionality – racionalita předepisovaná lékařským věděním a konkrétní, pragmatická subjektivní racionalita, která vzniká v malé síti sociálních vztahů.

Pro pochopení jednání individua při pohlavním aktu z hlediska zásad prevence proti nákaze HIV je tak třeba opustit model jednajícího člověka, který váží všechna rizika a odměny, model, který předpokládá, že prevence AIDS je v sexuálním chování ústřední prioritou. Jak zdůrazňují např. Cohen a Hubert [1997], mnozí aktéři mají mnohem bezprostřednější cíle než se starat o nejisté a vzdálené následky nechráněného pohlavního styku. „Láska a intimita, souhlas partnera a vrstevnické skupiny, jakož i ekonomické po-

¹³) Paradigmatickou ukázkou celého problému přináší ze svého kvalitativního výzkumu Ahlemeyer a Ludwig [1997]. Svobodná 27letá Němka se o dovolené na Korfu setkala s mužem, do něhož se zamilovala a s nímž po několika dnech měla pohlavní styk. Splňovala všechny klíčové předpoklady, kterých je podle literatury zapotřebí pro úspěšné preventivní chování, tj. (1) byla dobře informována o nebezpečí AIDS a možných rizicích (měla *informace*), (2) považovala je za důležité (měla na nich *zájem*), (3) v důsledku toho se chtěla chovat v souladu s nimi, tedy preventivně (měla *úmysl*), (4) proto jednala aktivně a dopředu zakoupila kondomy, neboť věděla, že kondom je adekvátním prostředkem prevence proti viru HIV, takže je chtěla mít po ruce (*dostupnost* adekvátních prostředků prevence), (5) dokonce se jí před samotným pohlavním stykem podařilo zavést na téma AIDS a kondomů řeč (*kommunikace*). Navzdory tomu všemu preventivní jednání nenastalo a kondom zůstal ležet při samotném pohlavním styku v její kabelce. Důvodem, jak výzkumníci v rozhovoru zjistili, bylo, že se mladá žena obávala, že trvat na použití kondomu by mohlo být z její strany chápáno jako nedůvěra – navíc partner jí řekl, že již nějakou dobu s žádnou ženou nespál – a že on jí důvěřuje.

třeby vytvářejí mocné tlaky na ne-bezpečný sex“ [Cohen a Hubert 1997: 208]. Model racionální volby je tedy třeba ve sféře sexuálního jednání poněkud modifikovat.

Z tohoto důvodu Moatti et al. [1997] navrhuji jako adekvátnější ten model, s nímž přišla ekonomická teorie pod názvem teorie očekávaného užitku (*expected utility theory*). Tato teorie vytváří logický rámec pro zodpovězení otázky, jak by se racionální lidé chovali v nejistém světě, a tvrdí, že jednotlivci se budou chovat takovým způsobem, aby maximalizovali očekávaný užitek [Pearce 1992]. Ve světě intimních sexuálních vztahů může snaha maximalizovat užitek (tedy uskutečnit pohlavní styk, udržet si partnera, kterého miluji, a zvýšit si tak naději na další pohlavní styky v budoucnosti) vést jedince k racionálnímu rozhodnutí nechovat se v souladu se zásadami bezpečného sexu. Teorie očekávaného užitku např. potvrdila, že individua mají tendenci snižovat rizikové chování v případě, že v sázce jsou zdravotní rizika, která mohou ohrozit délku života. Avšak v případech, kdy jsou tato rizika nízká, je tato tendence v jednání mnohem méně jasná [Moatti et al. 1997]. A my víme, že v prostředí České republiky je statisticky vzato riziko nákazy heterosexuálních partnerů virem HIV zatím relativně velmi nízké. Iracionalita nebezpečného sexu může tedy být mnohdy pouze zdánlivá. Takto jednající individua mohou být vedena motivy, které jsou plně racionální a logické, avšak z jiného aspektu než zdravotního.

Ve snaze o analýzu bezpečného sexuálního chování musíme také brát v úvahu celý kontext takové situace, s přítomnými sociálními normami a hodnotami, s jejím emotivním nábojem, s individuálními intencemi a cíli partnerů a také složitými mechanismy interakčního procesu a „mocenského“ vyjednávání mezi mužem a ženou.

Každý pohlavní akt je jednáním, které je velmi složitě strukturováno.¹⁴ A u pohlavního aktu adolescentů, kteří jsou teprve na začátku své sexuální „kariéry“ a hledají stálého sexuálního partnera, je vše ještě mnohem komplikovanější. Adolescentní pohlavní styk je především vzorován sociálními normami (které určují, co je při pohlavním styku více méně normální a akceptovatelné, co se ještě „může dělat“ a co je již nepřipustné). Je ovlivněn hodnotami obou partnerů, které v dané chvíli hochům a dívkám určují, jaký význam pro ně tento aktuální styk má (potvrzení vzájemné náklonnosti; prázdninová romance pro jednoho, ale velká láska pro druhého; styk proto, „aby mu udělala radost“ atd.).¹⁵

Pohlavní akt adolescentů je navíc situací, která je intimně nesmírně křehká, a mnohdy stačí jen nepatrný rušivý signál, aby se úplně zhroutila – zazvonění telefonu, zvuky vydávající postel, láhev vína, kterou nelze otevřít. Je to navíc situace, která je u adolescentů především komunikativním aktem. Verbální, ale i neverbální komunikace totiž připravuje psychické systémy na to, aby k fyzickému sblížení vůbec mohlo dojít [Ahlemeyer a Ludwig 1997]. Jakékoliv komunikační „škobrtnutí“ (např. „nevhodná“ poznámka, „divný“ pohled, zmínka o antikoncepci apod.) může vše zhatit. Připravit celou situaci tak, aby adolescentní pohlavní akt probíhal v souladu se zásadami bezpečného sexu, se z tohoto hlediska jeví jako malý zázrak.

Dalším významným momentem, který při pohlavním styku adolescentů „odvádí“ jedince od racionálního uplatňování zásad bezpečného sexu, je tendence aktérů podceňo-

¹⁴) Vycházíme zde z konceptuálního rámce Ahlemeyera a Ludwiga [1997].

¹⁵) Např. u našich respondentů se první pohlavní styk, byť k němu došlo, jak jsme viděli, často mezi stálými partnery, udál neočekávaně pro 74 % chlapců a 61 % dívek.

vat riziko, které hrozí jim samotným – „mně se to přece nemůže stát“. Do hry zde vstupuje faktor vrstevnické skupiny. Vzhledem k tomu, že teprve člověk nemocný chorobou AIDS vykazuje znaky, které jsou pro ostatní dešifrovatelné jako signály AIDS, a vzhledem k tomu, že výskyt nemocných chorobou AIDS je relativně nízký – a mnohem nižší než počet případů žijících s infekcí HIV, není mnoho vrstevnických skupin, které by s tímto nebezpečím měly přímou zkušenost. V takovém případě nastává jeden z nezmýšlených efektů kampaní proti AIDS, které mimo jiné sdělují, že člověk nemá mít příležitostný sex s někým, koho nezná. Jelikož ve vrstevnické skupině se všichni znají a jelikož nikdo nevykazuje znaky choroby, je možno bohužel ve vzájemném pohlavním styku – a ve skupinách adolescentů je zcela běžné, že jejich členové se postupně do sebe vzájemně zamilovávají – být neobezřetný a nepoužívat zásady bezpečného sexu.¹⁶

Vrstevnická skupina se může v adolescenci podílet na ne-bezpečném sexuální chování ještě dalším způsobem. O výrazném, možná až zásadním vlivu vrstevnické skupiny na sexuální chování v adolescenci, se nepochybuje. Vrstevnická skupina je v adolescenci skupinou referenční, jsou to oni „významní druzí“, kteří formují hodnotové vzorce a sociální normy. Sexuální aktivita, která je obecně řečeno hluboce zakotvena v kultuře, je v jejích konkrétních projevech ovlivňována širším rámcem sociální situace jedince [Alan 1989], jejíž organickou součástí je v době adolescence právě vrstevnická skupina. Vzhledem k tomu, že člověk se ve svém jednání snaží o to, aby došel souhlasu (a vyhnul se nesouhlasu) s těmi, jejichž mínění si cení, což ve věku adolescence platí obzvláště, je zřejmé, že vrstevnická skupina vytváří speciální mikrosvět mužských a ženských rolí, sexuálních ideologií a vzorců intimních vztahů. Tento mikrosvět vstřebává nejrůznější podněty světa širšího, jejichž součástí jsou i podněty kampaní o HIV/AIDS. Způsoby, jimiž jsou zde jejich významy interpretovány, jsou klíčovými prvky pro ustanovení postoju vůči HIV. Právě zde asi leží jeden z důležitých momentů v sexuálním jednání, které se z kognitivního hlediska jeví jako nepochopitelné a iracionální.

Co s tím?

Přijmeme-li jako fakt, že konkrétní sexuální chování je ve vztahu k riziku HIV na hony vzdáleno jednoduchému modelu komunikační racionality typu „Já ti řeknu, co ti může ublížit, a ty se podle toho zachováš“ [Guizzardi, Stella a Remy 1997: 168], musíme také – v souladu s empirickými daty – připustit, že rizikové chování a ne-bezpečný sex je víceméně každodenní realitou. Je samozřejmé, že tímto konstatováním nemůžeme celý problém uzavřít, vždyť v sázce jsou přece životy velké části populace. Klíčová otázka proto zní, jakým mechanismem, jakými prostředky je možné přivést adolescentní sexuální aktivní populaci k tomu, aby se chovala v souladu se zásadami bezpečného sexu?

Neděláme si iluze, že dokážeme na tuto otázku jednoznačně odpovědět. V českém kontextu je to navíc obtížné i z toho důvodu, že v oblasti sexuálního chování a rizika HIV nemáme dostatek empirických podkladů kvalitativního typu. Toto téma bylo totiž až dosud výzkumně pojímáno především v rámci tzv. kvantitativního paradigmatu. Českému

¹⁶) Další příklady lze nalézt u Cohena a Huberta [1997]. Např. to, že média vytvořila na počátku existence AIDS stereotyp, že nejrizikovější skupinou je z hlediska AIDS homosexuál nebo intravenózní narkoman, a to způsobilo, že všichni, kdo nebyli ani homosexuálové, ani narkomani, si racionalizovali své sexuální rizikové chování tím, že si řekli – „já k nim nepatřím“. Nebo např. silná mediální kampaň v Austrálii natolik přehnal hrozbu AIDS, že do jisté míry ztratila na věrohodnosti, což mohlo u populace vést k možnému podcenění budoucího nebezpečí.

sociologickému pohledu na fenomén HIV/AIDS však výrazně chybí studie kvalitativní povahy, které by do mechanistických vazeb, jež přinášejí korelační analýzy, vnesly více porozumění a významu,¹⁷ které by přispěly k zachycení toho, co Berthelot [1990, citováno dle Campenhoudt 1997] nazval třemi komplementárními dimenzemi lidských a sociálních fenoménů: struktury, procesu a významu. Z toho, co je dosud o složitém světě žádostivosti a rozkoše známo, se nám zdá, že prvořadým a klíčovým cílem, byť cílem nesmírně obtížným, je změna normy. Jak jsme k tomuto poněkud triviálnímu poznatku dospěli?

Je jasné, že z hlediska rizika HIV je nejbezpečnějším chováním u populace, která není závislá na intravenózních drogách, chování asexuální, abstinence. Tento způsob řešení je ovšem nereálný, a proto ho musíme vyloučit. Sexuální chování méně nebezpečné, avšak ne zcela bezpečné, je chování, které minimalizuje počet partnerů. Vzhledem k faktu „sekulárního trendu akcelerace biologického zrání“ [Říčan 1989: 187], jehož součástí je i akcelerace zrání sexuálního,¹⁸ a vzhledem ke zvyšování věku prvního sňatku (ten se dnes pohybuje průměrně kolem 27 let u mužů a 25 let u žen), musí u mladé populace docházet víceméně zákonitě k předmanželským sexuálním stykům a k jisté sexuální promiskuitě.¹⁹ Tudíž i tento prostředek prevence HIV – tj. minimalizace počtu partnerů – není možno aplikovat absolutně. V takové situaci zbývá jediné řešení: ustanovit sociální normu o důsledné aplikaci kondomu při každém adolescentním pohlavním styku.

Normy jsou jak známo jedním ze stěžejních sociologických konceptů, neboť jako předepsané vzory chování, jež jsou získávány v procesu socializace, tvoří jeden z nejvýznamnějších aspektů kultury. Sexuální chování jako aspekt lidské kultury je normami vázáno rovněž, dokonce snad patří k oblastem lidského chování, jež jsou sociálně regulována nejdetailněji a nejsilněji [Reiss 1986, 1989; Weeks 1986; Ahlemeyer a Ludwig 1997]. Současně ovšem je to chování, které je nejvíce privátní a v němž je dovoleno přijímat normy vlastní.

Z hlediska používání kondomu přechází v mnoha vrstvách české adolescentní populace spíše norma negativní: „s kondomem ne“. O příčinách takového postoje můžeme pouze spekulovat. Podle některých lidí snižuje kondom sexuální dráždivost obou partnerů a brání plnému prožitku sexuálního aktu. Druhá námitka vychází z obavy, že moment přípravy kondomu k použití nevhodně naruší intimní atmosféru okamžiku, „zničí kouzlo sexu“ [Moore et al. 1996: 81] a spontánnost zážitku. Třetí problematickou okolností je nedostatečná anonymita při nákupu této pomůcky. Kvalitativní studie české populace, které by zaznamenaly konotace významu slova kondom nebo popsaly, jak je kondom ve chvílích intimity pohlavního aktu vůbec vnímán, zatím nemáme (což samo o sobě je informace sociologicky relevantní). Ahlemeyer a Ludwig [1997] velmi správně připomíná-

¹⁷⁾ Většina autorů námi často citované knihy [viz Campenhoudt et al. 1997] se shoduje v tom, že survey toho o HIV/AIDS již mnoho nového říci nemůže, neboť ho již v jeho hromadnosti poměrně zevrubně popsal. Ve svých kapitolách pracovali především s daty získanými prostřednictvím kvalitativních metod.

¹⁸⁾ Jak nás informuje Prokopec [1999], byl u českých dívek v roce 1895 střední věk menarché 15,08 roku. V roce 1962 se snížil na 13,08 roku a v roce 1991 byl 13,0 roků. V roce 1997 jsme u našich respondentek zaznamenali průměrný věk v době menarché 12,9 roku.

¹⁹⁾ Sexuální promiskuita není vyhrazena jen pro adolescentní fázi životního cyklu. S její existencí se musí vypořádávat i mnohá manželství. Sociobiologové dokonce kladou otázku, zdali je člověk vůbec uzpůsoben pro život v monogamním vztahu.

jí, že to, zdali je kondom při pohlavním styku použit či nikoliv, závisí na tom, jak je kondom percipován. Pokud nese kondom význam čisté sexuality, je stěží akceptovatelný těmi, pro něž je pohlavní styk výrazem vzájemného odevzdání se a hluboké lásky. Pokud je vnímán jako „sobecký“ nástroj na ochranu sebe sama před tím druhým, těžko nalezneme pochopení u těch, kdo hledají u partnera důvěru. Pokud je symbolem AIDS a smrti, nemůže být akceptován těmi, kdo v sexu hledají zábavu, vzrušení a „život“. Na druhé straně jeho použití může být podle těchto autorů snazší, pokud kondom symbolizuje antikoncepci (i naši respondenti používali při pohlavním styku kondom jako antikoncepci a ne jako prevenci HIV). Strach z otěhotnění může být ve chvílích milostné intimity akceptovatelnějším motivem pro aplikaci kondomu než jako prevence AIDS, která evokuje nemoc, utrpení a smrt. Podobně může být užití kondomu přijatelné i v situaci, kdy je prezentován jako altruistická snaha ochránit partnera („*Vezmeme si kondom, abychom tě ochránili, ano?*“).²⁰

Z analýz efektů masové komunikace je již dostatečně dlouho známo, že přijímání obsahu příjemci je složitým způsobem strukturováno a že ve snaze dosáhnout nejvyššího účinku komunikace je proto třeba vysílat obsahy cíleně na různé skupiny obyvatelstva. V kontextu rizika HIV je zřejmé, že mezi recipienty informací jsou tři důležité skupiny: kohorty dospívajících dětí, dále kohorta jejich rodičů a v neposlední řadě skupina učitelů základních a středních škol.

Pokud se týče skupiny adolescentů, hlavním obsahem preventivní kampaně by mělo být sdělení, že při pohlavním styku je použití kondomu normální a naopak zcela nenormální je kondom nepoužívat. Kampaň by navíc neměla být orientována na obsahy zdůrazňující utrpení a smrt, neboť těmito symboly je mediální prostor přesycen, takže přestává působit. Účinnější zde mohou být informace, které jsou orientovány pozitivně. Neměly by zmiňovat jen nebezpečí AIDS, ale měly by hovořit o tom, že v mladém věku je kondom tím nejpohodlnějším a nejlevnějším způsobem ochrany před otěhotněním.

Pokud se týče skupiny rodičů, je třeba je přivést k tomu, že budou brát informace o poměrně nízkém věku, v němž jejich „dětí“ začínají sexuálně žít, zcela vážně. Ačkoliv nemáme výzkumná data, jsme přesvědčeni, že rodiče si často vůbec nepřipouštějí, že by jejich šestnáctileté či sedmnáctileté děti už mohly sexuálně žít. Je pak zřejmé, že takovéto vytěšňování faktů je hlavní překážkou v tom, aby rodiče přispívali svým působením k větší ostražitosti vůči HIV a k adekvátnějším formám preventivně sexuálního chování.

Učitelé základních a středních škol jsou svěbytnou skupinou. Potíže se zaváděním moderních forem sexuální výchovy do českých škol jsou dostatečně známy, což indikuje další slabý článek v řetězci faktorů, které rozhodujícím způsobem ovlivní vývoj infekce HIV a AIDS v české kotlině. Zdá se, že při hledání strategií, jak omezit potenciálně značný výskyt této choroby, jsme bohužel opět dospěli k triviálnímu řešení, k němuž se utíkají mnozí analytici nejrůznějších sociálních problémů: zkvalitněme roli rodičů a učitelů a problém bude eliminován. V případě tak intimních forem lidského chování, jako je chování sexuální, se ovšem domníváme, že role sexuální výchovy je klíčová.

²⁰⁾ Tento způsob v sobě obsahuje vzkaz, že partner, který toto navrhuje, měl již pohlavní styky i s jinými. To může být ve společnostech, které si zatím nedělají příliš velké starosti se sexismem, přijatelnější na straně muže, než když takovou větu pronese žena.

Závěr

V této stati jsme se zabývali některými aspekty sexuálního chování adolescentů ve vztahu k riziku šíření infekce HIV a choroby AIDS. Věříme, že na základě empirického výzkumu v moravském velkoměstě jsme dále rozšířili poznatky o sexuálním chování adolescentů. Potvrdili jsme již známá fakta, že sexuálně žít se v České republice začíná poměrně brzy, že z hlediska informací o nebezpečí šíření infekce HIV má česká mládež velmi solidní znalosti, avšak že tyto znalosti nevyužívá v reálných sexuálních situacích. Tento zjevný rozpor jsme se snažili vysvětlit poukazem na dvojí druh racionality – racionality zastávané mimo sexuální situaci a racionality během sexuální situace. Jejich rozdílnost je dána rozdílnými cíli, s nimiž jsou tyto situace spojeny.

Úspěch v prevenci pandemie, který by znamenal také úspěch v prevenci ztráty mladých lidských životů, spočívá očividně v tom, jak tyto dva druhy racionality sladit. To, že řešení nacházíme v jisté „kondomizaci“ adolescentů, k němuž mají přispět média, a patřičná sexuální výchova v rodině a ve škole, není samozřejmě žádné originální řešení. Svým textem jsme však chtěli opětovně na problém HIV upozornit. Jsme toho názoru, že vnímání hrozby HIV/AIDS se v českých zemích neoprávněně zeslabuje. Dosavadní nízké počty registrovaných s touto infekcí nejsou žádnou zárukou toho, že HIV se neregistrovaně nešíří. Exponenciální křivka, podle jejíhož modelu se v každé epidemii počet nakažených (a v případě HIV i fatálně umírajících) rozšiřuje, je, jak dobře víme, zrádná: i velmi nízké počty na počátku epidemie znamenají katastrofu na jejím konci.

LADISLAV RABUŠIC je docentem katedry sociologie a v současné době i proděkanem Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Vyučuje kurs o metodologii sociálně vědních výzkumů, dále kvantitativní analýzu dat, populační studia a sociologii populačního stárnutí. Badatelsky se soustřeďuje kromě jiného na sociologické aspekty populačních procesů. Dosud publikoval přes padesát statí doma i v zahraničí, je pravidelným příspěvovatelem Sociologického časopisu a Demografie. Je autorem monografie Česká společnost stárne (1995) a editorem publikace Česká společnost a senioři (1997).

KATEŘINA KEPÁKOVÁ je absolventkou oborů sociologie a sociální politika a sociální práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně a v současné době je zde zaměstnána jako výzkumná pracovnice. Podílela se mimo jiné na řešení výzkumného projektu Youth and AIDS a je autorkou diplomové práce Sexuální mýty a stereotypy: sexuální chování a postoje české mládeže (1999).

Literatura

- Ahlemeyer, H. W., D. Ludwig 1997. „Norms of Communication and Communication as a Norm in the Intimate Social System.“ Pp. 22-43 in *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, ed. by L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser. London: Taylor and Francis.
- Alan, J. 1989. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama.
- Altman, L. K. 1998. „AIDS Is on Course To Ravage Africa.“ *International Herald Tribune*, June 24.
- Bastard, B., L. Cardia-Voneche 1997. „From Rational Individual to Actor Ensnared in a Web of Affective and Sexual Relationship.“ Pp. 127-134 In *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, ed. by L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser. London: Taylor and Francis.
- Berthelot, J.-M. 1990. *L'intelligence du social*. Paris: PUF.

- Bozon, M., O. Kontula 1998. „Sexual Initiation and Gender in Europe: A Cross-cultural Analysis of Trends in the Twentieth Century.“ In *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, ed. by M. Huber, N. Bajos, T. Sandfort. London: UCL Press.
- Brůčková, M. 1998. „Současná situace ve výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR.“ *AIDS Newsletter* 6: 23-28.
- Brůčková, M., J. Jedlička, M. Malý et al. 1999. „Charakteristiky výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 1998.“ *Zprávy CEM*, č. 1: 20-23.
- Campenhoudt, L. Van 1997. „Operationalizing Theories for Further Research.“ Pp. 181-187 in *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, ed. by L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser. London: Taylor and Francis.
- Campenhoudt, L. Van, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser (eds.) 1997. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London: Taylor and Francis.
- Cohen, M., M. Hubert 1997. „The Place of Time in Understanding Sexual Behaviour and Designing HIV/AIDS Prevention Programs.“ Pp. 196-222 in *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, ed. by L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser. London: Taylor and Francis.
- Elster, J. 1983. *Explaining Technical Change: A Case Study in the Philosophy of Science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guizzardi, G., R. Stella, J. Remy 1997. „Rationality and Preventive Measures: The Ambivalence of the Social Discourse on AIDS.“ Pp. 159-180 in *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, ed. by L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser. London: Taylor and Francis.
- Hedström, P., R. Swedberg 1996. „Rational Choice, Empirical Research, and the Sociological Tradition.“ *European Sociological Review* 12: 127-146.
- Ingham, R., G. van Zessen 1997. „From Individual Properties to Interactional Processes.“ Pp. 83-99 in *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, ed. by L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser. London: Taylor and Francis.
- Kraus, J., I. Tomek, P. Velebil 1996. „Výsledky průzkumu reprodukce a zdraví, ČR 1993, 2. část.“ *Demografie* 38: 181-193.
- Moatti, J.-P., D. Hausser, D. Agrafiotis 1997. „Understanding HIV Risk-related Behaviour: A Critical Overview of Current Models.“ Pp. 100-126 in *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, ed. by L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser. London: Taylor and Francis.
- Moore, S., D. Rosenthal, A. Mitchell 1996. *Youth, AIDS and Sexually Transmitted Diseases*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Pearce, D. W. (ed.) 1992. *Macmillan Dictionary of Modern Economics*. London: The Macmillan Press.
- Prokopec, M. 1999. „Antropologické změny obyvatelstva České republiky ve 20. století.“ *Demografie* 41: 24-37.
- Říčan, P. 1989. *Cesta životem*. Praha: Panorama.
- Reiss, I. 1986. „A sociological journey into sexuality.“ *Journal of Marriage and the Family* 48: 233-242.
- Reiss, I. 1989. „Society and sexuality: A sociological explanation.“ Pp. 3-29 in *Sexuality in Close Relationship*, ed. by K. McKinney and S. Sprecher. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rockett, I. R. 1994. „Population and Health: An Introduction to Epidemiology.“ *Population Bulletin* 49: 47-69.
- Weeks, J. 1986. *Sexuality*. New York: Ellis Horwood and Tavistock Publications.

- Weiss, P., Z. Kučera, M. Svěráková 1995. „Sexuální chování českých adolescentů a jeho rizikovost z hlediska infekce HIV/AIDS: výsledky národního výzkumu.“ *Československá psychologie* 39: 425-432.
- Weiss, P., V. Urbánek, I. Procházka 1996. „Koitalní debut.“ *Československá psychologie* 40: 138-145.
- Weiss, P., J. Zvěřina 1994. „Sexuální chování obyvatel ČR.“ Praha: DEMA.
- Weiss, P., J. Zvěřina 1997. „Sexuální postoje obyvatel České republiky: výsledky národního výzkumu.“ *Československá psychologie* 41: 208-215.

Summary

To date, 392 HIV-infected persons have been registered in the Czech Republic. Compared with the 30 million HIV-positive people world-wide, the figure might appear quite low. However, the sexual practices of Czech youth might worsen the situation in the future. Despite having solid knowledge about HIV/AIDS, Czech adolescents do not apply it in their sexual practice. Research data show that while a large part of the Czech adolescent population is sexually active and even somewhat more promiscuous than adolescents in Western countries, condom use is not consistent and is not sufficiently associated with the awareness of HIV/AIDS. In other words, the level of knowledge and attitudes towards safer sex shows little or no direct connection to behaviour.

It thus seems evident that we must reject the original rationale underlying HIV/AIDS preventive efforts which assumed that easily available and fully internalised information about HIV transmission will facilitate duly responsible behaviour. This rationale was supported by *rational choice theory* (also called the *knowledge-attitudes-beliefs-practices model* or the *health belief model*) according to which individuals will make rational decisions and practise safer sex once they are well informed about HIV infection and are aware of the ways to protect themselves.

It appears that even in the realm of intimacy people behave rationally, however, they often aim at goals other than just staying healthy. The *theory of expected utility* provides the needed model of explanation. It allows for the existence of a 'rationality of intimacy' which differs from the scientific 'rationality of the health system' and maintains that within the realm of intimate relationships it might appear rational to practice unsafe sex if this is compensated by other benefits, such as confirmation of mutual love, peer approval, and so forth.

In order to be able to reconcile the two rationalities and understand unsafe sexual behaviour, the general context of an intimate situation must be analysed, including the social norms and values involved, peer group pressure, the emotional load, individual intentions and goals of the partners, and also the complex mechanisms of interaction and 'power' negotiation between the male and the female. This applies particularly to such a fragile situation as adolescent sexual intercourse.

In an effort to facilitate safer sex, our primary and key goal must be a change of norms, particularly those social norms which demand consistent application of condoms during all adolescent sexual contact. Therefore, the connotations of the word condom should be analysed, condom campaigns should be positively oriented and directed at three groups of the population: parents, teachers, and adolescents.

*DEMO GRAFIE

DEMOGRAFIE 2/1999

ČLÁNKY

Eva Čáková: Šetření rodiny a reprodukce

Jitka Rychtaříková: Sociální a biologické faktory kojenecké úmrtnosti

Felix Koschin: Jak vysoká je intenzita úmrtnosti na konci lidského života?

Árpád Mészáros: Romské obyvatelstvo v Maďarsku v 90. letech

DISKUSE

Vladimír Roubíček: O terminologii aneb o hrubých a obecných mírách porodnosti, plodnosti a úmrtnosti a také o filozofické dichotomii obecný-specifický

Felix Koschin: Ještě jedna poznámka ke střední délce života

Zdeněk Pavlík: Znovu o demografické terminologii

SČÍTÁNÍ LIDU

Josef Škrabal: Zjišťované údaje o osobách v připravovaném sčítání 2001

RECENZE

Tisíc let obyvatelstva českých zemí (Alena Šubrtová)

Rodina a měnící se gender role – sociální analýza české rodiny (Eliška Rendlová)

ZPRÁVY

PŘEHLEDY

Demografie v pediatrických časopisech – Sebevražednost v Číně

BIBLIOGRAFIE

Budete-li se chtít blíže seznámit s některým z článků, časopis je možno zakoupit či objednat přímo v redakci:

Český statistický úřad, Sokolovská 142, 186 04 Praha 8-Karlín.