

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2018

MARKÉTA CONKOVÁ

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

STUDIUM V OBLASTI PEDAGOGICKÝCH VĚD

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

2017-2018

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Markéta Conková

Sexualita osob s handicapem

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená závěrečná práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 23.3.2018

Markéta Conková

Anotace

Chtěla bych v této práci zjistit zájem klientů o poskytnutí pomoci v sexuálním životě. Základním přístupem a filozofií k sexualitě u osob s mentálním a fyzickým postižením je respektování jejich lidských práv, musí být zachováno právo na sebeurčení (self-determination) zahrnující jejich vztahy, sexuální prožívání a také plánování rodiny (rodičovství). Uznání vztahů lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako aspektů štěstí, je základním vyjádřením kvalitního života (well-being).

Klíčová slova

speciální pedagogika, psychopedie, somatopedie, etopedie, teorie o postižení, teorie normality, sexuologie.

OBSAH:

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. Historie lidské sexuality.....	7
1.1. Vývoj pohledu na sexualitu v ČR a v Evropě.....	7
1.2. Práva na sexuální život osob s handicapem.....	8
2. Sexuální poruchy.....	9
2.1. Sexuální dysfunkce.....	9
2.2. Sexuální deviace.....	9
3. Výchova k sexualitě.....	10
3.1. Postoje společnosti k sexuálním potřebám lidí s handicapem.....	11
3.2. Specifika sexuálního života.....	11
3.3. Problematické aspekty realizace sexuality.....	12
4. Sexuální zneužívání a násilí na lidech s postižením.....	12
4.1. Zásilnění.....	13
4.2. Sexuální nátlak.....	13
4.3. Pohlavní zneužití.....	13
4.4. Prevence sexuálního násilí.....	13
5. Sexualita osob s mentálním handicapem.....	14
6. Sexualita osob s fyzickým handicapem.....	15
PRAKTICKÁ ČÁST.....	16
7. Charakteristika vybraného zařízení.....	16
8. Seznámení s výzkumným projektem.....	16
8,1 Teoretická východiska.....	16
8.2. Metody výzkumu.....	16
9. Představa o praktické části závěrečné práce.....	17
9.1. Cílem výzkumu této práce bude zjistit.....	17
9.2. Hypotézy.....	17
9.2.1. Tvorba a formulace hypotéz.....	17
9.2.2. Definice formulace hypotéz.....	18
9.3. Metodologie výzkumu.....	18
9.4. Interpretace analýzy dat a zpracování.....	19
9.5. Volba metodologie výzkumu.....	19

9.6. Charakteristika základního souboru.....	21
9.7. Typ výběru výzkumného souboru.....	21
10. Nejčastější postižení klientů Jedličkova ústavu.....	21
11. Vyhodnocení výzkumu.....	22
11.1. Vyhodnocení jednotlivých otázek.....	23
11.2. Grafické zpracování výsledků.....	25
11.2. Zhodnocení stanovených hypotéz a cílů výzkumu.....	33
ZÁVĚR.....	34

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

TEORETICKÁ ČÁST

1/ Historie lidské sexuality

Celá staletí ovlivňovala sexualitu člověka pravidla, která měla regulovat sexuální chování. Zamezením sexu mezi pokrevními příbuznými se zajišťovalo uchování geneticky čisté linie, podobné mechanismy můžeme pozorovat i u jiných živočišných druhů. Řada mechanismů sexuálního chování je vytvořena evolucí jako nástroj pro zajištění rodu (předávání genetických informací), pro umožnění početí, vývoje a péče o děti. Evoluční strategie při výběru partnerky: znaky zdraví a plodnosti, věk ženy, ženská postava a hmotnost a jiné. Evoluční strategie při výběru partnera: znaky maskulinity, tělesná a obličejová symetrie, postavení ve společnosti (liší se v různých kulturách), a jiné. (*Volně Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 13-14*)

„Ne ve všech historických obdobích a společnostech byla/je sexualita tabuizována, o tom svědčí například text Kámásútry, jehož vznik se datuje k počátku prvního tisíciletí. Kámásútra fungovala jako bohatě ilustrovaný sexuální manuál sloužící k výchově a vzdělání v oblasti sexuality a intimních vztahů. Informovala nejen o smyslnosti a tělesné rozkoši, ale i o dalších aspektech lidské sexuality: o vztazích, lásce, rodinném životě.“

(*Thorová, Hynek, 2012, s.7*)

1.1/ Vývoj pohledu na sexualitu v ČR a v Evropě

Za historicky doložené lze považovat doporučení k monogamii vydané kolem roku 1000 n. l., kdy ji v Evropě u Židů zavedl „Geršom ben Juda“. Tradiční manželství vzniklo roku 1563. Monogamní manželství sloužilo spíše jako ekonomicko-sociální nástroj než jako projev opravdové lásky. Vymahatelnost monogamie zákonem svědčí spíše pro fakt, že člověku není přirozená. (*Volně Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 14-15*)

„Ve světě se otázky týkající sexuality začali řešit v 50. a 60. letech. U nás se situace týkající se sexuální osvěty a přijímání dětské sexuality, zejména v rodinách, lepší od 90. let 20. století. K represivním postojům společnosti k sexualitě přispěly výraznou měrou nejrůznější lékařské práce o škodlivosti masturbace. V roce 1760 Napoleonem adorovaný a všeobecně uznávaný švýcarský lékař Samuel Tissot vydal knihu s názvem „Onanie, pojednání o nemocech způsobených masturbací“. Tissot ve svém spise tvrdil, že masturbace vede k celkovému oslabení fyzických sil, úpadku paměti i rozumových schopností, rozostřuje zrak a způsobuje různé neurologické poruchy, revmatismus a bolest hlavy. Na více než 150 let se tyto názory staly součástí oficiální lékařské doktríny. Americký lékař John Kellog vytáhl do boje proti masturbaci obzvlášť vehementně. Nemorálním, široce praktikovaným sexuálním chováním lidstva byl naprosto fascinován. Masturbaci považoval za hřích proti přírodě, způsobující neplodnost a horší katastrofu pro lidstvo než epidemii nejrůznějších smrtelných nemocí.“

(*Thorová, Jůn, 2012, s.8*)

Podle Venglářové a Eisnera lze za přelomovou práci o lidském sexuálním chování považovat výzkum Alfreda C. Kinseyho. Sběrem dat získal informace několika desítek tisíc Američanů o jejich sexuálním chování. V roce 1948 vydal knihu *Sexuální chování lidského muže*, o pět let později knihu *Sexuální chování ženy*.

V roce 1960 se v USA začala užívat první účinná antikoncepční pilulka a odstartovala tak sexuální revoluci. Sexuální styk se přestal vázat na těhotenství potažmo i na manželství. *(Volně Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 15-16)*

„Česká lékařská sexuologie má historické prvenství. Sexuologický ústav byl při Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze zřízen již v roce 1921. Jednalo se o první univerzitní pracoviště tohoto druhu a to funguje dodnes. Zakladatelem oboru byl prof. MUDr. Josef Hynie, DrSc., který Sexuologický ústav vedl. Mezi slavné následovníky patří jeho nástupce, prof. MUDr. Jan Raboch, DrSc. Od roku 1989 je přednostou doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Čeští sexuologové přinesli mnoho zásadních příspěvků pro rozvoj tohoto oboru: Byli to zejména doc. MUDr. Kurt Freund, vynálezce faloplethysmografické vyšetřovací metody, který působil na Psychiatrické klinice a později v Kanadě; a prof. PhDr. Jaroslav Madlafousek, který se zabýval studiem lidského sexuálního chování jako cyklu motivačních systémů (dnes tuto teorii známe pod názvem „sexuálně motivační systém“).

Sexuologie v dnešním pojetí je multidisciplinárním oborem, který se zabývá sexuálním chováním v celé šíři. Lékařská sexuologie se zabývá diagnostikou, terapií, posuzováním a prevencí sexuálních poruch. Má styčné body s dalšími lékařskými obory, a to zejména s psychiatrií, gynekologií, urologií, reprodukční medicínou, dermatovenerologií, endokrinologií, genetikou“.

(Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 16-17)

1.2/ Práva na sexuální život osob s handicapem

Stejně jako každý jiný člověk má i člověk se zdravotním postižením sexuální práva a potřeby, které chce vyjádřit a uspokojit.

Sexualita patří k základním lidským potřebám a zahrnuje mnoho složek: rodičovství (a tím i potřeba pokračování rodu), sex (sexuální uspokojení), pocit potřeby pro jiné, prožitek silného citu, sounáležitosti, potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem.

Za normální sexuální aktivity se považují takové, které se odehrávají mezi psychosexuálně zralými lidmi, pokrevně nespřízněnými a s jejich jasným souhlasem. Tyto aktivity nesmí vést k tělesnému poškození. Zákonná hranice pro realizaci sexu je 15 let. *(Volně Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 18)*

„Protože každý poskytovatel sociálních služeb musí dodržovat všechny aspekty českého právního řádu, stejně jako se musí držet listin a dokumentů hájících práva osob s postižením, je nutná znalost zásadních právních dokumentů, které se problematice věnují (například

Všeobecná deklarace lidských práv, Deklarace práv zdravotně postižených osob, Charta sexuálních a reprodukčních práv nebo Deklarace sexuálních práv). Konkrétní dokument, který vytváří rámec pro sexuální osvětu, poradenství, podporu sexuality, jednotlivé služby a ochranu před sexuálním zneužitím, je souhrnem vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, kterých se lze držet při práci s klientovou sexualitou. V Nizozemsku, které má v této oblasti mnohaleté zkušenosti, začal být takový souhrn pravidel nazýván *Protokol sexuality*". (Drábek, 2013, s. 18)

2/ Sexuální poruchy

Sexuální poruchy jsou poruchy sexuální výkonosti, které zasahují do více oblastí sexuálního života.

2.1/ Sexuální dysfunkce

Na vzniku dysfunkcí se podílejí faktory sociální, psychické i biologické. Výskyt dysfunkcí je v populaci značný. Mezi základní potíže u mužů patří poruchy erekce, předčasná ejakulace, ztráta sexuálního zájmu neschopnost dosáhnout vyvrcholení. U žen se ke ztrátě sexuálního zájmu a neschopnosti dosáhnout vyvrcholení přidává problém s lubrikací.

a) Příčiny somatické

Díky diagnostickým možnostem se daří nacházet stále více příčin organických a cíleně léčit nebo alespoň léčbou zmírnit některé dysfunkce. Na vzniku organických dysfunkcí se podílí anomálie genitálu, změny způsobené úrazem či operací, zánětlivá onemocnění, neurologická onemocnění (roztroušená skleróza), poruchy endokrinní (diabetes mellitus), vliv pohlavních hormonů, za významné považujeme i vliv medikamentů, drog a toxických látek.

b) Příčiny psychogenní

Konflikty v partnerství, stresy a traumatické zážitky tvoří podklad pro vznik takzvaných funkčních poruch. Situační faktory - nepříznivé nebo nevhodné podmínky, nedostatek soukromí, obavy z těhotenství. Traumatizující zážitky - události spojené se sexuálním životem, partnerské problémy, osobnostní problémy. Psychické poruchy - vyčerpanost, pracovní vytíženost, úzkost. Velice často se obě příčiny kombinují.

Přehled sexuálních dysfunkcí: poruchy apetence, poruchy vzrušení, nedostatečné prožívání, bolestivé sexuální poruchy, poruchy orgazmu.

2.2/ Sexuální deviace

Sexuální deviace je odchylka v sexuálním chování. Jedinci trpící sexuální deviací mají neobvyklé představy a impulzy, zaměřují se na neobvyklé objekty a realizují neobvyklé sexuální praktiky. Přítomnost deviace může vést až ke spáchání trestného činu.

- Deviace v objektu: pedofilie, hebefilie, efebofilie, fetišismus, transvestitismus, nekrofilie, zoofilie, pyrofilie.
- Deviace v aktivitě: voyerismus, exhibicionismus, frotérismus, tušerství, patologická sexuální agresivita, agresivní sadismus.

(*Volně Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 35-40*)

3/ **Výchova k sexualitě**

„Děti se specifickými potřebami mají stejná práva na výchovu v sexualitě jako jejich vrstevníci. Otázky sexuálního vývoje, sexuální orientace, podstata sexuálního zneužití a ochrany před ním a možnosti antikoncepce by měly být diskutovány se všemi adolescenty, včetně těch s postižením. Výchovné a vzdělávací programy však musí být modifikovány a poskytnuty jen na takové úrovni, které jsou děti schopny porozumět a naučit se jí.

Pro každé dítě se specifickými potřebami by měl být vypracován individuální výchovný plán (z ang. IEP), který by měl obsahovat konkrétní postup týkající se sexuální výchovy u každého jedince. Individuální plán by měl zahrnovat následující téma: anatomie pohlavních orgánů, pubertální změny, osobní péče a hygieny, lékařská vyšetření, pohlavní akt, sociální dovednosti, antikoncepce a práva a povinnosti týkající se sexuálního chování“. (*Volfová, Kozáková, Velemínský, 2008, s. 30*)

U osob s mentálním postižením bývá sexuální výchova dlouhodobý proces spočívající v předávání vědomostí, budování životních dovedností a formování názorů, postojů, charakterových vlastností, chování a jednání z oblasti partnerských vztahů a sexuality. Sexuální výchova by měla být integrující součástí výchovy, vzdělávání a podpory u osob s mentálním postižením. (*Volně Mandzáková, 2013, s. 109-112*)

Rozdělení podle Pšeničky „Zásady sexuální výchovy:

- Princip spontánnosti: vychovávající přistupuje k sexualitě se stejnou samozřejmostí jako k jiným oblastem života, je přesvědčen, že je potřebná a správná.
- Princip přiměřenosti: respektovat vývojovou úroveň osoby, na kterou působíme.
- Princip aktivní imunizace: první informace se vstíjí velmi intenzivně (zákon vstíplivosti) a přetrvává často do konce života (cosi jako zápis na čistou plochu).
- Princip důvěry: nesmí být jednostranný, důležitá je vzájemná důvěra.
- Princip pravdivosti: na všechny otázky odpovídat pravdivě.
- Princip návaznosti: dětské poznání je nutno rozvíjet postupně.
- Princip otevřenosti: za vhodný průběh sexuální výchovy je považována kombinace individuálního i společného přístupu vychovatele a klienta“. (*Volfová, Kozáková, Velemínský, 2008, s. 33*)

Přístup v zahraničí k sexuální výchově dětí se specifickými potřebami

Trendem je snaha ponechat klientovi se specifickými potřebami samostatné rozhodování v takové míře, jak jen je to možné. Míru schopnosti rozhodnout se a nést odpovědnost stanoví interdisciplinární tým. Interdisciplinarita je zabezpečena „The Sexuality Review Committee“ - výborem sexuality (výbor zajišťuje další vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality lidí se specifickými potřebami a přezkoumává postoje zařízení týkající se sexuality klientů). (Volfová, Kozáková, Velemínský, 2008, s. 30-31)

3.1/ Postoje společnosti k sexuálním potřebám lidí s handicapem

V oblasti sexuality lidí se zdravotním postižením se můžeme setkat s nejrůznějšími tabu, predsudky a mýty. Vlivem rozšířených sexuálních mýtů je zásadně ovlivněn postoj všech k sexualitě lidí s handicapem. Navíc k tomu vydatně přispívají média a pornografický průmysl. Živnou půdou pro vznik predsudků je též všeobecný tlak na výkon, mládí a krásu, jemuž jsme denně vystaveni. Poté nejen člověk se zdravotním postižením, ale i jeho partner, rodiče nebo pracovníci v sociálních službách stále narážejí na odolnou zeď, která je na všemožných mýtech vybudována.

(Volně Drábek, 2013, s. 60)

3.2/ Specifika sexuálního života

„I přes rozsáhlé množství zdravotních postižení a omezení, vrozených či získaných, není žádný jedinec absolutně determinován v účasti na intimním životě. Termínem *intimní život* je zde poukazováno na široké spektrum sexuálních aktivit, které lze využívat při osobním vyžití i společenskému sexuálnímu vztahu. Všechny typy postižení, tělesné či smyslové vady, mentální retardace nebo interní chronická onemocnění, přinášejí určitá omezení, která mohou vést krom přímého vlivu na sexuální reakce také k problematizování subjektivního pocitu sexuální aktivity“. (Drábek, 2013, s. 61)

Pokles zájmu o sexuální život může často doprovázet dlouhodobé postižení, u mužů často pozorujeme, že trpí některou sexuální dysfunkcí. Je tedy zřejmé, že dlouhodobé nemoci mohou zásadním způsobem ovlivňovat a limitovat intimní život. A to i v případech, kdy při určitých typech duševního postižení se může ve vyšší míře projevovat hypersexualita.

V mnoha případech má však zdravotní postižení za následek negativní psychické prožívání různých okolností, které se k sexuálnímu životu vztahují a mohou vést k přímým blokádam či předčasným rezignacím na plný sexuálně-erotický život. Jde především o tyto druhy obtíží: v pohyblivosti, v poškození vzhledu jako estetického defektu, v komunikaci, v orientaci na partnera nebo ve strachu ze selhání při sexuálním styku. (Drábek, 2013, s. 62)

3.3/ Problematické aspekty realizace sexuality

„Pod pojmem *zdravotní postižení* je často rozlišováno tělesné, mentální, smyslové nebo kombinované. Toto členění je však rámcové a neúplné. Problematika podpory partnerského a sexuálního života u lidí se zdravotním postižením navíc také zahrnuje interní postižení, duševní postižení a sexuální život seniorů. Přestože není tak vysoká pravděpodobnost, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách budou cíleně poskytovat přímou pomoc lidem s interním onemocněním, tedy např. klientům s diabetem, srdeční chorobou, aj., nelze ani interně postižené vyčleňovat jako případné adresáty naší intervence, podobně jako např. jedince s onkologickým onemocněním. I v těchto případech se vyskytují a mohou nastat závažné problémy dotýkající se partnerského a sexuálního života“. (*Drábek, 2013, s. 66*)

Především, každý člověk s postižením je svébytná bytost, která je zdravotním postižením zatížena. Jedním ze základních principů v práci se sexualitou klienta je proto jeho individualita.

4/ Sexuální zneužívání a násilí na lidech s postižením

Obětí sexuálního zneužívání se může stát kdokoliv. Někteří jedinci jsou více ohroženi než druzí. Obecně platí, že více ohroženi jsou lidé s nízkým sebevědomím, lidé, kteří jsou nejistí a nevěří si. Tito lidé jsou více závislí na svém okolí. Sexuální zneužívání dětí bylo jako součást Syndromu týraného dítěte definováno Radou Evropy v roce 1992. Jedná se o nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje sexuální doteky, styk nebo vykořisťování kýmkoli s kým dítě přichází do kontaktu. Zneužívání dítěte má nejčastěji formu incestu. Dvě třetiny případů představuje zneužívání v rodině. Vinu nese vždy dospělý a nesnižuje ji ani to, že se dítě podrobilo dobrovolně či dokonce vzešel podnět od něho. (*Volně Volfová, Kozáková, Velemínský, 2008, s. 17-18*)

Sexuální zneužívání se objevuje prakticky všude (v rodině, na pracovišti, na veřejných místech či institucích). Zneužívající osobou může být každý, s kým zneužitý přichází do kontaktu (rodič, přítel, spolubydlíci, lékař, učitel, zaměstnanec domova). Většinu pachatelů tvoří muži. Výzkumy prokázaly, že oběť až v 97% pachatele zná, a důvěřuje mu. Lidé s mentálním postižením jsou zranitelnější a mnohdy si ani neuvědomují, že jsou zneužíváni. Více než ostatní populace jsou zvyklí se podřizovat autoritám a neumějí se bránit. Snadným terčem se stávají kvůli své sociální naivitě a důvěřivosti. Nedokáží rozpoznat záměr druhé osoby a jsou snadno ovlivnitelní a manipulovatelní. Mají sníženou možnost obrany proti agresí (bránit se útoku či uniknout do bezpečí). Sociální izolace osob s indispozicí např. snížení komunikačních schopností vede k tomu, že možnost dovolat se ochrany je velmi ztížena ne-li vyloučena. Oběť neumí nebo není schopna podat popis pachatele, nezná nebezpečnost situace. Často se tak setkáváme s problémem nazírání na věrohodnost oběti a zlehčování následků. V návaznosti na tento problém se hovoří o vysoké latenci trestních činů na indisponovaných obětech. Víme,

že procento spáchaných činů je mnohem vyšší než počet činů ohlášených, stíhaných a odsouzených. (Volně Thorová, Jůn, 2012, s. 45-48)

4.1/ Znásilnění

„Znásilnění je takový čin, kdy pachatel násilím či pohrůzkou násilí nebo jiné těžké újmy přinutí jinou osobu k pohlavnímu styku. Za znásilnění se považuje také zneužití bezbrannosti obětí, tj. jakýkoliv sexuální styk pachatele s obětí, která pro svůj psychický či fyzický stav nedokáže klást odpor a to i když jí tento stav nepřivodil pachatel.“ (§ 185 trestního zákoníku)

„Pohlavním stykem se rozumí nejen soulož, ale i styk se souložím srovnatelný (styk orální, anální, tření pohlavních orgánů pachatele o různé části těla oběti, olizování, osahávání těla oběti, zavádění předmětů do pohlavních orgánů oběti, atp“.

(Venclářová, Eisner, 2013, s. 152)

4.2/ Sexuální nátlak

„Sexuální nátlak je takové chování, kdy pachatel násilím nebo pod pohrůzkou jiné těžké újmy přinutí jinou osobu k sebeukájení, obnažování či jinému srovnatelnému chování vůči osobě bezbranné bez ohledu na to, zda pachatel oběti stav bezbrannosti přivodil či nikoli. Pachatelem tohoto trestného činu se však stane i osoba, která jiného přiměje k pohlavnímu styku, k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo k jinému srovnatelnému chování zneužívaje jeho závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu.“ (§ 186 trestního zákoníku)

Typicky se zde jedná o vztah rodič x dítě, učitel x žák, vychovatel x klient, opatrovník x klient, lékař x pacient.

4.3/ Pohlavní zneužití

„Pohlavní zneužití spáchá ten, kdo vykoná soulož s dítětem mladším 15 let či jiným způsobem takové dítě zneužije“. (§ 187 trestního zákoníku)

4.4/ Prevence sexuálního násilí

Negativní zážitky spojené s týráním nebo zneužíváním mohou vést k narušení schopnosti navazovat partnerské vztahy a vést k závažným sexuálním poruchám či k promiskuitě. Zde má význam zejména primární prevence v rodině a význam sexuální výchovy a informovanosti, protože v rodině se vytváří primární vztah k sexualitě v závislosti na rodinném prostředí. Právě v rodině se utváří představa o fungování citových vazeb a vzorce sociálního chování.

- Primární prevence

Zvyšování informovanosti v rámci společnosti. Děti by se měli naučit jak rozpoznat obtěžování, jak se proti tomu bránit a kam se obrátit v případě, že jsou sami či jejich kamarádi

obtěžování či zneužívání. Informace by měly být podány takovou formou, aby děti se specifickými poruchami jim byly schopny porozumět. Je zde nutný individuální přístup. S primární prevencí je nutné začínat již v předškolním věku v rodině či mateřských školách. V dnešní době, kdy většina dětí se specifickými potřebami je integrována v základních školách dochází k tomu, že učitelé nemají čas ani znalosti jak vzdělávací proces přizpůsobit potřebám znevýhodněných dětí.

- Sekundární prevence

Cílené zaměření na ohrožené rodiny: vyhledání rizikových jedinců rodin, působit na snížení rizik a včas umět diagnostikovat příznaky sexuálního zneužívání dítěte.

- Terciální prevence

Terapeutická péče o děti, které již byly zneužity. Cílem je zabránit dalšímu poškozování.

- Kvartální prevence

Zahrnuje ochranu dítěte po návratu do rodiny.

Volně Volfová, Kozáková, Velemínský, 2008, s. 28-32)

5/ Sexualita osob s mentálním handicapem

Rodiče dětí s mentálním postižením se obávají sexuality svých dětí, mají málo informací a jejich obavy zesilují v období dospívání. Mnoho rodičů považuje své dospívající jedince stále za děti a velmi těžko přijímají jejich sexuální zráním. Nejsou na tuto skutečnost připraveni a neumějí se k dané situaci postavit. Dětem je v rodině najevo dáována láska ale chybí jim sexuální výchova, která by měla začínat a být odpovídající danému věku a postižení. Obava, že sexuální výchova by mohla vést k dřívější sexuální aktivitě je neopodstatněna. Lidé s mentálním postižením mají odlišné zkušenosti, různou informací o sexualitě, přejímají sexuální chování ze strany druhých. Diskuze o této problematice stále ještě není běžná a situace v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením je hodnocena jako velmi složitá. Ještě před 10 lety bylo klíčovým vzdělávacím cílem zabránit jejich sexuálnímu zneužívání a touze. Ani v současnosti pro ně není láska, partnerství a sexuální život běžnou záležitostí, přesto, že mají stejné touhy a potřebu milovat a být milován jako běžná populace. V životě musejí překonávat mnohé překážky kvůli postižení i postojům společnosti. Narážejí na problémy mýtů, a předsudků, že jsou nepohlavní, jde o „věčné děti“, nebo jedince sexuálně impulzivní. Situace těchto osob v oblasti sexuality a partnerských vztahů je velmi složitá. Jen málo z nich jsou schopni žít přirozeným partnerským a sexuálním životem bez dozoru rodičů či poskytovatelů sociálních služeb. Jedinci s těžším mentálním postižením netouží většinou po pohlavním styku a ani ho nevyhledávají. Je pro ně dostačující taktilní kontakt, přítulení nebo hlazení. U některých jedinců se setkáváme se sexuálními projevy, hlavně masturbací. (*Volně Mandzáková, 2013, s. 7-46*)

Lidé s lehkým stupněm mentálního postižení mohou žít samostatně, uzavírat manželství, někteří zakládají i rodiny. Kontroverzním tématem je u nich otázka rodičovství. Těhotenství je pro ženy často rizikové, kvůli dalším zdravotním komplikacím. Rodičovství je pro osoby s mentálním postižením náročné a děti často čelí riziku zanedbávání. Velmi důležitou součástí sexuality je vhodná antikoncepce. Kontroverzní je chirurgická sterilizace, kterou mnohdy požadují rodiče.

Lidé se středně těžkým mentálním postižením jsou většinou schopni dosáhnout orgasmu, mají vyhraněnou sexuální orientaci a při správném vedení se naučí masturbovat v soukromí.

U osob s těžkým mentálním postižením je častá masturbace na veřejnosti, aniž by si všímali reakce okolí. Často ve svém sexuálním zaměření nerozlišují mezi osobami, pohlavím a věkem. *(Volně Thorová, Jůn, 2012, s. 37-44)*

6/ Sexualita osob s fyzickým handicapem

Postižení je charakterizováno částečným nebo úplným omezením schopnosti vykonávat nějakou činnost. Každý člověk má právo na uspokojivý sexuální život, který se liší pouze možnostmi a touhou každého jedince, přičemž všechny formy sexuální aktivity jsou si rovny. Problémy s pohyblivostí, ztráta citlivosti, problémy s komunikací, zhoršená kontrola vyměšování, bolest, změny v chování a myšlení to vše má vliv na sexuální život. „I přes rozsáhlé množství zdravotních postižení není žádný jedinec determinován v účasti na intimním životě. Všechny typy přinášející určitá omezení mohou vést k přímému vlivu na sexuální reakce.“ *(Zvěřina in Weis a kol. 2010, s. 360)*

Mnohá dlouhodobá postižení mohou vést k poklesu zájmu o sexuální život. Mnohá onemocnění snižují sexuální apetenci a omezují průběh jednotlivých fází styku, to může mít za následek negativní prožívání sexuálních prožitků a může to vést až k předčasné rezignaci na sex.

Charakteristická je skupina lidí s poruchou hybnosti, což má za následek ztížený kontakt a omezené možnosti navazování sexuálních vztahů. Někdy je zde nutná i pomoc třetí osoby, hovoříme o tzv. asistovaném sexu. Případná koitální aktivita není možná, by v rámci podpory mělo jít o nasměrování klienta k přijetí jiných forem sexuálního uspokojení. *(Volně Drábek, 2013, s. 59-70)*

Téma sexuální asistence se u nás začalo diskutovat zhruba před dvěma lety. V současné době se tímto tématem zabývá společnost Freya. Sexuálních asistentů je málo, ale to by se mělo v brzké době změnit. Každý kraj by měl mít svého asistenta a mělo by se jednat i o muže. Sexuální asistent nemusí nutně poskytovat pohlavní styk, ale hlavně jde o to, aby si lidé s postižením dokázali najít vhodný protějšek, učí je také mluvit o svých potřebách, používat sexuální pomůcky, pomáhat párům se začátkem intimního života, informovat je o antikoncepci.

Poskytují rovněž poradenství rodině. Sexuální asistence funguje ve většině zemí západní Evropy (Švýcarsko, Německo, Dánsko, Belgie, Francie, Nizozemsko, Rakousko).

<http://www.blesk.cz/clanky/zpravy-udalosti/353002/postizeni-uz-maji-sve-aistentky-rozkose-13>. (publikováno 3. 2018)

PRAKTICKÁ ČÁST

7/ Charakteristika vybraného zařízení

Jedličkův ústav je školské a sociální zařízení poskytující komplexní služby mladým lidem s tělesným postižením po dobu jejich školní docházky a během přípravy na budoucí povolání. V Jedličkově ústavu je kolem 90 žáků a studentů, domovy mládeže TAP a TOPOLKA internátně pečují zhruba o 80 klientů. Domeček na Staráku, pečuje o klienty připravující se na budoucí povolání (věk klientů je nad 26 let, počet klientů je zhruba 9). Tyto informace mám k dispozici, jelikož jsem zaměstnancem Jedličkova ústavu, kde pracuji druhým rokem jako vychovatelka. Ředitelem Jedličkova ústavu pan Mgr. Hrubý.

8/ Seznámení s výzkumným projektem

Chtěla bych v této práci zjistit zájem klientů o poskytnutí pomoci v sexuálním životě. **Základním přístupem a filozofií k sexualitě u osob s mentálním a fyzickým postižením je** respektování jejich lidských práv, musí být zachováno právo na sebeurčení (self-determination) zahrnující jejich vztahy, sexuální prožívání a také plánování rodiny (rodičovství). Uznání vztahů lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako aspektů štěstí, je základním vyjádřením kvalitního života (well-being). Musíme připustit, že dospělí s mentálním, nebo fyzickým postižením v zařízeních poskytujících sociální služby zažívají pro ně významné vztahy intimity. Musíme respektovat a podporovat jejich intimních a neintimních vztahů – míním tím i vztahy přátelské. Pokusím v této práci zmapovat zájem klientů o poskytnutí pomoci v sexuálním životě.

8.1/ Teoretická východiska

speciální pedagogika, psychopedie, somatopedie, etopedie, teorie o postižení, teorie normality, sexuologie.

8.2/ Metody výzkumu

Pro dosažení cíle jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii. Výzkum budu provádět v přirozených podmínkách Jedličkova ústavu, pomocí dotazníku formou polouzavřených otázek.

Kvantitativní výzkum odpovídá především na otázky typu „kolik“ a „v jak silné souvislosti“, zatímco kvalitativní se soustřeďuje na otázky typu „proč“ a „jakým způsobem“. Ve skutečnosti je to ale většinou tak, že každý z těchto rozdílných přístupů svým způsobem zasahuje i do oblastí, které jsou charakteristické pro druhý z nich. Jejich rozdíl spočívá především v důrazu na položené otázky a samozřejmě také v nástrojích a metodách, které tvoří jejich instrumentář. Výhodou polouzavřené otázky kombinace (ale také nevýhoda) otevřených a uzavřených otázek. Polouzavřená otázka vznikne přidáním varianty typu "jiné" do uzavřené otázky, která je vlastně otevřenou otázkou a umožňuje oslovenému respondentovi svobodně vyjádřit svůj názor.

9/ Představa o praktické části závěrečné práce

Následující část popisuje mojí představu o praktické části diplomové práce. Jednotlivé budoucí kapitoly se budou věnovat výzkumu projektu, charakteristice výzkumných metod, stanovení předpokladů, závěrům a výsledkům šetření, následné vyhodnocení výsledků problematiky výzkumu sexuality osob s handicapem. Informace, které budou získány pomocí dotazníkového šetření mezi respondenty mohou potvrdit nebo vyvrátit tvrzení v předem stanovených hypotézách.

9.1/ Cílem výzkumu této práce bude zjistit

- potřeby sexuálního života osob s handicapem, jejich postoje k této otázce a eventuální zájem klientů o poskytnutí pomoci v sexuálním životě
- specifika sexuálního života osob s handicapem a problematické aspekty realizace sexuality
- názor osob s handicapem na možnost partnerského soužití

9.2/ Hypotézy

Výzkumný problém určuje základní orientaci výzkumu, ale nevyjadřuje dostatek informací ke směřování výzkumu. Proto potřebujeme definovat hypotézy, jsou již konkrétnější, rozměňují výzkumný problém na menší části, lépe určují celou linii výzkumu, kterou potvrzují nebo vyvrací.

9.2.1/ Tvorba formulace hypotéz

Při tvorbě správně formulovaných hypotéz je nutné dbát na dodržení tří základních požadavků – pravidel pro formulaci hypotéz (jejich nedodržení je nejčastějším důvodem chybování):

Hypotézy jsou tvrzení, je třeba formulovat je jako oznamovací věty a nezaměňovat je s výzkumnou otázkou (problémem).

Hypotézy vyjadřují vztah alespoň dvou proměnných. Tento vztah mezi dvěma jevy je třeba jasně a explicitně vyjádřit. Je vhodné proměnné porovnávat a ověřovat rozdíly (více, častěji, silněji, výš, odlišné), vztahy (pozitivní, negativní souvislost, korelace) či následky (čím – tím, jestliže – pak, jak – tak, když – pak).

Hypotéza musí být testovatelná, musí se dát potvrdit nebo vyvrátit. Proměnné se musí dát *měřit nebo kategorizovat* (věk: 16-17; pohlaví: žena, muž; oblíbenost - míra oblíbenosti na škále; kvalita života – je třeba najít indikátory kvality života).

(Gavora a kol. 2010, str.64)

9.2.2/ Definice formulace hypotéz

Zvolila jsem rozdělení hypotézy na několik subhypotéz, které testují více okolností hlavní hypotézy, v odborné literatuře je tento způsob práce s hypotézou doporučován.

Hypotéza 1: asistenční pomoc při sexuálním životě osob s handicapem způsobuje celkové obohacení života těchto osob než opomíjení jejich přirozených sexuálních potřeb.

Hypotéza 1.1: asistenční pomoc při sexuálním životě osob s handicapem způsobuje plnohodnotnější duševní a citový život těchto osob než život bez partnerského vztahu.

Hypotéza 1.2: asistenční pomoc při sexuálním životě osob s handicapem způsobuje potřebu plně seznámených a vyškolených asistenčních pracovníků než pomoc rodiny a asistentů v přímé péči.

Všechny hypotézy výzkumu musí tvořit jeden soudržný celek, při celkovém pohledu je možno posuzovat jeho kvalitu (nebo slabiny). Podobnou konstrukci hypotéz uvádí profesor Gavora ve své knize „Úvod do pedagogického výzkumu“ v podkapitole „Více hypotéz“

Předpokládám, že po vyhodnocení odpovědí na otázky spojené se zmapováním eventuálního zájmu klientů o poskytnutí pomoci v sexuálním životě bude v celém rozsahu potvrzena moje hypotéza. Je nutné zachovávat a respektovat podporu intimních a neintimních vztahů, také pochopitelně i vztahy přátelské. Tato filozofie se stává základem přístupu k sexualitě osob s postižením i u nás. Pravděpodobně se ještě po určité časové období budeme setkávat v České republice s různými reakcemi na sexualitu osob s mentálním postižením stejně jako v minulosti v zahraničí.

9.3/ Metodologie výzkumu

Můj výzkum budu provádět kvantitativní metodou, procedurou statistickou, pomocí dotazníku formou polouzavřených otázek. K šetření bude použita dotazníková forma, přičemž dotazníky budou rozdány klientům s mentálním/fyzickým postižením. Dotazníků jsem rozdala v třech věkových pásmech celkem 45. Forma dotazníku je pomocí polouzavřených otázek. Výsledky šetření souhrnně vyhodnotím a poté se vyselektují údaje podstatné pro dosažení cílů výzkumu a potvrdím nebo vyvrátím předem stanovené hypotézy. Pro názornost budou údaje

zpracovány formou tabulek, nebo grafů s procentuálním vyjádřením a bude provedena analýza dat a zpracování výsledků.

9.4/ Interpretace analýzy dat a zpracování

Zpracování závěrečné zprávy bude završením mého výzkumu. Jejím smyslem je zevrubná informace o výzkumném problému, základních přístupech k jeho řešení, analýze dat a závěrech. Zpráva by měla obsahovat následující části:

- Musím formulovat výzkumný problém, zdůvodněním smyslu výzkumu této práce.
- Provedu analýzu stavu řešení zkoumaného projektu na základě rozboru odborné literatury, vytvořím přehled o zkoumaném problému
- Provedu východiska výzkumu. Pokusím se o zhodnocení hypotéz, na základě získaného souboru.
- Provedu prezentaci a analýzu výzkumného materiálu a jejich interpretaci.
- Provedu shrnutí základních věcných poznatků z realizovaného výzkumu k praktickému využití získaných poznatků

9.5/ Volba metodologie výzkumu

Odpověď na otázku proč jsem zvolila metodologii výzkumu kvantitativní metodou, proceduru statistickou, formu polouzavřených otázek (k šetření chci použít dotazníkovou formu) je zřejmé ze vztahu mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem a přednostmi a nevýhodami kvantitativního výzkumu.

Podle Gavory a Vlčkové je možno vyjádřit vztah mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem:

- u kvalitativního výzkumu je to pozitivismus, cíle získáváme pomocí objektivního důkazu, ověřujeme teorie/ hypotézy, charakter je objektivní, myšlenkový postup je deduktivní, vzcházíme z hypotéz, výzkum pečlivě připravuje o začátku, písemný projekt je podle dané struktury, plánovitě ověřujeme hypotézy, zjišťujeme kauzální vztahy, máme reprezentativní vzorek, snažíme se o velké množství dotázaných, techniky a metody jsou experimentem, požíváme dotazník, testy, standardizované pozorování aj., zpracování dat je kvantitativní, počítačové, statistické, interpretace dat, spolehlivost zajišťujeme se standardními postupy, zjišťujeme statisticky (validita, reliabilita); výzkum lze zopakovat, výsledky se zobecňují na populaci, zjištění zákonitostí
- u kvantitativní výzkumu je filosofií fenomenologie, antropologie, hermeneutika, cílem je porozumění chování lidí v přirozeném prostředí, charakter je subjektivní, jde o tvorbu teorií, začátkem výzkumu začíná vstupem do terénu, plán výzkumu vzniká v průběhu práce, mohou se měnit zkoumané otázky, a metody jsou pružnější, v průběhu výzkumu

shromažďuje obrovské množství údajů o konkrétním chování lidí a o jeho kontextu, zaznamenává se a interpretuje, v průběhu výzkumu se vynořují nové hypotézy, jde vždy o vybranou skupinu klientů, technikou a metodou je dlouhodobý terénní výzkum, pozorování s různou mírou zúčastněnosti, spolupráce výzkumníka s informanty při sběru údajů, bez zasahování do dějů, zpracování dat je kvalitativní kódování, analýza a interpretace, spolehlivost výsledků je problematická, výsledky jsou subjektivní, interpretace údajů je možná několika výzkumníky, porovnání podobných výzkumů, podobných jedinců v podobném kontextu, použití více metod, schválení závěrečné zprávy účastníky, výsledek výzkumu je zachycení chování lidí v určitém kontextu; detailní, interpretativní či jen deskriptivní zpráva, hluboké vyprávění

Hendl definuje přednosti a nevýhody kvantitativního výzkumu následovně:

- Přednosti kvantitativního výzkumu je testování a validizace teorií lze zobecnit na celou populaci, výzkumník může konstruovat situace tak, že eliminuje působení rušivých proměnných, a prokázat vztah příčiny a účinek, relativně rychlý a přímočarý sběr dat, poskytuje přesná, numerická data, relativně rychlá analýza dat, možnost využití počítačů, výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi, je užitečný při zkoumání velkých skupin
- Nevýhody kvantitativního výzkumu je, že kategorie a teorie použité výzkumníkem nemusejí odpovídat lokálním zvláštnostem, výzkumník může opominout fenomény, protože se soustřeďuje pouze na určitou teorii a její testování a ne na rozvoj teorie získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách, výzkumník je omezen reduktivním způsobem získávání dat.

Rozhodla jsem se pro samo vyplňovací dotazník, jako techniku sběru empirických dat, tato technika má řadu nesporných výhod a zároveň též zjevné slabé stránky.

- Přednosti dotazníku jsou vysoká efektivita, velký počet respondentů při nízkých nákladech, rychlý sběr informací celorepublikového charakteru, anonymita respondenta vyznívá přesvědčivě, respondenti mají možnost nahlédnout do dokumentů a dát přesnou a kvalifikovanou odpověď, respondenti odpovídají na některé otázky raději sami, bez přítomnosti druhé osoby
- Nevýhody dotazníku je nízká návratnost a kompletnost vyplněných dotazníků, na otázky může odpovědět kdokoli z domácnosti, není možná kontrola, na otázky může odpovědět kdokoli z domácnosti, není možná kontrola, odpovědi dotazovaného jsou konečné a není možné je doplnit či ověřit, /není možné klást otázky, pro něž požadujeme spontánní odpověď

9.6/ Charakteristika základního souboru

U kvantitativního šetření jsem zajistila takové množství respondentů, které jsem byla schopná oslovit a zároveň, aby jejich výběr byl charakterovým odrazem pro základní soubor. Tomuto jevu říkáme „*representativita vzorku*“. Abych dosáhla potřebné reprezentativity, musím mít rozumný poměr výběrového a celého základního souboru. Vybraný vzorek by měl být kompaktní, to znamená, jednotlivé prvky musí dané téma výzkumu spojovat. Cílem je pokusit se zmapovat zájem klientů o poskytnutí pomoci v sexuálním životě.

9.7/ Typ výběru výzkumného vzorku

Vzorek skupiny, která by měla zájem o sexuální asistenci a její služby

Pochopitelně vzorek oslovených nemůže být konečný, vzhledem k hlavnímu poslání Jedličkova ústavu, kterým je komplexní rehabilitace a příprava klientů k budoucí integraci do běžného života. Je možné předpokládat, že bude zájem o sexuální asistenci a její služby. Tento výzkum musím provádět se souhlasem vedení ústavu a odborných pracovníků. Mám souhlasné stanovisko s podmínkou konzultací budoucího probíhajícího šetření a to schválením otázek a formulací dotazníku. Typ výběru výzkumného vzorku je záměrný, jsou to klienti s postižením, kteří jsou v Jedličkově ústavu. Základním souborem je úplná množina klientů, kteří v dané době zastupují tuto cílovou populaci.

10/ Nejčastější postižení klientů Jedličkova ústavu

Klinika dětské neurologie, 2. lékařské fakulty UK a FN v Motole ve spolupráci s Jedličkovým ústavem před několika lety provedla výzkumnou lékařskou studii postižení klientů, kteří jsou v tomto ústavu. Dále volně interpretuji z této studie, protože jde o poměrně přesný a cílený rozbor postižení klientů.

a/ DMO (dětská mozková obrna)

Dětská mozková obrna je nejčastějším postižením u klientů Jedličkova ústavu, jedná se zhruba o 80% klientů. Dětská Mozková Obrna (DMO) je zastřešující pojem označující skupinu stavů s různou etiologií a patogenezí, které jsou charakterizovány nejenom poruchou kontroly hybnosti, ale bohužel poměrně často bývá doprovázena i poruchou jiných funkcí mozku, které se přímo netýkají jen motorické oblasti: rozsahu a kvality pohybu a zajištění polohy těla. Může jít například o poruchu psychických funkcí (mentální opoždění, poruchy chování, pozornosti, poruchy učení), poruchy zraku nebo sluchu, zvláště některé formy jsou častěji doprovázeny epileptickými záchvaty.

b/ Zranění po úrazu

Nejčastějšími jsou úrazy páteře a míchy, které označujeme pojmem spinální poranění. Velmi často jsou součástí polytraumat, tj. velmi vážných a komplikovaných sdružených

poranění, při kterých se výrazně zvyšuje riziko přehlédnutí poškození páteře a míchy. Tyto úrazy jsou velmi často spojeny s poraněními hlavy (v 74 %) a s poraněními hrudníku (v 62 %).

- Úrazy páteře bez poranění míchy
- Úrazy páteře s poraněním míchy
- Úrazy míchy bez poranění páteře

c/ Parézy

Paréza plexus brachialis je periferní parézou, která nejčastěji vzniká na podkladě ischemicko-kompresivní nebo traumatické etiologie. Vzhledem k tomu, že pažní pleteň vede jak motorickou, tak i senzitivní a autonomní inervaci nalézáme nejenom motorickou, ale i senzitivní a autonomní symptomatiku. Parézu brachiálního plexu rozeznáváme kompletní a inkompletní.

d/ Svalová dystrofie

Svalová dystrofie je široký termín pro označení genetických onemocnění, které zasahují svalstvo. Svalová dystrofie zahrnuje více než 20 specifických genetických vad. U většiny dochází ke stejným příznakům (ochabování svalstva), ale průběh bývá různorodý. Všechny formy svalových dystrofií můžeme považovat za vzácné, ale Duchennova svalová dystrofie je nejčastější.

Rok od roku se pochopitelně skladba pacientů a jejich diagnóz trochu mění a počty jednotlivých postižení kolísají kolem určité hladiny.

11/ Vyhodnocení výzkumu

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou, procedurou statistickou, pomocí dotazníku formou polouzavřených otázek. K šetření byla použita dotazníková forma, přičemž dotazníky byly rozdány klientům s mentálním/fyzickým postižením. Dotazníků jsem rozdala v třech věkových pásmech celkem 45. Forma dotazníku je pomocí polouzavřených otázek. Věková pásma byla rozdělena na klienty 14 až 18 let, 18 až 24 let a klienty starší 24 let. Dotazník jsem strukturovala do 18 otázek a pochopitelně jsem musela respektovat klienty s mentálním postižením, tak aby pochopili otázky v dotazníku. Vzor dotazníku bude uveden jako příloha na závěr práce.

Správným vytvořením výzkumných otázek úzce souvisí rozdělení problému na dílčí složky. Díky rozložení upřesňujících otázek, kterými výzkumný problém lépe popíši a následně úspěšněji vyřeším. Musím dbát na to, aby zpřesňujících otázek nebylo příliš mnoho, protože by se tak výzkumný problém mohl stát nepřehledným.

Reichel (v knize „*Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*“, str.81) definuje, že výzkum musíme chápat jako soustavu tří fází, jimiž jsou příprava výzkumu, realizace výzkumu a vyhodnocení výzkumu. Dále je důležité vytvořit kontrolní mechanismy, zajišťující kvalitu výsledků. Podle povahy zkoumání zajišťují validitu (platnost získaných výsledků vzhledem ke

skutečnosti), realibilitu (statistická veličina, udávající spolehlivost testu, který měří lidské vlastnosti) a případnou reprezentativitu (určující, jak je možné zobecnit výsledky výzkumu zahrnující určitý vzorek k celému souboru).

11.1/ Vyhodnocení jednotlivých otázek

V této části vyhodnocení otázek použiji stručnou variantu, kde budu presentovat celý vzorek 45 dotázaných klientů, kteří byli ochotni s ohledem na citlivost pokládaných otázek a absolutní zachování anonymity a diskrétnosti spolupracovat.

Po vyhodnocení jsem výsledky pro lepší přehlednost zpracovala do grafického zobrazení, tak aby bylo přehledné rozlišení dle věkové struktury oslovených klientů a bylo na první pohled zřejmé, jak klienti odpovídali na jednotlivé otázky.

Vzhledem k rozsahu tyto výsledky presentuji formou přílohy k závěrečné práci, protože jinak bych přesáhla doporučený rozsah práce.

Otázky položené v dotazníku

- Jste: (muž, žena)
dotazník vyplnilo 45 klientů, z toho je 22 mužů (49%) a 23 žen (51%)
- Váš věk: (14 až 18 let, 19 až 24 let, 24 let a výše)
ve věkové skupině 14-18 let je 10 klientů (22,2%), ve věkové skupině 18-24 let je 23 klientů (51,1%) a ve věkové skupině 24 let a více je 12 klientů (26,7%)
- Jaká je Vaše sexuální orientace: (heterosexuální, homosexuální, bisexuální)
heterosexualitu přiznává 39 klientů (86,7%), homosexuální orientaci přiznává 1 klient (2,2%) a bisexuální je 5 klientů (11,1%)
- Byl/a jste v minulosti v partnerském vztahu? (ano, ne, nejsem si jistý)
partnerský vztah prožilo 21 klientů (46,7%), partnerský vztah nemělo 16 klientů (35,6%) a nebylo si jisto 8 klientů (17,8%)
- Máte za sebou nějaký intimní vztah? (ano, ne, nejsem si jistý)
intimní vztah mělo 13 klientů (28,9%), intimní vztah zatím nemělo 29 klientů (64,5%), nebyly si jistí 3 klienti (6,7%)
- Přejete si mít partnerský vztah? (ano, ne, nevím)
partnerský vztah plánuje 36 klientů (80%), nechce partnerský vztah 5 klientů (11,1%) a zatím neví 4 klienti (8,9%)
- Máte partnerský vztah? (ano, ne, nejsem si jistý)
partnerský vztah má v současné době 6 klientů (13,3%), partnerský vztah nemá 37 klientů (82,3%) a nejsou si jistí 2 klienti (4,4%)
- Žijete v partnerském vztahu včetně intimního soužití? (ano, ne, nevím)

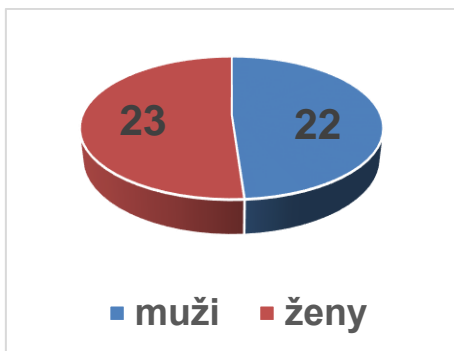
- partnerský vztah prožívá v současnosti 5 klientů (11,1%), nemá partnerský vztah 37 klientů (82,3%) a nejsou si jistí 3 klienti (6,6%)
- Máte již nějakou sexuální zkušenost? (ano, ne, nevím)
sexuální zkušenost má 15 klientů (33,3%), nemá žádnou sexuální zkušenost 25 klientů (55,6%), neví 5 klientů (11,1%)
 - Přejete si v budoucnu vlastní bydlení společně s partnerem? (ano, ne, nevím)
společné bydlení si přeje 28 klientů (62,2%), nechce společné bydlení 5 klientů (11,1%), a zatím neví 12 klientů (26,7%)
 - Přejete si jako součást partnerského vztahu vlastní potomky? (ano, ne, nevím)
děti si přeje 23 klientů (51,1%), nepřeje si děti 8 klientů (17,8%) a zatím neví 14 klientů (31,1%)
 - Máte pocit, že by Vás partnerský vztah citově obohatil? (ano, ne, nejsem si jistý)
citové obohacení v partnerském vztahu očekává 29 klientů (64,5%), neočekává citové obohacení v partnerském vztahu 3 klientů (6,7%), není si jisto 13 klientů (28,9%)
 - Už jste slyšel o možnosti sexuální asistence? (ano, ne, nejsem si jistý)
o možnosti sexuální asistence slyšelo 30 klientů (66,7%), neslyšelo o možnosti sexuální asistence 12 klientů (26,7%), není si jisto, že slyšeli o možnosti sexuální asistence 3 klienti (6,7%)
 - Měla by podle Vás být sexuální asistence součástí sociální služby? (ano, ne, nevím)
sexuální asistenci jako součástí sociální služby by přijalo 13 klientů (28,9%), sexuální asistence by neměla být součástí sociální služby se domnívá 16 klientů (35,6%) a neví, zda má být sexuální asistence součástí sociální služby 16 klientů (35,6%)
 - Měla by podle Vás být sexuální asistence hrazená ze sociálního příspěvku? (ano, ne, nevím)
sexuální asistence by měla být hrazená ze sociálního příspěvku se domnívá 17 klientů (37,8%), sexuální asistence by neměla být hrazená ze sociálního příspěvku si myslí 11 klientů (24,5%), neví, nemá jasný názor 17 klientů (37,8%)
 - Kde jste se dozvěděl o sexuální asistenci? (a/přátelé/rodina; b/media/časopis /televize, jiný informační zdroj; c/nevím o ní)
o sexuální asistenci se dozvěděl od přátel/rodiny 9 klientů (20%), o sexuální asistenci se dozvěděl z medií/časopisů /televize či jiný informační zdrojů 21 klientů (46,7%) a zatím o sexuální asistenci neví 15 klientů (33,3%)
 - Využil/a byste sexuální asistenci? (ano, ne, nevím)
sexuální asistenci by využilo 11 klientů (24,5%), sexuální asistenci by nevyužilo

20 klientů (44,4%), zatím nemá názor zda by sexuální asistenci využili, či nikoliv
14 klientů (31,1%)

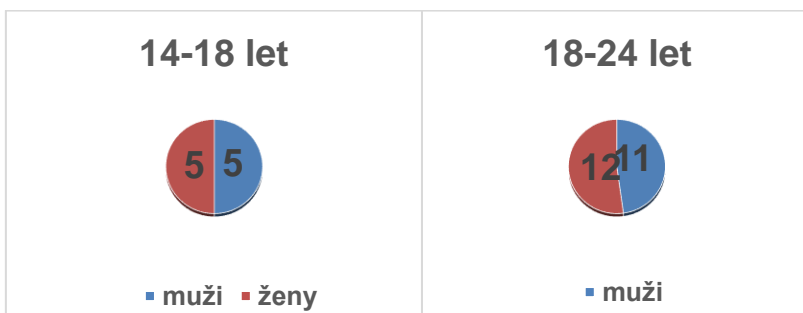
- Máte již nějaké osobní zkušenosti se sexuální asistencí? (ano, ne)
osobní zkušenosti se sexuální asistencí nemá 45 klientů 100%)

11.2/ Grafické zpracování výsledků

Jste: (muž, žena)

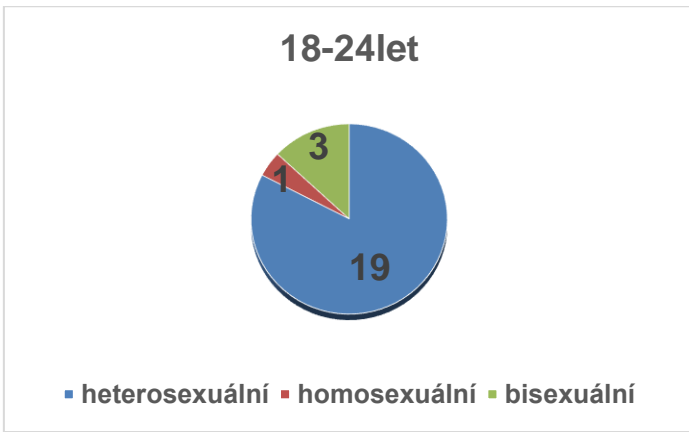


Váš věk: (14 až 18 let, 19 až 24 let, 24 let a výše)

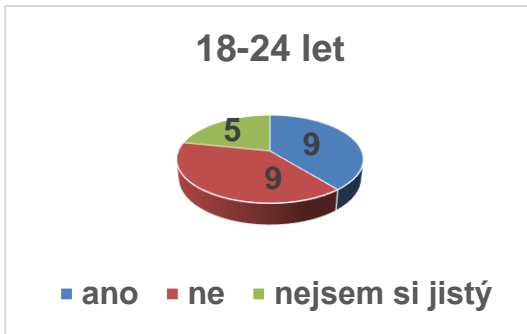
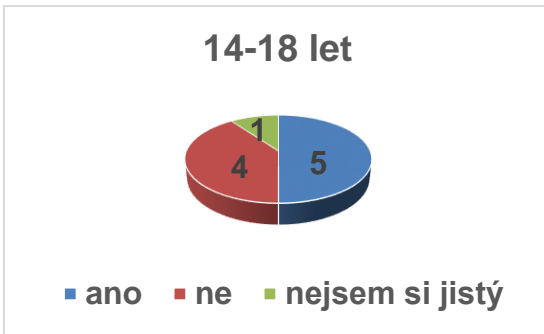


Jaká je Vaše sexuální orientace: (heterosexuální, homosexuální, bisexuální)

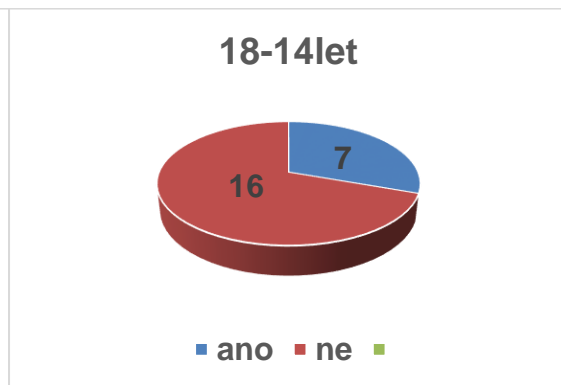




Byl/a jste v minulosti v partnerském vztahu? (ano, ne, nejsem si jistý)

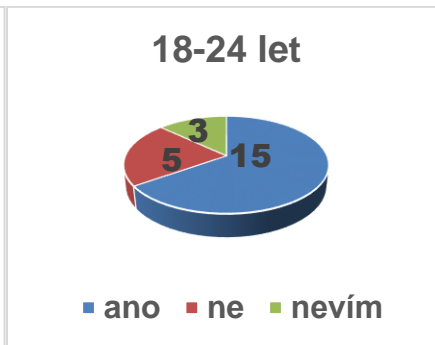


Máte za sebou nějaký intimní vztah? (ano, ne, nejsem si jistý)

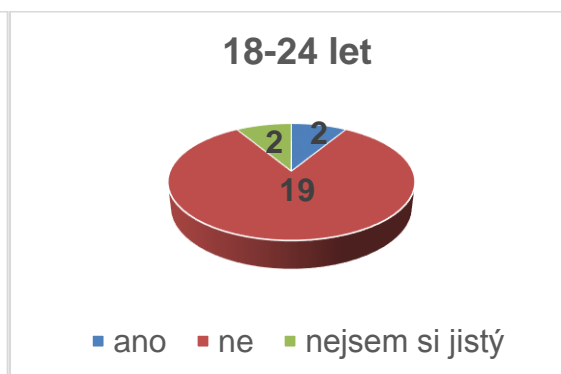
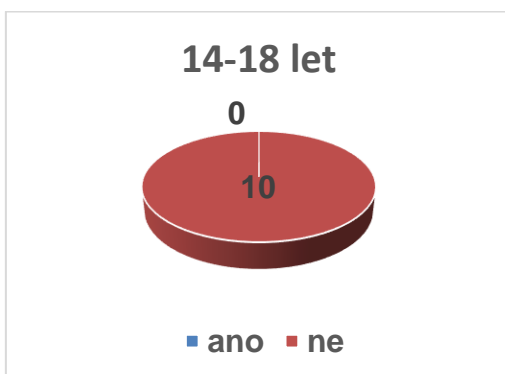




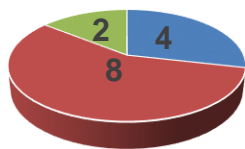
Přejete si mít partnerský vztah? (ano, ne, nevím)



Máte partnerský vztah? (ano, ne, nejsem si jistý)



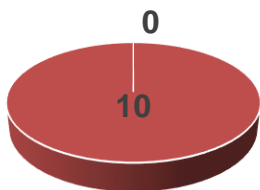
24 let a starší



■ ano ■ ne ■ nejsem si jistý

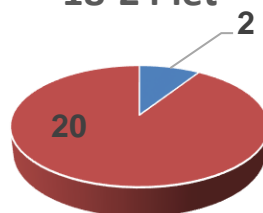
Žijete v partnerském vztahu včetně intimního soužití? (ano, ne, nevím)

14-18 let



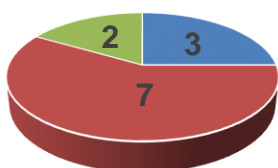
■ ano ■ ne

18-24 let



■ ano ■ ne

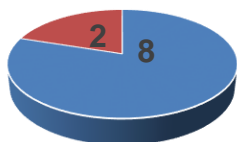
24let a starší



■ ano ■ ne ■ nevím

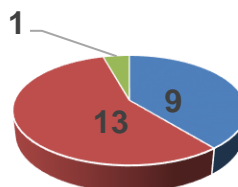
Máte již nějakou sexuální zkušenost? (ano, ne, nevím)

14-18 let



■ ano ■ nevím

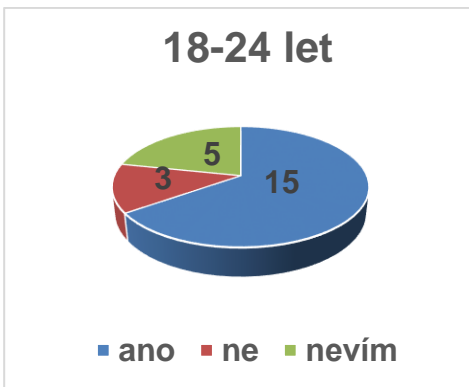
18-24 let



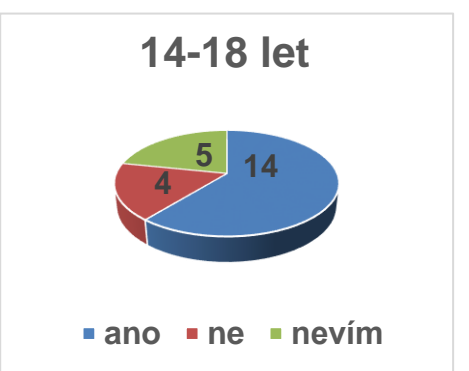
■ ano ■ ne ■ nevím



Přejete si v budoucnu vlastní bydlení společně s partnerem? (ano, ne, nevím)



Přejete si jako součást partnerského vztahu vlastní potomky? (ano, ne, nevím)



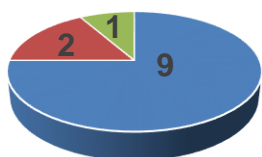
24 let a staší



■ ano ■ ne ■ nevím

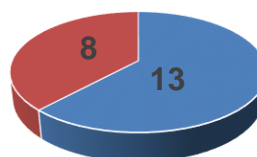
Máte pocit, že by Vás partnerský vztah citově obohatil? (ano, ne, nejsem si jistý)

14-18 let



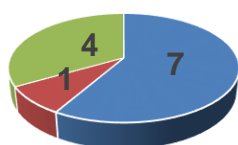
■ ano ■ ne ■ nejsem si jistý

14-18 let



■ ano ■ nejsem si jistý

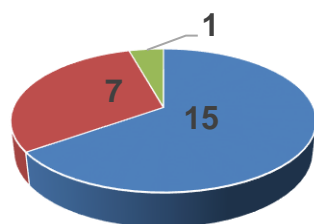
24 let a starší



■ ano ■ ne ■ nejsem si jistý

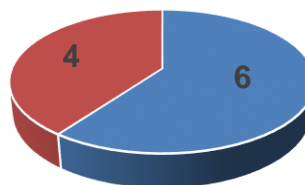
Už jste slyšel o možnosti sexuální asistence? (ano, ne, nejsem si jistý)

18-24 let



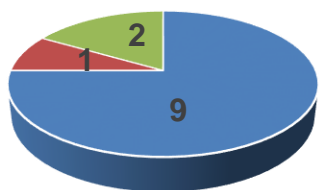
■ ano ■ ne ■ nejsem si jistý

14-18 let



■ ano ■ ne

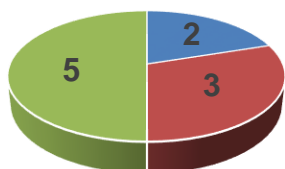
24 let a starší



■ ano ■ ne ■ nejsem si jistý

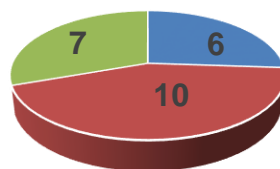
Měla by podle Vás být sexuální asistence součástí sociální služby? (ano, ne, nevím)

14-18 let



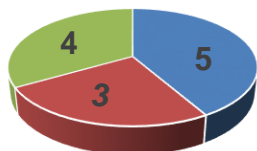
■ ano ■ ne ■ nevím

18-24 let



■ ano ■ ne ■ nevím

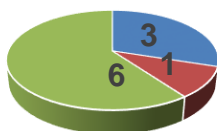
24 let a starší



■ ano ■ ne ■ nevím

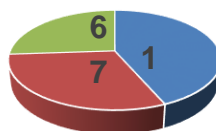
Měla by podle Vás být sexuální asistence hrazená ze sociálního příspěvku? (ano, ne, nevím)

14-18 let



■ ano ■ ne ■ nevím

18-24 let



■ ano ■ ne ■ nevím

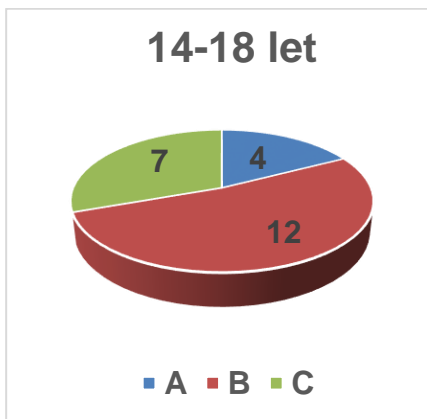
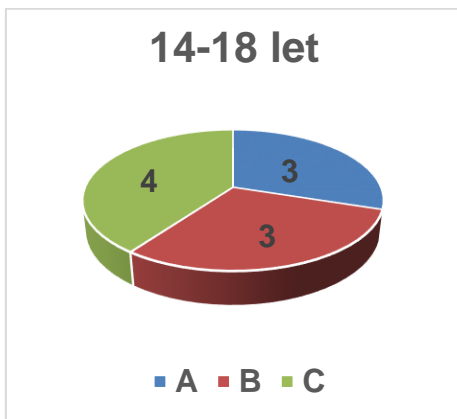


Kde jste se dozvěděl o sexuální asistenci?

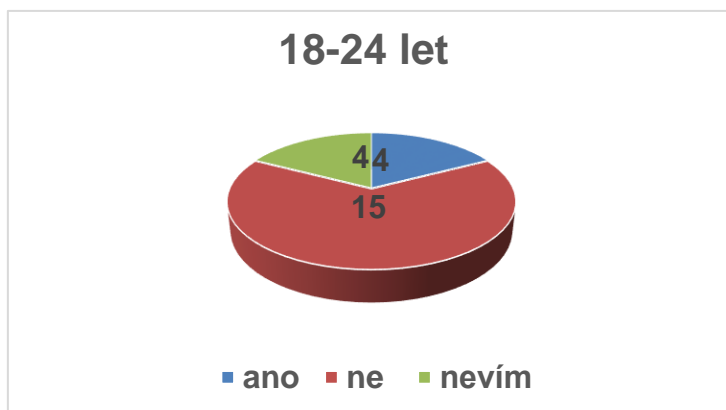
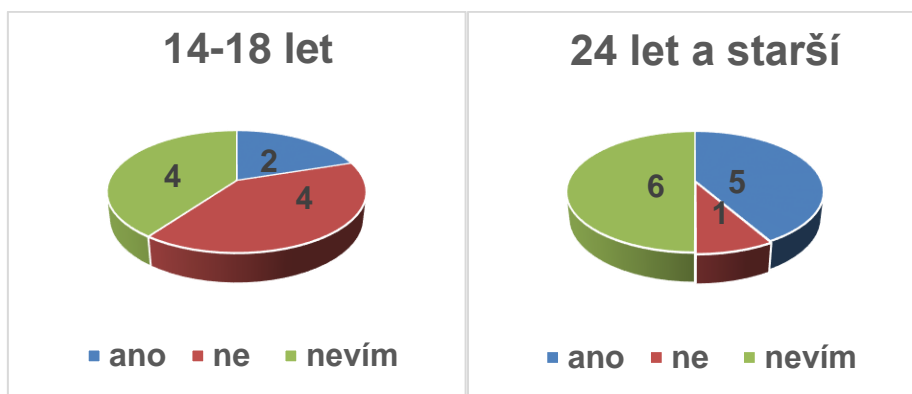
A/přátelél/rodina;

B/media/časopis/televize, jiný informační zdroj;

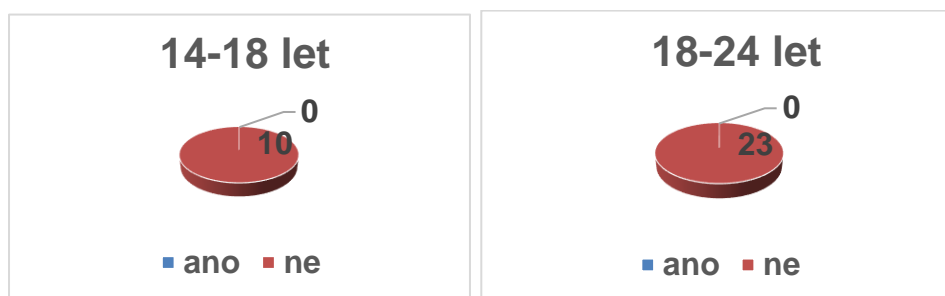
C/nevím o ní



Využil/a byste sexuální asistenci? (ano, ne, nevím)



Máte již nějaké osobní zkušenosti se sexuální asistencí? (ano, ne)



11.3/ Zhodnocení stanovených hypotéz a cílů výzkumu

Nyní vyhodnotím potvrzení či nepotvrzení mnou položených hypotéz na základě získaných výsledků z okruhů otázek vztahujících se k danému problému.

Převážná většina klientů si přeje žít v partnerském vztahu, od kterého očekává obohacení svého citového života. Více než polovina klientů si přeje společné bydlení s partnerem a polovina klientů si přeje založit vlastní rodinu. Téměř polovina klientů měla v minulosti partnerský vztah a nyní v partnerském vztahu žije pětina klientů, z toho téměř všichni žijí intimním životem. Dvě třetiny klientů o sexuální asistenci slyšely. Dvě pětiny klientů se domnívá, že sexuální asistence by měla být hrazená ze sociálního příspěvku a stejně velká skupina nemá na tuto otázku vlastní názor. Třetina klientů se domnívá, že by sexuální asistence měla být součástí sociální služby. Dvě třetiny se ale domnívají, že nikoliv anebo nemají vlastní názor.

Osobní zkušenosti se sexuální asistencí nemá žádný ze 45 klientů, ale určitá skupina by sexuální asistenci v budoucnu využila. Jde převážně o muže. Zároveň se nepotvrdilo, že asistenční pomoc při sexuálním životě osob s handicapem by obohatila jejich citový život. V tomto případě jde převážně o negativní postoj u žen.

Ženy nemají zájem o sexuální asistenci, nehledají sexuální vyžití. Ale hledají lásku a vztah, partnera, který se o ně a případné potomky postará. V současné době nejsou u nás žádní mužští asistenti. U mužů je větší zájem o sexuální asistenci, problémem je ale cena (cca 1200 Kč/hod.) a téměř žádný výběr asistentek.

Během osobním rozhovoru s klienty jsem se dozvěděla, že raději využijí běžné sexuální služby prostitutek. Z mých zkušeností mají hendikepovaní zájem o technické zázemí dopomoci sexuální asistentky, aby mohli navázat intimní vztah, včetně pohlavních aktivit. Sexuální asistence nemusí nutně poskytovat pohlavní styk, ale měla by naučit používat sexuální pomůcky, pomáhat párům se začátkem intimního života a informovat je antikoncepci.

Závěrem lze konstatovat, že se definované hypotézy nepotvrdily.

ZÁVĚR

Sexuální osvěta a výchova osob s mentálním/fyzickým postižením v České republice zatím nemá jednotnou koncepci. Organizace, zabývající se nabídkami služeb pro osoby s mentálním nebo fyzickým postižením, jde především o ústavní zařízení, občanská sdružení apod., využívají stávající nabídky k získání certifikovaných programů věnovaných sexualitě u osob s mentálním nebo fyzickým postižením. Rodiče osob s handicapem si mohou vyměňovat zkušenosti, jak přistupovat k problémům daného jedince. Jsou úzce vázáni na odborníky, kterými jsou psychologové, psychiatrové, sexuologové, kteří jim poskytují rady. Ze zahraničí bychom měli převzít osvědčený systém, který chrání jak osobu s mentálním postižením jako uživatele služeb, tak pracovníky, kteří jsou poskytovatele služeb. Existuje protokol sexuality, který obsahuje filozofii a přístupy k sexualitě osob s mentálním nebo fyzickým postižením. Jsou detailně definované práva a odpovědnosti uživatelů služeb, stejně jako poskytovatelů služeb. Domnívám se, že je nezbytné do systému začlenit hodnocení schopnosti klienta k

souhlasnému sexuálnímu vyjádření tak, aby bylo zamezeno eventuálnímu sexuálnímu zneužití či obtěžování.

Uvedu pro přehled některé základní dokumenty, z nichž mohou vycházet protokoly o sexualitě v zařízeních v České republice. Je možné se opírat o všechna prohlášení, která naplňují základní lidská práva a svobody.

Deklarace práv mentálně postižených (Valné shromáždění OSN, 20. prosince 1971). Z ní vyjímám: osoby s mentálním postižením mají stejná práva jako ostatní lidé, tedy: *právo na prožití vlastní sexuality*, právo na řádnou zdravotní péči, školní výchovu, vzdělání a osvětu, rehabilitaci a podporu, díky níž mohou rozvíjet své schopnosti a potenciální možnosti: *právo na sexuální výchovu a osvětu a na rozvoj vlastní sexuality*, právo na ochranu proti využívání, zneužívání a nedůstojnému zacházení.

Deklarace sexuálních práv (Valencie, Španělsko, 20.6.1997). Každá společnost má vytvářet takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva: právo na svobodu, právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla, právo na sexuální rovnost, právo na sexuální zdraví, právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě, právo na dostatečnou sexuální výchovu, právo svobodně se stýkat, právo svobodné a odpovědné volby, právo na soukromí.

Všeobecná deklarace lidských práv (10.12.1948, Charta OSN), čl. 1: „*všichni lidé se rodí svobodní a rovní v důstojnosti a právech*“. Evropská sociální charta - 1961, Rada Evropy. Vymezuje a definuje obsah jednotlivých práv a zvláště zdůrazňuje práva určitých kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu.

Deklarace práv zdravotně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 1975). „*Zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná základní práva jako jejich vrstevníci, mezi něž patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný, život.* Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením - 28. října 1993, Valné shromáždění OSN. Zajistit pro zdravotně postižené stejná práva jako mají ostatní. Za tímto účelem mají být přijata příslušná opatření odstraňující překážky, které brání zdravotně postiženým v uplatňování těchto práv a v plné integraci do všech společenských aktivit.

Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením - 1996, přístup ke službám, které musí vycházet z potřeb lidí s mentálním postižením v místě bydliště, život v co nejméně omezujícím prostředí a právo na soukromí, alternativní služby komunitního typu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BAŠTECKÁ, B.: *Rodinný a sexuální život z hlediska vývoje a výchovy*, Sborník Rodinný a sexuální život zdravotně postižených, Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, ISBN 80-7178-550-4
- DRÁBEK, T.: *Možnosti sociální práce v podpoře partnerského a sexuálního života lidí se zdravotním postižením*, Praha: Univerzita Karlova, diplomová práce, 2011
- DRÁBEK, T.: *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením – publikace pro odborné sociální poradenství*, Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., Praha 2013, ISBN 978-80260-5281-4
- EISNER, P.: *Sexualita klientů v sociálních službách*, Svět neziskovek, 2009, roč. 1, č. 9
- EISNER, P.: *Sexualita klientů v sociálních službách-informovanost a svobodné rozhodnutí*, Svět neziskovek, 2010 A, roč. 2, č. 1
- EISNER, P.: *Sexualita klientů v sociálních službách-současný stav práce se sexualitou v českých sociálních službách*, Svět neziskovek, 2010 B, roč. 2, č. 2
- EISNER, P.: *Sexualita klientů v sociálních službách – práce se sexualitou jako součást kvalitní sociální služby*, Svět neziskovek, 2010 C, roč. 2, č. 3
- GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno, Paido, 2000, ISBN 80-85931-79-6
- HENDL, J.: *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 8071845493
- KALIBA, M.: *Sexuální výchova jako předmět zájmu sociální pedagogiky*, Sborník referátů ze 17. celostátního kongresu k sexuální výchově v České Republice 2009, Brno: SPRSV, 2009
- KRACÍK, J.: *Sexuální výchova postižené mládeže*, Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1992, ISBN: 80-7066-626-9
- KNOBLOCH, F.: *Příspěvek z metod a technik sociologického výzkumu*, studijní text, Fakulta pedagogická ZPČ, Katedra psychologie, 2006/2007
- LEČBYCH, M.: *K sexualitě dospívajících osob*, Zpravodajský a informační server Dobromysl, 2005
- MADZÁKOVÁ, S. L.: *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*, 2013, ISBN 978-80-262-0502-9
- NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*, Praha: Portál, 2009, ISBN 80-7178-197-5

- PONDĚLÍČKOVÁ, RABOCH, J.: *O sexualitě a partnerských vztazích*, Praha: Galén, 2005, ISBN 8072623230
- *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených*, Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, Zpravodaj ELAN, 2000
- THOROVÁ, JŮN.: *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*, APLA Praha, Střední Čechy, o.s. Praha 2012
- ŠTĚRBOVÁ, D.: *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením, Strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů*, Praha: SPRSV, 2009
- *Sexualita mentálně postižených II*, Sborník materiálů, Orfeus & PF Univerzita Hradec Králové, 2009
- VENGLÁŘOVÁ, M.; EISNER, P., a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*, Praha: Portál, 2013, ISBN 978-80-262-0373-5
- VLČKOVÁ, K.: *Základy pedagogické metodologie*, Katedra pedagogiky PdF MU PS, 2015
- VOLFOVÁ, I.; KOZÁKOVÁ, Z.; VELEMÍNSKÝ, M.: *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*, Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-129-1
- WEISS, P. a kol.: *Sexuologie*, Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-2472-492-8
- ZVĚŘINA, J.: *Sexuologie (nejen) pro lékaře*, Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003, ISBN: 80-7204-264-5

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

<http://sexualniasistence.org/odkazy>

<http://ksp.upol.cz/cz>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Markéta Conková

Název kurzu: STUDIUM V OBLASTI PEDAGOGICKÝCH VĚD SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Název práce: Sexualita osob s handicapem

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 28

Celkový počet stran příloh: 28

Počet titulů českých použitých zdrojů: 25

Počet internetových zdrojů: 2