

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Bakalářská práce**

Aneta Reichelová

**Sexualita osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se  
zdravotním postižením**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a používala pouze zdroje, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne .....

.....

Aneta Reichelová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce, paní Mgr. Daniele Maštalířové za cenné rady a trpělivost při vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat všem pracovníkům domova a dotazovaným za jejich čas a ochotu.

# Obsah

Úvod .....	5
I. Teoretická část.....	7
1 Mentální postižení .....	7
1.1 Vymezení pojmu.....	7
1.2 Klasifikace mentálního postižení.....	8
1.3 Etiologie mentálního postižení .....	11
1.4 Specifika osob s mentálním postižením.....	12
2 Sexualita osob s mentálním postižením.....	15
2.1 Vymezení pojmu sexualita.....	15
2.2 Sexuální výchova .....	16
2.3 Sexualita a právo.....	18
2.4 Rizika sexuality u osob s mentálním postižením.....	22
2.5 Postoje a předsudky .....	25
2.6 Sexuální asistence .....	27
3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	29
3.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením dle zákona 108/2006 .....	29
3.2 Kompetence pracovníků sociální služby z pohledu sexuality .....	29
3.2.1 Etické zásady pracovníků.....	29
3.2.2 Protokol o sexualitě.....	30
3.2.3 Práce se sexualitou .....	31
II. Praktická část .....	33
4 Sexualita osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením .	33
4.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky .....	33
4.2 Metody výzkumného šetření.....	33
4.3 Popis souboru a výběr respondentů .....	34
4.4. Popis průběhu šetření.....	35
4.5 Popis respondentů .....	36
4.6 Interpretace výsledků .....	38
5 Diskuze a doporučení .....	44
Závěr .....	46
Seznam použité literatury .....	47
Seznam tabulek.....	50
Seznam příloh.....	51

## Úvod

S pojmem sexualita se dnes setkáváme už poměrně běžně. Kdežto dříve toto téma bylo spíše tabuizované, v dnešní době už se o sexualitě mluví více. Co je ale pořád trochu tabuizovaným tématem, je sexualita osob s mentálním postižením. V souvislosti s touto problematikou se může objevovat spousta předsudků. Tyto předsudky pramení hlavně z nízké informovanosti veřejnosti o osobách s postižením. Sexualita je ale jednou z přirozených lidských potřeb a každý člověk má právo na její uspokojení. Nejinak je tomu také u osob s mentálním postižením.

V ústavních zařízeních lze zaznamenat určitý posun v přístupu k sexualitě osob s postižením. V těchto zařízeních často bývali odděleni muži od žen, a jakýkoliv náznak sexuální aktivity byl tlumen léky. V sociálních službách ale došlo v průběhu let k určité transformaci a čím dál více zařízení se začíná zabývat sexualitou svých klientů. Důkazem je také vznik protokolu o sexualitě, který se zabývá sexualitou klientů v daném zařízení. Velkým tématem je v dnešní době také sexuální asistence. Tato profese se ale u široké veřejnosti setkává spíše s negativními ohlasy kvůli náplni práce, kterou sexuální asistenti vykonávají.

Toto téma si autorka zvolila, protože se jedná stále o aktuální problematiku, o které se ani v současné době příliš nemluví. Autorka se tedy rozhodla své vědomosti o zmíněné problematice rozšířit. Jedním z důvodů byla také snaha zjistit, jakým způsobem se domov pro osoby se zdravotním postižením zajímá o sexualitu svých klientů v současnosti.

Bakalářská práce s názvem „Sexualita osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením“ se zaměřuje na osoby s mentálním postižením, kteří žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením a snaží se zjistit, jak a do jaké míry je potřeba intimity a sexuality u těchto osob naplňována v současnosti. Práce se skládá z teoretické a praktické části a má celkem čtyři kapitoly.

První kapitola se věnuje pojmu mentální postižení. V této kapitole je pojem mentální postižení definován, dále se tato kapitola zabývá klasifikací osob s mentálním postižením, etiologií mentálního postižení a v závěru kapitoly jsou rozebrány jednotlivé psychologické specifika osob s mentálním postižením.

Druhá kapitola je věnována sexualitě osob s mentálním postižením. Tato kapitola začíná obecným vymezením pojmu sexualita, dále popisuje sexuální výchovu, věnuje se některým právním, která se vážou k sexualitě osob s mentálním postižením, nastiňuje rizika sexuality, vyjmenovává některé předsudky, které se i v dnešní době mohou vyskytovat a závěr kapitoly je věnován sexuální asistenci, která je se sexualitou úzce spjata.

Třetí kapitola popisuje domovy pro osoby se zdravotním postižením a vychází ze dvou dokumentů. Jsou to zákon o sociálních službách a etický kodex sociálního pracovníka České republiky. Dále je v této kapitole popsán protokol o sexualitě a závěr kapitoly se věnuje práci se sexualitou.

Praktické části je pak věnována poslední, čtvrtá kapitola. V praktické části autorka představuje hlavní cíl výzkumného šetření a prezentuje vedlejší výzkumné otázky. Obsahem praktické části jsou dále metody výzkumného šetření, popis souboru, popis respondentů, popis průběhu šetření a v neposlední řadě také interpretace výsledků. Praktická část je doplněna o diskuzi a doporučení pro praxi.

# I. Teoretická část

## 1 Mentální postižení

V této kapitole se autorka zabývá vymezením a definicí oboru psychopedie, klasifikací a etiologií mentálního postižení a v závěru kapitoly rozebírá specifika osob s mentálním postižením.

### 1.1 Vymezení pojmu

#### Definice psychopedie

Autorka považuje za důležité vymežit v širším kontextu pojem mentální postižení, který je jednou z disciplín oboru psychopedie. Psychopedie se skládá ze dvou latinských slov – psyché = duše a paideia = výchova a můžeme ji vymežit jak v užších, tak širším pojetí (Valenta, 2013). Valenta (2013, s. 4) vymezuje užší a širší pojetí takto „*V užším pojetí jako speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto osoby. V širším kontextu je možno na psychopedii nahlížet jako na interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostikou, terapeuticko – formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.*“

Předmětem psychopedie podle Valenty (2013) je nejen mentální či jiné duševní postižení, ale především mentálně či jinak duševně postižený klient a jeho enkulturace, tj. socializace v nejširším slova smyslu.

#### Definice mentálního postižení

V odborné literatuře se můžeme setkat s velkým množstvím různých termínů označujícím osoby s poruchou intelektu. Pojmy mentální postižení a mentální retardace jsou v současné české psychopedii používány jako synonyma (Černá, 2015). V současné době je toto označení pouze formálním či odborným termínem. Zde se nám však vytrácí člověk jako takový. Vhodnější formulace je proto osoba, jedinec, klient či uživatel s mentálním postižením. Zahraniční autorka Castles (1996) ve své knize „We're People first“ zdůrazňuje, že lidé s postižením jsou i přes intelektové postižení především lidé, kteří stejně jako každý z nás mají přátelské vztahy, zažívají své těžkosti a řeší mravní dilemata (Machalová, 2014).

Různí autoři definují mentální postižení či mentální retardaci odlišně. Autorka uvádí formulace mentálního postižení či mentální retardace z hlediska různých autorů. Valenta (2013, s. 12) definuje mentální postižení jako „...vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“

Marie Černá (2015, s. 79), která vychází z definic vydaných Světovou zdravotnickou organizací, definuje mentální postižení takto: „Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích“.

Švarcová (2011) považuje mentálně postižené jedince za svébytné subjekty s charakteristickými osobními rysy, u kterých se však projevují společné znaky. Proto popisuje mentálně postižené jedince jako jedince, u nichž dochází „...k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišenému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“ (Švarcová, 2011, s. 28). Upozorňuje ale, že hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je individuálně odlišná (Švarcová, 2011).

Hlavní charakteristikou mentálního postižení, která je ve většině vymezení společná, je porucha ve vývoji rozumových schopností s dopadem na celou osobnost člověka (Valenta, 2013).

## 1.2 Klasifikace mentálního postižení

K variabilitě symptomů a příčin mentálního postižení se obtížně hledají jednoznačná klasifikační kritéria. Klasifikovat mentální postižení můžeme např. podle etiologie, klinických symptomů, vývojových období anebo podle stupně postižení (Kozáková, 2013). Autorka se v této části zaměří na klasifikaci mentálního postižení podle stupně postižení.

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí s účinností od 1. 1. 1993 klasifikuje jednotlivé stupně podle inteligenčního kvocientu. Mentální postižení nalezneme v MKN -10 pod kódovým označením F70-F79 a klasifikuje mentální retardaci na tyto stupně (Kozáková, 2013):

- F70 Lehká mentální retardace (IQ 50-69),
- F71 Střední mentální retardace (IQ 35-49),



- F72 Těžká mentální retardace (IQ 20-34),
- F73 Hluboká mentální retardace (IQ nejvýše 20),
- F78 Jiná mentální retardace,
- F79 Neurčená mentální retardace.

Stupeň mentálního postižení se měří standardizovanými testy inteligence. K měření inteligenčního kvocientu se používají např. individuální inteligenční zkoušky Wechslerovy stupnice pro děti či dospělé, dále se využívají inteligenční škály L.M. Termana a M.A. Merillové. Měření škálami určuje stupeň mentálního postižení jen přibližně. Důležité je brát v potaz také všeobecné intelektové funkce (Kozáková, 2013).

Mentální postižení se dále může dělit podle toho, kdy k němu došlo. Pokud se jedná o vrozené či získané postižení do dvou let, hovoříme o tzv. primárním mentálním postižení zvaném oligofrenie. Pokud k poruše inteligence došlo po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení – demenci (Valenta 2013).

## **Charakteristika osob s mentálním postižením dle jednotlivých klasifikačních stupňů**

### **Lehké mentální postižení**

Celkový vývoj u osob s lehkým mentálním postižením je opožděný. Mluvu si osvojují opožděně, i přesto jsou schopni užívat řeč v každodenním životě a vést konverzaci. Většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči, to se týče osobní hygieny, jídla, pití, oblékání a jsou schopni ovládat močový měchýř a střeva. Potíže se projevují hlavně ve škole, kdy mohou mít problémy se čtením a psaním. Většina osob s lehkým mentálním postižením je schopna pracovat, práce ale vyžaduje spíše praktické než teoretické znalosti. Přidruženými vadami může být např. artismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení (Štěrbová, 2007).

### **Střední mentální postižení**

Jedinci se středním mentálním postižením si později osvojují řeč a chápání, a podobně je opožděna i schopnost postarat se sám o sebe. Někteří jedinci mohou vyžadovat péči po celý život. Mají také potíže ve škole, někteří si ale osvojí čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou někteří jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální zručnost. Jedinci se středním mentálním postižením bývají plně mobilní a jsou schopni navazovat kontakty a komunikovat s druhými. Rozvoj řeči je ale značně variabilní. Zatímco někteří jsou schopni konverzace, druzí se dokáží stěží domluvit o svých základních potřebách. A někteří jedinci se nenaučí mluvit

nikdy. U osob se středním mentálním postižením se často vyskytují také tělesná postižení nebo epilepsie (Štěrbová, 2007).

### **Těžké mentální postižení**

Tato kategorie je podobná kategorii předchozí. Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky, nebo jinými přidruženými defekty. Výchova a vzdělávání je značně omezeno, avšak dostatečná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, k jejich samostatnosti a může celkově zlepšit kvalitu jejich života (Štěrbová, 2007).

### **Hluboké mentální postižení**

Vzhledem k nízkému IQ jsou jedinci s hlubokým mentálním postižením výrazně omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům a instrukcím a nejsou schopni jim ani vyhovět. Většina osob je omezena v pohybu nebo zcela imobilní. Osoby z této kategorie jsou inkontinentní a potřebují neustálou péči a dohled. Řeč a chápání řeči je omezeno pouze na reagování a vyhovění jednoduchým požadavkům. Vhodným vedením můžeme dosáhnout toho, aby se jedinec s hlubokým mentálním postižením podílel alespoň malým dílem na domácích a praktických úkonech. Přidruženými vadami mohou být epilepsie, tělesné nedostatky postihující hybnost nebo poškození zraku a sluchu (Štěrbová, 2007).

### **Jiné mentální postižení**

Jiné mentální postižení definuje Štěrbová (2007, s. 23) takto „*Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u slepých, hluchoněmých, u jedinců s těžkými poruchami chování nebo u tělesně postižených osob.*“

### **Nespecifikované mentální postižení**

Do této kategorie spadají jedinci, u kterých je sice mentální postižení prokázané, ale z důvodu nedostatku informací nelze jedince zařadit ani do jedné z výše uvedených kategorií. Spadá sem například mentální defektnost nervové soustavy, mentální subnormalita nervové soustavy nebo oligofrenie nervové soustavy (Štěrbová, 2007).

### 1.3 Etiologie mentálního postižení

Etiologie neboli příčiny mentálního postižení mohou být různorodé. Podle **Valenty** (2013, s. 59) můžeme hovořit o „...*příčinách vnitřních – endogenních či vnějších – exogenních, o mentální retardaci vrozené či získané, o vlivech prenatalních (působících před porodem), perinatálních (působící během porodu a krátký čas po něm) a postnatálních (působících v průběhu života).*“

V prenatalním období může působit spousta vlivů. Jedním z těchto vlivů může být dědičnost, kdy do těchto vlivů řadíme nejen nemoci zděděné po předcích, ale také nedostatek zděděných vloh k určité činnosti. Dalšími příčinami vzniku mentálního postižení v prenatalním období mohou být příčiny genetické nebo také environmentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství. Zde platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte. Řadíme sem např. onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky apod (Valenta, 2013).

Dalšími příčinami mentálního postižení mohou být příčiny perinatální. Dle Valenty (2013) zde patří např. perinatální encenfalopatie (nebo také lehká mozková dysfunkce), mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie, předčasný porod, nízká porodní váha dítěte a novorozenecká žloutenka.

Posledním skupinou jsou postnatální příčiny. Postnatální příčiny jsou takové příčiny, které mohou za vznik mentálního postižení a působí v průběhu života. Zde může být opět celá řada faktorů. Podle Valenty (2013) jde např. o zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a v pozdějším období např. Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, schizofrenie nebo epileptické demence.

**Pipeková** (2010) rozděluje etiologii podobně jako Valenta na období prenatalní, perinatální a postnatální.

V prenatalním období (před narozením dítěte) mohou mentální postižení způsobit např. infekce matky během těhotenství, špatná výživa matky, působení záření a toxických látek, úrazy matky a další (Pipeková, 2010).

V perinatálním období (v období porodu a bezprostředně po něm) se jedná zejména o hypoxii plodu a protrahovaný porod (Pipeková, 2010).

V postnatálním období, které trvá od porodu, až do dvou let věku dítěte může mentální postižení způsobit např. infekce novorozence, záněty mozku, úrazy a další (Pipeková 2010).

Dále mimo tyto příčiny Pipeková (2010) zdůrazňuje i roli dědičnosti a specifických genetických příčin (např. chromozomální aberace).

Přestože je známo několik možných příčin mentálního postižení a jejich dělení se dle různých autorů liší, ve většině konkrétních případů příčina známá není a má neurčený původ. Etiologie mentálního postižení je neustále předmětem zkoumání (Švarcová, 2011).

## **1.4 Specifika osob s mentálním postižením**

Lidé s mentálním postižením bývají zpravidla ve vývoji opožděni. Je ale nutno poznamenat, že u mentálního postižení nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny (Valenta, 2013).

Osoba s mentálním postižením se projevuje těmito psychologickými zvláštnostmi (Krejčířová, 2006):

- zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech,
- infantilnost osobnosti,
- zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování,
- sugestibilita a rigidita chování,
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“,
- opoždění psychosexuálního vývoje,
- nerovnováha aspirace a výkonu,
- zvýšená potřeba uspokojení a jistoty,
- porucha v meziosobních vztazích a komunikaci,
- snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům,
- impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování,
- citová vzrušivost a labilita nálad,
- poruchy poznávacích procesů, primitivnost a konkrétnost úsudku, ulpívání na detailech, snížená mechanická a logická paměť,
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace.

Níže autorka blíže specifikuje psychologické aspekty specifík osob s mentálním postižením z hlediska smyslové percepce, myšlení, řeči, paměti, pozornosti, sexuality a emocí.

## **Smyslová percepce**

Smyslová percepce je základním poznávacím procesem, při kterém člověk získává informace o okolním světě. U mentálně postižených jedinců je proces utváření podmíněných spojů pomalý a probíhá určitými odchylkami. Jejich tempo vnímání je zpomalené, rozsah vnímání zúžený, typická je nediferencovanost počitků a vjemů, nedostatečné vnímání prostoru a času a inaktivita vnímání (Petráš, 2018).

## **Myšlení**

Valenta (2013, s. 51) popisuje specifika myšlení mentálně postižených takto „*Myšlení mentálně postiženého žáka je zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné.*“

## **Komunikace a řeč**

Vývoj řeči je u osob s mentálním postižením opožděn až omezen a už první řečové projevy se často liší od normy. Největší nedostatky spatřujeme v rozvoji fonemického sluchu a v artikulaci. Typickými znaky řeči mentálně postižených je malá slovní zásoba, nedokonalá gramatika, vyjadřování v jednoduchých větách a vynechávání částí věty (Kozáková, 2013).

## **Paměť**

Díky paměti nepoznáváme každým okamžikem nové věci. Paměť je selektivní, to znamená, že si pamatujeme jen to důležité. Paměť mentálně postižených osob vykazuje určitá specifika. Postižení si vše osvojují pomalu až po mnohačetném opakování, naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně a vědomosti neumí včas uplatnit v praxi (Valenta, 2013).

## **Pozornost**

Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním a lze ji členit na bezděčnou a záměrnou, která je z hlediska vyučovacího procesu nejdůležitější. Záměrná pozornost mentálně postižených osob vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Mentálně postižený jedinec je schopen udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu, než jeho intaktní vrstevník. Schopnost udržet pozornost se různí dle postižení a časové křivky dne (Valenta, 2013).

## **Emoce**

Emotivita je spojena s uspokojováním potřeb. Nižší city souvisí s uspokojováním biologických potřeb a vyšší city s uspokojováním duševních a duchovních potřeb člověka. Mentální postižení ovlivňuje projev emocí, vnější vyjádření a úroveň rozvoje jednotlivých druhů citů (Kozáková, 2013). Emoce se u jednotlivých stupňů postižení mohou lišit. Většinou se ale jedná o impulzivitu, úzkostnost, afektivní labilitu a nestálost nálad. U osob s těžkým mentálním postižením může docházet i k sebepoškozování (Krejčířová, 2006).

## **Sexualita**

Z hlediska sexuality má člověk s mentálním postižením stejné potřeby jako intaktní jedinci. Ačkoliv byla dříve tato oblast poměrně tabuizována, dnes převládají spíše tendence umožnit člověku s mentálním postižením žít co nejběžnějším způsobem a s tím souvisí i oblast sexuality. Zároveň je ale důležité s člověkem s mentálním postižením v této oblasti pracovat, aby nedocházelo k sexuálnímu zneužívání či sexuálnímu projevům na veřejnosti (Kozáková, 2013).

Uvedené charakteristické příznaky ovšem nemusí být vždy přítomny u každého jedince s mentálním postižením. Individuální projevy jsou určeny jeho stupněm postižení a dalšími specifickými charakteristikami (Krejčířová, 2006).

## 2 Sexualita osob s mentálním postižením

Druhá kapitola bakalářské práce se zabývá sexualitou osob s mentálním postižením. V úvodu kapitoly autorka vymezuje pojem sexualita, poté se zabývá sexuální výchovou a nastiňuje dokumenty, které vymezují práva osob s mentálním postižením na sexualitu. Dále autorka v této kapitole představí předsudky a nejčastější rizika sexuality a v závěru kapitoly se autorka krátce věnuje sexuální asistenci.

### 2.1 Vymezení pojmu sexualita

S pojmem sexualita se v dnešní době setkáváme již poměrně často. Málo kdo ale ví, co přesně slovo sexualita zahrnuje.

Štěrbová (2007, s. 26) definuje pojem sexualita takto „*Sexualita je souhrnem našich postojů, představ a vztahů k jiným lidem, zahrnuje naše představy o muži a ženě, o sobě, naše sexuální chování, očekávání, úspěchy a neúspěchy promítající se do našeho sebevědomí. Postoj k sexualitě je tak tvořen souhrnem vlivů, které formují vlastní postoje k sexualitě.*“ Podle Thorové (2012) nejde jen o pohlavní styk, ale patří zde také znalost ženského a mužského lidského těla, romantika, emoce, láska nebo intimní vztahy. Dále zdůrazňuje, že sexualita je lidskou přirozeností, které se nelze zbavit a která provází člověka po celý život.

Ne vždy však byla sexualita takto přijímána. V 18. století byly děti za své sexuální projevy dokonce trestány, protože byly považovány za bytosti nevinné, které nebyly o sexualitě nijak informovány. Situace se zlepšila až od 20. století, kdy začala být sexualita považována za přirozenou součást člověka (Thorová, 2012). Sexualita je však stále více než jiné lidské potřeby tabuizována. Může za to zejména kultura, ve které žijeme (Venglářová, 2013). Nebylo tomu tak však vždy. Příkladem toho může být např. Kámasútra, jejíž vznik se datuje od počátku prvního tisíciletí a představuje jakýsi obrázkový sexuální manuál (Thorová, 2012). Za hlavní funkci sexuality Venglářová (2013) považuje nejen reprodukční funkci, ale hlavně dosahování příjemných prožitků.

Podle Venglářové (2013) nezahrnuje sexualita pouze fyzický sex, ale spoustu dalších složek. Těmito složkami jsou:

- potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem,
- prožitek silného citu, sounáležitosti, opory,
- spokojenost, pocit potřebnosti pro jiné,
- sex, sexuální uspokojení,
- rodičovství, a tím i potřeba pokračování rodu.

### **Sexualita obsahuje čtyři komponenty:**

**Sexuální chování** je dnes chápáno jako proces, směřující k výběru co nejvhodnějšího partnera za účelem reprodukce. Patří do něj tedy i chování, kdy prezentujeme vlastní přednosti (Venglářová, 2013).

Za **sexuální identifikaci** můžeme považovat pocit příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví, který je silně biologicky podmíněn. Mezi poruchy sexuální identifikace spadá např. transvestitismus nebo transsexualitu (Venglářová, 2013).

**Sexuální orientaci** se myslí reakce člověka na erotické signály. Většinou jde o orientaci dospělého jedince na opačné pohlaví. Sexuální orientace je ale formována především biologickými determinantami a nikdo z nás si ji nevybírám. Sexuální orientace může být trojího druhu. Prvním, nejčastějším druhem je heterosexuální orientace. Heterosexuální orientace znamená, že dospělou osobu přitahuje osoba opačného pohlaví. Druhým druhem je homosexuální orientace. Člověk s homosexuální orientací je zaměřený na osoby stejného pohlaví. Třetím a posledním druhem je bisexuální orientace. Bisexualita je stav, kdy jedinec není schopen přesně určit, zda jeho preferovanou orientací je heterosexualita nebo homosexualita (Venglářová, 2013).

Poslední komponentou jsou **sexuální emoce**. Jedná se zejména o sexuální vzrušení, které má i tělesnou odezvu a orgasmus. K obojímu však může docházet i při masturbaci. U osob s hlubším mentálním postižením může ale při masturbaci dojít ke zranění. Jinak však nejsou zjištěny žádné škodlivé účinky masturbace (Venglářová, 2013).

## **2.2 Sexuální výchova**

Úvodem je potřeba říct, že úroveň poučení společnosti o sexualitě je nedostatečná. Vlivem toho se stále objevují falešné mýty a předsudky, o kterých se autorka zmiňuje v podkapitole „Postoje a předsudky“ této kapitoly (Zvěřina, 2003). Podle Zvěřiny (2003) je třeba lidi vychovávat k pozitivním postojům, aby se naučili převzít zodpovědnost a vyhnout se riziku. Co ale pojem sexuální výchova představuje? Podle Uzla (2006, s. 21) sexuální výchova „...představuje nejen přípravu na sexuální život, ale vychovává i k mezilidským a rodinným vztahům. Klade důraz na antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných nemocí, ale řeší i psychologické a psychosexuální problémy spojené s každým partnerským soužitím.“

Kozáková (2013) se zamýšlí nad tím, zda lze u osob s mentálním postižením realizovat sexuální výchovu a odpovídá „Při hledání odpovědi lze vycházet ze základních lidských práv a potřeb příslušících všem lidem bez rozdílu. Stejně tak jako každý jiný člověk, má i člověk



*s mentálním postižením sexuální potřeby, touhy, city, které potřebuje vyjádřit a uspokojit, ať už o samotě anebo s druhým. Na rozdíl od člověka bez postižení však většinou potřebuje vyšší míru podpory a pomoci.*“ (Kozáková, 2013, s. 454). Sexuální výchova dále u osob s mentálním postižením může podle Kozákové (2013) napomoci např. při snížení výskytu odchylek v sexuálním chování (masturbace a obnažování na veřejnosti), k předejití traumatizujících prožitků (nechtěné otěhotnění, nakažení pohlavní chorobou) a ke snížení výskytu sexuálního zneužívání. Při osvětě je pro lepší pochopení vhodné mimo verbálního projevu používat i různé pomůcky (např. piktogramy, obrázky, filmy, videozáznamy) a interaktivní formy práce (hraní rolí, nácvik sociálních dovedností). Texty je také vhodné upravit do srozumitelnější podoby (Kozáková, 2013).

Při sexuální výchově je důležité, aby se jedinci s mentálním postižením na sexuální výchově sami podíleli a to proto, aby si trvale osvojili poznatky. Dále je důležité vycházet mimo teoretických poznatků také z vývojové úrovně žáka a zohledňovat jeho specifika. Předané informace musí být pravdivé, přiměřené stupni mentálního postižení a věku jedince. Sexuální výchova se realizuje ve dvou základních rovinách (Kozáková, 2013). První rovinou je **rovina všeobecně preventivní**, jejíž cílem je podle Kozákové (2013, s. 458) „...*nejen poučit, poskytnout pravdivé informace, ale také formovat osobnost, pěstovat zdravé návyky, postoje, ovlivňovat citové prožívání a sexuální chování v tom smyslu, aby bylo v souladu s mravními ideály, normami a hodnotami společnosti.*“ Druhou rovinou je **rovina individuálně preventivní** (příp. poradensko-intervenční), která „...*klade důraz na poučení jedince s mentálním postižením, radu a pomoc v konkrétních oblastech, stejně jako také na poradenskou pomoc pro rodiče a vychovatele.*“ (Kozáková, 2013, s. 458).

Závěrem lze říci, že bychom sexuální výchovu neměli zužovat pouze na anatomii či fyziologii, ale měli bychom ji spojit i s oblastí výchovy citové a mravní (Kozáková, 2013).

### **Sexualita podle jednotlivých stupňů postižení**

Kozáková (2013, s. 23) uvádí „*Dospělí lidé s mentálním postižením mohou prožívat sexualitu zcela běžným způsobem. Výrazným determinujícím faktorem bývá především stupeň postižení.*“

Autorka nyní přiblíží sexualitu osob s mentálním postižením z hlediska jednotlivých stupňů postižení.

**Osoby s lehkým mentálním postižením** – většinou dokáží žít samostatně, někdy uzavírají manželství a zakládají rodiny. Osoby bez sociální podpory okolí většinou žijí v chráněném bydlení nebo v klasických sociálních domovech. Jejich sexuální potřeby jsou stejné jako

u běžné populace ale jejich sexuální život se bez profesionální podpory bude lišit. Lidé s lehkým mentálním postižením mají stejně jako běžná populace zájem o masturbaci a přejí si mít partnera (Thorová, 2012).

**Osoby se středně těžkým mentálním postižením** – „jsou většinou schopni dosáhnout orgasmu, mají vyhraněnou sexuální orientaci a dokážou masturbovat rukou. Při správném vedení se většinou naučí masturbovat v soukromí. Osoby, které se stávají předmětem jejich sexuálního zájmu, si vybírají.“ (Thorová, 2012).

**Osoby s těžkým mentálním postižením** – pro osoby s těžkým mentálním postižením je příznačný zájem o anální oblast. Často si do konečníku zavádějí různé předměty, některé předměty je však mohou zranit. Někteří se snaží přivodit orgasmus pomocí části lidské osoby (např. vlasy, nohy). Často masturbují na veřejnosti, aniž by si všímali reakcí okolí. Pokud však budou mít vhodné podmínky, dokáží dosáhnout orgasmu i v přijatelném prostředí, které potom upřednostní před veřejnými místy. Často nerozlišují mezi osobami, pohlavím ani věkem (Thorová, 2012).

## 2.3 Sexualita a právo

Podle Thorové (2012, s. 37) mají osoby s mentálním postižením „...právo na sexuální vzdělávání, na poskytování péče týkající se sexuality a na dostatek příležitostí zapojit se do běžného společenského života. Mají právo vyjadřovat svou sexualitu.“ Dále dodává, že k pochopení sexuálních potřeb osob s postižením musíme akceptovat jejich sexuální potřeby jako přirozenou součást života. Problém Thorová (2012) vidí hlavně v tom, že osoby s mentálním postižením mají v institucionální péči omezený přístup k informacím a neučí se řešit partnerské konflikty, neučí se komunikovat a nenasbírají potřebné životní zkušenosti, protože to za ně často dělá autorita. Vlivem toho může docházet k vytváření nereálných očekávání. Problémem může být i společné soužití s rodiči, kteří často své děti před sexualitou chrání, nebo bydlení v sociálních domovech, kde osoby s mentálním postižením nemají soukromí a je jim vnucována normalita. Východisko vidí Thorová (2012) ve změně přístupu k sexualitě klientů. Mělo by dojít zejména k normalizaci sexuality klientů, kdy sexualita klientů bude plně akceptována, a v sociálních domovech budou mít klienti dostatek soukromí. Dále by mělo dojít ke změně v komunikaci o sexualitě. K té by mělo docházet mezi klientem a osobou, která je kompetentní a klient ji důvěřuje. Poslední změnou, kterou Thorová (2012) uvádí, by mělo být uznání práva klienta na sexuální život a poskytnutí podpory v otázkách týkajících se sexuality.

Ve věci práv mentálně postižených existují určité dokumenty, které tyto práva upravují. Autorka v další části textu zmiňuje některé z těchto dokumentů.

Prvním dokumentem, který autorka uvádí, je **Všeobecná deklarace lidských práv**, kterou přijalo valné shromáždění OSN v roce 1948. Deklarace uvádí tyto práva (Všeobecná deklarace lidských práv, 1948):

- Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovni v důstojnosti i právech,
- každý má právo na život, svobodu a osobní bezpečnost,
- všichni jsou si před zákonem rovni a mají právo na stejnou zákonnou ochranu bez jakéhokoli rozlišování. Všichni mají právo na stejnou ochranu proti jakékoli diskriminaci.

Druhým dokumentem je **Deklarace práv mentálně postižených osob**, který byl přijat Valným shromážděním OSN 20. prosince 1971 (Štěrbová, 2007). Tato deklarace by měla sloužit na ochranu těchto práv (Štěrbová, 2007, s. 63-64):

- Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
- Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
- Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
- Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být v rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
- Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
- Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

- Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

Poslední dokument, který autorka uvádí, je **Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF**. Tato charta byla schválena zasedáním Ústřední rady IPPF (International Planned Parenthood Federation) a poté potvrzena členským shromážděním v listopadu 1995 (Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF, 1995). „*Charta vymezuje, jak International Planned Parenthood Federation (IPPF) chápe sexuální a reprodukční práva; vytváří také spojení mezi vyjádřením lidských práv a realitou poskytování služeb v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví.*“ (Štěrbová, 2007, s. 64-65). Dokument obsahuje celkem dvanáct práv, z nichž všechny jsou součástí mezinárodních dokumentů o lidských právech (Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF, 1995). Autorka nyní představí práva zaměřená na sexualitu osob s mentálním postižením, které Charta obsahuje.

- Každý má právo svobodně rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, přičemž jedná s patřičným ohledem na práva ostatních.
- Každý má právo na ochranu před sexuálním obtěžováním.
- Každý má právo na ochranu před vynuceným těhotenstvím, sterilizací a potratem.
- Nikdo nesmí být v průběhu svého života diskriminován z důvodu pohlaví, věku, sexuální orientace nebo tělesného či duševního postižení, pokud jde o přístup k informacím, zdravotní péči či službám týkajícím se sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a potřeb.
- Všechny ženy mají právo na samostatné rozhodování o své reprodukci, včetně rozhodování o možnosti bezpečného potratu.
- Každý má právo na svobodu myšlení a vyjadřování, pokud jde o jeho sexuální a reprodukční život.
- Právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek a založit a plánovat rodinu.
- Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti.

- Každý má právo na ochranu před znásilněním, sexuálním násilím, sexuálním zneužíváním a sexuálním obtěžováním. (Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF, 1995)

Tyto dokumenty autorka zmínila pouze pro nastínění práv mentálně postižených. Dále existují např. ještě tyto dokumenty:

- Deklarace sexuálních práv (Valencie, Španělsko 20. 6. 1997).
- Všeobecná deklarace lidských práv (10. 12. 1948, Charta OSN).
- Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (28. října 1993, Valné shromáždění OSN).
- Evropská sociální charta (1961, Rada Evropy).

K právům se přidávají i někteří autoři. Např. Kozáková (2013, s. 11) ve své knize uvádí *„Člověk se ZP má stejná práva jako ostatní občané; tedy i právo na projevy sexuální, na výchovu, osvětlu v této oblasti a v neposlední řadě také na ochranu proti využívání a zneužívání“*.

Hlava třetí trestního zákoníku se zabývá trestnými činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti. Zde se mimo jiné trestní zákoník zabývá znásilněním, sexuálním nátlakem, či pohlavním zneužitím (Zákon č. 40/2009 Sb.). K trestným činům bezpochyby patří také sexuální delikvence. Za sexuální delikvenci je považován čin, který nějak souvisí s pohlavním vzrušením pachatele nebo objektu. V našem trestním zákonu jde zejména o tyto sexuální trestné činy: kuplířství, ohrožování mravnosti, dvojití manželství, ohrožování mravní výchovy mládeže, ohrožování pohlavní nemocí, znásilnění, pohlavní zneužívání, soulož mezi příbuznými, obchodování se ženami, omezování osobní svobody, vydírání, ublížení na zdraví, vražda nebo výtržnictví, do kterého spadá expozice genitálu (tzn. obnažování genitálu na veřejnosti) (Zvěřina, 2003).

Dalším právem, které mají osoby s mentálním postižením, je navazovat partnerské vztahy a uzavírat manželství. Osoby s mentálním postižením pociťují touhu po navázání partnerského vztahu, kterou však mohou doprovázet určité komplikující faktory. Těmito komplikujícími faktory může být např. nedostatečná sebedůvěra, obtíže v komunikaci nebo potíže s udržením partnerského vztahu. To je zapříčiněno hlavně tím, že není na roli partnera dostatečně připraven. Proto v této oblasti vyžadují podporu. V rámci podpory je však důležité poskytovat reálný pohled vzhledem k důsledkům daného postižení (Kozáková, 2013).

Pokud by osoby s mentálním postižením chtěly uzavřít manželství, je to podle našeho právního řádu podmíněno plnoletostí (výjimečně může soud povolit uzavřít manželství nezletilému staršímu 16 let) a způsobilostí k právním úkonům. Pokud však z právního hlediska není možné uzavřít manželství, je zde alespoň možnost zasnoubení, případně partnerského slibu nebo svatby bez právní platnosti. I v těchto případech je však důležité, aby si oba partneři uvědomovali vážnost svého rozhodnutí (Kozáková, 2013).

## **2.4 Rizika sexuality u osob s mentálním postižením**

U osob s mentálním postižením existuje celá řada rizik spojená s jejich sexualitou. Autorka v další části textu popisuje pár vybraných rizik.

### **Antikoncepce**

Otázka rodičovství je u osob s mentálním postižením velmi individuálně posuzována. Je proto potřeba je poučit jak v oblasti rodičovství, tak i v případě ochrany proti otěhotnění.

Neplánovanému těhotenství můžeme zabránit celou řadou antikoncepčních metod. Čepický (2010, s. 275) definuje antikoncepci jako „*souborný termín pro metody, používané k reverzibilní zábraně početí.*“

Mezi možné antikoncepční metody patří např. přerušovaný pohlavní styk, poševní pesar, poševní hubka, chemická antikoncepce (jde o chemické zničení spermií, které se dostaly do pochvy), nitroděložní tělísko, kondom nebo hormonální antikoncepce (Zvěřina, 2003). Kondom však nepatří k nejspolehlivějším prostředkům, protože k jeho selhání dochází velmi často a lidé s mentálním postižením mají navíc problémy s jeho používáním kvůli obtížím v motorice a exekutivních funkcích. V případě hormonální antikoncepce musí být zvažovány zdravotní kontraindikace (Thorová, 2012). Poslední formou antikoncepce, kterou autorka uvádí, je chirurgická sterilizace, o které se diskutuje jakožto o nejbezpečnější formě antikoncepce. Jde však o ireverzibilní (nevratný) stav a vážnou otázku lidských práv (Kozáková, 2013).

Nejdůležitějším důvodem pro použití antikoncepce je podle Lištiak Mandzákové (2013, s. 98) „...*záměr zabránit těhotenství*“. Důvody přitom mohou být různé. U osob s mentálním postižením se jedná spíše o důvody zdravotní. Dalším rizikem rodičovství mentálně postižených osob jsou nedostatečné rodičovské dovednosti, v důsledku kterých může dítě utrpět vážnou újmu. Pro osoby s mentálním postižením může dítě představovat nadměrnou zátěž, která může vést k zanedbávání dítěte a později také k vývojové retardaci. Je poté na lékaři, aby posoudil, zda jsou tyto rizika přítomny. (Lištiak Mandzáková, 2013)

## Sexuálně přenosné nemoci

Se sexualitou úzce souvisí i přenos pohlavních nemocí, které jsou lidstvu známé už od nepaměti. Počet sexuálně přenosných nemocí se stále rozšiřuje. V posledních letech se mezi sexuálně přenosné nemoci řadí kolem třiceti nejrůznějších patogenů (Zvěřina, 2003).

Nejčastějšími pohlavně přenosnými nemocemi jsou např. kapavka, syfilis, infekční žloutenka typu B, chlamydie, genitální opary, bičenka poševní nebo **pandemie HIV/AIDS**, která se pomalu stává „běžnou“ nemocí. Odhaduje se, že dnes žije na světě s touto nemocí více než 30 mil. osob. Pomocí medikamentózní léčby lze zlepšit stav pacienta a prodloužit naději na dožití, vakcína však zatím stále neexistuje (Zvěřina, 2003).

Jak se lze před pohlavně přenosnými nemocemi efektivně bránit? V první řadě je na místě včasná a správně prováděná sexuální výchova, která může ovlivnit postoje i sexuální praxi obyvatel. Dalším preventivním opatřením je důsledné používání kondomů a správná hygiena - zejména pro zamezení průjmových onemocnění a hepatitidy typu A (Zvěřina, 2003).

## Sexuální zneužívání

U osob s mentálním postižením je větší riziko sexuálního zneužívání a to hlavně proto, že jsou více důvěřiví, mají omezenou sociální zkušenost, nedokáží předvídat nebezpečí, jsou fixováni na známé prostředí a v případě útoku převládá pocit bezmocnosti strachu a zotuzení (Venglářová, 2013). Sexuálním zneužíváním se u osob s mentálním postižením rozumí „...každé sexuální nebo sexuálně zbarvené chování nebo sexuální kontakt mezi osobami s mentální retardací a lidmi, kteří jim mají poskytovat ochranu a péči, nebo lidmi, kteří nad nimi mají rozumovou či emoční převahu.“ (Štěrbová, 2007, s. 84). Sexuální zneužívání může mít různé formy. Thorová (2012, s. 45) popisuje tyto formy:

- bez fyzického kontaktu: předkládání různých erotických materiálů, verbální sdělení a poznámky se sexuálním obsahem, exhibování těla a pachatele
- s fyzickým kontaktem: vaginální či anální soulož, styk mezi stehna, aktivní i pasivní orální a genitální aktivity, osahávání a manipulace s dalšími částmi těla oběti
- vyžádání autoerotických aktivit: nucení k odhalování, svlékání, vykonávání fyziologických potřeb a masturbaci.

Dále Thorová (2012, s. 45) dodává „Aktivity jsou vynucovány vydíráním, zneužíváním moci v nadřazeném postavení, lstí a využíváním naivity a rozumového handicapu oběti, citovými a fyzickými výhružkami, psychickými manipulacemi, fyzickou silou.“

V případě sexuálního zneužívání klienta by pracovník měl v první řadě zajistit ochranu před pokračováním zneužívání. Je důležité, aby pracovník nevnutil své domněnky klientovi, který by pak mohl těžce rozeznat skutečnost od domnělého. V případě silného podezření na sexuální zneužívání podá pracovník trestní oznámení. Důležité je také posílit sexuální osvětu, kdy klienta informujeme o jeho právu, kdy může odmítnout vše, co si nepřeje (Venglářová, 2013).

Sexuálnímu zneužívání osob s mentálním postižením můžeme předejít i vhodnou prevencí. Venglářová (2013) uvádí tři typy prevence. Primární, sekundární a terciární. V **primární** prevenci jde o to, abychom minimalizovali vznik sexuálního zneužívání. Toho můžeme docílit tak, že podáme vhodné informace o sexualitě, nebo že zajistíme dostatek soukromí pro realizaci sexuálních aktivit. **Sekundární** prevence působí na již přítomné situace a na osoby, které se jeví rizikově. Lidé, kteří potřebují odbornou péči, jsou vždy ohroženější. Poslední **terciární** prevence pracuje s oběťmi sexuálního zneužívání, pachateli i svědky incidentu. Cílem této prevence je snížit negativní vliv násilí a preventivně působit na rozvoj posttraumatické poruchy. Thorová (2012) klade důraz na to, aby se při prevenci spolupracovalo s celou rodinou, protože rodiče výrazně ovlivňují život osob s mentálním postižením a dodává, že je potřeba, aby byli lidé s mentálním postižením informováni o tom, že v případě sexuálního zneužívání nejde pouze o agresivitu a bolest, ale může jít i o hlazení na intimních místech nebo o pohlavní styk.

## **Masturbace**

*„Masturbaci (onanii) chápeme jako zcela normální součást sexuálního chování. U řady lidí s mentálním postižením tvoří převážnou část sexuálního uspokojování.“* (Venglářová, 2013, s. 137). Problémem však je masturbování na veřejnosti, které může pohoršovat ostatní členy komunity a veřejnost. Častým předsudkem je, že osoby s mentálním postižením mají vyšší sexuální pud a jsou hypersexuální. Z výzkumů však vyplývá, že lidé s mentálním postižením dokonce masturbují méně často než lidé bez postižení. V otázce výchovy bychom se měli hlavně zaměřit na převedení masturbace do soukromí a neměli bychom masturbaci zakazovat (Thorová, 2012). Možnost učit se sexuálnímu chování je u osob s mentálním postižením daleko menší než u běžné populace. Pokud se však klient sám nedotazuje, není nutné vést cílenou osvětu (Venglářová, 2013). Intervence je nutná v těchto případech (Venglářová, 2013):

- klient má problém s dosažením orgasmu,
- dochází ke zraňování,
- klient nevolí vhodnou dobu a místo pro tuto soukromou aktivitu, nezvládá hygienu,



- jiné problémy s ohledem na vývojovou úroveň a mentální stav.

Při této sexuální osvětě je hlavně důležitá spolupráce s rodinou klienta. V případě neschopnosti masturbovat může pracovník klientovi zprostředkovat různé erotické pomůcky nebo pornografii. Je však důležité, aby pracovník zůstal jen v rovině podpory, informací a pomoci při zajištění pomůcek či pornografie. Pracovník se nesmí aktivně podílet na uspokojování klienta, protože by došlo k narušení zdravých hranic mezi klientem a pracovníkem (Venglářová, 2013).

## 2.5 Postoje a předsudky

Tato podkapitola je věnována postojům a předsudkům k sexualitě osob s mentálním postižením. Předsudky pramení hlavně z neznalosti a nedostatku informací. Výzkum postojů k problematice sexuality lidí s mentálním postižením, který proběhl v roce 2004, ukázal, že většina respondentů uvedla tuto oblast jako problematickou a neměli o ní dostatek informací. Z výzkumu vyplývá, že téměř 75% dotazovaných neprošlo žádnou průpravou pro práci se sexualitou lidí s mentálním postižením (Eisner, 2013). Podle Eisnera (2013) je možným řešením proti předsudkům hlavně dostatečná informovanost veřejnosti, rodin lidí s postižením i samotných pracovníků v sociálních službách.

Postoje k lidem s postižením prošly v průběhu let změnami. Před rokem 1989 nebyly osoby s postižením považovány za rovnoprávné členy společnosti, což se odráželo i v postoji k sexualitě osob s postižením. V dřívějších dobách byly pro osoby s postižením zřizovány velká ústavní zařízení, kde byli ženy a muži separováni, bydleli v obrovských ložnicích, kde neměli žádné soukromí a zaměstnanci se nezajímali o to, že by lidé s postižením měli nějaké sexuální cítění a potřeby. Pokud nastal problém, často se to řešilo pomocí ergoterapie nebo farmak. Nebyla realizována žádná sexuální výchova a snahou bylo eliminovat projevy sexuality. Po roce 1989 nastaly v postojích k lidem s postižením viditelné změny. Výrazně se zvýšila informovanost veřejnosti, problematika sexuality osob s postižením přestala být tabu, proběhlo množství výzkumů a celkově se zkvalitnila poskytovaná podpora i péče. Postoje k sexualitě osob s postižením se posunuly k postojům tolerance, přijetí a kultivace sexuality. Ačkoliv došlo k výrazným změnám, člověk s postižením musí často ještě i dnes překonávat předsudky týkající se sexuality (Kozáková, 2013).

Řada autorů ve svých publikacích uvádí nejčastější předsudky o sexualitě osob s mentálním postižením, kupříkladu **Thorová** (2012, s. 38) za nejčastější předsudky považuje tyto:

- lidé s mentálním postižením nepocítují sexuální touhu,
- u člověka s mentálním postižením je plně rozvinutá sexualita,
- sexuální výchova není zapotřebí,
- lidé s mentálním postižením mají extrémně vyvinutý sexuální pud, jsou hypersexuální,
- nejsou schopni hlubších intimních a emočních vztahů,
- pro lidi s mentálním postižením nejsou důležité vzpomínky ani plánování budoucnosti.

**Kozáková (2013)** popisuje tyto nejčastější předsudky:

- Osoby s mentálním postižením mají zvýšenou míru sexuálního pudu. - Eisner (2013) s tímto předsudkem nesouhlasí a dodává, že lidé s mentálním postižením jsou spíše méně sexuálně aktivní, ale pohled na jejich sexuální aktivity vytváří mylný dojem.
- Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací. - Musíme si uvědomit, že sexuální potřeby se nedají „vybít“ prací. Každý člověk má své sexuální potřeby. Stejně sexuální potřeby má i jedinec s mentálním postižením, které potřebuje vyjádřit a uspokojit (Kozáková, 2013).
- Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví.
- Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem
- Osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb.
- Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzejí sexuální touhy. - Sexuální touhy se projeví i bez sexuální výchovy. Je ale důležité, abychom jedince s mentálním postižením včas poučili o všem, co souvisí s jeho vývoje.

**Eisner (2013)** popisuje nejčastější mýty, které přetrvávají dodnes a zároveň je vyvrací.

- **1. mýtus:** Člověk s postižením, který je např. na úrovni čtyřletého dítěte, nemá žádné sexuální potřeby, ty přece náleží až dospělým.

Na tento mýtus reaguje Eisner (2013, s. 121) následovně *„I kdyby člověk byl aktuálně na mentální úrovni čtyřletého dítěte, jeho tělo a potřeby s ním spojené se budou až na velmi vzácné výjimky vyvíjet běžným způsobem. I člověk s těžším mentálním postižením tedy samozřejmě má sexuální a vztahové potřeby a touží je uspokojovat.“*

- **2. mýtus:** Většina lidí s mentálním postižením je sexuálně deviantní.  
Tento mýtus opět pramení z neznalosti a strachu. Protože procento deviantů mezi postiženými je stejné jako u lidí bez postižení (Eisner, 2013).

- **3. mýtus:** Čím méně má člověk s postižením v hlavě, tím více má v rozkroku. Tito lidé mají obrovský sexuální apetit, nikdy nemají dost.  
Ve skutečnosti mají však lidé s postižením průměrně stejnou potřebu sexuálního uspokojování jako lidé bez postižení. Problémem však je, že lidé s postižením nemají dostatek soukromí, a proto masturbují kdekoliv a před kýmkoliv, protože jinou možnost nemají. Z tohoto důvodu se okolí může zdát, že mají větší sexuální apetit (Eisner, 2013).
- **4. mýtus:** Lidé s mentálním postižením nejsou schopni mít vztah.  
Je to stejný nesmysl, jako kdybychom tvrdili, že všichni lidé bez postižení jsou schopni mít vztah. To, co osoby s postižením opravdu v navázání vztahů handicapuje, ve skutečnosti není jejich postižení, ale možnosti, které kvůli němu mají. Osoby s postižením mají totiž mnohem méně možností jak s navázáním, tak s udržetím vztahu. Problematické pro ně může být už jen najít partnera, natož udržet vztah, který je jak po stránce finanční, tak po stránce organizační velmi náročný (Eisner, 2013).
- **5. mýtus:** Lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti.  
*„Nařízení nebo snad zákon, který by někomu zakazoval mít sex nebo zplodit dítě neexistuje.“* (Eisner, 2013, s. 126).
- **6. mýtus:** Lidé s mentálním postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého sexuálního života nebo vztahů.  
Tady si musíme uvědomit, že i člověk s postižením je svéprávný a tudíž i zodpovědný za své činy. Problémem však je, že ve většině případů osobám s postižením nikdo zodpovědnost nepředává a proto zodpovědnost za své činy a chování nepocítují. To je samozřejmě chyba a je potřeba, aby se osobám s postižením zodpovědnost předávala (Eisner, 2013).

## 2.6 Sexuální asistence

Tuto podkapitulu autorka zařadila jako jednu z možností naplnění sexuálních potřeb člověka s postižením.

Sexuální asistence je placená služba pro osoby s handicapem či s jiným znevýhodněním a pomáhá těmto lidem pracovat s jejich sexualitou a vztahy. Sexuální asistenci vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti, kteří docházejí do organizací, domovů či domácností na žádost klientů, pracovníků či rodičů klienta. Sexuální asistentky a asistenti se mohou klienta dotýkat, případně jít do sexuální interakce. V České republice sexuální asistence funguje od podzimu 2015 (Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni->

asistence#eticky%20kodex%20c). Sexuální asistenti a asistentky nabízejí tyto služby (Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence#eticky%20kodex%20c>):

- Zodpovědnost k rodičovství,
- rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou,
- schopnost říci ne,
- učí komunikovat o pohlavním styku,
- obstarává sexuální pomůcky a učí, jak je správně používat,
- učí vyhledávat pornografii na internetu,
- zabývá se nepřiměřeným sexuálním chováním,
- vysvětluje, jak správně masturbovat,
- informují o možnostech antikoncepce,
- edukuje v oblasti bezpečného sexu, hygieny a přitažlivého oblékání,
- učí jak navazovat partnerské vztahy,
- pomáhají handicapovaným párům se začátkem pohlavního života,
- zahrnuje i sexuální interakce (např. pomoc při masturbaci, doteky, erotické masáže, pohlavní styk atd.).

Každý sexuální asistent či asistentka by se měli řídit tzv. etickým kodexem sexuálních asistentů a asistentek. Mezi základní zásady tohoto kodexu patří vzájemná úcta, respektování intimního charakteru a uvědomění si role třetích osob při realizaci služby (např. rodina klienta). Dále se sexuální asistenti a asistentky zavazují k tomu, že budou svoje služby poskytovat s hlubokým respektem ke klientovi (Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence#eticky%20kodex%20c>).

V roce 2015 začalo v České republice působit prvních pět asistentek, které jsou speciálně vyškolené. Sexuální asistentky vyškolila organizace s názvem „Rozkoš bez rizika“. Po vyškolení musely asistentky podepsat již výše zmíněný etický kodex. Informace o sexuálních asistentkách si ale klienti musí dohledat sami. Sexuální asistence funguje i v dalších zemích. Např. ve Švýcarsku, Německu, Dánsku, Belgii, Francii, Rakousku či Nizozemsku (Petrášek, 2015).

Organizace Freya v roce 2018 zahájila další kurz, do kterého se přihlásilo 13 lidí včetně mužů. Polovina účastníků pochází z pomáhajících profesí. Současně jsou v České republice čtyři asistentky a tři z nich působí v Praze. Nově by asistenti či asistentky mohli pokrýt celou republiku (Hroch, 2018).

### **3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Třetí kapitola se zabývá domovy pro osoby se zdravotním postižením, konkrétně legislativním vymezením. Dále v této kapitole autorka popisuje etické zásady pracovníků v sociálních službách, protokol o sexualitě a v závěru kapitoly se autorka krátce věnuje tomu, jak by pracovníci v sociálních službách měli pracovat se sexualitou svých klientů.

#### **3.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením dle zákona 108/2006**

Při psaní této podkapitoly se autorka opírá o zákon 108/2006, zákon o sociálních službách. Návrhy tohoto zákona začaly již v roce 1994, ale přijat byl až v květnu roku 2006 (Matoušek, 2011).

Dle zákona 108/2006 Sb., jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením pobytovou službou, která je poskytována „...osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Mezi základní činnosti domova pro osoby se zdravotním postižením dle zákona 108/2006 Sb. patří:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

#### **3.2 Kompetence pracovníků sociální služby z pohledu sexuality**

##### **3.2.1 Etické zásady pracovníků**

Etické zásady pracovníků vychází z etického kodexu sociálních pracovníků České republiky. Tento kodex vychází z „...Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky, ze Zákona 108/2006 o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce.“ (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky, s. 1).

Kodex popisuje, jak by se sociální pracovník měl chovat ke klientovi sociální služby, ke svému zaměstnavateli, ke kolegům, k profesi a odbornosti a ke společnosti. (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky) Vzhledem k této práci se autorka dále zabývá zejména etickým chováním ke klientovi.

Sociální pracovník přistupuje ke každé osobě důstojně a respektuje individuální rozdíly a lidská práva každé osoby. Zajišťuje rovnost každé osobě bez ohledu na její původ, barvu pleti, národnost, věk či zdravotní stav. Sociální pracovník dále podporuje mezilidské vztahy klientů a podílí se na řešení problémů. Každý sociální pracovník je vázán mlčenlivostí a tato povinnost pro něj platí i po skončení poskytování sociální služby (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky).

V rámci etické zodpovědnosti ke klientovi by měl sociální pracovník podporovat klienta k vědomí vlastní odpovědnosti, zaměřovat se na klientovy silné stránky a podporovat jej při řešení dalších sfér jeho života, měl by se vyvarovat jakékoliv diskriminace klienta a chránit klientovo právo na soukromí. Dále sociální pracovník respektuje klientovu příslušnost k sociálním skupinám, informuje klienta o možných rizicích a důsledcích jeho rozhodování, přispívá k začlenění klienta do sociální sítě a další (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky).

Dodržování etického kodexu je závazné a jeho dodržování je v zájmu všech sociálních pracovníků. Šíření principů kodexu je doporučeno i u studentů sociální práce (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky).

### **3.2.2 Protokol o sexualitě**

*„Protokol o sexualitě obecně znamená souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů, který je typický pro každou instituci.“* (Kozáková, in Štěrbová, 2007, s. 53). Podle Kozákové (Štěrbová, 2007) by tento protokol měl umožnit personálu správně a rychle jednat v různých situacích (včetně sexuálního zneužití) a na jeho tvorbě by se měli podílet všichni, kterých se protokol týká. Jedná se především o pracovníky a vedení konkrétního zařízení. Nejdůležitějším faktorem je respektování potřeb a práv osob s mentálním postižením a směrnice jsou pro všechny pracovníky závazné. Bohužel ale ne každé zařízení svůj protokol o sexualitě má. Protokol o sexualitě by měl obsahovat tyto body (Kozáková, in Štěrbová, 2007):

- postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů,
- témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty,

- způsob řešení možných důsledků sexuality,
- přístupné a nepřístupné formy kontaktu, péče a poskytované podpory,
- osvěta a prevence,
- zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality,
- rodiče a zákonní zástupci (vzájemná spolupráce),
- postoj k sexuálnímu zneužití,
- postup při sexuálním zneužití,
- preventivní politika uvnitř zařízení.

U nás však tento dokument zatím nemá legislativní ukotvení. Přesto ale začíná zajímat odbornou veřejnost a začínají ho využívat některá ústavní zařízení. Jedním z prvních, kdo zařadil tento dokument do svých směrnic je ÚSP Klíč Olomouc (Štěrbová, 2007).

### **3.2.3 Práce se sexualitou**

Pracovník v sociálních službách by měl být osobou, která pozitivně ovlivňuje život klienta, vede klienta k samostatnosti, pomáhá mu zastávat svá práva atd. Pokud však sociální pracovník nemá ke klientovi respekt, neměl by v sociálních službách vůbec pracovat. Pracovník v sociálních službách by měl být skutečným profesionálem a obsáhnout ve své práci všechny oblasti života svého klienta včetně sexuality (Eisner, 2013).

Co se týče práce se sexualitou v rámci organizace, můžeme se mnohdy v poslání organizace dočíst, že jejich služby pomáhají lidem žít tzv. plnohodnotný život, nebo zde najdeme jiné obecné fráze. Ovšem pod těmito frázemi si každý může představit něco zcela odlišného. Pro některé pracovníky to znamená, že jsou jejich klienti v suchu, teple, mají co jíst a jejich čas je naplněn volnočasovými aktivitami. Jiní pracovníci pod touto frází mohou vidět i vztahové a sexuální potřeby. Důležité pro začátek práce se sexualitou je rozhodnout se v rámci organizace, do jaké míry se bude otázkou sexuality a vztahů svých klientů zaobírat. Dále je důležité sjednotit tým organizace, což však podle Eisnera (2013) může být problém. Pracovníci v sociálních službách mají mnohdy roztržité názory i v základním přístupu k lidem s postižením, natož pak v otázce pojetí sexuality a vztahů. Organizace by proto měla posilovat týmy o pracovníky se správným či nesprávným přístupem, včetně ověření přístupu k sexualitě lidí s postižením (Eisner, 2013).

Práce se sexualitou obsahuje zejména tyto témata a úkoly (Venglářová, 2013):

- Pomoci prožít sexualitu způsobem, jaký si každý člověk zvolí;
- respektování specifčnosti sexuality u různých skupin lidí s postižením;

- rozvíjení zodpovědnosti každého jedince;
- kultivace projevů sexuality souvisí s možností integrace ve společnosti – občas dochází k nevhodným projevům na veřejnosti, nutná sexuální osvěta a výchova;
- rodičovství není primárním cílem sexuální osvěty;
- posilujeme zodpovědnosti za vlastní zdraví – jedná se poučení o vhodnosti používat antikoncepci společně s kondomem a o pravidelné gynekologické prohlídky;
- prevence sexuálního násilí.

Ačkoliv zájem organizací o sexualitu svých klientů stále roste a v dnešní době není úplnou výjimkou, že se tomuto tématu organizace věnují (Eisner, 2013), autorka shledává za vhodné, aby se pracovníci, co pracují se sexualitou osob s mentálním postižením, v této oblasti stále vzdělávali. Nabídkou jsou pro ně například kurzy vedené Petrem Eisnerem.



## II. Praktická část

### 4 Sexualita osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením

V této kapitole autorka rozebírá cíle výzkumného šetření, představuje výzkumné otázky, popisuje metody výzkumného šetření, popis souboru a výběr respondentů, průběh šetření, představuje respondenty a v neposlední řadě autorka také interpretuje výsledky výzkumného šetření.

#### 4.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Praktická část této práce se zabývá sexualitou osob s mentálním postižením, kteří žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením. Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření, který si autorka stanovila, bylo zejména zjistit, jakým způsobem a do jaké míry je v domově pro osoby se zdravotním postižením naplňována potřeba intimity a sexuality. Dalšími tématy, kterým se autorka v práci věnuje, je např. otázka soukromí, sexuální výchovy, partnerství nebo zda mají klienti možnost v domově navázat partnerské vztahy.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jakým způsobem a do jaké míry je naplňována potřeba intimity a sexuality u osob s mentálním postižením v domově pro osoby se zdravotním postižením?

#### Vedlejší výzkumné otázky:

1. Jaké jsou sexuální potřeby klientů s mentálním postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením?
2. Mají klienti v domově pro osoby se zdravotním postižením dostatek soukromí?
3. Co pro klienty žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením znamená pojem partnerství?
4. Jakým způsobem a zda vůbec je v domově zajištěna sexuální výchova?
5. Jaké jsou možnosti seznámení se a navazování partnerských vztahů v domově pro osoby se zdravotním postižením?

#### 4.2 Metody výzkumného šetření

Jako výzkumnou strategii autorka zvolila **kvalitativní výzkum**. Švaříček (2014) při definování kvalitativního výzkumu vychází z různých definic, kdy každá definice vychází z jiného znaku kvalitativního výzkumu. Následně stanovuje definici, která zohledňuje všechny

důležité rysy. „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, 2014, s. 17). Švaříček (2014) dále dodává, že existují různá kritéria kvalitativního výzkumu. Jsou jimi pravdivost, důvěryhodnost, přenositelnost a spolehlivost.

Hendl (2016) popisuje přednosti, ale také slabosti kvalitativního výzkumu. Mezi přednosti patří zejména získání podrobného popisu jedince, skupiny nebo fenoménu, zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí nebo hledání lokální příčinné souvislosti. Slabostmi poté jsou např. obtížnější testování hypotéz, snadněji ovlivnitelné výsledky výzkumníkem a jeho osobními preferencemi nebo časově náročnější analýza dat.

Pro výzkumné šetření byla zvolena technika sběru dat pomocí **polostrukurovaného rozhovoru**. Švaříček (2014, s. 159) definuje rozhovor jako „...*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ Miovský (2006) řadí techniku rozhovoru mezi nejobtížnější a zároveň nejvýhodnější metody a rozděluje rozhovor do tří základních skupin:

- nestrukturovaný rozhovor,
- polostrukurovaný rozhovor,
- strukturovaný rozhovor.

Polostrukurovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou rozhovoru, ale oproti nestrukturovanému rozhovoru vyžaduje náročnější přípravu. Tato metoda dále umožňuje zaměřovat a upravovat pořadí kladených otázek a velkou výhodou je možnost pokládání doplňujících otázek (Miovský, 2006).

### 4.3 Popis souboru a výběr respondentů

Výzkumné šetření bylo provedeno v domově pro osoby se zdravotním postižením v Moravskoslezském kraji. Z důvodu anonymity nebude uveden název zařízení. Domov poskytuje služby osobám od 27 let a kapacita domova je 76 obyvatel. Služba je poskytována osobám s mentálním a kombinovaným postižením a cílem je poskytnout těmto osobám podporu a péči ve všech oblastech jejich života.

Ještě před uskutečněním rozhovorů autorka této práce o všem náležitě informovala paní ředitelku domova a požádala ji o informovaný souhlas s vykonáním rozhovorů v tomto zařízení (viz. Příloha č. 1).

Respondenty zvolila pracovnice zařízení na základě komunikačních schopností a ochoty klientů odpovídat na otázky týkající se sexuality a partnerství. Vybráno bylo pět respondentů ve složení čtyři muži a jedna žena ve věku 30 – 45 let. Respondenti mají diagnostikované lehké až střední mentální postižení. Pro zachování anonymity bylo každému respondentovi změněno jméno a jsou vedeni pod písmeny. Každý z těchto respondentů byl předem informován o cílech a obsahu výzkumného šetření a o anonymitě výzkumného šetření. Autorka respondenty informovala také o nahrávání rozhovoru na diktafon a požádala respondenty o souhlas. Souhlas s nahráváním rozhovoru byl udělen před samotným nahráváním všemi respondenty ústně.

#### **4.4. Popis průběhu šetření**

Rozhovory se uskutečnily v odpoledních hodinách a probíhaly v kanceláři u vedoucí služby. Nejprve autorce vedoucí služby sdělila něco o tomto zařízení a o tom, jakým způsobem se zde sexualitou svých klientů zabývají. Poté postupně volala respondenty k sobě do kanceláře, aby s nimi autorka mohla uskutečnit rozhovory. U některých respondentů byla pracovnice přítomna, u jiných ne. Na začátku rozhovoru byli všichni respondenti informováni o cílech rozhovoru a o tom, že si autorka bude rozhovor pro účely této práce nahrávat. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon pomocí diktafonu. Neverbální projevy si autorka značila na papír. Na začátku byly kladeny obecné otázky a pomalu autorka přecházela k otázkám konkrétnějším. Otázky rozhovoru byly rozděleny do čtyř tematických celků – partnerství, soukromí, sexualita a sexuální výchova. Autorka v průběhu rozhovoru reagovala na odpovědi respondentů, proto některé otázky byly rozvedeny, vynechány či vedeny v jiném pořadí.

#### **Rizika výzkumného šetření**

Při vypracovávání výzkumného šetření se autorka setkala s některými riziky, které se mohou u výzkumného šetření vyskytnout.

Z devíti domovů, které autorka oslovila, autorce vyhověl pouze jeden a i v tomto domově byl problém vybrat respondenty, kteří by o tomto tématu byli ochotni s autorkou hovořit. Rizikem totiž je, že se jedná o poměrně citlivé téma. Respondenti mluvili zdrženlivě

a bylo potřeba se jich více doptávat. Autorka se setkala také s neznalostí tématu. Respondentům musela často vysvětlovat pojmy, které se týkaly sexuality.

Dalším rizikem byla přítomnost či nepřítomnost pracovnice u rozhovoru. Oboje může rozhovor negativně ovlivnit. Někteří respondenti mohou být více otevření v případě přítomnosti a jiní zase v případě nepřítomnosti pracovnice. U rozhovorů s respondenty byla pracovnice nepřítomna u prvního respondenta, u druhého byla nepřítomna jen do půlky rozhovoru. Důvodem nepřítomnosti bylo, že zrovna vyřizovala telefonáty. U zbylých respondentů pracovnice přítomna byla. Respondentům přítomnost pracovnice nevadila.

U rozhovorů se občas stávalo, že pracovnice do rozhovorů zasahovala, většinou za účelem vysvětlení určité otázky. Autorka toto chování shledává rizikové v tom, že může respondenty ovlivnit a ti pak mohou říct spíše tvrzení pracovnice než vlastní názor.

Posledním rizikem, které může u výzkumného šetření s mentálně postiženými osobami nastat je, že vlivem postižení nemusí respondenti otázkám úplně rozumět. Mnohdy autorka musela otázky více vysvětlovat, aby jim respondenti porozuměli. Občas se také stávalo, že odpověď na určitou otázku byla po doptání jiná, než předtím.

## **4.5 Popis respondentů**

### **Respondent A**

Pohlaví: Muž

Věk: 43 let

Druh postižení: Střední mentální postižení

Jak dlouho žije v domově: 8 let

Partner: Partnerku v současné době nemá, kdysi měl partnerku dva roky, do které byl zamilovaný. S partnerkou se seznámil v jednom městě a dle svých slov spolu trávili čas tak, že se milovali a měli spolu sex.

Interakce s respondentem: Jeho řeč je hůře srozumitelná, občas v jedné větě opakuje stejné slova na začátku a na konci věty. Odpovídá k věci, na otázky, na které se ptám. Na začátku byla u rozhovoru přítomna pracovnice domova, poté odešla. Na téma sexuality je celkem otevřený, nevdá mu se o tomto tématu bavit.

### **Respondent B**

Pohlaví: Muž

Věk: 30 let

Druh postižení: Střední mentální postižení

Jak dlouho žije v domově: 3 měsíce

Partner: V současné době má partnerku, se kterou je pár měsíců. S partnerkou se seznámil v jiném domově pro osoby se zdravotním postižením, kde předtím bydlel. Vídají se spolu na plesech, které pořádají domovy, kde oba bydlí.

Interakce s respondentem: Řeč je dobře srozumitelná, mluví pomaleji, někdy trvá delší dobu, než na něco odpoví. Občas opakuje slova ve větě. Většinou odpovídá k věci, někdy se stane, že začne mluvit o něčem jiném. U otázek, které se týkají sexuality, je více stydlivý. Pracovnice domova u rozhovoru byla ze začátku nepřítomna, poté přišla. Pracovnice občas do rozhovoru vstoupila, aby respondentovi něco vysvětlila.

### **Respondent C**

Pohlaví: Muž

Věk: 38 let

Druh postižení: Střední mentální postižení

Jak dlouho žije v domově: 2 roky

Partner: V současné době partnerku nemá a ani nikdy neměl. Partnerku by ale chtěl.

Interakce s respondentem: Řeč je dobře srozumitelná, respondent je málo komunikativní, někdy delší dobu přemýšlí nad odpovědí. Často říká, že něco neví. U otázek týkajících se sexuality není moc otevřený. U rozhovoru byla přítomna pracovnice.

### **Respondent D**

Pohlaví: Muž

Věk: 45 let

Druh postižení: Lehké mentální postižení

Jak dlouho žije v domově: 3 roky

Partner: V současné době má partnerku, se kterou se seznámil v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém momentálně bydlí. S partnerkou je pár měsíců, přesně neví. Vídají se spolu každý den v areálu domova (na pokoji, na dílnách) a většinou si povídají nebo poslouchají rádio.

Interakce s respondentem: Řeč je dobře srozumitelná, odpovídá k věci, neodbíhá od otázek. Mluví pomaleji. Často odpovídá, že něco neví. U rozhovoru byla přítomna pracovnice, která do rozhovoru občas zasahovala.

### **Respondent E**

Pohlaví: Žena

Věk: 42 let

Druh postižení: Střední mentální retardace

Jak dlouho žije v domově: 2 roky

Partner: V současné době má partnera, se kterým se seznámila v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém momentálně bydlí. Jak dlouho spolu jsou, přesně neví. Pracovnice dodala, že asi půl roku. Respondent uvedl, že se s partnerem dokonce budou brát. S partnerem jsou spolu každý den, vídají se spolu v areálu domova a dívají se spolu na televizi.

Interakce s respondentem: Respondentce je špatně rozumět, je nutná pomoc pracovnice, která mi často opakuje, co respondentka říká. Respondentka je komunikativní, ale často odbíhá od tématu, neodpovídá na to, na co se jí ptám. Často se obrací na někoho jiného (např. maminka to ví, klíčová pracovnice to ví atd.)

	Pohlaví	Věk	Druh postižení	Délka pobytu
<b>Respondent A</b>	Muž	43 let	Střední MP	8 let
<b>Respondent B</b>	Muž	30 let	Střední MP	3 měsíce
<b>Respondent C</b>	Muž	38 let	Střední MP	2 roky
<b>Respondent D</b>	Muž	45 let	Lehké MP	3 roky
<b>Respondent E</b>	Žena	42 let	Střední MP	2 roky

Tabulka č. 1: Přehled respondentů

## 4.6 Interpretace výsledků

**1. vedlejší výzkumná otázka:** Jaké jsou sexuální potřeby klientů s mentálním postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením?

**Respondent A** odpověděl, že má zkušenost s pohlavním stykem, s partnerkou sex provozovali. Na otázku, zda si dovede představit, že by s partnerkou sex neměl, odpověděl „*To by nešlo.*“ Jiné sexuální zkušenosti než pohlavní styk nemá.

**Respondent B** odpověděl, že pohlavní styk ještě neměl a ani pro něho není důležitý. S partnerkou provozuje jen líbání a je to pro něj dostačující.

**Respondent C** sice zatím žádné sexuální zkušenosti nemá, ale uvedl, že sex pro něho ve vztahu důležitý je.

**Respondent D** nemá sexuální zkušenosti žádné, s partnerkou mu stačí jen líbání. Vztah si dokáže představit bez sexu, není pro něho ve vztahu důležitý.

Poslední respondent, **respondentka E** odpověděla, že nemá zkušenosti žádné a že si s partnerem dávají pouze pusy. Při rozhovoru ukázala, že pusy si dávají na líčka. Sex pro ni důležitý není, naopak se o něm ani nechce nic dozvědět.

Na otázku masturbace **respondent A** odpověděl, že žádné zkušenosti s masturbací nemá.

**Respondent B** také odpověděl, že s masturbací žádné zkušenosti nemá.

**Respondent C** se nejprve zeptal, zda masturbace znamená milování. Po vysvětlení pojmu masturbace odpověděl, že s ní také žádné zkušenosti nemá.

**Respondent D** na otázku, zda má s masturbací nějaké zkušenosti, odpověděl „*Někdy jo, ale málo kdy.*“

**Respondentka E** odpověděla, že masturbaci neprovozuje a že s ní žádné zkušenosti nemá.

**2. Vedlejší výzkumná otázka:** Mají klienti v domově pro osoby se zdravotním postižením dostatek soukromí?

**Respondent A** odpověděl, že má samostatný pokoj a má tak dostatek soukromí.

**Respondent B** uvedl, že má spolubydlícího. Když chce být sám, jde na pokoj za jinou klientkou. Na otázku, zda je nějaké místo, kde by mohl být sám, odpověděl „*Nenapadá mě teďkom místo.*“

**Respondent C** odpověděl, že má pokoj sám pro sebe a má tak možnost být sám.

**Respondent D** taktéž sdílí pokoj se spolubydlícím a uvedl, že jediné místo, kde by byl zcela sám, je pouze toaleta.

**Respondentka E** uvedla, že má spolubydlící a že místo, kde by byla úplně sama, není žádné.

**3. Vedlejší výzkumná otázka:** Co pro klienty žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením znamená pojem partnerství?

**Respondent A** uvedl, že partnerství pro něho znamená mít přítelkyni. Kdysi měl partnerku, se kterou byl dva roky. Na otázku, jak s partnerkou trávili čas, odpověděl „*Šel jsem s ní sám na pokoj a pak jsme se milovali a měl jsem s ní sex.*“

**Respondent B** odpověděl, že pro něj partnerství znamená s někým chodit.

**Respondent C** uvedl, že partnerství pro něj znamená mít partnerku. Partnerku ještě neměl, ale chtěl by mít.

Pro **respondenta D** znamená partnerství, když se zamiluje. S partnerkou tráví čas povídáním a poslechem rádia.

**Respondentka E** ještě dodala, že kromě toho, že to pro ni znamená mít partnera, to pro ni znamená ještě starost. V rozhovoru popisovala, že její přítel má zdravotní problémy a že se o něho bála a pomáhala mu. S partnerem tráví čas díváním se na televizi.

**4. Vedlejší výzkumná otázka:** Jakým způsobem a zda vůbec je v domově pro osoby se zdravotním postižením zajištěna sexuální výchova?

Na otázku jak se respondenti dozvěděli o sexualitě, odpovídali následovně. **Respondent A** odpověděl, že se o sexualitě dozvěděl ze školy, kde měli sexuální výchovu. Na otázku, co v sexuální výchově probírali, odpověděl „*My jsme probírali různé věci. O sexu.*“

**Respondent B** odpověděl „*Mi to nikdo neřekl ještě.*“ O sexualitě zatím nemá žádné informace.

**Respondent C** odpověděl na otázku dost podobně jako respondent B a to takto „*Vůbec nic jsem se nedozvěděl.*“

**Respondent D** uvedl, že se o sexualitě dozvěděl z kurzu, který navštívil v jednom nejmenovaném městě.

**Respondentka E** uvedla, že neví a odvolávala se na svou maminku, která by to podle jejích slov měla vědět.

Autorčina další otázka byla, kde by si respondenti informace o sexualitě vyhledali, kdyby se potřebovali, nebo chtěli něco dozvědět. **Respondenti A, D** uvedli, že na internetu. **Respondenti B, C, E** odpověděli, že neví, kde by si informace vyhledali.

Na autorčinu otázku, zda je v domově, ve kterém žijí nějaký pracovník, za kterým by mohli přijít a případně se ho zeptat na něco ohledně sexuality, odpověděli všichni shodně, že o žádném neví.

Na další otázku, jak moc dostatečné jsou podle respondentů jejich znalosti o sexualitě, odpovídali respondenti následovně.

**Respondent A** odpověděl, že má o sexualitě dostatek informací.

**Respondent B** uvedl, že jeho znalosti o sexualitě jsou dostatečné.



**Respondent C** uvedl, že jsou jeho znalosti nedostatečné a neví, kde by si další informace mohl vyhledat.

**Respondent D** odpověděl, že informací o sexualitě má málo a že jeho znalosti jsou nedostatečné.

**Respondentka E** také považuje své znalosti o sexualitě za nedostatečné, ale více se o tomto tématu ani dozvědět nechce.

**5. vedlejší výzkumná otázka:** Jaké jsou možnosti seznámení se a navazování partnerských vztahů v domově pro osoby se zdravotním postižením?

Partnera mají respondenti B, C a D. **Respondent A** odpověděl, že partnerku momentálně nemá, ale chtěl by mít. Kdysi partnerku měl dva roky.

**Respondent B** v současné době partnerku má, s partnerkou se seznámil v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém předtím bydlel.

**Respondent C** odpověděl, že momentálně přítelkyni nemá, ale že by rád nějakou měl.

**Respondent D** má v současné době přítelkyni, se kterou se seznámil v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém momentálně žije.

Poslední respondent, **respondentka E** uvedla, že má v současné době přítele a taktéž se s ním seznámila v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém nyní žije.

Na autorčinu další otázku, kde si respondenti myslí, že by se mohli s někým seznámit, odpovídali respondenti následovně.

**Respondent A** odpověděl, že by se s partnerkou seznámil přes internet, v domově není momentálně nikdo, kdo by se mu líbil.

**Respondent B** odpověděl, že by se seznámil pouze na internetu.

**Respondent C** uvedl, že neví, kde by se s někým mohl seznámit, ale že v domově není nikdo, kdo by se mu líbil nebo s kým by chtěl navázat hlubší vztah.

**Respondent D**, kdyby partnerku neměl, seznámil by se s někým v jednom nejmenovaném městě.

Poslední respondent, **respondentka E** odpověděla, že by se s někým seznámila v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém momentálně žije.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jakým způsobem a do jaké míry je naplňována potřeba intimity a sexuality u osob s mentálním postižením v domově pro osoby se zdravotním postižením?

Autorka k vyhodnocení hlavní výzkumné otázky rozdělila výsledky výzkumného šetření do čtyř tematických částí. Takto byly rozděleny i otázky rozhovoru.

### **Partnerství**

Pod pojmem partnerství si každý respondent představuje něco jiného. Nejčastější odpovědí však bylo, že partnerství pro respondenty znamená mít partnera. Partnera mají tři respondenti. Další odpovědí bylo, že partnerství znamená mít vztah. Odpověděl takto jeden respondent. Pro posledního respondenta partnerství znamená mít někoho rád. S partnery by respondenti trávili čas různě. Kdežto jeden respondent uvedl, že se s partnerkou milovali, ostatní si s partnery např. povídají, poslouchají rádio nebo se společně dívají na televizi.

Dalším důležitým faktorem, který je potřeba k naplnění partnerství, je možnost seznámení se. Z výzkumného šetření a v kontextu dotazovaných osob vyplývá, že by respondenti nejčastěji volili k seznámení metodu internetu, v menší míře by se pak seznamovali v domově pro osoby se zdravotním postižením nebo v blíže nejmenovaném městě.

### **Soukromí**

V domově jsou pokoje jak samostatné, tak pro více osob. Respondenti, kteří mají samostatný pokoj, uvedli, že mají dostatek soukromí. Respondenti, kteří s někým sdílí pokoj, dostatek soukromí nemají. Jediným místem v domově, kde by respondenti mohli být zcela sami, je toaleta. Odpověděl takto jeden respondent. Zbylé respondenty žádné místo nenapadlo.

Z výzkumného šetření a v kontextu dotazovaných osob tedy vyplývá, že soukromí je v domově zajišťováno pouze částečně a to pouze u respondentů, kteří mají samostatný pokoj. Žádné místo, kromě toalety, kde by respondenti byli zcela sami, v domově není.

### **Sexualita**

Sexuální potřeby respondentů jsou individuální. Nejčastějšími potřebami je potřeba líbání a sexu. S pohlavním stykem má zkušenost jeden respondent a je pro něj důležitý. Druhý respondent, který uvedl, že jeho sexuální potřebou je sex, s ním zkušenost nemá, ale je pro něj ve vztahu důležitý. Ostatní respondenti k naplnění svých potřeb sex nepotřebují. Dvěma respondentům k naplnění svých sexuálních potřeb stačí líbání, poslednímu respondentovi stačí pusa.

S masturbací má zkušenost pouze jeden respondent. Respondenti potřebovali dovysvětlit, co to masturbace znamená. Po vysvětlení slova masturbace zbylí respondenti uvedli, že s masturbací žádné zkušenosti nemají.

Z výzkumného šetření a v kontextu dotazovaných osob vyplývá, že sexuálními potřebami respondentů jsou zejména líbání a sex.

### **Sexuální výchova**

Z odpovědí respondentů vyplývá, že o sexualitě se dozvěděli ze školy nebo z kurzu. Tři respondenti se však o sexualitě doposud nedozvěděli nic. Pokud by si respondenti chtěli vyhledat informace o sexualitě, volili by metodu internetu. Takto ale odpovídali pouze dva respondenti a zbylí tři uvedli, že neví, kde by informace mohli získat. Respondenti také nevěděli o žádném pracovníkovi, který by jim se sexualitou mohl poradit.

Respondenti dále odpovídali na otázku, zda jsou jejich sexuální znalosti dostatečné. Dva z pěti respondentů odpověděli, že ano. Zbývající tři respondenti považují své sexuální znalosti za nedostatečné.

Z výzkumného šetření a v kontextu dotazovaných osob vyplývá, že v domově pro osoby se zdravotním postižením žádná sexuální výchova neprobíhá a informace ohledně sexuality by si klienti získali jinými cestami. Zároveň z výzkumného šetření vyplývá, že jsou klienti ve věcech sexuality nedostatečně informováni. Svědčí o tom například fakt, že klienti nevědí, kde si informace o sexualitě mohou vyhledat.

## 5 Diskuze a doporučení

Tato kapitola je věnována zamýšlení se nad výsledky výzkumného šetření, které jsou doplněny o doporučení pro praxi.

Autorka během realizace rozhovorů a interpretace výsledků narazila na tři hlavní problémy, které se týkají prožívání sexuality v domově. Jsou jimi nedostatek soukromí, nedostatečná sexuální výchova a nedostatečná informovanost.

Z výzkumného šetření a kontextu dotazovaných osob vyplynulo, že v domově pro osoby se zdravotním postižením je potřeba intimity a sexuality naplňována pouze částečně a je vázána na soukromí, které domov není schopen v dostatečné míře zajistit. Co se týče nějakého místa, kde by respondenti mohli být zcela sami, tak jediné místo, které respondenty napadlo, byla toaleta. Proto by určitě bylo vhodné, aby domov tento problém řešil a zajistil svým klientům větší soukromí. Domov se nachází na starém zámku, který prostory neodpovídá zajištění soukromí všem klientům. Proto si autorka uvědomuje, že toto doporučení není úplně lehké realizovat. Řešením by mohla být např. jedna místnost, která by byla určena pouze pro prožívání sexuality pro klienty, kteří by neměli dostatek soukromí. Řešením by také mohlo být poučit klienty o tom, kde v domově by soukromí mohli nalézt. Posledním řešením, které by autorka ráda zmínila v souvislosti se soukromím, by bylo určit si pravidla na pokoji. Klienti by se poté mohli domluvit mezi sebou, kdyby si někdo chtěl přivést návštěvu, nebo kdyby někdo chtěl být chvíli sám.

Dalším problémem je nedostatečná sexuální výchova. Právě sexuální výchova má pro prožívání sexuality zásadní vliv a měl by proto být zdůrazněn její význam. I dnes se ale mohou objevovat názory lidí na to, že lidé s mentálním postižením vlastně nemají sexuální a vztahové potřeby a že je tedy sexuální výchova zbytečná, nebo nestandardní. Ovšem zamlčovat nebo zkreslovat člověku s postižením informace o sexualitě je velmi nezodpovědné a výsledkem může být újma na zdraví nebo kvalitě člověka. (Eisner, 2013) Dále Eisner (2013, s. 94) v souvislosti se sociální službou dodává „*Sexuální osvěta má tedy své místo v každé sociální službě, která vnímá člověka s postižením jako rovnoprávného a plnohodnotného a má svou činností zájem na skutečném zlepšení kvality jeho života.*“ Úkolem sociální služby by tedy mělo být rozšiřovat a nabízet člověku s postižením možnosti, které zvyšují možnosti naplnění sexuálních potřeb. Jednou z takových možností je potom sexuální osvěta. (Eisner, 2013)

Sexuální výchově by se tedy domov měl bezesporu věnovat. Z výzkumného šetření ale vyplynulo, že se v domově sexuální výchova nijak nerealizuje. Klienti by proto měli být v této oblasti více informováni, protože mají omezené možnosti jak se o sexualitě dozvědět více

informací. Mnozí respondenti totiž ani nevědí, kde by informace o sexualitě mohli získat. Proto dalším doporučením autorky pro praxi je určitě realizace sexuální výchovy. V zařízení zatím žádná sexuální výchova neprobíhá, ačkoliv je zařízení pro tyto případy celkem dobře zařízené. V domově jsou dva proškolení pracovníci, kteří prošli kurzem Petra Eisnera na téma sexuality. V rámci tohoto kurzu obdrželi různé pomůcky, se kterými mohou v domově pracovat. Těmito pomůckami jsou např. Listy sexuality od Petra Eisnera, které jsou zaměřeny na rozlišení ženského a mužského těla, DVD o masturbaci apod. Další pomůckou, se kterou pracovníci mohou pracovat, jsou ručně šití panáči s intimními partiemi. Domov také vypracoval svůj protokol o sexualitě. Sexuální výchovu však domov doteď nezačal realizovat. Autorka považuje za vhodné, aby se sexuální výchova v tomto zařízení začala realizovat co nejdříve, protože dostatek informací o sexualitě určitě patří ke správnému prožívání sexuality.

Posledním problémem, který autorka zjistila, je nedostatečná informovanost. Z výzkumného šetření vyplývá, že respondenti nevědí o klíčových pracovnících, kteří se v domově zabývají sexualitou a všichni uvedli, že v domově neví o nikom, kdo by se sexualitou zabýval. Ani jeden z respondentů neodpověděl, že by se při řešení své sexuality obrátil na nějakého pracovníka v domově. Je to možná proto, že respondenti nemají v této věci k pracovníkům dostatek důvěry, nebo třeba neví, na koho se obrátit. Respondenti by ale měli přesně vědět, na koho se obrátit a za kým jít, kdyby se potřebovali v oblasti sexuality něco dozvědět, nebo se s něčím poradit. Tento problém by proto bylo také vhodné odstranit. Autorka práce by zařízení tedy doporučila větší informovanost. Vhodné by určitě bylo klienty zařízení informovat o klíčových pracovnících a o možnosti využít jejich podpory.

Práce se sexualitou lidí je stále na začátku. V poslání mnohých organizací se můžeme dočíst, že pomáhají lidem žít „plnohodnotným životem“. Pod pojmem plnohodnotný život si ovšem každý může představit něco jiného. Někteří pracovníci si pod tím představí, že se o své klienty starají, aby byli v suchu, teple a nehladověli. Druhá část pracovníků do tohoto pojmu zahrnuje také vztahové a sexuální potřeby (Eisner, 2013). Podle autorky této práce by ovšem do tohoto pojmu měla být sexualita řazena vždy, protože přece jen patří mezi základní lidské potřeby. Pracovníci by proto klientům měli poskytovat dostatek informací a vhodné podmínky pro uspokojení této jejich potřeby.

## Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu sexuality osob s mentálním postižením, kteří žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením. Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem a do jaké míry je v domově pro osoby se zdravotním postižením naplňována potřeba intimity a sexuality u osob s mentálním postižením.

V teoretické části se autorka věnovala vymezením pojmu mentální postižení, klasifikací mentálního postižení a psychologickými zvláštnostmi osob s mentálním postižením. V další kapitole autorka vymezila pojem sexualita a věnovala se sexualitě osob s mentálním postižením, kde popsala některá rizika, která mohou se sexualitou souviset, zmínila dokumenty, které se sexualitou souvisí a zdůraznila nutnost sexuální výchovy. Poslední kapitolu teoretické části autorka zaměřila na domovy pro osoby se zdravotním postižením, kde zmínila mimo jiné také protokol o sexualitě.

V praktické části se autorka zabývala sexualitou a intimitou osob s mentálním postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením. K výzkumnému šetření bylo využito kvalitativní metody sběru dat, konkrétně pak polostrukturovaného rozhovoru, který autorka vedla s klienty domova. V této části autorka interpretovala výsledky výzkumného šetření a zodpověděla na hlavní výzkumnou otázku. Dalšími tématy, kterými se autorka zabývala, jsou otázky soukromí, sexuální výchovy nebo sexuálních potřeb. Výzkumné šetření bylo provedeno v domově pro osoby se zdravotním postižením v Moravskoslezském kraji.

Na základě interpretace výsledků došla autorka k závěru, že v domově pro osoby se zdravotním postižením mohou být sexuální potřeby uspokojeny pouze částečně a jsou vázány na soukromí klientů. Právě soukromí je v domově pro osoby se zdravotním postižením problém, který domov není schopen spolehlivě řešit. Dalšími problémy, které byly z vyhodnocení zjištěny, je nedostatečná sexuální výchova a nedostatečná informovanost.

Během zpracovávání tématu si autorka odnesla cenné zkušenosti a ráda by na toto téma v budoucnu ráda navázala diplomovou prací, ve které by pro změnu zkoumala sexualitu klientů z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, kteří v zařízení pracují.

## Seznam použité literatury

ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3680-7.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a Miluše HUTYROVÁ. *Speciální pedagogika 6*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1214-4.

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

MACHALOVÁ, Adéla, *Problematika sexuality lidí s mentálním postižením*. Zlín, 2014. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí diplomové práce Zdeňka Kozáková.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

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

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

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

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání - pachatelé a oběti*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-795-8.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

### **Internetové zdroje:**

*Deklarace lidských práv* [online] 1948 [cit. 2018-11-3] Dostupné z: [http://www.lidskaprava.cz/uploads/03\\_dokumenty/04\\_uvod/00\\_VDLP\\_UDHR-.pdf](http://www.lidskaprava.cz/uploads/03_dokumenty/04_uvod/00_VDLP_UDHR-.pdf)

*Etický kodex sociálního pracovníka České republiky* [online] [cit. 2018-11-3] Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)

HROCH, Jaroslav, 2018. Do kurzu sexuální asistence pro handicapované se hlásí i muži. ‚Začíná další etapa,‘ říká lektorka. In: *iROZHLAS.cz* [online]. Praha: iROZHLAS.cz, 25.11.



[cit. 2018-12-29]. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/sexualni-asistence-duchodci-postizeni-freya-handikap-kurz-sexualni-asistentky\\_1811250703\\_och](https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/sexualni-asistence-duchodci-postizeni-freya-handikap-kurz-sexualni-asistentky_1811250703_och)

*Charta sexuálních a reprodukčních práv* [online] 1996 [cit. 2018-11-3] Dostupné z: [http://old.planovanirodiny.cz/storage/Charta\\_sex\\_a\\_repr\\_prav\\_1997.pdf](http://old.planovanirodiny.cz/storage/Charta_sex_a_repr_prav_1997.pdf)

PETRÁŠEK, Radek, 2015. Česko má první sexuální asistentky pro lidi s postižením. In: *Týden.cz* [online]. 3.11. [cit. 2018-12-29]. Dostupné z: [https://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/vztahy/cesko-ma-prvni-sexualni-asistentky-pro-lidi-s-postizenim\\_361121.html](https://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/vztahy/cesko-ma-prvni-sexualni-asistentky-pro-lidi-s-postizenim_361121.html)

*Sexuální asistence* [online]. Freya. [cit. 2018-12-29]. Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence#eticky%20kodex>

*Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník* [online] 2009 [cit. 2018-11-3] Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/trestni-zakonik/cast-2-hlava-3-paragraf-188?full=1>

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] 2006 [cit. 2019-01-05] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 Přehled respondentů

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas zařízení

Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru

Příloha č. 3 - Přepis rozhovoru

**Souhlas s provedením výzkumného šetření pro bakalářskou práci**

Udělují tímto souhlas Anetě Reichelové, studentce Univerzity Palackého v Olomouci, pedagogické fakulty, s provedením výzkumného šetření pro bakalářskou práci s názvem „Sexualita osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením“ v našem zařízení.

Výzkumné šetření bude prováděno formou polostrukturovaného rozhovoru.

V \_\_\_\_\_ dne:

---

Ředitel zařízení

## Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru

### Úvodní otázky:

- 1.) Kolik je Vám let?
- 2.) Jak dlouho žijete v tomto domově pro osoby se ZP?
- 3.) Co Vás tady baví a co Vás nebaví?
- 4.) Jak trávíte volný čas?
- 5.) S kým trávíte nejvíc času?

### Partnerství

1. otázka: Co pro Vás znamená pojem partnerství?
2. otázka: Co pro Vás znamená láska, zamilovanost?
3. otázka: Máte partnera? - Pokud ano, jak dlouho? Kde jste se seznámili? Jak často a kde se spolu stýkáte? Máte možnost být někdy sami? Jak spolu trávíte čas?  
- Pokud ne, měl/a jste někdy partnera? Chtěl/a byste s někým být?  
Byl/a jste někdy zamilovaná?
4. otázka: Kde si myslíte, že se můžete s někým seznámit? Je v současné době někdo, kdo s Vámi bydlí v domově a chtěl/a byste s ním navázat hlubší vztah?

### Soukromí

1. otázka: S kolika lidmi sdílíte pokoj?
2. otázka: Máte možnost být někdy sám?
3. Otázka: Kam jdete, když chcete být sám?

### Sexualita

1. otázka: Co to znamená, když se řekne sex nebo sexualita?
2. otázka: Co podle Vás dělají partneři, když jsou spolu? Jak vy sám byste s partnerem/partnerkou trávil čas?
3. otázka: Jaké máte sexuální zkušenosti?
4. otázka: Jak moc je pro Vás v partnerství důležitý sex? (preferujete partnerství se sexuálními aktivitami nebo to není důležité)
5. otázka: Co to znamená, když se řekne masturbace? Máte s ní nějaké zkušenosti?

## **Sexuální výchova**

1. otázka: Jak jste se dozvěděl/a o sexualitě? Jak získáváte informace o sexualitě?
2. otázka: Koho byste se zeptal/a kdybyste se potřeboval/a dozvědět něco o sexualitě?
3. otázka: Je určený nějaký pracovník, který by s Vámi mohl hovořit o sexu?
4. otázka: Jak moc dostatečné jsou podle Vás Vaše znalosti o sexualitě? (o hygieně, rizicích, sexuálním styku...)

Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru

**Respondent A:**

A: Můžeme začít?

B: Jo.

A: Tak já se na začátek zeptám, kolik je Vám let?

B: 44 mi bude v Květnu.

A: A jak dlouho žijete v tomto domově pro osoby se zdravotním postižením?

B: Od roku 2011.

A: A co Vás tady baví a co Vás tady nebaví? Jakože máte tady třeba nějaké aktivity, kterým se věnujete, které Vás baví?

B: (nejde rozumět)

A: A jak teda trávíte volný čas tady?

B: Já tady nejsem věčně.

A: Prosím?

B: Tady nejsem věčně.

**Pracovnice:** Že tady není. Tráví čas mimo zařízení.

A: Jo dobře. A s kým trávíte nejvíc času?

B: Sám.

A: Sám? Takže s žádnými klienty dalšími nebo...

B: Ne.

A: Vůbec. Co pro Vás znamená pojem partnerství?

B: Chtěl bych odsud odejít jo a chtěl bych si najít přítelkyni.

A: Takže pro Vás partnerství znamená, že budete mít přítelkyni.

B: Jo.

A: A co pro Vás znamená láska a zamilovanost?

B: Že bych měl s ní rodinu.

A: Takže když budete jako zamilovaný, tak to znamená, že byste chtěl mít rodinu.

B: Jo. A bydlel odsud pryč.

A: Jo. Máte partnerku?

B: Ne.

A: Nemáte. A měl jste někdy partnerku?

B: Měl jsem v (název města).

A: Takže jste měl partnerku v (název města)?

**B:** Jo.

**A:** A jak dlouho jste spolu byli?

**B:** Dva roky.

**A:** Dva roky jste spolu byli?

**B:** Jo.

**A:** A byl jste zamilovaný?

**B:** Byl.

**A:** Byl. A kde si myslíte, že se můžete s někým seznámit s nějakou partnerkou? Myslíte si, že to je tady nebo někde jinde, nebo třeba přes internet?

**B:** Přes internet.

**A:** Jo? Takže myslíte, že se můžete s někým seznámit přes internet.

**B:** Jo.

**A:** A myslíte, že tady v tomto domově ne?

**B:** Ne.

**A:** Ne? Není tady někdo, kdo by se Vám líbil?

**B:** Ne.

**A:** Není. S kolika lidmi sdílíte pokoj?

**B:** Sám pro sebe.

**A:** Máte sám pro sebe. Takže máte dostatek soukromí?

**B:** Jo.

**A:** Co to znamená, když se řekne sex nebo sexualita?

**B:** Že mám chuť na sex.

**A:** Že máte chuť na sex?

**B:** Jo.

**A:** Jo? A co podle Vás dělají partneři, když jsou spolu?

**B:** Mají se rádi.

**A:** Prosím?

**B:** Mají se rádi.

**A:** Mají se rádi. A jako nějaké aktivity, co spolu provádí? Tak co spolu partneři dělají podle Vás, když jsou spolu.

**B:** Milujou se a mají spolu sex.

**A:** Takže mají spolu sex jo?

**B:** Jo.

**A:** A jak jste s tou svojí partnerkou trávil čas, když jste měl partnerku?



**B:** Šel jsem s ní sám na pokoj a pak jsme se milovali a měl jsem s ní sex.

**A:** Takže jste spolu měli sex?

**B:** Jo.

**A:** A jaké máte sexuální zkušenosti? Rozumíte tomu, co po Vás chci?

**B:** Rozumím.

**A:** Jo? Tak... A řeknete mi, jaké máte sexuální zkušenosti?

**B:** Moment

(pracovnice sděluje, že na chvíli odchází)

**A:** Tak říkal jste, že jste se s partnerkou milovali, takže měl jste pohlavní styk s partnerkou?

**B:** Jo.

**A:** A ještě něco jste spolu jako jiného prováděli?

**B:** Jsme se milovali a potom jsme spolu měli sex.

**A:** Takže jako Vaše sexuální zkušenost je jenom ten pohlavní styk?

**B:** Jo.

**A:** Takže žádná třeba jako orální sex, jestli mi rozumíte?

**B:** Ne.

**A:** Vůbec jo. Takže jenom čistě pohlavní styk.

**B:** Jo.

**A:** Je pro Vás v partnerství důležitý sex?

**B:** To se dá říct.

**A:** Prosím?

**B:** To se dá říct.

**A:** Že se to dá říct?

**B:** Jo.

**A:** Takže dovedete si představit, že byste byli s partnerkou a neměli byste spolu sex?

**B:** To by nešlo.

**A:** Nešlo. Takže je to pro Vás důležité s partnerkou mít sex.

**B:** Je.

**A:** Víte, co to znamená, když se řekne masturbace?

**B:** Ne.

**A:** Nevíte, co to je. Tak já Vám to zkusím trošku...to je prostě jakoby sebeuspokojování. Tomu už rozumíte? Sebeuspokojování?

**B:** Ne.

**A:** Ne? To znamená, že když třeba nemáte partnerku, ale máte prostě chuť na sex, tak prostě se sám sebe jakoby uspokojíte. Už mi rozumíte?

**B:** Jo.

**A:** A máte s tím nějaké zkušenosti tady s tím sebeuspokojováním?

**B:** Ne.

**A:** Nemáte? Takže běžně to neprovozujete.

**B:** Ne.

**A:** Dobře. Jak jste se dozvěděl o sexualitě? Bylo to třeba ze školy,...

**B:** Ze školy.

**A:** Jo, takže měli jste třeba ve škole nějakou sexuální výchovu?

**B:** Jo, měli.

**A:** A co jste tam probírali?

**B:** My jsme probírali různé věci.

**A:** Například?

**B:** O sexu.

**A:** Aha a jak získáváte informace o sexualitě nyní? Když potřebujete něco vědět, tak jak získáte informace?

**B:** Přes internet

**A:** A koho byste se zeptal, kdybyste se potřeboval něco dozvědět? Je někdo, koho byste se zeptal, jako nějakého člověka? Kdybyste se potřeboval dozvědět něco o sexu, o sexualitě?

**B:** Na internetu.

**A:** Takže všechno hledáte na internetu?

**B:** Jo.

**A:** Není žádná osoba, které byste se ptal?

**B:** Ne.

**A:** A je tady v tom domově určený nějaký pracovník, který by s Vámi mohl hovořit o sexu?

**B:** Není.

**A:** Není? Ani tady paní (jméno pracovnice).

**B:** Ne.

**A:** Vůbec. A jak moc dostatečné jsou podle Vás Vaše znalosti o sexualitě? Například jestli víte o nějakých rizicích, jo že jsou třeba nějaké přenosné, pohlavně přenosné choroby...

**B:** Vím.

**A:** Víte. Takže to víte. A ještě nějaké dál... Jako myslíte si, že máte dostatečné znalosti o sexualitě?

**B:** Mám.

**A:** Máte. Myslíte si, že máte. Takže víte, že prostě, znáte třeba jako ty pohlavně přenosné choroby.

**B:** Jo.

**A:** Jo a dál třeba o hygieně... Taky máte.

**B:** Jo.

**A:** Takže myslíte, že máte dostatek informací.

**B:** Jo.

**A:** Dobře. Tak já bych to ukončila. To už byly všechny otázky. Děkuji.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Aneta Reichelová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Daniela Maštalířová
<b>Rok obhajoby:</b>	2019

<b>Název závěrečné práce:</b>	Sexualita osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením
<b>Název závěrečné práce v angličtině:</b>	Sexuality in clients with intellectual disability lived in homes for disabled in adults client.
<b>Anotace závěrečné práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na problematiku sexuality u osob s mentálním postižením, kteří žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením. Teoretická část vymezuje jednotlivé kategorie, které s tématem souvisí. První kapitola je věnována pojmu mentální postižení, druhá kapitola pojednává o sexualitě osob s mentálním postižením. Třetí kapitola je zaměřena na samotné domovy pro osoby se zdravotním postižením a poslední, čtvrtá kapitola se věnuje praktické části. Praktická část je zaměřena na zjišťování podmínek pro prožívání sexuality u osob s mentálním postižením v domově pro osoby se zdravotním postižením. Hlavním cílem praktické části je zjistit, jakým způsobem a do jaké míry je u osob s mentálním postižením naplňována potřeba intimity a sexuality v domově pro osoby se zdravotním postižením.
<b>Klíčová slova:</b>	Mentální postižení, mentální retardace, sexualita, sexualita v domovech, domovy pro osoby se zdravotním postižením

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 – Informovaný souhlas zařízení Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru
<b>Rozsah práce:</b>	61 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český