

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Sexualita a její rizika u zrakově postižené mládeže

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Brožová
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Zadání bakalářské práce

Autor: Kateřina Brožová

Studium: P131406

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: Sexualita a její rizika u zrakově postižené mládeže

Název bakalářské práce AJ: Sexuality and Its Risks of Visually Impaired Young People

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality zrakově postižené mládeže a jejími riziky. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy a definice související s problematikou zrakového postižení, sexuality, rizikového chování aj. Cílem praktické části je zjistit informovanost v oblasti sexuality, zhodnocení přípravy na sexuální život a průzkum v oblasti sexuálního života u mladých lidí se zrakovým postižením. Jako výzkumná metoda je zvolena forma rozhovoru a pozorování.

HAMADOVÁ, Petra; KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea; NOVÁKOVÁ, Zita. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7315-145-4. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8. WEISS, Petr; ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 159 p. ISBN 80-717-8558-X. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7. ŠIKL, Radovan. *Zrakové vnímání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 312 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3029-5.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky a logopedie, Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Oponent: Mgr. Martin Kaliba

Datum zadání závěrečné práce: 27. 1. 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne

.....

podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Lence Neubauerové za všechny cenné rady a připomínky během vedení mé bakalářské práce.

Poděkování patří také všem, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a pomohli tak k tomu, aby tato práce vůbec mohla být zrealizována.

Anotace

BROŽOVÁ, Kateřina. Sexualita a její rizika u zrakově postižené mládeže. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 70 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality a jejích rizik u mládeže se zrakovým postižením. Práce vymezuje základní pojmy z této oblasti: zrakové postižení, dospívání, mládež, dále je specifikována sexualita, partnerství a rizikové sexuální chování ve vztahu ke zrakovému postižení. Práce se dále zaměřuje na sexuální výchovu v rodině a ve škole, která zajišťuje informovanost v této oblasti a funguje jako prevence rizikového sexuálního chování. Rovněž jsou uvedeny také další zdroje vzdělávání, především internet, kde je upozorňováno na rizika spojená s jeho každodenním využíváním.

Přínos práce spočívá v nahlédnutí do této problematiky z pozice dospívajících se zrakovým postižením. Práce zjišťuje informovanost v oblasti sexuality a jejích rizik a provádí průzkum v oblasti sexuálního života těchto osob. Výzkum, jehož předmětem je mládež se zrakovým postižením, je prováděn formou rozhovoru a pozorování.

Klíčová slova: zrakové postižení, mládež, dospívání, sexualita, sexuální výchova, rizikové sexuální chování.

Annotation

BROŽOVÁ, Kateřina. *Sexuality and Its Risks of Visually Impaired Young People*. Hradec Králové: The Faculty Of Education of the University Hradec Králové, 2016. 70 pp. Bachelor thesis.

This bachelor's thesis deals with visually impaired young people and its risks. This thesis specifies the basic terms of these areas: visual handicap, adolescence, youth, further, sexuality, partnership and sexual risk behaviour is specified related to visual impairment. The thesis also focuses on sex education in the family and at school, which provides informations in this area and works as prevent of risk sexual behavior . Obviously, there are other sources of education, especially the Internet, where is warned to the risks associated with its everyday use.

The contribution of this thesis is in the look into this issue from a position of adolescents with visual impairments. This thesis investigates the informations in the area of sexuality and its risks and performs a research in the area of sexual life of these people. The subject of research are young people with visual impairments. The research was performed through the interviews and observations.

Key words: visual impairment, youth, adolescence, sexuality, sex education, risk sexual behavior.

Obsah

Úvod.....	9
1. Teoretické vymezení zrakového postižení	10
1. 1. Člověk se zrakovým postižením	10
1. 1. Klasifikace zrakových vad.....	11
1. 3. Etiologie zrakových vad	14
1. 4. Vliv zrakového postižení na osobnost.....	15
1. 5. Mládež se zrakovým postižením.....	16
1. 5. 1. Pubescence.....	17
1. 5. 2. Adolescence	19
2. Partnerství, sexualita a rizikové sexuální chování.....	21
2. 1. Partnerství.....	21
2. 2. Sexualita jako potřeba	22
2. 2. 1. Sexualita a vrozené zrakové postižení.....	24
2. 2. 2. Sexualita a získané zrakové postižení	25
2. 2. 3. Vývoj sexuality u dětí se zrakovým postižením	25
2. 3. Rizikové sexuální chování	27
2. 3. 1. Brzký počátek pohlavního života.....	27
2. 3. 2. Neplánované rodičovství	28
2. 3. 3. Promiskuitní chování.....	28
2. 3. 4. Prostituce	28
2. 3. 5. Sexuálně přenosné choroby	29
2. 3. 6. Sexuální zneužívání.....	33
3. Sexuální výchova jako prevence rizikového sexuálního chování	35
3. 1. Sexuální výchova v rodině.....	36

3. 2.	Sexuální výchova ve škole.....	38
3. 2. 1.	Obsah a cíle sexuální výchovy.....	38
3. 2. 2.	Vyučovací prostředky.....	40
3. 3.	Další zdroje vzdělávání	42
4.	Výzkumné šetření	44
4. 1.	Úvod	44
4. 2.	Metodologie výzkumu.....	44
4. 3.	Výzkumný soubor	46
4. 3. 1.	Charakteristika výzkumného souboru.....	47
4. 4.	Zpracování dat výzkumného šetření.....	50
4. 5.	Analýza dat výzkumného šetření	51
4. 5. 1.	Informovanost v oblasti sexuality	51
4. 5. 2.	Seznamování a jeho možná rizika.....	54
4. 5. 3.	Partnerství.....	57
4. 5. 4.	Povědomí a zkušenosti s rizikovým sexuálním chováním	59
4. 6.	Shrnutí výsledků výzkumného šetření.....	62
	Závěr	65
	Seznam použitých literárních zdrojů	66
	Seznam použitých internetových zdrojů	70

Úvod

Práce řeší pohled mládeže se zrakovým postižením na sexualitu, partnerství a rizikové sexuální chování, především se ale zabývá jejich informovaností a dosavadními zkušenostmi v této oblasti.

Sexualita je přirozenou součástí života každého člověka a patří mezi základní lidské potřeby, které by měly být správně uspokojovány. I dnes se ale bohužel setkáváme s různými mýty a předsudky, které kolují o sexualitě zdravotně postižených. S těmi jsem se setkala i já osobně, když jsem několika lidem během celého průběhu výzkumného šetření sdělovala, jakou jsem si vybrala tematiku ke zpracování bakalářské práce. Reakce pro mě byly kolikrát velmi překvapivé. Setkala jsem se s nepochopením, údivem a komentáři typu: „Proč sexualita u zrakově postižených? Vždyť ti přece ani nemůžou vědět, co to je!“ Touto prací bych tedy ráda upozornila především na to, že není žádný důvod, aby bylo toto téma tabuizováno a vynecháváno (ať u osob se zrakovým postižením nebo u osob jakkoli zdravotně postižených), a že je nutností mládež se zrakovým postižením v této oblasti nadále vzdělávat a vychovávat.

V první kapitole teoretické části jsou vymezeny základní pojmy jako člověk se zrakovým postižením, klasifikace a etiologie zrakových vad, vliv zrakového postižení na osobnost jedince a je zde definována mládež, jakožto cílová skupina výzkumného šetření. V druhé kapitole je vymezena sexualita jako lidská potřeba, partnerství, rizikové sexuální chování a jeho jednotlivé formy, se kterými se může setkat nejen mládež se zrakovým postižením. Jsou zde popsány sexuálně přenosné choroby, sexuální zneužívání, neplánované rodičovství, brzký začátek pohlavního života, promiskuita nebo prostituce. Třetí kapitola se zabývá prevencí rizikového sexuálního chování, kdy je jako nejefektivnější prevence chápána sexuální výchova, ať v rodině, nebo ve škole. Práce také upozorňuje na internet jako rychlý přístup k informacím, ale především na jeho možná rizika.

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit informovanost mládeže se zrakovým postižením v oblasti sexuality a jejích rizik a průzkum v oblasti sexuálního života těchto osob. Dále zjištění jejich zkušenosti s rizikovým sexuálním chováním a případně následné zhodnocení přípravy těchto osob na sexuální život, pokud tedy dojde ke zjištění, že sexuální život u účastníků výzkumného šetření ještě nebyl zahájen.

1. Teoretické vymezení zrakového postižení

Zrak je jeden z nejdůležitějších smyslů člověka a je smyslem dálkovým, stejně jako sluch a čich. Pomáhá člověku získávat až 90% informací z jeho okolí bez větší námahy a většina každodenních činností je založena na řízení a kontrole zrakem. Kromě získávání informací se také díky zraku vytvářejí představy a rozvíjí se paměť, myšlení, řeč nebo emocionálně-volní oblast. Vidění člověku pomáhá rozpoznávat světlo, tmu, barvy, hloubku prostoru, tvary, polohu nebo pohyb (Slowík 2007, Růžičková a Vítová 2014).

Renotiérová et al. (2003, s. 186) definují zrakové postižení jako „*absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání*“. Květoňová-Švecová (2000, s. 18) uvádí, že zrakové vady jsou „*nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu*“.

Projevy zrakového postižení závisí na době vzniku vady, jeho druhu a stupni, osobnosti jedince nebo také na podmínkách vývoje zrakového vnímání (Štréblová 2002). Jakékoli zrakové omezení pak způsobuje problémy v orientaci, trvalé postižení zraku pak i problémy v komunikaci, socializaci, edukaci, výkonnosti a celkové existenci jedince (Slowík 2007).

1. 1. Člověk se zrakovým postižením

„*Za jedince se zrakovým postižením je chápána osoba, která trpí oční vadou či chorobou, kdy po optimální korekci má stále zrakové vnímání narušeno natolik, že jí činí problémy v běžném životě*“ (Finková et al. 2007, s. 37). Osoby se zrakovým postižením charakterizuje snížení zrakových funkcí různého typu a stupně. To je ovlivňuje v běžných činnostech každého dne a běžná optická korekce jim k plnému vidění nestačí. Osoby se zrakovým postižením tedy mají omezené získávání poznatků zrakem, zejména jejich kvalita je velmi zhoršena (Baslerová et al. 2012).

Osobou se zrakovým postižením tedy ale není každý, u koho se vyskytuje určitá zraková vada jako například myopie nebo hypermetropie. Jako dostatečná korekce snížení zrakových schopností například vlivem vady akomodace čočky, slouží v dnešní době brýle nebo kontaktní čočky. Díky nim není člověk jakkoli omezen svou zrakovou vadou ve smyslu prostorové orientace nebo samostatného pohybu. Pokud však tato

korekce přestává stačit a nastávají problémy při běžných činnostech, je na místě diagnostika zrakového postižení určitého stupně (Slowík 2007).

Hamadová et al. (2007) vymezují osobu se zrakovým postižením ze tří různých hledisek. Z hlediska medicínského trvá postižení zrakových funkcí i po medicínské léčbě nebo po korekci refrakční vady, a zraková ostrost je horší než 0,3 (6/18) až po světlocit. Z hlediska psychologického je osoba se zrakovým postižením omezena ve schopnosti přijímat informace zrakovou cestou a je tak ovlivněna celá jeho osobnost a její psychický i fyzický vývoj. Z hlediska edukačního je výkonnost dítěte se zrakovým postižením ve škole negativně ovlivněna právě jeho zrakovou vadou (i s maximální korekcí).

Každé zrakové postižení je ale svým způsobem charakteristické a celkově ovlivňuje vývoj jedince. Nedostatečný přísun zrakových podnětů může u některých jedinců vést až k senzoričké deprivaci. Je tedy velmi důležité ke každé osobě se zrakovým postižením přistupovat individuálně a přihlížet k jeho individuálním zvláštnostem – to je základ jakékoli práce s osobou se zrakovým postižením (Renotiérová et al. 2003).

1. 2. Klasifikace zrakových vad

Zrakové vady se dělí z několika různých hledisek. **Klasifikace zrakového postižení podle Světové zdravotnické organizace (WHO) v rámci desáté decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí (ICF) a přidružených zdravotních problémů** vychází ze skutečnosti, která část zrakového analyzátoru je narušena a představuje medicínský náhled:

H 00 – H 06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice;

H 10 – H 13 onemocnění spojivek;

H 15 – H 22 nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa;

H 25 – H 28 onemocnění čočky;

H 30 – H 36 nemoci cévnatky a sítnice;

H 40 – H 42 glaukom;

H 43 – H 45 nemoci sklivce a očního bulbu;

H 46 – H 48 nemoci zrakového nervu a zrakových drah;

H 49 – H 52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce;

H 53 – H 54 poruchy vidění a slepota;

H 55 – H 59 jiné nemoci a oční adnex (Finková et al. 2007, s. 39).

Dále je při posuzování a přípravě edukace a rehabilitace důležité rozlišovat i další kritéria, dle kterých se provádí klasifikace zrakového postižení, mezi další klasifikace tedy patří klasifikace:

- **z hlediska doby vzniku** – vrozené a získané;
- **z hlediska etiologického** – orgánové a funkční;
- **podle progresu vady** – regredující, ustálená a progredující;
- **podle věku** – raný a předškolní věk, školní věk, dospělost a stáří;
- **podle sociálního zázemí** – funkční, dysfunkční nebo chybějící;
- **podle délky trvání zrakového postižení** – chronické, akutní nebo recidivující;
- **podle druhu a stupně funkčního zrakového potenciálu** – osoby, které funkčně využívají svůj zrakový potenciál (osoby slabozraké, osoby s poruchami binokulárního vidění a část osob prakticky nevidomých) a osoby, které jsou odkázány na využívání svých kompenzačních schopností a prostředků (osoby nevidomé);
- **podle stupně zrakového postižení** – vychází ze stavu zrakové ostrosti (tzv. vizusu) a zachovalého rozsahu zrakového pole a hovoří se zde tedy o osobách slabozrakých, osobách se zbytky zraku, osobách nevidomých a o osobách s poruchami binokulárního vidění (Hamadová et al. 2007, Růžičková a Vítová 2014).

Osoby slabozraké

Slabozrakost je orgánové postižení obou očí, které činí člověku (i s optimální brýlovou korekcí) potíže v běžných každodenních činnostech. Slabozrakost lze rozdělit na lehkou, střední a těžkou. Kromě snížení zrakové ostrosti se při slabozrakosti mohou také objevovat zúžení zorného pole (až po tzv. trubicovité vidění), jeho výpadky (tzv. skotomy) aj. Slabozrakost může být jak vrozená, tak získaná a má negativní vliv na rozvoj vnímání, v některých případech i na prostorovou orientaci a projevuje se také ve výchovně-vzdělávacím procesu jedince se slabozrakostí. Jedinec se slabozrakostí při práci využívá svůj zachovalý zrak, avšak za přísného dodržování zrakové hygieny.

Konkrétně se jedná o osvětlení, vhodné optické pomůcky, střídání zrakové práci do blízka a do dálky aj. (Renotiérová et al. 2004).

Osoby se zbytky zraku

Uvádí se, že tato kategorie zahrnuje osoby, které se nacházejí na hranici mezi slabozrakostí a nevidomostí. Může být ustálená, v některých případech však může dojít k progresi nebo zlepšení, a opět se jedná o získanou či vrozenou vadu zraku. Osoba se zbytky zraku má omezené zrakové schopnosti, což vede k narušení představ a dále je také omezena pracovní činnost. Stejně jako u osob slabozrakých musí být dodržována zraková hygiena a její zásady. Dále je u těchto osob rozvíjeno hmatové vnímání a jsou vedeni k používání speciálních technických pomůcek (Renotiérová et al. 2004). Podle Hamadové et al. (2007) se ještě dělí tato kategorie na dvě skupiny, a to osoby, které používají více kompenzačních smyslů jako nevidomí, a osoby, které spíše co nejvíce používají svůj postižený smysl.

Osoby nevidomé

Pod pojmem nevidomost rozumíme nejtěžší stupeň zrakového postižení. Nevidomost se dělí na nevidomost praktickou a totální slepotu (tzv. amauroza). Nevidomí vzhledem ke svému postižení nemohou vnímat informace zrakovou cestou, využívají tedy kompenzační smysly jako je hmat, sluch, čich a chuť. Nevidomost má negativní dopad na socializaci, prostorovou orientaci, samostatný pohyb nebo poznávací procesy. Nevidomé osoby tedy využívají průvodcovských služeb a kompenzačních pomůcek jako je bílá hůl, akustický orientační maják, navigační jednotka nebo vodící pes. Nevidomost může být opět jak vrozená, tak získaná. U osob se získaným zrakovým postižením hrají velkou roli jejich zchovalé představy, které jim v dalším životě slouží zejména k prostorové orientaci, samostatnému pohybu nebo k obraznému myšlení (Hamadová et al. 2007). Vzhledem ke svému postižení nemohou tyto osoby číst běžný černotisk, ke čtení a psaní tedy využívají Braillova písma, což je systém šesti bodů, kde jsou jednotlivá písmena abecedy vytvořena vytlačěním kombinací od jednoho do pěti bodů. K psaní slouží nevidomým Pichtův psací stroj (Renotiérová et al. 2004).

Osoby s poruchami binokulárního vidění

„Vývoj správného binokulárního vidění je podmíněn normálními anatomickými poměry a funkčními předpoklady a při jejich narušení nastává porucha binokulárního

vidění“ (Renotiérová et al. 2004, s. 201). Jedná se o funkční poruchu a rozlišujeme strabismus a amblyopii. Osoby se strabismem mají porušeno rovnovážné postavení očí, takže se osy při dívání se (do dálky nebo na blízko) neprotnou v jednom bodě. U osob s tupozrakostí je snížena zraková ostrost různého stupně, vzhled oka je na rozdíl od strabismu normální (Hamadová et al. 2007). Osoby s poruchami binokulárního vidění mají obtíže s analyticko-syntetickou činností, hloubkovým viděním nebo s lokalizací. Poruchy binokulárního vidění vznikají většinou v raném dětství a velkou roli zde hraje včasná diagnostika a následné terapeutické postupy, jako je chirurgický zákrok nebo pleopticko-ortoptická cvičení. Po odstranění amblyopie či strabismu již není žádný důvod k jakémukoli omezení při pracovní činnosti (Renotiérová et al. 2004).

1. 3. Etiologie zrakových vad

„Příčinou zrakového postižení může být vada nebo postižení v kterékoliv části zrakového ústrojí – tedy v oblasti receptoru (zevní oko), nervových drah spojujících oko s mozkovým centrem (oční nerv) nebo přímo zrakového centra v mozku“ (Slowík 2007, s. 60). Rozlišují se buď vady vrozené, nebo vady získané. Vady vrozené bývají často geneticky podmíněné nebo mohou být způsobeny infekčními onemocněními matky v těhotenství, a dále vady získané v průběhu života, které mohou vzniknout z různých příčin.

Vady vrozené jsou způsobovány patologickými jevy, které následně zapříčiní vývojovou anomálii oka. Uvádí se, že porucha je tím závažnější, čím dříve je vývoj oka v embryonálním stádiu vývoje dítěte zasáhnut. Příčinou vývojové anomálie oka mohou být tzv. exogenní vlivy, kam řadíme různé mechanické, chemické nebo fyzikální jevy, poruchy metabolismu nebo výživy matky v těhotenství, infekční onemocnění matky v těhotenství aj. Exogenní vlivy v průběhu těhotenství mohou způsobit anoftalmus, mikroftalmus, vrozený šedý zákal a u rizikových novorozenců může vzniknout i retinopatie nedonošených. Endogenní, nebo také dědičné příčiny, představují asi 20% všech vrozených vad. Řadí se sem například těžká myopie, astigmatismus, vrozený glaukom, vrozený šedý zákal, retinoblastom nebo albinismus (Hamadová et al. 2007).

Vady získané jsou většinou zapříčiněny chorobami, jako je například diabetes, angína, roztroušená skleróza, revmatická onemocnění aj. Je třeba uvést také úrazy oka,

které mohou mít velmi vážné důsledky. Jedná se většinou o mechanické poranění oka nebo o poranění oka chemickými látkami. Skleróza oční čočky (tzv. presbyopie) způsobuje ztrátu zrakové ostrosti po 45. roce života. Dále může být příčinou také nádor, který napadá oko, zrakový nerv nebo může nádor prorůst až do mozku (Hamadová et al. 2007).

1. 4. Vliv zrakového postižení na osobnost

Jakékoli postižení má na člověka, jeho osobnost a její jednotlivé složky samozřejmě velký vliv. Rozdíly jsou však dány také například časem, kdy postižení vzniklo – jedná se buď o postižení vrozené, nebo získané. Vrozené postižení mění podmínky celého vývoje dítěte, mění sociální vztahy aj. Vrozené postižení tedy má na jedince mnohem větší dopad než postižení získané. Na druhou stranu se ale dítě na své postižení už od narození dobře adaptuje. Získané postižení sice méně zasáhne do vývoje funkcí osobnosti jedince, adaptace již ale neprobíhá tak jako u postižení vrozeného. Získané postižení je velkým zásahem do osobnosti a je velmi hluboce prožíváno. Postižení pak působí na osobnost odlišně v závislosti na tom, jak se jedinec s postižením s touto novou situací vyrovnává. V případě akceptace této nově vzniklé náročné životní situace nemusí mít postižení nijak velký vliv na strukturu osobnosti. Častější jsou však případy, kdy jedinec reaguje na své postižení způsobem takovým, že jeho osobnost získává určité specifické rysy. Kromě doby vzniku postižení a jeho akceptace nebo nonakceptace, hraje svou roli také vztah postiženého k jeho okolí. Vliv postižení se tu projevuje v tom, jak působí na navazování sociálních vztahů, jejich udržení a rozvíjení. Zde ale hraje roli také sebehodnocení, tedy vztah k sobě samému a jeho ovlivnění následkem vzniku postižení (Vágnerová et al. 2000).

Ztráta zraku způsobuje vážné problémy v oblasti smyslového vnímání. Důsledky mohou mít kvalitativní nebo kvantitativní charakter. Kvantitativními změnami se rozumí především ztráta zrakovým počítků a vjemů – člověk se zrakovým postižením tedy má omezené představy, fantazii, pozornost aj. Změny kvalitativní hrají roli ve sféře psychické činnosti – změny probíhají v emocionální oblasti, ve vlastnostech osobnosti, v myšlení aj. (Finková et al. 2007).

1. 5. Mládež se zrakovým postižením

Průcha et al. (1995) definují mládež v Pedagogickém slovníku jako „*sociální skupinu tvořenou lidmi ve věku přibližně 15-25 let, kteří již ve společnosti neplní role dětské, avšak společnost jim ještě nepřiznává role dospělých*“. Definic mládeže existuje nepřeberné množství – liší se však z hlediska vědního oboru, který se mládeží zabývá. Může to být hledisko psychologické, hledisko sociologické, hledisko pedagogické nebo hledisko kriminologické. Sociálně-psychologické hledisko, ze kterého celá práce vychází, spojuje mládež s kategoriemi pubescence a adolescence (Smolík 2010). Tyto dvě kategorie jsou vymezeny v následujících dvou podkapitolách.

Šulová et al. (2011) uvádí, že se období dospívání obecně vyznačuje hledáním vlastní identity a místa ve společnosti. Je to nevyhnutelné období, ve kterém dochází ke konfliktům v nitru jedince, emočním bouřím, revoltě proti všemu starému, chuti žít jinak aj.

Podle Vágnerové (2005) zahrnuje dospívání jednu dekádu života, tedy období od 10 do 20 let věku jedince. Tuto dekádu dělí na dvě fáze. První je raná adolescence, označována jako pubescence, kterou vymezuje mezi 11-15 rokem života. Druhou fází nazývá jako pozdní adolescenci a časově ji vymezuje mezi 15-20 rokem života.

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je dolní hranicí dospívání asi 11-12 rok života a horní hranicí asi 20-22 rok života jedince. Dospívání rozdělují na období pubescence (11-15 let) – tu dále dělí na fázi prepuberty (11-13 let) a na fázi vlastní puberty (13-15 let), a dále následuje období adolescence (15-22 let).

Macek (2003) pojímá, stejně jako Vágnerová, dospívání široce. Tedy že adolescence je celé období mezi dětstvím a dospělostí, nezastává dělení na fázi prepuberty a puberty. Rozlišuje tři fáze adolescence, a to časná adolescence ve věku 10-13 let, střední adolescence ve věku 14-16 let a pozdní adolescence ve věku 17-20 let, popř. i déle. Každá z těchto etap je charakteristická a výrazně se liší.

Dnešní dospívající můžeme charakterizovat potřebou silných prožitků a zábavy, a zejména přesyceností informacemi. Představa hranic mezi dobrem a zlem je dnes pro dospívající o dost méně ostrá než dříve, velmi často se setkávají se skutečností, že pro každého se neměří stejným metrem vždy a všude. Aktuální témata zabývající se dospívajícími jsou *především „neujasněnost v hodnotovém zakotvení a také nedostatek*

autentických pravidel a norem, o které by se dospívající mohli opřít, když to při svém hledání potřebují“ (Šulová et al. 2011, s. 111).

1. 5. 1. Pubescence

Šulová et al. (2011) uvádějí, že nástup dospívání ovlivňují genetické, biologické a socioekonomické faktory. U dívek je počátek pubescence nejčastěji uváděn mezi 10. – 12. rokem života, u chlapců zpravidla o 2 roky déle, tedy mezi 12. – 14. rokem života. Charakteristickou změnou tohoto období je tělesné dospívání. U chlapců se vytvářejí první sekundární pohlavní znaky jako je ochlupení a mutace, a mezi 13. – 15. rokem se začínají objevovat noční poluce. U dívek se začíná kolem 11. – 12. roku věku vyvyšovat dvorec prsu a růst ochlupení ve stydké krajině (tzv. pubes). Děloha se začíná formovat do podoby dělohy dospělé ženy. Mezi 11. – 13. rokem začíná růst také ochlupení v podpaží a současně se objevuje také menarche (první menstruace). Rozvoj ovulačního cyklu začíná asi mezi 14 – 16 lety, což je asi největším ukazatelem stupně sexuální zralosti ženy, v tomto období již tedy může dívka otěhotnět (Uzel a Mitlöchner 2007).

Vágnerová (1995) uvádí, že tělesné změny vlastního zevnějšku mohou být pro jedince se zrakovým postižením méně významné. Svě tělo vnímají spíše kinesteticky a proprioreceptivně. Určitou rolí ale mohou sehrát například deformace očí, zejména pokud o nich jedinec ví. Postoj ke svému vzhledu pak může být nevyrovnaný nebo až negativní. I u zrakově postižených sehrává roli zpětná vazba okolí, zejména reakce osob, na kterých jedinci záleží. Faktum je, že *„tělesné schéma je sociálním reprezentantem vlastní identity“* (Vágnerová, 1995, s. 136).

Podle Vágnerové (2005) je tělesné dospívání však pouze stimulem pro další nadcházející změny, které proběhnou úspěšně pouze za předpokladu, že je na ně jedinec správně připraven. Asi nejdůležitější z nich je osamostatnění se a hledání vlastní identity. To však může být pro těžce zrakově postiženého obtížněji realizovatelné než u intaktních jedinců nebo u jedinců slabozrakých. Mění se totiž hlavně vztah ke svému handicapu. Dospívajícího se zrakovým postižením trápí sociální nezkušenost nebo obtíže v orientaci a uvědomuje si tlak, který je na něj vyvíjen společností z hlediska srovnávání se zdravými jedinci. Obecná tolerance, kterou zná ze svého dětství, se začíná minimalizovat a jedinec procházející obdobím puberty si začíná uvědomovat sociální bariéru, která omezuje jeho seberealizaci (Vágnerová 1995).

V období pubescence dochází zejména ke kognitivním změnám. Rozvíjí se formální logické operace, utváří se abstraktní způsob myšlení, jedinec dokáže srovnávat konkrétní věci a vyvodit z nich logické závěry, zvyšuje se kvantita informací uložených v paměti aj. Charakteristické pro toto období je také tzv. denní snění, kdy si jedinec ve své mysli vytváří ideál (sama sebe, společnosti, rodiče). S tímto ideálem poté velmi často srovnává realitu a následuje zklamání. Typická je také kritičnost, zejména k dospělým a sám k sobě (Šulová et al. 2011). Mimo kognitivních změn také dochází ke změnám emocionálním, kdy přibývá vyšších citů a charakteristická je zejména emoční labilita, tedy pocitové zvraty, střídání nálad aj. „*Souvisí to s hormonálními změnami, určitými výkyvy zrání mozku, se zvýšenou mírou sebereflexe a egocentričnosti, s vysokou potřebou sebehodnocení, které převážně kolísá*“ (Šulová et al. 2011, s. 107).

U jedinců se zrakovým postižením se kolísavost emočního ladění samozřejmě promítá i do postoje k vlastnímu handicapu. Jedinec svůj handicap hodnotí citlivěji a vnímá ho jako mnohem větší problém než dříve. Často je i překvapen změnou svých pocitů a nálad. Nechápe, proč se najednou cítí jinak a neví, kde hledat příčinu. Reaguje tedy podrážděně, protože tuto změnu dává za vinu svému handicapu, případně své životní situaci, která je důsledkem právě jeho handicapu (Vágnerová 1995).

Psychosexuální vývoj probíhá po celé dospívání a „*za základní determinanty psychosexuálního vývoje lze považovat vývoj sexuální identifikace, sexuální role, sexuální preference a sexuálního chování*“ (Šulová et al. 2011, s. 72). Psychosexuální vývoj umožňuje rozvoj prvních partnerských erotických vztahů a nárůst frekvence sexuálních aktivit. První fáze utváření erotických partnerských vztahů, kterou řadíme právě do období pubescence, souvisí s uvědoměním si vlastní sexuality. Pubescenti začínají chodit na tzv. schůzky, které bývají s erotickým podtextem. Uvádí se, že se častěji objevují u dívek, vznikající vztahy však bývají krátkodobé. Vznikají většinou z důvodu zvědavosti a potřebě ujistit se o vlastní přitažlivosti. Vágnerová (2005) uvádí, že erotické schůzky mají své typické fáze jako je např. držení se za ruku, líbání, francouzské polibky, necking, petting nebo orální sex. Právě s většinou těchto fází erotických schůzek má velké množství pubescentů již nějaké zkušenosti.

Další fáze psychosexuálního vývoje je charakteristická identifikací se svou pohlavní rolí a partnerské schůzky nabývají širšího významu. tj. svěřování si vzájemných pocitů, společné prožitky nebo také intimní fyzický kontakt (Šulová et al.

2011). V tomto období života se tedy objevuje samozřejmě i první zamilování (obvykle spíše platonické), zvyšuje se zájem o sexualitu, kdy si nezkušení pubescenti vyhledávají informace o sexu, a přirozené jsou také autosexuální praktiky jako je masturbace. Autosexuální praktiky však nelze považovat za odchylku. Jedná se o první sexuální zkušenost pubescenta, které je zcela přirozená. Někteří jedinci již začínají i se sexuálním experimentováním v rámci prvního sexuálního vztahu (Skorunková 2008, Vágnerová 2005).

1. 5. 2. Adolescence

Jak již bylo uvedeno v kapitole 1. 5., adolescence je druhým obdobím dospívání.

Macek (2003, s. 9) uvádí, že „*termín adolescence je odvozen od slova adolescere (dorůstat, dospívat, mohutnět)*“. Tento pojem byl poprvé užit již v 15. století. Označení adolescent je u nás volně zaměňováno s dalšími pojmy jako dospívající nebo dorost (medicína) anebo mládež (pedagogika, sociologie). Jak již bylo uvedeno výše, za adolescenci je podle Macka (2003) považováno celé období mezi dětstvím a dospělostí, které se dělí na tři zcela odlišné fáze. Pro časnou adolescenci (10 – 13 let) jsou charakteristické pubertální změny, zájem o vrstevníky opačného pohlaví a výskyt sekundárních pohlavních znaků. Střední adolescence (14 – 16 let) je obdobím úvah a hodnocení. Jedinec hledá vlastní identitu, snaží se odlišovat od ostatních, být jedinečný a autentický. Pozdní adolescence (17– 20 let, popř. i déle) je obdobím, které již směřuje k dospělosti. Jedinec pocítuje potřebu někam patřit, zvažuje své možnosti, cíle a plány jak v profesním, tak partnerském životě.

Nadále ale dochází i ke kognitivním změnám, konkrétně se stále vyvíjí myšlení, které je více relativní. Adolescenti si dokážou uvědomovat důsledky svých činů, jsou si vědomi možných rizik. Jejich myšlení je pružné a otevřené. Na vrcholu je také tzv. fluidní inteligence, která je méně závislá na zkušenostech a umožňuje hledat nová řešení logických problémů (Skorunková 2008). Začíná také odeznívat náladovost a emoční labilita a „*získávají na významu emoce a city související s erotickou sférou života, estetické city a také mravní citění*“ (Šulová et al. 2011, s. 107).

Na adolescenty mají ale stále velký vliv rodiče, kteří v jejich životech hrají velmi důležitou roli, zejména z důvodu sociální opory a sebehodnocení. Na druhou stranu ale také dochází v období adolescence k tzv. separaci od rodičů, tedy omezení

závislosti a počátek navazování nových vrstevnických vztahů s oběma pohlavími. Adolescent je ke svým rodičům kritický, neuznává jejich zkušenosti a rady. I kritika rodičů je však jedním ze způsobů, jak adolescent hledá svou vlastní identitu. V průběhu adolescence se také začíná zvětšovat vztah k sourozencům, zejména pokud mezi nimi není velký věkový rozdíl. Mají pak podobné zájmy, problémy a postoje, které mohou společně sdílet a vzájemně se doplňovat (Šulová et al. 2011, Skorunková 2008).

Velmi rychle se také mění postavení jedince ve společnosti, jelikož kolem 15. roku věku dochází k přechodu ze základní školy do učebního oboru nebo na střední školu (Krejčířová, Langmeier 2006). Velkou roli v seberealizaci a v navazování partnerských vztahů právě po přechodu na střední školu v období adolescence hraje především zevnějšek. Adolescent se chce líbit, být uznáván, ujistit se o vlastní hodnotě. Pro člověka se zrakovým postižením má vzhled samozřejmě menší význam – chybí mu vizuální představa a nemůže se tak srovnávat s ostatními. Jako náhrada zde slouží sice hmatové vjemy, ty však samozřejmě nemůžou úplně nahradit scházející vjemy zrakové. Většina zrakově postižených tak vlastní vzhled nijak zásadně neřeší (Vágnerová 1995).

Důležitým mezníkem v tomto období je ale pro adolescenta především navázání partnerského vztahu, který má psychický, sexuální a sociální aspekt, a který zahrnuje také první pohlavní styk. Jako věkový průměr prvního pohlavního styku se uvádí 17. – 18. rok života. Ten se pro něj stává jakýmsi zážitkem, díky kterému se vyrovnává dospělým a symbolizuje příchod dospělosti jako takové. Má však i sociální význam, zvyšuje totiž postavení jedince v kolektivu vrstevníků. K dlouhodobějším vážným vztahům však adolescenti pociťují víceméně odpor a nechuť, nechtějí se totiž vázat, jelikož se na to necítí být dostatečně zralí. Mít trvalý vztah totiž znamená být zodpovědný a částečně se i sebeomezit ve prospěch druhého (Skorunková 2008, Vágnerová 2005).

2. Partnerství, sexualita a rizikové sexuální chování

Jak uvádí Drábek (2013), osoba se zrakovým postižením se nijak neliší od lidí bez postižení v potřebě partnerského a sexuálního života. Oblast partnerství, sexuality a sexuálně rizikového chování, případně i rodičovství, se tedy nevyhýbá ani této skupině osob. Naopak osoby se zrakovým postižením mohou být v některých situacích sexuálně rizikového chování vystaveni mnohem více, než osoby intaktní. V následující kapitole jsou vymezeny pojmy partnerství, sexualita a konkrétní formy rizikového sexuálního chování, které se mohou týkat osob se zrakovým postižením.

2. 1. Partnerství

Vágnerová et al. (2000, s. 223) uvádí, že „*partnerské vztahy jsou vyvrcholením sociálních vztahů, kdy si mladý člověk vytváří nový intimní vztah s druhým člověkem, který zpravidla vede k založení rodiny*“. V případě člověka s postižením je úspěch v podobě založení rodiny důkazem, že došlo ke zdárnému začlenění do většinové společnosti.

Partnerský vztah neuspokojuje jen oblast seberealizace jedince, ale je logicky uspokojována i jiná oblast a to oblast citová, oblast bezpečí a jistoty (Vágnerová 1995). Získat partnera však nemusí být pro člověka se zrakovým postižením nijak jednoduché. Jesenský (1993) uvádí čtyři hlavní oblasti, ve kterých dochází k obtížím už při samotném navazování partnerských vztahů u osob s postižením, a to:

- poškozený vzhled;
- obtíže v komunikaci;
- obtíže v dálkové orientaci na partnera;
- obavy ze selhání při vzájemném kontaktu.

Ovlivnit již samotné navazování partnerského vztahu můžou i samotné specifické osobnosti rysy jedince s postižením jako je například pocit méněcennosti, egocentrické sklony nebo negativní sebehodnocení (Novosad 2006). Vágnerová (2004) také uvádí, že postižení samo o sobě je velmi výrazným znakem identity jedince, který úplně překrývá jeho pohlavní roli. Lidé jedince vnímají jako postiženého, až poté jako muže nebo ženu, který/á je stejně jako intaktní osoby schopný plnohodnotného partnerského a sexuálního života. Jedinec se zrakovým postižením se ale na touhu po

partnerském vztahu může upnout a chtít tak získat partnera z důvodu potvrzení si své pozitivní hodnoty a normality. K tomuto „úkolů“ může zaujmout různá postavení. Jedním z nich může být tzv. akceptace jakéhokoli partnera a snaha udržení vztahu za jakoukoli cenu. Existují dvě možnosti: být sám nebo zůstat v nevyhovujícím vztahu. I když tedy ve vztahu není příliš spokojen, nadále ho udržuje, jelikož si je plně vědom svého handicapu a nechce být sám. Toto jednání se převážně objevuje u mladých lidí se zrakovým postižením, kteří byli, a nadále i jsou, bez kvalitního rodinného zázemí (Vágnerová 1995).

Novosad (2006) uvádí, že lidé s postižením vytvářejí dva typy partnerských vztahů. Prvním typem je vztah, ve kterém jsou oba jedinci postižení. Druhým typem je vztah kombinovaný, kde je jeden z partnerů postižený a druhý partner je zdravý. Vztahy, kde je jeden z partnerů zdravý (tedy tzv. vztahy kombinované), vytvářejí většinou osoby s lehkým nebo středním stupněm postižení, častěji spíše muži a jedinci s vrozeným postižením, uvádí Drábek (2013). Tyto vztahy většinou stojí na zdravém partnerovi a jeho kvalitách, které tkví v respektování omezení svého handicapovaného partnera a hledání jeho silných stránek (Novosad 2006). Někteří jedinci se zrakovým postižením dávají přednost zdravému partnerovi, jelikož si chtějí dokázat vlastní normalitu, vlastní osobní hodnotu a snížit tak alespoň trochu váhu svého handicapu (Vágnerová, 1995). Naopak vztahy, kde jsou postižení oba partneři, bývají mnohem častější. Seznamují se na různých společenských akcích, setkáních, ve speciálních školách, internátech aj. Mnoho dalších příležitostí k seznámení nemívají. Partneři společně řeší podobné problémy, cítí se být rovnocenní a vzájemně v sobě nevyvolávají pocity nejistoty nebo méněcennosti, uvádí Vágnerová (1995). Je ale velmi důležité mít na paměti, že vztah se nesmí stát útočištěm obou partnerů před celým světem, docházelo by tak k sociální izolaci (Novosad 2006).

2. 2. Sexualita jako potřeba

Weiss a Zvěřina uvádějí, že *„sexualita je zdrojem silných citových hnutí a přináší tak lidem rozkoš, radost a potěšení na straně jedné, a úzkosti, deprese a sexuálně přenosné choroby na straně druhé“* (Weiss, Zvěřina 2001, s. 9).

Podle Thorové a Jůna si pod sexualitu *nezařazuje „pouze pohlavní styk, ale i znalost ženského i mužského lidského těla, nejrůznější sexuální chování, romantiku, emoce,*

lásku, intimní vztahy. Zahrnujeme sem mentální procesy, chování a fyzické vlastnosti člověka, které souvisejí s pohlavím, erotickou láskou a přitažlivostí, rozmnožováním, genitálním sebeuspokojováním, psychickou a genitální slastí vyplývající z intimního sblížení“ (Thorová, Jůn, 2012, s. 6).

Kracík (1992, s. 8) uvádí, že sexualita je „*integrální součástí osobnosti člověka, prvek společenského soužití obou pohlaví, ve kterém vystupuje do popředí duševní stránka sexuálních projevů*“. Sexualita ale také plní řadu svých funkcí. Základní funkcí je funkce reprodukční, kdy prostřednictvím pohlavního styku dochází k reprodukci druhu. Jedná se ale o nepatrnou část všech uskutečňovaných heterosexuálních pohlavních styků i navzdory tomu, že reprodukční funkce je funkcí základní. Pohlavní styk se může také jevit jako velmi zvláštní intimní druh komunikace, kdy se partneři navzájem snaží o společný příjemný prožitek – jedná se tedy o funkci komunikační. Sexualita také plní funkci redukování napětí, tedy uspokojení sexuálního vzrušení partnera. V neposlední řadě plní také funkci prestižní – mít sexuální vztah totiž znamená být součástí určité společnosti a mít v ní nějaké postavení (Janiš et al. 2007). Baštecká a Goldman (2001) uvádí ještě funkci rekreační, kdy pohlavní styk přináší jedinci rozkoš, slast, potěšení aj.

Sexualita je ale především základní lidskou potřebou a člověk, který si uvědomuje, že je sexuální bytostí, má mnohem blíže k celkové harmonii a psychické pohodě. Je tedy velmi důležité přijímat svou sexualitu a cítit se být v této oblasti plně uspokojen (Mašková Zimolová 2014, online). Sexualita však nezahrnuje pouze sex jako takový, ale také mnoho dalších složek, které by měly být v této oblasti naplňovány, a to:

- potřebu intimního kontaktu s blízkým člověkem;
- prožitek silného citu, sounáležitost, oporu;
- spokojenost, pocit potřebnosti pro jiné;
- sex, sexuální uspokojení;
- rodičovství (Venglářová, Eisner 2013, s. 18).

Sexuální aktivita nezačíná až v samotném období dospívání, objevuje se v jakési primitivní podobě již mnohem dříve. Už i děti jsou schopny sexuálních emocí jako vzrušení nebo erotická fascinace. Můžeme je přistihnout při různých sexuálních hrách a napodobování dospělých, to všechno je ale přiměřené jejich věku a zvědavosti. Zde už je však na místě sexuální výchova, která zahrnuje poučení o hranicích tohoto chování

(Uzel a Mitlöhner 2007). V období dospívání již ale narůstá frekvence a diferenciacie sexuální aktivity vlivem sexuálního pudu, který je závislý na fyziologických procesech, tedy hlavně na prudkých hormonálních změnách, které v tomto období nastávají (Langmeier, Krejčířová 2006).

Člověk tedy začíná v tomto období tvořit pohlavní partnerství na základě přitažlivosti mezi opačným pohlavím a jeho sexuálním chováním, jedná se o tzv. sexuální genotropismus (Nakonečný 1997). Velký význam zde hrají také tzv. genderové odlišnosti ve vztahu k sexualitě a zdravotnímu postižení. Například u žen mají velmi velký význam doteky. Hmat u nich tedy hraje hlavní roli při erotickém vzrušení a dosažení uspokojení. Naopak u mužů hraje významnou roli jejich zrak a jejich vizuální sexuální představy. Uvádí se tedy, že těžké zrakové postižení má mnohem větší dopad na muže než na ženu (Drábek 2013).

První sexuální zkušenost, která je následně dovršena i prvním pohlavním stykem, je pro dospívajícího velmi důležitým mezníkem a událostí v jeho životě. Představuje jakýsi počátek dospělosti. Pro dospívajícího se zrakovým postižením má ale ještě jeden velmi důležitý význam, a to přiblížení se k normalitě (Vágnerová 1995).

2. 2. 1. Sexualita a vrozené zrakové postižení

Osoby s vrozeným zrakovým postižením mají velmi dobře vyvinuty ostatní kompenzační smysly jako je hmat, sluch, čich a chuť, které ve svém životě plně využívají. A to mimo jiné také v oblasti sexuality, kde jsou velmi citliví. Sluchem poznají partnerovu náladu, hmatem si vytváří obraz svého partnera, chuť využívají při předežře nebo nekoitálním sexu a čichem vnímají tělesný pach nebo parfém. Svým smyslům také důvěřují již při výběru partnera nebo partnerky, kde rozhoduje především barva hlasu, přirozený tělesný pach a následně celkový dojem, který člověk se zrakovým postižením získá. Většinou si hledají stejně zrakově postižené partnery, někteří však upřednostňují partnera bez zrakového postižení, který jim pak pomáhá v každodenních činnostech. To ale řada osob se zrakovým postižením zcela odmítá (Šrámková 2013).

2. 2. 2. Sexualita a získané zrakové postižení

Po ztrátě zraku nastává u jedince s postižením tzv. adaptační proces na trvalý handicap, který je rozčleněn do několika fází. Jedinec si prochází mimo jiné i fází deprese, kde dochází ke ztrátě sexuální chuti a sociální izolaci. Po smíření se s vzniklým handicapem se ale u jedince se zrakovým postižením znovuobnovuje jeho sexuální život (Šrámková 2013).

U obou skupin je podle Šrámkové (2013) velmi důležitá edukace v oblasti sexuality, především v období dospívání, jelikož většina informací prochází právě přes zrakové vnímání.

2. 2. 3. Vývoj sexuality u dětí se zrakovým postižením

Dítě nelze považovat za asexuální bytost a ani se k němu stavět jako ke zmenšenině dospělého člověka. Psychosexuální vývoj jedince je velmi složitý a komplexní proces, který probíhá u každého člověka bez výjimky, tedy i u dětí se zrakovým postižením. Je si potřeba přiznat, že i dítě se zrakovým postižením bude mít někdy v budoucnu vlastní partnerský a sexuální život a je třeba ho na něj dostatečně připravit.

Období od narození do 2 let života dítěte

Psychosexuální vývoj dítěte začíná vývojem sexuální identifikace. Pod tímto pojmem se rozumí pocit příslušnosti k určitému pohlaví a vytváří se ve druhém trimestru nitroděložního vývoje jedince. Pohlavní identita jedince je pravděpodobně tvořena do osmnáctého měsíce života dítěte. Tu potvrzují rodiče a další důležité osoby v blízkém okolí dítěte již od narození tím, jak ho pojmenovávají, jaký druh hraček mu dávají, jak ho oblékají, jak na něj mluví aj. V tomto období však samo dítě ještě neví, jakého je pohlaví (Škutová 2006).

Vývoj v batolecím období a předškolním věku

Svého pohlaví si je dítě vědomo až ve druhém a třetím roce. Batole, které má lehčí stupeň zrakového postižení, postupně pojmenovává to, co vidí kolem sebe. Začátkem třetího roku věku začíná pokládat první otázky, které se týkají jeho příchodu na svět nebo jeho těla. Nevidomému nebo těžce zrakově postiženému dítěti chybí zrakové podněty z jeho okolí, nezačíná tak samo pokládat otázky ohledně nahoty,

rozdílů mezi pohlavími aj. Je tedy vhodné tyto otázky u dítěte vyprovokovat a tím mu tak napomocť. Dobrými pomůckami rodičům můžou být např. panenky obou pohlaví - dítě si je může samo ohmatat a prozkoumat shody a rozdíly mezi nimi (Škutová 2006).

Období mezi druhým a třetím rokem věku dítěte je také vhodné využít k učení rozlišování veřejného a soukromého místa - i toto téma je jednou z hlavních oblastí sexuální výchovy (Škutová 2006). Soukromí je jedna z nejdůležitějších věcí, kterou člověk může mít a je nutností dítě k jeho udržení vést. Umět si soukromí udržet je sociální dovedností daného jedince (Šulová et al. 2011).

Pro předškolní období je u dětí se zrakovým postižením typická nezdrženlivost, tedy že bez studu pokládají rodičům otázky na téma sexu, dotýkají se svých intimních partií aj. To vše může samozřejmě rodiče uvést do rozpaků. Jak v rodině, tak ve škole by mělo být absence studu náležitě využito a začít se plně věnovat sexuální výchově. V tomto období je také velmi důležité ujasnit dítěti, že jeho tělo patří pouze jemu a má také právo na sdělení ostatním, že si nepřeje, aby se ho někdo dotýkal. Samozřejmě na druhou stranu je také nutné vysvětlit, že například při návštěvě doktora tato možnost volby není (Škutová 2006).

Podle Škutové (2006) je také známo, že intaktní děti získávají veškeré informace díky náhodnému učení na základě pozorování svého okolí. Děti s těžkým zrakovým postižením ale takovou možnost nemají. Jednotlivé sociální dovednosti se musí učit systematicky s pomocí svého okolí a kompenzačních smyslů jako je například hmat a sluch. Pokud se rodiče a blízké okolí nesnaží přiblížit dítěti informace o sociálních rolích, vztazích a sexualitě, může dojít k opoždění v sociálním vývoji, v extrémních případech až k sociální deprivaci.

Období mladšího školního věku

V tomto období dochází u dítěte k dalšímu upevňování sociálních rolí a k postupnému prohlubování jeho sexuální identity. Dotazů na téma sexuality sice ubývá, ale to neznamena, že se žáci o tuto problematiku přestali zajímat, právě naopak (Škutová 2006).

Vývoj sexuality v dalších obdobích života jedince je uveden v kapitole 1.5. s názvem Mládež se zrakovým postižením, kde je uvedena pubescence a adolescence

jakožto nejvýznamnější fáze psychosexuálního vývoje, který nadále probíhá po celé dospívání každého jedince.

2. 3. Rizikové sexuální chování

„Sexuálně rizikové chování je soubor projevů chování, které doprovázejí sexuální aktivity a současně vykazují rizika v oblasti zdravotní, sociální a dalších oblastech“ (Pražské centrum primární prevence 2016, online).

Mezi sexuálně rizikové chování se řadí například předčasný začátek pohlavního života, promiskuita, prostituční chování, vysoká frekvence pohlavních styků s náhodnými partnery, pohlavní styk s náhodnou známostí, anebo také kombinace více typů rizikového chování jako např. užívání návykových látek ve spojení s rizikovým sexem. V neposlední řadě sem patří také nové trendy, které zvyšují riziko v sociální oblasti – zveřejňování intimních fotografií nebo videí na sociálních sítích aj. (Pražské centrum primární prevence 2016, online).

2. 3. 1. Brzký počátek pohlavního života

Brzký počátek pohlavního života je za rizikový považován hned z několika důvodů. Jak uvádí Hamanová (2008, online), dospívající ještě nejsou schopni zcela chápat rozměr sexuality a duševní intimity (ta se vytváří až po vlastní identitě). Důsledkem poté může být časté střídání sexuálních partnerů, následně také výskyt pohlavně přenosných nemocí. Velmi nebezpečná je hlavně biologická nezralost u dívek. Biologická zralost nenastává po nástupu první menstruace, ale až po dozrání sliznice děložního hrdla. Ta dozrává až kolem 17. roku věku dívky, kdežto první menstruace se objevuje třeba již kolem 11. roku věku. Až do této doby jsou tedy dívky velmi náchylné k infekci a hlavně je zde velké riziko výskytu rakoviny děložního čípku. Motivace k prvnímu brzkému pohlavnímu styku také nebývá nijak opodstatněna, především u některých dívek, které většinou pohlavní život zahajují ne z důvodu sexuálního napětí, ale z důvodu tlaku ze strany chlapce, kolektivu nebo médií v podobě časopisů pro dospívající (Hamanová 2008, online).

2. 3. 2. Neplánované rodičovství

Člověk za narozené dítě přejímá svou zodpovědnost, jelikož se předpokládá, že si je vědom toho, že z pohlavního styku může žena otěhotnět. Zodpovědní rodiče by tedy měli narození potomka předem plánovat a zvážit, zda k narození dítěte mají k dispozici vhodné podmínky (finance, bydlení, rodinné zázemí aj.) Mezi nechtěnými dětmi se totiž nachází velký počet dětí zanedbávaných, týraných nebo zneužívaných anebo dětí, které propadnou závislosti či trestné činnosti (Uzel, Mitlöchner 2007).

Před neplánovaným rodičovstvím spolehlivě ochrání samozřejmě hned několik různých forem dostupné antikoncepce, jako je hormonální antikoncepce, nitroděložní tělíčko nebo kondom. Ne moc vhodné jsou ale tzv. tradiční antikoncepční metody jako např. přerušovaná soulož nebo sledování plodných a neplodných dnů ženy. Tyto metody mohou za mnoho neplánovaných otěhotnění (Uzel 2006).

2. 3. 3. Promiskuitní chování

Podle Janiše a Čížkové (2007, s. 42) je promiskuita „*označení pro časté střídání sexuálních partnerů a ve většině případů se jedná o vztah, který postrádá hlubší citovou náklonnost*“. K promiskuitě se člověk uchyluje z mnoha příčin. Jsou to buď příčiny sociální, psychické anebo ekonomické. Promiskuita se u nás rozšířila v 60. letech 20. století v době sexuální revoluce, hlavně u mladé populace. V současné době je zde velká snaha o její omezení z důvodu snížení šíření pohlavně přenosných chorob (Janiš, Čížková 2007).

2. 3. 4. Prostituce

Pojem *prostitute* pochází z latiny a znamená veřejně se vystavovat. Jak uvádí Weiss et al. (2010, s. 639), „*dnes je vykládán jako hetero- či homosexuální styk (nikoli jen soulož) pro finanční či materiální zisk, nebo jiné výhody*“. Uzel a Mitlöchner (2007) definují tento pojem obdobně a to jako „*poskytování sexuálních styků za peníze nebo za protislužby*“. Prostituce má velmi dávnou historii, která začíná již ve starověku. Za nejslavnější biblickou prostitutku bývá uváděna svatá Maří Magdaléna, která je také příkladem bezmezného křesťanského milosrdenství. V období křesťanství byly ženy poskytovatelky a muži konzumenty sexu – manželka muže byla považována za asexuální, naopak prostitutka ve veřejném domě ukájela muže a jejich vrozenou

chlípnost. Prostituce se vyskytovala a vyskytuje v každé lidské společnosti a ani ty nejpřísnější sankce ji zatím nedokázaly plně odstranit. Hlavním důvodem, proč prostituce stále nevyumizela, je touha mužů po neosobním erotickém zážitku. Pravidelně těchto služeb využívá asi 3 – 4% všech mužů. Se vzrůstajícím počtem klientů však také stále stoupá riziko sexuálně přenosných chorob, které jsou vymezeny v další podkapitole (Uzel, Mitlöchner 2007).

U nás se ženami pracujícími v tzv. sexbyznysu zabývá organizace s názvem Rozkoš bez rizika, která vznikla v roce 1992 a působí ve všech 12 krajích České republiky, především díky socioložce Haně Malinové. Jejím cílem je především snížení sociálních a zdravotních rizik nejen u těchto žen, ale i u ostatních osob, které působí v prostituční scéně, a také osob, které jsou ohroženy rizikovým způsobem života. Organizace poskytuje zdravotní služby včetně vyšetření na pohlavně přenosné choroby, sociální služby, informace z této oblasti, osvětovou činnost nebo akce pro veřejnost včetně testování na HIV v pojízdné sanitce (Rozkoš bez rizika 2010, online).

2. 3. 5. Sexuálně přenosné choroby

Sexuálně přenosné choroby, dříve nazývány jako nemoci pohlavní, dnes také jako nemoci venerické, definuje Capponi et al. (1994, s. 99) jako „*infekční nemoci, které se přenášejí buď výlučně, nebo převážně pohlavním stykem*“. Sexuálně přenosné choroby jsou jinak také nazývány mezinárodním označením jako *sexually transmitted diseases* (STD) nebo *sexually transmitted infections* (STI), jak uvádí Weiss et al. (2010). Vědní obor, zabývající se pohlavními chorobami, jejich diagnostikou a léčbou se nazývá venerologie (Capponi et al. 1994).

V České republice se nejvíce vyskytuje kapavka a syfilis a přenos je obecně častější z muže na ženu. V současnosti se jedná o závažný celosvětový problém, nejohroženější věkovou skupinou je **mládež** mezi 15 – 24 lety a výskyt těchto nemocí stále stoupá (Kabíček et al. 2014). Snížit riziko výskytu sexuálně přenosných chorob lze vzděláváním ohrožených skupin, účinnou diagnostikou a léčbou, identifikací infikovaných osob, poradenstvím sexuálním partnerům infikovaných osob nebo vakcinací rizikových osob, pokud je vakcinace k dispozici. Samozřejmě by také mělo být užívání ochranných prostředků jako je kondom, o jehož existenci by měly být poučeny již děti ve školách. Jako nejohroženější skupina se uvádí právě mladistvé

osoby. Biologicky jsou nejnáchylnější k infekci, často provozují nechráněný pohlavní styk, mají krátkodobé vztahy a často mění své sexuální partnery. Vůbec neefektivnější prevencí je tedy zdravý sexuální partner a párová sexuální věrnost (Weiss et al. 2010).

Jelikož sexuálně přenosných chorob existuje nepřeberné množství, jsou v této podkapitole uvedeny pouze některé.

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) nebo také syndrom získaného selhání imunity, je onemocnění způsobené virem HIV (Human Immunodeficiency Virus). Virus se vyskytuje v krvi, spermatu, poševním sekretu a přenáší se pohlavním stykem (často i homosexuálním), infikovanou krví nebo během těhotenství z matky na plod (Weiss et al. 2010). Tato infekce postihuje osoby všech věkových kategorií, především ale mladé osoby, které jsou sexuálně aktivními. Zvýšenému riziku nákazy se vystavují sami z důvodu nízké míry zodpovědnosti v sexuálním vztahu nebo zneužíváním psychotropních látek. V současné době žije na celém světě kolem 35 milionů osob, které jsou nakaženy virem HIV. Oblastí, kde se vyskytuje nejvíce infikovaných osob, je Afrika a jihovýchodní Asie. V Evropě patří k zasaženým státům především Ukrajina, Rusko nebo Estonsko. Virus HIV se zde šíří především injekčním užíváním drog. Naopak Střední Evropa, Západní Evropa a Severní Amerika jsou nejméně zasaženými oblastmi, tedy i Česká republika zatím patří k zemím s nízkým výskytem této infekce. První případ byl u nás diagnostikován v roce 1985 a do roku 2013 u nás bylo nahlášeno 2122 případů. Nejčastěji se u nás virus HIV přenáší homosexuálním kontaktem (asi z 61%), heterosexuální kontakt připadá asi na 26% všech případů a injekční toxikomanie stále zůstává asi jen na 6% (Kabíček et al. 2014).

Průběh HIV infekce může být u každého odlišný, záleží na přímé interakci mezi virem a hostitelem. Inkubační doba se pohybuje mezi 4 – 6 týdny, poté následuje období bez příznaků, které trvá až několik let. První příznaky se objevují například až po 10 letech od nákazy. Před propuknutím samotného AIDS se ale může objevit příznakové období se symptomy, jako je např. zduření mízních uzlin, průjmy nebo kožní onemocnění (Kabíček et al. 2014).

AIDS je smrtelné onemocnění a jedinou účinnou ochranou před touto sexuálně přenosnou chorobou je tzv. ABC, tedy abstinence, být věrný nebo kondom (Weiss 2010).

Herpes genitalis

Herpes genitalis je opar pohlavních orgánů, který je způsoben virovou infekcí (herpes simplex virus typu 1 a 2, virus prostého oparu). V prvním stadiu nemoci se herpes genitalis projevuje bolestivými puchýřky, ve kterých se nachází infekční tekutina, a svěděním. První projevy se objevují už 2. – 7. den od nákazy. Virus se přenáší líbáním, pohlavním stykem nebo během porodu z matky na dítě, a přetrvává v těle po celý život. Prevence je obtížná, vylučování viru je totiž nepředvídatelné. Partneri by tak měli používat kondom stále, tedy ať příznaky genitálního herpesu jsou nebo nejsou přítomny (Weiss 2010).

Kapavka (gonorrhoea)

Kapavka, latinsky gonorrhoea, je podle Janiše a Čížkové (2007, s. 27) „*hnisavé onemocnění pohlavních orgánů a močových cest způsobené bakterií Neisseria gonorrhoea*“. Je jednou z nejčastějších pohlavně přenosných chorob. Přenáší se výhradně pohlavním stykem, postihuje především sliznice močového a pohlavního ústrojí a projevuje se nepřehlédnutelným hnisavým zánětem a pálením při močení především u mužů už 3. – 5. den po nákaze. Tyto příznaky mohou brzy vymizet a objevovat se jen ráno, ale onemocnění se šíří dál do chámovodů a nadvarlat. Pokud nebude onemocnění léčeno, může dojít až k neplodnosti. U ženy jsou příznaky o něco mírnější a následně také vymizí, žena se tak dozvídá o kapavce, ve většině případů, až když nakazí dalšího partnera. Neléčené onemocnění může u ženy vést neprůchodnosti vaječníků a také k následné neplodnosti. Při včasné diagnostice je však nemoc snadno léčitelná (Uzel a Mitlöhner 2007, Kabíček et al. 2014).

Syfilis (příjice, lues)

Syfilis definují Janiš a Čížková (2007, s. 51) jako „*chronické, infekční pohlavní onemocnění způsobené spirochétou Treponema pallidum*“. Přenáší si nejen pohlavním stykem, ale při kontaktu s ústy nebo konečníkem nakaženého. Onemocnění má tři stádia. V prvním stadiu se asi 3 týdny po infekci objeví v místě vstupu infekce tvrdý vřed. Za dalších 7 – 10 dní nebolestivě zduří příušní mízní uzliny. Vřed za další 2 – 3 týdny zahojuje a přichází druhé stádium onemocnění. To je charakteristické tzv. syfilitickou vyrážkou na různých částech lidského těla. V této fázi onemocnění je nakažený nejnebezpečnější pro své okolí, protože infekce napadá sliznice všech tělesných otvorů (tj. ústa nebo nos). Nákaza je tedy v tomto období možná nejen

pohlavním stykem. *Treponema pallidum* již ale začíná pronikat do všech tkání těla, aby mohlo proniknout třetí stádium onemocnění, a to orgánová syfilitida. Ta se v dnešní době již moc nevyskytuje, jelikož se onemocnění léčí již během prvních dvou stádií. V tomto stádiu ale dochází k poškození orgánů jako je mozek, srdce a cévy a následuje smrt. Je důležité zmínit, že v době těhotenství u matky nakažené syfilitidou se infekce šíří do krevního oběhu plodu a dítě se tak rodí s tzv. vrozenou příjící. Těhotenství je tak buď uměle přerušeno anebo se dítě narodí trvale poškozené syfilitickou infekcí. Syfilis se dá účinně léčit pomocí antibiotik (penicilin ve vysokých dávkách), na které zůstává *Treponema pallidum* stále citlivá. Důležitá je opět včasná diagnostika a léčba tohoto onemocnění (Janiš a Čížková 2007, Uzel a Mitlöhner 2007).

Chlamydiové infekce

Chlamydiové infekce jsou nejčastějším a nejrozšířenějším onemocněním mezi všemi pohlavně přenosnými chorobami. Často jsou vedlejším onemocněním u probíhající kapavky u žen i mužů. Způsobují záněty vnitřních pohlavních orgánů u žen nekapavčité záněty močové trubice u mužů. Jsou charakteristické svou obtížnou diagnostikou z důvodu jejich neschopnosti růstu v umělém prostředí. Lymphogranuloma venereum, způsobená jinou odrůdou chlamydií, je vleklá infekce, která probíhá obdobně jako syfilis ve třech stádiích. U nás není tolik rozšířena jako v jiných oblastech. Mezi další infekce způsobené chlamydiemi se řadí také měkký vřed, který je způsoben mikroorganismem *Haemophilus Ducreyi*. Nejúčinnější léčbou všech těchto onemocnění je užívání tetracyklinu a opět včasná diagnostika, v tomto případě však bohužel velmi obtížná (Janiš a Čížková 2007).

Prvoci

Mezi prvoky, kteří mohou způsobit infekce, se řadí například bičenka poševní (*Trichomonas vaginalis*). Přenáší se pohlavním stykem a způsobuje nákazu v podobě trichomoniázy. Příznaky jsou většinou skryté a nemusí se navenek nijak projevovat. Je tu tedy tak velké riziko pozdní diagnostiky a tím pádem i v případě promiskuity dalšího šíření a nákazy dalších partnerů (dochází k tzv. ping-pong efektu šíření této infekce). V dnešní době samozřejmě existuje účinná léčba v podobě léků metronidazol a Entizol (Uzel a Mitlöhner 2007).

Parazitní onemocnění

Parazitní onemocnění nejčastěji způsobuje veš ohambní (známa také jako muňka nebo filčka) nebo zákožka svrabová. Vyskytují se v ochlupení genitálií muže nebo ženy, případně se můžou vyskytovat také v podpaží. Samička je od samečka rozeznatelná již na pohled, stejně tak jejich vajíčka. Přenáší se samozřejmě pohlavním stykem, ale je zde možnost přenosu i jinými způsoby, př. sdílením lůžkovin (Janiš a Čížková 2007).

Hepatitida typu A, B, C

Virové hepatitidy nebo také žloutenky typu A, B nebo C jsou infekční virová onemocnění způsobená viry a jednotlivé typy se od sebe liší z několika hledisek. Hepatitida typu A, nebo také „nemoc špinavých rukou“, se přenáší orálně-fekální cestou. Hepatitida typu B a C se přenáší nechráněným pohlavním stykem nebo také krví (Janiš a Čížková 2007).

2. 3. 6. Sexuální zneužívání

Definice a pohled na sexuální zneužívání se v každém státě liší. Liší se ale i tzv. legální věk způsobilosti k pohlavnímu styku. V České republice je sexuální zneužívání definováno Weissem (2005, s. 13) jako „*fyzický kontakt vedoucí k pohlavnímu vzrušení*“ a legální věk způsobilosti k pohlavnímu styku je stanoven na 15 let. V USA je legislativa v jednotlivých státech velmi různorodá. Legální věk způsobilosti k pohlavnímu styku se pohybuje mezi 14 – 18 lety. V některých státech USA je tedy za sexuální zneužívání považován i pohlavní styk s dívkou, která u nás už není zákonem chráněna (Weiss 2005). Podle Kabíčka et al. (2014) postihuje sexuální zneužívání na celém světě až třetinu dívek a šestinu chlapců. V České republice je podle údajů každý rok zneužito 800-900 nezletilých osob. Pro většinu obětí je sexuální zneužití traumatem – trpí poruchami spánku, poruchami příjmu potravy, agresivními projevy, ale můžou také zvolit únik k užívání drog, apatii nebo sebevražedným úvahám. Pro tyto osoby u nás existují organizace jako Bílý kruh bezpečí, Dětské krizové centrum, Zelená linka nebo Nadace naše dítě, na které se může oběť sexuálního zneužití kdykoli obrátit.

Rozlišují se tři různé formy sexuálního zneužívání. Pod bezkontaktním sexuální zneužíváním se rozumí obnažování se před dítětem, přinucení dítěte sledovat pohlavní styk nebo pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení. Kontaktní sexuální zneužívání představuje osahávání či líbání dítěte na intimních

místech, nucení dítěte k manipulaci s pohlavními orgány a pohlavní styk (včetně znásilnění). Komerční sexuální zneužívání zahrnuje zneužití dítěte k dětské pornografii nebo k dětské prostituci (Dětské krizové centrum 2012, online).

Podle výzkumů jsou děti s postižením oběťmi sexuálního zneužívání častěji než děti intaktní. Mezi faktory, které mohou mít vliv na větší zranitelnost dítěte se zrakovým postižením, patří např. fyzická a emocionální závislost na svém okolí, neschopnost fyzické obrany, (ne)rozlišení bezpečné a nebezpečné situace nebo místa nebo zkreslené představy o lidském těle. Rodiče tedy můžou působit v oblasti prevence sexuálního zneužívání tak, že budou s dítětem diskutovat na toto téma a měli by se také ujistit, že na aktivity jejich dítěte mimo domov je dohlíženo, a neméně důležité je také dítě upozornit, že případný incident musí někomu ohlásit – rodič, učitel nebo jakákoli osoba, ke které mají důvěru (Škutová 2006).

3. Sexuální výchova jako prevence rizikového sexuálního chování

Sexuální výchova jako prevence rizikového sexuálního chování je velmi důležitou součástí edukace nejen žáka se zrakovým postižením. Na rozdíl od intaktních žáků nemohou žáci se zrakovým postižením přijímat informace zrakovou cestou a dochází tak k určitému informačnímu deficitu. Je tedy třeba zajistit dítěti sexuální výchovu jak v rodině, tak ve škole. V dnešní době však i žáci se zrakovým postižením díky pokročilé technice denně navštěvují internet a jakoukoli informaci si mohou sami vyhledat, informační deficit tak není tak výrazný jako dříve. Je ale třeba brát na vědomí, že na internetu je k vyhledání obrovské množství informací a ne všechny jsou kvalitní a důvěryhodné. Následující kapitola se tedy zabývá sexuální výchovou v rodině, sexuální výchovou ve škole včetně jejich obsahů a cílů v jednotlivých školských dokumentech, a dalšími zdroji vzdělávání, jakým je dnes převážně internet.

I osoby s jakýmkoli zdravotním postižením mají právo na vlastní partnerský a sexuální život, případně také právo na následné rodičovství. Tomu předchází právo na vzdělávání se v této oblasti a přístup k pravdivým informacím, které se týkají jejich sexuálního a reprodukčního zdraví. Je tedy na intaktní populaci, aby i těmto lidem usnadnila přístup k informacím týkajících se právě těchto témat (Škutová 2006).

Janiš a Čížková (2007, s. 42) vymezují pojem prevence jako „*přecházení nežádoucím jevům, nežádoucím chování, předcházení vzniku rizikových (zdravá ohrožujících) situací*“. Rozlišují čtyři různé typy prevence a to prevenci primární, prevenci sekundární, prevenci terciální a prevenci kvartální.

Jak uvádí Škutová (2006, s. 14) „*prostřednictvím sexuální výchovy by dítě se zrakovým postižením mělo být připraveno na odpovědná rozhodnutí v oblasti společenských vztahů a sexuality; tím mu rodiče a pedagogové položí základ pro možnost plně prožít svůj život*“. Podle Štěrbové (2006) je sexuální výchova také základem pro informace o sexualitě a měla by zahrnovat diskuze o vztazích, komunikaci a respektu.

Sexuální výchova jako taková ale neobsahuje jen čtyři témata, která si pod tímto pojmem mnozí představí, a sice fyziologie, anatomie, puberta a reprodukce. Do ucelené sexuální výchovy patří také například výuka sociálních dovedností, osobní

i společenská bezpečnost, prevence sexuálního zneužívání a týrání, povědomí o tom, co je to soukromí, dále také schopnost ovládnání vlastního těla aj. (Škutová 2006). Štěrbová (2006) uvádí, že správná sexuální výchova by měla zahrnovat témata jako je antikoncepce, reprodukce nebo sexuálně přenosné nemoci a jejím cílem tedy hlavně je, aby žáci porozuměli základním tělesným funkcím a potencionálním důsledkům při provozování jakékoli sexuální aktivity. Sexuální výchova bývá také označována jako výchova k rodině nebo citová výchova. Tato označení jsou tak pro některé rodiče a pedagogy mnohem přijatelnější, jelikož neobsahují slova „sex“ nebo „sexuální“, což může některé spíše odrazovat (Škutová 2006).

Je ale velmi důležité, aby docházelo ke kontrole, zda je plně vymezena odpovědnost za výuku v této oblasti mezi rodiči a pedagogy. Tedy aby se rodiče nedomnívali, že o sexuální výchovu se postarala škola, zatímco škola se domnívá, že o sexuální výchovu se postarali rodiče. Stejně důležité je, aby si rodiče jako primární pedagogové svých dětí uvědomovali, že hrají velmi důležitou roli v jejich vývoji. Nelze tedy sexuální výchovu minimalizovat nebo dokonce zanedbávat. Někdy také dochází k vyhýbání se sexuální výchově ve škole, protože pedagogové si nevědí rady s její výukou, ostýchají se, mají k sexuální výchově negativní postoj nebo různé předsudky a mýty (Škutová 2006). Například, že osoby se zdravotním postižením jsou asexuální bytosti anebo že někteří jedinci se zrakovým postižením jsou nekontrolovatelně nutkáni k sexu a stávají se tak neovladatelnými a nebezpečnými svému okolí. I v dnešní době se bohužel s takovými mýty a názory stále setkáváme (Štěrbová 2006).

3. 1. Sexuální výchova v rodině

První informace o sexualitě se dozvídají děti a dospívající doma, od své rodiny. Rodiče dětí s postižením však v průběhu vývoje svého dítěte procházejí několika fázemi vyrovnání se s faktem, že jejich dítě je zdravotně postižené, a v některých případech je sexualita jejich dítěte spíše nezajímá. Když jejich dítě začne dospívat, nepřipouštějí si, že i jeho se týká sexuální vývoj. Domnívají se, že sexuální vývoj bude opožděný, protože jejich dítě je přece postižené. Nepřipouštějí si, že i jedinec s postižením může mít pohlavní styk, vdát se nebo oženit se a mít dítě. Nepochází tedy k jakémukoli poučení dítěte o sexuálních rizicích aj. Obávají se také autoerotického chování dítěte, nechtěného těhotenství, pohlavních nemocí nebo trapných situací, které mohou nastat.

Mnoho rodičů si myslí, že jejich informovanost v této oblasti není dostatečná a nemohou tak svému dítěti poskytnout potřebné vzdělání. Pedagogové a lékaři naopak očekávají, že rodiče sexualitu svých dětí zvládnou a případné problémy, které mohou nastat, budou řešit v rodině. Tímto pak může docházet k nepříjemné situaci, kdy ani jedna strana nenaplní očekávání té druhé, a sexuální výchova tak bude eliminována! Dochází také k obavám některých rodičů, že jejich dítě by mohlo být sexuálně zneužíváno. Sami však nedokážou popsat, co si pod pojmem sexuální zneužívání mají představit, a zároveň uvádějí, že jejich postižené dítě potřebuje dostatek dotyků a podpory ze svého okolí. Neuvědomují si ale, že pokud jejich dítěti nebude náležitě vysvětleno, kdo a jak se může dotýkat jeho těla, nebude mít možnost rozeznat, zda se jednalo o sexuální zneužívání nebo ne (Šulová et al. 2011).

Sexuální výchova má tři různé roviny, které se naplňují současně, dlouhodobě a již od narození dítěte. První z nich je rovina citového vztahu, což je vztah, který se vytváří od narození dítěte k jeho matce nebo k ostatním příbuzným a přátelům. Tento citový vztah je základ pro všechny ostatní sociální vztahy člověka v budoucnu. Díky tomuto vztahu se dítě naučí co je to důvěra, citové projevy a jejich přijímání nebo mít někoho rád. Druhá rovina je rovina vzoru – tu poskytuje dítěti také jeho rodina. Vztah matky a otce je pro dítě první vztah, který mu je příkladem vztahu muž a žena. Rodiče se k sobě nějak chovají, mají se rádi, anebo právě naopak. Hádají se, jsou sobečtí, agresivní nebo hrubí. Ale i to je pro dítě vzorem. Atmosféru kvalitního rodinného prostředí tedy nelze nahradit žádnou jinou institucí a dítě, které kolem sebe do svých pěti let nemělo kvalitní rodinné zázemí, většinou v budoucnu neumí vytvářet pevné citové vztahy. Třetí a poslední rovinou je rovina vědomostí, na této oblasti se už nepodílí pouze rodina dítěte, ale i škola. Rodiče mají právo a povinnost svým dětem a dospívajícím předávat plnohodnotné informace. Škola má následně zajistit systematickosti celého vzdělávání v této oblasti. Všechny tři roviny se musí vytvářet současně, a pokud se správně nerozvíjí rovina citového vztahu a rovina vzoru, nemá cenu nijak rozvíjet rovinu vědomostí (poučování dítěte v této situaci nijak nepomůže). Poučení sice vede k bezpečnému chování a sexuálnímu uspokojení, ale samozřejmě chybí citový vztah k partnerovi. Dochází tedy pouze k uspokojení pudu a sex bude pouze konzumní činností (Kabíček et al. 2014).

3. 2. Sexuální výchova ve škole

„Škola představuje jediný subjekt v celém systému výchovy dětské a dospívající populace, který je schopen v plné míře realizovat sexuální výchovu“ (Janiš, Marková 2007, s. 22).

Podle Kabíčka et al. (2014) má sexuální výchova ve škole respektovat různé vývojové stupně a názorové postoje žáků, jejich soukromí a intimitu. Dále působit ve spolupráci s rodiči, kteří se mohou podílet na celém tomto procesu výuky, tedy setkávat se s učiteli, mít možnost schválit účast dítěte na sexuální výchově nebo se dokonce i společně s dětmi vzdělávat. Učitelem sexuální výchovy by měl být především zodpovědný člověk, který se nebude připodobňovat žákům a nebude autoritativně vnucovat jakékoli názory. Měl by jasně umět říci a vysvětlit, co je správné a co je špatné, a především naučit děti tyto dvě věci dobře rozlišovat.

3. 2. 1. Obsah a cíle sexuální výchovy

Všechny cíle sexuální výchovy jsou uvedeny ve školních rámcově vzdělávacích programech (ŠVP), které představují školní úroveň vzdělávání. Podle nich je v každé škole následně uskutečňováno vzdělávání. Jednotlivé ŠVP vycházejí z rámcově vzdělávacího programu (RVP) a všechny tyto programy jsou veřejně přístupnými dokumenty. Rámcově vzdělávací program spolu s Národním programem rozvoje vzdělávání (tzv. Bílá kniha) definují nejvyšší úroveň vzdělávání v ČR, tedy úroveň státní. Rámcově vzdělávací programy pak definují jednotlivé rámce etap vzdělávání, tedy RVP PV, RVP ZV, RVP GV, RVP SOV a ostatní RVP (RVP ZV, online 2013). *„Sexuální výchova jako taková není v uvedených Rámcových vzdělávacích programech výslovně uvedena, jsou zde pouze naznačeny její prvky“ (Škutová 2006, s. 19).*

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále RVP PV) pro děti od 3 do 6 let věku nebo do doby nástupu povinné školní docházky z roku 2004, formuje obecné cíle a rámcový obsah předškolního vzdělávání (Bartoňová, Vítková 2007). V RVP PV jsou prvky sexuální výchovy zařazeny do všech pěti vzdělávacích oblastí a to:

- Dítě a jeho tělo
- Dítě a jeho psychika

- Dítě a ten druhý
- Dítě a společnost
- Dítě a svět

Jedním z předpokladů vzdělávací oblasti **Dítě a jeho tělo** je, že dítě dokáže „pojmenovat části těla, některé orgány (včetně pohlavních), znát jejich funkce, mít povědomí o těle a jeho vývoji, (o narození, růstu těla a jeho proměnách), znát základní pojmy užívané ve spojení se zdravím, s pohybem a sportem“ (RVP PV 2004, online). Ve vzdělávací oblasti **Dítě a jeho psychika** se nachází podoblast s názvem Sebepojetí, city a vůle a dítě je zde vedeno ke správnému rozvoji citových vztahů a umění vyjádřit své emoce. Ve vzdělávací oblasti **Dítě a ten druhý** je dbáno na rozvíjení interpersonálních vztahů a také na ochranu před nežádoucím chováním od ostatních dětí nebo rodičů (RVP PV 2004, online).

V **RVP ZV** jsou některé z prvků sexuální výchovy zařazeny do vzdělávací oblasti **Člověk a jeho svět**, **Člověk a zdraví**, **Člověk a příroda** a okrajově také v průřezových tématech **Osobnostní a sociální výchova** a **Mediální výchova** (RVP ZV 2013, online).

Vzdělávací oblast **Člověk a jeho svět** je tvořena pěti podoblastmi. Právě v podoblasti s názvem *Lidé kolem nás* jsou zahrnuta témata rodina, jednotlivé role členů rodiny, rovnost muže a ženy nebo příbuzenské a mezilidské vztahy. Podoblast s názvem *Člověk a jeho zdraví* zahrnuje učivo o anatomii lidského těla a jednotlivé rozdíly mezi pohlavími. Žáci se zde seznamují se svými biologickými a fyziologickými funkcemi a potřebami a získávají povědomí o tom, co je to zdraví a jakou má za něj každý člověk zodpovědnost (RVP ZV 2013, online).

Vzdělávací oblast s názvem **Člověk a zdraví** je realizována podle věku žáků ve vzdělávacím oboru *Výchova ke zdraví*. V tomto oboru se žák učí o psychických a fyzických změnách v období dospívání, jehož součástí je právě i sexualita, o lásce, partnerství, manželství a rodičovství, o pohlavní soustavě člověka, o promiskuitě nebo těhotenství mladistvých, o riziku pohlavně přenosných chorob (RVP ZV 2013, online).

Ve vzdělávací oblasti **Člověk a příroda** se sexuální výchova objevuje v předmětu přírodopis, kde se žáci v biologii seznamují s pohlavní soustavou a reprodukci (RVP ZV 2013, online).

Z průřezových témat je důležité zmínit **Osobnostní a sociální výchovu**, kde žáci získávají povědomí o zdravém sebevědomí každého jedince, o respektu před ostatními lidmi v jeho okolí nebo o genderovém postavení ve společnosti. V **Mediální výchově** se žák učí především schopnosti třídění informací, posouzení jejich věrohodnosti a záměru, a jejich chápání v kontextu.

Na 2. stupni základní školy může být také realizována **Aplikovaná etická výchova**, kde se v oblasti sexuálního zdraví učí, co je to zodpovědný vztah k sexualitě, láska, sexuální identita člověka nebo nezralé rodičovství.

Škutová (2006) ve své publikaci uvádí, že k hlavním tematickým oblastem lze podle některých zahraničních autorů zařadit všechna tato témata:

- povědomí dítěte o těle a jeho částech;
- péče o tělo, hygiena a výchova ke zdraví;
- shody a rozdíly mezi lidmi;
- plánování rodiny a rodičovství;
- základy lidského rozmnožování;
- pojetí chování na veřejnosti a v soukromí a samotné pojetí veřejných a soukromých míst;
- výuka sociálních dovedností;
- navazování a udržování sociálních vztahů (např. přátelství);
- prevence sexuálního zneužívání, jeho rozpoznání a ohlášení;
- znalost asertivních dětských práv, asertivní trénink;
- posilování sebeúcty a sebevědomí, chápání sebe sama, povědomí o sobě;
- chápání tělesných funkcí, chápání individuálních rozdílů, chápání potřeby respektovat sebe i druhé, chápání vztahů s okolím;
- chápání životních stylů dospělých osob nebo chápání lékařských aspektů sexuality (Škutová 2006, s. 20-23).

3. 2. 2. Vyučovací prostředky

Vyučovacích prostředků, které jsou určeny pro děti/žáky se zrakovým postižením, je poměrně omezená nabídka a je tedy nutné je zajistit. Existuje možnost přetvořit vyučovací prostředky pro intaktní děti či si vytvořit prostředky vlastní. Do

jejich tvorby se mohou zapojit i sami žáci/studenti nebo i jejich rodiče, posílí to tak vzájemnou spolupráci mezi rodinou a školou, uvádí Škutová (2006).

Ve výuce sexuální výchovy dětí se zrakovým postižením se mohou používat modely (trojrozměrné pomůcky), reliéfní obrázky, textové pomůcky, zvukové a audiovizuální prostředky, optické a neoptické prostředky a další. **Modely** slouží ke znázornění lidského těla, rozdílů pohlaví nebo těhotenství ženy. Pedagog nebo rodič by však měl žákům vysvětlit, že se jedná pouze o model, tedy že neodpovídá materiálu, ze kterého je vyroben. Také je důležité upozornit na to, že se jedná pouze o schématickou pomůcku vzhledem k tvarům, výškám aj. Do této kategorie pomůcek se řadí průmyslově vyrobené pomůcky (textilní panenky, panenky chlapce nebo dívky, „těhotné“ panenky, panenky různých velikostí aj.), vlastnoručně vyrobené modely a živé modely. **Reliéfní obrázky** (tzv. tyflografika) mohou být vyrobené fuserem, vlastnoručně vyrobené nebo zakoupené. Opět se tak žákům může pomocí obrázků znázornit, jak dochází k oplození, jaké jsou rozdíly mezi pohlavími aj. Obrázky jsou vyráběny jak pro nevidomé, tak pro slabozraké nebo děti se zbytky zraku. Při výrobě je velmi důležité dodržovat hlavní zásady, a to jednoduchost, dostatečnou velikost, minimum detailů a vnitřní členitosti, barevný kontrast, reliéfní konturu a v případě dětí slabozrakých a dětí se zbytky zraku také nevyužívat stínování. Obrázky se poté mohou využívat ve formě pexesa, puzzle s obrázky lidského těla nebo domina. **Textové pomůcky** jsou pro tyto účely vyráběny jak v Braillově písmu, tak ve zvětšeném černotisku. Řadí se sem různé informační brožury, knížky příběhů, slovníčky pojmů z oblasti sexuální výchovy nebo dětské encyklopedie. **Ze zvukových a audiovizuálních prostředků** se dnes využívají stále také videokazety nebo zvukové nahrávky, ale nejrozšířenější jsou především počítačové výukové programy například na téma lidské tělo. K nejvyužívanějším **optickým prostředkům** patří zvětšovací TV lupa, lupa do ruky nebo stojánková lupa, díky kterým si slabozraký žák může přiblížit text nebo obrázek, který zrovna potřebuje. Z neoptických prostředků se dnes využívá samozřejmě počítač nebo notebook, které má k dispozici už každá mateřská, základní nebo střední škola (Škutová 2006).

Tato práce se nadále nezabývá tím, jak je nebo není sexuální výchova zavedena v praxi na jednotlivých školách pro osoby se zrakovým postižením. Jejím předmětem je zjištění informovanosti u těchto osob v oblasti sexuality a rizikového sexuálního

chování, nikoli výzkum výuky sexuální výchovy na školách pro zrakově postižené. Jednotlivé podkapitoly s názvy Sexuální výchova v rodině a Sexuální výchova ve škole byly do teoretické části zařazeny s předpokladem, že tyto informace mládež získává především v rodině a ve škole, případně na internetu, a od toho se následně rozvíjí jaká je nebo není informovanost v této oblasti u jednotlivých účastníků výzkumu.

3. 3. Další zdroje vzdělávání

Mezi nejznámější zdroje vzdělávání patří beze sporu knihy, časopisy, televize nebo internet. I z těchto zdrojů se tedy dá získávat nespočet informací z oblasti sexuality formou sebevzdělávání.

Knihy a časopisy

Z oblasti sexuální výchovy u nás vychází celá řada kvalitních publikací a příruček, které jsou určeny zejména pro mládež, ale také pro rodiče, kteří nevědí, jak s dětmi a dospívajícími o této problematice mluvit. Tyto publikace a příručky jsou dostupné skoro ve všech knihovnách. Pro osoby se zrakovým postižením samozřejmě existují takovéto publikace a příručky také v Braillově písmu nebo jako digitální nahrávky.

Vychází také velké množství různých periodik pro mládež, zejména pro dívky, která se zabývají touto problematikou. Konkrétně pro osoby se zrakovým postižením je určen časopis ZORA a jeho jednotlivá periodika. Ta, která se zabývá problematikou sexuality, se nazývá „*Sexuálně osvětová příloha Vstupte!*“, která „*zpřístupňuje intimní informace z oblasti sexuálního života, bourá bariéry a přispívá k lepšímu sebepoznávání a k potřebnému sebevědomí v partnerských vztazích. Vychází ve zvukové nahrávce a v digitální podobě*“ (SONS 2016, online).

Internet

Na internetu lze dnes získat nepřehledné množství informací nejen z oblasti sexuality, avšak ne vždy bývají tyto informace kvalitní. Většinou bývají mylné, zavádějící nebo dokonce nevhodné. Je tedy v rámci prevence velmi důležité upozorňovat na fakt, že ne všechny informace, které děti naleznou na internetu, jsou pravdivé a věrohodné. Internet se stal zdrojem poznání celého světa a vystavuje dnešní mládež velkým pokušením, nebezpečným úvahám a hlavně rizikům. Mezi nejrizikovější

on-line aktivity a webové stránky patří sexting, kyberšikana, weby zabývající se anorexií, kybergrooming, různé sociální sítě jako je Facebook, kaskadérské chování aj. (Kabíček et al. 2014).

Kdo má dnes volný přístup k internetu, má samozřejmě také logicky volný přístup i k pornografickému a erotickému obsahu. Je však velmi důležité zmínit, že *„pornografie nabízí adolescentům falešnou představu o pohlavním chování dospělých“* (Kabíček et al. 2014, s. 262). Dnes je pornografie velmi snadno dostupná každému a sexuální potřeby jsou zde zkreslovány. Vztahy jsou zobrazovány jako anonymní, muž a žena jako nenasytní, sex je provozován jako forma zábavy a někteří dospívající mohou toto chování vnímat jako běžné v každém intimním vztahu mezi mužem a ženou, což samozřejmě není správné pro další psychosexuální vývoj jedince (Kabíček et al. 2014).

4. Výzkumné šetření

4.1. Úvod

Hlavním cílem výzkumného šetření je pomocí kvalitativního výzkumu zjištění informovanosti mládeže se zrakovým postižením v oblasti sexuality a jejích možných rizik, zjištění jejich zkušenosti s rizikovým sexuálním chováním a případně následné zhodnocení přípravy těchto osob na sexuální život, pokud tedy ještě sexuální život nebyl zahájen. Užitými výzkumnými metodami je polostrukturovaný rozhovor a pozorování. Cílovou skupinou, ve které jsem hledala osoby, které by se mnou byly ochotny mluvit na toto téma, je mládež se zrakovým postižením ve věku 15 – 22 let. Do výzkumného šetření bylo nakonec zapojeno pět osob, čtyři muži a jedna žena ve věku od 16 do 22 let. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) by se výzkumnému vzorku nejvíce podobalo období adolescence (tj. přibližně 15 – 22 let).

Dále mezi dílčí cíle výzkumného šetření patří zjistit:

- Kde mládež se zrakovým postižením získává informace z oblasti sexuality?
- Kde se mládež se zrakovým postižením seznamuje a je si vědoma možných rizik seznamování?
- Jaký má mládež se zrakovým postižením názor na partnerství? Mají nebo chtějí stálého partnera nebo partnerství vůbec nepovažují za důležitou součást jejich života?
- Má mládež se zrakovým postižením dostatečné informace o rizikovém sexuálním chování a už se ve svém životě s rizikovým sexuálním chováním někteří setkali?
- Jaké předsudky a mýty kolují o lidech se zrakovým postižením a jejich sexualitě? A jejich případné vyvrácení a uvedení správných informací.

4.2. Metodologie výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvalitativního výzkumu. Jako výzkumných metod bylo užito polostrukturovaného rozhovoru a pozorování.

Kvalitativní výzkum je podle Skutila (2011, s. 69) „*označení pro různé přístupy (metody, techniky) ke zkoumání jevů, kdy do popředí nevstupuje kvantifikace dat, ale*

jejich podrobná analýza“. Kvalitativní výzkum však vyžaduje dobrou orientaci výzkumníka ve zkoumané oblasti, jeho předvídatost a přizpůsobivost, ale i uvědomění si možného rizika. Důležité je ale především vyhrazení si většího množství času ke sběru dat a jejich následnému vyhodnocení, které je náročnější než u výzkumu kvantitativního. Cílem kvalitativního výzkumu je získání vhledu a porozumění dané problematice, situaci nebo chování lidí v jejich přirozeném prostředí (Skutil 2011).

Metodu rozhovoru charakterizují Švaříček a Šed'ová (2007, s. 159) jako *„nестandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek*“. Metoda rozhovoru se ale prolíná i s pozorováním, obě tyto výzkumné metody tak vytváří komplexní přehled o dané situaci (Švaříček, Šed'ová 2007). Rozhovor nebo také interview má jako výzkumná metoda své výhody a nevýhody. Jako výhoda je uváděn:

- přímý kontakt výzkumníka s osobou, která je zkoumána;
- volnost a pružnost otázek;
- dovysvětlení pokládaných otázek výzkumníka a dovysvětlení odpovědí respondenta;
- získání důvěryhodných informací;
- sledování reakcí respondenta.

Za nevýhodu je považována:

- časová náročnost;
- obtížné zaznamenávání získaných informací;
- méně respondentů;
- obtížnější vyhodnocování výsledků (Skutil 2011).

Rozhovor může být typu strukturovaného, polostrukturovaného nebo nestrukturovaného (volného). Polostrukturovaný rozhovor je považován za nejrozšířenější typ rozhovoru a, *„tazatel se drží předem připravených otázek, avšak průběžně reaguje na podněty, které přicházejí ze strany respondenta*“ (Skutil 2011, s. 91).

4. 3. Výzkumný soubor

Podle Skutila (2011) existují tři možnosti výběru účastníků kvalitativního výzkumu. Je to výběr záměrný (vždy odpovídá cíli výzkumu), výběr postupný (rozhodnutí, které osoby se zúčastní výzkumu, se neuskuteční najednou a na začátku prováděného výzkumu, ale během výzkumu) a výběr, který je postaven především na ochotě účastnit se výzkumného šetření.

Pro tento výzkum byl zvolen výběr na ochotě účastnit se výzkumného šetření především vzhledem k povaze tématu výzkumu. K realizaci výzkumu byl k dispozici velmi omezený počet materiálu. Bylo osloveno nad dvacet osob se zrakovým postižením ve věku 15 – 22 let, ale pouze pět ze všech oslovených osob mělo zájem se zúčastnit výzkumného šetření. Účastníci výzkumu mě také poprosili o absolutní anonymitu, kterou samozřejmě respektuji a nadále budu respektovat, a neuvádím tak o nich žádné bližší informace a uvádím pouze ty, které mi sami sdělili a souhlasili s tím, že je anonymně mohu použít pouze k výzkumným účelům. Výzkumu se tedy nakonec zúčastnilo pět osob, konkrétně čtyři muži a jedna žena ve věku 15 – 22 let. Všechny účastníky jsem poznala díky svému nevidomému kamarádovi, který se ale kvůli svému věku, který nespĺňoval hranici cílové skupiny, nemohl výzkumu zúčastnit. Byl ale velmi ochotný a ve svém okolí rozeslal mailem průvodní dopis, kde jsem uváděla důvod mého oslovení a kontakt na mě. Skoro obratem se mi ozvali dva muži, kteří projevíli velký zájem se zúčastnit mého výzkumu. Další tři účastníky jsem poté poznala právě přes tyto dva první zájemce, kteří mě také zkontaktovali po mailu se zájmem o rozhovor na toto téma.

Účastníky výzkumného šetření jsem nechtěla zpovídat ani je nijak uvádět do nepříjemné situace. Vzhledem k povaze tématu byly tedy voleny důležité, podstatné a věcné otázky týkající se seznamování a jeho možných rizik, partnerství, sexuality a rizikového sexuálního chování. Tyto otázky jsem měla předem připravené a dál bylo na samotných účastnících, jaké informace a jejich množství mi chtějí sdělit, a jak se bude rozhovor dále vyvíjet. Bylo tedy užito již zmíněné výzkumné metody polostrukturovaného rozhovoru. Tři z pěti rozhovorů probíhaly osobně, kdy jsem účastníky navštívila v Praze na předem domluveném místě, a další dva rozhovory probíhaly přes „skype“, jelikož s těmito účastníky nebylo možné se osobně setkat.

Každý rozhovor trval v průměru asi 60 – 80 minut, záleželo na daném účastníkovi, jaké množství informací mi chtěl sdělit.

Rozhovor mi tedy celkem poskytlo pět osob. Čtyři muži a jedna žena ve věku 15 – 22 let. V následující podkapitole uvádím jejich krátké charakteristiky. Všichni ale mají společné jedno, a to zrakové postižení a omezení, která jim právě tento handicap přináší v každodenním životě a hraje velkou roli právě v zisku informací z oblasti sexuality a jejich rizik, v seznamování a hlavně v praktické stránce partnerského života.

4. 3. 1. Charakteristika výzkumného souboru

Lukáš

Lukášovi je 18 let, studuje blíže neuvedenou střední školu pro zrakově postižené v Praze. Má získané zrakové postižení, v 6 letech si způsobil úraz oka pádem na ostrý předmět a následně přišel o zrak. Mezi jeho záliby patří hudba, vaření, počítač a psaní povídek. V budoucnu by chtěl mít velkou rodinu, věnovat se počítačům a získat nějakou stálou práci. Od dětství vyrůstal pouze s matkou, svého otce nikdy nepoznal. Sám o sobě říká, že „vznikl z neplánovaného početí“. Ani se svou matkou ale nikdy neměl moc dobrý vztah. Veškeré informace z oblasti sexuality tedy musel získat jinde, doma se mu jich nedostávalo a dále nedostává. Sexualita byla a je tabuizována. Má ještě dvě nevlastní sestry, takže se dá říct, že od těch se k němu někdy nějaké informace dostane, a když něco neví, rád se jich zeptá. Ale ani to není úplně ono. Se starší sestrou, která zažila ještě jeho „vidící období“, má o dost horší vztah než se sestrou mladší, která ho zná pouze jako nevidomého. Veškeré informace si tedy vyhledává sám na internetu, vlastní totiž počítač s hlasovým výstupem, který je jeho velkým koníčkem a dá se říct, že na internetu tráví několik hodin denně.

Lukáš má v současné době přítelkyni, která je nevidomá stejně jako on. Poznali se ve škole. Jak sám uvádí, informační deficit na sobě nijak nepocítuje, veškerou teorii si vyhledá sám, problém však vidí v té praktické stránce. Tu si na internetu nenajde. Vidící člověk by se podíval na porno a hned by věděl, co a jak. Ale nevidomý? Uvítal by, kdyby se pro nevidomé našel někdo, kdy by pornografická videa namlouval. Ví, že něco takového už existuje, ale v hodně omezeném množství. Pro něj jednou namluvila pornografická videa jeho velmi dobrá kamarádka, která mu popsala dvě takováto videa. Ale to je pro něj stále hodně málo.

Do rozhovoru se mnou na toto téma se hrnul s nadšením, rád si popovídal s někým „z té druhé strany“ a dozvěděl se, jak to mají v životě vidící se seznamováním, partnery nebo sexem.

Ondra

Ondrovi je 17 let a studuje blíže neuvedenou střední školu pro zrakově postižené v Praze. Je prakticky nevidomý. Má rád přírodu, svou rodinu a zvířata. Ještě neví, co by chtěl v životě dělat. Podle něj je pracovní uplatnění pro zrakové postižené hodně malé, vidí to ve svém okolí. Chtěl by ale alespoň zkusit přijímačky na vysokou školu. Pochází z úplné rodiny, ale rodiče se tématicke sexu taktěž vyhýbali, stejně jako u Lukáše. Podle jeho slov asi nevěděli, jak mu to říct nebo jak o tom vůbec začít mluvit. Přítelkyni v současné době nemá, ale má za sebou už dost sexuálních zkušeností. S dívkami se většinou seznamuje v rámci komunity, tedy ve škole nebo na společných akcích s nevidomými. Zkusil to už i na internetu pomocí různých seznamek nebo facebooku.

Ještě nedávno by udělal všechno pro to, aby mohl chodit s vidící dívkou. To se mu však nepodařilo a stále nedaří. Problém ale nevidí v nevidomých, ale v nás, vidících. Problémem není to zrakové postižení, ale to, jak intaktní osoby vnímají zrakově postižené. I proto také vzdal snahu o to, mít vidící přítelkyni. Nevidomí jsou prostě podle intaktní společnosti odlišní, jiní a mají stále tu potřebu přesvědčovat vidící, že nevidomí jsou stejní jako intaktní společnost. „Jenom“ prostě nevidí. Ve svém životě už se setkal s mnoha odmítnutími ze strany vidících dívek typu: „Přece nebudu chodit s nějakým slepounem! Copak bych se s tebou mohla ukázat mezi lidma? Vždyť chodíš s holí! Víš, jak by se na nás lidi dívali? Jsi strašně fajn kluk, ale radši půjdu s někým normálním.“ Ve svých sedmnácti letech už má tedy bohužel velké množství takovýchto negativních zkušeností s intaktní společností.

Do rozhovoru na toto téma se stejně jako Lukáš s nadšením hrnul. Téma sexuality ho velmi zajímá a to nejen proto, že už má za sebou ve svých sedmnácti letech mnoho sexuálních zkušeností.

Adam

Adamovi je 16 let, navštěvuje blíže neuvedenou střední školu v Brně a je prakticky nevidomý. Jeho rodiče jsou silně věřící katolíci, sourozence nemá. Doma je téma sexuality naprosté tabu, vzhledem k víře jeho rodičů, takže informace z této oblasti

doma nezískává, stejně jako Lukáš a Ondra. Zatím nemá moc dobré zkušenosti ze společnosti vidících, jeho handicap zatím vždy všechny zaskočil. Hrál na internetu online hru, kde byl členem aliance asi třiceti cizích lidí, z nichž nikdo nevěděl, že nevidí. Všichni se chovali úplně normálně a ke každému stejně. Asi po třech měsících se jednomu hráči svěřil, že je nevidomý a že potřebuje pomoci s nějakou grafickou záležitostí ohledně hry. Od té doby se k němu všichni začali chovat jinak, odtažitě a zdrženlivě. Pomalu s ním přestávali komunikovat, až přestali úplně. Byl pro ně jiný a oni z toho byli nervózní. To byla jeho první velká zkušenost se světem vidících.

I z tohoto důvodu nehledá přítelkyni mezi vidícími, ale pouze mezi zrakově postiženými. Ani tady však zatím nemá moc štěstí. I mezi nevidomými má pouze kamarádky, žádným vážným vztahem ještě neprošel, ale párkrát se o dívku ucházel. Sám o sobě říká, že je hodně stydlivý, nemá moc sebevědomí a asi to bude mít se seznamováním ještě těžké. Zatím ještě s nikým nechodil a nemá za sebou ani žádnou sexuální zkušenost. Rozhovoru se od začátku zúčastnit chtěl, nicméně se trochu zdráhal, jelikož se bál, že mi na toto téma nebude mít co říct.

Tomáš

Tomášovi je 16 let a studuje blíže neuvedenou střední školu pro zrakově postižené v Brně. Vyrůstá v úplné rodině a má starší sestru, která s nimi už nebydlí. Měli spolu ale vždycky velmi dobrý vztah. Stejně jako Lukáš, Ondra a Adam doma ale moc informací z oblasti sexuality nezískal a nezískává. Nijak mu to ale nevadí. Jak sám řekl, asi by mu to ani nebylo příjemné, se o takových věcech s rodiči doma bavit. Doma má počítač s hlasovým výstupem, který plně ovládá, takže si všechno, co zrovna potřebuje, najde sám na internetu. Stačí zadat do vyhledávače, co to je to antikoncepce, a může si vybírat z tisíce odkazů. Má také hodně dobrého nevidomého kamaráda, který je v oblasti sexuality zkušenější než on a předal mu už hodně potřebných informací z této oblasti.

Charakterizuje se jako velmi introvertní a stydlivý a sám říká, že to bude mít v životě se seznamováním asi ne zrovna lehké. Rozhovoru se nejprve zúčastnit nechtěl, odmítl ho, ale nakonec na poslední chvíli svolil a v průběhu se i hodně rozpovídal.

Kristýna

Kristýně je 22 let, má vystudované gymnázium pro zrakově postižené a během dospívání postupně ztrácela zrak. Na základní škole byla v integraci. Má ráda přírodu, literaturu a hudbu. Sourozence nemá žádné. Vyrůstala v úplné rodině a přístup její maminky ke všem otázkám dospívání a sexuality si velmi chválí. Jelikož ke ztrátě zraku docházelo až v průběhu života, v pubertě ještě byla schopna pomocí lupy číst různé knížky a prohlížet si obrázky, které ji zajímaly.

V současné době pracuje jako on-line přepisovatelka a už rok je na mateřské dovolené. Před necelými dvěma lety totiž neplánovaně otěhotněla a společně s nevidomým přítelem se rozhodli, že si dítě nechají a budou ho společně vychovávat. Teď tedy žijí ve společné domácnosti a vychovávají roční dceru Terezku, která je bez zrakového postižení. Ochotně mi zodpověděla několik otázek na téma výchova dítěte a rodičovství a popsala útrapy, se kterými se setkává jako nevidomá maminka. Nicméně pro ni výchova dítěte není nic obtížného a dcera jim dělá radost.

4. 4. Zpracování dat výzkumného šetření

Jednotlivé rozhovory byly po provedení přepsány do písemné podoby (tzv. transkripce) a následně byly zpracovány pomocí „otevřeného kódování“. *„Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje“* (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 211).

Po vytvoření seznamu kódů, které byly následně seřazeny podle podobnosti nebo jiné souvislosti a uspořádány hierarchicky, vznikly a byly pojmenovány čtyři hlavní kategorie k analýze dat, a to:

- Informovanost v oblasti sexuality;
- Seznamování a jeho možná rizika;
- Partnerství;
- Povědomí a zkušenosti se sexuálně rizikovým chováním.

4. 5. Analýza dat výzkumného šetření

Pro vytvoření struktury příběhu bylo užito techniky „vyložení karet“. Technika vyložení karet je „*technika, která je nejjednodušší nadstavbou nad otevřené kódování. Jde o to, že výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií*“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 226). Tato technika ucelí data do pevného základu z dosud jednotlivých izolovaných částí. Tento pevný základ bývá nazýván kostra příběhu (Skutil 2011).

4. 5. 1. Informovanost v oblasti sexuality

Osmnáctiletý Lukáš uvedl, že přístup k informacím z oblasti sexuality doma nikdy neměl moc dobrý. Žije jen s matkou a sestrami, otce nikdy nepoznal. Nejvíce informací tedy získával a získává hlavně na internetu, kde se pohybuje téměř každý den. „*Doma se o sexu nikdy nebavilo, to bylo a je tabu. Ty vztahy s rodinou celkově nejsou nic moc. Matka mě počala se ženatým chlapem, takže tátu nemám. Ale dozvěděl jsem se hodně od sester a od kamarádů. A samozřejmě na internetu.*“ Dále uvádí, že ve škole se také dozvěděl několik užitečných informací z této oblasti, konkrétně v rodinné výchově a asi na dvou přednáškách s doktorem Radimem Uzlem, které jim zajistila škola. Svou informovanost v této oblasti považuje za dostatečnou. Když něco neví, nebojí se někoho zeptat, a s dnešním přístupem k internetu si plno informací najde sám.

Sedmnáctiletý Ondra se jakýchkoli informací z oblasti sexuality od rodičů také nedočkal. „*Žádných informací od rodičů se mi nedostalo. Cítil jsem sice jejich obavu, abych někde něco s někým neměl, takže mě varovali takovým tím stylem „dej si pozor a ne že budeš někde něco vyvádět“, ale to bylo z jejich strany asi tak všechno.*“ Nejvíce informací tedy ze začátku získal asi od svého v té době již zkušenějšího nevidomého kamaráda, který ho zasvětil do všeho, co ho zajímalo. Ale říká, že na většinu věcí si stejně musel přijít tak nějak sám. Jelikož nemá možnost prohlížet si knížky, časopisy nebo videa, tak ho to nutí si všechno zkoušet tak nějak po svém a využívá ty zbylé smysly, co má. „*Co se týče takového toho co se jak má dělat, aby se ten druhý cítil dobře a bylo mu to příjemné, tak to mám tak nějak v sobě. Nikdo mi to nemusel vysvětlovat. Prostě to bylo přirozené. Jednou se mě vidící kamarád ptal, jak jako vím,*

kam to mám strčit, když přijde na věc? Zůstal jsem zírat. Vždyť takováhle věc se nemusí dopředu nijak učit, to přijde samo.“ Myslí si, že informací ohledně sexuality a jejích rizik má dostatek.

Šestnáctiletý Adam žije s rodiči, kteří jsou přísní katolíci. Vše, co se týče sexu, je naprosté tabu. Doma tedy žádné informace z oblasti sexuality nikdy nezískal a k internetu měl a má velmi omezený přístup. Veškeré informace tedy získává ve škole, ale to je pro něj stále jen pouhá teorie. Biologické pojmy jako pohlavní styk, těhotenství nebo porod v rámci některých předmětů. Nemá za sebou ještě žádnou sexuální zkušenost. Hodně mu chybí nějaké obrázky nebo videa, kde by se mohl podívat, jak to celé funguje. Zatím totiž nemá vůbec žádnou představu o sexuálním životě. Někaké informace si sice tajně najde na internetu, ale to je pro něj stále jen teorie a teorie. Kamarádů se na nějaké podrobnější informace stydí zeptat. *„Jako nevidící se nemám kde inspirovat. Musím si prostě počkat až na nějaký ten vlastní sexuální zážitek. Jsem hodně stydlivý.*“ Myslí si, že teoretických informací z této oblasti má dost, obává se však v budoucnu o to, jak to bude vypadat v praxi.

Dvaadvacetiletá Kristýna jako jediná ze všech pěti účastníků výzkumu získala mnoho informací z oblasti sexuality od své matky. Ta ji asi tak v 11 letech seznámila s tím, co je to menstruace a co se děje s jejím tělem během dospívání. Mají spolu velmi dobrý vztah a nikdy se nestyděla se jí na cokoli zeptat. Hodně si chválí také přístup jejich třídní učitelky, která byla v tomto tématu velmi sdílná a dívčí část třídy si po vyučování pozvala na přednášku, kde jim vysvětlovala co je to menstruace, těhotenství a ukazovala jim například hygienické vložky. *„Nemyslím si, že bych byla kvůli zrakovému postižení nějak méně informovaná. Byla jsem informovaná normálně, relativně včas, a když jsem něco nevěděla, prostě jsem se zeptala. V té době jsem ale ještě viděla, takže jsem pod televizní lupou byla schopna rozpoznat nějaké obrázky. Mohla jsem si tak prohlédnout nějakou encyklopedii pro dospívající, takže jsem věděla, co si představit pod pohlavními orgány muže a ženy, rozdily mezi nimi a tak různě. A později už jsem také měla přístup na internet.*“ Uvedla také, že asi ve svých třinácti letech četla osvětovou knížku v Braillově písmu na téma sexualita, kde byly různé otázky a odpovědi od gynekoložky a sexuoložky.

Šestnáctiletý Tomáš získává veškeré informace na internetu. Je to pro něj nejprístupnější a nejpohodlnější cesta, jak se dozvědět všechno, co právě potřebuje.

Vlastní počítač s hlasovým výstupem a používá ho téměř denně. Také rodiče se snažili a snaží mu poskytnout nějaké informace, ale když se jich na něco zeptá, jsou hodně rozpačití a neví, jak mu odpovědět. Máma za ním zatím ještě nikdy nepřišla a nezeptala se, jestli nepotřebuje něco vědět. „*Asi nejlepší radu jsem ale dostal od táty. Když budu mít pocit, že chci něco mít s holkou, tak s ní nemám chodit hned do postele, ale zkusit něco jiného. Cokoli, aby nám bylo dobře, ale nemusíme spolu hned spát. Mohlo by z toho být dítě, ti dva pak zjistí, že se k sobě nehodí a bude to těžký pro všechny, hlavně pro to dítě.*“ Touto radou by se rád řídil, ale zatím neměl žádnou příležitost k tomu, aby radu využil. Díky přístupu na internet si myslí, že má informací z této oblasti dostatek. Jelikož za sebou ale ještě nemá žádnou známost ani sexuální zkušenost, tak se obává stejně jako Adam toho, jak to bude fungovat v praxi.

Shrnutí

Z rozhovoru tedy vyplynulo, že nejvíce informací si mládež se zrakovým postižením vyhledává na internetu, který je dnes všeobecně přístupný a je dostatečným klíčem pro zjištění toho, co člověk zrovna potřebuje vědět. Je ale velmi důležité zmínit, že informací na internetu může být dnes až příliš a ne vždy musí být správné a důvěryhodné. Je tedy třeba informace třídit a vybírat si ty správné. Jako další zdroj informací byli nejvíce uváděni vrstevníci, konkrétně kamarádi nebo podobně staří sourozenci. Někteří nevidomí jsou ovšem hodně stydliví a ostýchají se kamarádů zeptat na nějaké konkrétní intimní informace a o sexualitě se tedy dozvídají tzv. mezi řečí nebo prostě vyčkávají, co v kolektivu zaslechnou. O něco horší už je to ale s informacemi, které jim o sexualitě a jejich rizicích poskytují jejich rodiče. Této problematice se spíše vyhýbají a je jim nepříjemné s dětmi nebo dospívajícími na toto téma mluvit. Mládež se zrakovým postižením to vnímá spíše negativně, informace od rodičů ohledně dospívání, sexuality nebo partnerství by uvítali. Škola, jako zdroj informací z oblasti sexuality, byla mládeží uváděna vůbec nejméně. Ale jak říká Adam, dozví se tam sice teorii, která je velmi důležitá, ale stále to nejsou informace, které by je tak úplně zajímali. Pro svůj budoucí sexuální život by uvítali mnohem větší rozsah těchto informací, větší konkretizaci a především praktické ukázky, kterých se jim spíše nedostává. Lukášovi například jako nevidomému hodně chybí dostupnost pornografie na internetu. Jako nevidomý si nemůže pustit video a takzvaně okouknout, jak se co má správně dělat. Kam správně sáhnout, aby to bylo tomu druhému příjemné, nebo co

nedělat, aby se nestal nějaký trapas. Lukáš také uvedl, že by ocenil někoho, kdo by pro nevidomé pornografická videa namlouval, aby i oni měli nějakou možnost vědět, co se tam právě děje. A právě v tomto vidí ten stále dokola omílaný deficit v informovanosti z hlediska zrakové vady. Nejde o teorii, ale praxi. Teoretických informací je dnes všude dost a dost, ale co praktická stránka věci? Pokud kolem sebe nemají nějakého zkušenějšího člověka, ke kterému mají hodně dobrý vztah, a ten je zasvětil právě do již zmiňované praktické stránky věci, nemají šanci se předem připravit na vše, co je čeká. Mládež se zrakovým postižením tedy považuje svou informovanost v této oblasti za dostatečnou a považují se za relativně připravené k zahájení sexuálního života. U tří ze dvou účastníků však již sexuální život zahájen byl. Dva účastníci sou zatím bez sexuální zkušenosti a uvádí různé obavy, které mají ještě před zahájením jejich sexuálního života.

4. 5. 2. Seznamování a jeho možná rizika

Osmnáctiletý Lukáš uvádí, že se seznamováním nikdy neměl nějaký větší problém. Seznamoval se ale vždycky s dívkami, které mají stejný handicap jako on. Tedy většinou ve škole, a když byl mladší, tak také na táboře pro zrakově postižené. K seznámení ale preferuje místa, kde se cítí dobře. Místa, kde je málo lidí a málo hluku, aby si mohl s dívkou v klidu popovídat a všechno dobře vnímat. Ideální je tedy procházka po parku nebo zajít do čajovny. Tábor pro zrakově postižení pro něj tedy nebyl úplně vhodný k seznamování se s dívkou. Sice zde poznal hodně lidí, ale jako místo k seznámení to nebylo úplně ono. Se svou současnou přítelkyní se seznámil ve škole. Předtím už ale vyzkoušel samozřejmě i nějaké seznamky na internetu. To ale v dnešní době nepovažuje za úplně vhodné. „*Nikdy nevíš, kdo je na druhé straně. Takže jsem se snažil s těma holkama co nejdříve třeba telefonovat po skype, abych měl jistotu, že to není žádný úchyl. Ale hlavně je to seznamování přes internet strašně umělé a neživé. To, co mi někdo píše, mi čte strašně divný a robotický hlas. Když toho člověka znáš ještě předtím osobně, tak si jeho hlas vybavíš, ale takhle je to prostě robot a je to hodně neosobní.*“ S riziky seznamování je v jeho 18 letech již víceméně seznámen. Uvedl, že by nikdy nešel na rande s někým, koho nikdy předtím nepotkal, netelefonoval s ním a ani ho více neznal někdo z jeho okolí.

Sedmnáctiletý Ondra nemá potřebu chodit po diskotékách nebo klubech. Nepovažuje toto místo jako nevhodné k seznámení se, ale spíše nemá potřebu se

seznamovat tímto způsobem. Naopak velmi vítá možnost seznámení se přes internet. Vidí to jako nejrychlejší možnost, jak se s někým seznámit. Už se takhle párkrát zkontaktoval s pár dívkami, ale nakonec z toho nic nebylo. *„Kdo totiž nemá v profilu fotku, tak je automaticky vyřazený. Já si ale nemyslím, že fotka je ten nejlepší způsob, jak se poznat. To si tam taky můžu dát fotku svého bratra a dělat, že jsem to já ne? A nikdo by na to nepřišel.“* Ale asi nejčastějším místem k seznamování zrakově postižených je škola. *„Ta komunita zrakově postižených je mezi sebou tak provázaná, když studujeme stejné nebo podobné školy, že je to vlastně úplně logické. Někdy si z toho dělám srandu, že už tady všichni tak nějak chodili a spali všichni se všema.“*

Šestnáctiletý Adam je velmi stydlivý. S dívkami ještě nemá vůbec žádnou zkušenost. Uvádí, že po barech a diskotékách by se spíš neseznamoval. Sice s tím nemá ještě žádné zkušenosti, ale z teorie ví, že to asi není úplně vhodné místo. *„Nikdo nevíte, na koho narazíte. Třeba si vás někde vytipuje a pak vás přepadne. Já bych se na takových místech ani necítil moc sebejistě. Tam, kde to neznám, se neobejdu bez pomoci okolí. Dovést na záchod, říct kde co je a tak. A ani bych se před tou holkou nechoval moc přirozeně. Radši bych měl rande někde, kde se cítím dobře a kdykoli odtamtud můžu odejít sám domů.“*

Dvaadvacetiletá Kristýna se se svým současným přítelem seznámila na střední škole. Nikdy nechodila ráda do hospod nebo na diskotéky, nepovažovala a nepovažuje to za vhodné místo k seznamování se. Se seznamováním se přes internet už má také zkušenosti, je to pro ni jako pro nevidomou docela zajímavý a efektivní způsob, jak někoho nového poznat. Samozřejmě při dodržování určitých pravidel. Nepovažuje to za nebezpečný nebo rizikový způsob, více nebezpečné ji přijde seznamování právě v již zmíněných hospodách nebo na diskotékách.

Šestnáctiletý Tomáš otázku ohledně seznamování okomentoval velmi stroze. Nejspíše z důvodu, že ještě neměl žádnou příležitost se s nikým seznámit a nemá tak žádné větší zkušenosti. *„Nejvhodnějším místem k seznámení si nejsem jistý. Za nevhodné místo k seznámení považuji asi bar, internet, nějakou technoparty nebo možná jen tak na ulici, nevím, nejsem si jistý.“* Denně se však pohybuje na internetu a už navštívil i pár sezonek, kde oslovil několik dívek. Zájem o setkání s nimi měl, ale na schůzku s ním však žádná dívka jít nechtěla. Nejprve se jim s faktem, že je zrakově postižený, nesvěřil. Když ale mělo dojít na samotné setkání, nevyhnul se přiznání, že je

nevidomý. Každá dívka tak ze setkání s ním zatím ustoupila. Tomáš má totiž zájem především o dívky, které jsou vidící. Takováto dívka, která by o něj měla zájem, se ale hledá velmi špatně.

Shrnutí

Z rozhovoru vyplynulo, že mládež se zrakovým postižením si plně neuvědomuje rizika spojená s každodenním využíváním internetu a seznamováním na internetových seznamkách nebo sociálních sítích. Čtyři z pěti účastníků již někdy internetovou seznamku navštívili. Tři z pěti účastníků, tedy Ondra, Kristýna a Tomáš, považují internetové seznamky za dobrou příležitost k seznámení se s někým novým, a na předem domluvenou schůzku by klidně šli. Pouze Lukáš uvedl, že způsob tohoto seznamování nepovažuje za příliš vhodný. Se svou současnou přítelkyní se seznámil ve škole. A Adam, vzhledem k omezenému přístupu na internet, s internetovými seznamkami ještě nemá žádné zkušenosti.

Mládež se zrakovým postižením většinou volí seznamování na internetu z důvodu pohodlnosti a velmi dobré přístupnosti téměř odkudkoli, to uvádí jako jasnou výhodu. Nevýhodu vidí v hodně malé úspěšnosti, protože o zrakově postiženého má samozřejmě zájem velmi málo lidí. Většinou tak svoje postižení nejprve neuvádějí. Jako velká nevýhoda působí už jejich samotný profil, který je většinou bez fotky.

Bylo by tedy na místě mládež se zrakovým postižením informovat, jaká rizika může přinést tento způsob seznamování. Plně si neuvědomují důsledky a možné problémy jako většina intaktní společnosti. Neuvědomují si, že na druhé straně sociální sítě může sedět někdo, kdo si z nich dělá pouze legraci a vydává se za úplně někoho jiného, než ve skutečnosti je. V případě, že by svolili a na předem domluvenou schůzku přišli, by bylo vhodné si s sebou alespoň vzít někoho blízkého, kdo by z povzdálí sledoval, zda je všechno v pořádku a na schůzku dorazil opravdu ten, kdo správně měl. Tomáš totiž uvedl, že na setkání s dívkou, kterou poznal přes internet, by klidně šel. Kristýna seznamování přes internet považuje za zajímavý a efektivní způsob, jak se s někým seznámit. Zatím s ním nemá žádné negativní zkušenosti. Ondra se již s několika dívkami takto zkontaktoval a považuje to za velmi rychlou možnost, jak se s někým seznámit. Žádná dívka se s ním však nakonec nechtěla sejít osobně, za velký problém uvádí svůj profil, který je bez jeho fotky a tím pádem dívky na první pohled tolik nezajímá.

4. 5. 3. Partnerství

Lukáš uvedl, že je mu úplně jedno, zda jeho partnerka vidí nebo nevidí. *„Ale je pravda, že je to spíše tak, že nevidomí jsou spolu. Ona je ta komunita taková malá, všichni se známe se všema navzájem a logicky spolu pak chodí dva nevidomí, protože se prostě znají ze školy.“* Ještě nedávno měl ale hodně velký zájem o vidící partnerku. Chtěl být tzv. normální, mít sebevědomí, být jiný. S několika vidícími dívkami si sice psal, ale nikdy z toho nic nebylo. *„Byl to prostě problém. Asi se bály toho, že nevidím.“* V současné době má partnerku se zrakovým postižením a ve vztahu je spokojený. Vzhled partnerky pro něj není na prvním místě, záleží mu na jiných věcech. Jsou pro něj hodně zajímavé třeba prstýnky, která má dívka na ruku a které jsou na hmat strašně zajímavé. Zároveň ale uvádí, že zná i zrakově postižené, kteří to takhle nemají a jsou velmi povrchní. Například jeho kamarád, který přijde a začne mu vyprávět, jaké měla tahle slečna kozy a jaký zadek. *„A rád bych taky vyvrátil takový ten předsudek, který můžeš vidat v různých filmech. Takové to jak jdeš s někým na první rande a nevidomý si začneš ohmatávat obličej toho druhého. To je vážně blbost a nedělá se to.“*

Pro Ondru není rozhodující, zda je jeho partnerka se zrakovým postižením nebo je vidící. Nikdy nad tím nepřemýšlel. *„Je pravda, že někdo to tak má, že chce jenom vidící holku. Znam třeba takový kluky, co tvrdí, že si prostě najdou vidící holku, protože mají na víc. Ale pro nevidomého je někdy o dost jednodušší zůstat v té své komunitě a najít si holku nebo kluka tam. Je to jednodušší, známe se mezi sebou a je tam prostě větší šance, že si někoho najdeme.“* Uvádí také, že ho tak úplně nezajímá, jak jeho partnerka vypadá. Jestli se dnes namalovala, má na vlasech melír, jaké má boty a náušnice. *„Ta moje představa se tak nějak prolíná do těch ostatních smyslů, co mám. U prsou si tedy nepředstavím, jak vypadají, ale ten dotek, kdybych si na ně mohl sáhnout. Dál mě zajímá hlavně hlas, celkově jestli je ta holka sympatická, jaký má charakter, jak voní a tak. Úplná blbost je takové to osahávání si obličeje jako to ukazují ve filmech, to se nedělá, je to blbost.“*

Adam uvádí, že ve volbě partnera bez zrakového nebo se zrakovým postižením určitě není vybíravý. *„Hlavně mi musí být sympatická. Je sice pravda, že s vidící holkou by všechno bylo snadnější a pohodlnější. Mohli bychom dělat věci, co dva nevidomí nemůžou. Jezdit na lyžích, jít kdykoli na procházku nebo do restaurace, kde bych se nemusel starat o čtení jídelního lístku. Taky jít nakupovat a nemuset žádat o pomoc cizí*

lidi, kteří vždycky nejsou úplně dobře naladěni.“ Je to podle Adama ale spíše vzácností, když si nevidomý najde vidící partnerku. Většinou je to tak, že si nevidomý najde nevidomého nebo někoho s lehčí vadou. Problém vidí hlavně ve vidících. *„Kdo by chtěl někoho s postižením? Ještě jsem nikoho takovýho nepotkal.*“ Adamovi hodně záleží na tom, jak jeho dívka vypadá. Neposoudí to sice z vizuálního hlediska, ale hmatem ano. U dívky preferuje delší vlasy, štíhlou a menší postavu a zajímají ho samozřejmě také i jiné míry. *„Asi každého potěší, když mu někdo řekne, že si vybral pěknou holku, ne?“*

Kristýně je stejně jako Adamovi úplně jedno, jestli bude její partner s postižením nebo bez postižení. *„Obojí má svoje výhody a nevýhody. S vidícím partnerem je všechno jednodušší, můžeme toho hodně podnikat a nemusí se dopředu tolik plánovat, co se jak musí a nemusí udělat. Na druhou stranu mi partner se stejným postižením naprosto rozumí. Nemusím se bát přehnaného soucitu, nebo že za mě bude mít tendenci přebírat moje povinnosti. Výhody u vidícího partnera vždycky převládaly. Ale vstoupil mi do života zrakově postižený a já se tomu rozhodně nebránila.“* Uvádí také, že seznámení s vidícím partnerem je o dost méně pravděpodobné. Sice takové páry zná, ale i tak si myslí, že šance je velmi malá. Pro Kristýnu je důležité, jak její partner vypadá. Líbí se jí, když je její partner vyšší, vnímá také postavu, jak se pohybuje, jaké má vlasy, kůži a ruce, jak se obléká. Vnímá to tak ona a také se od toho odvíjí míra přitažlivosti. *„Každá žena je někde ve skrytu duše ráda, když to jejímu partnerovi sluší. A ani nevidomá žena není výjimkou.“*

Tomáš preferuje partnera bez zrakového postižení. Mít vidící partnerku má podle něj mnoho výhod. Zatím sice nemá moc příležitostí k seznámení, ale věří, že někoho takového v budoucnu určitě najde. Jak by jeho budoucí partnerka vypadat ho tak úplně nezajímá, protože vlastně „neví“, jak vypadá někdo, kdo je hezký. *„Jakou má postavu, to mě ale zajímá. Ale je pravda, že až půjdu s někým na první rande, tak nejspíš nebudu mít příležitost tohle zjistit. Je hloupé se zeptat a nějaké osahávání se asi nehodí.“*

Shrnutí

Z rozhovoru vyplynulo, že čtyři účastníci výzkumného šetření nijak nepreferují partnera bez nebo se zrakovým postižením. Uvádějí, že obě možnosti mají své výhody a nevýhody. Jako výhody partnera bez zrakového postižení jmenovali podnikání společných akcí nebo pomoc od partnera v různých činnostech, jako nevýhody uvedli

možný přehnaný soucit partnera nebo přebírání jejich povinností. Jediný Tomáš preferuje partnerku bez zrakového postižení. Nad partnerkou se zrakovým postižením nikdy ani nepomýšlel. Všichni účastníci výzkumného šetření ale považují partnerství za důležitou součást života, ať už partnera mají nebo ještě nemají. Ani jeden účastník neuvedl, že by partnera nechtěl, nepotřeboval nebo se obejde bez něj.

Tři z pěti účastníků uvedli, že vzhled pro ně rozhodně není na prvním místě. Zajímají je jiné priority jako sympatie nebo celkový charakter člověka. Naopak zbylí dva účastníci, Adam a Kristýna, uvedli, že vzhled je zajímavá hodnota. Záleží samozřejmě také i na jiných hodnotách, ale vzhled hraje velkou roli. Dají hodně na názor okolí a velmi je potěší pochvala od ostatních, kteří ocení, že jejich partner/ka je hezký/á a že mu/jí to sluší.

4. 5. 4. Povědomí a zkušenosti s rizikovým sexuálním chováním

Lukáš uvedl, že za sebou již nějakou sexuální zkušenost má. Za svůj život měl zatím dvě sexuální partnerky a s oběma v té době měl také partnerský vztah. S oběma dívkami také během pohlavního styku používal prezervativ. Na otázku, co řadí pod pojem rizikové sexuální chování, odpověděl nechráněný pohlavní styk, kde hrozí nebezpečí otěhotnění nebo riziko přenosu HIV. Během rozhovoru se také svěřil s tím, že když byl mladší, byl obtěžován od jedné holky. Bylo mu asi tak osm let a již v té době byl zrakově postižený. Vyjádřil se však velmi stručně a hned odběhl od tématu. Bylo vidět, že je mu nepříjemné na toto téma dál mluvit. Nijak jsem na něj tedy netlačila a na další informace se nevyptávala.

Ondra má za sebou ve svých sedmnácti letech již několik sexuálních zkušeností. O sexualitu se začal zajímat asi ve svých 11 letech a to dost intenzivně. S masturbací se snažil tak nějak schovávat a skrývat. „*Přece jenom, když člověk nevidí, tak neví, jestli se na něj zrovna někdo nekouká.*“ V deseti letech se dotýkal dívky, od 11 let masturboval a zažil už také první orální sex. Už někdy v té době se také pokoušel se svou hodně dobrou kamarádkou o první pohlavní styk, ale prý to nevyšlo. První pohlavní styk tak zažil ve svých 15 letech s dívkou, se kterou v té době chodil. Od té doby měl pohlavní styk ještě s dalšími dvěma dívkami, se kterými byl ale pouze kamarád. Uvedl také, že všechny tyto tři dívky navštěvovaly a navštěvují stejnou školu jako on a ví o nich, že měly za svůj život ještě další dva sexuální partnery právě z této školy, stejně jako on.

„Ta komunita zrakově postižených je mezi sebou tak provázaná, když studujeme stejné nebo podobné školy, že je to vlastně úplně logický. Někdy si z toho dělám srandu, že už tady všichni tak nějak chodili a spali všichni se všema.“ V tomto případě by se tedy dalo hovořit o jakési formě promiskuitního chování. Rizikové chování je to především z důvodu toho, že spolu mládež se zrakovým postižením provozuje pohlavní styk nezávisle na tom, zda spolu chodí a mají se rádi. Důvodem k pohlavnímu styku je v tomto případě pouze to, že prostě chtějí a můžou, tak proč takové příležitosti nevyužít?

Uvedl, že ví o rizicích otěhotnění a pohlavně přenosných chorob v případě nechráněného pohlavního styku, i tak ale už ve svém životě nechráněný pohlavní styk měl. Nebylo to však z důvodu neinformovanosti, ale pouze z jakési mladické nerozvážnosti. V té chvíli si prostě neuvědomil, co všechno by se mohlo stát.

Adam ani Tomáš se ve svém životě s rizikovým sexuálním chováním nesetkali, nemají za sebou ještě žádnou sexuální zkušenost. Povědomí o rizikovém sexuálním chování mají ale relativně dobré a jsou tak připraveni na začátek vlastního sexuálního života. Za nejúčinnější ochranu před HIV a dalšími pohlavně přenosnými chorobami oba považují kondom. Mezi pohlavně přenosné choroby Adam řadí HIV, na jinou si nevzpomněl, a Tomáš jako příklad pohlavně přenosné choroby uvedl HIV a syfilis. Při položení těchto otázek zaměřených na sexuálně přenosné choroby a antikoncepci byla na obou vidět značná nervozita a je možné, že při vyplňování anonymního dotazníku by jim bylo odpovídání příjemnější a vzpomněli by si třeba na více sexuálně přenosných chorob. Nechtěla jsem ani na jednoho z účastníků výzkumného šetření nijak tlačit a nezabíhala jsem v tomto tématu nijak dál.

Kristýna ve svých 22 letech již se svým partnerem vychovává roční dceru Terezku. I přes veškerou informovanost v oblasti sexuality a jejích rizik, užívání antikoncepčních pilulek a použití prezervativu, došlo k neplánovanému početí. Je však také možné, že antikoncepční pilulky nebyly užívány tak, jak by správně měly, amanipulace s prezervativem mohla být také z nějakého důvodu nesprávná. S partnerem se ale rozhodli, že si dítě nechají a sestěhují se do společné domácnosti, kde nyní již vychovávají svou roční dceru. Být nevidomá maminka je prý stejné jako být jakákoli jiná maminka. Liší se to jen v některých praktických záležitostech, ale to jsou pouze drobnosti. *„Někdy to je to trochu náročnější, chce to víc soustředění, plánování*

a dopředu předcházet možným problémům. A musím být o trochu pečlivější než vidící maminka.“ Velkou výhodou je pro ni její hmat a vycvičený odhad. Je však potřeba mít ve všem systém a pořádek, vše mít po ruce a předem připravené. Výchovu dítěte tedy společně se svým nevidomým přítelem zvládají naprosto v pořádku a ničeho nelitují. Mají kolem sebe také mnoho příbuzných a známých, kteří jim se vším rádi vypomůžou, pokud je to potřeba. Tímto je tedy také vyvrácen další předsudek intaktní společnosti, a to že nevidomé maminky by nezvládly péči a výchovu svého dítěte právě z důvodu jejich postižení.

Shrnutí

Z rozhovoru vyplynulo, že tři z pěti účastníků výzkumného šetření se ve svém životě již setkali s rizikovým sexuálním chováním. Informovanost participantů o rizikovém sexuálním chování však hodnotím jako plně dostačující.

Lukáš uvedl, že se ve svém životě setkal se sexuálním zneužíváním. Jednalo se o kontaktní sexuální zneužívání formou osahávání intimních míst, ale žádné další bližší informace Lukáš nevedl. Ondra uvedl, že ve svém životě měl pohlavní styk se třemi různými dívkami, dvě z nich byly ze stejné školy jako on a s jednou z nich během pohlavního styku nepoužil ochranu. Ani s jednou z těchto dvou dívek v době pohlavního styku neměl partnerský vztah. O těchto dvou dívkách ví, že každá měla nejméně další dva sexuální partnery také z téže školy. Dá se tedy říci, že se jedná o určité promiskuitní chování, které společně s nechráněným pohlavním stykem patří mezi rizikové sexuální chování. I přesto ale Ondra uvádí, že s informacemi o rizicích sexu je dobře seznámen. Jednal takto pouze z důvodu, že mu v tu chvíli nedošlo, jaké by toto chování mohlo mít důsledky. Kristýna je ve svých 22 letech již nevidomou maminkou z důvodu neplánovaného rodičovství. Před neplánovaným početím se však chránila antikoncepčními pilulkami a její partner měl prezervativ, takže informovanost z oblasti sexuality a jejích rizik byla dostatečná. Je však možné, že antikoncepční pilulky nebyly užívány tak, jak měly, a že s prezervativem bylo z důvodu nezkušenosti špatně manipulováno. Tomáš ani Adam se ve svém životě ještě s žádným rizikovým sexuálním chováním nesetkali, nemají za sebou ještě ani žádnou sexuální zkušenost.

4. 6. Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Praktická část práce se formou rozhovorů zaměřila na průzkum v sexuální oblasti a jejích rizik u mládeže se zrakovým postižením. Výzkumné šetření mělo za hlavní cíle stanovené zjistit, jaká je informovanost mládeže se zrakovým postižením v oblasti sexuality a jejích rizik, zjištění jejich zkušeností s rizikovým sexuálním chováním a případné následné zhodnocení přípravy na sexuální život, pokud tedy ještě u účastníků výzkumného šetření nebyl zahájen.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že se účastníci výzkumného šetření v této problematice velmi dobře orientují a jsou připraveni na zahájení vlastního sexuálního života. Tři z pěti účastníků výzkumného šetření (Lukáš 18 let, Ondra 17 let, Kristýna 22 let) za sebou však už nyní má nějakou sexuální zkušenost. Další dva účastníci (Adam a Tomáš, oba 16 let) jsou zatím bez sexuální zkušenosti, ale projevili dobré povědomí o rizikovém sexuálním chování a jsou tak připraveni na zahájení vlastního sexuálního života. Tři z pěti účastníků výzkumného šetření už se také ve svém životě setkali s rizikovým sexuálním chováním. Lukáš se ve svých osmi letech setkal se sexuálním zneužíváním ve formě ohmatávání na intimních partiích. Ondrovo jednání se dá v určité míře označit jako promiskuitní a provozoval už také nechráněný pohlavní styk, i přesto, že s riziky sexu byl seznámen. Kristýna je ve svých 22 letech nevidomou maminkou z důvodu neplánovaného rodičovství. Důvodem je prý selhání antikoncepce. Užívala antikoncepční pilulky a její partner používal prezervativ, i přesto však otěhotněla. Informovanost v oblasti sexuality a jejích rizik hodnotím však u všech na základě uskutečněných rozhovorů jako plně dostačující.

Jak uvedli sami účastníci výzkumu, informace z oblasti sexuality získávají nejméně v rodině. Rodiče se většinou této tématice vyhýbají, stydí se s dětmi na toto téma mluvit a spoléhají na to, že informace získají někde jinde, například ve škole. Účastníci výzkumu ale uvedli, že informace z oblasti sexuality ve škole sice získávají, nicméně velmi teoretické. Nejlepším zdrojem informací na toto téma se tedy dnes pro mládež se zrakovým postižením jeví hlavně internet. Díky dnešní možnosti přístupu na internet téměř odkudkoli většina získává velké množství informací z této oblasti právě tady. Stačí se připojit na internet a do vyhledávače zadat, co je právě zajímavá. Je však nutná kontrola intaktní společnosti (tedy rodina nebo škola), zda jsou tyto informace důvěryhodné a kvalitní. Informací je totiž dnes až přespříliš a je důležité umět si mezi

všemi informacemi vybrat ty, které jsou opravdu ty kvalitní a potřebné. Sami účastníci výzkumu uvádějí, že si nemyslí, že by v této oblasti trpěli nějakým informačním deficitem, jak je všude uváděno. Znevýhodnění se ale považují především v praktické stránce partnerského a sexuálního života. Pokud ve svém okolí nemají někoho zkušenějšího, koho by se mohli zeptat na konkrétní situace a problémy, které je zrovna zajímají, cítí se být o něco ochuzeni. Jeden účastník výzkumného šetření uvedl, že mu velmi schází dostupnost pornografie pro nevidomé. Právě tam by se dozvěděl mnohé informace, které v žádných knihách ani na internetu nenajde, a které by rád využil především ve svém vlastním sexuálním životě.

Došlo také ke zjištění, že mládež se zrakovým postižením dnes velmi využívá možnost seznámení se přes internet. Tři z pěti účastníků tento způsob seznamování již zkusilo, čtvrtý účastník tento způsob seznamování nepovažuje za příliš vhodný a pátý účastník nemá moc dobrý přístup na internet, a tuto možnost tedy ještě neměl šanci využít. Jako další místa vhodná k seznámení účastníci uvedli povětšinou školu nebo společné akce s dalšími nevidomými. Příležitostí k seznámení ale mají rozhodně méně než intaktní společnost. Je ale velmi důležité zmínit, že z výzkumného šetření vyplynulo, že si mládež se zrakovým postižením plně neuvědomuje rizika spojená se seznamováním na internetu. Nedomyšlí důsledky svého chování a problémy, které by mohly nastat, kdyby se vydali na schůzku s někým, koho poznali pouze přes internetovou seznamku nebo sociální síť. Bylo by tedy na místě mládež se zrakovým postižením na tato rizika více upozorňovat. Neznamená, že když má někdo s internetovou seznamkou pouze dobré zkušenosti, bude to tak i nadále. Ne každý má dnes s druhým dobré úmysly a ne každému se dá v dnešním světě důvěřovat.

Čtyři z pěti účastníků uvedli, že nepreferují partnera bez nebo se zrakovým postižením, jeden z účastníků ale uvedl, že chce pouze partnerku bez zrakového postižení. Dvěma účastníkům také velmi záleží na vzhledu partnera nebo partnerky. Dají totiž hodně na názor a dojem svého okolí, zda je jejich protějšek pohledný. Partnerství všichni považují za důležitou součást svého života, nikdo nevedl, že by partnera nechtěl nebo nepotřeboval. Dva z pěti účastníků již mají trvalý vztah a další tři účastníci o něj do budoucna určitě stojí a již nyní mají představu, jak by jejich partner nebo partnerka měl/a vypadat.

Výzkumné šetření také vyvrátilo různé předsudky, které kolují o partnerství nebo sexualitě osob se zrakovým postižením. Osoby se zrakovým postižením rozhodně nejsou osobami asexuálními, sexualita je pro ně lidskou potřebou stejně jako pro osoby intaktní. Mládež se zrakovým postižením začíná s vlastním sexuálním životem v podobně stejném věku jako mládež intaktní. Zrakově postižení také nevidí problém u sebe, ale právě u intaktní společnosti. Stále mají potřebu vidící přesvědčovat, že jsou normální a úplně stejní jako oni, „jenom“ prostě nevidí. Právě proto je pro zrakově postižené tak těžké najít si partnera mezi vidícími. Většina tak tuto snahu již vzdala a partnera nebo partnerku si hledají pouze mezi zrakově postiženými. Dalším vyvráceným předsudkem je tzv. ohmatávání obličeje na rande nebo schůzce muže a ženy. Ve filmech je toto prezentováno jako naprosto normální a přirozené chování mezi dvěma nevidomými lidmi, kteří se setkají na první schůzce. Účastníky výzkumného šetření bylo toto chování vyvráceno. Považují to za nehygienické a neslušné. Dále se osob se zrakovým postižením intaktní společnost ptá, jak můžou vědět, jak se mají chovat při pohlavním styku se ženou, když nevidí? To však zrakově postižení vnímají jako naprosto přirozené chování a nijak nad tím nepřemýšlí. Vidící provozují pohlavní styk v některých případech také potmě a je jim úplně jedno, že v tu chvíli vůbec nic nevidí. Stejně to mají také zrakově postižení, tedy potmě a nejsou tím v této činnosti nijak omezeni. V poslední řadě byl vyvrácen také velmi rozšířený předsudek společnosti a to, že nevidomé ženy nejsou schopny se postarat o své děti a děti by tak neměly mít. To však bylo výzkumným šetřením vyvráceno. Kristýna společně s nevidomým partnerem výchovu roční dcery zvládá skvěle a s minimální pomocí svého okolí.

Závěr

Tato bakalářská práce se snažila stručně přiblížit téma věnující se problematice sexuality a jejích rizik u mládeže se zrakovým postižením. Teoretická část práce vymezila základní pojmy týkající se této problematiky – zrakové postižení, vliv zrakového postižení na osobnost jedince, mládež, dospívání, partnerství, sexualita, rizikové sexuální chování, sexuální výchova v rodině a ve škole aj. Praktická část práce se zaměřila především na informovanost mládeže se zrakovým postižením v oblasti sexuality a jejích rizik a zhodnocení přípravy na zahájení sexuálního života této cílové skupiny. Pozornost byla z určité části věnována mimo jiné také rizikům seznamování na internetových seznamkách nebo sociálních sítích, a postoji k partnerství těchto osob. Práce také vyvrátila některé předsudky a mýty intaktní společnosti o sexualitě osob se zrakovým postižením.

Výzkumné šetření bylo zrealizováno formou polostrukturovaných rozhovorů a pozorování, a to především díky pěti participantům ve věku 15 – 22 let, kteří se výzkumného šetření ochotně zúčastnili. Lze zkonstatovat, že všech předem stanovených hlavních i dílčích cílů bylo dosaženo, ale pro ucelenější výsledky by bylo po této zkušenosti lepší využití metody anonymního dotazníku, který by byl zadán pro více respondentů a zjistil tak široké povědomí mládeže se zrakovým postižením o sexualitě a jejích rizicích. Tato práce pomocí rozhovorů a pozorování pouze přiblížila oblast sexuality pěti mladých lidí se zrakovým postižením, jejich povědomí a dosavadní zkušenosti s rizikovým sexuálním chováním, postoje k partnerství nebo seznamování na internetových seznamkách či sociálních sítích.

Sexualita je pro osoby se zrakovým postižením lidskou potřebou jako pro osoby intaktní, a jak zjistilo výzkumné šetření, rizikové sexuální chování se nevyhýbá ani těmto jedincům. Intaktní společnost má na rozdíl od osob se zrakovým postižením o mnohem více možností a odlišných cest k naplnění této potřeby a k získání kvalitních informací. Právě z důvodu handicapu těchto osob je potřebná kvalitní edukace v této oblasti a kontrola, zda jsou získané informace správné a edukace tak efektivní. Může se zdát, že přístupnost internetu dnes mládeži se zrakovým postižením zajistí dostatečné a potřebné informace z oblasti sexuality, ale pouze internet samotný přípravu na vlastní sexuální život rozhodně nezajistí!

Seznam použitých literárních zdrojů

BARTOŇOVÁ, Miroslava; VÍTKOVÁ, Marie. *Strategie ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a specifické poruchy učení: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 159 s. ISBN 978-80-7315-140-9.

BASLEROVÁ, Pavlína. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 107 s. ISBN 978-80-244-3376-9.

BAŠTECKÁ, Bohumila; GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

CAPPONI, Věra; NOVÁK, Tomáš; HAJNOVÁ, Růžena. *Sexuologický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994, 149 s. Sám sobě. ISBN 80-7169-115-1.

DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. 1. vyd. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013, 98 s. ISBN 978-80-260-5281-4.

FINKOVÁ, Dita; LUDÍKOVÁ, Libuše; STOKLASOVÁ, Veronika. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.

HAMADOVÁ, Petra; KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea; NOVÁKOVÁ, Zita. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7315-145-4.

JANIŠ, Kamil; ČÍŽKOVÁ, Šárka. *Slovník frekventovaných pojmů k rodinné a sexuální výchově*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 59 s. ISBN 978-80-7041-153-7.

JANIŠ, Kamil; MARKOVÁ, Dagmar. *Příspěvek k základům sexuální výchovy*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 77 s. ISBN 978-80-7041-621-1.

KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.

KRACÍK, Jiří. *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-626-9.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-85931-84-2.

LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 1997, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006, 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška; MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995, 292 s. ISBN 80-7178-029-4.

RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

RŮŽIČKOVÁ, Kamila; VÍTOVÁ, Jitka. *Vybrané kapitoly z tyflopedie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 146 s. ISBN 978-80-7435-424-3.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SMOLÍK, Josef. *Subkultury mládeže: uvedení do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 281 s. ISBN 978-80-247-2907-7.

ŠKUTOVÁ, Daniela. *Sexuální výchova v tyflopédii předškolního a mladšího školního věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 59 s. ISBN 80-244-1551-8.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a osvěta u osob s hluchoslepotou: (příručka pro rodiče a odborníky)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 82 s. ISBN 80-244-1513-5.

ŠTRÉBLOVÁ, Miroslava. *Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyflopédie*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2002, 67 s. ISBN 80-7044-448-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina; JŮN, Hynek. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Vyd. 1. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy, 2012, 114 s. ISBN 978-80-260-2759-1.

UZEL, Radim. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 28 s. ISBN 80-86991-69-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 182 s. ISBN 80-7184-053-x.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie; HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana; ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina; EISNER, Petr. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 264 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

WEISS, Petr; ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 159 p. ISBN 80-717-8558-X.

Seznam použitých internetových zdrojů

Dětské krizové centrum, 2012. *Sexuální zneužívání*. [online].[cit. 2016-03-17].
Dostupné z: <http://www.ditekrize.cz/sexualni-zneuzivani>

HAMANOVÁ, Jana. 2008. *Dospívání: Když je tělo a duše v pohybu*. [online].[cit. 2016-02-12]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/rozhovory/j_hamanova.php

MAŠKOVÁ ZIMOLOVÁ, Jana. 2014. *Základní životní sexuální síla*. [online].[cit. 2016-02-07]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/zakladni-zivotni-sexualni-sila/>

Pražské centrum primární prevence. 2016. *Sexuálně rizikové chování*. [online].[cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/sexualne-rizikove-chovani>

Rámcový vzdělávací program: 2004. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. [online]. [cit. 2016-14-02].

Dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf

Rámcový vzdělávací program: 2013. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. [online]. [cit. 2016-14-02].

Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>

Rozkoš bez rizika. 2016. [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://www.rozkosbezrizika.cz/o-nas/rozkos-bez-rizika>

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR. 2016. *Časopisy*. [online].[cit. 2016-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.sons.cz/zora/>