

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sexuální problematika klientů s mentálním postižením v ústavních zařízeních

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Michaela Paterová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Zimmelová Petra, Mgr., Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3.5.2013

Abstrakt

Sexualita osob s mentálním postižením představovala do nedávné doby společenské tabu. V současné době se toto téma stalo velmi aktuální pro poskytovatele sociálních služeb a zejména pro jejich zaměstnance. Problematika tohoto tématu mě zaujala natolik, že jsem se rozhodla získat bližší informace svojí bakalářskou prací.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou část a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. Použila jsem dostupnou odbornou literaturu, platnou legislativu, ale i internetové zdroje, které se touto problematikou zabývají.

V první kapitole se zabývám mentálním postižením, které je rozděleno dle Mezinárodní klasifikace nemocí a z psychologického hlediska na čtyři stupně intelektového vývoje. Jde o lehkou formu mentálního postižení. Většina osob s lehkou formou mentálního postižení je schopných úplné nezávislosti na druhých v péči o sebe sama. V praktických činnostech jsou pomalejší ve srovnání s normou. Druhým stupněm je středně těžká forma mentálního postižení. Schopnosti v této oblasti jsou velmi individuální a rozdílné. Výrazně je opožděn rozvoj chápání, užívání řeči, soběstačnost, zručnost, schopnost starat se sám o sebe, ale i vzdělávání je výrazně omezeno. Velmi ojediněle jsou schopni vést zcela samostatný život. Třetím stupněm je těžká forma mentálního postižení. Tito jedinci obvykle nezvládají školní trivium, výchova a vzdělávání jsou značně omezené. Kvalitu života je třeba zaměřit na nácvik dovedností k jejich samostatnosti. Čtvrtým stupněm je forma hlubokého mentálního postižení. Tyto osoby mají nepatrnou nebo žádnou schopnost sebepěče a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. V této kapitole jsem se ještě zabývala etiologií a příčinami mentálního postižení. Uvádím zde klasifikační systémy dle Penrose a AAMR , které kategorizují mentální postižení.

V další kapitole jsem se zabývala termínem jedinec s mentální retardací, které je synonymem termínu jedinec s mentálním postižením, který se užívá dnes. V současné době se více zdůrazňuje význam osobnosti, což souvisí s nově přijatou koncepcí

v oblasti speciálních potřeb osob. Jedná se o holistický systém, který je nazýván jako Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. V práci je dále blíže specifikováno k čemu tato klasifikace slouží. Pojem disability je zde popsán a chápán jako zastřešující výraz pro oblast funkčních poruch, aktivit a participací konkrétního jedince.

Další kapitola je zaměřena na sexualitu, která tvoří zcela nepostradatelnou součást života jakéhokoliv jedince. Uvádím zde funkce sexuality a časové zmapování sexuálního vývoje. Sexualita by neměla být odpírána ani lidem s jakýmkoliv zdravotním znevýhodněním. V další části uvádím sexuální problematiku osob s mentálním postižením. Prvním tématem je výchova a osvěta osob s mentálním postižením. Dále jsem se zabývala sexuálním zneužíváním osob s mentálním postižením, což znamená jakákoliv sexuální aktivita konaná bez souhlasu druhé osoby. Bohužel jsou to nejčastěji osoby, které bývají v blízkém kontaktu se zneužívanou osobou. V práci jsem uvedla několik rizikových faktorů, které jsou příčinou sexuálního zneužívání těchto osob. Se sexualitou úzce souvisí partnerské vztahy, které v práci také uvádím. Partnerské vztahy osob s mentálním postižením jsou vyjádřením potřeby touhy po blízkém člověku. V závěru teoretické části jsem se zabývala rodičovstvím a možnostmi ochrany před početím. Jako prevenci před početím uvádím různé druhy antikoncepčních prostředků. Osoby s mentálním postižením by neměli být v uplatňování práva na rodičovství zkracováni.

Praktickou část bakalářské práce tvoří sběr dat, pomocí techniky kvalitativního výzkumu, metodou nestandardizovaných hloubkových rozhovorů. Základní soubor byl vytvořen parametry zakotvené teorie, přičemž nebylo využito všech parametrů, vzhledem k její obsáhlosti. Základní výzkumný soubor jsem stanovila dle pracovních pozic zaměstnanců Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci. Základní soubor tedy tvoří pracovnice v přímé péči, zdravotní sestra a sociální pracovník. Další respondenty jsem zvolila v průběhu šetření, ze kterého vyplynula potřeba zohlednit pohlaví a délku praxe respondentů. Byly položeny dvě výzkumné otázky. Zda vnímá personál sexuální život osob s mentálním postižením jako vyhovující a zda jsou informace odborného personálu o sexuálním životě osob s mentálním postižením dostačující.

Z výzkumu bylo zjištěno, že odborný personál má dostatečné množství informací, ale sexuální osvěta a výchova v zařízení vůbec neprobíhá nebo jen na úrovni „zakázka klienta – instinktivní reakce zaměstnance“. Z rozhovorů vyplývá, že se zaměstnanci necítí být dostatečně kompetentní v otázkách sexuální výchovy a osvěty. Neví jakým způsobem komunikovat v oblasti sexuality s uživateli a mají strach z konfrontace ze strany opatrovníků, veřejnosti nebo ostatních zaměstnanců. Z rozhovorů dále vyplynulo, že zaměstnanci souhlasí s partnerstvím osob s mentálním postižením, ale vnímají, že jejich klientky nemají dostatek možností k navázání vztahů, byť jen přátelských. V tomto vidí zaměstnanci nevýhodu, která je dána typem zařízení. Z rozhovorů bylo také zjištěno, že souhlasí s užíváním antikoncepce v případě, že klientka zahájí s partnerem sexuální život, ale s plošným podáváním antikoncepce všem klientkám jen z důvodu „co kdyby náhodou“ nesouhlasí. Také jsou toho názoru, že tato informace by neměla být hromadně sdílena celým domovem. Dále jsem zjistila, že s rodičovstvím osob s mentálním postižením většina respondentů spíše nesouhlasí, ve většině případů by rodičovství nedoporučili vůbec, někteří pouze s ohledem na stupeň mentálního postižení a zdravotní kontraindikace. Dále jsem zjišťovala, zda zaměstnanci nějakým způsobem řeší vzhled klientek, který úzce souvisí s navazováním vztahů. Respondentky ženy uvedly, že v tomto směru se mnohé zlepšilo, vidí zlepšení v úpravě účesů, volby oblečení a odstranění ústavních zvyklostí. Respondent muž uvedl, že některé ústavní přežitky se odstraňují těžce a moc zlepšení ve vzhledu klientek nevidí. V otázce sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením jsem v rozhovoru zjistila, že tento problém byl v zařízení již jednou řešen. Ke zneužití došlo mezi klientkami Domova a postup, kterým byla tato situace řešena, nebyl profesionální. Zaměstnanci si uvědomují, že jsou tito lidé snadnou obětí, ale zároveň neprovádí žádnou prevenci ve formě sexuální výchovy.

Z těchto zjištění vyplývá, že by bylo vhodné podpořit vznik protokolu, ve kterém bude zakotvena sexuální problematika uživatelů sociálních služeb pro toto zařízení. Protokol by zároveň mohl sloužit jako prevence sexuálního zneužívání.

Vhodné by také bylo odborné školení v oblasti komunikace v sexuální oblasti, mezi zaměstnancem a uživatelem.

Abstract

Sexuality of persons with mental disability has represented a social taboo until recent times. Currently, this topic has become very actual for providers of social services, and in particular for their employees. Issues related to this topic attracted my attention so much, that I decided to obtain further information through my bachelor thesis

Bachelor thesis contains theoretical part and practical part. The theoretical part contains three chapters. I used available scientific literature, valid legislation, and also Internet-based sources, which deal with this issue.

in the first chapter, I explore mental disabilities, which are divided according to the International Classification of Diseases, and from the psychological point of view, into four degrees of intellectual development. It is the light form of mental disability. Most persons with the light form of mental disability are capable of complete independence on others while taking care of themselves. In comparison with the standard, they are slower when performing practical activities. The second degree is the moderate-heavy form of mental disability. Skills in this area are very individual and different. Development of understanding, use of language, self-sufficiency, skills and the ability to take care of themselves are significantly belated, as well as education, which is severely limited. They are able to live fully separate lives very uniquely. The third degree is the heavy form of mental disability. These individuals usually cannot manage the school trivium, education and training are severely limited. Quality of life must be focused on the training of skills leading to their independence. The fourth degree is the form of deep mental disability. These individuals have little or no ability of self-care, and they require constant assistance and constant control. In this chapter, I also focused on etiology and causes of mental disability. Here I mention classification systems by Penrose and AAMR, which categorize mental disability.

In the next chapter, I focused on dealing with the term the individual with mental retardation, which is synonymous with the term the individual with mental disability, which is used nowadays. The importance of personality is currently more emphasized, what is related to the newly adopted concept in the field of specific needs of persons. It is a holistic system, which is called the International Classification of Functional

Ability, Disability and Health. Further in the thesis, it is specified, what this classification is used for. The term disability is described there, and it is understood as a term covering the area of functional disorders, activities and participations of specific individual.

Next chapter is focused on sexuality, which forms indispensable part of life of any individual. Here I introduce the function of sexuality and time-mapping of sexual development. Sexuality should not be denied for persons with any health handicap. In the next section I introduce sexual issues of persons with mental disability. First topic is the education and awareness for persons with mental disabilities. In addition, I dealt with sexual abuse of persons with mental disability, which meant any sexual activity held without consent of the other person. Unfortunately, those are mostly persons, who tend to be in close contact with the abused person. In my thesis I mentioned several risk factors that cause sexual abuse of those persons. Sexuality is closely linked with partner relationships, which I also mention in my thesis. Partnership of persons with mental disability is a manifestation of needs to have a close person. In conclusion of the theoretical part I dealt with parenthood and possibilities of protection against conception. As the prevention against conception I mention different types of contraceptive means. Persons with mental disability should not be shortened when applying the parenthood right.

The practical part of the bachelor thesis consists of the data collection while using qualitative research techniques with the method of unstandardized in-depth interviews. The basic complex was created by parameters of the enshrined theory, when not all parameters were used according to its comprehensiveness. I set the basic research complex according to positions of the staff of the Social Service Center in Jindřichův Hradec. Therefore, the basic complex consists of workers in the direct care, nurses and social workers. I chose other respondents according to the course of investigation, which identified a need to take into account the gender and length of practice of respondents. Two research questions were raised. Whether the staff perceives sexual life of persons with mental disability as suitable and whether the information of the professional staff about sexual life of persons with mental disability are sufficient.

On the basis of the research it was found that the professional staff has sufficient amount of information, but the sexual education and training in the institution does not take place at all, or that it is proceeded only at the level of "the client order - instinctive reaction of the employee." Interviews showed that employees do not feel being sufficiently competent in matters of sexual education and awareness. They do not know how to communicate with the patients in the field of sexuality, because they fear the confrontation from the side of custodians, the public or other employees. The interviews further revealed that the employees agree with partnerships of persons with mental disability, but they perceive that their clients do not have enough options to establish a relationship, even on a friendly level. In this the staff sees a disadvantage, which is characterized by the type of the institution. From the interviews it was also found that they agree with the use of contraception in case that the client starts living sexual life with her partner, but they do not agree with wide application of contraception to clients just in case "What if it happens". They are also of the opinion, that this information should not be shared by whole institution. In addition, I found out that the majority of respondents rather do not agree with the parenthood of persons with mental disability, in most cases they would not recommend the parenthood at all, some would do it only with regard to the degree of mental disability and health contra-indication. In addition, I examined whether the employees solve the clients appearance in some way, which is closely linked to the establishment of a relationship. Female respondents indicated that, in this respect, a lot of had improved, they saw improvement in hairstyle, clothing and elimination of the institutional practice. Male respondents stated that it was hard to remove some institutional leftovers and that they did not see much improvement in the appearance of clients. Regarding the issue of sexual abuse of persons with mental disability, I found out during the interview that this problem was once solved in the institution. The abuse occurred among clients of the Home and the procedure of solution of this situation was not professional. Employees aware that these people are an easy victim, but at the same time they do not undertake any prevention in the form of sexual education.

These findings show that it would be appropriate to encourage establishing the protocol, in which there would be enshrined sexual issues of users of social services provided by this institution. The protocol could also serve to the purpose of prevention of sexual abuse.

Professional training focused on communication between the staff and the user in the field of sexual education would be also appropriate.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

Michaela Paterová

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce. Dále děkuji zaměstnancům Domova Pístina za jejich ochotu, spolupráci a čas, který mi věnovali a děkuji i své rodině, která mi byla v době studia velkou oporou.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 14 |
| 1. Současný stav problematiky sexuality u osob s mentálním postižením..... | 15 |
| 1.1 Mentální postižení..... | 16 |
| 1.1.1 Psychologické rozdělení mentálního postižení | 16 |
| 1.1.1.1 Lehká mentální retardace..... | 17 |
| 1.1.1.2 Středně těžká mentální retardace | 18 |
| 1.1.1.3 Těžká mentální retardace | 18 |
| 1.1.1.4 Hluboká mentální retardace | 19 |
| 1.1.2 Příčiny a etiologie mentálního postižení | 19 |
| 1.1.3 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením..... | 21 |
| 1.2 Jedinec s mentální retardací | 23 |
| 1.2.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví..... | 23 |
| 1.2.2 Pojem disabilita | 24 |
| 1.3 Sexualita..... | 25 |
| 1.3.1 Sexualita osob s mentálním postižením | 27 |
| 1.3.2 Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením..... | 29 |
| 1.3.3 Pojem sexuální zneužívání | 30 |
| 1.3.4 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením | 30 |
| 1.3.5 Partnerské vztahy osob s mentálním postižením..... | 32 |
| 1.3.6 Antikoncepce u osob s mentálním postižením | 33 |
| 1.3.7 Rodičovství u osob s mentálním postižením | 34 |
| 2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 36 |
| 2.1 Cíl práce | 36 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 36 |
| 3. METODIKA..... | 37 |
| 3.1 Technika sběru dat | 37 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 37 |
| 3.3 Proces sběru dat..... | 38 |
| 4. Výsledky..... | 39 |

| | |
|---|----|
| 4.1. Rozhovor: Respondentka: Pracovnice v přímé péči | 39 |
| 4.2. Rozhovor: Respondentka: Všeobecná sestra | 41 |
| 4.3. Rozhovor: Respondentka: Sociální pracovnice | 44 |
| Tabulka 3 | 48 |
| 4.4. Rozhovor: Respondent: pracovník v přímé péči (muž) | 51 |
| 4.5. Rozhovor: Respondent: pracovnice v přímé péči | 54 |
| Tabulka 4 | 57 |
| 5. Diskuze | 59 |
| 6. Závěr | 64 |
| 7. Seznam použitých zdrojů | 66 |
| 8. KLÍČOVÁ SLOVA | 71 |
| 9. PŘÍLOHY | 72 |
| Příloha 1 | 73 |
| Příloha 2 | 74 |
| Příloha 3 | 76 |
| Příloha 4 | 78 |

Seznam použitých zkratk

- 1) AAMR - Klasifikační systém mentálního postižení
- 2) MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností
- 3) MP - Mentální postižení
- 4) DOZP - Domov pro osoby se zdravotním postižením
- 5) CSS - Centrum sociálních služeb
- 6) MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí
- 7) IQ - Inteligenční kvocient

Úvod

Motto: „ Člověk je společenský tvor a byl stvořen pro společenství. “

Lucius Annaeus Seneca

Sexualita osob s mentálním postižením je v současné době aktuálním tématem pro poskytovatele sociálních služeb a jejich zaměstnance. Život osob s mentálním postižením se v poslední době velmi zkvalitnil v oblasti sociální a v oblasti respektování jejich práv a svobod. Přesto uživatelé stále ještě žijí v Domovech a zařízeních, která jsou často jen pro ženy nebo pro muže. V těchto zařízeních jsou uživatelé velmi ochuzeni o možnost navazování partnerských či jen přátelských vztahů. Tento problém je dán institucionálním prostředím, ve kterém tito lidé žijí často od útlého mládí. Instituce neumožňuje uživatelům dostatečnou sociální síť, která by pomohla s navazováním milostných vztahů, které jsou důležitou součástí lidského štěstí.

Zákonem č. 108/2006 Sb. a vyhláškou 505/2006 se mnohé změnilo, například individuální přístup ke klientovi, respektování jejich práva na soukromí, vlastní názor a rozhodnutí atd. Naplňování partnerských a sexuálních potřeb prozatím stále chybí, možná právě proto, že nebyla odstraněna z těchto zařízení tzv. „instituce“, což v praxi lze jen obtížně. Snaha poskytovatelů sociálních služeb a zejména jejich zaměstnanců je velká, vzrostl zájem o získávání zkušeností a informací o sexuální oblasti jejich uživatelů. V zařízeních probíhají nejrůznější odborná školení, která zaměstnancům pomáhají odkrýt tuto problematiku a zajišťují dostatečný přísun informací, avšak otázkou je, zda zaměstnanci tyto informace vhodně využijí ve své praxi.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat názory a postoje zaměstnanců Centra sociálních služeb v oblasti sexuální problematiky osob s mentálním postižením, a zda vnímá personál sexuální život těchto osob jako dostačující. Bakalářská práce může být využita jako podnět ke vzniku speciálního školení nebo zpracování metodiky k sexualitě uživatelů.

1. Současný stav problematiky sexuality u osob s mentálním postižením

Oblast sexuality u osob s postižením je tématem, v současné době, velice diskutovaným. Stejně tak názory na tuto problematiku se značně různí. Je skutečností, že i u lidí s mentálním postižením je oblast sexuality přítomna. A to jak na úrovni tzv. identity, kdy se chtějí líbit sobě samému, tak i druhým, chtějí a potřebují zastávat roli muže nebo roli ženy, tak i na úrovni tzv. intimacy, kdy chtějí a potřebují prožívat lásku, potřebují vytvářet partnerské dvojice apod. (2).

Osoby s postižením nelze považovat za zcela asexuální bytosti. V současné době je snahou zařízení sociální péče a poskytovatelů služeb sociální péče, aby byla zajištěna určitá rovnováha mezi ochranou a bezpečím klientů a dále zachováním a respektováním jejich práva na zdravý sexuální, partnerský život. Metodou k tomuto přístupu je především adekvátní forma zvolené sexuální výchovy klientů s postižením. Je známo, že lidem s postižením bývá velmi často odepíráno jejich právo na sexuální život. Důvodem může být například skutečnost, že jsou považováni za "velké" děti (2).

Přístupy týkající se sexuality osob s mentálním postižením jsou značně ovlivněny různými mýty, dezinformace apod. Často i rodiče dětí s mentálním postižením mohou těmto dezinformacím a mýtům podléhat, tudíž jakoukoli sexualitu u svých dětí odmítají či se jí snaží potlačovat (2).

Také přístupy k sexualitě osob s mentálním postižením značně ovlivňují určité obecné mýty o sexu a sexualitě vůbec. Například, že sex je určen pouze pro mladé jedince, kteří jsou zdraví. Další dezinformací je skutečnost, že sex rovná se pouze pohlavní styk.

Některé mýty a názory se zaměřují přímo na osoby s postižením, kdy je předpokládáno, že osoby s postižením nemají žádné sexuální touhy, nemají potřebu a kapacitu k provozování sexuálních či partnerských vztahů apod. Mezi vůbec nejzastaralejší názory veřejnosti patří názor, že osoby s mentálním postižením nejsou kompetentní být rodičem (20).

1.1 Mentální postižení

Mentální postižení neboli mentální retardace představuje závažné opoždění intelektového vývoje. Opoždění intelektového vývoje dítěte je jeho rodiči a nejbližšími osobami prožíváno velice těžce. Existují sice určité rozdíly v intenzitě postižení intelektu, a to nejčastěji na základě etiologie postižení. Postižení může vzniknout tzv. hereditárně, prenatálně, natálně nebo také postnatálně.

Také závažnost postižení, a to zda umožňuje nebo neumožňuje běžné školní vzdělávání, je závislé na celé řadě dalších faktorů a okolností (26).

Jedinec s mentální retardací se setkává s velkým množstvím obtíží, které se objevují v oblasti naplňování a osvojování si určitých sociálních rolí, které jsou charakteristické pro jedince stejného věku, stejného pohlaví, kdy obě osoby jsou příslušníky stejného širšího tzv. sociokulturního prostředí.

Snižování negativních důsledků mentálního postižení a následné naplňování sociálních rolí, to tedy představuje eliminaci sociálního handicapu, je jedním z hlavních úkolů a cílů všech organizací, které se zabývají prací s mentálně postiženými lidmi (3).

1.1.1 Psychologické rozdělení mentálního postižení

Intenzitu mentální retardace je možné klasifikovat dle tzv. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, tj. MKN – 10. revize:

- F 70 lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)
- F 71 středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)
- F 72 těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)
- F 73 hluboká mentální retardace (IQ pod 20)
- F 78 jiná mentální retardace
- F 79 nespecifikovaná mentální retardace (12).

1.1.1.1 Lehká mentální retardace

Do této kategorie patří převážná většina osob s mentální retardací, jedná se asi o 80-85% postižených. Jedinci s lehkou úrovní mentálního postižení jsou schopni používat řeč zcela účelně a v každodenním životě a mezilidském styku. Jsou schopni vést a udržovat konverzaci, i když u nich velmi často dochází k osvojení mluvy až opožděně. Většina osob s lehkou mentální retardací je schopných úplné nezávislosti na druhých v péči o sebe sama, např. v přípravě jídla, pití nebo v oblékání. V praktických činnostech a domácích dovednostech jsou již pomalejší ve srovnání s normou (22).

Obtíže se projevují především při práci ve škole, kdy velké množství z nich má specifické problémy se čtením nebo se psáním. Jedince s lehkou mentální retardací je možno zaměstnávat v takových profesích, kde dominuje především manuální práce a kde vyžadovány spíše praktické schopnosti než schopnosti teoretické. Lehce retardovaným osobám velmi pomáhá výchova a vzdělávání, které je zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Jejich mentální věk se pohybuje zhruba na úrovni 1 - 11 let (23).

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit závažnější problémy. Důsledky retardace se však projevují, jestliže je postižený značně emočně a sociálně nezralý, kdy se např. velmi obtížně přizpůsobuje určitým normám a hodnotám společnosti, kde žije (23).

Švarcová uvádí, že: *"není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod."* (ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. s. 38, 2011).

1.1.1.2 Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace je diagnostikována asi u 10% postižených osob. U jedinců, kteří patří do této skupiny je výrazně opožděn rozvoj chápání a také užívání řeči (3).

A i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou velmi individuální a rozdílné. Je také opožděna schopnost starat se sám o sebe, tzn. soběstačnost a zručnost (23).

Také oblast školního vzdělávání je u těchto jedinců výrazně omezena. I přes kvalifikovanou pedagogickou péči, u nich, velmi často dojde pouze k osvojení si základů trivium, tj. psaní, čtení a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení jejich potenciálu a k osvojování základních vědomostí a praktických dovedností. Jejich mentální věk se často pohybuje v pásmu kolem 4-8 let (14).

V dospělosti jsou tyto osoby schopné vykonávat pouze jednoduchou manuální práci, kdy jsou jim úkoly jasně a pečlivě vysvětleny a strukturovány, a jestliže je nad výkonem jejich práce zajištěn dohled.

Velmi ojediněle jsou schopni vést zcela samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, ale většina z nich vykazuje vývoj schopností k navazování kontaktů s druhými lidmi v rámci jednoduchých sociálních aktivit (23).

1.1.1.3 Těžká mentální retardace

Tato skupina zahrnuje asi pouze 5% z celkového počtu všech retardací. Tento stupeň se v mnohém podobá středně těžké mentální retardaci, a to především v oblasti klinického obrazu, přítomnosti organické etiologie, a dalších přidružených stavů (23).

Osoby s těžkou mentální retardací školní trivium obvykle nezvládají, ale jsou schopni si osvojit mnoho užitečných dovedností a schopností. Většina jedinců z této

skupiny trpí poruchami motoriky různého stupně a intenzity. Jejich mentální věk se nachází v pásmu kolem 18. měsíce života až 3,5 roku života (23).

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou velmi omezené, tak včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, mentálních schopností, komunikačních dovedností a k jejich samostatnosti, a k celkovému zlepšení jejich kvality života (14).

1.1.1.4 Hluboká mentální retardace

Postižení typem hluboké mentální retardace vytvářejí necelé 1% z celkového množství osob s mentální retardací. Jedná se o osoby, které jsou těžce omezeny ve schopnosti porozumět a užívat řeč. V lepším případě jsou schopny pouze rudimentární neverbální komunikace, jako je úsměv, pláč, radost ze společnosti druhých lidí apod. (23).

Většina osob z této kategorie je zcela imobilních nebo jsou výrazně omezeny v pohybu. Postižení bývají také často inkontinentní, mají nepatrnou či žádnou schopnost sebezpečí, a tedy vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené, ale existují metodické postupy, jimiž je možné do jisté míry rozvíjet jejich motoriku, komunikační schopnosti a další projevy.

IQ u nich není možné změřit, ale mentální věk se pohybuje ve věku méně než 18 měsíců (14).

1.1.2 Příčiny a etiologie mentálního postižení

Mezi osobami s mentální retardací se objevuje výrazná variabilita, která se týká příčin vzniku mentální retardace, a tyto příčiny se také mohou, poměrně často, vzájemně kombinovat (3).

Dále je nutné si uvědomit, že u každého jedince nelze většinou určit, zda jeho mentální retardace byla způsobena pouze vlivy biologickými, a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílely i vlivy sociální a sociokulturní (26).

Biologické a sociální vlivy se v osobnosti jedince vzájemně prolínají, kombinují a také ovlivňují, tudíž původní obraz postižení může být poměrně hodně pozměněn buď pozitivně nebo negativně, a to vlivem podnětného či nepodnětného prostředí a životních zkušeností těchto osob (3).

Černá a další uvádějí, že: *"důležitou roli hraje i časový faktor, totiž kdy a v jakých souvislostech k mentální retardaci došlo."* (ČERNÁ a kolektiv, *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 84, 2008)

Mentální retardace může být způsobena jak vlivy endogenními, tj. vnitřními, tak i vlivy zevními, tj. exogenními. Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jedná se tedy o příčiny genetické (23).

Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od doby početí, v průběhu celého těhotenství, porodu a také tzv. poporodního období a v raném dětství (22).

Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou se zde uplatňovat i další činitelé, kteří dokážou spouštět projevy již zakódované patologie dědičnosti (23).

Vnější, exogenní faktory se dělí na ty, co působí v době prenatalní, které působí v době od početí do narození. Dále tzv. perinatální, které se uplatňují těsně kolem porodu nebo během porodu a těsně po porodu, a postnatální, které se působí po narození (14).

Následky poškození mozku, bez ohledu na základní příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter postižení, se obvykle označují jako tzv. encefalopatie (23).

Dle etiologických faktorů můžeme v odborné literatuře najít jak medicínské, tak psychologické, pedagogické a další schémata a klasifikace, které kategorizují mentální retardaci.

V průběhu let tak vzniklo velké množství poměrně rozdílných klasifikačních systémů, které jsou založeny na etiologii mentální retardace (3).

Jedná se např. o klasifikaci dle:

„*Klasifikace podle Penrose (1963)* (Příloha 1, ilustrováno v tabulce 1)

AAMR klasifikace (1983) (Příloha 2)

AAMR klasifikace (2002)“ (Příloha 3, ilustrováno v tabulce 2)

(ČERNÁ a kolektiv, *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 85, 2008)

1.1.3 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením

Každý mentálně postižený jedinec je značně individuální a svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Ale i přes to se u nich projevují určité společné znaky, jejichž individuální modifikace je závislá na druhu mentální retardace, na její hloubce a intenzitě, na jejím rozsahu, a na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo jestli jsou výrazněji zasaženy některé psychické funkce a proto je duševní vývoj nerovnoměrný (23).

Lehká a střední mentální retardace se klinicky prezentuje, jak uvádí Švarcová, především:

- *"zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků,*
- *sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů,*
- *sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí,*
- *těkavostí pozornosti,*
- *nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování,*
- *poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace,*
- *impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování,*
- *citovou vzrušivostí,*
- *nedostatečným rozvojem volních vlastností a sebereflexe,*

- *sugestibilitou a rigiditou chování,*
- *nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji "já",*
- *opožděným psychosexuálním vývojem,*
- *nerovnováhou aspirací a výkonů,*
- *zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí,*
- *poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci,*
- *sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky." (ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. s. 47, 2011).*

U jedinců s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace se objevují značné individuální rozdíly a určité, pro ně, charakteristické chování. Vzhledem k velkému omezení všech jejich schopností a dovedností, především v oblasti komunikace a schopnosti vyjadřování svých potřeb, je velmi těžké tyto individuální zvláštnosti obvykle užívanými metodami diagnostikovat (3).

1.2 Jedinec s mentální retardací

Cílovou skupinou oboru psychopedie jsou především osoby s mentální retardací. Termíny jako jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením se v současné době v psychopedii užívají jako tzv. synonyma. V odborné literatuře je možné najít i další užívané termíny, které se používaly spíše v minulosti, jako bylo např. slabomyslnost, duševní zaostalost, oligofrenie apod. Např. s pojmem oligofrenie se setkáváme nejčastěji v souvislosti s mentální retardací, která je diagnostikována již od narození dítěte.

Zhruba od druhé poloviny 20. století se stále více zdůrazňuje význam osobnosti, tzn., určité individuální specifčnosti každého jedince s určitým druhem postižení. Toto také souvisí s nově přijatou koncepcí v oblasti speciálních potřeb osob. Jedná se o holistický systém (Příloha 4, obrázek 1), který je nazýván jako Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (3).

Osobám s postižením jsou přiznávána určitá práva na plnohodnotný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, který by jejich potřeby, po celý jejich život, uspokojoval tak, aby byla dosažena co nejvyšší úroveň jejich kvality života (3).

1.2.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byla schválena na 54. shromáždění Světové zdravotnické organizace (WHO), a to v roce 2001 (22).

Na tomto shromáždění byla Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví doporučena k mezinárodnímu užívání, kdy veškerým členským státům Světové zdravotnické organizace, bylo doporučeno, aby tuto klasifikaci co nejdříve uvedly do praxe (15).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví by měla poskytovat určitou vědeckou základnu pro hodnocení stavů zdraví a stavů, které se ke zdraví úzce vztahují. Dále má vytvořit společný jazyk, kterým by bylo možné popisovat stavy a projevy zdraví, tak aby došlo ke zlepšení a zkvalitnění vzájemné komunikace, a to jak na národní, tak i mezinárodní úrovni (17).

Hlavní aplikací Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je oblast klinické praxe, oblast rehabilitační a dále i oblast posudkové činnosti (15).

1.2.2 Pojem disability

Pojem disability je jedním z nejdůležitějších témat, které se pojí s pokrokem moderní medicíny. Současné lékařské postupy dokáží léčit dříve neléčitelná onemocnění nebo poškození organismu. V posledních letech nabývá na významu oblast jedince týkající se poruchy jeho některých funkcí nebo i anatomických struktur organismu. Bylo zjištěno, že tyto poškozené funkce je možné vhodně kompenzovat funkcemi organismu, které jsou nepoškozené, tzn., že se jedná o oblast zdraví a také faktorů prostředí (15).

Pojem disability je tedy chápán na mezinárodní úrovni jako zastřešující výraz pro oblast funkčních poruch, aktivit a participací konkrétního jedince (17).

Důležité je, vnímat člověka jako osobnost, která má svou integritu a celistvost. Osobnost člověka se skládá z několika dimenzí, přesto tvoří integrální jednotu. Člověk je vnímán a definován jako bio – psycho – sociální a spirituální bytost, v tomto smyslu hovoříme o holistickém pojetí člověka (13).

1.3 Sexualita

Sexualita je ústředním aspektem lidského bytí. V průběhu života zahrnuje oblasti jako pohlaví, pohlavní identita a role, sexuální orientace, erotika, potěšení, intimita a v neposlední řadě reprodukce. Sexualita není omezena na určité věkové kategorie, úzce souvisí s pohlavím, zahrnuje různé sexuální orientace a reprodukci. Lidská sexualita je přirozená část lidského rozvoje v každé fázi života a zahrnuje fyzické, psychické a sociální složky (31).

Sexualitu nelze chápat pouze jako oblast reprodukce. Sexualita přináší pocity štěstí, lásky a spokojenosti, ovlivňuje tedy celou naši osobnost. Potřeby jednotlivých osob se značně liší a to především na základě jejich přání a tužeb. Dá se tedy říci, že sexualita vede k pocitům osobního štěstí a pocitu naplnění.

Také představy konkrétní týkající se sexuality a sexuální chování jsou velmi rozmanité a značně individuální (6).

Například Weiss uvádí, že: *„sexualita představuje jeden ze základních individuálních i interpersonálních motivů v životě každého jedince“*. (WEISS, P. Sexuální deviace – klasifikace diagnostika a léčba. s. 156-157, 2002).

Za základní funkce sexuality patří následující:

- Reprodukční funkce, která je chápána jako vůbec primární. U jedinců opačného pohlaví je prostřednictvím této funkce zajištěno zachování jejich rodu.
- Funkce slasti se týká prožití pocitu štěstí a blaha, které souvisí se sexuální aktivitou. Hlavní snahou je tedy dosažení určitého slastného prožitku.
- Funkcí oblažující je realizována především v déletrvajícím milostném vztahu.
- Komunikační funkce, kdy jedním z parametrů je snaha jednoho partnera o vytvoření příjemného prožitku u partnera druhého.
- Funkce redukce napětí, která složí k uvolnění napětí, které plyne z původního vzrušení a rozrušení (6).

Stejně zákonitý jako tělesný pohlavní vývoj u dětí, je i vývoj duševní a vývoj sexuální. Časové zmapování sexuálního vývoje u dětí:

- Věk 1 až 2 roky: děti pozorují části svého těla a uvědomují si své odlišné tělesné uspořádání. V rámci toho chlapci rádi sahají na svůj pohlavní úd, tahají za něj a hrají si s ním. Toto chování nemá, ale nic společného s onanií, je nezbytnou součástí poznávání vlastního těla.

Již v tomto věku je možné u chlapců, ráno po probuzení, najít ztotožnění pohlavního údu. Tato reakce je zcela fyziologická a automatická, není vyvolána sexuálním vzrušením nebo sexuálním drážděním (27).

- 2 až 3 roky: Dítě si uvědomuje své pohlaví, k němuž patří a zařazuje se k příslušnému pohlaví. Rozlišuje je dle zevních pohlavních znaků, jako je např. oblečení, úprava vlasů a další. Dostavují se období, kdy se dítě častěji zabývá svými vyměšovacími orgány, ale zatím na ně ještě nenazírá jako na orgány pohlavní.

- Ve věku 3 až 4 let si dítě uvědomuje jednotlivé části svého těla a zjišťuje rozdíly z druhého pohlaví. Klade si první otázky z oblasti sexuální, zajímá se například o to, jak děti přicházejí na svět apod.

- 4 až 5 let V herním repertoáru se již objevují hry na doktora, na tatínka a na maminku. Děti do hry dávají své odpozorované zkušenosti. Objevuje se aktivní zájem o zvláštnosti druhého pohlaví, což vede k prohlížení a osahávání druhých dětí.

- Ve věku 5 až 6 let se děti začínají zajímat, jak přišly na svět, jak se chovaly jako malé, jako batolata apod. Při hrách dítě dává přednost hrám s příslušníky stejného pohlaví.

- 7 až 8 let Zvyšuje se zájem dětí o sexuální otázky, a mezi sebou se děti baví o sexuální tématické. Vznikají první dětské teorie o vzniku dítěte, porodu a těhotenství.

- Ve věku 9 až 10 let chlapci a dívky dávají jasně najevo svou náklonnost, např. si posílají zamilovaná psaníčka, sms apod.

- 11 až 12 let: pozorují vlastní dospívání, a ti kteří se jakkoli odchyľují od normálu, je zneklidňují. Chlapci vylučují ze svých her dívky. Dívky často označují za "hloupé". Zajímají se o sexuologickou literaturu, rádi řeší otázky týkající se sexuality a pohlavního života. U chlapců se objevuje první erekce, a u dívek nastupuje menstruace (27).

- 13 až 15 let, v této etapě se objevují první zamilování, často ale neopětovaná. U chlapců se objevuje častá a pravidelná onanie. Dívky se zabývají platonickými láskami, chlapci si představují první sexuální kontakty a vztahy, a touží některý z nich uskutečnit.

- 15 - 18 let Objevují se první citové vztahy, první zamilování a také první sexuální kontakty. Dítě si aktivně prohlubuje znalosti ze sexuální oblasti (30).

1.3.1 Sexualita osob s mentálním postižením

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že podstatu sexuální výchovy vytváří všechno, co přispívá ke komplexní a holistické výchově osobnosti, která je schopná vnímat a chápat sociální, mravní psychologické a fyziologické zvláštnosti u jedinců a díky tomu vhodně a kvalitně formulovat mezilidské vztahy s druhými lidmi stejného i opačného pohlaví (19).

K nutnosti pochopení emocionálních a erotických potřeb jedinců s mentálním postižením je nutné, abychom se dokázali vcítit do jejich stupně a úrovně vývojového pochodu a také tedy sexuálního projevu. Pouze kolem 10% jedinců s mentálním postižením se dostane do fáze, že touží realizovat pohlavní styk (6).

Kolem 80% z celkového počtu osob s mentální retardací se nedostane v sexuálním vývoji nad věkovou hranici osmi let věku. Mnozí z nich spíše zůstávají na úrovni dětí předškolního věku. Toto je tedy nutné znát a chápat, abychom si dokázali představit jejich projevy a jejich sexuální chování či sexuální aktivity, kdy se nejčastěji jedná o takové projevy, jako je hlazení, líbání aj. (19).

Se sexuálními projevy osob s mentálním postižením bývá velmi často spojeno impulzivní chování, které může být způsobeno tím, že osoby s mentálním postižením se chovají zcela spontánně, bez zábrán a předsudků, a bez schopnosti kontrolování svého chování a jednání. Z toho také plyne skutečnost, že osoby s mentálním postižením se mohou někdy ve společnosti chovat zcela nevhodně, až společensky nepřijatelně, což může u mnohých vyvolávat rozpaky nebo údiv (6).

Může se jednat o následující projevy:

- sklon k agresi a k agresivnímu chování a jednání,
- odhalování se na veřejnosti a masturbování,
- trestná činnost spojená se sexualitou,
- tzv. masturbační frustrace,
- projevy pedofilie,
- znásilňování,
- tzv. voyeurismus,
- projevy sexuálně deviantního chování (6).

Sexualita mentálně postižených osob je oblastí, která je nejvíce tabuizována. Dříve bylo snahou se této oblasti vůbec nevěnovat, jakoby neexistovala. Postupem let se tento postoj začíná pozvolna měnit. Po mnoho let byla sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením odsouvána do pozadí. Touto problematikou se začala společnost, laická i odborná, zabývat až v posledních letech. Hlavním důvodem byla snaha o integraci osob s postižením do majoritní společnosti. Osoby s postižením začaly být chápány jako sexuální bytosti a to bez ohledu na aktuální přítomnost tělesného, mentálního, psychického, nebo jiného smyslového postižení (6).

V současné době tedy začíná být chápáno a následně prosazováno, že na prožívání své sexuality má každý člověk právo (19).

Ale i v dnešní době u některých pracovníků v nekoedukovaných zařízeních přetrvává ničím nepodložená obava, že společné bydlení mužů a žen by přineslo neočekávané problémy s antikoncepcí, nežádoucím těhotenstvím či pohlavně přenosnými chorobami. Fakt, že jsou tyto lidé citově deprimovaní, sexuálně frustrovaní, nebo volí náhradní autoerotická či homosexuální řešení, je většinou bagatelizován (12).

1.3.2 Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením

V minulosti byla sexuální výchova chápána jako něco nevhodného nebo nežádoucího. Proto mnoho jedinců s mentálním postižením bylo umístěno do ústavů sociální péče, kde po celý svůj život žila. Jejich projevy sexuality byly na veřejnosti zcela nepřipustné. I v dnešní, moderní, bývají lidé s mentálním postižením považováni za "divné", a bývají obklopeni velkým množstvím nejrůznějších předsudků nebo zábran (6).

Dnešní poskytovatelé sociálních služeb se snaží pomoci lidem s mentálním postižením projit svojí sexualitou způsobem, který jim vyhovuje, ale nesmí být tento způsob v rozporu se zájmy ostatních. Informace poskytované při sexuální výchově a osvětě by měly být adekvátní vzhledem k míře postižení, mentální a tělesné vyspělosti, projevům v chování a zájmu o sexualitu (29).

Je skutečností, že z hlediska účinné výchovy k manželství a rodičovství je důležité především hledisko vzdělatelnosti a vychovatelnosti osob s mentálním postižením. Je podstatné, že u těchto osob je snižená úroveň mentálních schopností, která dále ovlivňuje další psychické funkce a schopnosti i procesy, tedy celý vývoj osobnosti, který je pro sexualitu a sexuální aktivitu zcela nezbytný (6).

Jedná se především o schopnost myšlení, které je v důsledku postižení, značně opožděné a tito jedinci se i v dospívání a v dospělosti velmi těžko a obtížně orientují ve složitých sociálních situacích a vztazích. Také velmi snadno a často podléhají působení jiných lidí, což způsobuje riziko pohlavního zneužívání postižených a další (30).

Pro možnost realizace sociálních vztahů osob s postižením je důležité, že různé sociální situace jsou pro ně velmi složité a náročné, neboť je nechápou a neumí se s nimi adekvátně a kvalitně vyrovnat. Toto se projevuje i v sexuální rovině, kdy nedokážou zvolit vhodné sexuální chování a sexuální projevy. Často u nich přetrvávají primitivní a tzv. destruktivní způsoby chování a jednání (1).

Předpokladem pro provádění sexuální osvěty je fakt, že lidé s mentálním postižením jsou sexuální bytosti, cítí a vnímají své potřeby v oblastech intimity, sexuality a mezilidských vztahů. Aby byla sexuální osvěta funkční, je nutný jasný

postoj k této problematice, definovaný správným přístupem lidí, v okolí osoby s mentálním postižením. Dalším předpokladem je zralost poskytovatele sexuální osvěty. Takový člověk musí zvládat svou vlastní sexualitu, aby mohl pomoci nahlížet na sexualitu ostatním (28).

1.3.3 Pojem sexuální zneužívání

Pojem sexuální zneužívání představuje celou řadu takových sexuálních aktivit, které jedinec koná z donucení.

Sexuální zneužívání můžeme rozdělit na tzv. bezdotykové a dotykové. Bezdotykové sexuální zneužívání znamená, že je zneužívaná osoba vystavena např. pornografii, nevhodným sexuálními poznámkám.

Dotykové sexuální zneužívání zahrnuje např. hlazení, orální sex nebo na jedinci vynucený pohlavní styk, tj. znásilnění (7).

Zneužívatelem může být prakticky kdokoliv, mnohem častěji to bývá osoba, kterou jedinec dobře zná (osoba příbuzná nebo rodině dobře známá), méně často pak osoba zcela neznámá, či úplně cizí. Tato osoba může na okolí působit velmi dobrým dojmem, může zastávat v zaměstnání prestižní místo i na veřejnosti se může dobře prezentovat (8).

1.3.4 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením

Osoby s mentální retardací velmi často nemohou nebo nejsou schopné se sexuálnímu zneužívání adekvátně bránit. Důvodem je skutečnost, že osoby s mentální retardací nerozumí situaci, ke které jsou nuceny. A zároveň se bojí jiné osobě nevyhovět, protože se jí bojí, nebo chtějí být přijaty tím, kdo je zneužívá, nebo proto, že jsou na této osobě zcela závislé (7).

Na základě provedených výzkumů bylo zjištěno, že mnoho osob s mentální retardací má zkušenosti s nějakou formou zneužívání. Také počty obětí sexuálních trestných činů jsou alarmující, ale i tak zůstávají bez povšimnutí.

Také bylo zjištěno, že riziko u osob s mentální retardací či s dalšími jinými vývojovými vadami je u sexuálního zneužívání velmi vysoké. Důvodem této skutečnosti může být fakt, že osoby s mentální retardací si toto "špatné" chování vůbec neuvědomují, nevědí, že se jedná o něco nezákonného a trestného. Často se domnívají, že se jedná o zcela normální, standardní chování dospělého vůči dítěti nebo dospívajícímu (7).

Osoby s mentálním postižením jsou pro sexuální útočníky velmi snadným objektem. U těchto lidí existuje mnoho rizikových faktorů, pro které jsou sexuálním zneužitím ohroženi. K těmto faktorům patří nezkušenost v mezilidském kontaktu, nemají možnost útěku (u lidí s kombinovaným postižením), problém s vyjadřováním a snížená srozumitelnost, závislost na druhé osobě, důvěřivost, snadná ovlivnitelnost, menší svědecká věrohodnost a rozdílný vývoj v pohlavní zralosti a intelektu (16).

Další možnou příčinou může být fakt, že pokud si uvědomí, že se děje něco "špatného" mohou se bát nebo stydět o těchto věcech hovořit s dalšími lidmi. Bojí se, že jim například nebude nikdo věřit, že je nebude brát vážně apod. (7).

Byly definovány hlavní rizikové faktory spojené se vznikem sexuálním zneužívání. Jedná se o: sociální bezmocnost, o značně omezené komunikační schopnosti jedince, o sníženou či oslabenou schopnost úsudku, o důsledek izolace od primární rodiny apod. Všechny tyto faktory významně zvyšují riziko zneužití jedince s mentální retardací (7).

1.3.5 Partnerské vztahy osob s mentálním postižením

Právě oblast partnerských vztahů a sexuální život jsou oblastmi, ve kterých si osoby s postižením uvědomují, a to bolestně, své postižení.

I vzhledem k tomu, že se v posledních letech značně změnily názory na partnerské vztahy mentálně postižených, tak i nadále tato oblast zůstává velmi problematickou a často i obtížně či nemožně řešitelnou. Důvodem je to, že podmínky pro možnost zrealizování partnerského vztahu a sexuálního života jsou v jejich případech značně omezené, a to na základě působení např. společenských, osobnostních, zdravotních a dalších faktorů (11).

V dospělosti dochází k tomu, že se jedinec začíná pomalu osamostatňovat a také získává tři významné role ve svém životě, a to roli profesní, roli partnerskou a posléze i roli rodičovskou. Pro jedince s mentálním postižením není snadné a je spíše nemožné tyto role získat, popř. je získat pouze s určitou formou podpory a pomoci, která přichází z jejich okolního prostředí (7).

Je známo, že partnerské vztahy osob s postižením nemívají tzv. standardní charakter, a velmi často se spíše jedná o vyjádření potřeby touhy po nějakém blízkém člověku. Ale i osobám s mentálním postižením může partnerství přinést poměrně užitečnou a novou zkušenost, která může přispívat k jejich rozvoji a ke schopnosti jejich osamostatnění (11).

Mnoho osob s mentálním postižením se v oblasti vztahů již od raného věku setkává spíše s deprivací, i přesto, že mají velmi silně vytvořenou potřebu mít blízkého člověka, potřebu lásky a také potřebu přátel. Mít partnera pro tyto osoby velmi často představuje více než se pouze přiblížit tzv. "normálnímu životu". Ale vytváření partnerských vztahů u osob s mentálním postižením je velmi často provázeno řadou specifických problémů, jako je konkrétní schopnost navazování a realizování partnerských vztahů (11).

Velmi často se stává, že do osobních vztahů mladých jedinců s postižením, zasahují jejich rodiče, v dobré víře jim adekvátně pomoci a ochránit je před případnými problémy. Ale pomoc rodičů představuje pro mladé partnery spíše nedostatek soukromí, případně mohou mít mladí lidé pocit, že jsou neschopní a nesoběstační (6).

Období dospívání značně ovlivňuje vývoj mentálně retardovaných osob mnohem více než biologicky či psychicky nebo sociálně. Problémem tohoto může být sexuální potřeba těchto osob. Osoby s mentálním postižením často neví, jak na svou vlastní sexualitu reagovat a co s ní mají dělat. Také nemají možnost, svou sexuální potřebu, uspokojovat, a také velmi často ani nevědí, jak to provést. Hloubka a intenzita postižení je jedním z hlavních faktorů, na kterém závisí metoda, jak osoby s mentálním postižením uspokojují své sexuální touhy a potřeby (11).

Osoby s těžším a hlubokým mentálním postižením se velmi často uchylují spíše k tzv. autostimulaci.

Osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením jsou schopné si uvědomovat a představovat role muže a ženy v partnerském či sexuálním. Chápu, co znamená pojem rodičovství či manželství (11).

V posledních letech se vztah k sexualitě a partnerství osob s mentálním postižením velmi silně liberalizoval, ale nadále zůstávají tyto vztahy těžké a často neřešitelné. Podmínky pro uskutečňování partnerských a sexuálních vztahů jsou omezené, i když je poskytovatelé sociálních služeb podporují, což se stále ještě neděje všude. Vždy je třeba si ujasnit, jak si tito lidé vztah představují, jaké mají možnosti a podmínky. Je třeba citlivě vnímat a rozlišovat, co konkrétně lidé s postižením chtějí (18).

1.3.6 Antikoncepce u osob s mentálním postižením

Nejčastěji volenou antikoncepční metodou, a také nejdostupnější, je užití kondomu (24).

Oblast ženské hormonální antikoncepce je u osob s postižením velmi problematická. Jedná se především o každodenní užívání tablet, kdy bylo zjištěno, že uživatelky antikoncepce alespoň jedenkrát za dobu menstruačního cyklu, zapomenou užít tabletu. K riziku vynechání tablety je spíše disponována žena s mentálním postižením (22).

Proto se ve většině případů mentálně postižených dívek preferuje spíše užívání dlouhodobě působící hormonální antikoncepce. U tohoto typu antikoncepce je čtyřikrát

ročně aplikovaná injekční antikoncepce, např. Depo Provera. Další možností je užití náplasti, která představuje také poměrně spolehlivou kontrolu nad početím a také pravidelný cyklus. Náplast tedy představuje nejvhodnější formu hormonální antikoncepce pro mentálně postižené dívky a ženy (24).

Mezi základní požadavky na antikoncepci u postižených patří, aby antikoncepce byla účinná, bezpečná a dostupná, a to jak finančně, tak i z medicínského hlediska.

Hlavním přínosem antikoncepce je kromě prevence nechtěného těhotenství, i další léčebné využití v oblasti léčby např. poruch menstruačního cyklu, léčby akné. Dále může být antikoncepce i prevencí vzniku osteoporózy, redukce cyst na ovariích a redukce zánětu vnitřních rodidel (9).

Mezi základní skupiny kontraceptiv používaných u žen s mentálním postižením můžeme zařadit kombinovaná, gestagenní, nitroděložní systém s gestagenem, nitroděložní tělíška, a sterilizace (9).

Hlavním úkolem sexuální výchovy osob s mentálním postižením je výchova antikoncepční. Výběr antikoncepční metody by měl být zcela individuální, a měl by být také závislý na intenzitě mentálního postižení. Důležité je, že veškerá antikoncepční medikace musí být užívána zcela dobrovolně, a měla by být podávána pouze za naprostého souhlasu uživatelky. Totéž se týká i případného umělého přerušování těhotenství (25).

1.3.7 Rodičovství u osob s mentálním postižením

Sexuální život osob s mentálním postižením se vyznačuje značnou individualitou. To souvisí s pohlavím, věkem a také se stupněm mentálního postižení konkrétní osoby. Závisí však i na specifických vlivech výchovného prostředí. Posuzování a hodnocení veškerých aspektů sexuality by mělo brát v úvahu celý tento vytvořený komplex všech okolností. Toto se týká i problematiky tzv. plánovaného rodičovství. Plánované rodičovství je považováno za jedno ze základních lidských práv každého člověka. Není

sporu o tom, že i mentálně postižené osoby by neměly být v uplatňování tohoto práva, nijak zkracováni (25).

Principy plánovaného rodičovství jsou nutně spojeny se sexuální výchovou. U skupiny osob s mentální retardací se dostáváme k určitému terminologickému rozporu, který se týká samotných pojmů, jako je sexuální výchova, výchova k manželství a výchova k rodičovství. Bez řešení otázek sexuálního života a plánovaného rodičovství není možné provést úspěšnou socializaci mentálně postižených osob. Není sporu o tom, že prvním krokem této aktivity musí být realizace zodpovědné sexuální výchovy.

Mezinárodní závazné dokumenty zahrnují problematiku reprodukce u osob s mentálním postižením a problematiku sexuálních práv osob s mentálním postižením (25).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit názory a postoje zaměstnanců Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci v problematice sexuality klientů. Na základě těchto názorů a postojů uskutečnit v zařízení speciální školení nebo podpořit vznik protokolu sexuality.

2.2 Výzkumné otázky

Hendl (10) uvádí, že výzkum je proces, který umožňuje tvorbu nových poznatků. Jde o pečlivě naplánovanou činnost, která je charakteristická snahou zodpovědět výzkumné otázky a tím se podílet na rozvoji daného oboru.

Při vytváření výzkumných otázek jsem využila poznatků Hendla (10), který uvádí, že otázky vztahující se k názorům, jsou zaměřené na porozumění poznávacích a orientačních procesů jedince.

Odpovědi na tyto otázky nám mají objasnit, co si lidé myslí a jaké mají názory na daný problém.

Stanovené výzkumné otázky:

- Vnímá personál sexuální život osob s mentálním postižením jako vyhovující?
- Jsou informace odborného personálu o sexuálním životě osob se zdravotním postižením dostačující?

3. METODIKA

3.1 Technika sběru dat

Tato bakalářská práce, byla zpracována technikou kvalitativního výzkumu, kdy bylo provedeno šetření u vybraných zaměstnanců Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci. Byla použita metoda nestandardizovaného, hloubkového rozhovoru. Výběr byl proveden základními parametry zakotvené teorie, přičemž nebylo využito všech parametrů této teorie vzhledem k její obsáhlosti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec. Výběr byl proveden v zařízení pro osoby se zdravotním postižením v Pístině, kde pracují pět let. Je to domov, který poskytuje sociální služby ženám se zdravotním, mentálním či kombinovaným postižením. Věková Hranice je od osmnácti let, přičemž horní hranice věku není stanovena. Výzkumný soubor tvořili pracovníci v přímé péči, zdravotní sestry a sociální pracovníci. Výzkum probíhal od měsíce února do března roku 2013.

Nejprve jsem zkontaktovala vedoucího zařízení, se kterým jsem se domluvila na provedení výzkumu. Seznámila jsem ho s tématem výzkumu, jak dlouho bude výzkum probíhat a o jaké respondenty se bude jednat. Vedoucí zařízení s provedením výzkumu souhlasil.

Základní výzkumný soubor jsem stanovila dle pracovních pozic zaměstnanců. Zdravotní sestra, pracovník v přímé péči a sociální pracovník.

3.3 Proces sběru dat

U vybraných respondentů jsem nejprve zhodnotila, zda splňují všechna kritéria, která jsem potřebovala ke svému výzkumu. Předem jsem si vytvořila soubor otázek, které byly použity v rozhovoru s respondenty. Otázky měly především objasnit, co si respondenti myslí a jaké zaujímají postoje k sexualitě osob s mentálním postižením.

Respondenty jsem předem s tématem neseznámila z důvodu možného zkreslení jejich názorů a postojů k danému tématu. Rozhovory byly provedeny anonymně, proto ve své práci u všech rozhovorů neuvádím jejich jména, ale ponechala jsem všem respondentům místo jména jejich pracovní pozici.

U některých respondentů vytvořila nahrávací technika komunikační bariéru, a proto byla použita pro záznam rozhovoru tužka a papír. Až po vypnutí nahrávací techniky byla komunikační bariéra odstraněna a respondenti se byly schopni přirozeně rozprávět. Všichni respondenti s rozhovorem souhlasili a podepsali příslušný souhlas, souhlas není k dispozici v BP z důvodu ochrany osobních údajů a zachování anonymity.

Výzkumných rozhovorů bylo provedeno pět. Oslovila jsem pracovníka v přímé péči, zdravotní sestru a sociálního pracovníka. Z těchto rozhovorů jsem zjistila, že by bylo vhodné rozhovory rozšířit o respondenty s různě dlouhou praxí a v různé věkové kategorii, protože jejich názory a postoje by mohly mít odlišný charakter. Oslovila jsem tedy další pracovníky v přímé péči.

Při samotných rozhovorech jsem se nejprve snažila uplatnit nahrávací techniku, při které respondenti vykazovali komunikační problémy. Většinou odpovídali jednou větou, v lepším případě souvětím. Po celou dobu nahrávání vykazovali respondenti značnou nervozitu. Proto jsem se rozhodla diktafon vypnout a rozhovory jsem dokončila s tužkou a záznamovým archem. S respondenty jsem strávila mnohem více času, než jsem předpokládala. Všechny rozhovory jsem detailně rozepsala ve své práci.

4. Výsledky

4.1. Rozhovor: Respondentka: Pracovnice v přímé péči

1. Identifikační otázky: Věk, pracovní zařazení, délka praxe v sociálních službách

□ „Je mi 49, jsem pracovnice v přímé péči, v tomto oboru pracuji čtvrtý rok.“

2. V jakém typu zařízení pracujete a komu je Vaše služba určena?

„Je to pobytové zařízení a služba je určena pro osoby se zdravotním postižením, pro dospělé osoby. Zatím zde pobývají pouze ženy. Pro muže toto zařízení zatím není uzpůsobeno, což je asi nevýhoda, protože naše klientky si čas od času najdou partnera a odcházejí za ním. Takhle by spolu mohli být zde.“

3. Probíhá u Vás v zařízení sexuální výchova a osvěta? Jakým způsobem?

„Ano, probíhá formou školení. Já osobně jsem byla dvakrát u paní doktorky Štěrbové a dvakrát na školení Mgr. Petra Eisnera, kteří se zabývají sexualitou lidí s mentálním postižením.“

4. Setkáváte se ve svém zaměstnání se sexuálním chováním klientů. S jakým a jak na něj reagujete?

„Ano, jsou to různé projevy slovní, doteky mezi klienty, navazování vztahů, obnažování, masturbace. Pokud na něj reagovat nemusím, tak většinou nijak nezasahuji, pokud jde o nějaké nevhodné chování na veřejnosti, většinou odvedu klientku do soukromí, aby nebyla porušena její důstojnost.“

5. Cítíte se v otázkách sexuality kompetentní? V jakých otázkách sexuality jste ochotná poradit?

„Moc kompetentní se necítím, zdá se mi tato záležitost velmi složitá. Asi pouze při nevhodném chování na veřejnosti, i když vím, že každý má tuto „normu“ jinou. Pokud bych se rozhodla někomu radit, určitě by to bylo v soukromí, vysvětlení situace srozumitelně a dohodnutí návštěvy odborníka s příslibem pomoci v komunikaci.“

6. Stalo se Vám během Vaší praxe, že došlo k nevhodnému sexuálnímu chování ze strany klienta a jak jste na tuto situaci reagoval?

„Ano, např. osahávání se při tanci, v klidu jsem upozornila, že tato záležitost patří do soukromí.“

7. Užívají ve Vašem zařízení klientky antikoncepci? Co si o užívání antikoncepce myslíte?

„Ano byla tady jedna klientka, která antikoncepci brala, ale ta měla přítele. Pokud ji bude sama vyžadovat a bude k tomu mít důvod, pomohu klientce s komunikací u lékaře. Pravděpodobně bych jí řekla o možnostech, které se běžně používají, ale doporučení konkrétního přípravku bych nechala na lékaři.“

8. Jaký je Váš názor na partnerství osob s mentálním postižením? Podporujete u vás partnerské vztahy?

„Je to vztah jako každý jiný, nemám s tím problém, je to přirozené. U nás se partnerské vztahy podporují tím, že se dvojice navzájem navštěvují, pokud je to jen trochu možné. Jezdí na společné dovolené a snažíme se o vyhovění společného bydlení. U nás tyto prostory nemáme a tak se již několik klientek z našeho zařízení přestěhovalo za svým partnerem.“

9. Co si myslíte o rodičovství osob s mentálním postižením.

„S tímto trochu problém mám, určitě záleží na síle mentálního postižení. Zním dvě ženy s mentálním postižením, které se starají dobře o své děti. Jedna zcela samostatně, druhá s dopomocí rodičů. Obě mají můj obdiv. Jinak bych ale ve většině případů rodičovství nedoporučovala.“

10. Myslíte si, že jsou sexuální a vztahové potřeby Vašich klientů naplňovány? Pokud ne, proč?

„Myslím, že nejsou naplňovány ani vztahové ani sexuální potřeby. Spousta klientek by chtěla žít ve vztahu s mužem, jiné nemají zase potřebné soukromí ke svým potřebám. Stále je většina klientek ve dvoulůžkových pokojích se společnými koupelnami.“

11. Proč myslíte, že lidé s mentálním postižením jsou jednou z nejpočetnějších skupin, která je sexuálně zneužívána?

„Nejsou informováni, bojí se, jsou důvěřiví i k cizím osobám, věří „hezkým slovíčkům.“

12. Řešíte nějakým způsobem celkový vzhled Vašich klientek? Myslíte si, že existuje rozdíl ve vzhledu u Vašich klientek a běžnou populací?

„V poslední době se tato situace zlepšila, rozdíl se markantně zmenšily, klientky chodí do kadeřnictví, na pedikúry, kupují si pěkné oblečení pro ženy a nenosí již tolik oblečení s dětskými motivy, čepice s bambulí atd.“

13. Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě osob s mentálním postižením? Je podpora zaměstnavatele dostatečná?

„Myslím, že podpora zaměstnavatele je dostatečná a informací mám asi také dost, jen nevím jakým způsobem podávat informace našim klientkám. Potřebovala bych informace také nějak ukotvit. Absolvovat školení je jedna věc a umět předat informace správným způsobem je věc druhá.“

4.2. Rozhovor: Respondentka: Všeobecná sestra

1. Identifikační otázky: Věk, pracovní zařazení, délka praxe v sociálních službách

Je mi 38 let, pracuji zde jedenáct let jako všeobecná sestra

2. V jakém typu zařízení pracujete a komu je Vaše služba určena?

„Pracuji v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Služba je určena klientům s mentálním i zdravotním postižením, v některých případech i s kombinovaným postižením. Je určena jen ženám od osmnácti let a jsou tu klientky i ve vysokém věku. Průměrný věk našich klientek je 55 let.“

3. Probíhá u Vás v zařízení sexuální výchova a osvěta? Jakým způsobem?

„V minulé době tomu tak nebylo, ale dnes se tato problematika řeší více. Dnes mohou říci, že je to více otevřené téma a již není tak tabuizované. Pracovníci se mohou přihlásit na školicí akce a informace pak mohou předávat klientům. Ale těch školicích akcí není mnoho a jsou limitované počtem míst, takže se na ně každý nedostane.“

Předávání informací klientům probíhá spíše individuálně a z mé strany spíše odborně. Pokud jedou naše klientky na nějaký pobyt i s jinými zařízeními kde jsou i muži, pak je třeba jim vysvětlit techniku pohlavního styku a způsob ochrany před přenosnými chorobami. Ale nejsem si úplně jistá, že moje odborné rady klientky správně využijí.“

4. Setkáváte se ve svém zaměstnání se sexuálním chováním klientů. S jakým a jak na něj reagujete?

„Ano, setkávám. Vzhledem k tomu, že jsou v zařízení jenom ženy, tak jsou to vztahy lesbické. Možná, že kdyby měli příležitost navázat vztah s mužem, třeba by se zjistilo, že jejich orientace není homosexuální. Ale to nemohu tvrdit s určitostí. U klientek s těžkým stupněm mentálního postižení se setkávám se sebeuspokojováním, které provozují tam, kde se zrovna nachází. Pokud se nachází na veřejnosti, odvedu klientku do soukromí, aby se zachovala její intimita a nestala se klientka terčem nějakého posměchu ostatních nebo někoho naopak nepohoršila.“

5. Cítíte se v otázkách sexuality kompetentní? V jakých otázkách sexuality jste ochotná poradit?

„Kompetentní se asi necítím, neprošla jsem žádným školením a nemám pro to žádnou kvalifikaci. Jsem ochotna poradit jako laik v otázkách partnerských vztahů, různých druhů antikoncepce, menstruace, hygieny a podobně, ale v otázkách sexuality vlastně nevím, jakým způsobem bych jim informace měla sdělovat, aby nedošlo k nevhodnému zkreslení.“

6. Stalo se Vám během Vaší praxe, že došlo k nevhodnému sexuálnímu chování ze strany klienta a jak jste na tuto situaci reagoval?

„Ano, šlo o lesbický vztah, který byl jednou klientkou vynucen. Druhá klientka toto sexuální chování odmítala, ale bála se o tom někomu říci. Nakonec se svěřila své klíčové pracovníci a situace se hned řešila. Klientka se odstěhovala na jiný pokoj, celá situace musela být řešena psychickou podporou a mohla být využita i pomoc psychiatra, ale tu klientka odmítla. Nakonec se klientka ze zařízení odstěhovala do rodinného prostředí. Z mého hlediska byl tento problém velký průšvih, který nejspíš pracovníci ihned zjistit nemohli, protože obě klientky spolu zpočátku bydlet chtěly. Myslím, že

problém je v neinformovanosti klientů o těchto situacích, které se jim mohou stát. Oni asi ani nevědí, že je to špatné chování, které by se jim za žádných okolností dít nemělo.“

7. Užívají ve Vašem zařízení klientky antikoncepci? Co si o užívání antikoncepce myslíte?

„Ano, antikoncepci zde užívá jedna klientka. Ale dříve ji užívalo více klientek, aniž by měly nějakého partnera nebo žily sexuálním životem. Dnes je to jen na volbě klientek. Já osobně jsem toho názoru, že pokud chtějí zahájit sexuální život se svým partnerem, tak by měly klientky užívat antikoncepci. Dnes je na trhu velký výběr různých druhů. Pilulky, injekce, náplasti, nitroděložní tělíka. Jen je třeba zjistit, jaký druh bude klientce vyhovovat.“

8. Jaký je Váš názor na partnerství osob s mentálním postižením? Podporujete u vás partnerské vztahy?

„Myslím si, že partnerské vztahy „ano“. I lidé s mentálním postižením mají své touhy, city, potřebu mít někoho rád. Na tom není přece nic zvláštního, když chtějí mít jeden druhého. Bohužel, nemají moc možností najít si partnera. Právě proto většina klientek trpí citovou deprivací, většina z nich nemá ani rodinné zázemí.“

9. Co si myslíte o rodičovství osob s mentálním postižením.

„Na rodičovství mám záporný názor. Myslím si, že člověk s mentálním postižením by dítě vychovávat neměl. Není na to duševně připraven. Nedokáže si představit, co všechno výchova a péče o dítě obnáší. Neodhadne ani nebezpečné situace, které mohou při péči o dítě nastat. Je pravda, že postarat se o dítě někdy nedokáže ani člověk bez mentálního postižení, ale tam alespoň existuje předpoklad, že to zvládne. U lidí s mentálním postižením tam chybí i ten předpoklad.“

10. Myslíte si, že jsou sexuální a vztahové potřeby Vašich klientů naplňovány? Pokud ne, proč?

„Myslím, že nejsou naplňovány nebo jen minimálně. K sexuálním potřebám nemají partnery opačného pohlaví a k vztahovým potřebám taktéž. Stále mají málo možností, jak si partnera najít. I když v poslední době již mají větší možnost styku se společností než tomu tak bývalo dříve. Dříve byli tito lidé tzv. „pacienti v ústavu“. Dnes si jezdí

nakupovat do města, mají možnost jít do kina nebo divadla, jezdí hrát bowling nebo jedou jen tak na večeri a chvilku posedět v restauraci.“

11. Proč myslíte, že lidé s mentálním postižením jsou jednou z nejpočetnějších skupin, která je sexuálně zneužívána?

„Asi proto, že jsou tito lidé poznamenáni ústavním režimem. Neumí odhadnout lidi kolem sebe ani jejich chování. Jsou moc důvěřiví a přátelští k lidem, které ani neznají. Často ani neví, že se jim děje něco špatného. Asi by je někdo měl více poučit a seznámit je se situacemi, které se jim mohou stát.“

12. Řešíte nějakým způsobem celkový vzhled Vašich klientek? Myslíte si, že existuje rozdíl ve vzhledu u Vašich klientek a běžnou populací?

„Celkový vzhled se určitě řeší a mnoho. Dnes už na první pohled není poznat, kdo je klient a kdo je zaměstnanec. Někdy dochází k úsměvným situacím, kdy si veřejnost plete zaměstnance s klientem. Klientky si barví vlasy, chodí ke kadeřnici a vědí, které oblečení si mají vzít do divadla. Ale některé přežitky z minulých zvyklostí jsou stále vidět. Běžný den tráví v teplácích, a některé dokonce v zástěrách.“

13. Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě osob s mentálním postižením? Je podpora zaměstnavatele dostatečná?

„Myslím, že mám dostatek informací, ale nevím, jestli mají dostatek informací klientky, o to tu přece jde. Podpora zaměstnavatele je dostatečná.“

4.3. Rozhovor: Respondentka: Sociální pracovnice.

1. Identifikační otázky: Věk, pracovní zařazení, délka praxe v sociálních službách

Je mi 32 let, pracuji zde dva roky jako sociální pracovnice

2. V jakém typu zařízení pracujete a komu je Vaše služba určena?

„DOZP pro dospělé osoby s mentálním, popřípadě kombinovaným postižením, v současnosti pouze ženy.“

3. Probíhá u Vás v zařízení sexuální výchova a osvěta? Jakým způsobem?

„Výchova ani osvěta v zařízení sice probíhá, nicméně pouze na úrovni zakázka klienta – instinktivní reakce zaměstnance. Není tedy nijak koncepčně samostatně řešena, tedy až na garantování např. práva na projevy sexuality v rámci ochrany práv atd. V některých metodikách je tedy velmi okrajově naznačena cesta (klient musí mít možnost být o samotě) ale ucelený protokol zde chybí.“

4. Setkáváte se ve svém zaměstnání se sexuálním chováním klientů. S jakým a jak na něj reagujete?

„Jistě, vždyť „nesexuálně“ se chovat snad ani nelze. Pokud bereme jako základ chování uznávající pohlavní roli, pak je pohlavní zrcadlení na denním pořádku. Tedy tak jako v běžné společnosti se ženy a muži jinak chovají, jinak vyjadřují, tak i zde v Domově se ženy začínají jako ženy oblékat, česat, holit a mluvit. Samozřejmě se objevují ze strany některých klientek určité „poptávky“ na asistenty-muže, které tito musí profesionálně zvládnout, nebo např. klientce s vysokou mírou podpory bez schopnosti rozlišit vhodnost masturbace vzhledem k okolnímu prostředí musí být v nevhodných chvílích odvedena pozornost jinam. Naopak ve vhodných chvílích, kdy je např. ve vaně, zajištěn dostatek soukromí.“

5. Cítíte se v otázkách sexuality kompetentní? V jakých otázkách sexuality jste ochotná poradit?

„Kompetence dle mého názoru není jen o osobní nátuře, zkušenostech a vzdělávání. Sebelepší pracovník bez podpory a mandátu zařízení může být velmi rychle konfrontován jak opatrovníkem, či veřejností, tak kýmkoli ze zařízení. Proto je rozdíl ve věcech, ve kterých bych se nebála intervence, nicméně bez zakotvení v protokolu sexuality bych tak činila „na vlastní nebezpečí“. Dalším kritériem je názor týmu

domácnosti, ze které klient je. Pokud má doporučení nebudou v týmu akceptována, je jakákoli podpora klienta zbytečná.“

6. Stalo se Vám během Vaší praxe, že došlo k nevhodnému sexuálnímu chování ze strany klienta a jak jste na tuto situaci reagoval?

„Jistě, ve službě s mladým klientem na mě byl činěn jistý nátlak. Naštěstí byla poblíž kolegyně, která mi poradila, které symboly jsou pro tohoto klienta provokující (kombinace konkrétní zástěry a gumových rukavic) a jejich nenošením toto chování odeznělo.“

7. Užívají ve Vašem zařízení klientky antikoncepci? Co si o užívání antikoncepce myslíte?

„Některé možná ano, je nemyslím, že by tato informace měla být nějak hromadně sdílena celým Domovem. Každopádně užívání antikoncepce v našem zařízení není masovou záležitostí zejména vzhledem k vyššímu průměrnému věku klientek. Nesouhlasím s plošným užíváním antikoncepce, zejména té hormonální, bez důvodu. Pokud klientka nejeví známky partnerského sexuálního života, není to podle mého názoru na místě. Na druhou stranu, pokud klientka projevuje o muže zájem, její klíčový pracovník by měl sám (pokud je k tomu kompetentní) či ve spolupráci s kolegou tuto otázku řešit, a to nejen před odjezdem klientky „na dovolenou.“

8. Jaký je Váš názor na partnerství osob s mentálním postižením? Podporujete u vás partnerské vztahy?

„Všichni potřebujeme blízkého člověka. Nejprve to je naše rodina, posléze přátelé a většina lidí ve společnosti má – alespoň v určité etapě svého života – partnera. Proč by lidé jen kvůli tomu, že žijí tam, kde žijí, neměli mít nárok na běžný partnerský vztah. Bohužel v Domově se těžko vytváří podmínky, a to zejména vzhledem k zajištění soukromí při hygieně. Je to jedním z důvodů, proč je Domov zapojen do transformace.“

9. Co si myslíte o rodičovství osob s mentálním postižením.

„To samé co o rodičovství 16 leté školačky. Bylo by lepší působit preventivně, ale za splnění určitých podmínek může být dítě vychováno lépe, než některými matkami bez

diagnózy, které znám. Bohužel pokud vím, v České republice chybí v tuto chvíli zařízení typu DOZP, které by pobyt matky s dítětem umožňovalo. Je to dáno zejména definicí cílové skupiny, kterou dítě v tu chvíli nesplňuje, a proto mu nemůže být legálně umožněn pobyt. Jiné už to je u podpory samostatného bydlení, kde je asistentská podpora zaměřena jinak.“

10. Myslíte si, že jsou sexuální a vztahové potřeby Vašich klientů naplňovány? Pokud ne, proč?

„Jistě že ne, ani nemohou. Prvním předpokladem pro naplnění potřeby je uvědomit si, že mi něco schází. Jestli mi pak v cestě za tím někdo pomáhá, nebo ne, je jiná věc. Problém lidí, kteří žili prakticky celý svůj život v prostředí, které je od navazování jakýchkoli vztahů odrazovalo, je v tom, že se tyto potřeby naučili velmi účinně potlačovat. Tyto potřeby se nezačnou projevovat ze dne na den tím, že řekneme – teď můžeš! Každopádně jsou tyto potřeby - tak jako u jakéhokoli jiného vzorku populace – velmi individuální. Tak jako jinde najdeme i u nás v Domově samotáře, kteří si „vystačí sami se sebou.“

11. Proč myslíte, že lidé s mentálním postižením jsou jednou z nejpočetnějších skupin, která je sexuálně zneužívána?

„Jak již bylo naznačeno v předešlé otázce, pokud Vás někdo celý život „podporuje“ v podřadné sociální, rodinné, osobní roli, nerespektuje vaše práva, soukromí, nedává vám příliš možnost se rozhodnout, a nepodporuje vás v tom, že když se mi něco nelíbí, můžu si stěžovat, budete také člověkem velmi ohroženým sexuálním obtěžováním.“

12. Řešíte nějakým způsobem celkový vzhled Vašich klientek? Myslíte si, že existuje rozdíl ve vzhledu u Vašich klientek a běžnou populací?

„Myslím, že se v této oblasti již hodně zlepšilo. Naštěstí vymizely hromadné nákupy stejného oblečení, „ústavní“ sestřihy nejlépe nakrátko (vši) atd. Zaměstnanci často v této souvislosti zmiňují finanční problémy, díky kterým si některé klientky nemohou dopřát obnovu šatníku či kadeřnické služby tak často, jak by si přály. O to více mne pak

mrzí, když zaměstnanec, jehož náplní práce je podpora klienta do běžného prostředí, ostříhá klientku, přestože má schopnosti i prostředky na to, si zajistit kadeřníka sama.“

13. Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě osob s mentálním postižením? Je podpora zaměstnavatele dostatečná?

„Myslím, že osobně mám informací dost. Podpora zaměstnavatele je asi dostatečná, jen ještě stále nemám odvalu na toto téma s klientkami hovořit. Možná by měl vzniknout nějaký protokol sexuality, který by mi upevnil půdu pod nohama. Tak bych si byla jistá tím, jak mám informace podávat vhodným způsobem.“

Tabulka 3

| | Respondentka 1. | Respondentka 2. | Respondentka 3. |
|--|--|--|--|
| Věk, pracovní zařazení, délka praxe | 49 let, pracovnice v přímé péči, v praxi 4 roky | 38 let, všeobecná sestra, v praxi 11 let | 32 let, sociální pracovnice, 2 roky v praxi |
| V jakém typu zařízení pracujete a komu je Vaše služba určena? | Je to pobytové zařízení, služba je pro dospělé ženy se zdravotním postižením | DOZP – pro ženy od 18 let věku | DOZP – pro dospělé ženy s mentálním a kombinovaným postižením |
| Probíhá u Vás v zařízení sexuální výchova a osvěta? Jakým způsobem? | Probíhá formou školení pro zaměstnance .(Štěřbová,Eisner) | Probíhají školicí akce pro zaměstnance (limitované počtem míst). Osvěta klientek pouze individuálně, odborně- před odjezdem na dovolenou. Nejsem si jistá využitím těchto informací. | Probíhá pouze na úrovni zakázka klienta – instinktivní reakce zaměstnance. Není koncepčně samostatně řešena. Chybí ucelený protokol. |
| Setkáváte se ve svém zaměstnání se sexuálním chováním klientů. | Projevy slovní, doteky mezi klienty, navazování vztahů, obnažování, masturbace. Pokud nemusím, | Lesbické vztahy, sebeuspokojování. Pokud je to na veřejnosti, odvedu klientku do soukromí, aby se nestala | Nesexuálně se chovat nelze. Poptávka na asistenty muže. U klientek s vysokou mírou podpory je to |

| | | | |
|---|---|--|--|
| S jakým a jak na něj reagujete? | nereagují. Při nevhodném chování odvedu klientku do soukromí vzhledem zachování důstojnosti. | terčem posměchu a nedošlo k narušení intimity. | masturbace. V nevhodných chvílích odvedena pozornost. Ve vhodné chvíli zajištěno soukromí. |
| Cítíte se v otázkách sexuality kompetentní? V jakých otázkách sexuality jste ochotná poradit? | Moc kompetentní se necítím. Asi jen při nevhodném chování. Doporučila bych odborníka. | Necítím se kompetentní, nejsem odborník. Pouze v partnerských vztazích, antikoncepce, menstruace, hygieny. V sexualitě nevím jak informovat. | Bez zakotvení v protokolu sexuality je intervence v této oblasti jen na vlastní nebezpečí-konfrontace opatrovníkem, veřejností, atd. Některých intervencí bych se nebála za podpory celého týmu. |
| Stalo se Vám během Vaší praxe, že došlo k nevhodnému sexuálnímu chování ze strany klienta a jak jste na tuto situaci reagoval? | Ano, např. osahávání se při tanci, v klidu jsem upozornila, že tato záležitost patří do soukromí | Klientkou vynucený lesbický vztah s jinou klientkou. Po zjištění byly klientky přestěhovány. Psychologická podpora byla klientkou odmítnuta. | Klientem na mě byl činěn jistý nátlak, který byl způsoben nošením specifické zástěry a rukavic. Po odstranění těchto věcí, nátlak vymizel. |
| Užívají ve Vašem zařízení klientky antikoncepci? Co si o užívání antikoncepce myslíte? | Ano byla jedna klientka, která antikoncepci brala. Pokud ji klientka bude chtít, pomohu s komunikací u lékaře. Sama bych informovala o některých druzích. | Jedna klientka ji měla, dříve ji bralo více klientek, aniž měly partnera. Při zahájení sexuálního života jsem pro antikoncepci. | Některé možná ano, je nemyslím, že by tato informace měla být nějak hromadně sdílena celým Domovem. Nesouhlasím s plošným užíváním antikoncepce, zejména té hormonální, bez důvodu. Pokud klientka chce proč ne. |
| Jaký je Váš názor na | Je to přirozené nemám s tím problém. | S těmito vztahy souhlasím, není na tom | Všichni potřebujeme blízkého |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>partnerství osob s mentálním postižením? Podporujete u vás partnerské vztahy?</p> | <p>V zařízení máme snahu tyto vztahy podporovat, ale nemáme pro ně podmínky.</p> | <p>nic zvláštního, jen není moc možností pro klientky jak je navazovat.</p> | <p>člověka i člověk s MP. Bohužel v Domově nejsou podmínky pro vytváření těchto vztahů.</p> |
| <p>Co si myslíte o rodičovství osob s mentálním postižením.</p> | <p>S tímto trochu problém mám, záleží na stupni MP. Ve většině případů bych nedoporučila.</p> | <p>Myslím si, že člověk s MP, by dítě vychovávat neměl. Není na to duševně připraven. Neodhadne ani nebezpečné situace.</p> | <p>Mělo by se působit preventivně proti početí, ale za splnění určitých podmínek může být dítě vychováno lépe než od některých matek bez MP. Chybí služba pro matky s dítětem typu DOZP.</p> |
| <p>Myslíte si, že jsou sexuální a vztahové potřeby Vašich klientů naplňovány? Pokud ne, proč?</p> | <p>Nejsou naplňovány, chybí zde soukromí.</p> | <p>Nejsou, nemají partnery a stále mají málo možností.</p> | <p>Nejsou ani nemohou. Je to vlivem zařízení ve kterém dlouhodobě žijí. Jsou zde samotáři, kteří si vystačí sami se sebou.</p> |
| <p>Proč myslíte, že lidé s mentálním postižením jsou jednou z nejpočetnějších skupin, která je sexuálně zneužívána?</p> | <p>Jsou důvěřiví, věří cizím osobám a nejsou informováni o tom, co se jim může stát.</p> | <p>Jsou to lidé poznamenaní ústavním režimem. Jsou důvěřiví, neodhadnou chování cizích lidí a často ani neví, že se jim děje něco špatného.</p> | <p>Celoživotní podřadnost v sociální, rodinné, osobní roli. Často nejsou respektována jejich práva a oni ani neví, že si mohou na něco stěžovat. V tomto případě by byl sexuálně zneužitelný každý.</p> |
| <p>Řešíte nějakým způsobem celkový vzhled Vašich</p> | <p>V poslední době se situace zlepšila. Klientky chodí do kadeřnictví, pedikúry a již nenosí</p> | <p>Vzhled řešíme a mnoho. Není poznat kdo je zaměstnanec a kdo klient. Ty vědí jaké</p> | <p>Tato oblast se zlepšila. Nenakupují se hromadně stejná oblečení, nejsou</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| klientek? Myslíte si, že existuje rozdíl ve vzhledu u Vašich klientek a běžnou populací? | oblečení s dětskými motivy. (čepice s bambulí) | oblečení si vzít do divadla, i když běžný den tráví v teplácích a někdy v zástěrách. | hromadné sestřihy na krátko. Problémem jsou jejich finance. |
| Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě osob s mentálním postižením? Je podpora zaměstnavatele dostatečná? | Informací mám dost, podpora je dostatečná, spíš tu vzniká potřeba ukotvení informací, abych věděla jakým způsobem klientky informovat. | Mám dostatek informací, myslím, že informace chybí klientkám a o to tu přece jde. Podpora je dostatečná. | Informací mám dost, podpora zaměstnavatele je dostatečná, jen nemám odvahu s klientkami o tomto hovořit. Bez ukotvení sexuality v protokolu nemám pevnou půdu pod nohama. |

4.4. Rozhovor: Respondent: pracovník v přímé péči (muž)

1. Identifikační otázky: Věk, pracovní zařazení, délka praxe v sociálních službách

Je mi 45let, pracuji zde 5 let jako pracovník přímé péče

2. V jakém typu zařízení pracujete a komu je Vaše služba určena?

„Zařízení, ve kterém pracuji je Domov pro osoby se zdravotním postižením dle zákona 108/2006 Sb., naše zařízení je určeno pouze pro ženy, které mají nějaké zdravotní či mentální postižení. Věková kategorie je od 18let, horní hranice není stanovena. Bohužel nejsme zařízení k tomu, abychom mohli přijímat i muže, což je velká škoda.“

3. Probíhá u Vás v zařízení sexuální výchova a osvěta? Jakým způsobem?

„V poslední době proběhlo jedno školení na téma sexualita osob s mentálním postižením, ale tohoto školení jsem se nezúčastnil, protože jsem se vzhledem k omezenému počtu míst již na školení nedostal. Jinak se tímto tématem moc nezabýváme, pokud to nevyžaduje konkrétní situace, kterou většinou řeší zdravotní

sestra našeho zařízení. Já osobně sexuální osvětu a výchovu neprovádím a spíše podobná témata přenechávám ženám – kolegyním. Myslím, že s klientkami by v tomto ohledu měla pracovat žena nebo odborník. Myslím si, že pro zaměstnance našeho zařízení by měl vzniknout nějaký manuál, ve kterém by byly alespoň základní informace, jak hovořit s klientkou na toto téma. Já vlastně nevím jaké informace a jak bych je měl klientce podat.“

4. Setkáváte se ve svém zaměstnání se sexuálním chováním klientů. S jakým a jak na něj reagujete?

„Ano, setkávám, ale jen okrajově a minimálně. Většinou jsou to jen sexuální signály, které klientky vysílají směrem ke mně. Jedná se například o mazlení, tulení, hlazení. Už toto chování považuji za minimální sexuální signál. Ve většině případů toto chování ignoruji a neřeším jej, klientka zjistí, že toto chování neopětuji a přestane tyto signály sama vysílat. Jen výjimečně musím klientku upozornit na to, že se mi její chování nelíbí a požádat ji, aby přestala. Vím i o jednom lesbickém vztahu, který mezi sebou mají naše dvě klientky. Nejsem si jist, jestli je jejich orientace homosexuální nebo je to dané tím, že vlastně nemají jinou možnost partnerského výběru.“

5. Cítíte se v otázkách sexuality kompetentní? V jakých otázkách sexuality jste ochotný poradit?

„No právě, to je to co už jsem říkal v předchozí otázce. Necítím se být moc kompetentní klientkám vysvětlovat otázky sexuality. Ale možná kdyby se informace na toto téma někde ukotvily a já věděl, co a jakým způsobem jim mohu sdělit, tak asi ano. Nerad bych sděloval něco nevhodným způsobem a klientky třeba vyděsil špatným vysvětlením. Asi bych byl ochoten poradit v oblasti jak se chránit před početím, jak použít kondom, asi bych byl schopen vysvětlit, jak probíhá pohlavní styk, ale třeba bych nebyl ochoten poradit klientce s autoerotikou. Každý máme někde svoje hranice a toto je pro mne opravdu nepříjemné.“

6. Stalo se Vám během Vaší praxe, že došlo k nevhodnému sexuálnímu chování ze strany klienta a jak jste na tuto situaci reagoval?

„Jednou se mi stalo, že mi klientka sáhla na rozkrok, jestli to tak mohu říci. Ona měla ráda muže, a já jsem nebyl jediný, komu toto provedla. Tady vidíte, že klientky

potřebují vztahy, protože kdyby měly partnerské či jen kamarádské vztahy, tak si myslím, že by se toto nestávalo. Na tuto situaci jsem zareagoval myslím dobře, odstoupil jsem od klientky do bezpečné vzdálenosti a nijak jsem to raději nekomentoval.“

7. Užívají ve Vašem zařízení klientky antikoncepci? Co si o užívání antikoncepce myslíte?

„Myslím, že dříve užívaly klientky antikoncepci plošně a hromadně. Asi to byla nějaká obrana systému před nežádoucím početím osob s mentálním postižením, to byl hrozný nesmysl. U nás užívala antikoncepci jedna klientka, která měla partnerský vztah, sama o ni požádala, protože otěhotnět nechtěla. Jsem pro užívání, když klientka má partnera a sama chce.“

8. Jaký je Váš názor na partnerství osob s mentálním postižením? Podporujete u vás partnerské vztahy?

„Ale ano, já jsem pro partnerské soužití u těch lidí, kteří to sami chtějí a jsou schopni ten vztah zvládnout. Z mého hlediska jsou to lidé s lehkou formou mentálního postižení. Otázkou je, zda jsou naše klientky na partnerský vztah připravené. Něco jiného je to u lidí, kteří žijí v rodinném prostředí, ti mají odpozorované své rodičovské vzory a to našim klientkám zcela chybí. V rodinném prostředí by měly odpozorované, co dělá jejich matka a co dělá jejich otec. Tady se jim vlastně všechno udělá v rámci zařízení (vypere, uvaří, vyžehlí, uklidí) a ony vlastně nevědí, co ve vztahu dělá žena a co muž. Někaká příprava na partnerský život by měla proběhnout, ale to se v našem zařízení neděje. Jinak partnerské vztahy jsou dalším krokem pro transformaci lidí s mentálním postižením do společnosti.“

9. Co si myslíte o rodičovství osob s mentálním postižením.

„Jak jsem již uvedl v předchozích otázkách, jsem pro rodičovství pouze v případě, že jde o lidi s lehkým mentálním postižením a není tam nějaká kontraindikace ze zdravotního hlediska. Jinak je to velmi individuální. „

10. Myslíte si, že jsou sexuální a vztahové potřeby Vašich klientů naplňovány? Pokud ne, proč?

„Myslím, že nejsou, ale to je dáno tou institucí. Naše klientky nemají moc možností seznamovat se. Společenských akcí zde moc nemáme, a i když se snažíme je

organizovat, na navázání partnerského vztahu to nestačí. Co se týče těch sexuálních potřeb, tak ty také nejsou naplňovány z podobných důvodů. “

11. Proč myslíte, že lidé s mentálním postižením jsou jednou z nejpočetnějších skupin, která je sexuálně zneužívána?

„Nejspíš asi proto, že se neumí dané situaci bránit, sami mnohdy nevědí, že se jim děje něco, co by se jim dít nemělo. Často jim jejich zdravotní stav ani nedovoluje to někomu oznámit, jejich komunikační schopnosti nejsou na takové úrovni, aby mohli tento problém vyjádřit. Sexuálně zneužít je může někdo z rodiny, pečovatel, asistent či jiný klient. Tyto věci se bohužel dějí, ale myslím si, že se moc neřeší, protože na převážnou část těchto situací se nepříjde. A pokud ano, těžce se dokazují. „

12. Řešíte nějakým způsobem celkový vzhled Vašich klientek? Myslíte si, že existuje rozdíl ve vzhledu u Vašich klientek a běžnou populací?

„Vzhled klientek je dán uniformitou ústavního života. Nebylo běžné, aby se klientky malovaly nebo nosily módní oblečení. Krátké sestřihy vlasů byly praktické a nenáročné na udržování čistoty, trvalá ondulace byla jen výjimkou. Současné domovy si nesou z minulosti návyky klientek a jen těžce se odbourávají. Klientky se většinou neumí malovat, neumí si vytvořit vlastní styl oblékání, neřeší příliš, co jim sluší a co ne. “

13. Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě osob s mentálním postižením? Je podpora zaměstnavatele dostatečná?

„Myslím, že informací mám dostatek, ale bylo by třeba je nějak ukotvit, mám na mysli vytvoření nějakého manuálu, jak mám poskytovat informace klientkám, abych je neposkytl špatně. Podpora zaměstnavatele v této problematice je asi dostatečná, a pokud bychom chtěli zajistit nějaké školení, určitě nebude problém školení zajistit. “

4.5. Rozhovor: Respondent: pracovnice v přímé péči

1. Identifikační otázky: Věk, pracovní zařazení, délka praxe v sociálních službách

- Je mi 41 let, pracuji zde 18 let jako pracovník v přímé péči

2. V jakém typu zařízení pracujete a komu je Vaše služba určena?

„Je to pobytová sociální služba. DOZP, pro ženy s mentálním či kombinovaným postižením.“

3. Probíhá u Vás v zařízení sexuální výchova a osvěta? Jakým způsobem?

„V loňském roce proběhlo školení na téma sexualita osob s mentálním postižením. Někteří zaměstnanci se tohoto školení zúčastnili. V našem zařízení doposud neprobíhá výchova ani osvěta klientů v oblasti sexuality.“

4. Setkáváte se ve svém zaměstnání se sexuálním chováním klientů. S jakým a jak na něj reagujete?

„Se sexuálním chováním se u klientek nese setkávám příliš často. Pokud ano, tak jen ve formě pohlazení od klientky, která potřebuje užší kontakt.“

5. Cítíte se v otázkách sexuality kompetentní? V jakých otázkách sexuality jste ochotný poradit?

„Necítím se být kompetentní v otázkách sexuality. Výhodou by byl určený pracovník pro tyto potřeby klientek. Pokud o to klientky stojí, mohu pomoci pouze radou v případě antikoncepce nebo si popovídat o partnerských vztazích. V případě sexuality jim radit nemohu, protože vlastně nevím, jakým způsobem bych jim tyto věci měla vysvětlovat.“

6. Stalo se Vám během Vaší praxe, že došlo k nevhodnému sexuálnímu chování ze strany klienta a jak jste na tuto situaci reagoval?

„Nikdy jsem tuto situaci nezažila, jen u klientek s těžkým mentálním postižením jsem zažila sebeuspokojování na veřejném prostranství. Klientka byla odvedena do soukromí, hlavně proto, aby nedošlo k narušení její důstojnosti.“

7. Užívají ve Vašem zařízení klientky antikoncepci? Co si o užívání antikoncepce myslíte?

„Nevím přesně, některé možná ano. Pokud by klientka začala se sexuálním životem, určitě bych jí v rozhodnutí užívat antikoncepci podpořila. Souhlasím s antikoncepcí.“

8. Jaký je Váš názor na partnerství osob s mentálním postižením? Podporujete u vás partnerské vztahy?

„Partnerství lidí s mentálním postižením podporuji v případech, že je to spontánní projev. Každý potřebuje mít někoho rád a být někým milován. To je normální lidská potřeba přece.“

9. Co si myslíte o rodičovství osob s mentálním postižením.

„S tímto mám asi problém. Nesouhlasím s rodičovstvím osob s mentálním postižením. U nich chybí předpoklad zvládnutí rodičovství. I za podpory okolí, rodiny, asistentů. Je potřeba se ptát na to, zda to je dobré pro dítě.“

10. Myslíte si, že jsou sexuální a vztahové potřeby Vašich klientů naplňovány? Pokud ne, proč?

„Ne, určitě nejsou. Vždyť jsme zařízení jen pro ženy. Klientky stále nemají dost možností seznámit se s mužem a navázat nějaký vztah, byť jen přátelský.“

11. Proč myslíte, že lidé s mentálním postižením jsou jednou z nejpočetnějších skupin, která je sexuálně zneužívána?

„Možná proto, že tito lidé nejsou schopni hnát k zodpovědnosti člověka, který je zneužil. Jsou snadněji ovlivnitelní, nemají dostatek zkušeností ani informací o takovém nepřípustném chování. Bohužel se asi takové situace dějí, ale jsou těžce prokazatelné a bohužel nejsou mnohdy ani zjizvitelné.“

12. Řešíte nějakým způsobem celkový vzhled Vašich klientek? Myslíte si, že existuje rozdíl ve vzhledu u Vašich klientek a běžnou populací?

„Snažíme se, aby klientky využívaly co nejvíce služeb zvenčí. Navštěvují kadeřnici, pedikúru, kupují si oblečení, které se jim líbí. Pokud jim to jejich finance dovolí. Přesto si myslím, že rozdíl ve vzhledu klientek a běžnou populací existuje. Stále jsou klientky ostříhané na krátko a někdy uvnitř zařízení je uvidíte oblečené přinejmenším dětinsky. Stále zde jsou klientky, které se nevzdaly svých zástěr a punčocháčů.“

13. Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě osob s mentálním postižením? Je podpora zaměstnavatele dostatečná?

„Určitě nemám dostatek informací, podpora zaměstnavatele je však dostatečná. Pokud by zaměstnanci měli zájem o školení nebo chtěli vytvořit nějaký manuál, kde by byly informace o tom, jakým způsobem sdělovat informace klientkám, určitě by to nebyl problém.“

Tabulka 4

| | Respondent 4. | Respondentka 5. |
|---|--|---|
| Věk, pracovní zařazení, délka praxe | 45 let, pracovník v přímé péči, v praxi 5 let | 41 let, pracovnice v přímé péči, v praxi 18 let |
| V jakém typu zařízení pracujete a komu je Vaše služba určena? | DOZP, sociální služba pro ženy se zdravotním či mentálním postižením od 18 ti let. | DOZP, pobytová sociální služba pro ženy s mentálním postižením |
| Probíhá u Vás v zařízení sexuální výchova a osvěta? Jakým způsobem? | Ano, školení o sexualitě osob s MP, neúčastnil jsem se. Výchovu a osvětu neprovádím. | Proběhlo o sexualitě osob s MP školení, ale jinak sexuální osvěta ani výchova neprobíhá. |
| Setkáváte se ve svém zaměstnání se sexuálním chováním klientů. S jakým a jak na něj reagujete? | Okrajově – signály klientek – tulení, mazlení, hlazení. Nemusím – li, nereaguji. Pokud musím, upozorním, aby přestala. | Nesetkávám, a pokud ano tak jen s pohlazením, které je spíše signálem pro užší kontakt. |
| Cítíte se v otázkách sexuality kompetentní? V jakých otázkách sexuality jste ochotná poradit? | Necítím se být kompetentní. Chybí ukotvení informací. Poradil bych ochranu před početím, kondom, pohlavní styk. | Necítím se kompetentní. Výhodou – určený pracovník. Poradila bych pouze s antikoncepcí a ve vztazích. |
| Stalo se Vám během Vaší praxe, že došlo k nevhodnému sexuálnímu chování ze strany klienta a jak jste na tuto situaci reagoval? | Ano, klientka mi sáhla na rozkrok. Odstoupil jsem do bezpečné vzdálenosti a raději to nijak nekomentoval. | Nikdy jsem tuto situaci nezažila. Jen u klientů s těžkou MP masturbování na veřejnosti. Klientka byla odvedena do soukromí. |
| Užívají ve Vašem zařízení klientky antikoncepci? Co si o užívání antikoncepce myslíte? | Dříve užívaly klientky antikoncepci plošně. U nás ji užívala jedna. Jsem pro. | Některé možná ano. Pokud má klientka partnera a sexuální život, určitě ji podpořím. |
| Jaký je Váš názor na partnerství osob s mentálním postižením? Podporujete u vás partnerské vztahy? | Ano jsem pro, pokud sami chtějí. Otázkou je zda vztah zvládnou. Nemají vzory sociálních rolí. | Podporuji v případě, že je to spontánní projev. Každý někoho potřebuje. |
| Co si myslíte o rodičovství osob s mentálním postižením. | Individuální. Pouze v případě lehké formy MP, bez | Nesouhlasím. Chybí k rodičovství předpoklad. |

| | | |
|---|---|--|
| | zdravotní kontraindikace | |
| Myslíte si, že jsou sexuální a vztahové potřeby Vašich klientů naplňovány? Pokud ne, proč? | Nejsou. Je to dané institucí. Nemají možnost navázat vztah | Nejsou. V zařízení jsou jen ženy. Nemají možnost navázat ani přátelský vztah. |
| Proč myslíte, že lidé s mentálním postižením jsou jednou z nejpočetnějších skupin, která je sexuálně zneužívána? | Neumí se bránit, nevědí, že se jim děje něco špatného. Zdravotní stav jim nedovoluje oznámení. Děje se to, ale je to málo prokazatelné. | Nejsou schopni hnát k zodpovědnosti člověka, který je zneužil. Jsou ovlivnitelní, nemají konkrétní informace. |
| Řešíte nějakým způsobem celkový vzhled Vašich klientek? Myslíte si, že existuje rozdíl ve vzhledu u Vašich klientek a běžnou populací? | Současné domovy si nesou návyky, které se těžce odbourávají. Klientky se neumí malovat, oblékat a neví, co jim sluší. | Ano, využíváme služby zvenčí – kadeřnice, pedikúra. Myslím si, že rozdíl stále existuje. Sestřihy na krátko, zástěry a punčocháče. |
| Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě osob s mentálním postižením? Je podpora zaměstnavatele dostatečná? | Informací mám dost, ale je potřeba je někde ukotvit, abych věděl, jak mám informace poskytovat. | Nemám dostatek informací, ale podpora je dostatečná. |

5. Diskuze

Z provedených rozhovorů ve výzkumné části bakalářské práce vyplynulo mnoho zajímavých skutečností. Sexualita osob s mentálním postižením byla v minulosti výrazně tabuizována, ve výzkumu jsem zjistila opak. Toto téma jedno z nejčastějších témat, kterým se zabývají poskytovatelé sociálních služeb i jejich zaměstnanci.

Dle Čihákové (6) sexualita tvoří nepostradatelnou součást života jakéhokoli jedince. Sexualita přináší pocity štěstí, lásky a spokojenosti, ovlivňuje tedy celou naši osobnost.

Jak uvádí Burianová (2) názory na tuto problematiku se velice různí. Je skutečností, že i u osob s mentálním postižením je oblast sexuality přítomna. Osoby s mentálním postižením nelze považovat za asexuální bytosti. V současné době je snahou poskytovatelů služeb sociální péče, aby byla zajištěna rovnováha mezi ochranou a respektováním jejich práva na zdravý sexuální a partnerský život.

Čiháková (6) uvádí, že v minulosti byla sexuální výchova chápána jako něco nevhodného nebo nežádoucího. Proto mnoho jedinců s mentálním postižením bylo umístěno do ústavů sociální péče, kde po celý svůj život žila. Jejich projevy sexuality byly na veřejnosti zcela nepřipustné. I v dnešní době bývají lidé s mentálním postižením obklopeni velkým množstvím nejrůznějších předsudků a zábran. K nutnosti pochopení emocionálních a erotických potřeb jedinců s mentálním postižením je nutné, abychom se dokázali vcítit do jejich stupně a úrovně vývojového pochodu a také tedy sexuálního projevu.

Ve výzkumné části mé bakalářské práce jsem zjistila, že zaměstnanci zařízení Centra sociálních služeb jsou se sexualitou osob s mentálním postižením dostatečně informováni, což ve výzkumu dokazují uvedená školení, která v zařízení v nedávné době proběhla. Snaží se respektovat právo klientů na sexualitu a ve výzkumu většina respondentů uvedla, že nesexuálně se chovat nelze. Nezabraňují uživatelkám v jejich sexuálních projevech. Většina respondentů souhlasí s tím, že pouze tehdy, pokud se sexuální projev děje na veřejnosti, zajistí klientkám soukromí, tak, aby nedošlo k narušení jejich důstojnosti a zároveň k veřejnému pohoršení.

Dále bylo ve výzkumu zjištěno, že i když jsou zaměstnanci dostatečně informováni, sexuální výchovu a osvětu v zařízení neprovádějí, nebo jen na minimální úrovni „poptávka klienta“ – „instinktivní reakce zaměstnance“. Respondenti se ve většině případů shodli na odpovědi, že se v sexuální výchově a osvětě necítí být dostatečně kompetentní a bez zakotvení v protokolu sexuality je intervence v této oblasti jen na vlastní nebezpečí (konfrontace opatrovníkem, veřejností, atd.).

Dle Čihákové (6) sexuální projevy osob s mentálním postižením bývají velmi často spojeny s impulzivním chováním, které může být způsobeno tím, že osoby s mentálním postižením se chovají zcela spontánně, bez zábran a předsudků, a bez schopnosti kontrolování svého chování a jednání. Z toho také plyne skutečnost, že osoby s mentálním postižením se mohou někdy ve společnosti chovat zcela nevhodně, až společensky nepřijatelně, což může u mnohých vyvolávat rozpaky nebo údiv.

Ve svém výzkumu jsem zjistila, že v zařízení se s nevhodným chováním klientek setkávají zaměstnanci jen minimálně a okrajově, jedná se spíše o projevy náklonnosti, kdy klientka spíše vyžaduje větší pozornost, než jaké se jí dostává. V jednom případě respondent uvedl projevy jako mazlení, tulení, hlazení, což nepovažoval za chování se sexuálním podtextem.

O nevhodné chování se jednalo v případě masturbace na veřejnosti, a to u klientek s vyšší mírou podpory, které neumí odhadnout situaci. Zaměstnanci na tyto situace reagují s jistotou – odvedením klientů do soukromí, aby nebyla narušena jejich důstojnost a na veřejnosti nezpůsobila situace pohoršení. V jednom případě respondent uvedl, že se setkal s nevhodným, vynuceným lesbickým vztahem mezi dvěma klientkami. Možnou příčinou mohl být i nedostatek informací, neboť v zařízení neprobíhá sexuální výchova ani osvěta. Tato záležitost byla řešena zaměstnanci i opatrovníkem. Byla nabídnuta i psychická podpora psychiatra, ale tu klientka odmítla. Považuji za velmi důležité, aby v zařízení byl podpořen vznik dokumentu, který umožní pracovníkům v přímé péči, ale i uživatelům těchto služeb zorientovat se ve správném postupu při řešení otázek sexuality a dle Bazalové (2) by mohl zároveň působit jako prevence před nevhodným, sexuálním chováním a také by mohl podpořit sexuální výchovu a osvětu, která se v zařízení zatím vůbec neprovádí

Hubáčková uvádí (11), že mnoho osob s mentálním postižením se v oblasti vztahů již od raného věku setkává spíše s deprivací, i přesto, že mají velmi silně vytvořenou potřebu mít blízkého člověka, potřebu lásky a také potřebu přátel. Mít partnera pro tyto osoby velmi často představuje více než se pouze přiblížit tzv. "normálnímu životu". Ale vytváření partnerských vztahů u osob s mentálním postižením je velmi často provázáno řadou specifických problémů, jako je konkrétní schopnost navazování a realizování partnerských vztahů (11).

Přátelství a milostné vztahy jsou nedílnou součástí lidského štěstí. Z mého výzkumu lze usuzovat, že zaměstnanci souhlasí s partnerstvím osob s mentálním postižením, ale bohužel vzhledem k typu zařízení (pouze ženy), nemají klienti mnoho možností seznámit se a navázat vztah, byť jen přátelský. Většina respondentů uvádí, že každý potřebuje mít někoho rád a naopak, být někým milován. Vlivem zařízení, ve kterém dlouhodobě žijí, jsou zde samotáři, kteří si vystačí sami se sebou. Dlouhodobě nejsou naplňovány vztahové ani sexuální potřeby uživatelů, přitom mnoho z nich by partnera uvítala. Z otázek vyplynulo zjištění, že zanedbatelná část uživatelů tohoto zařízení si partnera našla a v současné době spolu žijí v chráněném bydlení nebo v zařízení, kde je možnost bydlet jako pár. Z toho vyplývá, že je nutné vytvořit takové sociální zázemí, aby byly sníženy důsledky sociální izolace. Také proto je zařízení zařazeno v programu transformace sociálních služeb, a tím je podporována jejich sociální integrace. Dostatečná sociální síť by měla uživatelům umožnit kvalitně trávit volný čas, odstranit izolaci, která je dána typem zařízení a najít si kamaráda nebo partnera, kterého si v současnosti nemají možnost najít.

Uzel (25) píše, že plánované rodičovství je považováno za jedno ze základních lidských práv každého člověka. Není sporu o tom, že i mentálně postižené osoby by neměly být v uplatňování tohoto práva, nijak zkracováni.

Štěrbová (20) uvádí, že mezi nejzastaralejší názory veřejnosti patří názor, že osoby s mentálním postižením nejsou kompetentní být rodičem.

Tak jako běžná populace, tak i osoby s mentálním postižením mají právo mít a vychovávat děti. Z rozhovorů vyplývá, že zaměstnanci se spíše se přiklání k názoru, že

by se mělo působit preventivně před početím a nesouhlasí s rodičovstvím osob s mentálním postižením. Dva respondenti uvedli, že záleží na stupni mentálního postižení a zdravotních kontraindikacích. Jeden respondent se přiklání k názoru, že pokud existuje alespoň předpoklad k výchově dítěte (rodina, blízcí, asistence), může být dítě vychováno lépe, než v disharmonické rodině. Plánované rodičovství úzce souvisí se sexuální výchovou a osvětou, která v zařízení zcela chybí. Lidé s mentálním postižením mohou rodičovství považovat za žádoucí sociální roli, a proto by na ní měli být soustavně připravováni. Pokud se osoby s mentálním postižením rozhodnou pro rodičovství je nutné zvážit všechny faktory, které mohou rodičovství ovlivnit. Dle Štěrbové (21) je třeba přihlídnout k riziku ve vztahu budoucího dítěte a budoucího rodiče. V případě zjištění, že rodič nebude zvládat svou úlohu a hrozí zanedbání péče o dítě nebo jakékoliv trauma na straně rodiče, je vhodné působit preventivně před početím.

Podle Šulové (22) oblast ženské hormonální antikoncepce je u osob s postižením velmi problematická. Jedná se především o každodenní užívání tablet, kdy bylo zjištěno, že uživatelky antikoncepce alespoň jedenkrát za dobu menstruačního cyklu, zapomenou užít tabletu. K riziku vynechání tablety je spíše disponována žena s mentálním postižením.

Proto dle Uzla (24) se ve většině případů mentálně postižených dívek preferuje spíše užívání dlouhodobě působící hormonální antikoncepce. U tohoto typu antikoncepce je čtyřikrát ročně aplikovaná tzv. gestagenní antikoncepce, např. Depo Provera.

Z výzkumných rozhovorů bylo zjištěno, že v zařízení užívá antikoncepci jen minimální počet uživatelék. Zaměstnanci jsou toho názoru, že informace o tom, která klientka užívá jakou antikoncepci, nemusí sdílet celé zařízení. Zaměstnanci nejsou proti užívání antikoncepce a jsou ochotni podpořit uživatelky v kontaktu s odborníkem, který určí vhodný přípravek. Vzhledem k tomu, že v zařízení uživatelky nemají partnery, touto problematikou se moc nezabývají.

K navázání partnerského vztahu neodmyslitelně patří úprava zevnějšku, která se v minulosti téměř vůbec neřešila. V současné době dle uvedených odpovědí

z rozhovorů, se v tomto směru mnoho zlepšilo. Na této odpovědi se shodly pouze respondentky ženy. Vidí odstup od hromadně stejného oblečení (zástěry, teplákové soupravy), ale i od stejných sestřihů na krátko (prevence proti vším). Respondent muž uvedl, že dnešní Domovy si nesou návyky z minulosti, které lze jen těžce odbourat. Tvrdí, že uživatelky se neumí oblékat, malovat a neví, co jim sluší. Z toho lze usoudit, že úprava zevnějšku se sice zlepšila, ale rozdíl od běžné populace stále existuje.

6. Závěr

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala pro jeho současnou aktuálnost a zároveň pro potřebu řešení tohoto tématu v zařízení Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec, v Domově Pístina, kde pracuji pět let. V teoretické části jsem se zabývala mentálním postižením, jeho rozdělením a příčinami, sexualitou a jejími projevy u osob s mentálním postižením.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat názory a postoje zaměstnanců v problematice sexuality osob s mentálním postižením. Byly položeny dvě výzkumné otázky.

- Jsou informace odborného personálu o sexuálním životě osob s mentálním postižením dostačující.
- Vnímá personál sexuální život osob s mentálním postižením jako vyhovující?

Ve výzkumné části bylo zjištěno, že ačkoliv zaměstnanci mají dostatek

informací o sexualitě osob s mentálním postižením, což dokazují uvedená školení v rozhovorech, výchova a osvěta v zařízení neprobíhá. Z rozhovorů vyplývá, že se zaměstnanci necítí být dostatečně kompetentní v otázkách sexuální výchovy a osvěty. Neví jakým způsobem komunikovat v oblasti sexuality s uživateli a mají strach z konfrontace ze strany opatrovníků, veřejnosti nebo ostatních zaměstnanců. Pokud dojde na řešení nějakého problému z této oblasti, jde spíše o instinktivní reakci zaměstnance a to v otázkách hygieny, partnerství popřípadě antikoncepce. Zároveň, ale souhlasí s partnerstvím i užíváním antikoncepčních prostředků uživatelů, ale nejsou schopni sami provést průpravu na partnerský a sexuální život uživatelů.

Ve druhé otázce většina respondentů vnímá sexuální život uživatelky jako nevyhovující. Bohužel, vzhledem k typu zařízení, nemají uživatelky dostatek možností k navázání přátelského nebo partnerského vztahu. Dlouhodobě nejsou naplňovány vztahové potřeby uživatelky, přitom mnoho z nich by si partnera přála. Vlivem zařízení, ve kterém dlouhodobě žijí, jsou zde samotáři, kteří si vystačí sami se sebou. I vzhledem k této skutečnosti je toto zařízení zařazeno do programu transformace sociálních služeb.

Z těchto zjištění vyplývá, že by bylo vhodné podpořit vznik protokolu, ve kterém bude zakotvena sexuální problematika uživatelů sociálních služeb pro toto zařízení.

Vhodné by také bylo odborné školení v oblasti komunikace v sexuální oblasti, mezi zaměstnancem a uživatelem.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAZALOVÁ, B. *Autismus, vztahy a sexualita u nás a v zahraničí*. 1. vydání. Praha: Centrum denních služeb, ORFEUS, 2009, s. 45-55. ISSN 978-80-903519-7-4.
2. BURIANOVÁ, V. [Http://is.muni.cz](http://is.muni.cz) [online]. Sexualita lidí s mentálním postižením. 2009 [cit. 2012-12-18]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/231048/fss_m/diplomova_prace_veronika_-posledni_verze.pdf.
3. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Nakladatelství Karolinum., 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
4. ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách In: Sbíрка zákonů České republiky 2006, částka 164, s. 7021-7048
5. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách In: Sbíрка zákonů České republiky 2006, částka 37, s. 1257-1289
6. ČIHÁKOVÁ, K. *Sexuální výchova dětí s mentálním postižením*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Zdeněk Toušek.
7. DOBROMYSL. Lidé s mentální retardací a sexuální zneužívání. *Dobromysl.cz* [online]. [cit.2013-01-08]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=60>.

8. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. 1. Vydání. Praha: Grada, Publishing, 2009, 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
9. HAVLÍN, M. Volba hormonální antikoncepce pro mentálně postižené - pohled gynekologa. In: *Sexualita mentálně postižených II.*: Sborník příspěvků z druhé celostátní konference. ORFEUS ve spolupráci s katedrou sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity v Hradci Králové za účasti Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu ve dnech 11.-12. prosince 2008. 1. vydání. Praha: Centrum denních služeb, ORFEUS, 2009, s. 74-78.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 408s. ISBN: 978-80-7367-485-4.
11. HUBÁČKOVÁ, P. [Http://dspace.k.utb.cz](http://dspace.k.utb.cz) [online]. Partnerství osob s mentálním postižením. 2010 [cit.2013-01-08]. Dostupné z: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/12232/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1.
12. JANKOSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006, 169 s. ISBN 80-7254-730-5.
13. KOZÁKOVÁ, Z. K některým aspektům sexuální výchovy osob se specifickými potřebami v podmínkách nekoedukovaných ústavních zařízení. In: *Plánování rodiny.cz* [online]. [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006010610>

14. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2010, 143 s. EAN 978-807-367-7237.
15. MATLASOVÁ, H. *Praktické využití metody Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v hodnocení celkové situace (tělesné, psychické, sociální a pracovní) u osob s roztroušenou sklerózou*. České Budějovice, 2010. Disertační práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Jan Pfeiffer.
16. NOVOSAD, L. Problematika zdravotního znevýhodnění či postižení v oblasti sexuálního života a zaměření preventivně-výchovných aktivit. **In:** *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím* (zvláštní příloha Zpravodaje ELÁN). Praha: Informační centrum Ústředního stacionáře Sdružení zdravotně postižených, 2002
17. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing , 2008, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
18. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
19. SOPKOVÁ, M. *Problematika připravenosti žáků s mentálním postižením v oblasti výchovy k manželství a rodičovství*. 1. vydání. Praha: Centrum denních služeb, ORFEUS, 2009, s. 28-37. ISSN 978-80-903519-7-4.
20. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexualita osob s mentálním postižením není tabu!. *Psychologie Dnes*. 2009, roč. 15, č. 11, s. 52-54. ISSN 1212-9607.

21. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2009, 85 s. ISBN 978-80-7415-005-0.
22. ŠULOVÁ, J. *Využitá klasifikace MKF k možné inkluzi občanů s mentální retardací do společnosti*. České Budějovice, 2012. Disertační práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Libuše Čeledová.
23. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. přepracované vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
24. UZEL, R. Jakou antikoncepci pro mentálně postižené? In: *Plánovánírodiny.cz* [online]. [cit. 2013-01-08]. Dostupné z:
Dostupnéz:<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006030102>.
25. UZEL, R. Plánované rodičovství u osob s mentálním postižením. In: *Sexualita mentálně postižených II.: Sborník příspěvků z druhé celostátní konference organizované ORFEUS ve spolupráci s katedrou sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity v Hradci Králové za účasti Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu ve dnech 11. -12. prosince 2008*. 1. vydání. Praha: Centrum denních služeb, ORFEUS, 2009, s. 74-78. ISBN 978-80-903519-7-4.
26. VALENTA, M. a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
27. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 3. přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2012. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

28. VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.
29. VYKYDALOVÁ, H. Sexuální identita. In: *Dobromysl. cz* [online]. [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1184>.
30. WEISS, P. *Sexuální deviace – klasifikace diagnostika a léčba*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 360 s. ISBN 80-7367-419-9.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Federal Centre for Health Education, BZgA Cologne: 2010. 63 s. ISBN 978-3-937707-8-2.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

- 1. Mentální postižení**
- 2. Disabilita**
- 3. Sexualita**
- 4. Uživatel**
- 5. Klient**
- 6. Poskytovatel sociálních služeb**
- 7. Domov pro osoby se zdravotním postižením**
- 8. Sociální izolace**

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Tabulka 1- klasifikace dle Penrosse

Příloha 2 AAMR klasifikace (1983)

Příloha 3 - Tabulka 2- AAMR klasifikace (2002)

Příloha 4 - Obrázek 1- Holistický přístup

Příloha 1

Tabulka 1 Klasifikace podle Penrose

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| Genetické, dědičné endogenní faktory | 1. dávné | Způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků |
| | 2. čerstvé | Vznik tzv. spontánní mutace |
| Faktory vzniklé prostředím | 1. vzniklé v rané graviditě | Poškození oplozeného vajíčka |
| | 2. vzniklé v pozdní graviditě | Intrauterinní infekce, špatná výživa matky, inkompabilita Rh faktoru či krevní skupiny |
| | 3. intranatální | Abnormální průběh porodu |
| | 4. postnatální | Nemoci a úrazy vzniklé v dětství, nebo působení vlivu nepříznivé výchovy |

Zdroj: (3)

Příloha 2

Klasifikace AAMR (1983)

1. Infekce a intoxikace. Mentální retardace vzniká jako následek infekčního onemocnění matky v době těhotenství (např. zarděnky). Za intoxikace jsou považovány intoxikace matky v době těhotenství, jako je např. otrava olovem, tzv. fetální alkoholový syndrom, a jiné.

2. Trauma a působení fyzikálních faktorů. Do této skupiny patří nejčastěji poranění dítěte při porodu nebo v době raného dětství, např. úrazy dopravní nebo tonutí, kdy dochází k závažným a nevratným poškozením mozkové tkáně.

3. Metabolismus a výživa. Organismus jedince vykazuje určitou dysfunkci, prostřednictvím které nemůže vstřebávat a zpracovávat různé chemické látky, které jsou důležité pro jeho správný a kvalitní tělesný i psychický růst a vývoj. Patří sem např. fenylketonurie, hypothyreoidismus a další.

4. Onemocnění mozku. Příčiny vzniku těchto chorob velmi často vycházejí z působení genetických faktorů, a týkají se růstu určitých částí mozku. Jedná se o nádory nebo choroby mozku, které vznikají ze zcela nejasných etiologických příčin.

5. Neznámé prenatální faktory. Do této skupiny patří faktory, jejichž účinek se uplatňuje ještě v době před porodem. Patří sem např. anomálie hlavy (tzv. mikrocefalus, hydrocefalus, anencefalie apod.).

6. Tzv. chromozomální aberace. Nejznámější a nejrozšířenější chromozomální aberací je tzv. Downův syndrom, který je nejčastěji způsoben trisomií 21. chromozomu. Dále např. Klinefelterův syndrom, který vzniká nadbytečným X chromozomem.

7. Další faktory prenatálního období. Do této skupiny patří příčiny působící krátce před porodem nebo krátce po něm, jako je např. předčasný porod nezralého dítěte, protahovaný porod, či malá nebo velká porodní hmotnost dítěte.

8. Psychiatrické poruchy. Mnohé duševní choroby mohou vést ke vzniku mentální retardace, především ty poruchy, které jsou protahované a způsobují ztrátu schopností jedince.

9. Vlivy prostředí. Tato skupina zahrnuje stavy, které jsou spojené s tzv. psychosociálním znevýhodněním čili handicapem, jímž je deprivované nebo málo podnětné či zcela nepodnětné prostředí. Také sem patří smyslová nebo psychická deprivace jedince, jako důsledek nedostatku sociálních podnětů, sociálních kontaktů a sociální izolace.

10. Ostatní okolnosti, do nichž můžeme zařadit všechny ostatní neznámé příčiny mentální retardace, které jsou spojené se dalším smyslovým postižením nebo se vznikem tzv. kombinovaných vad. (3Černá Marie a kol. 2008)

Příloha 3

Tabulka 2 Klasifikace AAMR (2002)

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| A. Prenatální | |
| Chromozomální aberace | Downův syndrom |
| | Turnerův syndrom |
| | Syndrom fragilního X chromozomu |
| Metabolické a výživové poruchy | Fenylketonurie |
| | Nemoc Tay-Sachsova |
| | Galaktosemie |
| | Prader-Williho syndrom |
| Infekce matky | Zarděnky |
| | Syfilis |
| | HIV/AIDS |
| | Cytomegalovirus |
| | Rh inkompabilita krve |
| | Toxoplasmóza |
| Podmínky okolního prostředí | Fetální alkoholový syndrom |
| | Užívání drog, abúzus drog matkou |
| Neznámé | Anencefalie |
| | Hydrocefalus |
| | Mikrocefalus |
| | Makrocefalus |
| B. Perinatální | Nízká porodní hmotnost |
| | Nezralost dítěte |
| Neonatální komplikace | Hypoxie |
| | Porodní úraz |
| | Následek tzv. klešťového porodu |
| | Hypoxie plodu |

| | |
|------------------------------|--|
| | Překotný nebo protahovaný porod |
| C. Postnatální | |
| Infekce, otravy a intoxikace | Otravy olovem |
| | Encefalitis |
| | Meningitis |
| | Reyův syndrom |
| Faktory zevního prostředí | Špatné zacházení s dítětem, zanedbávání dítěte |
| | Úrazy hlavy |
| | Podvýživa (malnutrice) dítěte |
| | Deprivace dítěte |
| Onemocnění mozku | Neurofibromatóza |
| | Tuberkulózní skleróza |

Zdroj: (3Černá Marie a kol. 2008)

Příloha 4

Obrázek 1: Ucelený, holistický přístup

Zdroj: (Matlasová Hana- ČB-2010)

ucelený (tzv. holistický) přístup

