

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

POSTOJE PEDAGOGŮ ZÁKLADNÍCH A STŘEDNÍCH
ŠKOL K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Bc. Veronika Horáková, Aplikovaná tělesná výchova

Vedoucí práce: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

Olomouc 2017

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Veronika Horáková

Název závěrečné písemné práce: Postoje pedagogů základních a středních škol k sexualitě osob s mentálním postižením

Pracoviště: Katedra společenských věd v kinantropologii

Vedoucí práce: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2017

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá postoji pedagogů k sexualitě mužů a k sexualitě žen s mentálním postižením. Práce popisuje a komparuje postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením, postoje pedagogů středních škol a středních škol s oborem praktická škola k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením a popisuje rozdíly v postojích pedagogů všech škol k sexualitě mužů a k sexualitě žen s mentálním postižením. Výsledky ukazují převážně negativní postoj pedagogů k sexualitě mužů a žen s mentální postižením. Z výsledků vyplývají rozdíly v postojích pedagogů základních škol a středních škol. Z hlediska pohlaví se postoje pedagogů k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením výrazně neliší.

Klíčová slova: Sexualita, mentální postižení, postoj, sexuální výchova, pedagog

Souhlasím s půjčováním závěrečné práce v rámci knihovnických služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Bc. Veronika Horáková

Title of the master thesis: The teacher's attitude towards the sexuality of the people with intellectual disability in the elementary and high school

Department: Department of the social science in kinantropology

Supervisor: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

The year of the presentation: 2017

Abstract: The master thesis deals with teachers' attitudes towards the sexuality of men and women with intellectual disability. The thesis describes and compares the differences of teachers' attitudes towards the sexuality of men and women with intellectual disability between the elementary school and elementary school for children with special needs. Then the thesis describes and compares teachers' attitudes towards the sexuality of men and women with special needs at high school and high school for children with special needs. Finally it describes the differences in all teachers' attitudes towards the sexuality of men and women with intellectual disability. The results show mostly negative teachers' attitudes towards the sexuality of men and women with intellectual disability. From the results the difference between elementary school teachers' and high school teachers' attitudes are appreciable. According to the gender there are no significant differences in teachers' attitudes towards the sexuality of men and sexuality of women with intellectual disability.

Key words: Sexuality, mental disability, attitude, sexual education, teacher

I agree with the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí doc. PhDr. Dany Štěřbové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Daně Štěrbové za její odborné rady a přínosné konzultace. Rovněž bych chtěla poděkovat panu RNDr. Milanu Elfmarkovi za pomoc při statistickém zpracování výsledků. Děkuji i kamarádovi Janu Zapletalovi, který mi poradil při prvotním zpracování výsledků výzkumu. Poslední, neméně důležitý dík patří mé rodině, příteli a blízkým kamarádům, kteří mě při mém studiu a psaní diplomové práce podporovali a dodávali mi kuráž a energii ho zdárně dokončit.

OBSAH

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | ÚVOD..... | 9 |
| 2 | PŘEHLED POZNATKŮ..... | 10 |
| 2.1 | Mentální postižení..... | 10 |
| 2.1.1 | Etiologie mentální retardace..... | 10 |
| 2.1.2 | Klasifikace mentální retardace..... | 11 |
| 2.2 | Sexualita..... | 13 |
| 2.2.1 | Funkce a význam sexuality..... | 14 |
| 2.3 | Sexualita osob s mentálním postižením..... | 15 |
| 2.3.1 | Projevy sexuality u osob s mentálním postižením..... | 18 |
| 2.3.2 | Masturbace..... | 20 |
| 2.3.3 | Homosexualita..... | 21 |
| 2.4 | Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením..... | 23 |
| 2.4.1 | Prevence sexuálního zneužívání u osob s mentálním postižením..... | 25 |
| 2.5 | Plánování rodičovství u osob s mentálním postižením..... | 26 |
| 2.6 | Sexuální asistence pro osoby s postižením..... | 27 |
| 2.7 | Sexuální výchova..... | 30 |
| 2.7.1 | Osobnost pracovníka v oblasti sexuální výchovy..... | 31 |
| 2.7.2 | Sexuální výchova osob s mentálním postižením..... | 33 |
| 2.7.3 | Sexuální výchova v rámcových vzdělávacích programech..... | 34 |
| 2.8 | Postoje..... | 35 |
| 2.8.1 | Definice a funkce postoje..... | 35 |
| 2.8.2 | Postoje k sexualitě osob s mentálním postižením..... | 36 |
| 3 | CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 39 |
| 3.1 | Hlavní cíl..... | 39 |
| 3.2 | Dílčí cíle..... | 39 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.3 | Výzkumné otázky..... | 39 |
| 4 | METODIKA..... | 40 |
| 4.1 | Organizace výzkumu..... | 40 |
| 4.2 | Charakteristika respondentů..... | 40 |
| 4.3 | Nástroj výzkumu..... | 42 |
| 4.4 | Zpracování dat..... | 43 |
| 5 | VÝSLEDKY..... | 45 |
| 5.1 | Postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením..... | 45 |
| 5.1.1 | Postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě žen s mentálním postižením..... | 45 |
| 5.1.2 | Postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě mužů s mentálním postižením..... | 50 |
| 5.2 | Postoje pedagogů středních škol a středních škol praktických k sexualitě mužů a žen s mentálním postižením..... | 55 |
| 5.2.1 | Postoje pedagogů středních škol a středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě žen s mentálním postižením..... | 55 |
| 5.2.2 | Postoje pedagogů středních škol a středních škol s oborem praktická škola k sexualitě mužů s mentálním postižením..... | 60 |
| 5.3 | Postoje pedagogů k sexualitě mužů a žen s mentálním postižením..... | 64 |
| 5.4 | Otázka týkající se sexuální asistence..... | 66 |
| 5.5 | Poznámky pedagogů na konci dotazníku..... | 67 |
| 5.6 | Limity výzkumu..... | 69 |
| 6 | DISKUZE..... | 71 |
| 7 | ZÁVĚRY..... | 73 |
| 8 | SOUHRN..... | 75 |
| 9 | SUMMARY..... | 76 |
| 10 | REFERENČNÍ SEZNAM..... | 77 |

| | | |
|----|---------------|----|
| 11 | PŘÍLOHY | 83 |
|----|---------------|----|

1 ÚVOD

Sexualita je součástí naší osobnosti již od dětství. Rodiče by nás měli naučit základní vědomosti o naší sexualitě – jak budovat vztah k vlastnímu tělu, zkoumat jej, dotýkat se sami sebe, dívat se na něj, určovat a rozeznávat libé a nelibé pocity (Šilerová, 2003).

V návaznosti na vytvoření si vztahu k vlastnímu tělu a stanovení si svých hranic můžeme na základě svých pocitů rozvíjet mezilidské vztahy (včetně vztahů sexuálních) k ostatním lidem. Často dochází k situacím, kdy si člověk nedokáže vytyčit vlastní hranice svého osobního prostoru. Pak snadno dochází k jejich překročení nežádoucí osobou a dotyčný se cítí nepohodlně, nervózně nebo zneužitě.

Na základy sexuální výchovy vytvořené rodiči navazuje sexuální výchova ve škole, která je volně zakomponována a realizována v programu Člověka zdraví. V sexuální výchově dochází k rozvoji povědomí dětí a mládeže o jejich těle, vztahu k sobě samému a ostatním lidem, významu sexu atd. Pedagog by měl vycházet se stávající úrovně znalostí studentů, zvolit správnou terminologii a komunikaci.

U osob s mentálním postižením je sexualita často nerozvíjena a při jejich následně nežádoucích projevech potlačována, odmítána nebo dokonce zakazována. Veřejnost si často nepřipouští, že by osoby s mentálním postižením mohli mít a prožívat sexuální pocity, zamilovat se a s někým chodit nebo dokonce vychovávat děti. Často jsou osoby s mentálním postižením chápány jako „dětí v dospělém těle“ (Kozáková, 2013). Právě pro jejich opožděný mentální vývoj je o to podstatnější jim v oblasti sexuality poskytnout vzdělání. Sexuální výchova osob s mentálním postižením je prostředkem k minimalizaci nevhodných sexuálních projevů na veřejnosti, sexuálního obtěžování nebo sexuálního zneužívání.

Sexualita osob s mentálním postižením je stále tabu kvůli postojovým stereotypům a předsudkům laické veřejnosti, která si tvoří názor na základě svojí neinformovanosti či pochybných zdrojů. S negativními postoji se můžeme setkat i ve školách u pedagogů. Právě na půdě rozvoje výchovy a vzdělání by měli mít lidé otevřený přístup k novým trendům a předávat své hodnoty a postoje žákům. V dnešní době se tak většinou neděje a proto je důležité téma sexuality osob s mentálním postižením postupně odtabuizovat a dostávat do povědomí nejen pedagogům, ale i široké veřejnosti.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Mentální postižení

Mentální postižení (dále MP) je širší pojem, který zastřešuje mentální retardaci spojenou s pásmem kognitivně – sociálního znevýhodnění, které klientovi brání například při vzdělání v běžném typu školy. Mentální retardaci definujeme podle Valenty, Michalíka, Lečbycha a kol. (2012, 31) jako „vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a časně postnatální etiologií.“ Světová zdravotnické organizace (WHO) uvádí, že mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujících se během vývojového období, postihujících všechny složky inteligence: poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Mentální retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Valenta a Müller (2003, 14) definují mentální retardaci jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“

2.1.1 Etiologie mentální retardace

Příčiny mentální retardace (dále MR) se v odborné literatuře dělí na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Vnitřní faktory jsou zakódovány v systému buněk, ve kterých vzniká nový jedinec, tedy základem je dědičnost. Vnější činitele působí od početí, v průběhu těhotenství, porodu, i v poporodním období a během raného dětství. Exogenní faktory mohou a nemusí být příčinou MR, ale mohou být jejím spouštěčem (Švarcová – Slabinová, 2011). Podle časového hlediska se rozlišují faktory prenatální, perinatální a postnatální.

1) Prenatální faktory

Do těchto faktorů vyskytujících se před porodem dítěte řadíme dědičné (hereditární) vlivy, nemoci zděděné po předcích (metabolické poruchy) či nedostatek vloh k určité činnosti. Převažujícím faktorem (všeobecně pro vznik MR) jsou dědičné příčiny. Vlivem faktorů jako je záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy apod. dochází k mutaci genů či změně počtu chromozomů (Downův syndrom). Dalším významným vlivem jsou vlivy environmentální, které v těhotenství působí na tělo matky, včetně onemocnění během těhotenství.

Mezi nejzávažnější patří zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, otrava olovem, přímá intoxikace embrya, ozáření dělohy nebo alkoholismus matky. Objevují se názory, že i silná prenatální deprivace (nechtěné dítě) se může projevit na duševním vývoji ještě nenarozeného dítěte. Čím dříve k patologii dojde, tím výraznější jsou následky na zdraví dítěte (Valenta & Müller, 2003).

2) Perinatální faktory

Tyto faktory ovlivňují mentální stav dítěte během porodu nebo krátký čas po něm. Mezi ně patří poškození nezvyklou zátěží při porodu, nedostatek kyslíku, nedonošenost, nízká porodní váha nebo těžká novorozenecká žloutenka (Valenta a kol., 2012).

3) Postnatální faktory

Po narození může způsobit MR více vlivů, např. zánět způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida), mozkové léze při nádorových onemocnění, krvácení do mozku a v pozdějším věku onemocnění jako Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc, alkoholová demence apod. (Valenta & Müller, 2003). Dalším postnatálním vlivem mohou být sociální faktory, jako je deprivace (dlouhodobé nenasycení primárních potřeb). Snížení intelektových schopností může způsobit i deprivace senzorická, citová nebo sociokulturní, kdy děti vyrůstají v nepřátelském, nepodnětném rodinném prostředí nebo institucionální péči (Valenta a kol., 2012). Snížení intelektu následkem postnatálních faktorů po 2. roce života se nazývá demence.

2.1.2 Klasifikace mentální retardace

Stupeň MR se posuzuje na základě výše inteligence a posouzení stupně adaptability. Světová zdravotnická organizace řadí mentální retardaci do 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, mezinárodní označení ICD-10). Stupně MR podle MKN-10 (Valenta a kol., 2012, Müller & Valenta, 2003) dělíme na:

F70 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

Do této kategorie spadá 80-85% osob s MR (Švarcová – Slabinová, 2011). Projevují se opožděným řečovým vývojem, který se více projevuje až nástupem do školy. U většiny osob s lehkou mentální retardací se mentální věk pohybuje v rozmezí 10-11 let, jsou ve většině případů nezávislí na obsluze a jsou schopni vykonávat jednoduché práce. Nemají větší problémy se pohybovat v nenáročném sociálním prostředí.

F71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

Je klasifikována u 10% osob s MR. Osoba se středně těžkou MR má výrazně opožděné myšlení a řeč (velmi jednoduchá a obsahově chudá, často zůstává na nonverbální úrovni), stejně jako schopnost samoobsluhy. Mentální věk u klientů na této úrovni MR je v pásmu 4-8 let, a proto potřebují chráněné bydlení a zaměstnání po celý svůj život. Retardace je často kombinovaná s epilepsií, neurologickými nebo tělesnými a dalšími poruchami.

F72 Těžká mentální retardace (IQ 20-35)

Tato kategorie zahrnuje 5% osob s MR. Pro osoby s těžkou MR je příznačné výrazné opoždění psychomotorického vývoje viditelné už v předškolním věku. Mentální věk u jedinců s těžkou MR se pohybuje od 18. měsíce do 3,5 roku, nejsou schopni sebeobsluhy a jejich potrava musí být speciálně upravena. Vývoj řeči stagnuje na jednotlivá slova. Dochází k časté kombinaci s motorickými poruchami a příznaky poškození centrální nervové soustavy. Častými projevy jsou poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, her s fekáliemi, sebepoškozování či agrese.

F73 Hluboká mentální retardace (IQ pod 19)

Skupina klientů s hlubokou MR tvoří cca 1% populace s MR. Jejich mentální věk nedosahuje 18-ti měsíců a IQ lze obtížně změřit. Je nutné zařídit trvalou péči i v nezákladnějších životních potřebách. Komunikační schopnosti jsou na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí.

F78 Jiná mentální retardace

Do této kategorie spadají jedinci, u kterých je stanovení stupně MR pomocí obvyklých metod nemožné díky přidruženým sensorickým nebo somatickým poškozením (nevidomí, neslyšící, jedinci s těžkou poruchou chování, s poruchou autistického spektra).

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

V této kategorii jsou jedinci, kterým byla MR prokázána, ale není dostatek informací pro zařazení do výše uvedených stupňů MR (Švarcová – Slabinová, 2011).

Ve shodě s Valentou a kol. (2012) budu dále používat označení *mentální postižení* vzhledem k jeho modernějšímu a širšímu pojetí zastřešující mentální retardaci.

2.2 Sexualita

Termín sexualita je odvozen od pojmu sex, které vychází z latinského „sexus“, což znamená pohlaví. V hovorovém jazyce se slovo „sex“ používá jako synonymum erotiky nebo jako napodobení amerického použití „to have sex“ (mít pohlavní styk) (Kniha, 2014). Kniha (2014, 19) charakterizuje sexualitu jako „prvek lidské biologie, který primárně reprezentuje reprodukční účely a sekundárně je možné na ni taky pohlížet jako na zdroj fyzicky příjemných pocitů.“

Podle Štěrbové a Raškové (2014) je sexualita soubor vlastností a jevů, které vyplývají z pohlavních rozdílů. K sexualitě patří:

- Anatomické, hormonální a reprodukční rozdíly mezi muži a ženami
- Dispozice k určitému chování a cítění, které vyplývají z fyzických a psychických rozdílů mezi mužským a ženským pohlavím, včetně reprodukčních aktivit
- Sexuální chování, i když nezahrnuje pohlavní aktivitu
- Genderově rozdílné role

Mezi laickou veřejností je pojem sexualita chápána jako aktivity týkající se genitální a orgasmické činnosti. Projevem sexuality jsou zejména takové jevy, které souvisí s rozmnožováním, genitální slastí a erotikou, pocitem blízkosti, sebeuspokojováním, erotickou láskou a přitažlivostí. I odborné obory jako medicína a psychologie se zaměřují na aspekty lidského sexuálního a reprodukčního chování, které jsou přece jen společensky nejzávažnějšími projevy sexuality (Štěrbová & Rašková, 2014). Některé aspekty sexuálního vývoje jsou geneticky naprogramované (sexuální reflexy a pudy), podstatnou část sexuálního chování ovšem získáváme učením, proto záleží v jaké rodině nebo společnosti jedinec vyrůstá. Lidskou sexualitu ovlivní nejbližší okolí jedince, především jeho rodina, která zastává permissivní (přijímá ji) nebo represivní (omezuje, potlačuje ji) postoj k sexualitě (Thorová & Jůn, 2012). Sexualita z širšího hlediska obsahuje více společenských aspektů. Významným z nich jsou genderově podmíněné psychofyziologické rozdíly, (např.: verbální schopnost, schopnost abstrakce či prostorová představivost), sociální kompetence, empatie a jejich uplatňování ve společnosti. LeValey a Valente (2002) uvádí, že ženy jsou schopny si zapamatovat více pojmů či objektů z paměti, jsou empatičtější a často ovládají verbální dovednosti lépe než muži.

U mužů bývá naopak vyšší morální citění, sebeúcta a schopnost řešení problémů. Některé vlastnosti jsou pohlavně rozdílné na základě biologických predispozic, avšak většina z nich je společenským prostředím posilována či oslabována (kluci nepláčou, nebo k holkám patří růžová kdežto ke klukům modrá barva).

Sexualitou v užším slova smyslu se zabývá obor lékařská sexuologie. Zaobírá se poznáním zdravé sexuality, patologickými sexuálními jevy, diagnostikou a léčbou těchto jevů. V medicínské sexuologii se uplatňují i odborníci z dalších oborů jako je psychologie a sociologie (Štěrbová, Rašková a kol., 2014).

2.2.1 Funkce a význam sexuality

Sexualita má mnoho funkcí, které jsou pro spokojený a vyrovnaný život jedince velmi důležité. Proto je přikládán velký význam jejímu správnému formování již od dětství. Pondělíčková – Mašlová (1990) rozděluje a popisuje funkce sexuality následovně:

- Reprodukční - jedná se o základní funkci sexuality, která zajišťuje reprodukci.
- Slasti - tato funkce je dnes hlavní funkcí sexuality a spočívá v tom, že při sexuálním dráždění a sexuálním uspokojování jsou prožívány pocity štěstí a slasti.
- Oblažující - tato funkce vyplývá z toho, že sexualita je tvořena hlavně partnerským vztahem a zpravidla se realizuje v rámci dlouhodobého milostného vztahu. Význam této funkce spočívá v touze uspokojit partnera, umožnit mu prožívat pocity štěstí a tyhle pocity s ním sdílet.
- Komunikační - pevný milostný a sexuální vztah tvoří a prohlubuje důvěru, porozumění a spolupráci s partnerem. Sexuální styk, který se v tomto partnerském vztahu uskutečňuje, je nejintimnější formou komunikace.
- Redukování napětí - sexuální aktivita a vzrušení s ní spojené tlumí psychické napětí, které může být často vyvoláno odlišnými vlivy, např. neúspěchem, stresem v zaměstnání, obavami apod.

S tímto členěním funkcí sexuality částečně koresponduje i dělení dle Venglářové a Eisnera (2013):

- Potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem,
- prožitek silného citu, sounáležitosti a opory,
- spokojenost, pocit potřebnosti pro jiné,
- sex, sexuální uspokojení,

- rodičovství, a tím i potřeba pokračování rodu.

Mandzáková (2013) rozlišuje tři roviny, ve kterých sexualita na člověka působí. První rovinou je rovina *biologická - sexus*, která ovlivňuje pohlavnost jedince, jeho pudy a vztahy. Druhou rovinu nazývá jako *duševní - eros*, která se týká psychických projevů, tedy citů, představ nebo zamilovanosti. Třetí rovina je *duchovní - agapé*, kterou jsou ovlivňovány hlavně mravní postoje, rozumové poznání a láska.

Sexualita jako taková je jednou z primárních potřeb lidí, stejně jako např. potřeba spánku, příjmu potravy či vylučování a stejně jako tyto potřeby má vliv na zdraví jedince. Sexuálními aktivitami je stimulován systém žláz s vnitřní sekrecí, srdečně cévní systém a její realizací je navozováno psychické uvolnění. Pravidelnost pohlavního styku též vede k podpoře vylučování hormonů, čímž je pozitivně ovlivněno právě zdraví, např. endorfiny, které jsou při sexu uvolňovány, vyvolávají stav spokojenosti. Známý jsou také pozitivní důsledky na imunitní systém člověka. Civilizovaný život s sebou v současnosti nese mnoho stresu, který v napjatých situacích způsobuje zvýšení krevního tlaku, svalového napětí a zrychlení srdeční činnosti, čímž je imunitní systém oslabován a mohou vznikat i vážnější onemocnění. Právě pohlavní styk vede k uvolnění, které nemalou měrou pomáhá imunitnímu systému k zotavení. Pravidelný aktivní sexuální život má pozitivní dopad také na mentální zdraví jedince, tedy především na úzkost, deprese či agresivitu (Vrublová, 2005).

2.3 Sexualita osob s mentálním postižením

Osoby s MP mají právo na sexuální vzdělání, poskytování péče týkající se sexuality a na dostatek příležitostí zapojit se do běžného života stejně jako intaktní populace. Ve většině případů není osobám s MP umožněno jejich sexualitu prožívat, jak by si přáli a tím uspokojovat svoje primární potřeby jako ostatním lidem. Štěrbová (2007) uvádí, že je potřeba respektovat práva osob s MP, především právo na sebeurčení zahrnující vztahy, sexuální prožívání a plánování rodiny. Sexualita osob s MP je protkána mnoha negativními postoji, předsudky a diskriminací veřejnosti (Mandzáková, 2013). Situace týkající se sexuality osob s MP je složitá například v tom, že málokterí dosáhnou takového stádia mentálního vývoje, aby byli schopni žít partnerský a sexuální život v samostatnosti bez rodičů nebo pracovníků sociálních služeb. Často jejich mentální věk nedosahuje věku puberty, a proto má jejich sexuální chování podobu hlazení, tulení, mazlení, pusinkování či pouhý pocit blízkosti a nemají tedy potřebu uspokojení pomocí masturbace či pohlavního styku. Mnoho osob s těžším MP se nachází

v tzv. *pregenitalitě*, což je podoba sexuality, kdy k uspokojení svých sexuálních potřeb ani pohlavní styk nepotřebuje. Je mylné předpokládat, že osoby s MP nemají potřebu vytvořit si svůj sexuální život. Jejich sexualita může být nedokonale vytvořená nebo opožděná. Člověk s těžším MP si se svou sexualitou často neví rady a nemá potřebné dovednosti a informace, jak ji uspokojit.

Již od raného dětství je sexualita důležitou složkou vývoje dítěte ve fyzické a emocionální rovině, ve vztahu k rodičům, sourozencům, vrstevníkům. Důležité je u dítěte vybudovat samostatnost a úctu k sobě a svému tělu. Pro pochopení sexuality osob s MP je důležité znát stadia psychosexuálního vývoje v porovnání s osobami bez postižení (Tabulka 1).

Tabulka 1. Fáze psychosexuálního vývoje a jeho projevy

| Fáze psychosexuálního vývoje | Projevy osob bez MP | Projevy osob s MP |
|------------------------------|--|---|
| Orální | V prvních šesti měsících života je novorozenec bezmocný a kojenec plně závislý na uspokojování potřeb jinými. Tělesná rozkoš, která přispívá k uspokojení jeho potřeb, vzniká při tělesném kontaktu, při kojení, cumlání, hlazení apod. Základním orgánem rozkoše jsou pro kojence ústa (proto Freudem označeno jako orální fáze). | Děti s MP se soustředí na určité tělesné zóny, které jsou typické pro toto období u dětí bez postižení v kojeneckém věku – cumlání, vkládání předmětů do úst, slintání, stejně jako první stimulační dotyky pohlavních orgánů. Tyto určité stereotypy neoddelitelně patří k danému vývojovému stupni. |
| Anální | Ve 2. a 3. roce života dítě získává tělesnou nezávislost a začíná psychicky vnímat své tělo – začíná rozlišovat mezi chlapcem a děvčetem. Při dotyku genitálií pociťuje určité příjemné emocionální napětí, které je možné porovnat s cumláním palce nebo dudlíku. Je to období, kdy se dítě zajímá o fekálie, hraje si v písku, s blátem, barvami, hlinou apod. | Děti s MP v tomto období potřebují jistotu a akceptování svého jednání ze strany okolí. Objevují své tělo, různé materiály, jsou zvědavé, někdy tvrdohlavé nebo trucovité. Potřebují hodně pohybu a impulzů, i když se každodenní praxe těžko zvládá. |
| Oidipální | Tato fáze (stejně jako následující) úzce souvisí s hledáním pohlavní identity a s konfrontací muž-žena. U dětí bez postižení probíhá zpravidla mezi 4. a 6. rokem s koncentrací na | Člověk s MP na tomto vývojovém stupni ztrácí jednostrannou „závislost“ na osobě, která je mu nejbližší – chce se osamostatnit. Často se to projevuje tím, že se dožaduje nebo vyhledává kontakt |

| | | |
|----------|--|---|
| | pohlavní orgány (typické hry „na doktora“). Dochází k získání sebevědomí jako zástupce vlastního pohlaví. | s druhými (hlazení, dotýkání se, koketování apod.) – okolí reaguje okamžitým zákazem (to nesmíš, nebo to musíš). |
| Latentní | Psychosexuální vývoj se v této fázi projevuje zvědavostí a přáním po smyslovém uspokojení. Toto období je obdobím pro vznik přátelství a vztahů, touha po odpoutání se od rodičů je ještě větší. Děti své zájmy převádějí do řeči – vulgární označení pohlavních orgánů, kresby nebo gesta patří mezi nejtypičtější projevy. | Lidé s MP potřebují realisticko – kognitivní vysvětlení, jsou ve stádiu pokročilého odpoutání od rodičů, vyžadují bezpodmínečné zachování intimní sféry. Chtějí sami převzít rozhodování o hranicích toho, co chtějí vědět a co chtějí prožít. Bývají často vystaveni násilí a šikanování ze strany vrstevníků bez postižení. |

(Mandzáková, 2013, 60-61)

Významnou vývojovou fází v životě každého jedince je puberta. Puberta je životní etapa, která je na jedné straně ohraničena začátkem pohlavního zrání a na straně druhé dovršením reprodukční schopnosti (plná pohlavní zralost). V období dospívání se mění nejen biologické aspekty, ale v těle probíhají i psychické změny (utváření si vlastní identity, uvědomění si vlastní osobnosti) a s nimi paralelně sociální změny (Štěrbová, Rašková a kol., 2014). Lze předpokládat, že mladí lidé s MP procházejí stejným tělesným i psychickým vývojem jako ostatní mladí v jejich věku bez postižení. Nevýhodou pro ně jsou postoje učitelů a izolace v sociálních zařízeních nebo doma. Tím klesá jejich šance na seberealizaci v sociálním prostředí mezi vrstevníky a omezuje je v plnohodnotném rozvoji (Mandzáková, 2013).

Ve věku puberty může docházet u osob s MP k rozporu mezi sexualitou, věkem a inteligencí. U osob s MP probíhá biologicko-sexuální zrání v závislosti na věku stejně jako u zdravých jedinců. Lidé s MP vlivem svého sníženého intelektu mohou hůře chápat a emocionálně zpracovávat, co se v jejich těle děje, a proto nemusí platit, že jejich intelekt je v souladu s fyzickou zralostí. Můžeme zaznamenat celkové rozdíly ve vyspělosti mezi mladými s MP a bez MP v: biologické, sociální, emocionální zralosti, příležitostech ke vzdělání, zpracování životních zkušeností pomocí intelektu, množství příležitostí učit se a zvládat reálný život. K tomuto faktu je potřeba přihlížet ve výuce sexuální výchovy a srozumitelně vysvětlit osobám s MP, jak se jejich tělo bude v pubertě měnit.

Mnoho dospívajících s postižením řeší otázku: Kdo jsem? Začínají si uvědomovat, že jsou, ve srovnání se spolužáky jiní a tuto jinakost se snaží pochopit nebo se na vysvětlení ptají rodičů. Srovnávají se se svými vrstevníky, chtějí v nich mít rovnocenné kamarády, chtějí

chodit na rande s někým bez postižení. Osamělost, nuda, sociální izolace, mohou vést k zoufalství či depresi. Pokud např. integrovaní žáci nenajdou ve škole kamarády, mohou se o zviditelnění před partou kamarádů a získání obdivu ucházet nepřiměřenými kousky (krádeže, lhaní atd.) Podtextem je snaha o to nebýt na okraji společnosti a zapůsobit na vrstevníky kolem sebe. To však může vyústit až v porušování zákona či vyloučení ze školy. V pubertě je důležité přijmout vlastní tělo, ve smyslu přijetí svého vzhledu. Grogan (2000) uvádí, že právě v pubertě rostou nároky na vzhled svého zevnějšku, což u osob s MP může představovat zvýšenou zátěž, protože vzhled je častou podmínkou pro přijetí do kolektivu. Spoustu mladých vede vnitřní boj v tom, jestli budou přijati vrstevníky do sociálního společenství. U dospívajících s MP je méně pravděpodobné, že získají vědomosti o moderní hudbě, módě atd. Odmítnutí přátelství je následkem více odlišností od mladých bez MP. Touha po přijetí může vést až k nedobrovolné sexuální poddajnosti vedoucí k přijetí nebo pochválení (Mandzánková, 2013).

Mezi aspekty ovlivňující zdravý psychosexuální vývoj beze sporu patří kladný vztah rodiny k dítěti. Rodiče mohou zaujmout odmítavý postoj k dítěti, odepírat mu tělesný kontakt v orální fázi a to pak vede ke zpomalení vývoje a citovému strádání dítěte. Podle Šelnera (1999) je pro zdravý psychosociální vývoj důležité si vybudovat pozitivní vztah ke svému tělu, naučit se dotýkat a získávat zkušenosti v tom, co je příjemné. Už v dětském věku by se děti měly naučit poznávat části svého těla a bez studu a pocitu viny se ho v soukromí dotýkat. Pro odtabuizování tématu sexuality u osob s MP a změně v přístupu bychom v prvním kroku měli normalizovat sexualitu u osob s MP, plně ji akceptovat a poskytovat osobám s MP služby, které jim jejich sexualitu pomohou bezpečně vyjádřit. Dalším krokem je přijímat individuální formy sexuality jedinců s MP. Mnohdy musí personál změnit svoje osobní postoje, aby se mohl život klientů normalizovat. Zásadním bodem je otevřená komunikace s osobami s MP o sexualitě (Thorová & Jůn, 2012).

2.3.1 Projevy sexuality u osob s mentálním postižením

Svobodný projev sexuality je jeden z primárních potřeb člověka včetně osob s MP. Osoby s MP mají ve většině situací stejné projevy sexuality jako ostatní lidé. Při nedostatečné sexuální výchově a vědomí hranic projevů své sexuality se mohou u osob s MP vyskytovat odchylky v sexualitě. Pokud nedochází k uspokojování sexuality vhodným způsobem, může se projevovat nevhodným sociálním chováním. Nevhodné sociální chování může mít například formu dotěrných sexuálně zaměřených otázek, obnažování se na veřejnosti, sexuálního obtěžování. SOTSEC-ID (2010) konstatuje, že osoby, které se zúčastnili sexuálního

obtěžování, v dětství žily pouze s jedním biologickým rodičem, prošly dvě nebo více změn ve vztahu jejich rodičů nebo jeden nebo více rodičů jim zemřelo. Následkem traumat z dětství a při nedostatečné edukaci si osoby s MP si často neví rady, jak mají se svou nahromaděnou sexuální energií adekvátně naložit, interpretují si ji po svém a mohou ji prožívat jako napětí. Pak jejich projevy sexuality mohou být neurotickým nebo jiným nepřiměřeným sociálním chováním (bouchání hlavou do stěny, kousání vlastních rukou). Dále se mohou vyskytovat rychlé změny nálad, deprese, trucovitost, tiky, grimasy, slintání, fetiše, např. obdivování silonových punčoch (Mandzáková, 2013). S tímto názorem korespondují Povilaitienė a Radzevičienė (2010) a dodávají, že osoby s lehkým MP jsou příliš důvěřivé vůči ostatním a při komunikaci často nepozorné.

K tlumení nahromaděné sexuální energie se v mnoha případech stále upřednostňuje podávání medikamentů, které však neumožňují uvolnění sexuální energie a uspokojení sexuálních potřeb. Osoby s MP často užívají tlumící léky, které nepotřebují, ve velkém množství. Pracovníci v sociálním zařízení jim je mnohdy podávají kvůli obavám, že nezvládnou sexuální chování klienta. Tento fakt je však porušování etiky (Lenoráková, Matznerová & Velemínský, 2002).

Podle Novosada (2000) je zvládnutí masturbační techniky u osob s MP jediným východiskem z permanentní sexuální frustrace. Avšak vytvoření podmínek pro masturbaci a její zvládnutí neznamena dostatečnou náhradu kvalitního sexuálního života. Helleman, Roeyers, Leplae, Dewaele a Deboute (2010) uvádí, že většina osob s MP v domovech se sociální službou masturbují se stejnou frekvencí jako normální populace. Mnoho jich však neví, že to, co dělají, je masturbace. Je důležité osobám s MP vysvětlit, co to masturbace je a na jakém místě se provádí.

Kognitivní výbava jedince s MP zásadně determinuje charakter jeho sexuálního chování. Snížené mentální schopnosti se podílejí na utváření osobnosti, která je pro sexualitu základem. Avšak vlivy z vnějšího prostředí mohou projevy sexuálního chování značně měnit. Jeden z hlavních determinant projevů sexuality je pohlaví. V odborné literatuře se zmiňuje o rozdílech mezi sexuálním chováním mužů a žen. To je ovlivněno biologickými faktory, rodičovskou výchovou, postoji společnosti k mužům a ženám i faktory ekonomickými. Sexuální chování ženy více závisí na kvalitě partnera i celého vztahu, oproti tomu muži mají sklony ke střídání partnerek a k odosobněnému sexuálnímu vztahu (Raboch, 1988). Naproti výše zmíněnému uvádí Weiss a Zvěřina (2001), že existuje málo důkazů o tom, že by rozdíly v sexuální aktivitě mezi pohlavími byly podmíněny biologicky. Podle autorů u žen spíše přetrvává sociální norma, že sex se pojí s citovým vztahem a také domněnka o tom, že sex je

nevhodný k pouhému fyziologickému uspokojení potřeby. Tento fakt může být v rozporu u žen s těžším MP, které mají jinak nastavené rozumové zábrany a ty jim například nebrání svobodnému projevu sexuality bez předsudků, předchozího poučení nebo souladu s morálním nastavením dané společnosti. S tím souvisí i častokrát nevhodný výběr místa k sexuální aktivitě, například dotýkání se intimních míst před lidmi, vystavování pohlavních orgánů na veřejnosti apod.

Dalším významným indikátorem projevů sexuality je stupeň MP. Mandzáková (2011) uvádí, že v domovech se sociální službou u klientů se středně těžkým MP se vyskytlo významně více projevů sexuality než u klientů s těžkým MP. Klienti s těžkým MP projevovali svoji sexualitu pregenitálně zatímco u klientů se středně těžkým MP byly zastoupeny i činnosti pohlavního charakteru. Masturbace se vyskytovala více u klientů s těžkým MP. Ke stejným závěrům došel i Kvasnička (1986). U klientů s těžkým MP dochází k častějšímu obnažování se na veřejnosti, patrně v důsledku absence rozumových zábran. Dalším indikátorem projevů sexuality může být koedukovanost zařízení. Podle výzkumu McGillivaryho (1999), 82% žen se středně těžkým MP žijících v koedukovaném zařízení prožilo pohlavní styk, kdežto v zařízením nekoedukovaným pohlavní styk měly pouze 4% žen. Podle výzkumu Mandzákové (2011) se u klientů s MP v nekoedukovaném zařízení vyskytlo signifikantně více sexuálních projevů než v zařízení koedukovaném.

Na projevech sexuality osob s MP se významně podílí výchova a vzdělání v oblasti sexuality. Informovanost o otázkách práv a povinností osob s MP vzhledem k chování se sexuálním obsahem (co mohu, co ne, jak říct ne, usměrňování sexuálních projevů) je ze strany kvalifikovaných osob velmi důležitá a ve výchově osob s MP prakticky zásadní. Snížený intelekt je častou příčinou pro napodobování často nepřiměřeného chování druhých osobami s MP. Důležité je naučit je rozeznávat veřejná a soukromá místa, vysvětlit jim pojmy srozumitelně a ve správném kontextu, aby je pochopili (Mandzáková, 2013).

2.3.2 Masturbace

Termínem masturbace označujeme jakoukoliv manuální stimulaci svých genitálií, včetně partnerových. Stimulace probíhá pomocí rukou. Masturbaci můžeme také označit jako autoerotické chování (LeVay & Valente, 2002).

Pro osoby s MP je specifické, že si s vlastní sexualitou neví moc rady, nedostává se jim příležitost ji uspokojovat a často ani neví, jak ji vlastně uspokojovat. Proto tato potřeba může

být uspokojována autostimulací (masturbací). Jedinec se dokáže vzrušit erotickými představami, dochází k němu k pohlavnímu vzrušení a následnému k uspokojení (orgasmu) tím, že dráždí své pohlavní orgány. V psychosociálním vývoji je masturbace projevem nezralosti v sexualitě, měla by se být výrazně omezena nebo vymizet nástupem heterosexuálního pohlavního života. V případě osoby s MP může dojít ke zpomalení psychosociálního vývoje, a proto jedinec upřednostní sebeuspokojení před heterosexuálním stykem. V minulosti se masturbace řadila mezi parafilie avšak v současné době se postoje k masturbaci mění a liberalizují a je uznávána jako plnohodnotná sexuální aktivita. Není tomu tak úplně, existují názory, které vyjadřují negativní hodnocení masturbace a mají tak negativní vliv na mládež i na dospělé (Kožnar, 1990). V současné době je zřejmé, že masturbace může osobám s MP pomáhat v rozvoji fantazie, v eliminaci pocitů úzkosti a napětí a hlavně v důležitém sebepoznávání. Osobám s MP, které z řady důvodů opravdu jinou možnost sexuálního vyžití nemají, není nutné odepírat aktivitu, která je snadno dostupná a nikoho neohrožuje (Mandzáková, 2013).

Posouzení, co je vhodné a nevhodné sexuální chování záleží na dané společnosti, ve které osoby s MP žijí, na jejich normách a vzorech, které reprezentují korektnost chování. Podle Štěrbové (2009) je důležité při hodnocení (ne)vhodnosti sexuální aktivity přihlížet k faktorům jako je možnost vlastního soukromí, absolvování sexuální výchovy v zařízeních, nahromaděná sexuální energie, situace, ve které dané nežádoucí chování probíhá. Osoby s MP musí být poučeni, jaké místo je pro masturbaci vhodné a jaké nikoli. Podle Mitelmana (in Mandzáková, 2013) „lidé s mentálním postižením, kteří jsou poučeni o tom, že masturbace na veřejnosti není správná, masturbují ve svých ložnicích.“

2.3.3 Homosexualita

„Homosexualita je variace sexuální preference, kdy jedinec pro svoje sexuální vzrušení a uspokojení preferuje stejné pohlaví.“ (Šrámková, 2015, 169). Zvěřina (2003) upřesňuje, že je třeba rozlišovat mezi homosexualitou a sexuálním chováním, protože ne každé homosexuální chování je motivováno homosexuální orientací. Podle Krčmářové (2014) homosexuálně orientovaný člověk sám sebe za homosexuála označuje, je sexuálně přitahován a přitahuje homosexuály.

V souvislosti s homosexualitou se setkáváme s pojmem *homofobie*, který spíše než patologický strach z homosexuality, zahrnuje netolerantní postoje, které se svým chováním blíží k rasizmu (Weiss a kol., 2010). V posledních desetiletích dochází k přesunu

k liberálnějším postojům k homosexualitě a homosexuálům. Tato změna se odrazila ve změně zákonů, i v medicíně a je způsobena větší informovaností veřejnosti a s tím související vyšší tolerancí k homosexualitě.

Dříve byla homosexualita zařazena v MKN-10 jako parafilie. V roce 1992 však byla ze seznamu natrvalo vyřazena. Z výzkumu Weisse a Zvěřiny (2001) je patrné, že lidé stále nejčastěji pojmají homosexualitu jako nemoc. Homosexuální orientace se projevuje u mužů i u žen. Lidé s homosexuální orientací mohou mít ztíženou situaci v souvislosti s akceptováním své orientace hlavně v období dětství a dospívání, kdy si začnou uvědomovat, že jsou součástí této menšiny. Náročným obdobím pro ně může být tzv. coming out, kdy sami sebe přijímají, takové jací jsou a dávají možnost i ostatním, aby jejich orientaci respektovali. Coming out je chápán jako sdělení své menšinové orientace okolí, oznámení, přiznání se. Důležité je kolem sebe mít podporující atmosféru rodiny, školy a blízkých přátel (Fifková et al., 2009).

Ve výchově v rodině i v sexuální výchově je důležité o homosexualitě mluvit. Pomůckou v domácí ale i školní sexuální výchově může být moderní nizozemská pohádka Princ a princ, která pojednává o homosexuálním páru mužů. Výzkum Štěrbové a Raškové (2014) ukazuje nejednotnost názorů studentů 1. ročníku Učitelství pro základní školy a Učitelství pro mateřské školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci k této pohádce. Níže jsou uvedeny vybrané anonymní citace studentů, které homosexualitu respektují nebo naopak odsuzují a často je v odpovědích patrný rozpor mezi normami společnosti a názorech a postojích pedagogů.

„Pohádka má překvapivý konec, který je podle mě pro děti nevhodný. Děti by si díky pohádkám tohoto typu mohly myslet, že když si princ vezme prince, tak je to úplně normální a mně to normální tedy nepřijde...Svým dětem bych určitě takovou pohádku nepředčítala.“

„Já osobně bych takovou pohádku svým dětem nečetla, nemyslím si, že je to zcela normální.... Děti bych s touto problematikou seznámila, řekla jim, že tito lidé nejsou špatní, ale rozhodně bych byla zastáncem partnerství muž – žena.“

„Mně se líbí, že toto téma bylo promítnuto do dětské pohádky. Z dětí by se neměla vychovávat další homofobní generace. Naopak, děti by se měly naučit, že pokud jsou takto dva lidi spolu šťastnější, tak by jim to mělo být přáno.“

„Myslím si, že téma by se mělo neschovávat do skříně a pohádka je pěkná a přiměřená. Z vlastní zkušenosti vím, že děti na táboře neřešily, že si pro slečnu z mého oddílu přijely dvě maminky,

tak proč ne dva králové. Jediný problém bude u rodičů, to budou asi řešit i za své děti.“
Poznámka autorky citace: „Můj nejlepší kamarád je gay a určitě by nadšeně tleskal!“

Z výše uvedených řádků plyne, že každý může mít na problematiku homosexuality svůj vlastní názor. U pedagogů je podstatné, aby k homosexualitě nezaujímal negativní postoj a dokázali dětem problematiku homosexuality správně vysvětlit (Štěrbová & Rašková, 2014).

Homosexualita nebo homosexuální chování se může vyskytovat i u mladistvých osob s MP. V domovech sociálních služeb mohou vznikat situace, kdy starší a silnější muž (s MP nebo bez MP) chce přimět mladšího chlapce k homosexuálnímu styku. V nekoedukovaném zařízení se spíše vyskytují trvalejší homosexuální vztahy i tzv. pseudo-homosexualita, která vzniká na základě absence opačného pohlaví. Případů homosexuality ubývá v případě, že je poskytnut osobám s MP způsob života, který se blíží normálnímu (kontakt s opačným pohlavím). Naopak absence homosexuálů mezi mladými lidmi s MP může být dána tím, jak jsou celkově socializováni. Jak uvádí Mandzáková (2013): „Tyto osoby si budou zřejmě ještě hůře nacházet možnosti a příležitosti pro zkoumání své „nenormativní“ sexuální orientace. Pro společnost je mentální postižení už samo o sobě dostatečná odchylka od normálu.“ Autorka také uvádí, že někteří zdravotníci a zaměstnanci sdělují, že viděli kontakt mezi dvěma klienty s MP, ale vykládají si to jako přátelský projev nebo sexuální experimentování.

2.4 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením

Za sexuální zneužívání je považována jakákoliv aktivita sexuální povahy, která je vykonávána bez souhlasu druhé osoby. Sexuální zneužívání a jeho přizpůsobení se mu u dětí je definováno jako syndrom CSA (Child Sexual Abuse). Syndrom CSA je vyjadřován jako soubor nepříznivých příznaků v různých oblastech vývoje a stavu dítěte a jeho postavení ve společnosti, v rodině nebo v jiném zařízení, kde žije. Příznaky syndromu CSA jsou převážně důsledkem cíleného a úmyslného ubližování dítěti působeného nejčastěji jeho nejbližšími, a to vychovateli nebo rodiči. Nejvyhraněnějším stupněm syndromu CSA je smrt dítěte. Syndrom je velmi různorodý, co do příčin, charakteru, závažnosti a dopadu na kvalitu života dítěte i jeho okolí. Rozlišujeme:

- Tělesné týrání dítěte aktivní povahy – zahrnuje všechny akty násilí na dítěti (včetně záměrného opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění nebo smrt)

- Tělesné týrání pasivního charakteru – nedostatečné uspokojení primárních potřeb dítěte, může vyústit v poruchu neorganického charakteru (nedostatečná výživa-podváha-porucha nebo zástava růstu), nedostatečná zdravotní péče (vědomě i nevědomě)
- Neumožnění nebo omezování ve vzdělání a výchově, v přístřeší, ošacení a ochrany
- Psychické týrání – aktivní složka (nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování), nedostatečné vyjadřování lásky, zájmu, péče.

Z výzkumu Aderemi (2013) vyplývá, že osoby s MP (především dívky) jsou náchylnější k sexuálnímu zneužití než osoby bez MP, a to kvůli nedostatečnému vzdělání v oblasti sexuality. Pachatelem sexuálního zneužívání osob se MP jsou většinou blízké osoby tohoto člověka. Tedy někdo, kdo byl na oběť hodný, komu důvěřovala a cítila se s ním dobře, případně byla závislá na jeho péči a asistenci. U osob s MP se jedná především o důvěřivost a nezkušenost v mezilidských vztazích (kdo je na mne hodný = má mně rád, odkázanost na asistenci či dohled druhé osoby, rozpor mezi vývojem pohlavních znaků a rozumovou úrovní, menší svědecká věrohodnost a snadná ovlivnitelnost, ztížené porozumění i dorozumění, fixace na známé prostředí a dezorientovanost v běžném životě).

Riziko sexuálního zneužívání u osob s MP lze minimalizovat dodržováním jejich práv, a především důslednou edukací prostřednictvím sexuální výchovy a osvěty. Chceme-li změnit přístup k lidem s MP a zvyšovat jejich kvalitu života, je potřeba téma sexuality odtabuizovat a také odkrývat problém sexuálního zneužívání. K sexuálnímu zneužívání často dochází v domovech se sociální službou. Pro mnoho klientů jsou zařízení poskytující jim sociální služby domovem, avšak jejich psychickou a fyzickou pohodu „doma“ jim může narušit dlouhodobý problém sexuálního zneužívání. Bohužel k němu často dochází ze strany vychovatelů a pracovníků, tedy nejbližších lidí osob s MP, zařízení nebo i mezi klienty navzájem. Je tedy podstatné, aby vychovatelé a pracovníci služby klientům byli schopni stanovit osobní a intimní hranice a aby je všichni navzájem dodržovali a respektovali.

K sexuálnímu zneužívání může dojít i například u uživatelů s nižší schopností pohybovat se např. při osobní hygieně. V takové situaci musí pracovník situaci správně vyhodnotit a podle toho se zachovat (Štěrbová, 2007). Předmětem diskuzí je tzv. informovaný souhlas se sexuální aktivitou. Vanický a Truhlářová (2004) popisuje informovaný souhlas jako souhlas uživatele se sexuální výchovou a aktivitami, kdy je zapotřebí, aby odborník správně ohodnotil, na kolik je osoba s MP schopna tento souhlas poskytnout, a zároveň posoudí míru informovanosti klienta.

2.4.1 Prevence sexuálního zneužívání u osob s mentálním postižením

Prevence sexuálního zneužívání osob s MP patří k základním úkolům rodičů, pedagogů a pracovníků sociální péče a pomáhajících profesí, kdy osvětou dochází k předcházení vzniku, rozvoje a prohlubování či šíření problémů ohrožujících občana nebo společnost. Nástrojem prevence jsou opatření, které systematicky snižují pravděpodobnost ublížení (Pöthe, Matznerová & Velimský, 2002). Základním informačním článkem, co se týká oblasti sexuality pro osoby s MP, jsou rodiče.

Opatření na úrovni rodičů:

- vychovávat děti ke zdravému sebevědomí a k úctě k sobě samému a vlastnímu tělu
- vést dítě k tomu, aby se dokázalo v rámci možností samo rozhodnout
- poskytnout dítěti dostatečné a přiměřené informace o lidské sexualitě
- mluvit s ním o nebezpečných situacích a vysvětlit mu, co je sexuální zneužití
- učit ho reagovat na situace ohrožení pomocí hry
- mít přehled o tom, kde a s kým tráví dítě svůj čas
- spolu s dítětem vytvořit síť osob a míst, kam se může obrátit o pomoc, když se cítí ohrožený
- naučit dítě, jak se má na tyto osoby obrátit, jak požádat o pomoc
- vést dítě k tomu, že má právo říct ne, pokud má z něčeho strach nebo je mu něco nepříjemné. Určit situace, kdy to neplatí, např.: u lékaře.
- ujistit ho, že ať se mu stane nebo udělá cokoli, nikdy nezůstane bez pomoci a lásky rodičů

Významná součást v systému prevence sexuálního zneužívání dětí s MP náleží sexuální výchově ve školách. Mladí lidé s MP ji potřebují ve správný čas a také vhodnou formou otevřené diskuze. Mnohé studie ze sedmdesátých a osmdesátých let ukázaly, že osoby s MP mají velmi nízkou úroveň vědomostí v oblasti sexuality. Výzkum Lindsay a Leese (2003) poukázal na jejich naivitu v tomto směru. Bez vhodné a dostatečné osvěty nedokážou prosazovat svoje práva, zájmy a neumí čelit situaci či sami sebe bránit. Lumley a Miltenberger (in Štěrbová, 2014, 18) upozorňují na to, že jedinci s mentálním postižením musí získat tři dovednosti:

- a) být schopni rozpoznat situaci jako nebezpečnou

b) umět reagovat takovým způsobem, kterým by nejlépe ze situace unikli

c) oznámit tuto skutečnost, s níž byli konfrontováni, někomu, kdo je k tomuto určený

Mandzáková (2013) konstatuje, že v budoucnosti bude nutné věnovat této otázce větší pozornost, protože osvěta formou sexuální výchovy je jednou z nejeftivnější formou prevence nejen zneužívání, ale i dalších rizik spojených se sexualitou a jejich projevy u osob s MP.

2.5 Plánování rodičovství u osob s mentálním postižením

Otázky týkající se plánování rodičovství představují citlivou problematiku, při které se setkávají práva osob s MP, názory rodičů a názory lékařů a dalších osob pomáhajících profesí. V rozhovoru Drtinové a Eisnera na DVTV (2017) Eisner vysvětluje, že u něj v poradně pro sexualitu a vztahy osob s MP často hovoří s lidmi s postižením, kteří si přejí potomka. Takovému páru je potřeba vysvětlit jejich kompetence v případném manželství, mateřství a péči o dítě a na základě těchto informací se pár rozhoduje, zda dítě počít či ne. Důležité je zvážit pozitiva a negativa jednotlivých druhů antikoncepce u osob s MP. Jak uvádí Šilerová (2003), musíme uvažovat o tom, jestli je osoba s MP schopna pravidelně užívat antikoncepci, jestli je případné rodičovství vhodné, zda se dokáže zodpovědně postarat o dítě a jestli bude postaráno o podmínky ke zdravému vývoji dítěte. Další úvahou je míra rizika postižení dítěte a pravděpodobnost postižení dítěte.

V případě ženy s MP volba druhu antikoncepční metody závisí na rozhodnutí lékaře a klientky s MP, s přihlédnutím k dennímu režimu, hloubce MP a dalším faktorům, které by mohly ovlivnit či narušit ochranu klientky. Užívání hormonální antikoncepce v tabletkách může být problematické a komplikované z hlediska denního užívání, kdy je pravděpodobné, že si žena zapomene pilulku vzít. Téhož názoru je i Uzel (2006), avšak zdůrazňuje, že někteří psychologové tvrdí, že při nižším stupni MP pravidelnost užívání antikoncepce výrazně neovlivňuje. Naopak u žen s MP může upevňovat pocit zodpovědnosti a hrdosti, že sama dokáže pečovat o tak důležitou věc jako je regulace vlastní plodnosti. Jako praktičtější řešení se jeví gestagenní antikoncepce Depo Provera, která je aplikovaná formou injekce do hýždě jednou za 3 měsíce. Tento druh antikoncepce má také pozitivní vliv na pravidelnost menstruačního cyklu a snížení intenzity krvácení (Neubert). Další dlouhodobější řešení může být antikoncepční tyčinka Implanon (dříve Norplant), která se chirurgickým zákrokem vkládá

do horní části paže a je účinná cca 3 roky. Počáteční nadšení z této metody opadly s přicházejícími komplikacemi s vyjmutím tyčinky z paže.

Co se týká bariérových forem antikoncepce, je vhodná spíše pro klienty s nižším stupněm MP s rozvinutou zručností a nácvikem aktivity. Problematické užívání kondomu může být u klientů, kteří mají větší problémy s mobilitou a potřebují při aktivitě dohled. Výběr vhodné antikoncepční metody mohou mít i jiné specifické faktory. Lékaři například zpochybňují účinnost antikoncepce u osob s psychiatrickými problémy a s poruchami chování. Ostražitost při výběru vhodné antikoncepce je na místě i u osob trpících epilepsií (Mandzáková, 2013).

Dalším typem antikoncepce je chirurgický nevratný zákrok – sterilizace. U osob s MP se uvažuje o sterilizaci především z důvodů zdravotních. Mezi metody sterilizace, které jsou nevratné, patří zneprůchodnění vejcovodů u ženy (tubární sterilizace) a podvázání chámovodů u mužů (vasektomie). Tyto metody jsou u nás pod zákonem. Jsou tedy povoleny v situacích, kdy by těhotenství bylo přerušeno ze zdravotních důvodů (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011). Dalším důvodem vedoucí ke sterilizaci může být zabránění menstruačního krvácení. Prvním bodem je medikamentózní léčba a v případě nedostatečnosti je navrhována endometriální ablace (odstranění slizniční výstelky v děloze a tím zabránění nadměrnému krvácení). Další formou sterilizace je hysterektomie (chirurgické odstranění dělohy).

K otázkám sterilizace je nutné přistupovat se zodpovědností k výběru nejvhodnějšího řešení problému. Sterilizace se může stát prostředkem zdravotní indikace (Uzel, 2009). Na druhou stranu může dojít ke zneužití práva osoby s MP a omezení jejího sexuálního života na úkor pohodlí jeho okolí. Sterilizace nepomůže vyřešit sexuální abnormality nebo zamezit jiným konfliktům v dospívání. To může vyřešit poskytování sexuální výchovy.

2.6 Sexuální asistence pro osoby s postižením

Sexuální asistence je placená služba, která funguje v České republice od listopadu roku 2015, ovšem v jiných zemích např.: Švýcarsko, Německo, Finsko, Dánsko, Nizozemí, Anglie (Šídová, 2014 in Štěpančíková, 2015) funguje už déle. Průkopníkem sexuální asistence v naší republice se stala Lucie Šídová s organizací Rozkoš bez rizika (dále R-R). R-R je součástí organizace European Platform Sexual Assistance (EPSEAS), která sdružuje evropské organizace a pracovníky v oblasti sexuální asistence pro lidi s postižením (<http://www.epseas.eu/en/>).

Sexuální asistenci vykonávají externí pracovníci – *sexuální asistenti*. Tito proškolení pracovníci pomáhají lidem s postižením, seniorům či jiným osobám se znevýhodněním poznávat a prožívat svoji sexualitu (<http://sexualniasistence.org/sex-asistence>). Sexuální asistenti se nezaměřují pouze na jedince, nýbrž pracují i s páry nebo rodiči osob s postižením. Klienti zpravidla sami sexuální asistentky kontaktují a domlouvají si schůzku. V prvním rozhovoru je důležité se navzájem informovat o tom, co klient chce, jak si pobyt představuje, zda je byt sexuální asistentky přístupný, popřípadě, zda asistentka přijede za klientem (Smržová & Slámová, 2016).

Jaké činnosti sexuální asistence zahrnuje?

- Rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou
- Komunikace o pohlavním styku, nastavení hranic ve své sexualitě, schopnost říct ne
- Obstarání sexuálních pomůcek a výuka jejich využití
- Učení vyhledávání pornografie na internetu a vzdělání v této oblasti
- Identifikování nepřiměřeného sexuálního chování a jeho důsledky
- Vysvětlení, jak správně masturbovat
- Informace o antikoncepci a bezpečném sexu
- Vzdělání v oblasti hygieny
- Jak se přitažlivě oblékat
- Navazování partnerských vztahů
- Edukace na téma sexuálního násilí a zneužívání
- Pomáhají hendikepovaným párům se začátky pohlavního života
- Poradenství příbuzným osob s postižením ohledně sexuality

(<http://sexualniasistence.org/sex-asistence>)

Sexuální asistence může zahrnovat interakci ve výše uvedených činnostech, například pomoc při masturbaci, pomoc páru s postižením při sexuálním aktu, doteky, erotické masáže, pohlavní styk či jiné praktiky, na kterých se sexuální asistentka s klientem domluví. Strávená doba pobytu u sexuální asistentky je zpravidla 1 hodina (<http://www.zijushandicapem.cz/clanky/spolecne-zajmy/zjistili-jsme-pro-vas-sexualni-asistence.html>).

Šídová (in Štěpančíková, 2015) dělí sexuální asistenci na:

- Pasivní – zprostředkování kontaktů na asistenta nebo asistentku, zajištění ochranných a podpůrných prostředků jako zprostředkování pornografie či erotických pomůcek. Za sexuální asistenci můžeme považovat i sexuální poradenství.
- Aktivní – při aktivní formě sexuální asistence jsou klient i asistentka vtaženi do sexuální interakce, např. nácvik či pomoc při masturbaci, pomoc tělesně postiženému páru při pohlavním styku.

K vykonávání profese sexuální asistence je nutné projít více odborných školení. Budoucí asistenti a asistentky mohou absolvovat školení pod partnerskou institucí InSeBe ze Švýcarska, která se zabývá školením sexuální asistence a samotnou sexuální asistencí v rozsahu 32 hodin. Další školení SEHP je průkopníkem práce se sexualitou osob s postižením ze Švýcarska a zabývá se školním sexuální asistence jejím zprostředkováním (kurz v rozsahu 24 hodin). Kurzy zprostředkovává organizace Rozkoš bez Rizika (<http://www.sexualniasistence.cz/articles/detail/63>). Na kurzech se účastníci naučí, výše zmíněné dovednosti a principy komunikace s klientem a budou informováni o dodržování Etického kodexu a mlčenlivosti (<http://sexualniasistence.org/sex-asistence>).

Sexuální asistence může být neinformovanou veřejností přirovnávána k prostituci nebo službě v sexbyznysu. V tomto případě je důležité pochopit rozdíl v zaměření obou aktivit. Sexuální asistence se zaměřuje na prožívání, vzdělávání a individualitu jedince. Při sexuální asistenci nemusí bezpodmínečně dojít k pohlavnímu styku. Často asistentka s klientem pracuje na objevování své sexuality, nastavování si hranic, zkoumání pomocí doteků, hlazení. Základem je důvěrný a bezpečný vztah klienta a asistentky, která si je vědoma odlišností klienta, je ochotna naslouchat a být trpělivá. V průběhu asistence klient rozvíjí svoje zkušenosti a získává nové. Má možnosti si vyzkoušet nahotu před jiným člověkem, dotyk, smyslnost, blízkost, něžnost. Tím si člověk s postižením vytváří kladný vztah k sobě a svému tělu (<http://sexualniasistence.org/sex-asistence>).

Prostřednictvím služby sexuální asistence je lidem s postižením umožněno prožívat sex se svým partnerem a mít z něj i určité benefity. Ve videu Sex and Disability (<https://www.youtube.com/watch?v=eMAJHmoj9zs&t=346s>) mluví partnerské páry o tom, jak je důležité sdílet svoji blízkost a intimitu včetně sexu s jejich partnerem. David z Canberry v Austrálii uvádí, že mu pravidelný sex (2-4x měsíčně) s jeho ženou Jenny pomáhá uvolňovat spasmus, bolest a lépe se mu spí. Jenny doplňuje, že si jsou díky tomu blízcí a lépe se jim spolu žije. Sexuální asistence jedincům pomáhá ve vzdělání se v oblastech, ve kterých se chtějí zlepšit

a které jim pomůžou v budoucím partnerském životě. Tomáš Baxa, který se narodil s Downovým syndromem (https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=ReuyXJOiDS8) sexuální asistenci podporuje. Uvádí, že si chce najít svoji holku a proto se se sexuální asistentkou učí sexuální polohy. Sexuální asistence je službou, která si postupně nachází své místo na trhu. Expert v oblasti sexuality a vztahů Petr Eisner (https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=ReuyXJOiDS8) uvádí, že v současnosti sociální služby nejsou schopny reagovat na zakázky klientů v této oblasti. Sociální služby by měly dbát nejen na potřeby obživy, spánku, pohybu ale i na sexuální a vztahový život klienta.

2.7 Sexuální výchova

Sexuální výchova by měla začínat už v dětství (informace od rodičů), pokračovat v pubertě a adolescenci až do dospělosti. „Tím, že s dětmi hovoříme o lidském těle, pohlavních orgánech, že jim vysvětlujeme, jak lidské tělo funguje, jim napomáháme přijmout vlastní tělesnost a tím i posléze vlastní sexualitu.“ uvádí Šilerová (2003, 11). V sexuální výchově je důležité zprostředkovat dětem informace o sexualitě a vztazích a měla by podporovat a chránit zdravý sexuální vývoj dítěte. Zvěřina (in Šulová, Feit, Weiss a kol., 2011, 387) vymezuje „sexuální výchovu jako složku, která rozvíjí lidskou sexualitu ve schopnosti každého jedince realizovat sex v oblasti pozitivních citových zkušeností.“ Sexuální výchova je teoretickým základem pro nadcházející praktické zkušenosti dětí a dospívajících. Cílem sexuální výchovy je naučit dospívající jedince dovednostem, postojům, znalostem a hodnotám, které později podmiňují a formují jejich sexuální život. Dalšími cíli sexuální výchovy jsou: poskytování potřebného poučení a faktů, varování před riziky (nechtěné těhotenství, nákaza HIV atd.), ochrana před chybnými informacemi, objasnění mýtů o sexualitě, vedení k vytvoření postoje od odlišným sexuálním orientacím (Sielert et al., 1993/1994).

Obsah sexuální výchovy připravuje mladou generaci na partnerský, manželský a rodičovský život a s tím spojený život sexuální, s ochranou zdraví a s výchovou k dobrým mezilidským vztahům. U laické veřejnosti často převládá postoj, že sexuální výchova vede mladé lidi k promiskuitě a mají pocit, že sexuální výchova dokonce promiskuitu podporuje (Kelly, 2008). Sexuální výchova však napomáhá ke kultivaci partnerských vztahů, pocitu zodpovědnosti a vzájemné úctě. Uzel (2009) uvádí, že hlavní, přínosem ve prospěch dítěte je

prevence nežádoucích otěhotnění, snížení nebezpečí sexuálně přenosných nemocí, boj proti zneužívání dětí a sexuální kriminalitě, a v neposlední řadě tolerance k sexuálním menšinám.

Při realizaci sexuální výchovy ve škole je důležité, aby se týkala nejen fyzického těla ale i oblasti psychické a vztahové, zamilovanosti, partnerství. Ida Keltnerová z Katolické teologické fakulty UK v Praze (<https://www.stream.cz/fenomen/835177-je-sexualni-vychova-ve-skolach-dostatecna>) považuje za klíčovou roli osobu, která sexuální výchovu učí a provází žáky dospíváním. Měla by sama mít kladný vztah ke svému tělu a své sexualitě a také kladně působit na žáky. Učí je, jak milovat svoje tělo, především v dospívání, jak si užít změny ve svém těle, jak jej objevovat a zkoumat. Jaroslav Lorman ze stejné fakulty doplňuje, že by děti nebo dospívající měli především vědět, co jim je příjemné a co ne a dokázat své tělo na základě svých potřeb a preferencí ochránit.

2.7.1 Osobnost pracovníka v oblasti sexuální výchovy

Edukátor sexuální výchovy by měl být chápající a podporující autoritou, který svému svěřenci předává odborné informace a zároveň ho chápe jako rovnocenného partnera. Toto vnímání samo o sobě představuje obtížný úkol plný vnitřních rozporů. U pracovníka se celkem těžko určuje, kdy a čím začíná a končí jeho pracovní proces a to v rovině vztahové i v rovině míry zodpovědnosti. Mnoho pracovníků si komplikuje život tím, že svého svěřence či žáka přijme natolik, že se snaží kompenzovat například některé jeho rodinné problémy.

Pracovník je součástí své generační skupiny. Musí se umět dorozumět jak se svoji generací, tak i se skupinou svých klientů či žáků, kteří jsou mu často věkově dost vzdálení. Je do jisté míry nutné rozumět a chápat slovník klientů, jejich problémy, aby se dokázal přiblížit řešení a zvládl modelové situace ve výuce správně motivovat. Musí se proto i mimo svoji pracovní dobu neustále učit spoustu novým věcem, změny hodnot dané generace, odlišnosti v komunikaci atd. Tyto změny přichází s nástupem každé nové generace. Pracovník musí být flexibilní a počítat s demokratizací společenských vztahů a tím pádem i výuky. S tím se postupně mění i vztah mezi pracovníkem a klientem, vzájemná komunikace i povaha společných činností. Řada pracovníků má z této změny strach, protože dochází k ústupu autoritativního vedení klientovy činnosti. Může se proto cítit nejistý v typech chování, na které se nemusí cítit být dostatečně připraven – vzájemné konflikty, sexualita u klientů, závislost na návykových látkách, xenofobie atd. Profese klade na pracovníka specifické požadavky ve sféře sociální, komunikační, vztahové a nutí ho pracovat na své vlastní osobnosti.

Toto klade nároky na motivaci pracovníka, jeho schopnosti a dovednosti a také jeho určité osobnostní rysy (Harvanová, 2016).

Harvanová (2016) uvádí, že mezi další klíčové dovednosti a vlastnosti pracovníka patří porozumění, empatie, snaha o pomoc, kladný emoční vztah, sociální dovednosti. Tyto dovednosti jsou využívány především v denní komunikaci s klienty a jejich vzájemných vztazích. V nich se také projevuje, do jaké míry jsou rozvinuty sociální dovednosti pracovníka a zda dokáže včas rozpoznat reakci žáků na situace a následně adekvátně zareagovat. Mezi důležité sociální vlastnosti pro výkon profese pracovníka patří: přijetí osobnosti žáka a svých kolegů, autenticita projevů pracovníka (otevřeně a autenticky projevovat své názory, emoce, postoje), naslouchání a odlišování prožitků a pocitů od úsudků a názorů u sebe i ostatních, sebekontrola, rozvoj sebedůvěry a sebevědomého vystupování, respekt a tolerance k odlišnému projevu, rozvoj zodpovědnosti za sebe sama. Z toho plyne, že rozhodující úlohu v profesi edukátora hraje jeho osobnost. (Kohoutek, 2003). Je důležité, aby edukátor spolupracoval s vedení školy, výchovným poradcem, školním metodikem prevence, školním speciálním pedagogem či se školním psychologem a hlavně s rodiči. Jeho kompetence spočívá ve vysvětlení a opodstatnění sexuální výchovy, podání rady rodičům a také učitelům (Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy na základních školách).

Všechny výše uvedené aspekty osobnosti pracovníka jsou klíčové ve vztahu k jeho postoji k sexualitě u žáků. Štěrbová (2007) uvádí, že je nezbytné vytvořit konkrétní podmínky pro uskutečnění sexuální výchovy. Tím je myšleno vytvoření rámce, souhrnu vnitřních pravidel a směrnic, kterými by se měla daná instituce řídit. Systém by měl pomoci pracovníkům při jednání ve složitých situacích. Pracovník, který vyučuje sexuální výchovu, by měl mít dostatečné odborné znalosti (vědomosti o legislativě, průběžné vzdělání), být schopný efektivně komunikovat s kolegy a odbornými pracovníci, spolupracovat s rodiči, a především vnímat etické hranice. Nejde pouze o předávání faktů, ale i o formování postojů k sexuální morálce, podporu autonomie osobnosti či učení uspokojování své sexuální potřeby (Rašková, 2008). Vedle obecných cílů sexuální výchovy existují etické zásady. Ty pomáhají pracovníkovi si uvědomit své hranice.

2.7.2 Sexuální výchova osob s mentálním postižením

Lidé s MP mají často nižší sexuální vědomosti a objevují se u nich negativní pocity spojené se sexualitou. U osob s MP je podstatné respektovat jejich úroveň porozumění a uvědomování si důsledků svého chování. Löfgren-Mårtenson (2012) uvádí, že mladí s MP mají zájem o informace ze sexuální výchovy. Chtějí rozumět sexualitě i partnerským vztahům a mají zájem o informace, které se vztahují k jednotlivým obdobím života. Vzdělání v oblasti sexuality pomáhá v prevenci neplánovaného těhotenství, sexuálního zneužívání, ochrana pohlavně přenosných chorob. Na základě výzkumu Galea, Butlera a Iacono (2004) můžeme konstatovat, že znalosti dospělých osob s MP jsou nedostatečné v oblasti puberty, menstruace, menopauza, sexualita, bezpečný sex, sexuální zdraví. Naopak relativně dostatek znalostí projeví tyto osoby s MP s oblastech masturbace, vztahů, obranného chování, těhotenství a porodu. Hosseinkhanzadeh, Taher a Esapoor (2012) uvádí, že 64% učitelů a 66% rodičů souhlasí s povinnou sexuální výchovou ve školách. Z výzkumu Kováře (2006) je zřejmé, že ve speciálním školství je velký nedostatek sexuální osvěty žáků a je silná poptávka po vzdělání edukačních pracovníků a vzdělávacího materiálu. Z výzkumu Schaafsma, Kok, Stoffelen a Curfse (2015) vyplývá, že je také důležité najít rovnováhu mezi ideální představou mezi tím, co je dosažitelné, efektivní a reálné v kontextu současné sexuální výchovy.

Při výuce osob s MP je důležité stanovit jejich úroveň znalostí a vědomostí. K tomu nám poslouží škála stanovení úrovně schopností a dovedností – *The Sexual Consent and Education Assesment* (Štěrbová & Rašková, 2016).

V K – scale, The Knowledge of Human Sexuality Scale (znalost lidské sexuality) je osoba s MP dotazována na znalosti. Využívají se panenky, zejména k určení anatomických částí těla, základní otázky jsou 1-6, pokročilé otázky 7-12.

1. Určí základní části těla
2. Určí vlastní pohlaví.
3. Rozliší, co patří k muži a co k ženě.
4. Poznává mužské a ženské genitálie (na obrázku).
5. Je schopen demonstrovat znalosti a základní funkce vztahujícím se k mužským a ženským genitáliím.
6. Demonstruje porozumění a znalost masturbace.

7. Demonstruje znalost pohlavního styku.
8. Umí rozpoznat významné důsledky sexuální aktivity.
9. Prokazuje znalost regulace porodnosti.
10. Prokazuje znalost HIV/AIDS a o dalších sexuálně přenosných nemocech.
11. Rozlišuje mezi vhodným a nevhodným místem pro sexuální aktivitu.
12. Chápe a má představu o nezákonné sexuální aktivitě.

Nejdůležitějším při realizaci sexuální výchovy je vztah důvěry mezi rodičem dítětem, pak mezi učitelem a dítětem a v neposlední řadě vztah rodiče a pedagoga. Pokud žák vnímá učitele jako důvěryhodnou osobu, která poskytuje jasnou informaci v bezpečném prostředí, pak je učení nejefektivnější. Otázky v sexuální výchově bývají často velmi osobní, a proto se žáci musí cítit v přítomnosti pedagoga uvolněně a spokojeně. To stejné platí i obráceně – pedagog se musí cítit dobře a pohodlně mezi žáky. Dobře vyškolený profesionál podle Štěrbové a Raškové (2016):

Musí respektovat názor rodiče (zákonného zástupce, opatrovníka) ve vztahu k rozvoji a kultivování sexuality konkrétního klienta. Vhodné se jeví, aby byl profesionál schopen školit rodiče, rodič tak získává kompetentnost a jistotu a může být osobou, která dává svému postiženému dítěti prvotní informace o všem, co se týká sexuality. Rodič by měl nejlépe znát pocity a problémy vztahované k sexualitě svého dítěte, má je však často potlačené.

Toho by si rodič měl být vědom, protože zdravá sexualita zvyšuje sebevědomí jejich dítěte. Fyzická aktivita, která zahrnuje i sexuální aktivitu rovněž zvyšuje pohodu dítěte a kvalitu jeho života (Divišová, 2009).

2.7.3 Sexuální výchova v rámcových vzdělávacích programech

Předání odborných vědomostí učitele z oblasti sexuální výchovy takovým způsobem, aby je žák mohl využít v životě, je jedním z úkolů předmětu Výchova ke zdraví, který je zahrnut v Rámcovém vzdělávacím programu (dále RVP). Žáci mají spoustu informací o tom, jak chránit své zdraví, o pohlavně přenosných chorobách, ale mnohdy nevědí, jak tyto teoretické informace přenést do životních situací. V tomto kroku hraje škola ve spolupráci s rodinou nezastupitelnou roli.

Pro žáky s MP, kteří dospívají stejně jako jejich vrstevníci, avšak s mentálním hendikepem, je pro jejich kvalitní, zdravotně bezpečný a šťastný život důležité mít mimo jiné i vědomosti z oblasti sexuální výchovy. Tyto informace žáci dostanou v předmětu Výchova ke zdraví, který je v RVP volně zakomponovaná do předmětů jako přírodopis, občanská výchova, věcné učení nebo rodinná výchova (Fifková et al., 2009).

Ve valné většině domácností se rodiče s dětmi o jejich sexualitě vůbec nebaví, byť je to pro jejich zdraví a budoucí život důležité. Nejčastěji se děti dozvídají informace týkající se sexuality od starších sourozenců nebo vrstevníků. Žáci ve škole přijímají informace o dospívání a z oblasti sexuální výchovy se zájmem a bez rozpaků. Stydlivější jsou spíše dívky, chlapci bývají většinou suverénní nebo to aspoň hrají. Pokud jsou žákům informace předávány odborně a v souvislostech, projevují zájem a jsou ochotni na dané téma diskutovat. Rozpaky žáků může vzbuzovat neodborný přístup, nepřesnost v terminologii nebo lidové výrazy. Výhodou bývá, pokud se vyučující dětem přiblíží v termínech, které ony považují za vulgární. Je dobré žákům vysvětlit, že některá slova, byť na první dojem vulgární, mají původ v latině a pouze lidé v určitých situacích je vulgárními učinili. Často dochází k paradoxům například u romských rodin, které odmítají sexuální vzdělání ve školách a hájí se tím, že v jejich etniku se o takových věcech nemluví. Smutné je, že většina rodičů s těmito názory bývá nezletilá.

U žáků základních škol praktických a speciálních jsou informace z oblasti sexuální výchovy pro praktický život velmi důležité. Většina informací se totiž týká vývoje člověka, změn v dospívání jedince, osobní hygieny, prevence pohlavně přenosných chorob, lidské sexuality a základních informací o lidských a partnerských vztazích. Důležité je respektovat přiměřenost informací a předem seznámit zákonné zástupce žáka s probíranými tématy, pak nebývá s výukou problém a žáci se aktivně zapojují s vlastními zkušenostmi a jeví o učivo zájem (Štěrbová & Rašková, 2016).

2.8 Postoje

2.8.1 Definice a funkce postoje

„Postoj je příznivá nebo nepříznivá hodnotící reakce ve vztahu k něčemu či někomu (často má kořeny v osobních přesvědčeních a projevuje se ve formě pocitů a zamýšleného chování).” (Myers, 2016, 110). S postojem souvisí přesvědčení a pocity související s osobou nebo událostí a tendencí se chovat určitým způsobem. Bláha a Šemberová (2004) definují postoj (attitude) jako naučené predispozice k pozitivní nebo negativní reakci ve vztahu k osobám,

situacím nebo věcem. Postoje obsahují silný citový náboj a nemohou tedy být citově neutrální. Postoje vyjadřují naše hodnocení různých sociálních objektů v našem okolí, tzn., co máme rádi, čemu dáváme přednost. Postoj je relativně stabilní a bývá charakterizován jako psychologická tendence, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání. Část postojů je vrozených, ale většinu jich získáváme během života na základě osobních zkušeností nebo sociálním učením. Postoje pomáhají se člověku adaptovat na prostředí a plní určité funkce.

- Poznávací funkce – zkušenosti jsou organizovány postoji.
- Instrumentální funkce – postoji jsou maximalizovány zisky a minimalizovány ztráty.
- Funkce výrazu hodnot – postoje jsou nástroji pro vyjádření svých vlastních hodnot.
- Funkce sociální adjustace – postoje zprostředkovávají vztahy jedince s ostatními lidmi.
- Sebeobránná funkce – prevence proti hrozbám z vnějšího prostředí, umožňují snadněji zvládat konflikty.

Jedinec má své vrozené postoje a postoje životem získané. Pokud dojde k situaci, kdy je potřeba postoj změnit, je výzkumem dokázáno, že nejlepší metodou je *persvaze* (přesvědčování) a osobní zkušenost. Působení na pasivního jedince, který se nechá přesvědčovat, nemusí být tak efektivní jako aktivní práce, kdy změnu postoje navodíme v různých modelových sociálních situacích pomocí zážitku (Ondrušková, 2006). V takové situaci je vyšší šance, že jedince postoje změní i díky prožití samotné změny na vlastní kůži (Výrost & kol., 2008).

2.8.2 Postoje k sexualitě osob s mentálním postižením

Z výzkumu Uhrové (2014) vyplývá, že ve společnosti jsou stále zažity předsudky týkající se sexuality osob s MP. Většina účastníků výzkumu si je vědoma toho, že tyto předsudky jsou způsobeny nedostatečnou informovaností. A to se týká nejen pedagogických pracovníků, ale i osob s MP.

Postoje můžeme dělit na:

1. Eliminaci (vyloučení) sexuality osob s MP
2. Toleranci sexuality osob s MP
3. Přijímání sexuality osob s MP

4. Kultivování sexuality osob s MP

Častý postoj eliminace sexuality osob s MP lze nalézt nejen u laické veřejnosti, ale i u mnoha nepoučených odborníků. Eliminace a tolerance se pojí s nejistotou a s ní se setkáváme u studentů pomáhajících profesí i u těch, kteří jsou připravováni na vysoké škole k práci s osobami se zdravotním postižením v předmětu věnujícímu se sexualitě osob s MP. Jejich postoje byly převzaty z jejich závěrečných prací (Štěrbová, 2013):

„Myslím, že většina společnosti od těchto lidí očekává spíše asexuální chování. Široká veřejnost se nedovede představit, že lidé s mentálním postižením mají taky své potřeby. A to teď nemám na mysli pouze sex jako takový, ale i ‚obyčejné‘ věci, jako je láska a partnerství. Problém je asi v tom, že lidi s postižením vidíme více jako děti než dospělé jedince.“ (studentka 22 let)

Postoje k sexualitě se v praxi promítají do přístupů při řešení situací ve vztahu k sexualitě klientů s MP. Přístupy mohou být vstřícné až odmítavé, doprovázené pestrými škálami pocitů. Jsou-li pocity více negativní (zlost, vztek, pohoršení, znechucení), pak se situace řeší obtížněji a častěji se volí strategie úniku (problém raději nevidím). Tím se však posilují rizika neřešené situace, zvyšuje se stres zúčastněných. Rizika nacházíme hlavně v nepoučení a neinformovanosti o správném a společensky uznávaném sexuálním chování a vysvětlení problémového jednání. Do sexuální osvěty by měli být zapojeni rodiče (zákonní zástupci). Jejich postoj může ovlivnit i postoj okolí a proto jsou-li jejich pocity k sexualitě pozitivní, je větší naděje na vytváření tolerujícího a přijímacího postoje.

Společnost na základě svých získaných postojů a neinformovanosti vytváří mýty týkající se sexuality osob s MP. Jedním z nejvíce diskutovaných je domněnka, že osoby s MP jsou asexuální. Z toho plyne, že by měly být před sexuálním stykem chráněny, čímž dochází k odepření jejich práva na vlastní prožívání sexuality a intimity. Další mýty týkající se sexuality uvádí Müller (2009):

- *Osoby s MP mají zvýšený sexuální pud* – tento předsudek je vytvořen společností, která vidí osoby s MP, jako hypersexuální jedince, kteří se uspokojují kdekoli a kdykoli bez studu či pocitu viny.
- *Sexuální potřeby osob s MP se dají utlumit fyzickou prací* – názorem společnosti je, že pokud nabídneme osobám s MP dostatek fyzicky náročné aktivity, vybijí tak svoji sexuální energii prací a vypudí myšlenky z hlavy. Faktem však je, že sexualita se neprojevuje pouze sexuálním stykem, nýbrž i ve vztahové rovině, pocitem blízkosti druhé osoby.

- *Sexuálním problémům se dá vyhnout, pokud oddělíme pohlaví* – je potřeba si uvědomit, že i v případě oddělení pohlaví jejich sexualita nemizí.
- *Člověk s MP zůstává po celý život dítětem* – tento předsudek se spojuje s odmítnutím faktu (rodiči či jinými blízkými osobami), že osoby s MP prochází fází dospívání a objevují se u nich sexuální potřeby a pocity.
- *Realizací sexuální výchovy se objevují sexuální touhy* – sexuální chytče se zpravidla objevují i bez setkání se sexuální výchovou. Ovšem pomocí ní lze sexualitu a její projevy u osob s MP do jisté míry kultivovat.
- *Osoby s MP mají postižení i v oblasti sexuality* – u osob s MP není primárním vlivem na sexuální odchylku jejich mentální postižení. Vinu nese prostředí, nevymezení soukromí, neinformovanost v oblasti sexuální výchovy.
- *Součástí intimního života musí být pohlavní styk.*

Výše uvedené mýty a předsudky ovlivňují kvalitu života u osob s MP a jejich začlenění do majoritní společnosti. Ať si vybereme jakýkoliv z nich, vždy je v něm cítit negativismus vůči sexualitě osob s MP. Divišová – Brettová a Štěrbová (2009) uvádí, že postoje veřejnosti k sexualitě osob s MP jsou spíše pozitivní, trochu méně pozitivní pro ženy než pro muže, s tím, že nejkladněji se jevil názor na neproduktivní sexuální chování. Společnost by se měla snažit lidi s MP podpořit v prožívání jejich sexuality a snažit se jim pomoci v poskytování soukromí a důležitých informací o projevech a prožívání jejich sexuality. Věci se dají do pohybu rychleji v případě, že společnost zaujme pozitivní přístup k této problematice (Mandzáková, 2013).

3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zjistit postoje pedagogů základních a středních škol k problematice sexuality osob s mentálním postižením.

3.2 Dílčí cíle

1. Definovat a srovnat postoje pedagogů základních škol a základních speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením.
2. Definovat a srovnat postoje pedagogů ze středních škol a středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením.
3. Definovat a srovnat postoje pedagogů k sexualitě mužů a žen s mentálním postižením.

3.3 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením? V čem se liší postoje pedagogů základních škol a postoje pedagogů základních škol speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením?
2. Jaké jsou postoje pedagogů středních škol a středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením? V čem se liší postoje pedagogů středních škol a postoje pedagogů středních škol s oborem vzdělání praktická škola?
3. Jaké jsou postoje pedagogů k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením? V čem se liší postoje pedagogů k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením.

4 METODIKA

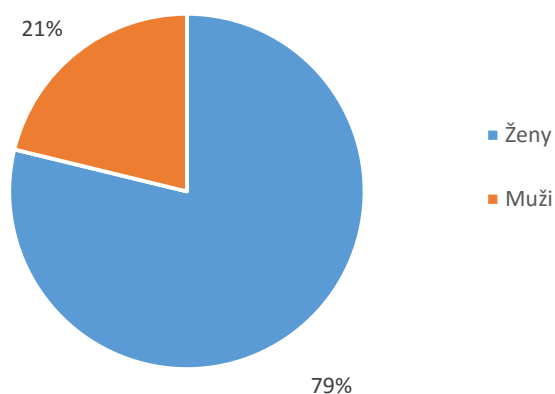
4.1 Organizace výzkumu

Výzkum byl schválen etickou komisí Fakulty tělesné kultury pod číslem 75/2016. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření v březnu a dubnu roku 2017. Prvotním impulsem ve výběru škol pro účast na výzkumu byl e-mail pro ředitele škol. Celkem jsem e-mailovou formou oslovila 86 škol, z nich jsme se domluvili na spolupráci s 15 školami. Na základě vytvořeného seznamu emailových kontaktů jsem postupně telefonicky kontaktovala ředitele škol, popřípadě zástupce ředitele a domluvila si podmínky pro distribuci dotazníků. Dotazníky jsem vytiskla, na základě předchozí telefonické či e-mailové domluvy jsem je přinesla do školy a s kontaktní osobou ve škole (ředitel, zástupce ředitele, pověřený učitel) jsem se domluvila na variantě předání dotazníků pedagogům. Následně jsem si s kontaktní osobou domluvila datum vyzvednutí vyplněných dotazníků.

4.2 Charakteristika respondentů

Do výzkumu se zapojilo 90 pedagogů z celkem 15-ti škol (3 základní školy, 6 základních škol speciálních, 4 střední školy a 2 střední školy s oborem vzdělání praktická škola). Celkový počet pedagogů se skládá z 19 mužů (21%) a 71 žen (79%) (Graf 1).

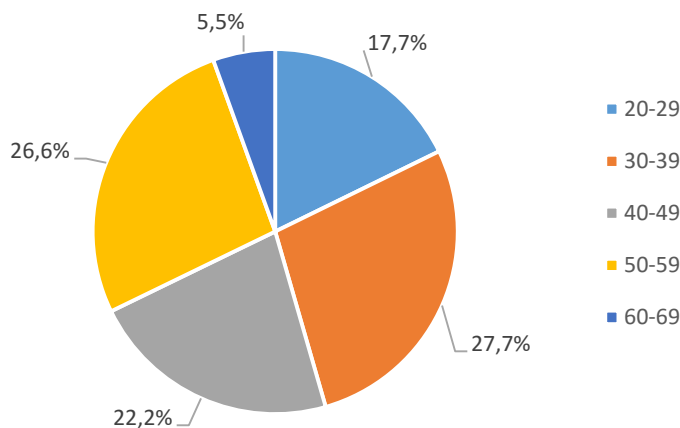
Graf 1. Zastoupení pohlaví ve vybraném vzorku pedagogů



Věkové rozmezí výzkumného souboru pedagogů je 20-69 let (Graf 2). Nejvíce pedagogů (25), kteří vyplnili dotazník je ve věku 30-39 let (27,7%), o jednoho pedagoga méně

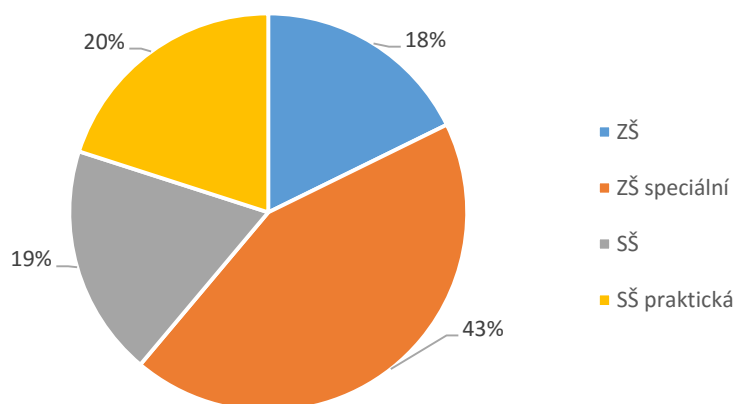
je ve věkovém rozmezí 50-59 (26,6%). 20 pedagogů (22, 2%) se nachází ve věku 40-49 let a 16 pedagogů (17,7 %) spadá do věkového rozmezí 20-29 let. Pouze 5 pedagogů (5,5%), kteří se zúčastnili výzkumu, je ve věku 60-69 let.

Graf 2. Věk pedagogů



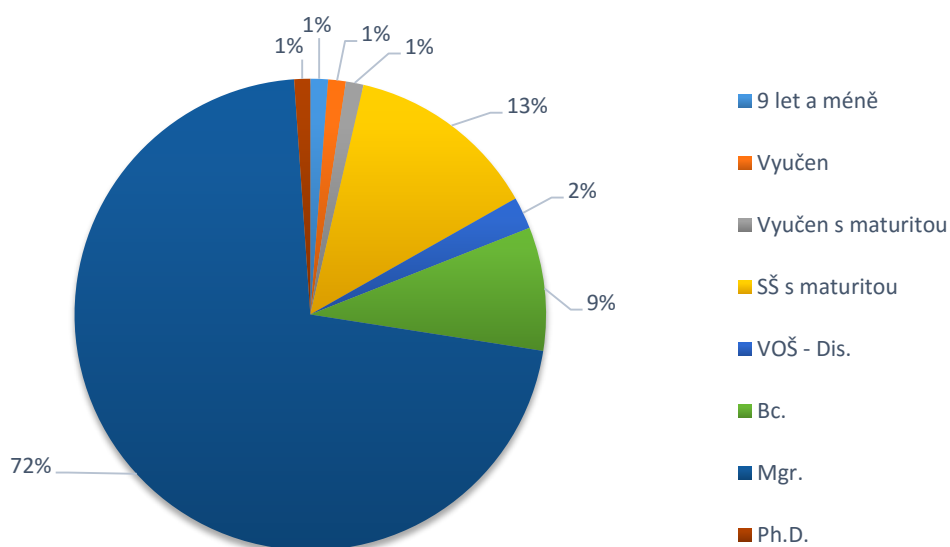
Na výzkumu se podílelo, z celkového počtu 90 pedagogů, 16 pedagogů základních škol (18%), 39 pedagogů základních škol speciálních (43%), 17 pedagogů středních škol (19%) a 18 pedagogů středních škol s oborem vzdělání praktická škola (20%) (Graf 3).

Graf 3. Počet pedagogů z jednotlivých druhů škol



Nejvíce pedagogů (65), kteří se podíleli na výzkumu, úspěšně absolvovalo magisterské studium (72%). Následují pedagogové se střední školou s maturitou (12 pedagogů = 13%). Třetí nejvyšší zastoupení pedagogů je s dokončeným bakalářským studiem (7 pedagogů = 9%). Pedagogové s 9-ti letou školní docházkou a méně, vyučení, vyučení s maturitou, se vzděláním na vysoké odborné škole a s doktorandským vzděláním jsou zastoupeni v 2% a méně (Graf 5).

Graf 5. Nejvyšší dokončené vzdělání pedagogů



4.3 Nástroj výzkumu

Výzkumným nástrojem byl dotazník Attitudes to Sexuality Questionnaire - Individuals with Intellectual Disability (Dotazník postojů k sexualitě – Osoby s intelektuálním postižením) vytvořený australskými autorkami Monicou Cuskelly a Lindou Gilmore (2007), v překladu Ullmanovou (2008) a upraveno Štěrbovou a Prouzovou (2008). Dotazník byl aplikován Markovou, Mandzakovou a Kocinou (2015). Dotazník se skládá ze dvou dotazníků: postoje k mužské sexualitě a postoje k ženské sexualitě. Autoři konstatují, že by záznam postojů k mužské a ženské sexualitě měl být odlišen, protože se postoje k mužské a ženské sexualitě tradičně liší. Každá část dotazníku obsahuje dvě oblasti:

- Individuals from the General Population: ASQ-GP (Osoby z běžné populace) – část obsahuje otázky týkající se postojů k sexualitě běžné populace.
- Individuals with an Intellectual Disability – ASQ-ID (Osoby s intelektuálním postižením) – část se týká postojů k sexualitě žen a sexualitě mužů s MP.

Otázky v dotazníku jsou při vyhodnocení výsledků rozděleny do čtyř oblastí:

- sexuální práva (13 otázek)
- rodičovství (7 otázek)
- nereproduktivní sexuální chování (5 otázek)
- sebekontrola (3 otázky)

(Cuskelly & Gilmore, 2007).

Z důvodů zaměření práce na postoje k sexualitě osob s mentálním postižením, budeme pracovat pouze s druhou částí dotazníku, která se vztahuje k osobám s MP (ASQ-ID). Nebudeme věnovat pozornost první části dotazníku (ASQ-GP).

4.4 Zpracování dat

Odpovědi z dotazníků jsem převedla na čísla (Tabulka 2) a společně s pohlavím, věkem, nejvyšším dokončeným vzděláním a současným zaměstnáním přepsala do programu Word Excel. Následně jsem data statisticky zpracovala. Z popisných statistik jsem vytvořila grafy pro přehlednější znázornění jednotlivých charakteristik skupiny respondentů. Na základě excelové tabulky jsem zpracovala data pomocí Wilcoxonova párového testu, který porovnává dvě měření (postoje všech pedagogů k sexualitě mužů a sexualitě žen s MP) u jednoho souboru respondentů. Na hladině statistické významnosti $p < 0,05$ interpretuji výsledky. Ke zjištění rozdílů v odpovědích u jednotlivých statisticky významných otázek jsem použila znaménkový test. Dále jsem použila Mann-Whitney U test, který srovnává odpovědi dvou skupin respondentů. Výsledky (Z, p) jsem přenesla do tabulek společně s modusem. Červeně jsou zvýrazněny statisticky významné otázky ($p < 0,05$). K jednotlivým oblastem dotazníku (sexuální práva, rodičovství, nereproduktivní sexuální chování a sebekontrola) jsem vytvořila tabulky s nejčastějšími odpověďmi a z nich vyvodila postoje pedagogů k jednotlivým oblastem. Samostatně jsem vyhodnotila postoj pedagogů k přidané otázce č. 35. Na závěr uvádím poznámky, které respondenti dobrovolně naspali na konec dotazníku.

Tabulka 2. Převedení odpovědí z dotazníku na číslice

| Výrazně nesouhlasím | Nesouhlasím | Spíše nesouhlasím | Spíše souhlasím | Souhlasím | Výrazně souhlasím |
|------------------------|-------------|----------------------|--------------------|-----------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

5 VÝSLEDKY

5.1 Postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením

V dotazníku dělím otázky podle Cuscelly a Gilmore (2007) do 4 oblastí na: sexuální práva, rodičovství, nereproduktivní sexuální chování a sebekontroly. Do oblasti sexuálních práv patří 13 otázek, do oblasti rodičovství 7 otázek, do oblasti nereproduktivního sexuálního chování 5 otázek a do oblasti sebekontroly 3 otázky.

5.1.1 Postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě žen s mentálním postižením

Oblast, do které spadá nejvíce otázek z dotazníku, jsou sexuální práva. V této oblasti se otázky týkají mileneckých a sexuálních vztahů osob s MP, sexuálních zájmů, sexuální výchovy, sexuálního styku, manželství žen s MP. Nejčastější odpovědi pedagogů základních škol (dále ZŠ) i základních škol speciálních (dále ZŠS) v oblasti sexuálních práv žen s MP jsou spíše negativní (Tabulka 3). To znamená, že pedagogové odpovídali více v neprospěch práv žen s MP.

Tabulka 3. Oblast sexuálních práv žen s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|-----------------|-------------|--------------|
| | Modus | |
| 2 | 2 | 2 |
| 5 [®] | 5 | 5 |
| 10 [®] | 5 | 5 |
| 13 [®] | 5 | 5 |
| 15 [®] | 4 | 4 |
| 16 | 2 | 2 |
| 17 [®] | 2 | 2 |
| 18 | 2 | 2 |
| 19 [®] | 2 | 2 |
| 22 | Vícenásobný | 2 |

| | | |
|------------|-------------|---|
| 26 | Vícenásobný | 2 |
| 28 | 4 | 4 |
| 32® | 4 | 5 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Oblast rodičovství obsahuje otázky týkající se práva na dítě, volby mít dítě, výchovy dítěte, sterilizace žen s MP. K oblasti rodičovství žen s MP mají pedagogové ZŠ a ZŠS celkem jasné postoje (Tabulka 4). Z nejčastějších odpovědí můžeme usoudit, že si pedagogové myslí, že ženy s MP by si děti neměly pořizovat, že se o ně nedokážou postarat a spíše souhlasí se sterilizací než s tím, aby ženy s MP měly děti. Pedagogové ZŠS mají k této problematice na základě nejčastějších odpovědí striktnější názor než pedagogové ZŠ. Všechny jimi zodpovězené otázky jsou v oblasti rodičovství negativní.

Tabulka 4. Oblast rodičovství žen s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|--------------|-------------|--------------|
| | Modus | |
| 1 | 3 | 2 |
| 6® | 4 | 5 |
| 11® | 5 | 5 |
| 20® | 3 | 5 |
| 25® | 4 | 5 |
| 29® | Vícenásobný | 5 |
| 33 | 4 | 3 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

V oblasti nereproduktivního sexuálního chování se objevují otázky týkající se homosexuality, masturbace a jejího provozování v soukromí. K této oblasti nereproduktivního sexuálního chování u žen s MP mají pedagogové ZŠ i ZŠS jasný postoj. Nejčastější odpovědi ukazují, že pedagogové nepodporují nereproduktivní chování u žen s MP (Tabulka 5). Všechny nejčastější odpovědi pedagogů u otázek týkajících se nereproduktivního chování u žen s MP vypovídají o negativních postojích k této oblasti.

Tabulka 5. Oblast nereproduktivního sexuálního chování u žen s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|--------------|-------------|--------------|
| | Modus | |
| 3 | Vícenásobný | 2 |
| 9 ® | 5 | 5 |
| 12 | 2 | 2 |
| 23 | 2 | 2 |
| 31 | 3 | 3 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

V oblasti sebekontroly se setkáme s otázkami týkajícími se sexuální touhy a jejího tlumení, sexuální stimulace. Pedagogové odpovídali na otázky taktéž negativně. Načež pedagogové ZŠS mají skeptičtější postoj k sebekontrolě žen s MP než pedagogové ZŠ (Tabulka 6).

Tabulka 6. Oblasti sebekontroly sexuality žen s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 8 ® | 4 | 5 |
| 27 ® | 3 | 5 |
| 34 ® | 4 | 5 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

- 4 Spíše souhlasím
- 5 Souhlasím
- 6 Výrazně souhlasím
- ® Reverzně skórované otázky

Porovnání odpovědí pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě žen s MP

Porovnáním odpovědí pedagogů ZŠ a ZŠS (Wilcoxonův test) vznikla statistická významnost u určitých otázek, kterým budeme věnovat pozornost (Tabulka 7).

Otázka č. 3 (Plnoletým ženám s mentálním postižením by mělo být dovoleno žít v homosexuálním vztahu, pokud si to přejí.) a otázka č. 12 (Masturbace v soukromí je akceptovatelná forma sexuálního projevu u žen s mentálním postižením.) poukazuje na odlišné názory pedagogů ZŠ a ZŠS v oblasti nereproduktivního sexuálního chování u žen s MP. Nejčastější odpovědi pedagogů ZŠS u obou otázek byla „nesouhlasím“. V otázce č. 3 pedagogové ZŠ odpovídali nejčastěji více možnostmi a u otázky č. 12 je nejčastější odpověď opět „nesouhlasím“. V nejčastějších odpovědích rozdíl není, můžeme tedy říct, že postoje pedagogů ZŠ a ZŠS se ve výše zmíněných otázkách, které se týkají nereproduktivního sexuálního chování, neliší.

Statisticky významná je otázka č. 20 (Personál poskytující služby a rodiče by měli odrazovat ženy s mentálním postižením od toho, aby měly děti.), s čímž korespondují i nejčastější odpovědi pedagogů. Nejčastější odpověď pedagogů ZŠ pro tuto otázku je „spíše nesouhlasím“, kdežto pedagogové ZŠS nejčastěji odpovídali „souhlasím“. Pedagogové ZŠS by ženy s MP odrazovaly od toho, aby měly děti, zatímco pedagogové ZŠ by je spíše neodrazovali. Otázka č. 26 (Poučení o antikoncepci by mělo být plně k dispozici pro ženy s mentálním postižením, jejichž úroveň umožňuje sexuální aktivitu.) poukazuje na sexuální práva žen s MP. Nejčastějších odpovědí u pedagogů ZŠ bylo více, u pedagogů ZŠS to byla odpověď „nesouhlasím“. Nemůžeme tedy jednoznačně říct, zda se postoje pedagogů k sexuálním právům žen liší.

Obdobné jsou výsledky u otázky č. 30 (Sexuální výchova pro ženy s mentálním postižením by měla být povinná.), která je statisticky významná, ovšem nejčastější odpovědi pedagogů obou typů škol jsou stejné; „nesouhlasím“. Můžeme říct, že pedagogové obou typů základních škol nesouhlasí s povinnou sexuální výchovou na škole.

Tabulka 7. Postoje pedagogů k ženské sexualitě na ZŠ a ZŠ speciální

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální | Z | p |
|--------------|-------------|--------------|--------|-------|
| | Modus | | | |
| 1 | 3 | 2 | 1,402 | 0,161 |
| 2 | 2 | 2 | -1,103 | 0,302 |
| 3 | Vícenásobný | 2 | -2,196 | 0,028 |
| 4 | 4 | 5 | 0,010 | 0,993 |
| 5 ® | 5 | 5 | 0,076 | 0,940 |
| 6 ® | 4 | 5 | -1,418 | 0,156 |
| 7 | 2 | 2 | -1,422 | 0,155 |
| 8 ® | 4 | 5 | -0,227 | 0,820 |
| 9 ® | 5 | 5 | 0,806 | 0,420 |
| 10 ® | 5 | 5 | 0,256 | 0,798 |
| 11 ® | 5 | 5 | -1,538 | 0,124 |
| 12 | 2 | 2 | -2,428 | 0,015 |
| 13 ® | 5 | 5 | 1,621 | 0,105 |
| 14 | 3 | 4 | -1,259 | 0,208 |
| 15 ® | 4 | 4 | 1,084 | 0,278 |
| 16 | 2 | 2 | -0,862 | 0,389 |
| 17 ® | 2 | 2 | -1,250 | 0,211 |
| 18 | 2 | 2 | -1,459 | 0,145 |
| 19 ® | 4 | 5 | -1,214 | 0,225 |
| 20 ® | 3 | 5 | -1,992 | 0,046 |
| 21 | 4 | 5 | -0,158 | 0,875 |
| 22 | Vícenásobný | 2 | 0,751 | 0,453 |
| 23 | 2 | 2 | -0,936 | 0,349 |
| 24 | 2 | 2 | -1,455 | 0,146 |
| 25 ® | 4 | 5 | -0,723 | 0,470 |
| 26 | Vícenásobný | 2 | -2,214 | 0,027 |
| 27 ® | 3 | 5 | -1,327 | 0,184 |
| 28 | 4 | 4 | 0,862 | 0,389 |
| 29 ® | Vícenásobný | 5 | -0,918 | 0,389 |

| | | | | |
|------|---|---|--------|-------|
| 30 | 2 | 2 | -1,918 | 0,055 |
| 31 | 3 | 3 | -1,520 | 0,129 |
| 32 ® | 4 | 5 | 0,093 | 0,926 |
| 33 | 4 | 3 | 1,523 | 0,127 |
| 34 ® | 4 | 5 | -1,762 | 0,078 |
| 35 | 2 | 2 | 0,065 | 0,948 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

5.1.2 Postoje pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě mužů s mentálním postižením

V otázkách oblasti sexuálních práv mužů s MP odpovídali pedagogové ZŠ a ZŠS negativně (Tabulka 8). Znamená to, že jejich postoj například není nekloněn k sexuální výchově, podpoře vztahů osob s MP, právu na manželství.

Tabulka 8. Oblasti sexuálních práv mužů s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 2 | 2 | 2 |
| 5 ® | 5 | 5 |
| 10® | 5 | 5 |
| 13® | 5 | 5 |
| 15® | 4 | 4 |
| 16 | 2 | 2 |
| 17® | 2 | Vícenásobný |
| 18 | 2 | 2 |
| 19® | 4 | 5 |
| 22 | 2 | 2 |
| 26 | 2 | 2 |

| | | |
|------------|-------------|-------------|
| 28 | 4 | 4 |
| 32® | Vícenásobný | Vícenásobný |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Postoj pedagogů ZŠ a ZŠS k rodičovství u mužů s MP je taktéž spíše nepodporující. Pedagogové obou druhů škol mají negativní postoje k početí dítěte, výchově dětí muži s MP a spíše kladný ke sterilizaci mužů s MP (Tabulka 9). O něco méně podporující postoj můžeme vidět u pedagogů ZŠS.

Tabulka 9. Oblasti rodičovství mužů s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|--------------|-------------|--------------|
| | Modus | |
| 1 | 4 | 3 |
| 6® | 4 | 5 |
| 11® | 4 | 5 |
| 20® | Vícenásobný | 3 |
| 25® | 4 | 5 |
| 29® | 4 | 5 |
| 33 | 4 | Vícenásobný |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

V oblasti nereproduktivního sexuálního chování jsou nejčastější odpovědi pedagogů ZŠ a ZŠS negativní. Pedagogové z obou typů škol nepodporují soužití mužů s MP v homosexuálním vztahu, správnou výuku masturbace v sexuální výchově a její provozování v soukromí (Tabulka 10).

Tabulka 10. Oblasti nereproduktivního sexuálního chování u mužů s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 3 | 2 | 2 |
| 9 ® | 5 | 5 |
| 12 | 2 | 2 |
| 23 | 2 | 2 |
| 31 | 3 | 3 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Odpovědi pedagogů v oblasti sebekontroly u mužů s MP jsou u pedagogů ZŠS negativnější než u pedagogů ZŠ. U obou druhů škol jsou však negativní. Můžeme tedy říct, že pedagogové považují muže s MP za snadněji sexuálně stimulovatelné či si myslí, že muži s MP mají silnější sexuální pocity než muži bez MP (Tabulka 11).

Tabulka 11. Oblasti sebekontroly sexuality mužů s MP

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 8 ® | 4 | 5 |
| 27 ® | 3 | 5 |
| 34 ® | 4 | 5 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Porovnání odpovědí pedagogů základních škol a základních škol speciálních k sexualitě mužů s MP

Tabulka 12 komparuje odpovědi pedagogů ZŠ a ZŠS na sexualitu mužů s MP.

Otázka č. 3 (Plnoletým mužům s mentálním postižením by mělo být dovoleno žít v homosexuálním vztahu, pokud si to přejí.) a č. 31 (Masturbace by se měla být vyučována jako přijatelná forma sexuálního vyjádření v kurzu sexuální výchovy pro muže s mentálním postižením.) hodnotí postoj k nereproduktivnímu sexuálnímu chování. Obě otázky nabývají statistické významnosti, což ovšem nepotvrzuje modus, který je v každé otázce stejný pro ZŠ a ZŠS. Nejčastější odpovědi pro otázku č. 3 je „nesouhlasím“ a pro otázku č. 31 „spíše nesouhlasím“. Z toho vyplývá, že pedagogové ZŠ i ZŠS mají spíše negativní postoj k nereproduktivnímu sexuálnímu chování mužů s MP. Což nám potvrzuje výše zmíněný celkový negativní postoj k oblasti nereproduktivního sexuálního chování mužů s MP.

Otázka č. 19 (Chráněné bydlení nebo zařízení pro dospělé s mentálním postižením by měly být buď mužské nebo ženské, ne smíšené.) vykazuje rozdíly statistickou významností i nejčastějšími odpověďmi. Pedagogové ZŠ odpovídali nejčastěji „spíše souhlasím“, pedagogové ZŠS „souhlasím“. Pedagogové všech ZŠ jsou pro segregované chráněné bydlení pro muže s MP. Rozdíl mezi odpověďmi pedagogů ZŠ a ZŠS je, avšak ne zcela významný, jelikož jsou nejčastější odpovědi pedagogů z obou druhů škol pozitivního rázu.

Otázka č. 20 (Personál poskytující služby a rodiče by měli odrazovat muže s mentálním postižením od toho, aby měli děti.) je statisticky významná, ovšem nejčastější odpovědi jsou u pedagogů ZŠ vícenásobné a u pedagogů ZŠS je nejčastější odpověď „spíše nesouhlasím“. Nemůžeme tedy jasně určit rozdíly v postojích.

Tabulka 12. Postoje pedagogů k mužské sexualitě na ZŠ a ZŠ speciální

| Číslo otázky | ZŠ | ZŠ speciální | Z | p |
|----------------|-------|--------------|--------|-------|
| | Modus | | | |
| 1 | 4 | 3 | 1,061 | 0,289 |
| 2 | 2 | 2 | -0,089 | 0,929 |
| 3 | 2 | 2 | -2,066 | 0,039 |
| 4 | 5 | 5 | -0,028 | 0,978 |
| 5 [®] | 5 | 5 | 0,241 | 0,810 |
| 6 [®] | 4 | 5 | -1,103 | 0,270 |
| 7 | 2 | 2 | 0,465 | 0,642 |

| | | | | |
|------|-------------|-------------|--------|-------|
| 8 ® | 4 | 5 | -1,023 | 0,306 |
| 9 ® | 5 | 5 | -0,445 | 0,657 |
| 10 ® | 5 | 5 | -0,123 | 0,902 |
| 11 ® | 4 | 5 | -1,807 | 0,071 |
| 12 | 2 | 2 | -1,269 | 0,204 |
| 13 ® | 5 | 5 | 1,165 | 0,244 |
| 14 | 4 | 4 | -0,842 | 0,399 |
| 15 ® | 4 | 4 | -0,065 | 0,948 |
| 16 | 2 | 2 | -1,099 | 0,272 |
| 17 ® | 2 | Vícenásobný | -1,809 | 0,070 |
| 18 | 2 | 2 | 0,074 | 0,941 |
| 19 ® | 4 | 5 | -1,955 | 0,051 |
| 20 ® | Vícenásobný | 3 | -2,585 | 0,010 |
| 21 | Vícenásobný | 5 | 0,510 | 0,610 |
| 22 | 2 | 2 | 1,862 | 0,063 |
| 23 | 2 | 2 | 0,130 | 0,897 |
| 24 | 3 | 2 | 0,074 | 0,941 |
| 25 ® | 4 | 5 | -0,676 | 0,499 |
| 26 | 2 | 2 | -0,510 | 0,610 |
| 27 ® | 3 | 5 | -1,844 | 0,065 |
| 28 | 4 | 4 | 0,195 | 0,846 |
| 29 ® | 4 | 5 | -0,778 | 0,436 |
| 30 | 2 | 2 | -1,306 | 0,191 |
| 31 | 3 | 3 | -2,027 | 0,043 |
| 32 ® | Vícenásobný | Vícenásobný | 0,269 | 0,788 |
| 33 | 4 | Vícenásobný | 0,928 | 0,353 |
| 34 ® | 4 | 5 | -1,705 | 0,088 |
| 35 | Vícenásobný | 2 | 0,078 | 0,938 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

5.2 Postoje pedagogů středních škol a středních škol praktických k sexualitě mužů a žen s mentálním postižením

Postoje pedagogů středních škol (SŠ) a středních škol s oborem vzdělání praktická škola (SŠ-OVPŠ) rovněž dělíme do 4 oblastí: sexuální práva, rodičovství, nereproduktivní sexuální chování a sebekontrola. Definujeme postoje pedagogů k těmto oblastem.

5.2.1 Postoje pedagogů středních škol a středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě žen s mentálním postižením

Oblast sexuálních práv žen s MP hodnotí pedagogové SŠ-OVPŠ spíše negativně. Postoj pedagogů SŠ k sexuálním právům žen s MP lze obtížněji určit na základě vícenásobných odpovědí u 4 otázek z této oblasti. Z tabulky můžeme usoudit, že postoj pedagogů obou druhů škol je mírně negativní a lehce nerozhodný (Tabulka 13).

Tabulka 13. Oblasti sexuálních práv žen s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------------|--------------|
| | Modus | |
| 2 | 2 | 2 |
| 5® | Vícenásobný | 5 |
| 10® | Vícenásobný | 5 |
| 13® | Vícenásobný | 5 |
| 15® | 4 | 3 |
| 16 | 2 | 2 |
| 17® | 2 | 3 |
| 18 | 2 | 3 |
| 19® | Vícenásobný | 4 |
| 22 | 2 | 3 |
| 26 | 2 | Vícenásobný |
| 28 | 5 | 4 |
| 32® | 3 | 4 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

- 4 Spíše souhlasím
- 5 Souhlasím
- 6 Výrazně souhlasím
- ® Reverzně skórované otázky

Pedagogové SŠ i SŠ-OVPS mají spíše kladný postoj k rodičovství žen s MP. Z odpovědí však víme, že nejčastější odpovědi jsou převážně „spíše souhlasím“ a „spíše nesouhlasím“, není v nich tedy jistota odpovědi. Přesto můžeme říct, že pedagogové obou druhů škol jsou spíše toho názoru, že ženy s MP mohou se správnou podporou vychovávat děti, mají spíše negativní postoj k jejich sterilizaci (Tabulka 14).

Tabulka 14. Oblasti rodičovství žen s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------------|--------------|
| | Modus | |
| 1 | 4 | 4 |
| 6® | 3 | 3 |
| 11® | 4 | Vícenásobný |
| 20® | 2 | 3 |
| 25® | Vícenásobný | 4 |
| 29® | 3 | 3 |
| 33 | 3 | 4 |

Legenda:

- 1 Výrazně nesouhlasím
- 2 Nesouhlasím
- 3 Spíše nesouhlasím
- 4 Spíše souhlasím
- 5 Souhlasím
- 6 Výrazně souhlasím
- ® Reverzně skórované otázky

Naopak k nereproduktivnímu sexuálnímu chování pedagogové obou druhů škol shodně zaujímají negativní postoj ve všech otázkách v této oblasti. Nepodporují tedy homosexuální chování žen s MP, masturbaci, její nácvik a provozování v soukromí (Tabulka 15).

Tabulka 15. Oblasti nereproduktivního sexuálního chování u žen s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 3 | 2 | 2 |
| 9 ® | 4 | 5 |
| 12 | 2 | 2 |
| 23 | 2 | 2 |
| 31 | 3 | 3 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Postoje pedagogů SŠ a SŠ-OVPŠ se v oblasti sebekontroly u žen s MP rozcházejí. Pedagogové SŠ-OVPŠ mají spíše negativní postoj, zatímco pedagogové SŠ jsou spíše pozitivní. Názory pedagogů se rozcházejí v postoji k sexuálním touhám a jejich tlumení či sexuální stimulovatelnosti (Tabulka 16).

Tabulka 16. Oblasti sebekontroly sexuality žen s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------------|--------------|
| | Modus | |
| 8 ® | 3 | 4 |
| 27 ® | Vícenásobný | 4 |
| 34 ® | 3 | 4 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Porovnání odpovědí pedagogů středních škol a středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě žen s MP

Otázky č. 5 (Ženy s mentálním postižením mají menší zájem o sex než ostatní ženy.), č. 13 (Ženy s mentálním postižením mají typicky méně sexuálních zájmů než ostatní ženy) a č. 16 (Sexuální výchova u žen s mentálním postižením má cennou roli jako jejich ochrana před sexuálním zneužíváním.) by měly na základě statistické významnosti vykazovat rozdíly v postojích pedagogů SŠ a SŠ-OVPS. V otázce č. 5 a č. 13 lze rozdíly hůře určit, protože u pedagogů SŠ jsou odpovědi v obou otázkách vícenásobné. V otázce č. 16 jsou nejčastější odpovědi obou skupin pedagogů stejné - „nesouhlasím“. Nejčastější odpovědi pedagogů tady rozdíly v postojích zcela nepotvrzují. Všechny statisticky významné otázky se týkají oblasti sexuálních práv žen s MP a, jak je zmíněno výše, pedagogové obou druhů škol mají k této oblasti spíše negativní postoj (Tabulka 17).

Tabulka 17. Postoje pedagogů k ženské sexualitě na SŠ a SŠ praktické

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická | Z | p |
|--------------|-------------|--------------|--------|-------|
| | Modus | | | |
| 1 | 4 | 4 | -0,883 | 0,377 |
| 2 | 2 | 2 | -0,226 | 0,821 |
| 3 | 2 | 2 | -0,000 | 1,000 |
| 4 | 3 | 5 | -1,419 | 0,156 |
| 5 ® | Vícenásobný | 5 | -2,747 | 0,006 |
| 6 ® | 3 | 3 | -0,330 | 0,741 |
| 7 | 2 | Vícenásobný | -0,930 | 0,352 |
| 8 ® | 3 | 4 | -0,982 | 0,326 |
| 9 ® | 4 | 5 | -1,223 | 0,221 |
| 10 ® | Vícenásobný | 5 | -0,504 | 0,614 |
| 11® | 4 | Vícenásobný | -1,429 | 0,153 |
| 12 | 2 | 2 | 0,281 | 0,779 |
| 13 ® | Vícenásobný | 5 | -2,511 | 0,012 |
| 14 | 4 | 3 | 0,991 | 0,322 |
| 15 ® | 4 | 3 | 2,910 | 0,004 |
| 16 | 2 | 2 | 0,660 | 0,509 |
| 17 ® | 2 | 3 | -0,687 | 0,492 |

| | | | | |
|------|-------------|-------------|--------|-------|
| 18 | 2 | 3 | 0,017 | 0,987 |
| 19 ® | Vícenásobný | 4 | -1,898 | 0,058 |
| 20 ® | 2 | 3 | -0,103 | 0,918 |
| 21 | 3 | 4 | -0,990 | 0,322 |
| 22 | 2 | 3 | 0,148 | 0,882 |
| 23 | 2 | 2 | 1,395 | 0,163 |
| 24 | 2 | 3 | -0,310 | 0,757 |
| 25 ® | Vícenásobný | 4 | -0,660 | 0,509 |
| 26 | 2 | Vícenásobný | 0,875 | 0,382 |
| 27 ® | Vícenásobný | 4 | -1,095 | 0,273 |
| 28 | 5 | 4 | 1,436 | 0,151 |
| 29 ® | 3 | 3 | -0,775 | 0,438 |
| 30 | 2 | 2 | -0,644 | 0,520 |
| 31 | 3 | 3 | 0,000 | 1,000 |
| 32 ® | 4 | 4 | -0,924 | 0,355 |
| 33 | 3 | 4 | -0,528 | 0,597 |
| 34 ® | 3 | 4 | -0,171 | 0,865 |
| 35 | Vícenásobný | 2 | 0,482 | 0,630 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Statistickou významnost (0,015) otázky č. 5 (Muži s mentálním postižením mají menší zájem o sex než ostatní muži.) zčásti potvrzují nejčastější odpovědi pedagogů SŠ. U pedagogů SŠ byla nejčastější odpověď „spíše souhlasím“ a u pedagogů SŠ-OVPS „souhlasím“. Můžeme tedy říct, že rozdíl v odpovědích byl, ovšem pedagogové z obou druhů škol si spíše myslí, že muži s MP mají menší zájem o sex než ostatní muži.

5.2.2 Postoje pedagogů středních škol a středních škol s oborem praktická škola k sexualitě mužů s mentálním postižením

Pedagogové SŠ a SŠ.OVPŠ jsou spíše negativnějšího názoru v oblasti sexuálních práv mužů s MP. Podle nejčastějších odpovědí můžeme pozorovat negativnější postoje u pedagogů SŠ-OVPŠ (Tabulka 18).

Tabulka 18. Oblasti sexuálních práv mužů s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 2 | 3 | 2 |
| 5® | 4 | 5 |
| 10® | 5 | 5 |
| 13® | 3 | 5 |
| 15® | 4 | 4 |
| 16 | 2 | 2 |
| 17® | 3 | 3 |
| 18 | 2 | 2 |
| 19® | 2 | 4 |
| 22 | 2 | 3 |
| 26 | 2 | 1 |
| 28 | 4 | 5 |
| 32® | 4 | 4 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

V oblasti rodičovství u mužů s MP jsou pedagogové SŠ i SŠ-OVPŠ nerozhodní. Nejčastější odpovědi ukazují, že ani u jedné skupiny pedagogů výrazně nepřevažuje negativní nebo pozitivní názor na rodičovství mužů s MP (Tabulka 19).

Tabulka 19. Oblasti rodičovství mužů s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 1 | 4 | 4 |
| 6® | 4 | 4 |
| 11® | 4 | 5 |
| 20® | 2 | 3 |
| 25® | 4 | 4 |
| 29® | 3 | 3 |
| 33 | 3 | 4 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

V oblasti nereproduktivního sexuálního chování jsou pedagogové obou druhů škol jasně negativní. Nepodporují tedy homosexuální vztahy mužů s MP, ani masturbaci, její nácvik a provozování v soukromí (Tabulka 20).

Tabulka 20. Oblasti nereproduktivního sexuálního chování u mužů s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 3 | 2 | Vícenásobný |
| 9® | 5 | 5 |
| 12 | 2 | 2 |
| 23 | 2 | 2 |
| 31 | 3 | 2 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Na oblast sebekontroly mají pedagogové SŠ a SŠ-OVPŠ opačný názor. Pedagogové středních škol si myslí, že sexuální touhy a pocity mužů s MP jsou srovnatelné s ostatními muži, s čímž pedagogové SŠ-OVPŠ nesouhlasí (Tabulka 21). Z nejčastějších odpovědí pedagogů obou druhů škol můžeme usoudit nepříliš jisté odpovědi („spíše souhlasím“, „spíše nesouhlasím“), které se pohybují kolem středu hodnocení.

Tabulka 21. Oblasti sebekontroly sexuality mužů s MP

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická |
|--------------|-------|--------------|
| | Modus | |
| 8 ® | 3 | 4 |
| 27 ® | 3 | Vícenásobný |
| 34 ® | 3 | 4 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

Porovnání odpovědí pedagogů středních škol a středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě mužů s MP

Statisticky významné z Wilcoxonova testu vyšly otázky č. 13, č. 15 a č. 19. V otázce č. 13 (Muži s mentálním postižením mají typicky méně sexuálních zájmů než ostatní muži.) se vyskytují větší rozdíly na základě statistické významnosti i na základě srovnání modusu.

Nejčastější odpovědí pedagogů SŠ bylo „spíše nesouhlasím“, zatímco pedagogové SŠ-OVPŠ na tuto otázku nejčastěji odpovídali „souhlasím“. Z toho plyne, že pedagogové SŠ-OVPŠ si myslí, že muži s MP mají méně sexuálních zájmů než ostatní muži. Zatímco pedagogové SŠ si spíše myslí, že zájmy mužů s MP a bez MP jsou srovnatelné.

V otázce č. 15 (Muži s mentálním postižením nejsou schopni rozvíjet a udržet emocionálně intimní vztah s partnerkou.) odpovídali obě skupiny pedagogů stejně, a to „spíše souhlasím“. Obě skupiny mají za to, že muži s MP spíše nejsou schopni udržet a rozvíjet emocionálně intimní vztah s partnerkou.

U otázky č. 19 (Chráněné bydlení nebo zařízení pro dospělé s mentálním postižením by měly být buď mužské, nebo ženské, ne smíšené.) se vyskytují rozdílné odpovědi u obou skupin pedagogů. Středoškolská pedagogové nejčastěji odpovídali „nesouhlasím“, zatímco pedagogové

SŠ-OVPŠ odpovídali „spíše souhlasím“. Středoškolští pedagogové, oproti těm ze SŠ-OVPŠ, si myslí že, by chráněné bydlení mělo být koedukované, ne ženské nebo mužské.

Všechny výše zmíněné otázky jsou zařazeny do oblasti sexuálních práv a většina z nich potvrzuje výše zmíněné postoje pedagogů SŠ a SŠ-OVPŠ k sexuálním právům mužů s MP (Tabulka 22).

Tabulka 22. Postoje pedagogů k mužské sexualitě na SŠ a SŠ praktické

| Číslo otázky | SŠ | SŠ praktická | Z | p |
|-----------------|-------|--------------|--------|-------|
| | Modus | | | |
| 1 | 4 | 4 | 1,705 | 0,088 |
| 2 | 3 | 2 | -1,171 | 0,242 |
| 3 | 2 | Vícenásobný | -0,347 | 0,729 |
| 4 | 5 | 4 | -0,742 | 0,458 |
| 5 [®] | 4 | 5 | 2,431 | 0,015 |
| 6 [®] | 4 | 4 | -0,545 | 0,586 |
| 7 | 3 | 4 | -1,041 | 0,299 |
| 8 [®] | 3 | 4 | -0,908 | 0,364 |
| 9 [®] | 5 | 5 | 0,297 | 0,766 |
| 10 [®] | 5 | 5 | -0,276 | 0,783 |
| 11 [®] | 4 | 5 | -1,223 | 0,221 |
| 12 | 2 | 2 | -0,033 | 0,974 |
| 13 [®] | 3 | 5 | 2,209 | 0,027 |
| 14 | 4 | Vícenásobný | 1,553 | 0,121 |
| 15 [®] | 4 | 4 | 2,790 | 0,005 |
| 16 | 2 | 2 | 1,089 | 0,276 |
| 17 [®] | 3 | 3 | 1,103 | 0,270 |
| 18 | 2 | 3 | -0,743 | 0,458 |
| 19 [®] | 2 | 4 | -2,153 | 0,031 |
| 20 [®] | 2 | 3 | -0,794 | 0,330 |
| 21 | 4 | 5 | -0,891 | 0,373 |
| 22 | 2 | 3 | -0,448 | 0,654 |
| 23 | 2 | 2 | -0,086 | 0,931 |
| 24 | 2 | 3 | -0,448 | 0,654 |

| | | | | |
|------|-------------|-------------|--------|-------|
| 25 ® | 4 | 4 | -0,594 | 0,552 |
| 26 | 2 | 1 | 0,630 | 0,528 |
| 27 ® | 3 | Vícenásobný | -1,605 | 0,108 |
| 28 | 4 | 5 | 1,452 | 0,146 |
| 29 ® | 3 | 3 | -0,809 | 0,419 |
| 30 | 2 | 3 | -0,231 | 0,817 |
| 31 | 3 | 2 | 1,172 | 0,241 |
| 32 ® | 4 | 4 | -0,051 | 0,961 |
| 33 | 3 | 4 | -0,759 | 0,448 |
| 34 ® | 3 | 4 | -1,076 | 0,282 |
| 35 | Vícenásobný | 3 | 0,446 | 0,658 |

Legenda:

1 Výrazně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Spíše souhlasím

5 Souhlasím

6 Výrazně souhlasím

® Reverzně skórované otázky

5.3 Postoje pedagogů k sexualitě mužů a žen s mentálním postižením

Výsledky Wilcoxonova párového testu ukazují, že odpovědi všech 90 pedagogů jsou statisticky významné v otázkách č. 5 a č. 14. To znamená, že postoje k mužské sexualitě a ženské sexualitě se u všech pedagogů lišily v těchto dvou otázkách. V otázce č. 5, $p < 0,026$, (Muži s mentálním postižením mají menší zájem o sex než ostatní muži. Ženy s mentálním postižením mají menší zájem o sex než ostatní ženy.) se odpovědi lišily u 35,5% pedagogů. Ze znaménkového testu víme, že 68% těchto pedagogů (35,5%) odpovídalo nižší hodnotou na sexualitu žen s MP než na sexualitu mužů s MP. Z toho plyne, že postoj pedagogů je pozitivnější k právům na sex u žen s MP než u mužů s MP. Podle všech pedagogů je zájem o sex u žen s MP a u žen bez MP podobnější a srovnatelnější než zájem o sex u mužů s MP a bez MP.

Rozdílné odpovědi se objevily i v otázce č. 14, $p < 0,001$, (Ženy s mentálním postižením jsou obecně schopny odlišit mezi sexuálními myšlenkami a sexuálním jednáním. Muži s mentálním postižením jsou obecně schopni odlišit mezi sexuálními myšlenkami a sexuálním jednáním.). Z celkového počtu 90 pedagogů jich 31% odpovědělo rozdílně. 62,5% z nich (31%)

odpovědělo nižší hodnotou na ženskou sexualitu. Na základě odpovědí pedagogů můžeme tedy říct, že muži s MP spíše dokáží rozlišit sexuální myšlenky a sexuální chování než ženy s MP.

Postoje pedagogů základních škol k sexualitě mužů a sexualitě žen s MP

Na ZŠ odpovědělo 31% z 16 pedagogů rozdílně u otázky č. 24, $p < 0,043$, (Pokud je to možné, muži s MP by měli být zapojeni do rozhodnutí o jejich sterilizaci. Pokud je to možné, ženy s MP by měly být zapojeny do rozhodnutí o jejich sterilizaci.). Všechny 31% pedagogů odpovědělo negativněji pro ženskou sexualitu než pro mužskou, což potvrzuje i nejvíce se vyskytovaná odpověď (modus) pro tuto otázku; pro mužskou sexualitu je to „spíše nesouhlasím“ a pro ženskou „nesouhlasím“. Z toho vyplývá, že pedagogové ZŠ by do rozhodování osoby s MP nezapojili, avšak výsledek vyšel mírně pozitivněji pro muže s MP.

U otázky č. 26, $p < 0,043$, (Poučení o antikoncepci by mělo být plně k dispozici pro muže s mentálním postižením, jejichž úroveň umožňuje sexuální aktivitu. Poučení o antikoncepci by mělo být plně k dispozici pro ženy s mentálním postižením, jejichž úroveň umožňuje sexuální aktivitu.) odpovědělo rozdílně 31% pedagogů. Všichni z nich (100%) odpověděli negativněji na ženskou sexualitu. Můžeme tedy říct, že pedagogové ZŠ by spíše umožnili poučení o antikoncepci mužům s MP než ženám s MP.

Postoje pedagogů základních škol speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s MP

Pedagogové ZŠS odpovídali rozdílně na otázky č. 6, č. 11 a č. 14.

13% z 39 pedagogů ZŠS odpovídalo rozdílně na otázku č. 6, $p < 0,043$, (Když se muži s mentálním postižením ožení, mělo by jim být právně zakázáno mít děti. Když se ženy s mentálním postižením vdají, mělo by jim být právně zakázáno mít děti.). Z výsledku znaménkového testu víme, že všechny 31% pedagogů ZŠS odpovídalo vyšší hodnotou pro ženy s MP než pro muže s MP. To znamená, že třetina pedagogů ZŠS jsou toho názoru, že po svatbě by ženám s MP mělo být právně zakázáno mít děti.

31% z 39 pedagogů ZŠS odpovědělo rozdílně v otázce č. 11, $p < 0,028$, (Mužům s mentálním postižením by mělo být povoleno oženit se za předpokladu, že buď oni, nebo jejich partnerky byli sterilizováni. Ženám s mentálním postižením by mělo být povoleno vdát se za předpokladu, že buď ony, nebo jejich partneři byli sterilizováni.) Z těchto 31% pedagogů jich 83% odpovědělo nižší hodnotou pro ženy s MP. Z toho můžeme vyvodit, že necelá třetina pedagogů ZŠS má kladný názor na sterilizaci v souvislosti s rodičovstvím žen s MP.

Taktéž 31% pedagogů z 39 odpovědělo odlišně v otázce č. 14, $p < 0,034$ (Muži s mentálním postižením jsou obecně schopni odlišit mezi sexuálními myšlenkami a sexuálními

jednáním. Ženy s mentálním postižením jsou obecně schopny odlišit mezi sexuálními myšlenkami a sexuálním jednáním.). 83% z nich (31%) volili nižší hodnotu pro ženy s MP než pro muže s MP. Z toho vyplývá, že podle pedagogů ZŠS muži s MP spíše dokáží rozlišit sexuální chování a sexuální jednání než ženy s MP.

Postoje pedagogů středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě mužů a k sexualitě žen s MP

Z výsledků Wilcoxonova párového testu jsem dále zjistila, že středoškolští pedagogové mají různý postoj k sexuálním právům mužů a žen s MP. Odlišnost v odpovědích je u otázky č. 17, $p < 0,043$, (Sexuální zdraví je obecně velká problémová oblast managementu a péče o ženy s mentálním postižením. Sexuální zdraví je obecně velká problémová oblast managementu a péče o muže s mentálním postižením.). Modus nám ukazuje, že velký rozdíl v odpovědích nebyl. Nejčastější odpovědí k mužské sexualitě bylo „spíše nesouhlasím“ a pro ženskou „nesouhlasím“. Z toho můžeme vyvodit, že se pedagogové SŠ domnívají, že sexuální zdraví není problémová oblast managementu a péče o ženy s MP a o muže s MP.

Postoje pedagogů středních škol k sexualitě mužů a sexualitě žen s MP

Na středních školách s oborem vzdělání praktická škola jsem nezjistila významné rozdíly v postojích k sexualitě mužů a žen s MP.

5.4 Otázka týkající se sexuální asistence

Vzhledem k aktuální a diskutované problematice sexuální asistence jsem do dotazníku přidala otázku č. 35: „Ženy s mentálním postižením mají právo na využití služby sexuální asistence.“ „Muži s mentálním postižením mají právo na využití služby sexuální asistence.“

Tabulka 23. Nejčastější odpovědi pro otázku č. 35

| | Mužská sexualita | Ženská sexualita |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| | Modus | |
| ZŠ | Vícenásobný (2,3) | 2 |
| ZŠ speciální | 2 | 2 |
| SŠ | Vícenásobný (2,3) | Vícenásobný (2,3) |
| SŠ praktická | 3 | 2 |

Legenda:

ZŠ základní škola
SŠ střední škola
2 Nesouhlasím
3 Spíše nesouhlasím

Na základě nejčastějších odpovědí (Tabulka 23) můžeme konstatovat, že pedagogové nemají příliš pozitivní postoj k využívání sexuální asistence muži a ženami s MP. Pedagogové spíše nesouhlasí s tím, aby službu sexuální asistence využívali jak muži s MP tak i ženy s MP a neobjevují se zde výraznější genderové rozdíly k využití sexuální asistence.

5.5 Poznámky pedagogů na konci dotazníku

Na konci dotazníku jsou volné řádky, kam mohou pedagogové dobrovolně napsat své poznámky k problematice i k samotnému dotazníku. Níže jsou uvedeny poznámky pedagogů v původním znění bez úprav.

„Na některé otázky nelze odpovědět shodně pro oba druhy postižení. Odpověděla bych jinak pro lehké mentální postižení a jinak pro střední.“ (žena, ZŠS)

„Tato problematika je všeobecně méně frekventovaná a lidé s ní mají méně osobních zkušeností.“ (muž, ZŠS)

„Pracuji více než 30 let se žáky s mentálním postižením, mezi nimi jsou však velké rozdíly a nelze je zařadit do jedné skupiny, nebo na ně nahlížet stejně, ať už jde o jakoukoli oblast.“ (žena, ZŠS)

„Otázkou je, „spí-li“ sexualita, zda ji budit. Dle mého názoru spíš ne. Pokud existuje, pracujme s ní.“ (žena, ZŠS)

„Myslím, že je velmi obtížné obecně odpovědět na položené otázky. Vždy záleží na míře postižení, na výchově, na zkušenostech a dalších mnoha faktorech. Stejně tak jako není možné tvrdit obecně o intaktní společnosti, že všichni jsou dobrými rodiči (znám z praxe několik dětí narkomanů, v jejichž případě si myslím, že děti neměli mít nikdy.) Nemyslím si, že by muži s mentálním postižením měli silnější sexuální touhy. Jen je v závislosti na míře postižení, dokáží různě ovládat. Zním muže s lehkým mentálním postižením, kteří vychovávají své děti velice pěkně, ale ve většině případů jsou děti rodičů s mentálním postižením nedostatečně

stimulovány a zanedbávány. To samé, co o mužské si myslím i o ženské sexualitě. Nevidím v tom výraznější rozdíl. Sexuální potřeby jsou součástí jejich osobnosti a je velká chyba je přehlížet.“ (žena, ZŠS)

„Nejednoznačná otázka“ u otázky č. 2, 7, 11 (žena, ZŠ)

„Sexualita je pudová záležitost. Muži s MP ji mají často oprostěnou od sociálních slupek. Mají na ni právo.“ (muž, ZŠS)

„Je rozdíl, zda má žena lehké MP nebo středně těžké. Myslím si, že z hlediska vnímání sexuálních pocitů na MP nezáleží (všichni jsme na tom „stejně“).“ (žena, ZŠS)

„Dle mého názoru je velký rozdíl mezi lehkým a středně těžkým postižením! Jedinci, kteří se neumí postarat ani o sebe nemohou vychovávat plnohodnotné děti. Máme v rodině středně těžce postiženou, je v ústavu sociální péče, je tam moc spokojená, ale určitě si nedovedu představit, že by měla vychovávat své vlastní děti, když je na úrovni dítěte mateřské školky!!!“ (žena, SŠ)

„Jednotlivé stupně MP mají takové odlišnosti ve vnímání a jiných kognitivních dovednostech, že je blbost se takto ptát.“ (žena, SŠ-OVPŠ)

„I v běžné populaci mohou být v sexualitě jednotlivců velké rozdíly. Velké rozdíly mohou být v sexualitě osob s lehkou MR a osob středně těžkou MR.“ (žena, ZŠS)

„Nelze posuzovat osoby s LMP společně s osobami s SMP (středně těžké). Jiný přístup a velký rozdíl mezi ženami s lehkým a středním MP. Žena s LMP by se možná dokázala o dítě postarat, zatímco žena se středním MP se o dítě postarat nedokáže.“ (žena, SŠ-OVPŠ).

„Opravdu může někdo zasvěceně odpovědět na otázku č. 34? (pozn. autora: Ženy s mentálním postižením mají silnější sexuální pocity než ostatní ženy.) (muž, SŠ-OVPŠ)

„Některé otázky se dají těžce zodpovědět např. ot. 22. „Muži s MP mají právo se oženit.“ a ot. 6. „Když se muži s MP ožení, mělo by jim být právně zakázáno mít děti. “ Záleží samozřejmě na jednotlivci a stupni postižení. Jestliže jsou ale nějakým způsobem schopni žít v manželství,

postarat se sami o sebe i o toho druhého....pak i předpokládám, že budou schopni vychovávat děti :-).“ (žena, ZŠ)

„Otázky č. 1, 6, 18, 33 se těžce zodpovídají, záleží vždy na jedinci, druhu a stupni postižení. Občas mi chyběla i odpověď nevím.“ (žena, SŠ-OVPŠ)

„Uvědomme si, že se chovají jako zvířata, tedy adekvátně své hladině IQ, starost o rodinu by tedy byla na úrovni tohoto IQ.“ (žena, ZŠ)

„Mentální postižení je široký pojem, proto je na některé otázky špatně odpovídá.“ (žena, ZŠS)

5.6 Limity výzkumu

Dotazník se zaměřuje na zjištění postojů k sexualitě mužů a žen s MP. Týká se osob s lehkým MP a středně těžkým MP. Při vyplňování dotazníku může nastat situace, kdy by respondent odpověděl na stejnou otázku jinak pro osoby s lehkým MP a jinak pro osoby se středně těžkým MP. Ve skutečnosti jsou mezi jedinci s lehkým MP a středně těžkým MP výrazné rozdíly. Může tedy dojít ke zkreslení odpovědí pedagogů, kdy jeden si například při odpovídání představí osobu s lehkým MP a jiný osobu se středně těžkým MP. Tuto nesnázi dedukujeme i z dobrovolných výpovědí pedagogů na konci dotazníku.

Dalším limitem výzkumu jsou časové možnosti pedagogů. Při elektronickém a telefonickém kontaktu mi hodně ředitelů, popřípadě zástupců ředitele, sdělilo, že týdně obdrží mnoho žádostí o vyplnění dotazníků a nemají tedy čas na vyplňování dalších. S tímto problémem jsem setkala především u škol ve městech. Jelikož výzkum probíhal v období březen-duben 2017, některé školy odmítly účast na výzkumu z důvodu nedostatku času kvůli probíhajícím přijímacím zkouškám a maturitám. Dalším negativním aspektem pro vyplnění dotazníku byl rozsah dotazníku (2 dotazníky, každý 44 otázek) a s tím spojená časová náročnost na vyplnění.

Výzkum probíhal formou vyplňování vytištěného dotazníku. Mnoho ředitelů by uvítalo distribuci a vyplňování dotazníku v elektronické formě. Opět byla důvodem úspora času.

Výzkum disponoval relativně nízkým počtem respondentů. Limitem výzkumu při vyhodnocení výsledků (modus) může být nedostatek pedagogů pro zobecnění získaných charakteristik.

Doporučení pro další výzkum s dotazníkem Attitudes to Sexuality Questionnaire – Individuals with Intellectual Disability

Při další aplikaci dotazníku by bylo rozhodně lepší rozdělit dotazník na 2 části: postoje k sexualitě osob s lehkým MP a postoje k sexualitě osob se středně těžkým MP. Mezi osobami s těmito stupni postižení jsou velké rozdíly v soběstačnosti, inteligenci, samostatnosti, vývoji sexuálního chování a uspokojování, vzdělavatelnosti, schopnosti postarat se o dítě. Uvedlo to i několik pedagogů v poznámkách. Dále by bylo vhodné zařadit do dotazníku možnost neutrální odpovědi. Tato možnost by upřesnila postoj pedagogů, který může být neexistencí této odpovědi zkreslen.

Ideální by bylo realizovat výzkum s větším vzorkem respondentů a menším počtem typů a druhů škol. Zrealizovat výzkum by bylo vhodnější například pouze u pedagogů základních škol, nebo porovnat postoj pedagogů základních škol a postoj pedagogů základních škol speciálních.

6 DISKUZE

Na základě empirického výzkumu a podobných výzkumů týkajících se problematiky sexuality osob s mentálním postižením (MP) lze konstatovat, že ve společnosti stále přetrvává spíše negativní postoj k sexualitě osob s MP. Z toho důvodu jsem zrealizovala výzkum, který zkoumal postoj pedagogů ZŠ a SŠ k sexualitě osob s MP. Pedagogové mají pro správný rozvoj osobnosti jedince s MP, včetně její sexuality, v jejím dospívání a dalším rozvoji velký význam. Je tedy důležité, aby dokázali k problematice sexuality správně a nejednostranně přistupovat. Z důvodu trendu inkluzivního vzdělávání se prakticky všichni pedagogové mohou ve třídě setkat s osobami s MP a jejich sexuálními projevy. Z tohoto hlediska má předložená práce velký význam, neboť monitoruje a porovnává postoje pedagogů ZŠ a SŠ a ZŠ a SŠ pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Ve čtyřech hlavních oblastech jsem zjistila postoje pedagogů základních a středních škol k sexualitě mužů a žen s MP. Negativnější postoj k sexualitě osob s MP, oproti pedagogům SŠ a SŠ-OVPŠ, zauímají pedagogové ZŠ a ZŠS. Tito pedagogové jsou nepodporujícího postoje v oblasti sexuálních práv, rodičovství, nereproduktivního sexuálního chování i sebekontroly osob s MP. Pedagogové rovněž neshledávají jako pozitivum využití možnosti sexuální asistence muži a ženami s MP. Zde vyvstává otázka, z jakého důvodu pedagogové hodnotí sexualitu mužů a žen s MP tímto nepříznivým způsobem.

Prvním důvodem může být bezesporu nedostatek informací a podnětů ke zvyšování povědomí o problematice sexuality osob s MP a s tím spojené předsudky a ostych či nechut se v této problematice vzdělávat. Dalším problémem může být příklon pedagogů k náboženství, které sexualitu do určité míry tabuizuje a pedagog dále neusiluje o vzdělávání se v tomto ohledu. Pro překonání předsudků a myšlenkových stereotypů a odstranění nevědomosti, pedagogů i studentů, je důležitá realizace sexuální výchovy (osvěty) na všech typech a druzích škol, na kterou jsou pedagogové osobnostně, vědomostně a zkušenostně připraveni. Pedagogy lze na výuku sexuální výchovy připravit prostřednictvím kurzů či seminářů. Pedagog realizující sexuální výchovu by měl být stabilní, taktní, trpělivá a otevřená osobnost, která dokáže osobám s MP vysvětlit, co se ve společnosti smí a co naopak patří do soukromí. Systematickým vedením sexuální výchovy jsou jedinci s MP podány informace, které dále formují a kultivují jeho osobnost. Prostřednictvím sexuální výchovy dochází také k prevenci sexuálního zneužívání osob s MP, ale i osobami s MP, protože při nedostatečném vytvoření si svých osobních hranic

a vědomí vlastního těla, může dojít snadněji k jeho zneužití. Osoba s MP se tedy může snadno a nevědomky dostat do role oběti i pachatele.

Sexuální výchova by neměla probíhat jen ve škole, ale její základy by měly být položeny a postupně rozvíjeny už od dětství. V koloběhu narození dítěte s MP a zabezpečováním potřebné podpory mohou být pro rodiče prioritou jiné věci, nicméně výchova k poznávání vlastní sexuality by neměla být opomíjena. S nástupem do školy si dítě s MP nemusí uvědomovat, že některé projevy sexuálního chování do společnosti nepatří. Z důvodu konfrontace se situací spojenou s projevem sexuality osoby s MP či pouhé představě na ni lze dedukovat nepříliš pozitivní postoje k sexualitě osob s MP.

Celkově jsou pedagogové ZŠ a SŠ pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami negativnější než pedagogové základních a středních škol. Tento jev se může pojít s četnějšími zkušenostmi těchto pedagogů s osobami s MP a jejich sexualitou a tudíž dedukcí jejich chování v budoucnosti. Odborníci, kteří pracují s osobami s MP a pomáhají jim se rozhodovat v důležitých životních situacích například rozhodování o manželství, o antikoncepci, o početí dítěte, uvádějí důležitost komunikace s osobami s MP. Negativní výsledky výzkumu mohou tedy být zapříčiněny nedostatečnou interakcí mezi pedagogy a osobami s MP. Pedagogové „neví“, jak osoby s MP prožívají svoji sexualitu, protože se o „tom“ s nimi nemluví a osoby s MP neví o čem mluvit, protože nemají dostatečné povědomí o své sexualitě. Klíčem k úspěchu je především výše zmíněná osvěta pedagogů, jejich vzdělávání v oblasti sexuální výchovy, odtabuizace tématu sexuality osob s MP a schopnost otevřeně mluvit s osobami s MP o jejich sexualitě a problémech s ní spojené.

..

7 ZÁVĚRY

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit postoje pedagogů ZŠ a SŠ k problematice sexuality osob s MP. Z výsledků je patrné, že postoje pedagogů k sexualitě mužů a sexualitě žen s MP v oblastech sexuálních práv, rodičovství, nereproduktivního sexuálního chování a sebekontroly jsou celkově spíše negativní pro muže i pro ženy s MP.

Pedagogové ZŠ a ZŠS se k sexualitě žen s MP vyjadřovali shodně negativně, a to ve všech čtyřech výše zmíněných oblastech. Velké rozdíly v postojích pedagogů těchto dvou druhů školy jsem na základě výzkumu neshledala. Ve výsledcích můžeme pozorovat o něco negativnější postoje pedagogů ZŠS k oblastem rodičovství a sebekontroly než ke stejným oblastem u postojů pedagogů ZŠ. Stejně výsledky jsou i pro oblasti sexuality mužů s MP, tedy lehce negativnější postoje pedagogů ZŠS v oblastech rodičovství a sebekontroly mužů s MP.

Pedagogové SŠ a SŠ-OVPŠ zaujímají k sexualitě žen s MP pozitivnější postoj než pedagogové ZŠ a ZŠS. Pedagogové SŠ se vyjadřovali pozitivně k oblastem rodičovství a nereproduktivního sexuálního chování žen s MP, avšak k oblasti sexuálních práv a sebekontroly žen s MP zaujímali skeptičtější postoj. Pedagogové SŠ-OVPŠ mají neshledávající pozitivně oblast nereproduktivního sexuálního chování a sebekontroly žen s MP. Naopak pozitivně se vyjadřovali k oblasti rodičovství žen s MP. V oblasti sexuálních práv byli pedagogové SŠ-OVPŠ nerozhodní a nepřikláněli se k negativnímu ani pozitivnímu hodnocení této oblasti. Můžeme tedy říct, že postoje pedagogů SŠ a postoje pedagogů SŠ-OVPŠ se liší v oblasti sebekontroly a částečně i v oblasti sexuálních práv žen s MP.

Pedagogové SŠ se vyjadřovali negativně k oblasti sexuálních práv a k oblasti nereproduktivního sexuálního chování mužů s MP. Naopak pozitivní postoj zaujali k oblasti sebekontroly mužů s MP. Neutrální či nerozhodný postoj mají pedagogové SŠ k oblasti rodičovství mužů s MP. Pedagogové SŠ-OVPŠ byli rovněž negativní v oblastech sexuálních práv (více negativní než pedagogové SŠ) a nereproduktivního sexuálního chování a také v oblasti sebekontroly mužů s MP. V oblasti rodičovství mužů s MP se vyjadřovali nerozhodně. Rozdíly v postojích pedagogů SŠ a SŠ-OVPŠ k sexualitě mužů s MP jsou v oblasti sebekontroly.

Z výsledků dedukujeme rozdíly v postojích pedagogů k sexualitě žen a sexualitě mužů s MP. Postoje pedagogů ZŠ k sexualitě mužů a sexualitě žen s MP jsou shodně negativní. Rozdíl jsem shledala pouze v názoru pedagogů na poučení mužů a žen s MP o antikoncepci,

pokud jejich úroveň postižení umožňuje sexuální aktivitu. Poučení o antikoncepci by třetina pedagogů ZŠ umožnila mužům s MP spíše než ženám s MP. Pedagogové ZŠS mají také shodně negativní názor na všechny čtyři oblasti sexuality mužů a sexuality žen s MP. Negativněji se pedagogové vyjadřovali k otázkám sexuality žen s MP; zda má být ženám s MP po svatbě právně zakázáno mít děti a zda ženám má být povoleno se vdát, za předpokladu, že ony nebo jejich partneři byli sterilizováni. Třetina pedagogů ZŠS by ženám s MP po svatbě zakázala mít děti a povolila jim svatbu za předpokladu jejich nebo partnerovy sterilizace. Taktéž negativněji se vyjadřovali pedagogové ZŠS v otázce rozlišení mezi sexuálními myšlenkami a sexuálním chováním u žen s MP. Třetina pedagogů ZŠS si myslí, že ženy s MP nedokáží rozlišit mezi sexuálními myšlenkami a sexuálním chováním.

Pedagogové SŠ mají na sexualitu mužů a sexualitu žen s MP téměř stejný názor. Jejich postoj se liší pouze v oblasti rodičovství, kde pro sexualitu mužů s MP pedagogové odpovídali nerozhodně a pro sexualitu žen s MP pozitivně.

Postoje pedagogů SŠ-OVPS k sexualitě mužů a sexualitě žen s MP jsou rozdílné v oblastech sexuálních práv a rodičovství. V oblasti sexuálních práv žen s MP jsou pedagogové nerozhodní, zatímco v té samé oblasti u mužů s MP jsou výrazně negativní. Rodičovství žen s MP by pedagogové SŠ-OVPS podpořili, zatímco u rodičovství mužů s MP si nejsou jisti.

8 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá postoji pedagogů základních a středních škol k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením. Cíle práce specifikují a porovnávají postoje pedagogů základních škol s postoji pedagogů základních škol speciálních k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením, postoje pedagogů středních škol s postoji pedagogů středních škol s oborem vzdělání praktická škola k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením. Posledním dílčím cílem bylo porovnat postoje všech pedagogů k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením (postoje k sexualitě z hlediska genderu).

Přehled poznatků se zabývá současnou problematikou sexuality osob s mentálním postižením a jejími projevy, sexuální výchovou, plánování rodičovství, sexuálním zneužíváním osob s mentálním postižením. Komparuje a analyzuje informace z odborných publikací, z aktuálních tuzemských i zahraničních výzkumů, video záznamů, filmů.

V empirické části práce byly zpracovány odpovědi z dotazníků (Attitudes to Sexuality Questionnaire) od 90 pedagogů z 15 škol z měsíců března a dubna roku 2017, kdy výzkum na školách probíhal.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že pedagogové všech škol nahlíží na sexualitu mužů a sexualitu žen s mentálním postižením spíše negativně. Při vyhodnocení výzkumu byly otázky rozděleny do čtyř kategorií: sexuální práva, rodičovství, nereproduktivní sexuální chování a sebekontrola. Pedagogové základních škol a základních škol speciálních hodnotili všechny oblasti sexuality shodně negativně. Pedagogové středních škol však mají pozitivní postoj k oblasti sebekontroly u mužů i u žen s mentálním postižením a k oblasti rodičovství u žen s mentálním postižením. Pedagogové středních škol s oborem vzdělání praktická škola hodnotili pozitivně pouze oblast rodičovství žen s mentálním postižením. Ostatní oblasti hodnotí tito pedagogové rovněž negativně. Z hlediska genderu nejsou v postojích pedagogů k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením výrazné odlišnosti.

Z výzkumu víme, že většina pedagogů základních a středních škol má negativní postoj k sexualitě mužů a sexualitě žen s mentálním postižením. Jejich postoj může být zapříčiněn neinformovaností, nedostatkem komunikace, předsudky a stereotypním myšlením, vlastnostmi osobnosti, popřípadě dalšími faktory. Pro pedagogy je důležité mít kladný nebo neutrální postoj k dané problematice, průběžně se vzdělávat a rozvíjet se, mít přehled o aktuálním dění a trendech mezi které v dnešní době patří právě sexualita osob s mentálním postižením.

9 SUMMARY

The master thesis deals with teachers' attitudes towards the sexuality of men and women with intellectual disability in elementary and high school. The goals specify and compare the attitudes of teachers in elementary schools and elementary schools for children with intellectual disability, as well as the attitudes of teachers in high schools and high schools for children with intellectual disability. The last partial goal was to compare the attitudes all teachers towards the sexuality of men and women with intellectual disability (according to gender).

The theoretical part of the thesis analyses present problematics of sexuality in people with intellectual disability, sex education, their behavioural exhibitions, planning parenthood and the sexual abuse of the people with intellectual disability. The thesis compares and analyses the information in scholarly publications, in current domestic and foreign research, videos and films.

The answers were processed in the empirical part of the questionnaire (Attitudes to Sexuality Questionnaire) from 90 teachers from 15 schools in March and April of 2017, when the research was running.

The results show that the teachers have negative attitudes towards the sexuality of men and women with intellectual disability. In the evaluation the questions were divided into 4 sections: sexual rights, parenting, non-reproductive sexual behaviour and self-control. The teachers in elementary schools and elementary schools for children with intellectual disability evaluated all four sections of sexuality negatively. However, the high school teachers have a positive attitude towards self-control and parenting in men and women with intellectual disability. The other sections were evaluated by high school teachers and teachers in schools for children with intellectual disability negatively. There are no significant differences in attitudes towards sexuality of men and sexuality of women with intellectual disability (gender comparison).

From the research we know that the majority of the elementary and high school teachers have negative attitudes towards sexuality of men and women with intellectual disability. The cause of their negative attitude could be lack of information, lack of communication between teacher and child with intellectual disability, prejudice and stereotype thinking, personal features, or other factors. It is important for the teachers to have positive or neutral attitudes, continuous education, evolve her or himself, and to overview current news towards the sexuality of men and women with intellectual disability.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Aderemi, T. J. (2014). Teachers' Perspective on Sexuality and Sexuality Education of Learners with Intellectual Disabilities in Nigeria. *Sexuality and Disability*. 32, 247-258.
- Bláha, J., & Šemberová, J. (2004). *Anglický výkladový slovník vybraných odborných termínů z psychologie, sociologie, etiky a sociální práce*. Praha: Triton.
- Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2009). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 32(3), 214-221.
- Divišová, J. (2009). *Sexual attitudes of personnel who work with individuals with intellectual disability – Comparison with an Australian model*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Divišová – Brettová, J., & Štěrbová, D. (2009). Sexual attitudes of personnel who work with individuals with intellectual disability. *Acta Gymnica*. 39 (2), 53- 58.
- Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy na základních školách (2010). Retrieved 2. 5. 2017 from World Wide Web: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/doporuceni-msmt-k-realizaci-sexualni-vychovy-v-zakladnich>
- Eisner, P., & Venglářová, M. (2013). *Sexualita osob s mentálním postižením a znevýhodněním: Příručka pro pracovníky v sociálních službách a zdravotnických zařízeních*. Praha: Portál.
- Drtinová, M., Eisner, P. & Žebrakovský, J. (2017). *Každý má právo na vztahy i sex, mentálně postižení trpí nedostatkem intimacy, říká Eisner*. DVTV. Retrieved 1. 7. 2017 from World Wide Web: <https://video.aktualne.cz/dvtv/kazdy-ma-pravo-na-vztahy-i-sex-mentalne-postizeni-trpi-nedos/r~deeee4e2573e11e7b65b0025900fea04/>
- Fifková, H., Hricz, M., Jarkovská, L., Kubrichtová, L., Machuta, J., Neklapilová, V., Petrnoušek, P., Písecký, V., Porubský, P., Procházka, I., Sopková, M., Unzeitig, V., Uzel, R., & Veselá, M. (2009). *SEXUÁLNÍ VÝCHOVA – vybraná témata*. MŠMT ve spolupráci s VÚP v Praze.
- Frömel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta tělesné kultury.

- Galea, J., Butler, J., & Iacono, T. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 29(4), 350-365.
- Grogan, S. (2000). *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Harvanová, J. (2014). Pomáhající profese – osobnosti pracovníka, sexualita a klient. In *Specifika komunikace v sexualitě I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hellemsan, H., Roeyers, H., Leplae, W., Dewaele, T., & Deboutte, D. (2010). Sexual Behavior in Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder and Borderline/Mild Mental Retardation. *Sexuality and Disability*. 28, 83-104.
- Hosseinkhanzadeh, A. A., Taher, M., & Esapoor, M. (2012). Attitudes to sexuality in individuals with mental retardation from perspectives of their parents and teachers. *International Journal of Sociology and Anthropology*. 4(4), 134-146.
- Kelly, G. F. (2008). *Sexuality Today* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kniha, M. (2014). Sexualita a její tabu. In Kolektiv autorů, *Děti a jejich sexualita – rádce pro rodiče a pedagogy* (12-33). Brno: Albatros Media a.s.
- Kohoutek, R. (2003). *Psychologie výchovy a vzdělání*. Brno: Vysoká škola Karla Engliše.
- Kozáková, Z. (2013). *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kožnar, J. (1990). Postoje k masturbácii. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 25 (5), 463-469.
- Kovář, P. (2006). *Pohled pedagogů na sexuální výchovu u handicapovaných – výsledky dotazníkového průzkumu na školách*. Pardubice. Retrieved 4. 5. 2017 from World Wide Web: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2007011601>
- Krčmářová, B. (2014). Coming out neboli objevování vlastní sexuality. In Kolektiv autorů, *Děti a jejich sexualita – rádce pro rodiče a pedagogy* (54-75). Brno: Albatros Media a.s.
- Kvasnička, L. (1986). Erotické záujmy imbecilných zverencov ÚSS. *Špeciálna pedagogika*. 2. 77-83.
- Lenoráková, S., Matznerová, I. & Velemínský, M. (2002). Sexuální zneužívání mentálně retardovaných dětí a mladistvých. *Ochrana zdravotně postižených před sexuální zneužitím: Zdravotně výchovná publikace*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR.
- LeVay, S., & Valente, S. (2002). *Human Sexuality*. New York: Artists Rights Society.

- Lindsay, W. R. & Lees, M.S. (2003). A Comparison Of Anxiety And Depression In Sex Offenders With Intellectual Disability And Control Group With Intellectual Disability. *Sex Abuse. 15*, 339-345.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2012). “I Want to Do it Right!” A Pilot Study of Swedish Sex Education and Young People with Intellectual Disabilities. *Sex and Disability. 30*, 209–225.
- McGillivray, J. A. (1999). Level Of Knowledge And Risk Of Contracting HIV/AIDS Amongst Young Adults With Mild/Moderate Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 12*(2), 113-126.
- Mandzáková, S. (2011). *Kvalita sexuálneho a partnerského Života osôb s ťažším mentálnym postihnutím*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej Univerzity v Prešove.
- Mandzáková, S. L. (2013). *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál.
- Mareš, J. (2013). *Pedagogická psychologie*. Praha: Portál.
- Marková, D., Mandzáková, S. L. & Kocina, P. (2015). Differences in Attitudes Toward Sexuality Education and Men's and Women's Sexuality: Ethical-Descriptive Research of Attitudes of Special Primary Schools. *Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne. 17*(2), 63-79.
- Mikšík, O. (2007). *Psychologická charakteristika odolnosti*. Praha: Karolinum.
- Müller, O. (2009). *Výchova k občanství: učebnice pro 2. stupeň základní školy praktické (3. díl)*. Praha: Parta.
- Myers, D. G. (2016). *Sociální psychologie*. Brno: Edika.
- Neubert, D. Homepage. *DEPO PROVERA injekce – hormonální antikoncepce*. Retrieved 13. 4. 2017 from World Wide Web: <http://www.neumed.cz/informace/antikoncepce-Depo-Provera.php>
- Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
- Ondrušková, E. (2006). *Sociálna psychológia*. Bratislava: Občianske sdruženie Sociálna práca.
- Pondělíčková – Mašlová J. (1990). *Nezralá sexualita*. Praha: Avicenum.
- Pöthe, S., Matznerová, I., & Velimský, M. (2002). *Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením. Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužíváním*. Zdravotně výchovná publikace. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR.
- Povilaitienė, N., & Radzevičienė, L. (2010). Sexuality expression of teenagers with mild mental disability through communication abilities. *Special Education. 2* (23), 105–115.

- Raboch, J. (1988). *Očima sexuologa*. Praha: Avicenum.
- Rašková, M. (2008). *Připravenost učitele k sexuální výchově v kontextu pedagogické teorie a praxe v české primární škole*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Retrieved from World Wide Web: <http://www.sexualniasistence.cz/articles/detail/63>
- Retrieved from World Wide Web: <http://sexualniasistence.org/sex-asistence>
- Retrieved from World Wide Web: www.rozkosbezrizika.cz
- Retrieved from World Wide Web: <http://www.epseas.eu/en/>
- Retrieved from World Wide Web: <https://www.stream.cz/fenomen/835177-je-sexualni-vychova-ve-skolach-dostatecna>
- Retrieved from World Wide Web: <http://www.zijushandicapem.cz/clanky/spolecne-zajmy/zjistili-jsme-pro-vas-sexualni-asistence.html>
- Retrieved from World Wide Web: https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=ReuyXJOiDS8
- Retrieved from World Wide Web: <https://www.youtube.com/watch?v=eMAJHmoj9zs&t=346s>
- Sex Offender Treatment Services Collaborative – Intellectual Disabilities (SOTSEC-ID) 2010). Effectiveness of Group Cognitive-Behavioural Treatment for Men with Intellectual Disabilities at Risk of Sexual Offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 23, 537–551.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2015). Identifying Effective Methods for Teaching Sex Education to Individuals With Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *Journal of Sex Research*, 52(4), 412–432.
- Sielert, U., Keil, S., Herrath, F., Wendel, H., Hanswille, R., Kleinschmidt, H., Linde, K., Rodewald, M., Scheduikat, S., & Pondělníček, I. (1994). *Sexuální výchova. Kniha netradičních metod výuky*. (J. Brázdil, N. Brázdilová, Trans.). Praha: Trizonia. (Originál vydán 1993)
- Smržová, D. (Director) & Slámová, V. (Producer). (2016). *Miluj mě, jestli to dokážeš*. Česká televize.
- Šelner, I. (1999). *Sexuální pedagogika a psychosexuální poradenství*. Pardubice: Marlin.
- Šilerová, L. (2003). *Sexuální výchova: Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Praha: Grada.
- Šrámková, T. (2015). *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén.
- Štěpančíková, P. (2015). *Problematika sexuality u osob s poraněním míchy*. Diplomová práce. Univerzita Palackého. Fakulta tělesné kultury. Olomouc.
- Štěřbová, D. (2007). *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- Štěrbová, D. (2009). *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov.
- Štěrbová, D. (2013). Osoby s mentálním postižením a potřeba sexuální výchovy a osvěty v sociálních službách. *Sociální služby*. 18-21.
- Štěrbová, D., & Rašková, M. (2014). Homosexualita v pedagogicko - psychologickém pojetí. *MAGISTER*. 2, 8-19.
- Štěrbová, D., & Rašková, M. (2016). *Specifika komunikace v sexualitě II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Štěrbová, D., Rašková, M. a kol. (2014). *Specifika komunikace v sexualitě I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Štětovská, I. (2011). Proměny světa škola. In Gillernová, I., Kebza, V., & Rymeš, M. (Eds.), *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Šulová, L., Fait, T., Weiss, P. a kol. (2011). *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf.
- Švarcová – Slabinová, I. (2011). *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče* (4th ed.). Praha: Portál.
- Thorová, K., & Jůn, H. (2012). *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním postižením a autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem.
- Uhrová, A. (2014). *Postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.
- Uzel, R. (2006). Jakou antikoncepci pro mentálně postižené? *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu*. Retrieved 9. 5. 2017 from World Wide Web: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006030102>
- Uzel, R. (2009). Plánované rodičovství u osob s MP. *Sexualita mentálně postižených II. Sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o. s ORFEUS*. Praha: Centrum denních služeb o. s ORFEUS.
- Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. a kol. (2012). *MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu*. Pardubice: Grada Publishing.
- Valenta, M., & Müller, O. (2003). *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Vanický, J. & Truhlářová, Z. (2009). *Sexualita mentálně postižených - II. : sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o.s. ORFEUS ve spolupráci s katedrou sociální práce a sociální politiky pedagogické fakulty univerzity v Hradci Králové za účasti společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a společnosti pro*

- plánování rodiny a sexuální výchovu ve dnech 11. - 12. prosince 2008*. Praha: ORFEUS.
142, 48-54.
- Vrublová, Y. (2005). *Sexualita, přirozená potřeba: malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. Brno: CERM.
- Výrost, J., a kol. (2008). *Sociální psychologie* (2nd ed.). Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
- Weiss, P. a kol. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing.
- Weiss, P., & Zvěřina, J. (2001). *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál.
- Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM.

11 PŘÍLOHY

Souhlas etické komise



Fakulta
tělesné kultury

Vyjádření Etické komise FTK UP

Složení komise: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D. – předsedkyně
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.
Mgr. Filip Neuls, Ph.D.
Mgr. Michal Kudláček, Ph.D.
doc. Mgr. Erik Sigmund, Ph. D.
Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph. D.

Na základě žádosti ze dne 23. 11. 2016 byl projekt diplomové práce

autorky **Bc. Veroniky Horákové**

s názvem **Postoje pedagogických pracovníků k sexualitě osob s mentálním postižením**

schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem: 75/2016

dne: 30. 11. 2016.

Etická komise FTK UP zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnicemi pro výzkum zahrnující lidské účastníky.

Řešitelka projektu splnila podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

za EK FTK UP
doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
předsedkyně

Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc | T: +420 585 636 009
www.ftk.upol.cz

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Komise etická
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc