

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

SEXUALITA OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Sociální práce

Autor: Lucie Kacvinská

Vedoucí práce: Mgr. Martin Fafejta, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Sexualita osob s mentálním postižením*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 24.3.2020

Podpis

Děkuji vedoucímu své bakalářské diplomové práce, Mgr. Martinu Fafejtovi, Ph.D., ze jeho cenné rady, připomínky, vstřícný přístup a dohled při psaní této práce. Velmi si toho cením.

Název bakalářské práce: Sexualita osob s mentálním postižením

Jméno a příjmení autora: Lucie Kacvinská

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martin Fafejta, Ph.D.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality osob s mentálním postižením.

Teoretická část práce se zaměřuje na popis základní terminologie týkající se osob s mentálním postižením, zaměřuje se na obecné vymezení sexuality a specifikuje sexualitu osob s mentálním postižením. Dále poukazuje na vývoj postojů společnosti k osobám s mentálním postižením a zabývá se problematikou rodiny a pečujících osob. V závěru krátce představí sociální služby, které cílová skupina využívá.

Empirická část práce je věnována výzkumu. Cílem práce je zjistit, jaká je informovanost spojená se sexualitou u osob s mentálním postižením, které žijí v domácím prostředí s rodinou anebo v chráněném bydlení.

Klíčová slova

mentální postižení, osoba s mentálním postižením, postoje společnosti k osobám s mentálním postižením, rodina, sexualita, sociální služby

Anotation

This bachelor thesis deals with the issue of sexuality of people with intellectual disabilities.

The theoretical part describes the basic terminology concerning people with mental disabilities, and focuses on the general definition of sexuality and specifies the sexuality of people with mental disabilities. It also traces the development of the attitudes of society towards people with intellectual

disabilities and deals with the issue of family and carers. Finally, it briefly introduces social services that the target group uses. The empirical part of the thesis is based on research. The aim of this work is to discover the awareness of sexuality of people with mental disabilities who live at home with their family or who live in sheltered housing.

Keywords

mental disabilities, people with mental disabilities, society's attitudes toward people with mental disabilities, family, sexuality, social services

Obsah

ÚVOD.....	8
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	10
1.1 Mentální retardace a její příčiny	10
1.2 Klasifikace mentální retardace.....	13
1.3 Osoba s mentálním postižením	16
2 SEXUALITA.....	17
2.1 Definice sexuality.....	17
2.2 Psychosexuální vývoj osob s mentálním postižením	19
2.3 Specifika sexuality osob s mentálním postižením	20
3 POSTOJE SPOLEČNOSTI K OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	22
3.1 Historická podmíněnost v přístupu společnosti k osobám s postižením.....	22
3.2 Přístupy společnosti	24
4 RODINA A PEČUJÍCÍ OSOBY.....	27
4.1 Výchova dítěte s mentálním postižením v rodině	27
4.2 Sexualita u osob s mentálním postižením a pohled rodiny nebo jiné pečující osoby	29
5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
6 EMPIRICKÁ ČÁST	34
6.1 Cíl a místo empirického šetření	34
6.2 Výzkumná metoda	35
6.3 Vymezení otázek a stanovení hypotéz	35
6.4 Realizace výzkumu a sběr dat	35
6.5 Analýza výzkumu	36

6.6	Shrnutí.....	51
	ZÁVĚR.....	53

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma sexuality u osob s mentálním postižením. Pracovala jsem v denním stacionáři pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. V rámci ambulantní služby, kdy uživatelé docházejí do denního stacionáře, jsem vnímala toto téma jako tabuizované ze strany pečujících osob.

Principy fungování lidského těla, projevy lásky i náklonnosti a sexuální praktiky jsou otázkami, které dříve či později napadají každého z nás. Pro osoby s mentálním postižením jsou takové otázky o to více složitější, protože mnohdy netuší, na koho se mohou s nimi obrátit, kdo jim odpoví bez toho, aniž by se setkali s nepochopením či posměchem.

Které prostředí je správné pro zodpovězení otázek intimnosti? Má to být rodina, kamarádi, učitel, odborník?

Každý z nás má na otázky sexuality jiné odpovědi, právě vzhledem k tomu, v jakém rodinném a sociálním prostředí se v průběhu svého života nacházel. Tomuto tématu je zapotřebí se věnovat také v zařízeních sociální péče, a to nejen v pobytových, ale i v ambulantních nebo terénních službách. I přesto, že tato zařízení jsou specifická a odlišná, toto téma sexuality, je pro všechny společné.

Sexualita a otázky s ní spjaté jsou intimní záležitostí každého člověka. O to náročnější je samotná komunikace na dané téma. Sexualita by měla být vnímána jako přirozená součást života i u osob s mentálním postižením. Tyto osoby nemají odlišné potřeby, jen se jejich potřeby musí lépe specifikovat a alternativními způsoby dostatečně edukovat a tím jim pomoci k plnohodnotnějšímu a zároveň šťastnějšímu životu.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je informovanost spojená se sexualitou osob s mentálním postižením, které žijí v domácím prostředí s rodinou, anebo v chráněném bydlení a zároveň navštěvují denní stacionář.

Bakalářská práce je rozdělena do šesti kapitol.

Teoretická část popisuje základní terminologii týkající se osob s mentálním postižením, sexualitu a postoje k sexualitě u těchto osob. První kapitola klasifikuje mentální postižení a popisuje osobu s mentálním postižením. Druhá kapitola definuje sexualitu, psychosexuální vývoj a specifika sexuality osob s mentálním postižením. Třetí kapitola poukazuje na historický vývoj přístupu k osobám s postižením ze strany společnosti. Čtvrtá kapitola se zabývá problematikou rodiny, pečující osoby a jejich pohledem na sexualitu. Pátá kapitola představuje sociální služby, jejich druhy a formy.

Poslední kapitola neboli empirická část práce je zaměřena na zjištění informovanosti osob s mentálním postižením v oblasti sexuality. Data jsou zjišťována technikou asistovaného dotazníku předloženého uživatelům denního stacionáře.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V první kapitole bude popsána základní terminologie mentálního postižení. Budou představeny definice mentální retardace, popsány příčiny vzniku mentálního postižení a klasifikace mentální retardace podle stupně postižení.

1.1 Mentální retardace a její příčiny

Jak uvádí Slowík (2007) pojem mentální retardace se skládá z latinských slov „mens“, které značí mysl či duši a „retardare“ znamenající opozdit či zpomalit. Lze to tedy přeložit jako „zpomalení mysli“. Postihuje mentální schopnosti a všechny složky osobnosti člověka. Neovlivňuje pouze rozumové schopnosti, ale i emoce, komunikaci, sociální vztahy, společenské a pracovní uplatnění (Slowík, 2007).

Podle Švarcové (2006, s.28) můžeme říci, že za mentálně postižené považujeme takové jedince „u nichž dochází k **zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.**“

„Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti se učit a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti“ (Slowík, 2007, s. 110).

„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových,

pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince“ (Valenta, Michalík, & Lečbych a kol., 2018, s. 34).

Každý člověk, který má nějaké postižení, se s následky své odlišnosti od norem, při kontaktu s ostatními zdravými jedinci, setkává a musí se s nimi vyrovnat. Míra obtížnosti závisí i na míře jeho normality. **„Normalita je stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu odpovídající té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována“** (Slowík, 2007, s. 23).

Kniha Kolářové (2012) ukazuje nové pohledy na osoby s postižením, napříč několika obory, např. postavení lékařské vědy, které je stále ještě dominantní v oblasti osob s postižením. Zdůrazňuje kritickou reflexi společnosti, protože jinakost – (ne)způsobilost ovlivňuje nejen lidi s postižením, ale celou společnost. Postižení neexistuje samo o sobě, pojí se na něj nějaká očekávání a předsudky. Snaha vyléčit nedokonalosti a vady, je zapříčiněna chtěním posunout se dál, průměrnost povýšit a dovést ji k dokonalosti. Vyrovnávat se s postižením musí tedy i majoritní společnost, a to v mnoha ohledech (Kolářová, 2012).

Švarcová (2006) uvádí, že W. Stern zavedl a definoval inteligenční kvocient (dále v textu jen IQ) jako *„poměr mentálního a fyzického věku.“* Pro výpočet hodnoty platí vzorec: $\text{mentální věk} / \text{chronologický věk} \times 100$. Výpočet IQ informuje o tom, na jaké úrovni se jedinec nachází, nezohledňuje však kvalitativní zvláštnosti jedince (Švarcová, 2006). Slowík (2007) uvádí, že nejčastěji se hodnotí člověk porovnáváním s ostatními jedinci a posouzením toho, jak moc se odlišuje od stanovených hodnot statisticky zjištěné normy např. hodnocení inteligence měřením hodnoty IQ. Osoby s abnormálními hodnotami IQ se na škále objevují nad i pod hranicí jasně dané normy.

Mentální postižení je diagnostikováno při IQ menším než hodnota 70, při IQ větším než hodnota 130 jsou osoby označovány jako mimořádně nadané (Slowík, 2007).

K mentální postižení může dojít z mnoha důvodů.

Endogenní příčiny

Jsou známé jako genetické nebo dědičné příčiny, které jsou spojeny se zakódováním pohlavních buněk. Nejčastější chromozomální odchylkou vzniká Downův syndrom (Franiok, 2008).

Exogenní příčiny

Vnější faktory působící od početí, v průběhu těhotenství, v období porodu, v poporodním období, v raném dětství a v dospělosti. Podle toho, v jakém období působí, je dělíme do tří skupin – prenatalní, perinatální a postnatální. Pro prenatalní období je typické, že fyzikální (např. rentgenové záření), chemické (např. léky) nebo biologické příčiny (např. teratogeny) negativně ovlivňují zdravý vývoj plodu během těhotenství. Nedostatek kyslíku nebo mechanické stlačení hlavičky při porodu spadá do perinatálního období. Za postnatální postižení může poškození mozku do dvou let dítěte, a to z mnoha různých důvodů (Franiok, 2008). Švarcová (2006) doplňuje, že mezi nejčastější příčiny mentálního postižení jsou intoxikace a infekce, úrazy a vnější fyzikální vlivy, poruchy výměny látek, růstu nebo výživy, vážné duševní poruchy anebo psychosociální deprivace (Švarcová, 2006).

1.2 Klasifikace mentální retardace

Existují dva přístupy ke klasifikaci mentální retardace. Klasifikace podle typu mentální retardace a klasifikace podle stupně postižení. Rozlišujeme mentální retardaci dle typu na oligofrenii a demenci. Za demenci označujeme stav, kdy k poškození mozku došlo až po dovršení druhého roku dítěte (Franiok, 2008). Oproti tomu zanedbání výchovy, které způsobilo zpoždění psychického vývoje, je spojováno se slovem pseudooligofrenie. Jedná se o stav, který připomíná mentální postižení, ale není způsoben poškozením mozku. Takové osoby nejsou považovány za osoby s mentálním postižením (Švarcová, 2006).

Nejznámější klasifikace na základě stupně postižení je podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Mentální retardace je zde označována jako stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, kdy dochází k poruše dovedností. Postihuje složky inteligence – poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Může se vyskytnout bez nebo současně se somatickými nebo duševními poruchami. Člení se na podkapitoly F70 – F73, dále F78 a F79 (MKN-10, 2017).

F70 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

Jak uvádí Švarcová (2006) tyto jedinci zvládají účelně komunikovat i když si řeč osvojují až později. Většina je nezávislá v péči o sebe sama (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky). Hlavní problém je ve škole – mají problémy se čtením a psaním. U těchto osob se doporučuje rozvíjet jejich dovednosti. Mohou být zaměstnaní prací, která nevyžaduje teoretické schopnosti. Někteří mohou mít problémy vyrovnat se s požadavky manželství, výchovy dětí, udržení finančního zabezpečení, zajištění bydlení a zdravotní péče. Mohou se u nich projevit i další přidružené stavy jako

autismus, epilepsie a poruchy chování. Franiok (2008) doplňuje, dítě se jeví na první pohled jako zdravé a čilé. Omezení psychického vývoje se projevuje v předškolním věku a výrazněji s nástupem do školy. V celkovém projevu je dítě vnímáno jako méně chápavé. V dospělosti odpovídá orientačně mentálnímu věku 9-12 let (Franiok, 2008).

F71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

Jedinci jsou výrazně opožděni v chápání a používání řeči, mají omezenou schopnost starat se sami o sebe. Někteří žáci ve škole si při pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy jim umožní získat základní vědomosti a dovednosti. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, při které jsou jasně dané úkoly a je zajištěn odborný dohled. Bývají mobilní a aktivní, vyvíjejí se u nich schopnosti k navazování kontaktů, komunikují s ostatními a účastní se lehkých sociálních činností. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, jiní zvládnou mluvit jen o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když rozumí verbální komunikaci a mohou používat gestikulaci k dorozumívání se. Často má jedinec tělesné postižení a trpí zejména epilepsií či psychiatrickým onemocněním (Mandzáková, 2013).

F72 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

V mnohém se podobá středně těžké mentální retardaci, ale u těchto jedinců je výrazněji snižena úroveň schopností. Většina jedinců má značnou poruchu motoriky nebo další vady při poškození nebo špatného vývoje ústředního nervového systému. Včasná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může rozvinout jejich motoriku, rozumové a komunikační schopnosti a zlepšit kvalitu života, i když jen v omezené míře (Švarcová, 2006).

U některých jedinců se vyskytují automatické kývavé pohyby hlavy a trupu. Porucha v koncentraci pozornosti, minimální rozvoj řeči a vysoká

impulzivita jsou dalšími charakteristickými rysy tohoto stupně postižení (Franiok, 2008).

F73 Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)

Jedinci nerozumí požadavkům a pokynům. Většinou jsou imobilní nebo výrazně pohybově limitovaní a jsou inkontinentní. Vyžadují nepřetržitou péči a dohled. Výchova a vzdělávání je velmi omezené. Jedinec se může při dohledu a vedení podílet na praktických sebeobslužných úkonech. Tito lidé převážně trpí těžkými neurologickými nebo tělesnými nedostatky pohybového aparátu, epilepsií a zrakovým či sluchovým postižením (Švarcová, 2006). O vývoji řeči se zde nedá hovořit, jedná se pouze o výkřiky, maximálně o echolalické opakování slov. U těchto osob často dochází k sebepoškozování. Typická je trvalá závislost na sociálním okolí (Franiok, 2008).

F78 Jiná mentální retardace

O této kategorii mentální retardace můžeme hovořit, pokud nelze stanovit stupeň intelektové retardace obvyklými metodami kvůli nesnadnému či nemožnému přidruženému onemocnění. Např. u osob nevidomých, neslyšících, nekomunikujících, s těžkými poruchami chování a u těžce postižených jedinců (Švarcová, 2006).

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Používá se při prokázání mentální retardace, ale z důvodu nedostatku informací nelze zařadit jedince do výše uvedených kategorií (Švarcová, 2006).

Uvedené úrovně IQ jsou pouhým vodítkem, komplexní stanovení intelektuální úrovně je závislé na všech dostupných informacích, včetně

klinických nálezů, adaptačního chování i kulturního zázemí jedince (Valenta, Michalík, & Lečbych a kol., 2018).

1.3 Osoba s mentálním postižením

Lidé ve společnosti často zapomínají, že tito jedinci mají právo na uspokojení všech svých potřeb. A my bychom se měli snažit jim v tomto pomoci. Hlavním problémem těchto jedinců je omezená schopnost samostatně řešit životní situace. Zpravidla nemají osvojené základní dovednosti pro samostatný život. Proto potřebují určitou pomoc, podporu a péči. Tím, že mají omezené komunikační schopnosti, je někdy těžké jim porozumět a lze se setkat i s vysokou manipulací zdravých lidí ať už záměrně či naopak (Vágnerová, 2004).

Přes omezení a zvláštnosti, které osoby s mentálním postižením mají, jsou stále lidmi, kteří mají právo na uspokojování potřeb, které nejsou nijak odlišné. Jejich charakteristickým rysem bývá zvýšená emocionalita. Spontánnost a otevřenost může ostatní lidi překvapit a zaskočit. Zároveň tím dávají najevo, že jsou bezelstní a bezbranní. Mnozí z nich mohou žít vcelku samostatným způsobem života, mohou pracovat, cestovat, sportovat a navazovat partnerské vztahy. Mohou mezi nimi být jedinci s hudebním, výtvarným a sportovním talentem, jejichž výkon se dá překvapivě srovnat s výkonem zdravého jedince (Slowík, 2007).

2 SEXUALITA

„Pod sexualitou si nepředstavujeme pouze pohlavní styk, ale i znalost ženského i mužského lidského těla, nejrůznější sexuální chování, romantiku, emoce, lásku, intimní vztahy“ (Thorová, & Hynek, 2012, s. 6).

2.1 Definice sexuality

Sexualita je jedna ze základních lidských potřeb. Její funkcí není pouze reprodukce lidské rasy nebo fyzický sex. Je spojena s několika dalšími složkami, jako je například potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitek silného citu, pocit sounáležitosti a opory, spokojenost a pocit potřebnosti pro jiné. Sexuální potřeby jsou ovlivněné společenskými pravidly a představami co je správné a co zakázané (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

„Světová zdravotnická organizace definuje sexualitu jako souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky“ (Venglářová, & Eisner a kol., 2013, s. 18).

Osoby se zdravotním nebo mentálním postižením mají zpravidla tendence přizpůsobovat svůj život autoritám, včetně sexuality. Je důležité, aby nedocházelo k omezení jejich práv, protože sexualita je hodnotovou součástí života osob s postižením a je nutné dbát na kultivaci projevů, potřeb jedince i realizace jeho přání (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Fafejta (2016) říká, že je sexualita sociální interakcí a podřizuje se pravidlům a očekáváním společnosti. V dnešní době je sexualita spojována s plnohodnotným prožíváním života.

Sexualita obsahuje čtyři složky: sexuální chování, sexuální identifikaci, sexuální orientaci a sexuální emoce (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Sexuální chování

V současnosti chápáno jako proces motivačních stavů s cílem vybrat nevhodnějšího partnera pro reprodukci. Je sem řazeno i chování, kterým poukazujeme na svoje přednosti, sledování projevů u partnerů, reakce a rozvoj párového sexuálního chování (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Sexuální identifikace

Pocit příslušnosti k ženskému či mužskému pohlaví. Je biologicky podmíněna, ale závisí také na interakci s prostředím. Důležitý je fungující vztah s rodiči, díky kterému dítě získává jistotu ve své roli muže či ženy. V rodině, kde je handicapované či nemocné dítě je to narušené, protože dítě má snížené možnosti a rodiče mají větší obavy (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Ve společnosti se můžeme setkat s protichůdnými názory, a to, že se lidé s mentálním postižením vyznačují hypersexualitou, anebo v opačném případě asexualitou (Mandzáková, 2013). Sexuálně nežít musí být dobrovolné rozhodnutí (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Sexuální orientace

Projev, jak člověk reaguje na erotické signály. Nejčastěji se jedná o orientaci na dospělé jedince opačného pohlaví (heterosexuální orientace). Je daná biologickými determinantami. Několik procent je homosexuálně orientovaných jedinců. Jsou to jedinci, které mají svou sexuální orientaci zaměřenou na jedince stejného pohlaví. Můžeme se setkat i s jedinci s bisexuální orientací, kteří nemají preferovanou orientaci (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Sexuální emoce

Sexuální vzrušení, na které tělo reaguje (u mužů erekce, u žen lubrikace pochvy). Orgasmus bývá doprovázen také citovým vyvrcholením. K sexuálnímu vzrušení a orgasmu dochází i mimo párovou sexualitu, při masturbaci (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

„Každý má mít právo na uspokojení svých potřeb způsobem, který jemu samotnému vyhovuje, jediným omezením je, že nesmí porušovat práva jiných“ (Fafejta, 2016, s. 49-50).

U většiny dospělých osob s mentálním postižením můžeme říci, že ví, zda jsou mužem nebo ženou. Mnozí z nich, ale nemají ujasněnou orientaci, tomu je především v pobytových nekoedukovaných zařízeních, protože není umožněna sociální interakce s opačným pohlavím (Valenta, Michalík, & Lečbých a kol., 2018).

2.2 Psychosexuální vývoj osob s mentálním postižením

Psychosexuální vývoj u osoby s mentálním postižením je specifický. V období nástupu puberty bývá rozdíl mezi fyzickou zralostí a psychosociální zralostí výrazný. Individuální je i začátek zájmu o sexuální život. V takovém období je nutná pomoc při zodpovídání otázek, které ze zájmu o sexualitu vyplývají, respekt a podpora pečujících osob. Psychosexuální vývoj se může ubírat několika směry, projevem může být asexualita, zájem o masturbaci, zájem o párovou sexuální aktivitu nebo atypické projevy sexuality. Prožívání intimity se také liší, od příliš otevřeného chování až k silné rezervovanosti. Varovné signály jsou, kdy při sexuálním chování dochází ke zraňování, pokud osoba volí nevhodné místo

či dobu anebo je po dosažení orgasmu neklidná, nervózní až agresivní. V takových případech je nutná intervence pečující osobou (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Přeceňování postižení může osobu s postižením poškozovat. Přijmout skutečnost, že i lidé s postižením mají právo na intimitu a sexualitu je podstatné. Neméně důležité je u osob s postižením posilovat jejich odpovědnost za své zdraví, respekt k partnerovi anebo například zabránit nechtěnému početí (Drábek, 2013). Jak zdůrazňuje Mandzáková (2013), nezbytnou součástí při práci s osobami s mentálním postižením je respektování jejich vlastní individuality. Pokud není sexuální chování ventilováno vhodným způsobem, dochází k nevhodnému sociálnímu chování. Nahromaděná sexuální energie se může projevovat rychlými změnami nálad, agresivitou nebo nepřiměřeným sociálním chováním.

2.3 Specifika sexuality osob s mentálním postižením

Přestože je sexualita považována za základní lidskou potřebu, neexistuje plánovaná a provázaná sexuální výchova pro osoby s mentálním postižením. V Chartě sexuálních a reprodukčních práv je zakotveno právo na sexualitu každému jedinci, právo na výchovu a osvětu, ochranu proti využívání a zneužívání (Mandzáková, 2013).

Sexualitu u osob s mentálním postižením nelze zobecňovat. Osobní zkušenosti, stupeň postižení a vliv prostředí se značně podílí na sexuálním chování. Osoba, u které vzhledem k narušení fyzického vývoje nedojde k vyvinutí sekundárním pohlavních znaků, nedospěje k pohlavní zralosti. Emoční zralost – schopnost fungovat s ostatními lidmi se může projevovat v nezájmu o partnerský život. Sexuální touhy a sexuální život nemusí být totožný, pokud se osobě s postižením nedostane profesionální podpory.

Sexuální výchova by neměla zakazovat masturbaci, mnohdy se jedná o hlavní formu sexuálního chování. Podstatné je, aby si osoba při masturbaci neubližovala a vykonávala ji v soukromí. Převážná část osob se středně těžkým mentálním postižením si osvojí tuto schopnost a sociální normu dodržuje. Velký podíl na vzniku problémového chování má neosvojení si dovedností, které potřebují k vlastnímu uspokojení. Frustrace ze sexuální deprivace může vést k sebepoškozování i agresí (Thorová, & Hynek, 2012).

Mandzáková (2013) popisuje, že dle Kemptona (1998) osoby s mentálním postižením nemají podstatné informace a vědomosti, které by jim umožnily zdravý postoj k vlastní sexualitě. Ani přátelé v jejich blízkém okolí nebývají často nositeli podstatných informací k tomuto tématu. Můžou mít také problémy odlišovat skutečnost od fikce. Současně poukazuje na význam sexuální výchovy a spojuje jí převážně s ochranou před zneužitím.

Kozáková vysvětluje, že osoby s mentálním postižením jsou bez podpory a informací snadnými oběťmi sexuálního zneužívání, právě proto, že nevědí, jak reagovat a jak se bránit. Nechápu, že mají právo se rozhodnout a odmítnout takové zacházení s nimi, které se jim nelíbí (Kozáková in Valenta, Michalík, & Lečbych a kol., 2018).

Osoby s postižením a lidé o ně pečující by měli mít dostatek informací, které jim pomohou při minimalizaci rizika sexuálního zneužívání. Osoby s mentálním postižením si často ani nemusí uvědomovat, že se jedná o zneužívání. Emoční závislost, naivita a důvěřivost, podřizování se autoritám, anebo motorická neobratnost je dělá snadnými terči pachatele (Thorová, & Hynek, 2012).

3 POSTOJE SPOLEČNOSTI K OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Většina lidí ve společnosti je negativně ovlivněna postoji a vztahy nepostižených osob ke znevýhodněným jedincům a skupinám. Každý se může na tyto jedince dívat a být ovlivněn tak silnými předsudky, že pro nezasvěceného člověka je potom těžké rozeznat je od opravdové reality. Většina společnosti má představu, že postižení jedinci jsou nešťastní, nemají smysl pro humor a že radost, úspěch nebo sexuální život nejdou s postižením dohromady. Ten, kdo chce znát pravdu o životě těchto lidí, musí k tomuto tématu přistupovat s nadhledem, s jistou dávkou otevřenosti a odvahy. Člověk s vadou, poruchou či jiným postižením se stává odlišným, u druhých lidí může vzbuzovat strach a odpor. Výrazná odlišnost postiženého jedince vzbuzuje pozornost okolí. Lidé se za ním otáčejí nebo ho nenápadně pozorují. Lidé s viditelným postižením se stávají vnímanými osobami v pozitivním či negativním smyslu, v literatuře či umění se nacházejí hrdinové, kteří zaujali právě díky svému handicapu, např. Quasimodo (Slowík, 2007).

3.1 Historická podmíněnost v přístupu společnosti k osobám s postižením

„V každé době a v každém lidském společenství nacházíme stopy přítomnosti handicapovaných osob – lidí, kteří se s postižením buď narodili, nebo k němu přišli např. následkem vážného úrazu či onemocnění apod.“ (Slowík, 2007, s. 11-12).

Společnost je vždy utvářena určitými pravidly soužití, hodnotami a normami. Jaká pravidla, hodnoty a normy to jsou se odvíjí od stupně vývoje, ve kterém se aktuálně společnost nachází. Je to přirozená součást socializace společnosti. Odlišování od ostatních vzhledem, stavem nebo zdravím je pro lidskou společnost běžné. To, jak se společnost vyvíjí a proměňuje se, má vliv na postoje a předsudky, které ze společnosti vycházejí. V dávné minulosti bylo narození dítěte s postižením vnímáno velmi negativně (byl to trest boží, očarování matky, nemravnost před narozením dítěte), takovým dítětem bylo opovrhováno. Vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti záleží na přizpůsobování se tomu, co je v danou chvíli pro společnost běžné. Některé předsudky však zůstávají v podvědomí dlouho (Vágnerová, Hadj-Mousová, & Štech, 2000).

Jak uvádí Kozáková mezi nejčastější předsudky patří

- osoby s mentálním postižením zůstávají po celý život dítětem, není tedy zapotřebí počítat s jejich citovými nebo sexuálními potřebami;
- osoby s mentálním postižením nemají sexuální potřeby;
- osoby s postižením nejsou schopny prožívat hlubší intimní vztahy, nejsou schopni naplnit partnerskou roli, protože jejich city jsou povrchní;
- sexuálními problémům se dá vyhnout, pokud oddělíme obě pohlaví od sebe, v minulosti vnímáno jako nejúčinnější řešení (Kozáková in Valenta, Michalík, & Lečbych a kol., 2018, 174-177).

V naší společnosti je postoj k osobám s mentálním postižením stále ovlivněn skepsí, strachem nebo soucitem. Přestože mýty nejsou pravdivé, soucit přebytečný a strach zbytečný, je důležité s takovými faktory počítat, předejde se tím nedorozuměním při komunikaci s rodičem, opatrovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Pro vztah společnosti k osobám s postižením je podstatný vývoj směrem k toleranci, člověk musí být chápán bez ohledu na odlišnost a vnímán jako osoba se specifickými kvalitami. Je rozdílné vnímat osobu s postižením jako objekt péče, soucitu a potřeby zvláštní pomoci, anebo individuálního přístupu ve světě zdravých (Vágnerová, Hadj-Mousová, & Štech, 2000).

3.2 Přístupy společnosti

Jak popisuje Slowík (2007) k jednotlivým historickým obdobím se váží charakteristické tendence společnosti.

Represivní přístup

Byl typický pro starověk. S ohledem na vývoj společnosti, úroveň a dostupnost speciální lékařské péče a nízkou úroveň ve vzdělávací a výchovné péči není příliš překvapující, že toto období bylo spojováno se zbavováním se nemocných nebo jakkoliv postižených osob ve společnosti (Slowík, 2007).

Charitativní přístup

Slowík (2007) uvádí, že charitativní přístup je typický především pro křesťanský středověk. Na člověka pohlíží jako na osobu potřebnou, vnímá ji jako objekt milosrdenství a zejména církve zaujala ochranný postoj k nemocným a postiženým jedincům ve společnosti. V tomto období jsou zakládány klášterní špitály a hospice. Přístup pečujících osob byl různý, avšak pro další vývoj sociální společnosti přínosný.

Humanistický přístup

Je spojen s novověkem, s rozvojem vědeckého poznání a specializování se na přístup k člověku je pohlíženo na jedince komplexně. Cílem nebylo jen přežití, ale smysluplné žití. Na člověka je pohlíženo z fyzického, psychického, duchovního i sociálního aspektu, tedy individuálnějším přístupem. Zřizují se instituce (ústavy, školy) zaměřené na péči o osoby s postižením (Slowík, 2007).

Rehabilitační přístup

V naší společnosti dozníval tento přístup koncem 80. let minulého století. Smyslem bylo propojení léčby s výchovou i vzděláním. Ne pro každého bylo toto období příznivé. Ten, kdo nebyl schopen být dostatečně „zrehabilitován“ se často ocital v institucionální péči. Význam slova rehabilitace je vnímáno jako uschopnění – znovu-uschopnění. „Rehabilitační“ společnost separovala osoby s postižením od majoritní společnosti. Vliv toho přístupu se prolíná do dnešní doby, zvláště u postojů starší generace (Slowík, 2007).

Před rokem 1989 se sociální služby omezovaly na ústavy sociální péče pro osoby s mentálním postižením. Novorozenci, kteří se narodili s vadou, v mnoha případech přecházeli z porodnice rovnou do kojeneckých ústavů (Matoušek, Koláčková, & Kodymová, 2005).

Preventivně-integrační přístup

Období po 2. světové válce (u nás od počátku 90. let minulého století). Přístup je spojován s cíleným zaměřením na prevenci vzniku postižení, předcházení riziku narození dítěte s vrozenou vadou nebo poruchou. Období je významné v hledání cest k maximálně možné integraci jedinců se znevýhodněním do majoritní společnosti. Společnost nebyla na integraci

připravena, což mělo za následek nevstřícné postoje k osobám s postižením (Slowík, 2007).

V 90. letech minulého století se situace u nás začíná měnit. Vznikají nové sociální služby, např. stacionáře nebo chráněné dílny. Služby se zaměřují na smysluplné trávení času a posilování kompetencí osob s mentálním postižením. Postupně vznikají chráněná bydlení a podporované zaměstnání (Matoušek, Koláčková, & Kodymová, 2005).

Inkluzivní přístup

Nejmodernější přístup, cílem je přirozené začleňování osob s postižením do majoritní společnosti. Po mnoha letech, kdy osoby s postižením byly segregovány, se tento přístup jevil jako radikální, avšak pro moderní sociální společnost nezbytný. Ve výchově, vzdělávání a pracovním uplatňování se preferují běžné postupy, to však v závislosti na individuálním přístupu k člověku, tedy pokud to není nezbytně nutné. V rámci mezinárodní spolupráce a výměně zkušeností je tak proces ještě více pozitivní (Slowík, 2007).

Sociální integrace znamená proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti, společnost sjednocuje v jeden celek (Slowík, 2007).

Cílem inkluze lidí s mentálním postižením je jejich co nejvíce možná soběstačnost a samostatnost, které je možné docílit rozvojem jejich schopností a dovedností a směřuje tak k postupnému zmenšování podpory od sociálního okolí. Důležitým faktorem zůstává vzdělavatelnost jedinců a individuální práce s nimi (Matoušek, Koláčková, & Kodymová, 2005).

Při výchově a vzdělávání osob s mentálním postižením je podstatná role celoživotního procesu, stejně jako u ostatních spoluobčanů. Soustavné vedení, opakování a prohlubování znalostí vede ke komplexnějšímu poznání okolní skutečnosti (Švarcová, 2006).

4 RODINA A PEČUJÍCÍ OSOBY

Rodina má při výchově dětí nezastupitelnou roli. Rodiče jsou ti, kteří připravují své dítě na budoucí život. Rodič je pro své dítě vzorem, je přirozené napodobovat jednání matky či otce, učit se vzájemné spolupráci a pomoci. Rodinné zázemí, pocit jistoty a všestranný vývoj je předpokladem pro kvalitní seberozvoj každé osobnosti (Vacínová, 1995).

Rodina je nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte. Jiné prostředí nemůže dítěti dopřát více pocitu bezpečí, jistoty a emocionální stability (Švarcová, 2006).

4.1 Výchova dítěte s mentálním postižením v rodině

Narození dítě s mentálním postižením je považováno za traumatizující, mnohdy až nejbolestivější událost v životě. Každý rodič si přeje vidět ve svém potomku pokračovatele rodu, do kterého vkládá své naděje a očekávání. V tomto směru se rodiče dítěte s postižením ocitají s nepochopením situace. Ptají se, proč zrovna jim se děje taková nespravedlnost. Místo radosti se v nich střídá strach, úzkost, pocit beznaděje a křivdy. Přijmutí takovéto situace není podstatné jen pro dítě samotné, ale i pro rodiče, kteří mají své dítě vychovávat a provázet jej životem. Pro vývoj dítěte je podstatné, aby se rodiče vypořádali s nastalou situací. V situaci, kdy je dítě odmítáno např. jedním rodičem, nezřídka končí rozpadem rodiny. Což může mít za následek ještě větší stres a úzkost pro rodiče, který s dítětem zůstal sám. Nepříznivý vliv na vývoj dítěte může být také rezignace rodičů na výchovu a rozvíjení dítěte s postižením. Extrémním postojem je přecitlivělá péče (příliš ochranná) a na druhé straně extrém v podobě „vycvičení“ dítěte tak, aby se co nejméně lišilo od ostatních

vrstevníků. Ideál spočívá v tom, že rodič bere dítě takové, jaké je (Švarcová, 2006).

Významným stresovým faktorem bývají reakce okolí. Podle výzkumů bývá reakce okolí často negativní, a to i přes to, že se v posledních letech změnil postoj v přijímání osob s postižením k lepšímu. Ze studií také vyplývá, že dítě s postižením mění v rodinám postoje k hodnotám, prioritám a v osobních charakteristikách. Řada rodičů reflektuje, že díky tomuto rodičovství se naučili trpělivosti, pokoře a taktéž si osvojili dovednosti potřebné k uplatňování práv jejich dětí. Významnou roli v životě rodin s dítětem, které má nějaké postižení, sehrávají svépomocné skupiny. Podpora ostatních rodičů, společné hledání pomoci, šíření informací a zájem o legislativní změny přispívají ke zkvalitňování života osob s postižením (Strnadová, 2008).

V průběhu vývoje dítěte se objevují období, která jsou více náročná a stresová než ty předcházející, může tak dojít k vyvolání neadekvátních reakcí rodičů. K odmítavému postoji k dítěti s postižením může dojít i později, např. proto, že vývojové problémy se stupňují a původní představa rodičů byla jiná (Vágnerová, Hadj-Mousová, & Štech, 2000).

Rodina má významnou roli i v dospělosti osoby s mentálním postižením. Ta v ní nachází zázemí a útočiště. Pomoc osobám s postižením a jejich rodinám je zajišťována pomocí stacionářů, chráněného bydlení, podporovaného zaměstnávání apod. Díky příspěvku na péči, má jedinec i rodina možnost rozhodovat o kvalitě poskytované péče (Švarcová, 2006).

Vztah mezi rodičem a dítětem má mimořádný vliv. Nefunkční vztah např. citová deprivace, anebo asociální hodnoty rodiny, může být zdrojem kvalitativních změn v osobnosti, které mají vliv na život jedince např. v podobě psychosomatického onemocnění (Vágnerová, Hadj-Mousová, & Štech, 2000).

4.2 Sexualita u osob s mentálním postižením a pohled rodiny nebo jiné pečující osoby

Každý člověk dospívá k fyzické i právní dospělosti, není to výjimka ani u osob s mentálním postižením. Přesto ale pro rodiče vždy zůstává „dítětem“, o to více obtížněji rodiče osob s mentálním postižením zpracovávají dospělost svých dětí. Tendence ochraňovat mnohdy způsobuje, že na svého potomka nahlízejí stále jako na malé dítě. Vyvolává to pocit, že jejich dítě nemá a nebude mít sexuální nebo vztahové potřeby. Druhým extrémem je rodič, který si myslí, že podporu a informace si jejich potomek zajistí sám. Téma sexuality je v mnoha českých rodinách tabu, rodiče předpokládají, že věci se vyřeší samy (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Rodiče se obávají sexuality u svých dětí i z důvodu, že se „něco“ může stát. Mnohdy neumí nebo nechtějí to „něco“ popsat. Zřejmě je to způsobeno tím, že nemají dostatek informací. Nedostatečná výchova a vzdělávání v oblasti sexuality se může objevovat v podobě nevhodných projevů v dospělosti. Rizikové sexuální chování může mít negativní vliv na sexuální zneužívání a obtěžování včetně rizika přenosu pohlavních nemocí. Nedostačující informace je často spojují s nejistotou a nevhodným chováním při projevech autoerotiky. Sexuální výchova by měla mít jasná pravidla (Štěrbová in Mandzáková, 2013).

Mezi další osoby, které ovlivňují život lidí s postižením je např. veřejný opatrovník. Ten by měl vždy jednat v nejlepším zájmu opatrovance. Komunikovat s opatrovancem o možnostech a postupech by mělo být nedílnou součástí jeho práce. Svým jednáním by neměl omezovat potřeby ani práva opatrovance. Další osobou, která by mohla být nápomocna v oblasti sexuality je lékař (praktický lékař, gynekolog, sexuolog). Jen málo zdravotnického personálu zvládá s člověkem s postižením komunikovat, a tak spoléhat se pouze na lékaře není dobrou volbou (Venglářová, & Eisner a

kol., 2013). S tímto souhlasí Štěrbová (2016) a podotýká, že lékaři (krom psychiatrů a psychologů) nejsou cíleně připravováni na komunikaci s osobami s postižením a o to méně v tématech zahrnujících jejich sexualitu (Štěrbová, & Rašková, 2016).

5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Tato kapitola nás seznámí se sociálními službami, vymezí legislativní úpravu sociálních služeb a představí druhy a formy poskytovaných sociálních služeb. Vzhledem k cíli bakalářské práce se zaměří na denní stacionáře a chráněné bydlení.

Sociální služby vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. V § 32 popisuje základní druhy sociálních služeb, a to: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy sociálních služeb jsou uvedeny v § 33, rozlišují se na pobytové, ambulantní a terénní sociální služby.

Do roku 2006 jsme se v rámci legislativní úpravy sociálních služeb setkali pouze s ústavní péčí a pečovatelskou službou. Ostatní sociální služby byly poskytovány neziskovými organizacemi. Teprve zákon o sociálních službách z roku 2006 přinesl mnoho změn, které umožnily další rozvoj sociálních služeb a reflektoval na poptávku uživatelů a poskytovatelů služeb. Do ústřední pozice vstupuje kvalita péče, která má být zajištěna standardy kvality. Platný rozsah standardů kvality uvádí vyhláška č. 505/2006 Sb. (Valenta, Michalík, & Lečbych a kol., 2018).

S ohledem na bakalářskou práci zde vymezím dva typy zařízení, které se podílejí na péči o osoby s mentálním postižením.

Denní stacionáře

§ 46 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů definuje denní stacionáře, jako místo, kde se osobám poskytuje ambulantní typ sociální služby. Je určena zejména pro osoby, které mají

sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V rámci této služby jsou poskytovány následující činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Chráněné bydlení

§ 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů definuje chráněné bydlení jako pobytovou službu. Je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V rámci této služby jsou poskytovány následující činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování; pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Může mít formu individuálního i skupinového bydlení.

Michalík uvádí, že sociální služby jsou alternativou nebo doplněním služeb poskytovanými osobami blízkými (Valenta, Michalík, & Lečbych a kol., 2018).

„Služby nemají řídit život uživatele, ale pomoci mu, aby ho mohl co nejvíce řídit sám“ (Hrušková, Matoušek, & Landischová, 2005, s. 113).

V sociálních službách je významným partnerem pracovník v sociálních službách, který mnohdy plní zároveň úlohu klíčového

pracovníka (osoby, která by měla klienta znát nejlépe, vědět o jeho přáním a potřebách, vytvářet s klientem individuální plán). Pracovník v sociálních službách by měl pozitivně ovlivňovat klienta. Vést klienta k samostatnosti, zvyšovat jeho kompetence, hájit práva klienta, respektovat jej atd., to je jen malý výčet profesionální péče pracovníka. Pokud se jedná o téma sexuality, nejsou v tomto pracovníci jednotní. Prvotní podmínkou je, aby pracovník vnímal klienta s respektem, jako člověka s potřebami. Při práci se sexualitou se odráží komunikace od osobních hodnot a postojů pracovníka. Proškolení pracovníka v daném tématu může zvýšit úspěšnost při pochopení se s klientem (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

Je nezbytné, aby vzdělávání pracovníků v sociálních službách bylo zaměřené i na sexuální výchovu a práci se sexualitou jedinců. Schopnost akceptovat přirozené projevy sexuálního vývoje jim bude při jejich práci významnou oporou (Štěrbová, & Rašková, 2016).

Eisner uvádí, že v poslání organizace se mnohdy dočteme, že služba má pomáhat žít lidem plnohodnotným životem, často se však jedná pouze o obecnou frázi, která nám nic neříká. Každý jedinec i pracovník si tyto slova může spojovat s jinými hodnotami a jinými způsoby života. Někdo si představí, že stačí klientovi pocit tepla, sucha, nehladovění a naplnění času nějakou pracovní činností. Jiní vidí v plnohodnotném životě i vztahové a sexuální potřeby. Tak jako je rozdělena profesionální veřejnost, dochází k různým pohledům i ze strany laické veřejnosti. Sjednocení pracovníků v otázkách přístupu k lidem s postižením by mělo vymezovat i oblast sexuality a vztahových potřeb. Je nutností, uvědomit si, že služby jsou poskytovány různým lidem, různého vyznání a různých hodnot (Venglářová, & Eisner a kol., 2013).

6 EMPIRICKÁ ČÁST

Téma bakalářské práce je zaměřeno na sexualitu osob s mentálním postižením. Jedná se ještě stále o téma mladé, ale aktuální. Nicméně bývá tato oblast stále tabuizována. Jak bylo uvedeno v teoretické části, přístup společnosti nebyl v minulých letech tomuto tématu nakloněn, a tak se mnohdy setkáváme s rozdílnými názory a postoji ve společnosti. Minulost se neodráží pouze v sociálních službách, ale také v oblasti sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. V posledních letech se tématu sexuality věnuje stále víc odborníků. Nejen, že vzniká nová odborná literatura a píší se různé články, taktéž se pořádají semináře a natáčejí se různé dokumenty k tomuto tématu.

V empirické části této práce bude vymezen cíl a místo, kde probíhal samotný výzkum. Bude popsán způsob, jakým byla získána a analyzována data. V poslední části bude šetření zaměřeno na shrnutí výzkumu.

6.1 Cíl a místo empirického šetření

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je informovanost osob s mentálním postižením v oblasti sexuality, které žijí v domácím prostředí s rodinou, anebo v chráněném bydlení a zároveň navštěvují denní stacionář. Důvodem, proč není uveden celý název zařízení, je úplná anonymizace uživatelů služby.

Pro výzkumné šetření byl vybrán denní stacionář, který zajišťuje ambulantní služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Podporu nabízí osobám ve věku 18-64 let. Posláním denního stacionáře je umožnit osobám s mentálním postižením setrvat v původním domácím prostředí, usilovat o zvyšování jejich soběstačnosti, poskytovat jim podporu při začleňování do běžného života a nabízet aktivní a zajímavé trávení času. Denní kapacita je 16 uživatelů (informace získány v daném zařízení).

Statutárního zástupce organizace zajímá, jaký bude výsledek šetření – zda bude zájem o zajištění semináře na toto téma. S výsledkem výzkumu bude seznámen po ukončení výzkumného šetření.

6.2 Výzkumná metoda

Pro uživatele denního stacionáře byla pro získání dat zvolena výzkumná metoda s využitím techniky asistovaného dotazníku. S ohledem na cílovou skupinu výzkumu nám umožnil asistovaný dotazník, díky přímé interakci, sledování respondenta. Záměrem sledování bylo ujistit se, že respondent otázce porozuměl, což vyloučilo zkreslení odpovědí vzniklé nepochopením. Vzhledem k hypotéze byla sledována rozmanitost odpovědí a zároveň bylo u některých otázek sledováno více proměnných. Nejedná se o čistě kvantitativní výzkum, ale s ohledem na některé otázky, kdy bylo využito otevřeného dotazování (otevřených otázek), se jedná o kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

U otázky č. 9 musel výzkumník více objasnit s čím je slovo masturbace spojováno, nepůsobil tedy jen jako prostředník pro zpracování dotazníku, ale aktivně se do něho zapojil.

6.3 Vymezení otázek a stanovení hypotéz

Cíl č. 1: Zjistit jaká je informovanost osob s mentálním postižením v oblasti sexuality.

Hypotéza č. 1: Míra informací v oblasti sexuality je u osob narozených před rokem 1985 nižší než u osob narozených po roce 1985.

6.4 Realizace výzkumu a sběr dat

Dotazník pro uživatele denního stacionáře obsahoval otevřené, uzavřené i polouzavřené otázky. Hypotézu by mělo potvrdit nebo vyvrátit

třináct otázek, a to v poměru: pět uzavřených, čtyři otevřené a čtyři polouzavřené. Respondenti byli osloveni osobně. Pro dotazníkové šetření byla vybrána kancelář vedoucího služby, bylo tak zajištěno klidné, příjemné a nerušené místo.

V září 2018 bylo osloveno 12 uživatelů, z celkových dvaceti uživatelů služby (celková kapacita služby). V říjnu 2018 se doplnilo šetření o dalších 6 uživatelů a v listopadu 2018 bylo provedeno šetření ze zbývajících 2 uživateli. V období od září 2019 do listopadu 2019, vzhledem ke fluktuaci uživatelů, začali navštěvovat denní stacionář čtyři noví uživatelé. I u nich bylo provedeno, pomocí asistovaného dotazníků, šetření v prosinci 2019, o které byl výzkum doplněn.

6.5 Analýza výzkumu

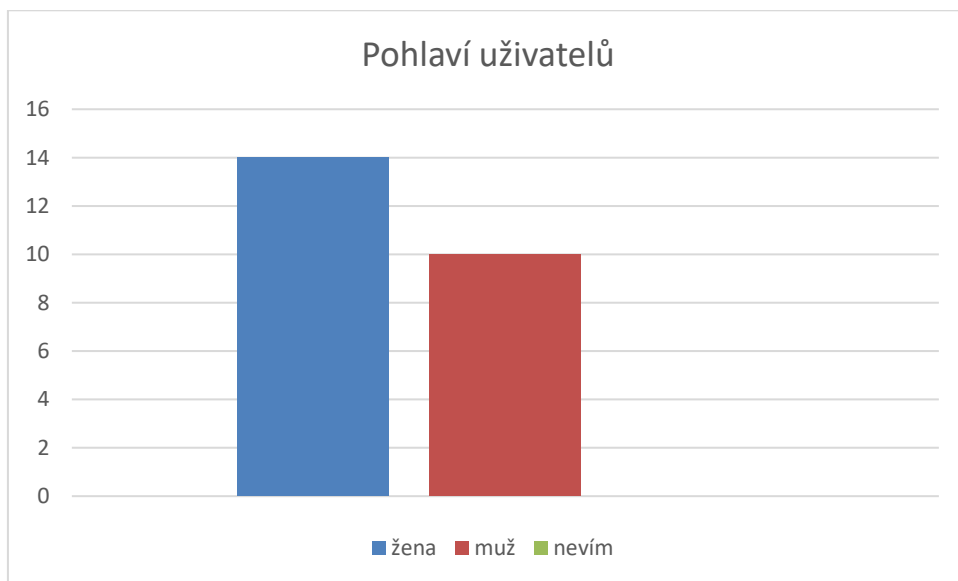
Výzkumu se zúčastnilo celkem 24 uživatelů služby, což byl celkový počet uživatelů denního stacionáře za období od září 2018 do listopadu 2019. U všech uživatelů byl dotazník zpracován s pomocí asistenta (výzkumníka), který v případě potřeby otázku jinak zformuloval, aby byla otázka dostatečně pochopena a zodpovězena. Na úvodu setkání byli respondenti seznámeni s tím, co je záměrem schůzky, jednoduše jim bylo vysvětlen záměr výzkumu a k čemu budou výsledky sloužit. Každý z respondentů byl seznámen s tím, že nejsou ani dobré ani špatné odpovědi a nemusí se bát toho, že informace, které uvede, budou sděleny jiným osobám. Jednoduše byl vysvětlen význam slova „anonymní“ dotazník.

Otázka č. 1

Pohlaví

První oblastí, kterou dotazník zkoumal bylo zjištění, v jakém poměru bylo zastoupeno pohlaví uživatelů. Pro úplný přehled (jak se uživatel vnímá nebo si není jistý identitou) byla v dotazníku zastoupena i možnost nevím.

V rámci výzkumu bylo důležité zjistit, jaká část uživatelů si uvědomuje svoji pohlavní identitu, tedy čím jsou/jak se cítí. Pohlavní identita je jednou z nejzákladnějších informací, kterou by si jedinec měl uvědomovat. Z celkem 24 osob, jak bylo zjištěno z výzkumu, je nejsilněji zastoupena ženská část, celkem 14 uživatelek služby uvedlo tuto variantu. Zbývajících 10 dotazníků bylo označena mužskou populací. Zjištění, že ani jedna osoba neuvedla, že neví, jaké pohlaví má, je pro další výzkum důležité. Bylo tak zjištěno, že všechny dotazované osoby mají sebeurčení.



Graf 1 – pohlaví uživatelů

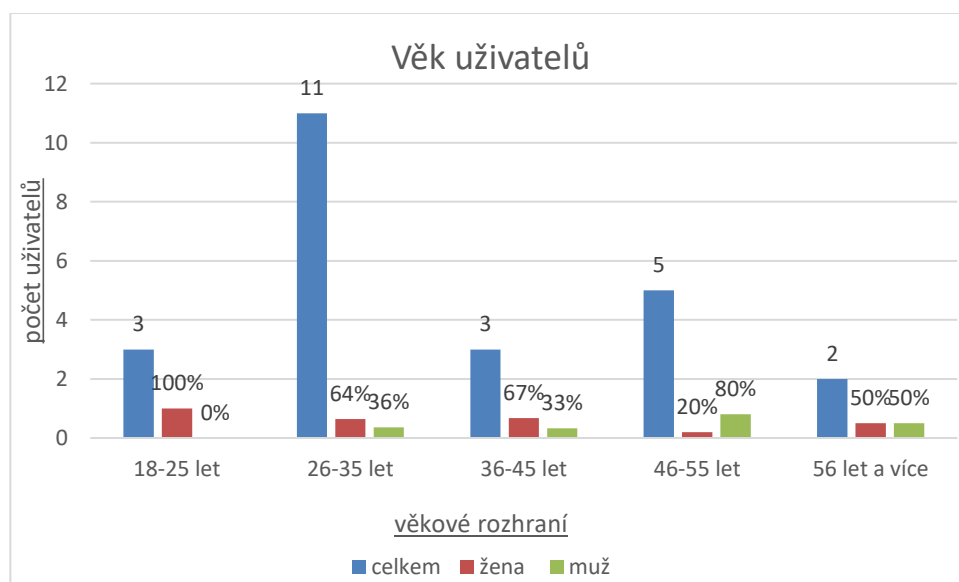
Otázka č. 2

Věk

Na věkové rozhraní odpovědělo 24 respondentů. Z výsledků vychází a také nám to ukazuje modrý sloupec v grafu, že nejvíce zastoupenou skupinou jsou osoby v rozpětí 26–35 let, celkem 11 osob. Druhou nejvíce

zastoupenou skupinou jsou osoby ve věkovém rozhraní 46-55 let, zde se jedná o 5 osob. Zastoupení věkového rozmezí 18-25 let a 46-55 let je stejné, v obou rozhráních se nacházejí 3 uživatelé. Nejméně zastoupenou skupinou jsou osoby starší 56 let, jedná se o 2 uživatele. Další dva barevné sloupce nám pro přehled ukazují, jaký je přepočítaný podíl v procentech v rozdělení na muže a ženy.

Shrnutím těchto informací můžeme říci, že se jedná o převážnou většinu osob mladších 45 let. Osob narozených po roce 1985 je 14 respondentů, což je 58% z celkového počtu dotazovaných.



Graf 2 – věk uživatelů

Než pokročíme k dalším otázkám, je zapotřebí si určit již výše uvedenou „míru informovanosti“. Vzhledem k tomu, že žádná odborná literatura neudává, co je dostačující informace vzhledem k sexualitě u osob s mentálním postižením, ale pouze zdůrazňuje oblasti, kterých se má vzdělávání osob s mentálním postižením ve věci sexuality zabývat a vyzdvihuje roli individuálního přístupu ve vzdělávání osob s postižením, bude míra informovanosti konfrontována s poskytnutými informacemi při dotazování patnáctiletého chlapce a jedenáctileté dívky, od jejichž zákonného

zástupce byl získán informovaný souhlas. Jedná se o mentálně „zdravé“ děti, které mají informace k sexualitě v rámci aktuálního školského systému a osobního přístupu rodičů k této problematice. Nejedná se tedy o odbornou normu, ale pouze „o jakýsi odrazový můstek“, přehled toho, jaké informace mohou mít děti jejich věku. Děti nebyly předem nijak upozorňovány a úmyslně vzdělávány v tomto tématu. Jednotlivé odpovědi budou uvedeny u analýzy konkrétních otázek dotazníku.

Otázka č. 3

Dokážete k následujícím slovům uvést slova, která vás ve spojení s nimi napadají?

V další otázce v dotazníku bylo zájmem zjistit, jak osoby s mentálním postižením dokážou popisovat následující slova: **láska, strach, kamarád, rodina a partner**. Cílem bylo zjistit, zda jsou schopny tyto slova více vysvětlit nebo k nim použít nějaké synonymum, což by ověřilo, že ví, jaký mají slova význam, anebo si dokážou představit s jakou situací jsou slova spojena.

Na slovo LÁSKA reagovali uživatelé následovně:

„když má někdo někoho moc rád; láska je mezi mámou a tátou; chtěl(a) bych lásku prožít; když je vám s někým moc dobře, máte se rádi a chcete spolu trávit čas; mezi mužem a ženou (mezi dívkou a chlapcem); miluju holky“.

V obdobném smyslu bylo vyplněno 23 dotazníků. Pouze jeden uživatel nedokázal najít slova, která by ho napadla.

Na slovo STRACH byla reakce:

„z lékařů (všeobecně, specificky byl uveden zubař); že zůstanu sám; ten může být z různých věcí; když se něčeho bojím; pokud by mi chtěl někdo ublížit; mám, že mi někdo nadá, že jsem udělala něco špatně; z vody; že by mě nikdo nechtěl“.

V tomto případě bylo vyplněno 23 dotazníků. Pouze jeden uživatel nedokázal najít slova, která by ho napadla, nejednalo se o stejného respondenta jako v předchozím případě.

Na slovo KAMARÁD reagovali:

„kamarádi jsou ve stacionáři; kamarád je můj brácha; mám jich hodně; mám kamaráda na chatě, chodím s ním na pivo; s kým piju kafe a ráda si povídám; trávím s ním čas; pomáháme si“.

Vyjádřilo se všech 24 uživatelů.

Slovo RODINA bylo komentováno:

„máma a táta, sestra nebo bratr; jeden z rodičů a sourozenec; případě bližší rodinné okolí (babička, neteř, manžel(ka) sourozence); už nemám rodinu, ale měla jsem; mám jen bratrance, ale ten žije daleko“.

Všech 24 dotazovaných odpovědělo.

Slovo PARTNER vyvolal následující reakci:

„toho má moje sestra; partnera bych chtěl(a); asi by mě nikdo nechtěl; nechci partnera“.

V tomto případě odpovědělo jen 18 uživatelů. Zbývající uživatelé se ke slovu partner nevyjádřili, ale během dotazování tvrdili, že ví, co to slovo znamená.

Při celkovém shrnutí otázky č. 3 se dá říci, že všichni respondenti jsou schopni „nějakým“ způsobem reagovat, spojovat slova se situací nebo jednodušeji pojem slova vysvětlit. Při konfrontaci s dospívajícím chlapcem a dívkou, by mohlo být konstatováno, že slova chápou stejně, jen díky větší slovní zásobě je dokážou lépe vysvětlit a popsat. V tomto ohledu můžeme shrnout, že na danou otázku nejsou rozličné odpovědi a slova jsou vnímána stejně. S ohledem na teoretickou část práce zároveň můžeme říci, že všichni uživatelé denního stacionáře spadají spíše do lehkého stupně mentálního postižení maximálně do střední úrovně mentálního postižení.

Otázka č. 4

Popište, jak se od sebe liší žena a muž

„Žena uklízí a vaří; žena je máma, táta a bratr jsou muži; žena je krásná a stará se o děti; žena má prsa a může rodit děti; muž má penis; žena má jiné tělo jak muž; muž pracuje; muž má „frantíka“; muž dělá věci, která žena fyzicky nezvládne; žena má vagínu; muž nemá to, co žena, aby mohla rodit děti; žena chce být krásná, voní se a má „pipinku“; muž se potí; žena má menstruaci“, to je výčet odpovědí, které byly v dotaznících uvedeny.

Celkem 6 respondentů má spojené rozdělení žen a muž dle rolí v domácnosti, 5 dotazovaných popsalo rozdíl mezi ženou a mužem velmi jednoduše např. žena má prsa a muž je jiný, žena rodí děti a muž pracuje, žena uklízí a muž ne. Pouze v sedmi dotaznících bylo uvedeno slovo *„prsa, penis nebo vagína“*, ostatní uživatelé buď fyzické rozdíly vynechali úplně, anebo místo nich použili slova jako *„frantík a pipinka“*.

Pokud se do dotazníků podíváme blíže a zaměříme se na zdůvodnění rozdílů s přihlédnutím k věku a pohlaví uživatele, můžeme zkonstatovat, že u mužů nezáleží na věku, část mužů nedostatečně popisuje rozdíly mezi ženou a mužem a zároveň část mužů, dokáže rozdíl mezi ženou a mužem objasnit., aniž by v tom hrál významnou roli jejich věk. U žen je to jiné, převážná většina žen v mladším věku dokáže rozdíl mezi ženou a mužem popsat jasněji, používá slova jako je penis nebo vagína. Ženy ve věku 36 let a více rozdělují ženy a muže spíše podle rolí v domácnosti, ženu staví do role matky a pracovní síly v domácnosti, muže popisují jako pracujícího, mnohdy bez dalšího přirovnání. V jednom dotazníku nebyl uveden žádný fyzický rozdíl mezi ženou a mužem, dotazovaná pouze určila ženu jako tu, která vaří a muže, který pracuje. Ve dvou dotaznících se objevilo *„já mám prsa, proto jsem žena, muži jsou jiní“*.

Při pročtení odpovědí z dotazníku jedenáctileté dívky se nedozvíme odlišné komentáře, jsou pouze lépe zformulovány a jsou popisovány více

systematicky. U dospívajícího chlapce jsou vidět jasné rozdíly, struktura popisu je propracovaná, od fyzického a emočního srovnání prochází přes sociální srovnání až k popisu rozdílů v drobnostech (např. jemnější hlas a hezčí pleť).

Otázka č. 5

Jaká slova vás napadají ve spojitosti se slovem sexualita:

Z celkové počtu respondentů, odpovědělo 16 respondentů více jak jednoslovně. V odpovědích se objevovala slova: „*láska, milování, polibky, hlazení, držení za ruce, mazlení, sex*“. Sedm uživatelů si slovo sexualita spojilo jen se slovem „*sex*“ a jeden uživatel na tuto otázku uvedl, že slovo nezná a neví s čím ho spojit.

V podobném duchu byl vyplněn dotazník dospívajícího chlapce, opět zde bylo více slovních obrátů, ale to je vzhledem ke slovní zásobě předvídatelné. Dotazník dívky byl v odpovědích směřován na slova láska, polibky, držení za ruce, ale ani zde nechybělo slovo milování.

Převážná většina uživatelů má přehled o tom s čím je slovo sexualita spojeno. Ovšem když porovnáme odpovědi s ohledem na jejich věk, můžeme zkonstatovat, že osoby, které uvedli více jak jedno slovo, byli osoby ve 14 případech ve věku do 45 let (narozeny od roku 1975). Další 2 dotazníky spadají do skupiny 46-55 let. U dotazníků, které byli v této otázce zodpovězeny jednoslovně je rozvržení věku vyrovnané.

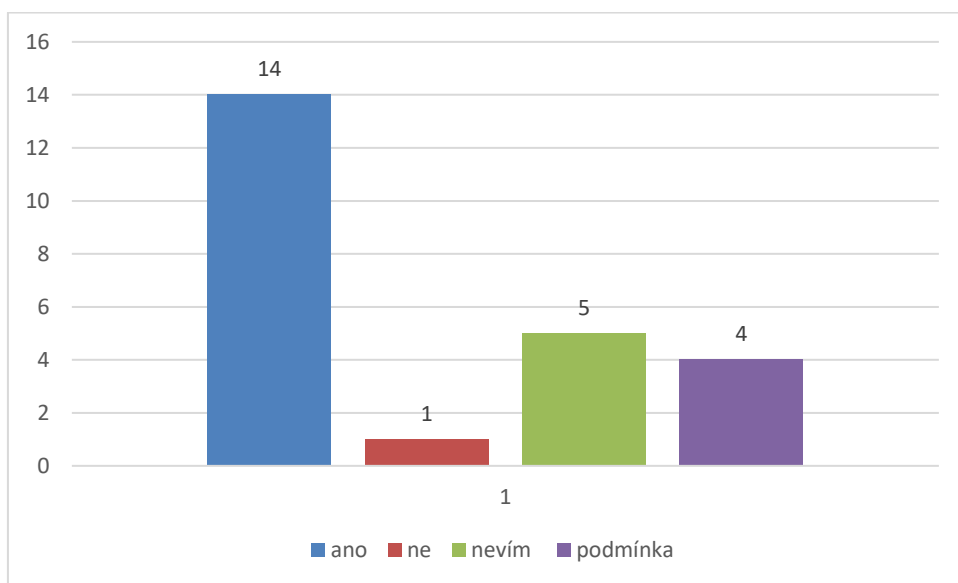
S ohledem na celkový počet respondentů se jedná o 58% těch, kteří mají širší okruh odpovědí, tedy i informací. **Hypotéza se nepotvrdila.**

Otázka č. 6

Přál(a) byste si k tématu sexuality znát více informací?

Tato otázka byla koncipována jako uzavřená. Respondenti měli možnost odpovědi z variant: ano, ne, nevím a záleželo by na tom, kdo by se mnou o tomto tématu mluvil.

Jak je z grafu níže jasné, statistika uvedla, že celkem 14 uživatelů by chtělo mít více informací o sexualitě. Jeden uživatel uvedl, že o informace zájem nemá. Pět uživatelů nevědělo, zda by chtěli mít širší informace k danému tématu a čtyři uživatelé uvedli, že by záleželo na osobě, která by jim informace předávala (v grafu uvedeno jako podmínka). Zodpovězením této otázky jsme zjistili, že téma sexuality je pro většinovou část uživatelů zajímavé a chtějí se v sexualitě lépe orientovat.



Graf 3 – informace o sexualitě (otázka č. 6)

Otázka č. 7

Víte, co je sexuální zneužívání, pokud ano, jak byste ho vysvětlili?

Při zodpovězení této otázky, můžeme na základě shrnutí výsledků uvést, zda se o sexuálním zneužívání s uživateli někdo bavil, případně zda si z tohoto rozhovoru něco pamatují. Jedná se o otázku polouzavřenou, která nabízí možnost ano a ne. V případě, že dotazovaný uvede (ano), že ví, co je

to sexuální zneužívání, má prostor pro vysvětlení toho, jak sexuální zneužívání chápe.

Odpověď „ne“ uvedli dva dotazovaní. Zbývající část uvedla variantu „ano“. Ve vysvětlení se všech 22 respondentů obdobným způsobem shodovalo, že se jedná o „*násilné chování, zneužití, znásilnění, fyzický útok*“, jako prevenci uváděli „*nebavit se s cizími lidmi*“ a jako formu obrany uvedli „*křik a útěk*“, ve dvou případech byla odpověď doplněna „*musí se to říct*“.

Celých 92% respondentů uvedlo, že ví, co sexuální zneužívání je. Z vysvětlení, které uvedli, můžeme usoudit, že informace o sexuálním zneužívání mají osvojené. Ukazuje se, že **v oblasti sexuálního zneužívání je hypotéza vyvrácena.**

Nezaručuje to, že by se respondenti nemohli stát obětí sexuálního zneužívání, ale znalosti spojené s tímto tématem mají preventivní charakter.

V rámci sexuálního zneužívání nebylo ani v jednom případě respondenty uvedeno, že se může jednat o zneužívání osobou, kterou znají.

Pokud vybereme z odpovědí dospívajících dětí, shodují se, že sexuální zneužívání je trestné, nesmí se tolerovat a jedná se o akt, který je proti naší vlastní vůli. Chlapec ještě uvedl, že se nemusí vždy jednat o cizí dospělou osobu, ale také staršího kamaráda. Často se může jednat o osobu, která si oběť nejdříve vyhlédne a snaží se ho pod záminkou nalákat do situace nebo míst, kde se oběť nebude moci bránit.

Otázka č. 8

Víte, co je antikoncepce? Dokážete to vysvětlit?

Tato otázka byla taktéž položena jako polouzavřená. Varianty, které mohl dotazující vybrat byly shodné jako u otázky č. 7, což znamenalo, že součástí odpovědi bylo také vysvětlení pojmu.

Na otázku odpovědělo negativně 9 respondentů. Zbývajících patnáct dotazníků bylo vyplněno pozitivně a u všech zodpovězeno vysvětlením.

Pojem objasnilo 13 žen a 2 muži. Odpovědi se shodovaly „antikoncepce se užívá, aby žena neotěhotněla (neměla dítě)“, ve dvou dotaznících bylo doplněno „abych měla pravidelné měsíčky; menstruaci jsem měla bolestivou, teď takové problémy nemám“. Nikdo z respondentů nezmínil slovo kondom a žádný z dotazovaných se nebavil o antikoncepci jinak než, že existuje ve formě prášků. Z patnácti respondentů, kteří uvedli a vysvětlili pojem antikoncepce, je to 10 osob, které jsou narozeny po roce 1985. **Tady se hypotéza potvrdila.**

K této otázce se negativně vyjádřila dospívající dívka. Chlapec měl o antikoncepci dostatečné informace. Popsal, k jakému účelu antikoncepce slouží a věděl, že existují různé formy např. prášky, injekce a kondomy, když zmínil kondomy připsal, že slouží jako ochrana před přenosem pohlavních nemocí.

Pokud shrneme odpovědi týkající se antikoncepce, můžeme říci, že 63% respondentů má informace o tom, jaké účinky antikoncepce nabízí. Širší povědomí však o antikoncepci chybí.

Otázka č. 9

Je vám známo slovo masturbace, dokážete popsat, o co se jedná?

Při kladení této otázky se v několika případech zjistilo, že slovo masturbace není pro respondenty příliš známé. Dotazování se neobešlo bez synonymních slov jako je sebeuspokojení, onanování, sebeukájení, autoerotika, intimní věci, anebo otázky ve smyslu „je něco, co můžeš dělat jen v případě, kdy jsi sám/sama, v soukromí svého pokoje nebo v koupelně?“. Mnohdy až při vyslovení této věty, bylo respondentům více méně jasné, na co se dotazující ptá. Dotazovaní měli na výběr z odpovědí ano a ne. Pokud uvedli, že ví o čem se jedná, byli požádáni o krátké vysvětlení.

Z celkového počtu respondentů odpovědělo kladně 13 osob, přičemž pouze u třech respondentů byla okamžitá reakce na slovo masturbace. U ostatních respondentů se musel rozšířit pojem masturbace o jeho synonyma.

Ve vysvětlení se objevovalo: „*dělá to hezké pocity, někdy si vzpomenu na filmy, které jsem viděl; můžu to dělat jen v pokoji; hlazení; někdy ve sprše; v tom mi pomohla máma, vysvětlila mi, jak to dělat, abych si neublížil; když je někdo sám a dělá hezké věci, třeba se hladí*“. V celém dotazníku nebylo otázky, která by vyvolala takové rozpaky, „chichotání“, „koulení“ očima, zrudnutí a nervozitu.

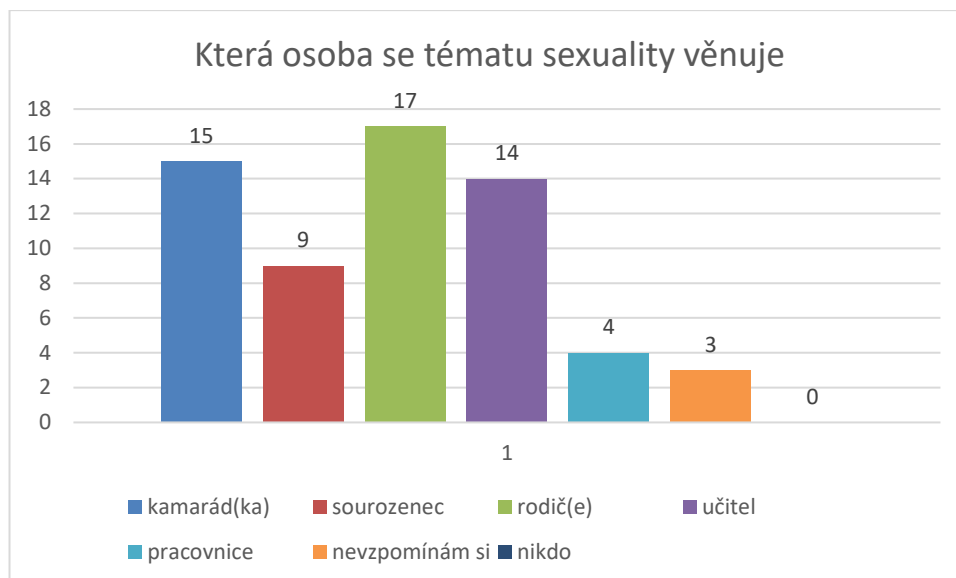
V dotaznících dospívajících dětí bylo uvedeno pouze slovo masturbace, jiná synonyma použita nebyla. Dívka i chlapec uvedli, že se jedná o příjemné pocity, které jsou spojeny s okamžiky, kdy je člověk v soukromí. Chlapcům popis byl více detailnější a míra informací, které poskytl vypovídala o kvalitních informacích v této problematice.

Shrnutím výše uvedených informací musíme zkonstatovat, že pokud by slovo masturbace nebylo nahrazeno synonymy, odpověděli by pouze 3 dotázaní, celkově tedy necelých 13% respondentů. Pokud zahrneme synonyma ke klíčovému slovu masturbace, odpovědělo nám 13 dotazovaných, což je z celkového počtu 54% kladných odpovědí. S ohledem na věk dotazovaných se jedná o 10 osob narozených po roce 1985, které mají základní informace o masturbaci. **Hypotéza se potvrdila.**

Otázka č. 10

Můžete uvést osobu, která se s vámi o tématu sexuality baví nebo bavila?

Jednalo se o otázku uzavřenou, dotazovaní mohli zvolit více odpovědí, na výběr měli ze sedmi možností: kamarád(ka); sourozenec; rodič(e); učitel ze školy, kterou jsem dříve navštěvoval(a); pracovnice denního stacionáře; nevzpomínám si; toto téma se mnou nikdo neprobíral.



Graf 4 – která osoba se tématu sexuality věnuje

Nejvíce zastoupenými skupinami, které se s respondenty na téma sexuality baví nebo bavily je rodina, kamarád(ka) a učitel. Rodinu zvolilo celkem 17 dotazovaných, s kamarády si povídá celkem 15 respondentů a 14 osob uvedlo, že si vzpomíná, že se tématu sexuality věnovali ve škole. Sourozenci se tomuto tématu také nevyhýbají, v jednom dotazníku byl uveden pouze sourozenec, u ostatních dotazníků se odpovědi kombinovaly. Čtyři dotazovaní uvedli, že se o tématu sexuality bavili s pracovnící stacionáře a tři respondenti uvedli, že si nepamatují, s kým se o tématu bavili. Nikdo nevedl, že by s ním téma nikdo neprobíral.

Pro přehled budou uvedeny odpovědi dospívajících dětí. Oba se shodli na tom, že informace získávají od kamarádů, rodičů i učitelů. Chlapec ještě doplnil pod řádek informaci, že získává informace také z televizních pořadů a internetu. Tyto dvě možnosti v dotazníku uvedeny nebyly, i když se jedná o formu vzdělávání v tomto tématu, je to jednosměrný tok informací. Takové informace si může osoba s mentálním postižením vysvětlovat jinak, pokud nebude informace směřována přímo pro tuto cílovou skupinu.

Při shrnutí výsledků vyplývající z této otázky je možné konstatovat, že osoby s mentálním postižením mají prostor k zodpovídání otázek, které

vyplývají z jejich sexuality, anebo se obecně na sexualitu zaměřují. Vyptávají se, anebo je zájem, osob kolem nich, jim téma sexuality přiblížit.

Otázka č. 11

Víte, co znamená slovo sex?

Tato otázka byla otevřená. V rámci výzkumu bylo zajímavé zjistit, co si pod slovem sex, osoby s mentálním postižením, představují. Ve výčtu odpovědí bylo uvedeno: „milování; když jsou žena a muž nazí v posteli; sex je sex; když to dělají dva v posteli; když někdo někoho miluje, chce ho vnímat tak, že splynou v jedno; když žena a muž chtějí dítě; to je žena a muž v posteli; dělá se to v posteli; když jsou žena a muž v posteli nazí a mají se rádi; muž a žena si vlezou pod peřinu, šup a je to, tak jako v Ordinaci v růžové zahradě“. Nejčastějším vyjádřením pro sex bylo milování/pomilování a také spojení s početím dítěte (chtějí dítě, můžou mít dítě, aby měli dítě). Pokud uváděli osoby, vždy byla uvedena žena s mužem. Nikdo se nezmínil o více jak dvou osobách, páru.

Všichni respondenti na danou otázku odpověděli obdobně. Pouze v jedné odpovědi zaznělo „že splynou v jedno“. Z výše uvedených odpovědí není zcela jasné, že respondenti chápou, co samotný sex znamená a s čím je spojen, anebo nemají pouze dostatečnou slovní zásobu, aby se lépe vyjádřili.

Ve srovnání s dotazníkem u dospívajícího chlapce je odpověď více vystihující. Chlapec uvedl: „sex je intimní věc mezi mužem a ženou, měl by probíhat u osob, které se milují a věří si, milováním může žena otěhotnět, dítě by si měli dospělí poříditi až ve věku, kdy jsou na to oba připraveni, do té doby se můžou chránit antikoncepcí, žena může brát prášky a muž používat kondom, milování by mělo být pro oba příjemné a dobrovolné“. Dívka uvedla v komentáři pouze to, že se jedná o milování mezi ženou a mužem.

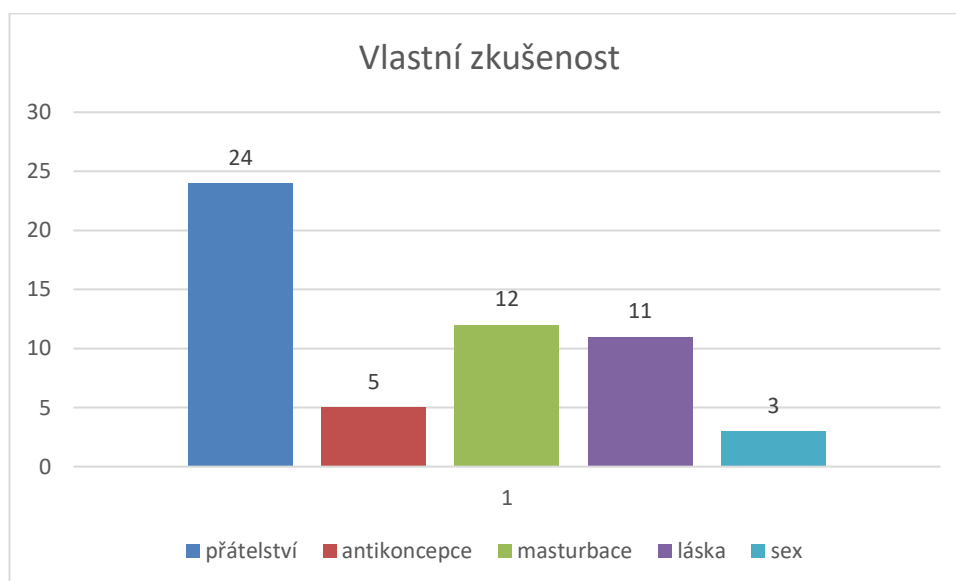
Obdobné komentáře v odpovědích, spolu s celým průřezem věkových skupin vypovídá, že **hypotéza nebyla potvrzena**.

Otázka č. 12

S čím máte vlastní/praktickou zkušenost?

Respondenti si mohli vybrat z následujících odpovědí: přátelství, antikoncepce, masturbace, láska, sex a jiné (zde byl prostor pro vlastní vyjádření), uvést mohli více jak jednu odpověď.

Bylo zjištěno, že všichni respondenti mají zkušenosti s přátelstvím, někomu přítelem jsou a některé osoby takto vnímají. Dále z výsledků vyplývá, že 12 dotazovaných má zkušenosti s masturbací, tedy ji minimálně jedenkrát vyzkoušelo, anebo masturbují více méně pravidelně. U jedenácti respondentů bylo zjištěno, že se v dosavadním životě setkali s láskou. Nabízí se možnost, že se jedná o lásku vyjadřovanou mezi rodiči a dětmi, sourozenci nebo přáteli, případně platonickou lásku mezi mužem a ženou anebo lásku naplněnou. Antikoncepci užívá nebo užívalo 5 respondentek.



Graf 5 – vlastní zkušenost

Ke zkušenosti se sexem se přihlásili tři respondenti. Ve dvou případech šlo o ženy ve věku 26-45 let. Muž je ve věkovém rozmezí 36-45 let.

Z uvedených 12 respondentů, kteří mají zkušenost s masturbací je 10 osob narozených po roce 1985, jedná se o 3 muže a 7 žen. Další dva respondenti jsou ve věku 36 let a více, jsou to ženy. Z celkových 24 dotazovaných se jedná o 42% osob mladších 35 let, které mají osobní

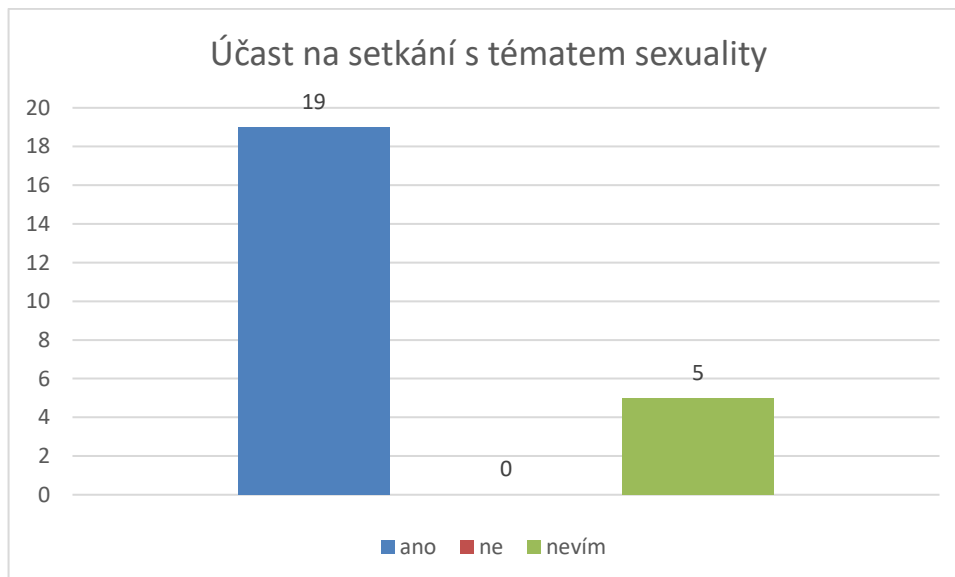
zkušenosti s masturbací. Zodpovězením otázky bylo zjištěno, že celá polovina dotazovaných je nebo byla sexuálně aktivní.

V dotazníku nebylo uvedeno žádné vlastní vyjádření, jako např. líbání, hlazení nebo mazlení. Pokud by bylo vypsáno, můžeme předpokládat, že s uvedenými pojmy mají respondenti zkušenosti, to však nelze potvrdit ani vyvrátit.

Otázka č. 13

Zúčastnil(a) bych se setkání, kde bych se o sexualitě dozvěděl(a) více

Uzavřená otázka, na kterou mimo „ano a ne“ měli respondenti možnost odpovědět „ještě nevím“. Celkem 19 dotazovaných odpovědělo, že by se setkání na téma sexuality zúčastnilo. Pokud srovnáme s dřívější otázkou (č.6), kde jsme se ptali, zda mají uživatelé zájem o více informací, zjistíme, že zájem o informace, během vyplňování dotazníku, vzrostl o pět dotazovaných. Neurčitě se vyjádřilo 5 dotazovaných.



Graf 6 – účast na setkání s tématem sexuality

6.6 Shrnutí

Z údajů a na základě výsledků zahrnutých v grafech a samotném textu vyplývá, že převážnou skupinou vzhledem k pohlaví byly v denním stacionáři ženy. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byly osoby ve věku 26-35 let. Celkem 17 uživatelů služby bylo ve věku do 45 let. Vzhledem k tomu, že celkový počet respondentů byl 24, můžeme říci, že se jednalo o převážně mladý kolektiv. V otázce číslo 3 bylo ověřeno, že respondenti jsou schopni jednoduše vysvětlovat známá slova, anebo je spojovat s určitou situací. Při získání informací, jakými rozdíly se odlišuje žena od muže, se převážná většina respondentů omezovala na jednoduché rozdělení. Ženy mladšího věku lépe formulovaly rozdíly mezi ženou a mužem, ale ženy ve věku nad 36 let často rozlišovali ženu a muže pouze dle rolí v domácnosti. Převážná většina, přesně 16 respondentů, se neomezovala v popisu slova sexualita pouze na jeden výraz. Přání mít více informací k tématu sexuality uvedlo 14 dotazovaných. V otázce, kde měli respondenti vysvětlovat sexuální zneužívání, se zapojilo 92% dotazovaných. Vymezení sexuální zneužívání se více nebo méně povedlo všem, avšak ani jeden z respondentů nevedl riziko spojené s jinou než cizí osobou. V rámci otázky, která se týkala informací spojených s antikoncepcí se kladně vyjádřilo 15 respondentů, přičemž 10 z nich bylo ve věku do 35 let, tedy narozených po roce 1985. Následující otázka se vztahovala ke slovu masturbace, v tomto případě musel výzkumník uvést různá synonyma, aby byl dotazovanými pochopen. Vyjádřilo se 13 respondentů, 10 z nich bylo ve věkové kategorii do 35 let. Respondenti se v následující otázce zaměřili na osoby, které s nimi sexualitu probírali nebo probírají. Nejčastější osobou byl označen rodič, poté kamarád(ka) a následoval učitel ve škole. Žádný z respondentů nevedl, že by se o sexualitě s nikým nebavil. Respondenti se měli v další otázce vyjádřit ke slovu sex, jejich odpovědi byly jednoduché, podobné a zároveň

zahrnovaly celé věkové rozhraní. V předposlední otázce respondenti označovali slova, se kterými je spojovala osobní zkušenost. Z výběru slov byla nejzajímavější slova masturbace a sex. Zjistilo se, že polovina respondentů jsou, anebo byli sexuálně aktivní, přičemž jako hlavní zdroj sexuální aktivity uváděli masturbaci. Poslední otázka byla zaměřena na zjištění, zda by respondenti měli zájem účastnit se setkání, kde by se dozvěděli informace spojené se sexualitou. V porovnání s otázkou, která jim byla položena v dotazníku dříve, se zvýšil zájem o informace. Nové informace by chtělo získat 19 respondentů.

Z výše uvedených výsledků empirického šetření můžeme zkonstatovat, že hypotézu se podařilo potvrdit v oblasti znalostí antikoncepce a masturbace. Zároveň zjištění, že polovina respondentů je nebo byla sexuálně aktivní, je výzkumníkem pozitivně hodnoceno. Zájem o sexualitu a vzdělávání se v této oblasti je předpokladem toho, že osoby s mentálním postižením, můžou s pomocí jiných osob, po celý život nabývat nových znalostí a kompetencí.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti spojenou se sexualitou osob s mentálním postižením, které žijí v domácím prostředí s rodinou, anebo chráněném bydlení a zároveň navštěvují denní stacionář.

V teoretické části byly vymezeny a popsány kapitoly, které se věnují mentálnímu postižení, sexualitě, postojům společnosti k osobám s mentálním postižením, rodině, pečujícím osobám a sociálním službám.

Praktická část obsahuje samotný výzkum. Dotazníkové šetření se věnovalo zjištění informovanosti v oblasti sexuality. Ověřila se schopnost vnímání vlastní identity a vyjadřování se k pojmům na které byli dotazováni. Bylo zjištěno, která skupina osob je jim nejvíce blízká při rozhovorech o sexualitě. Data byla zjišťována formou asistovaného dotazníku a výsledky byly zpracovány v textu nebo formou grafů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina respondentů má informace v oblasti sexuality minimálně na základní úrovni. V některých otázkách mají osoby ve věku do 35 let tyto znalosti ještě ve větší míře. Polovina dotazovaných přiznala sexuální aktivitu, minimálně na úrovni masturbace a zájem o informace v oblasti sexuality projevila většina respondentů. Cíl této bakalářské práce se podařilo naplnit, analýzou dat a jejich shrnutím však nebyla hypotéza vždy potvrzena.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A OSTATNÍCH ZDROJŮ

Drábek, T. (2013). *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: Publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice.

Fafejta, M. (2016). *Sexualita a sexuální identita*. Praha: Portál.

Franiok, P. (2008). *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Hrušková, H., Matoušek, O., & Landischová, E. (2005). *Sociální práce s lidmi mentálním postižením*. In **Matoušek, O., Kolářková, J., & Kodymová, P.** (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

Kolářová, K. (2012). *Jinakost-postižení-kritika: společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Slon.

Mandzáková, S. (2013). *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál.

Matoušek, O., Kolářková, J., & Kodymová, P. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.

Strnadová, I. (2008). *Rodiny osob s mentálním postižením: Současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence*. Praha: Univerzita Karlova.

Švarcová, I. (2006). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál.

Šterbová, D., & Rašková M. (2016). *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě II: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením – z empirického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Thorová, K., & Hynek, J. (2012). *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem.

Vacínová, M. (1995). *Psychologie a společenská výchova*. Praha: Victoria publishing.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., & Štech, S. (1999). *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova.

Venglářová, M., & Eisner, P. a kol. (2013). *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.

Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. a kol. (2018). *Mentální postižení: 2., přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada.