

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Eliška Václavská

Speciální pedagogika pro 2. stupeň ZŠ a SŠ a Výchova ke zdraví
se zaměřením na vzdělávání

Sexualita osob s mentálním postižením a edukace
k reprodukčnímu zdraví

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v referenčním seznamu.

V Olomouci dne

Eliška Václavská

Touto cestou chci poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Věře Vránové Ph. D. za úsilí a čas, který mi během naší spolupráce věnovala. Děkuji také ředitelům škol a jejich pedagogům, kteří byli ochotni se na mé práci podílet. Dále děkuji svým blízkým za podporu v době studia.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Sexualita.....	8
2.1.1 Sexuální identifikace a identita.....	9
2.1.2 Antikoncepce	10
2.1.3 Partnerství a rodičovství	10
2.1.4 Předsudky a mýty o sexualitě osob s mentálním postižením.....	11
2.2 Mentální postižení.....	13
2.2.1 Charakteristika jednotlivých kategorií mentální retardace	14
2.2.1.1 Lehká mentální retardace.....	14
2.2.1.2 Střední mentální retardace	14
2.2.1.3 Těžká mentální retardace	15
2.2.1.4 Hluboká mentální retardace	15
2.2.1.5 Jiná mentální retardace	15
2.2.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace	16
2.2.2 Etiologie mentálního postižení	16
2.2.3 Diagnostika mentálního postižení.....	17
2.3 Výchova ke zdraví	17
2.3.1 Sexuální výchova.....	18
2.3.2 Výchova k reprodukčnímu zdraví.....	19
2.3.3 Rámcový vzdělávací program	20
2.3.3.1 Klíčové kompetence	21
2.3.3.2 Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální	21

2.3.3.3 Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání praktická jednoletá, dvouletá.....	21
2.3.4 Pedagog předmětu Výchova ke zdraví	22
2.4 Výzkumná šetření k dané problematice.....	23
3 METODIKA PRÁCE	27
3.1 Metodologie výzkumu	27
3.2 Výzkumná otázka a cíle.....	27
3.3 Metoda sběru dat.....	27
3.4 Výzkumný soubor.....	29
3.5 Průběh výzkumu	31
3.6 Metoda zpracování dat.....	32
3.7 Interpretace dat	32
3.7.1 Probíraná témata	32
3.7.2 Techniky práce.....	34
3.7.3 Spolupráce s rodinou	36
3.7.4 Mýty o sexualitě.....	37
3.7.5 Osobní zkušenost	38
4 VÝSLEDKY A DISKUZE.....	40
ZÁVĚR	44
SOUHRN.....	45
SUMMARY.....	46
REFERENČNÍ SEZNAM	47
Seznam zkratk	51
Anotace	

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na osoby s mentálním postižením a jejich sexualitu, dále na téma týkající se vzdělávání těchto osob v oblasti reprodukčního zdraví. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část zahrnuje poznatky z oblasti sexuality, jimiž jsou například ochranné antikoncepční metody před nežádoucím otěhotněním ženy s mentálním postižením, role partnera a rodiče. Dále se tato část zaměřuje na společenské předsudky spojené se sexualitou osob s mentálním postižením, které jsou zde vysvětleny a vyvráceny. Kapitola s názvem Mentální postižení obsahuje vysvětlení a stručnou charakteristiku jednotlivých šesti stupňů mentálního postižení, dále je zde nastíněna oblast etiologická a diagnostická. Výchova ke zdraví je navazující kapitolou teoretické části a zabývá se vzdělávacími programy, kterými se pedagog předmětu výchova ke zdraví řídí a se kterými pracuje. Dle těchto rámcových programů jsou také vytvářeny programy školní. Poslední částí teoretické části jsou výzkumná šetření v dané problematice, která byla provedena v zahraničí.

Cílem práce je zjištění přístupu speciálního pedagoga k oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Dále také zjištění obsahu edukace k reprodukčnímu zdraví, používaných materiálů a informačních zdrojů.

Náplní výzkumné části je metodologie výzkumu, pojednávající o metodě sběru dat pro tuto část, výzkumném souboru, průběhu sběru dat a metodě jejich zpracování.

Jako metoda sběru dat byl zvolen rozhovor s respondenty, kterých proběhlo celkem pět. Respondenty pro rozhovor byli speciální pedagogové ze speciálních škol nacházejících se v Olomouckém kraji. Před výběrem respondentů byly stanoveny kritéria pro jejich výběr, která jsou dále specifikována ve výzkumné části. Všechny zúčastněné školy si přály zůstat v anonymitě, tudíž není uvedena přesná adresa školy ani jméno speciálního pedagoga, se kterým byl rozhovor proveden.

Důvodem zvolení tématu Sexualita osob s mentálním postižením a edukace k reprodukčnímu zdraví byla studijní kombinace Speciální pedagogika a Výchova ke zdraví. Mým cílem bylo propojení těchto dvou oborů.

1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce je zjištění přístupu speciálního pedagoga k výuce reprodukčního zdraví a sexuality osob s mentálním postižením.

Dílčí cíle práce:

- Zjištění obsahu edukace k reprodukčnímu zdraví a konkrétních témat volených ve výuce
- Zjištění používaných materiálů a technik
- Zjištění mýtů a předsudků v oblasti sexuality osob s mentálním postižením
- Zjištění přístupu rodičů k edukaci jejich dítěte v oblasti reprodukčního zdraví

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Teoretická část bakalářské práce seznamuje s pojmy, které úzce souvisí se zvoleným tématem, a je proto nutné se jim věnovat. S ohledem na zadání bude práce zaměřena na vymezení pojmů sexualita, mentální postižení a výchova ke zdraví. Závěr této části bude věnován výzkumným šetřením, která byla v souvislosti s touto problematikou provedena.

2.1 Sexualita

Klíčovým tématem práce je sexualita, proto se tato část práce bude zabývat nejen vysvětlením tohoto pojmu, ale také pojmům, které s ní úzce souvisí: sexuální identifikace a identita, antikoncepce, partnerství a rodičovství. Dále se bude věnovat předsudkům, jež jsou se sexualitou osob s mentálním postižením spojeny.

Lidská sexualita a erotika jsou témata obsáhlá a složitá (Zvěřina in Weiss, 2010). Dle Slovníku speciálně-pedagogické terminologie se jedná o nadřazenost pojmům pohlavnost a erotika. Slovník dále uvádí, že osoby s postižením nemají sexualitu nijak specifickou, protože jejich potřeby a touhy jsou stejné jako u osob intaktní populace - vyjma hluboké mentální retardace (Kroupová a kolektiv, 2016).

Venglářová ve své publikaci uvádí definici sexuality dle Světové zdravotnické organizace, jež zní: „*Souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.*“ (Venglářová, 2013, s. 18).

Základem sexuality je zejména pohlavní dimorfismus, jenž se projevuje primárními (chromozomální a gonadální pohlaví), sekundárními (například stavba těla a ochlupení) a terciárními (rozdíly mezi mužem a ženou v kognitivní a behaviorální oblasti) znaky (Weiss, 2011).

V minulosti byly sexualita a partnerské vztahy osob s mentálním postižením tabuizovány. Avšak každý člověk je sexuálně založený a sexualita jako taková je samozřejmou součástí lidského života. Při snaze porozumět sexualitě osob s mentálním postižením je důležité zaměřit se na respektování lidskosti (Kozáková in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Celková změna přístupu k osobám s mentálním postižením přináší změny také v oblasti sexuality. Společnost obecně více přijímá a toleruje partnerské vztahy a sexualitu těchto osob, konají se semináře na dané téma, běžně se o této problematice hovoří. Nicméně, jak Valenta uvádí, je obnažování a masturbování, které se mezi osobami s mentálním postižením často vyskytuje, společností stále vnímáno jako nepřijatelné, nikoli jako běžné uspokojení lidské potřeby (Valenta a kolektiv, 2014).

Venglářová klasifikuje čtyři oblasti sexuality: sexuální chování, identifikace, orientace a sexuální emoce (Venglářová, 2013).

Rozinajová klade důraz také na duchovní rozměr sexuality, neboť sexualita se podle ní spolupodílí na formaci osobnosti jedince a má vliv na soužití obou pohlaví a jejich oboustrannou lásku. Neomezuje tedy pojem sexuality pouze na reprodukční funkci, ale chápe ji jako termín vyjadřující hodnoty, zkušenosti, city a potřeby (Rozinajová in Mandzáková, 2013).

Charta sexuálních a reprodukčních práv ukotvuje právo na sexualitu. To je společnost povinna zajistit každému jedinci. Osoby s mentálním postižením nemůžeme v oblasti sexuality a sexuálních projevů omezovat, ovšem jen za předpokladu, že projevy nejsou nebezpečné pro společnost (Mandzáková, 2013).

2.1.1 Sexuální identifikace a identita

Pojem identifikace z obecného hlediska značí proces zjišťování totožnosti a pojem identita znamená již hotovou příslušnost k totožnosti (Jandourek, 2012).

Základem pro určení identity jsou nejen vrozené parametry, ale i pojetí sebeobrazu jako chlapce nebo dívky (muže nebo ženy), které se vytváří v procesu učení sociálního i kognitivního. Pojem pohlavní identita vyjadřuje pocit sounáležitosti, nebo rozporu jedince se svým vlastním tělem, pohlavními znaky a sociální rolí daného pohlaví (Weiss, 2011).

Pokud dobře fungují vztahy v rodině a proces identifikace je zároveň podpořen společností, dítě nabývá jistoty ve svou pohlavní roli. V rodině s dítětem s postižením je však tento proces narušen z důvodu snížené úrovně schopnosti dítěte a obavami ze strany rodičů (Venglářová, Eisner a kolektiv, 2013).

2.1.2 Antikoncepce

Antikoncepce představuje metodu, která zabraňuje početí dítěte. Řadíme ji mezi prostředky primárně preventivních působení nechtěného těhotenství ženy. Metody antikoncepce můžeme rozdělit na reverzibilní a ireverzibilní, tedy zvrátané a nezvrátané (Fait in Štěrbová a kolektiv, 2012).

U mnohých osob s mentálním postižením je žádoucí užívání antikoncepce, a to nejen z důvodu zabránění těhotenství. Dalším z nich je absence rodičovských schopností, neboť ty představují rizika pro kvalitní život dítěte. Dále pak se jedná o důvody zdravotní (Mandzáková, 2013).

Výzkumem užívání antikoncepce ženami s mentálním postižením se zabývala profesorka Michelle McCarthy v roce 2010. Dotazovala se dvacetitří žen s lehkou až střední mentální retardací ve věku 21-50 let. Z celkových dvaceti tří zúčastněných jich čtrnáct nerozumělo fungování antikoncepce, osmnáct dotazovaných uvedlo, že o užívání antikoncepce nerozhodly ony samy, ale většinou lidé jim blízcí (Štěrbová, Rašková a kolektiv, 2016).

Dle Šilerové je nutné zvážit, zda je žena s mentálním postižením schopna užívat antikoncepci, zda je rodičovství z hlediska jejího zdravotního stavu žádoucí a zda bude schopna se o své dítě postarat (Šilerová in Mandzáková, 2013).

Antikoncepční metodou vhodnou pro muže je kondom. Tuto ochranu je nutné použít při každém pohlavním styku, proto nemusí být vhodná pro osoby vyžadující asistenci. Dále je při aplikaci ochrany žádoucí, aby byl jedinec zručný a měl určitý cvik v činnosti, což muži s mentálním postižením mohou úspěšně zvládnout. V neposlední řadě je důležitá informovanost o tom, kde je možné kondom zakoupit (Mandzáková 2013).

2.1.3 Partnerství a rodičovství

Mandzáková uvádí, že osoby s mentálním postižením mají dle Health Promotion-Learning Disabilities z roku 2004 právo mít a vychovávat dítě. Toto právo zahrnuje svobodné rozhodnutí mít a vychovávat dítě s podporou, přijímat odpovědnost za svá rozhodnutí, mít kontrolu nad ovládáním svého těla, právo mít/nemít rodinu, právo vědět, jak mít/nemít dítě. Dále se jedná o přístup, který umožní s podporou

vychovávat děti v prostředí domova a svobodné rozhodnutí o sterilizaci, bez ohledu na závažnost postižení (Mandzáková, 2013).

Hlavními bariérami při rozhodování žen s mentálním postižením zda mít, nebo nemít dítě jsou:

- nedostupné, vzhledem k postižení srozumitelné informace o rodičovství, těhotenství a porodu;
- nedostatek poskytované pomoci;
- předsudky ze strany odborníků a jejich neadekvátní odborná připravenost (Bernoldová, Strnadová, Adamčíková, 2019).

Adekvátní přístupem v oblasti rodičovství osob s mentálním postižením je co největší míra rozvoje dovedností. Můžeme k němu využít například sebevzdělávacích materiálů s názvem *Neobyčejné rodičovství*, které slouží jako edukační podpora (Bernoldová, Adamčíková, [online], 2013).

Přínosné mohou být také informace Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, jejíž krédo zní: „*Kdo je připraven, není překvapen.*“ Jednou z aktivit společnosti je projekt s názvem „*Už vím! Srozumitelně o duši a těle pro ženy s mentálním postižením*“, v jehož rámci byly vydány informační brožury. Jedná se o celkem pět brožur, které jsou zaměřeny na tato témata:

- Život ženy;
- Láska, sex a já;
- Těhotenství;
- Gynekologická prohlídka;
- Sexuální násilí (SPMPČR, [online]).

2.1.4 Předsudky a mýty o sexualitě osob s mentálním postižením

I když se v posledních letech přístup k osobám s mentálním postižením změnil, stále existuje řada mýtů a předsudků ve vztahu k sexualitě osob s mentálním postižením.

Mandzáková i Valenta uvádí téměř totožná tvrzení v této oblasti. Prvním z nich je mýtus, že osoby s mentálním postižením jsou celý život dítětem, ale ve skutečnosti jde o biologicky dospívající jedince. Dalším nepravdivým tvrzením může být

asexuálnost, nebo naopak hypersexuálnost jedince s mentálním postižením. V rámci nesprávného přístupu se můžeme setkat s tlumením potřeb neadekvátně fyzicky náročnými aktivitami nebo medikamentózním tlumením sexuálních projevů jedince. Dále uvádějí, že absence sexuální výchovy má své opodstatnění, protože by právě ona informovanost a edukace mohla vést k zájmu o sexuální život. (Mandzaková, 2013). Valenta navíc uvádí mýtus, že potíží v sexuální oblasti možno předejít v případě, že budeme muže a ženy udržovat odděleně (Valenta a kolektiv, 2014).

Setkáme se i s tvrzením, že mentální retardace je nakažlivá nemoc. Vzhledem k tomu, že mentální postižení není nemoc, ale trvalý stav, jedná se o tvrzení naprosto nepravdivé. Společnost tedy vnímá osoby s postižením jako jedince mající rozdílné potřeby. Je však nutno podotknout, že k osobám s mentálním postižením je nutno přistupovat individuálně, neboť míra podpory potřebné pro maximální rozvoj samostatnosti jedince je rozdílná (Valenta a kolektiv, 2014). Mýtus, že lidé s mentálním postižením nemohou mít rodinu a děti je vyvrácen v předešlé kapitole.

Kozáková k předsudkům přidává tvrzení, že osoby s mentálním postižením jsou postiženy i v oblasti sexuality, proto podpora v oblasti vztahů a sexuality u těchto jedinců není potřebná. Dalším mýtem podle ní je, že osoby s mentálním postižením nejsou schopny partnerských vztahů, a proto pro ně není důležité plánování budoucnosti a rodiny.

Oproti předsudku, že člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem stojí předsudek opačný, a to, že u každého dospělého člověka (i s mentálním postižením) je sexualita vyvinuta vzhledem k dospělosti (Kozáková in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Dle Eisnera mimo výše uvedené mýty existují i následující: většina osob s mentálním postižením je sexuálně deviantní a má silný sexuální pud. Eisner považuje tato dvě tvrzení z oblasti sexuality osob s mentálním postižením za nejnebezpečnější. Lidé s postižením však mají stejnou potřebu uspokojování sexuálních potřeb jako osoby intaktní, ale chybí jim dostatek soukromí. (Eisner, 2013).

2.2 Mentální postižení

Předchozí kapitola byla věnována vymezení jednoho z klíčových pojmů této práce, a to sexualitě. Stejně tak je však nezbytné objasnění dalšího pojmu, a to mentálního postižení. Tato kapitola se bude zabývat klasifikací mentální retardace a charakteristikou jejich jednotlivých druhů, dále pak příčinami vzniku mentálního postižení a jeho diagnostikou.

Dle Valenty je většina termínů pro označení osoby s mentálním postižením hanlivých, společensky nekorektních. Člověk s mentálním postižením je společností často vnímán jako komický až tragikomický. Můžeme se setkat s označením například slabomyslný, slaboduchý, nenormální. Během procesu humanizace a s ohledem na people first language je vhodné namísto označení mentálně postižený používat pojem osoba s mentálním postižením (Valenta, 2018).

Slovník speciálněpedagogické terminologie vysvětluje termín mentální postižení jako širší, zastřešující pojem, zahrnující všechny osoby s inteligenčním kvocientem (IQ) pod 85 (Kroupová a kolektiv, 2016).

Mlýnková charakterizuje mentální postižení jako sníženou úroveň rozumových schopností, kdy dochází k opožděnému vývoji myšlení a poruchám přizpůsobování se novým situacím (Mlýnková, 2010).

Pojem mentální postižení je využíván i v legislativě, zejména ve školském zákoně číslo 561/2004 Sb. Pojem zde nahrazuje termín mentální retardace. Dále je zde využíván termín oslabení kognitivního výkonu, jenž hraničí s pásmem mentální retardace. Jedná se zejména o žáky využívající druhý stupeň podpůrných opatření (Valenta, 2018).

Dle Bendové žije v naší populaci okolo 3-4 % jedinců s mentálním postižením, jedná se o asi 300 000 žijících osob v České republice s diagnózou mentální retardace (Bendová a Zíkl, 2011).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) definuje mentální retardaci jako „stav zastaveného nebo neúplného vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti“ (MKN-10. revize, [online], 2021).

MKN 10.revize klasifikuje mentální retardaci (mentální postižení) do šesti následujících kategorií:

1. lehká mentální retardace,
2. střední mentální retardace,
3. těžká mentální retardace,
4. hluboká mentální retardace,
5. jiná mentální retardace,
6. nspecifikovaná mentální retardace.

2.2.1 Charakteristika jednotlivých kategorií mentální retardace

Následující stručná charakteristika je zaměřena na děti s mentálním postižením a na jejich edukaci ve školním prostředí.

2.2.1.1 Lehká mentální retardace

Intelligenční kvocient se u osob s lehkou mentální retardací (LMR) pohybuje v rozmezí 50-69. Dle Švarcové dosáhne většina jedinců nezávislosti v oblasti osobní péče, i když dochází k lehkému opoždění. Jedná se o oblasti stravování, hygieny, oblékání a pracovních domácích činností (Švarcová in Bendová a Zikl, 2011). Jedinec s LMR je schopen užívat v každodenním životě běžné komunikace, zároveň je schopen začlenit se do společnosti a v rámci začlenění komunikaci využívat. Vančarová upozorňuje na potíže, jež nastávají v oblasti edukace a osvojování teoretických znalostí ve školní docházce (Vančarová in Bendová a Zikl, 2011). Edukační proces může komplikovat citová nezralost a sugestibilita.

2.2.1.2 Střední mentální retardace

IQ osob se střední mentální retardací (SMR) se pohybuje v rozmezí 35-49. U jedinců s tímto druhem postižení se vyskytuje opožděný vývoj řeči a komunikace je celkově opožděna po celý život jedince. Je proto možno využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace (AAK). V oblasti edukace jsou osvojeny základy vzdělávání, tzv. trivium – čtení, psaní, počítání. Přesto, že osoby se SMR bývají většinou mobilní a aktivní, může u některých být přidruжено tělesné postižení. U části jedinců bývá diagnostikován dětský autismus. Tyto osoby obvykle nejsou způsobilé vést samostatný život (Vančarová in Bendová a Zikl, 2011).

2.2.1.3 Těžká mentální retardace

Osoby s tímto druhem mentální retardace dosahují hodnoty IQ mezi 20-34. Švarcová uvádí, že tyto osoby se v mnohém podobají osobám s retardací středně těžkou, avšak jejich snížená úroveň schopností je výrazně nižší (Švarcová in Bendová a Zikl, 2011). Dle Kozákové mívají tito jedinci typické potíže v oblasti motoriky, sebeobsluhy a vývoje řeči. Řeč se nevytvoří, nebo je na bázi projevů pudových či echolálických. U jedinců s těžkou mentální retardací se často vyskytují přidružená tělesná postižení, psychiatrická nebo neurologická onemocnění. V edukační oblasti je stěžejní komplexní péče, která přispívá k rozvoji schopností a dovedností jedince s postižením, včetně rehabilitace (Kozáková, 2013).

2.2.1.4 Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace je diagnostikována u jedinců s hodnotou IQ pod úroveň 20 (většinou je jeho hodnota jen odhadována, neboť ji nelze přesně změřit). Mentální věk jedince odpovídá dítěti do věku tří let. Tyto osoby mají buď velmi omezenou pohybovou funkci, nebo jsou plně imobilní, takže jsou odkázáni na pomoc druhé osoby a je nutný neustálý dohled nad nimi. Je nutno vývoj jedince neustále stimulovat a to i přesto, že schopnost přizpůsobování těchto jedinců je v mnoha oblastech na velmi nízké úrovni (Opatřilová in Bendová a Zikl, 2011). Vhodné je využití metody bazální stimulace. Jedná se o koncept, jehož základním principem je zprostředkování zkušenosti pomocí stimulace těla jedince (Vítková in Müller a kolektiv, 2014). Tato metoda podporuje komunikační a pohybové schopnosti člověka a aktivuje jeho uvědomování si nejbližší okolí (Kroupová, 2016).

2.2.1.5 Jiná mentální retardace

Kozáková uvádí, že tuto kategorii využíváme, pokud jsou u jedince výrazně sníženy schopnosti intelektu a je očividná mentální retardace, ale z důvodu těžkého kombinovaného postižení, poruch chování nebo autistických projevů není stanovení stupně intelektu, a to za pomoci běžných diagnostických metod snadné nebo možné (Kozáková, 2013).

2.2.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Kategorii můžeme nazvat také jako neurčenou mentální retardaci. Využívá se v případě, že je deficit v oblasti mentálních funkcí prokázán, ale z důvodu nedostatečného množství informací není možné jedince začlenit do kterékoliv z výše uvedených kategorií mentální retardace (Kozáková, 2013).

2.2.2 Etiologie mentálního postižení

Etiologie mentální retardace je velmi obsáhlá vzhledem k množství ohrožujících faktorů (Černá a kolektiv, 2015). U člověka s mentálním postižením nemůžeme určit pouze jeden faktor zapříčínující postižení, protože faktory se mohou mezi sebou navzájem prolínat.

Příčiny můžeme klasifikovat do skupin dle různých hledisek. Jedním z nich je rozdělení, zda jde o příčiny vnější, či vnitřní. Vnitřní, tak zvané endogenní příčiny, jsou například vlivy dědičnosti. Mezi vnější neboli exogenní příčiny můžeme řadit například poškození centrální nervové soustavy (CNS) (Bendová, 2015).

Z hlediska časového rozděluje příčiny na prenatální, perinatální a postnatální. Jedná se o časové působení příčin před porodem, při porodu a krátký časový úsek po porodu a v posledním případě jde o příčiny působící v průběhu života jedince (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

V období prenatálním nejvíce působí hereditární faktory, neboli dědičnost. Mezi ně řadíme genetické poruchy metabolické a specifické genetické poruchy. Nejznámějším z nich je Downův syndrom.

Perinatální období představuje pro etiologické hledisko poškození CNS jistou zátěž. Jedná se o poškození mozku, asfyxii nebo novorozeneckou žloutenku s těžkým průběhem, která může způsobit negativní změny organismu jedince.

Období postnatální je obdobím, kdy působí zároveň více škodlivých faktorů. Do této kategorie řadíme náhlé poškození CNS nebo například nádorová onemocnění, která mohou zapříčinit mozkové léze. Roli zde mohou hrát i působící sociokulturní faktory, zejména neuspokojování základních lidských potřeb a nedostatečná stimulace jedince (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

2.2.3 Diagnostika mentálního postižení

Při diagnostice osob s mentálním postižením se využívají metody z oborů psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky. Černá ve své publikaci uvádí dva hlavní záměry diagnostiky. Prvním z nich je zjištění jedincovy úrovně a druhým je určení směru, kterým by se měla soustředit následná péče (Černá a kolektiv, 2015).

Valenta říká, že na prvním ze záměrů participuje psycholog a na druhém speciální pedagog (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018). Odborníci, kteří diagnostiku provádějí, musí dbát na určité principy. Těmi jsou například kladení jednoduchých otázek, jejich jednodušší formulace a připravenost na zvýšenou unavitelnost jedince, se níž souvisí také potřeba klienta motivovat a odměňovat (Černá a kolektiv, 2015).

Dle Slowíka by měla být diagnostika orientována pozitivním směrem, což znamená hledání schopností, dovedností a možností budoucího rozvoje jedince s postižením, z nichž poté vychází individuální přístup k jedinci (Slowík, 2016).

2.3 Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví úzce souvisí s celou problematikou, proto se jí bude tato kapitola zabývat. Pozornost však bude věnována sexuální výchově a výchově k reprodukčnímu zdraví. Závěr kapitoly bude zaměřen na rámcové vzdělávací programy.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jako pouhou nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Rážová, [online]). Vzhledem k tomu, že zdraví představuje presumpci spokojeného, aktivního života a kvalitní výkonnost jedince, výchova ke zdraví jako předmět školní výuky hraje v procesu vzdělávání důležitou roli (Machová, Kubátová a kolektiv, 2016).

Cílem této výchovy je utváření a rozvoj dovedností majících význam pro zdravý život ve všech třech směrech, tedy tělesném, duševním a sociálním, přičemž důraz je kladen na prevenci a odpovědnost každého jedince za své vlastní zdraví (Čeledová, Čevela, 2010).

Kopecký mezi specifické cíle řadí vytváření pozitivního vztahu ke svému zdraví, tvorbu kvalitních mezilidských vztahů a rozvoj zodpovědného jednání a sociálních dovedností (Kopecký a kolektiv, 2012).

Obsah výchovy ke zdraví vychází z následujících dokumentů:

- *Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21.století;*
- *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví pro všechny v 21.století;*
- *Akční plán zdraví a životního prostředí ČR.*

2.3.1 Sexuální výchova

Sexuální výchova má za úkol edukovat v oblasti partnerství a rodičovství. Jedná se o výchovu prosociální, jenž je založena na citlivosti, úctě a odpovědnosti k druhým lidem.

Kozakiewicz klasifikuje sexuální výchovu na čtyři následující typy:

- výchova populační;
- sexuální výchova;
- výchova k mezilidským vztahům a komunikaci;
- rodinná výchova.

Rodinná výchova hraje důležitou roli, neboť právě rodina by měla představovat nejvhodnější prostředí pro sexuální výchovu, i když ne vždy jsou rodiče schopni předat dítěti adekvátní zkušenosti, postoje a žádoucí chování (Štěrbová a kolektiv, 2012).

Tato skutečnost souvisí s faktory, které výchovu ovlivňují. Dle Šilerové se jedná o následující faktory: osobnost rodiče, osobnost dítěte, rodinní příslušníci, rodinné vztahy, výchovný styl, postoje a hodnotová orientace rodiny. Vlastní postoj rodiče k sexualitě ovlivňuje celkový postoj k sexuální výchově a jakémukoliv předávání informací v této oblasti svým dětem. Vzhledem k tomu rodiče často očekávají aktivitu ze strany školy (Šilerová, [online]).

Škola by měla hrát ve výuce sexuální výchovy doplňující roli, pokud se ale jedná o rodiny dysfunkční či afunkční, škola vstupuje do role primární (Kaláčková, [online]).

Sexuální výchova zkvalitňuje sexuální chování, utváří vědomosti a postoje v oblasti sexuality. Jedná se o vychovatelem aplikující činnost směrem k žákům a vzhledem k jejich věkové kategorii má jasně stanovený obsah. Hodnotný a zdravý život v partnerském, manželském a rodičovském vztahu s obsahem společenské, etické, duševní a biologické harmonie je obecným cílem sexuální výchovy (Täubner in Štěrbová a kolektiv, 2012).

Výzkumem sexuální výchovy se v České republice v letech 1993 až 2008 zabývali Zvěřina a Weiss. Prostřednictvím jejich výzkumu bylo zjištěno, že děti získávají informace především z knih a od svých kamarádů. Dnes by však nejdůležitějším informačním zdrojem byl internet (ten totiž v době výzkumu nebyl běžně přístupný, a tedy hojně využívaný (Weiss a Zvěřina, [online], 2009).

2.3.2 Výchova k reprodukčnímu zdraví

Vránová uvádí, že výchova k reprodukčnímu zdraví sleduje především preventivní cíle. Problémem bývá určit, kdy s její výukou začít. Moderní vědy se přiklánějí k první třídě základní školy – zde by měla být věnována pozornost informacím, které se týkají pohlavních rozdílů, početí, těhotenství a porodu. Pokud je totiž mládež v oblasti reprodukčního zdraví řádně poučena, dokáže se lépe orientovat v problematice sexuality (Vránová, 2010).

Dítěti by měl být vztah k vlastnímu tělu zdůrazňován již od kojeneckého a batolecího věku, kdy matka přistupuje ke genitálu dítěte stejně jako k ostatním částem těla. Říčan tuto aktivitu uvádí jako první lekci rodinné sexuální výchovy. Druhá přichází ihned při nácviu hygieny genitálu (Říčan, [online], 2013).

Výuka reprodukční výchovy na školách začíná již na 1.stupni základních škol. Je součástí vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět. Se žáky je probíráno učivo s tematikou kamarádství, partnerských vztahů, vztahů v rodině, vztahů mezi sourozenci a těhotenství. Dle Tiché další důležité části, jako jsou například menstruace nebo pohlavně přenosné choroby, patří do výuky pro žáky 2.stupně (Tichá, [online], 2012).

Uzel se domnívá, že dítěti by se měly informace dostávat již od věku předškolního, kdy se začíná samo zajímat a ptát se na pohlavní rozdíly. Zde je doporučován otevřený a pravdivý přístup (Uzel, [online], 2016). V tomto se shoduje i Jonášová, která dodává, že je důležitý způsob, jakým rodiče hovoří o genitáliích (Jonášová, [online], 2014).

Mezinárodní den reprodukčního zdraví připadá na 22.května.

2.3.3 Rámcový vzdělávací program

Rámcové vzdělávací programy (RVP) představují závazný dokument pro všechny školy při tvorbě Školních vzdělávacích programů (ŠVP). RVP se řídí zákonem číslo 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Jedná se o tak zvaný školský zákon (NÚV, [online]).

Výchova ke zdraví je v RVP zahrnuta do oddílu Člověk a zdraví, který obsahuje také tělesnou výchovu. Vzdělávací obsah výchovy ke zdraví obsahuje celkem šestnáct očekávaných výstupů. Dále je zde vyčleněno učivo v jednotlivých oblastech. Pro účely této práce byly vybrány pouze oblasti související s tématem sexuality a výchovy k reprodukčnímu zdraví.

Jedná se o následující témata:

- *Vztahy mezi lidmi a formy soužití* – vztahy ve dvojici, vztahy a pravidla v prostředí komunity;
- *Změny v životě člověka a jejich reflexe* – dětství, puberta, dospívání, sexuální dospívání a reprodukční zdraví;
- *Zdravý způsob života a péče o zdraví* – tělesná a duševní hygiena, denní režim, ochrana před přenosnými chorobami;
- *Osobnostní a sociální rozvoj* – sebepoznání a sebepojetí, mezilidské vztahy, komunikace a kooperace (NÚV, [online], 2021).

K RVP byly vytvořeny *Standardy výchovy ke zdraví*, jejichž cílem je upřesnění a konkretizace očekávaných výstupů. Každý standard obsahuje celkem pět indikátorů, které mají za cíl definovat konečné vědomosti žáka. K indikátorům jsou vytvořeny ilustrativní úkoly umožňující ověření, zda indikátory a zároveň očekávané výstupy byly naplněny (Hřivnová in Štěrbová, Rašková, 2016).

2.3.3.1 Klíčové kompetence

Dle RVP se jedná o soubor *vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot*, které jsou důležité pro rozvoj osobnosti jedince a jeho uplatnění ve společnosti. Vybavení všech žáků souhrnem klíčových kompetencí je cílem a smyslem vzdělávání, přičemž proces jejich osvojení je dlouhodobý a náročný.

Začíná již v předškolním vzdělávání, pokračuje ve vzdělávání základním a středním a v průběhu života se postupně dotváří. Klíčové kompetence se mezi sebou vzájemně prolínají, proto je nutné, aby k jejich dosažení přispíval vzdělávací obsah, všechny probíhající aktivity a činnosti (MŠMT, [online]), 2017).

2.3.3.2 Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální

Program je méně obsáhlejší oproti RVP vzdělávání základního. Očekávaných výstupů zde najdeme pouze deset, také oblast učiva není tak rozsáhle členěna. Témata z oblasti sexuality jsou však zachována. Jedná se zejména o témata týkající se vztahů, tělesných změn v dospívání, antikoncepce a těhotenství, intimní hygieny a sexuálního zneužívání (NÚV, [online], 2008).

2.3.3.3 Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání praktická jednoletá, dvouletá

I v těchto programech je výchova ke zdraví ukotvena pod oblastí Člověk a zdraví. Učivo spojené s tématem sexuality je zahrnuto zejména do kapitoly Vztahy mezi lidmi. V programu praktická škola jednoletá je učivo rozděleno do pěti kategorií, v praktické škole dvouleté pouze do tří. Program určený pro praktickou školu jednoletou se zabývá tématy sociální chování, sexuální zneužívání, láska, manželství a rodičovství. Plánované rodičovství, těhotenství, porod a sexuální poruchy jsou obsaženy v programu praktické školy dvouleté (NÚV, [online], 2009).

2.3.4 Pedagog předmětu Výchova ke zdraví

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, popisuje pedagogického pracovníka jako osobu vykonávající přímé vyučovací, výchovné, speciálněpedagogické nebo pedagogicko-psychologické působení. V zákoně jsou dále popsány předpoklady pro výkon pedagogické profese, jimiž jsou zejména odborná kvalifikace, způsobilost k právním úkonům, trestní bezúhonnost, způsobilost po stránce zdravotní a znalost českého jazyka.

Paragraf 8 Zákona o pedagogických pracovnících popisuje postup, jakým získá pedagog druhého stupně základní školy odbornou kvalifikaci (MŠMT, [online], 2004).

Štěrbová uvádí, že stěžejní při sexuální výchově je nejen vztah důvěry mezi pedagogem a žákem, ale také mezi pedagogem a rodičem, a to vzhledem k tomu, že téma sexuality je velmi osobní. Pedagog má za úkol vytvořit bezpečné a příjemné prostředí (Štěrbová, 2016a).

Nutností pro výuku sexuální výchovy je kvalitní připravenost pedagoga, neboť ten musí disponovat znalostmi a orientací v dané problematice, znát strategie a metody výuky. Jeho další profesní rozvoj je nedílnou součástí kvalitního vyučování. Nesnadno ovlivnitelná, ale přesto neméně důležitá je osobnostní charakteristika pedagoga vyučujícího výchovu ke zdraví (Rašková, 2016b).

Pedagog pro své další vzdělávání a obohacení o informace z oblasti sexuální výchovy může využít například kurzů Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV) nebo organizace Freya.

Již v roce 1983 se sexuální výchovou a vytvořením vhodného programu pro osoby s mentálním postižením zabývali Melone a Lettick. Program je zaměřený na zásadní témata v oblasti sexuality, kterými jsou poznávání částí těla, život žen v období menstruace, vyrovnání se s masturbací a nácvik osobní hygieny. V programu je zahrnuto také téma chování k lidem cizím i známým. Dále jsou rozebírána témata odívání se do společnosti, používání veřejných toalet, nebo průběh lékařských vyšetření (Štěrbová, Rašková, 2016).

2.4 Výzkumná šetření k dané problematice

Tato kapitola je věnována vybraným výzkumným šetřením a studiím, které byly v souvislosti s touto problematikou provedeny v zahraničí.

V rámci výzkumných šetření bylo vybráno celkem pět zahraničních výzkumů a studií, které proběhly během uplynulých devíti let, tedy od roku 2011 do roku 2020.

Výzkumy jsou zaměřeny na sexualitu osob s mentálním postižením, jejich znalosti a edukaci v oblasti sexuality, sexuálního a reprodukčního zdraví. Jeden z výzkumů je zaměřen pouze na ženy, ostatní jsou provedeny s heterogenními skupinami.

První z vybraných výzkumů související s touto problematikou byl zaměřen pouze na osoby ženského pohlaví. Tento výzkum nazvaný *Ženy s mentálním postižením – studie sexuality, sexuálního zneužívání a ochranných dovedností (Women with intellectual disabilities – study of sexuality, sexual abuse and protection skills)*, byl proveden roku 2011, pod vedením Eastgate, Drie, Lennox a Scheermeyer.

Studie zkoumala, jak ženy s mentálním postižením chápou sex, vztahy, sexuální zneužívání a jak si uvědomují s ním spojené následky a ochranu proti němu. Jako výzkumná metoda zde byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 9 žen s mentálním postižením. Bylo zjištěno, že většina účastnic má negativní sexuální zážitky spojené se zneužíváním, a proto mají potíže se sexem a vztahy, chybí jim gramotnost v oblasti sexuální výchovy a dovednosti při vyhledávání potřebných informací.

Z výzkumu vyplývá, že ženám s postižením by se v této oblasti mělo dostat více podpory ze strany odborníků. (Eastgate, Driel, Lennox, Scheermeyer, [online], 2011).

Další studie, kterou provedli o rok později, tedy roku 2012, Eastgate, Scheermeyer, Driel a Lennox, byla zaměřena na mentální postižení, sexualitu a prevenci sexuálního zneužívání z pohledu členů rodiny a pomáhajících pracovníků. (*Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention – study of family members and support workers*).

Studie se snažila získat od osob zapojených do péče o osoby s mentálním postižením informace o tom, jakou podporu v oblasti sexuality, vztahů a prevence zneužívání poskytují svým blízkým. V rámci studie bylo provedeno 28 polostrukturovaných rozhovorů. Hlavními tématy zde byly – pohled na sexualitu osob s mentálním postižením, sexuální zdraví, vzdělávání a znalosti v oblasti sexuality, vztahy, rodičovství, právní otázky a sexuální zneužívání. Dotazované osoby popisovaly jedince s mentálním postižením jako osamělé a náchylné ke zneužití. Uvedli také, že prostředí internetu a mobilní telefony představují nové formy rizika.

V daném výzkumu byl vzorek příliš malý na to, aby dokázal identifikovat rozdíly mezi členy rodiny a pomáhajícími pracovníky (Eastgate, Driel, Lennox, Scheermeyer, [online], 2012).

Velmi rozsáhlý výzkum byl proveden v roce 2013 v Polsku, a to pod názvem Sexualita dospělých osob s mentálním postižením v Polsku (*The sexuality of adults with intellectual disability in Poland*). Výzkum provedl Kijak. Výzkumným vzorkem bylo 133 osob s vyšším stupněm mentálního postižení (střední a těžké mentální postižení) ve věku od 18 do 25 let. Jedná se o věk významný pro rozvoj sexuální touhy, sexuálních aktivit a formování partnerských vztahů s cílem založení rodiny. Kijak uvádí, že sexuální vývoj jedinců s mentálním postižením je průměrně opožděn o tři roky a že jedinci se spíše věnují autoerotickým aktivitám, než navazování vztahů.

Studie se zabývá dilematy souvisejícími se sexuální výchovou a faktory, jež vyvolávají nesprávnou sexuální reakci. Nízká úroveň informovanosti vede k riskantnímu chování – typickým příkladem je nechráněný sex. Bylo zjištěno, že zájem osob s mentálním postižením o témata spojená se sexualitou je vysoký, naopak znalosti o tématech, jako jsou pohlavní rozdíly, antikoncepce a sexuální role, jsou nízké. Výzkum formuluje celkem tři základní výzkumné problémy:

1. Jaká je úroveň sexuálního vývoje testovaných osob s vyšším stupněm mentálního postižení?
2. Jaká je úroveň znalostí testovaných osob s vyšším stupněm mentálního postižení v oblastech tělo, antikoncepce a těhotenství?
3. Jaké formy sexuálních aktivit využívají osoby s mentálním postižením?

V rámci výzkumu byl také proveden rozhovor s lékařem za účelem odhadu sexuálního vývoje účastníků, a to dle stupnice J. M. Tannera. Tannerova stupnice se využívá k posouzení pohlavního vývoje. Je zde hodnocen vývoj pubického i axiálního ochlupení, u chlapců vývoj genitálu, u dívek vývoj prsu. Tannerova stupnice klasifikuje pět stupňů vývoje (Lebl, 2014). Pro účely tohoto výzkumu byla stupnice upravena pouze do čtyř stupňů:

1. předpubertální období – do této kategorie byla zařazena jedna osoba,
2. počáteční puberta – 10 %,
3. střední puberta – 40 %,
4. pozdní puberta – 49 %.

Kijak zvolil jako výzkumnou metodu dotazníkové rozhovory. Vzhledem k citlivosti tématu byl vytvořený dotazník konzultován s odborníky z řad psychologie a psychiatrie. Rozhovor se skládal ze tří fází. V první fázi probíhalo navazování kontaktu, vytvoření pocitu důvěry a bezpečného prostředí. Ve druhé, tedy hlavní fázi byly provedeny rozhovory. Třetí fáze spočívala v ukončení, shrnutí a dovysvětlení. Byly vytvořeny dvě verze dle pohlaví – pro muže a pro ženy.

Z výzkumu vyplývají znalosti osob s mentálním postižením v oblasti sexuality. Kijak uvádí, že určitými znalostmi disponují, ale jsou nepřesné nebo neúplné. Například znalosti o těhotenství jsou nedostatečné, protože 65 % dotazovaných nevědělo, jak dlouho těhotenství trvá, a 81 % vědělo velmi málo o porodu, což vyplynulo z používání nesprávné terminologie. Respondenti se domnívají, že žena porodí v porodnici na stole za přítomnosti lékaře. Úspěšné byly odpovědi v oblasti fyziologie těla a rozlišování pohlaví (90 % dotazovaných dokáže pohlaví rozlišit správně). Co se týče antikoncepce, jakoukoliv formu užívalo 39 %, zatím co ostatní nevyužili žádnou formu ochrany, a to pro nedostatek potřebných informací. Pouze 10 % však chápe pojem antikoncepce a dokáže jej vysvětlit.

Velkým úskalím tohoto výzkumu byla absence vizuálních pomůcek k popisu lidské sexuality. Pomůcky byly tedy pro potřeby výzkumné práce vytvořeny autorem (Kijak, [online], 2013).

Další dva výzkumy se týkaly výchovy sexuálního a reprodukčního zdraví. První z nich nazvaný Řešení sexuálního a reprodukčního zdraví u dospívajících a mladých dospělých s mentálním a vývojovým postižením (*Addressing sexual and reproductive health in adolescent and young adults with intellectual and developmental disabilities*) byl proveden roku 2018 výzkumníci Walters a Gray.

Výzkum byl zaměřen na výchovu sexuálního zdraví osob s mentálním postižením. Obsahuje pokyny pro pediatry, spočívající v zařazení poradenství a adekvátních zdrojů pro vhodnou sexuální výchovu v domácím prostředí a komunitě, ve které osoba s mentálním postižením žije. Pediatři jsou dle výzkumu vhodnými osobami pro poskytnutí informací a vhodných zdrojů.

Výzkum uvádí, že osoby s mentálním postižením v praxi nedostávají vhodné informace, což je spojeno hlavně s problematikou sexuálního zneužívání, proto má za cíl zajištění komplexního přístupu k péči o pacienty s mentálním postižením, na kterou mají plné právo (Walters, Grey, [online], 2018).

Druhý výzkum s názvem Výchova k sexuálnímu zdraví pro dospívající a mladé dospělé s mentálním a vývojovým postižením – doporučení pro přístupné informace o sexuálním a reprodukčním zdraví (*Sexual health education for adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities – recommendations for accessible sexual and reproductive health information*). Z předchozích pěti vybraných výzkumů se jedná o nejnovější, a to z roku 2020. Byl proveden týmem Roden, Schmidt, Holland-Hall a zaměřil se na dospívající a mladé dospělé, kteří nedostávají adekvátní informace o sexuálním zdraví a to i přes uznání práva WHO a OSN.

U osob s mentálním a vývojovým postižením je pravděpodobná rovnocenná aktivita v oblasti sexuality jako u intaktních vrstevníků, ale přesto se osobám s postižením nedostává komplexní výchovy. Studie uvádí, že aby byla komplexní výchova zajištěna, je nutné ze strany pedagogů vést nesoudící rozhovory, vzdělávací rámec založit na univerzálnosti v učení a umožnit použití více typů zdrojů se stručným jazykem a obrázkovým doprovodem, pro snadnější porozumění (Roden, Schmidt, Holland-Hall, [online], 2020).

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Metodologie výzkumu

V teoretické části práce byly objasněny pojmy a témata související s problematikou sexuality osob s mentálním postižením, bylo definováno mentální postižení. Dále byla vymezena výchova k reprodukčnímu zdraví, která je ukotvena zejména v předmětu Výchova ke zdraví, který bývá vyučován pedagogem, nebo také speciálním pedagogem na školách typu speciálních.

Předmětem výzkumné části této práce bylo zjistit, jak probíhá právě výchova k reprodukčnímu zdraví v rámci předmětu Výchova ke zdraví na školách speciálních, kde jsou vzděláváni žáci s mentálním postižením, jaký je přístup speciálních pedagogů k tématům týkajících se reprodukčního zdraví a jaké využívají pro výuku materiály.

3.2 Výzkumná otázka a cíle

Hlavní výzkumná otázka:

Jak speciální pedagogové přistupují k výuce reprodukčního zdraví a sexualitě u osob s mentálním postižením?

Dílní cíle výzkumné části:

- Jaká konkrétní témata jsou probírána v oblasti reprodukčního zdraví?
- Jaké materiály a techniky jsou ze strany speciálních pedagogů využívány?
- Co speciální pedagogové vnímají jako mýtus v oblasti sexuality osob s mentálním postižením?
- Jaký je přístup rodičů k edukaci jejich dítěte v oblasti reprodukčního zdraví?

3.3 Metoda sběru dat

Pro získání dat byl použit kvalitativní výzkum, zejména proto, že umožňuje lepší porozumění v oblasti sociálních vztahů.

Kvalitativní výzkum je procesem zkoumání úkazů a problémů v přirozeném prostředí. Jeho cílem je získání kompletního vhledu do problematiky a vztahu mezi výzkumníkem a respondentem (Švaříček, Šed'ová a kolektiv, 2010).

Hendl jako výhody kvalitativního výzkumu uvádí například získání podrobného popisu a vhledu do problematiky, přirozené prostředí při zkoumání, možnost reagovat na podmínky a situace a studovat procesy. Naopak nevýhodou výzkumu může být nemožnost zobecnění získaných informací, časová náročnost a reaktivita, neboli ovlivnitelnost výsledků ze strany výzkumníkovi osobnosti (Hendl, 2005).

Jako způsob dotazování neboli strategie pro sběr dat byl zvolen osobní rozhovor s respondenty. Švaříček uvádí, že se jedná o nejčastěji používanou metodu kvalitativního výzkumu. Prostřednictvím otevřených otázek je možné pochopit pohled dotazovaných osob na danou problematiku. Jedním ze základních zásad rozhovoru je zachycení přirozené výpovědi respondenta (Švaříček, Šed'ová a kolektiv, 2010).

Rozhovor byl zvolen zejména proto, že cílem výzkumné části je zjistit, co si respondenti myslí, jak přistupují k problematice, jaké jsou jejich osobní zkušenosti.

S provedením rozhovorů v rámci kvalitativního výzkumu vyvstávají etické otázky. Je stěžejní dodržovat zásady etického jednání, jimiž jsou zejména svoboda odmítnutí a respektování anonymity. Důležitým aspektem je také emoční bezpečí respondenta (Hendl, 2005).

Miovský považuje interview za nejtěžší, zároveň také za nejefektivnější metodu pro získání dat při kvalitativním výzkumu. Interview je vymezeno jako rozhovor moderovaný, prováděný s cílem a účelem výzkumu. Miovský dále uvádí, že interview není možné provádět bez pozorování (Miovský, 2006).

Ze tří základních skupin interview bylo zvoleno semistrukturované, neboli polostrukturované interview, vzhledem k jeho možnostem modifikace. Jedná se o změnu pořadí otázek, či znění samotné otázky. Vždy však záleží na potřebě dle situace.

Důraz je kladen na autenticitu a přirozenost tazatele, kvalitní navázání kontaktu, motivující a aktivní přístup (Miovský, 2006).

Otázky byly vždy položeny a zodpovězeny všechny, ale k některým jsme se během rozhovoru dostaly dříve, proto bylo pořadí upravováno dle aktuální potřeby

a situace. Rozhovoru předcházela úvodní část, která zahrnovala uvedení respondenta do tématu.

Připravená struktura - konkrétní otázky:

1. Co je podle vás stěžejní ve výuce VkZ (Výchova ke zdraví)?
2. Jaká konkrétní témata volíte v oblasti reprodukčního zdraví?
3. Jaké vyučovací materiály a metody se vám ve výuce osvědčily a které opakovaně používáte?
4. Jak vysvětlujete ve výuce žákům s MP (mentální postižení) sexualitu, reprodukční zdraví?
5. Řešíte ve výuce VkZ v návaznosti na téma Reprodukční zdraví i problematiku partnerství, rodičovství?
6. Setkali jste se s nepřiměřenou reakcí žáka s MP v oblasti intimity? Jak jste danou situaci řešil/a?
7. Setkáváte se s negativním či pozitivním postojem rodiče k faktu, že jejich dítě s MP by se mělo vzdělávat v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví?
8. Co vnímáte jako největší mýtus v oblasti sexuality osob s MP?
9. Z jakého zdroje nejčastěji čerpáte informace pro oblast edukace k reprodukčnímu zdraví Vy a Vaši žáci?

3.4 Výzkumný soubor

Vzhledem k vykonaným praxím během studia speciální pedagogiky jsem měla povědomí o speciálních školách v Olomouci a na mnohých z nich jsem praxe osobně vykonávala, také proto jsem se rozhodla školy oslovit. Na příslušných webových stránkách jsem vyhledala aktuální emailové adresy na ředitele škol a prostřednictvím univerzitní emailové adresy byly osloveny celkem čtyři speciální školy v Olomouci. Odpověď jsem dostala pouze od jedné z nich, že téma mojí práce nesouvisí se zaměřením školy, zbylé školy na email nereagovaly. Tuto skutečnost příkládám velkému vytížení škol vzhledem ke spolupráci s univerzitou a zároveň jejich rozhodnutí plně respektuji. Proto jsem se rozhodla oslovit další školy v olomouckém kraji, a to ve městech Prostějov, Přerov, Uničov a Šternberk. Všechny zmíněné speciální školy souhlasily se spoluprací. Vzhledem k rozhodnutí všech škol zůstat

v plné anonymitě záměrně neuvádím konkrétní adresy škol ani konkrétní jména respondentů, se kterými byl rozhovor proveden.

Respondenti pro rozhovor byli vybíráni následujícím způsobem – oslovila jsem nejprve ředitele příslušných škol prostřednictvím emailových adres, telefonní komunikace nebo osobní formou, a s nimi jsem projednala možnost účasti na výzkumu. Bylo jim sděleno téma této práce, kritéria pro výběr respondenta a nastíněna časová náročnost rozhovoru. Následně ředitele speciálních škol oslovili speciální pedagogy, které sami vyhodnotili jako vhodné pro účast na výzkumu a kteří splňovali všechna kritéria.

Všechny zúčastněné respondentky byly ženského pohlaví. Nebylo tak učiněno záměrně, ale vyplynulo to z faktu, že na speciálních školách působí muži ojedinele. Na některých z příslušných škol, kde jsem rozhovory realizovala nepůsobil žádný muž, nebo nesplňoval kritéria pro výběr respondenta.

Základním souborem pro výběr respondentů jsou speciální pedagogové vyučující na speciální škole. Výběrovým souborem je celkem 5 speciálních pedagogů působících na speciálních školách v Olomouckém kraji.

Pro účely své práce jsem si stanovila kritéria pro výběr respondentů, která je nutno splňovat. Musí se jednat o:

- Speciálního pedagoga aktivně vyučujícího na speciální škole
- Speciálního pedagoga vyučujícího alespoň jednoho žáka s mentálním postižením
- Speciálního pedagoga ochotného zúčastnit se rozhovoru

V následující tabulce jsou uvedeny informace o respondentech - fiktivní jméno respondenta, pole jeho působnosti (z důvodu provedení dvou rozhovorů na jedné škole), věk respondentů a délka jejich speciálněpedagogického působení.

Fiktivní jméno respondenta	Škola	Věk	Délka praxe
Helena	A	56	30 let
Iveta	A	53	25 let
Eva	B	38	8 let
Dana	C	51	27 let
Aneta	D	30	5 let

Tabulka: Informace o respondentech

3.5 Průběh výzkumu

Tato část bude věnována tomu, jak výzkum probíhal. Ze všech oslovených škol v Olomouckém kraji jsem navštívila čtyři školy, ve kterých bylo provedeno celkem pět rozhovorů. V jedné ze škol tedy proběhly rozhovory dva. Tato skutečnost vyplynula z rozsahu školy a jejího různorodého zaměření.

Spolupráce s respondentkami byla snadná, protože všechny byly vstřícné a ochotné se na výzkumu podílet, což také bylo jedním ze stanovených kritérií. Před zahájením rozhovoru jsem jim představila svoji osobu, studijní kombinaci, téma a cíl této práce. Dále jsem jim položila otázku, zda nemají problém s nahráváním rozhovoru. Žádné z respondentek nahrávání nevadilo, ale u některých jsem v počátku zaznamenala ostych či určité rozpaky z nahrávání. Všechny respondentky byly ujistěny, že hlasová nahrávka bude sloužit pouze pro účely této práce a nebude nikde zveřejněna. Přístup zachování anonymity vychází z etických otázek výzkumu. Hendl mezi zásady etického jednání při výzkumu řadí mimo jiné právě neodhalení identity respondenta v ideálním případě ani samotnému výzkumníkovi (Hendl, 2005).

Dle Miovského představuje zvukový záznam pro výzkumníka značnou pomoc, protože si nemusí zaznamenávat veškeré odpovědi respondenta. Poznámky si dělá především z pozorování jevů, které naopak na zvukový záznam zaznamenat nelze (Miovský, 2006). Není žádoucí, aby diktafon, na který byly rozhovory nahrávány jakkoliv omezoval průběh, a proto byl volně položený na stole.

V průběhu rozhovoru jsem se snažila držet předem připravené struktury a pořadí otázek, avšak v některých případech jsme k odpovědi na otázku došly dříve. Právě tato flexibilita je umožněna v polostrukturovaném interwiev, jak uvádí Miovský (Miovský, 2006).

3.6 Metoda zpracování dat

K samotnému průběhu rozhovorů jsem měla vytištěné konkrétní otázky. Dále jsem využívala blok, do kterého jsem si dělala poznámky například o plynulosti rozhovoru, nebo o již zodpovězených otázkách, ke kterým jsme se dostaly dříve.

Po skončení rozhovoru jsem si v soukromí zaznamenala také vlastní pocity z rozhovoru, jak na mě daná respondentka působila, nebo další užitečné informace, které mi sdělila mimo zvukový záznam. Miovský toto popisuje jako terénní poznámky (Miovský, 2006).

Pro zaznamenání zvukového záznamu jsem využívala diktafon a následně jsem celé rozhovory přepisovala do textové podoby. Tento proces se dle Hendla nazývá transkripce. Jedná se o přepis mluveného slova z rozhovoru do písemné formy (Hendl, 2005).

Pro kódování dat byla zvolena metoda otevřeného kódování, kdy se jedná o první práci s daty a během procesu dochází ke kategorizaci jednotlivých skupin (Miovský 2006, Hendl 2005). Kategorie stanovené v této práci budou uvedeny v následující části práce.

3.7 Interpretace dat

Tato kapitola obsahuje data, jenž byly získány prostřednictvím výzkumného šetření. Ze získaných dat vyvstaly tyto kategorie:

1. Probíraná témata
2. Techniky práce
3. Mýty o sexualitě
4. Spolupráce s rodinou
5. Osobní zkušenost (týkající se nepřiměřené reakce žáka)

3.7.1 Probíraná témata

Nejprve jsme se zaměřily na obecnou oblast výchovy ke zdraví. Tato kategorie otázek byla použita z toho důvodu, aby uvedla respondenta do tématu a navodila

atmosféru důvěry. Žádná z respondentek neměla s odpovědí potíže, protože otázka nebyla nijak osobní nebo choulostivá.

Následně bylo navázáno na konkrétní probíraná témata v předmětu Výchova ke zdraví a oblasti reprodukčního zdraví.

„My, když jsme probírali tady tohle tak samozřejmě to, co mám v plánu jako učebním, tak samozřejmě tu látku proberu, ale musím jim to podat takovou formou, aby oni tomu aspoň částečně rozuměli. Spíš se zaměřuju na to, aby dodržovali hygienická opatření, protože to je nejdůležitější. I prevence toho, že je potřeba jít k ženskému lékaři, protože to pro ně dřív byl strašák. Takže o tom mluvíme. Mluvíme i o tom, že se berou dva lidi, že zakládají rodinu, to máme i v rodinné výchově, ale oni to prožívají ve smyslu tom, že ano, ale jich se to netýká. Ve výchově ke zdraví jsou témata jako pohlavní nemoci, rozmnožování, ale mým žákům to musíte říct formou pohádky, jinak tomu nerozumí.“ (Helena)

„Tak my se hodně zaměřujeme na hygienu, potom bych řekla rozdíly mezi pohlavími, takže vyloženě obrázky, aby dokázali poznat intimní partie, co tam patří, dále potom rodina a vztahy.“ (Eva)

Tyto dvě výpovědi se shodují v tématu hygieny. Hygiena v oblasti reprodukčního zdraví se týká zejména hygieny intimních partií, která je odlišná u mužského a ženského pohlaví. U dívek a žen dbáme zejména na hygienická opatření v období menstruace.

„Spíše probíráme základy, rodina, členové rodiny, příbuzenstvo, citové vztahy v rodině, jaké jsou úkoly maminky, tatínka, dětí. V občanské výchově práva člověka, snažíme se to propojovat. Princip reprodukce a pohlavní ústrojí jsme probírali u zvířat, ale oni si to nedokážou spojit, že to, co je u zvířat, je podobné u lidí, že savci to mají podobné. Jdou do pubertálního věku, takže jim vysvětluju, že každý má svůj osobní prostor.“ (Iveta)

„Samozřejmě záleží na věku a do jisté míry i na mentální úrovni. Ted' jsme měli učivo, co je soukromí, co je moje osobní zóna, jak vlastně vnímá své tělo. Dále k tomu patří přátelství, partnerství, co je láska, co není láska. Také hygiena samozřejmě.“ (Dana)

Také odpověď paní Dany poukazuje na důležité téma, kterým je oblast hygieny, jenž byla zmíněna v i v předchozích výpovědích.

Dvě respondentky se shodují v tématu soukromí a osobního prostoru, kde je důležité, aby žák chápal hranice svého a cizího těla, aby byl schopen respektovat soukromí ostatních osob. Všechny odpovědi se shodují na jednom stěžejním tématu, kterým jsou zde vztahy, ve většině případů vztahy rodinné, nebo partnerské či přátelské.

Paní Aneta ve svojí odpovědi zmínila problém, který se týká internetového prostředí. Dále velmi obecně zmiňuje připravenost žáků v jejich budoucím životě a dodává souvislost s tématem antikoncepce.

„Tak vůbec chování, protože jedna dívčina posílala svoje nahé fotky po internetu, takže jsem řešily tady tuto tematiku. A vůbec tak celkově je připravit na ten život do budoucna, takže antikoncepci jsme řešili.“ (Aneta)

3.7.2 Techniky práce

S předchozí kategorií Probíraná témata souvisí metodiky a techniky práce, které jsou speciálním pedagogem využívány pro edukaci žáka s mentálním postižením v oblasti reprodukčního zdraví v rámci předmětu výchova ke zdraví.

„Hledám na internetu, na google, prohlížím si obrázky, vytvářím si prezentace v PP, pracovní listy používáme ty, které se dají stáhnout z internetu. Využiju z toho třeba jen část nebo nápad. Do občanské výchovy a biologie jsou pracovní sešity, kde se taky probírá sexualita, antikoncepce, ochrana, lidské tělo, pohlavní orgány.“ (Iveta)

„V rámci výuky mám se žáky přátelský pohovor, my si o tom povídáme. Měla jsem jednou krátký film, kde to bylo pohádkovou formou, ale oni potřebují komunikační kontakt, když jim pustím film, tak jim to celkem nic neřekne. Ten dialog jim přináší úplně nejvíc. Taky jsme měli tištěné pracovní listy, které jsme vyplňovali. Měli jsme i miminko ve škole, to jsme koupali a převlíkali, takže zároveň se jedná o praktickou výuku v tom smyslu, že přehráváme různé hry, scénky, co mají dělat, jak se mají chovat. Všechno formou hry a pohádky, aby tomu rozuměli.“ (Helena)

Metodu pohovoru se žáky uvádí i paní Aneta, která přitom využívá sezení v kruhu.

„My si spíš tak povídáme, sedíme v kruhu a diskutujeme nebo spíš já mluvím, protože ne všichni se zapojují v tom kruhu. Taky pracovní listy vyplňujeme.“ (Aneta)

Princip názornosti a praktičnosti, stejně jako paní Helena, zmiňuje i paní Eva v následující odpovědi.

„Materiály spíš obrázkové, všechno musí být názorné. Ted' jsem byla i na školení Freya, tam byly pěkné pracovní listy, kdy vlastně využíváme to pacičkování, kam sahat a kam nesahat, kdo tam může sahat a kdo ne. Používáme materiály Freya a demonstrační obrázky, které si vyhledáváme na internetu.“ (Eva)

Zde bych ráda nastínila práci organizace Freya. Tato organizace pořádá kurzy nejen pro pedagogické pracovníky nebo pracovníky pomáhajících profesí (sociální pracovník), ale také pro rodiče dětí se znevýhodněním. V rámci kurzů pracují s tématem sexuality a vztahů lidí s postižením. Poskytují služby ve sféře poradenské, terapeutické a metodické podpory (Freya, [online]). Cílem organizace je naučit například pedagogické pracovníky a rodiče hovořit o tématech sexuality, nebát se jich, pracovat s nimi a dokázat poskytnout pomoc svým žákům nebo dětem s postižením, nebo je na potřebnou pomoc odkázat (Šídová, Rohovská, 2018).

„Používám video, obrázek, samozřejmě co nejjednodušší formou, naprosto triviálním způsobem, aby žák pochopil aspoň v kostce, co se mu snažíme sdělit. Obrázky nahé osoby vývojově od dítěte po dospěláka, ve které fázi ze žák vidí a jestli si vůbec uvědomuje tělesné změny, které probíhají. Video přímo pro žáky, které namluvil Liška, potom nějaké pracovní listy.“ (Dana)

Často využívanou technikou k vysvětlení tématu reprodukčního zdraví jsou pracovní listy, které se objevily ve všech předchozích odpovědích. Pro žáky je přínosné, pokud pracovní listy obsahují jednoduché obrázky.

Zmínka paní Dany o videu namluveném hercem Pavlem Liškou (spolu s herečkou Annou Geislerovou) byla cílena na edukační video s názvem *O sexu*, které je určeno zejména pro osoby s mentálním postižením. Video je veřejně dostupné na YouTube.

„Snažíme se to propojovat, že to není striktně ted' je sexuální výchova, že to je během literatury, když si povídáme, během dramaterapie, různé otázky, názory, jestli mít děti nemít děti. To jsou vlastně průřezová témata.“ (Iveta)

3.7.3 Spolupráce s rodinou

V teoretické části zmiňují důležitost rodiny a její primární funkci, kterou by rodiče měli zastávat v oblasti edukace reprodukčního zdraví cílené na své děti. Jak uvádí Šilerová, tento proces je ovlivněn několika faktory. Roli zde hraje osobnost rodiče a jeho celkový přístup k vlastní sexualitě. Rodiče často neví, jak o tématech spojených se sexualitou hovořit, proto se v takových případech obrací na školu a ta tím pádem přebírá primární funkci v sexuální výchově.

„Já si myslím, že rodiče mých žáků jsou absolutně spokojeni, s tím, co jsme probírali, co se dělo, protože každé vybočení, se probírá, diskutuje, takže rodiče jsou i rádi, že já to proberu za ně. V tomhle směru mi rodiče nechávají volnou ruku, jsou spokojeni a řekla bych, že toto téma je u nich tabu, oni jsou zřejmě rádi, že ty děti se jim neprojevují a jsou takhle spokojeni.“ (Helena)

Právě v této zkušenosti respondentky se objevuje skutečnost, že rodiče jsou spokojeni s tím, když pedagog probere s žáky téma, které jim nemusí být příjemné nebo neví, jak o něm mají se svými dětmi mluvit. Dodává také, že téma sexuality je u rodičů dětí s mentálním postižením jakýmsi tabu.

I zkušenosti paní Anety jsou takové, že rodiče souhlasí s výukou témat spojených s reprodukčním zdravím.

„Ve škole jsem se nesetkala s negativní reakcí od rodičů, ale mám zkušenost z ústavu, že je potřeba o tom mluvit otevřeně.“ (Iveta)

Tato respondentka sdělila svoji zkušenost z působení v sociální sféře. Dle mého názoru je vždy důležité hovořit s rodiči otevřeně a pravdivě.

„Máme tady rodiče, kterým to vadí, víceméně říkají, že se jich to netýká, protože jejich děti mají mentální hendikep, takže ono se jich to netýká, ale Freud je v každém z nás, a to ti rodiče začnou řešit v momentě, kdy to nastane, není tam to obeznámení dítěte předtím. Je nutné s rodiči komunikovat, vysvětlit jim, že je to normální, že se jich to týká a musíme je naučit pojmenovat a používat názvy. Potom se ptají, jak to mají řešit.“ (Eva)

Paní Eva se setkává s rodiči žáků, kteří mají potíže s tématy sexuality a reprodukčního zdraví. Potíže však vychází z faktu, že se rodiče domnívají, že se jich

tato témata netýkají. Také se shoduje s předchozí respondentkou, že je důležitá komunikace s rodiči.

Respondentka Dana zmínila iniciativu rodičů komunikovat o tématech sexuality pouze v případě potřeby.

„Rodiče, když potřebovali tak se na nás obrátili v konkrétním případě.“ (Dana)

3.7.4 Mýty o sexualitě

Vzhledem k dlouhodobému tabuizování tématu sexuality jako takového a obzvláště ve spojení osob s mentálním postižením mě zajímaly konkrétní předsudky, se kterými se během svojí speciálněpedagogické praxe setkávají respondentky, které se účastnily výzkumu.

Problematiky tabuizování jsme se dotkly již v předchozí kategorii Spolupráce s rodinou, kde dvě z respondentek zmiňovaly přístup rodičů.

„...řekla bych, že toto téma je u nich tabu, oni jsou zřejmě rádi, že ty děti se jim neprojevují a jsou takhle spokojeni.“ (Helena)

Paní Helena uvedla, že rodiče jsou spokojeni s jejím přístupem k výuce, protože téma sexuality je u nich tabu. Konkrétně k předsudkům se vyjádřila pouze tím, že o tom takhle nepřemýšlela.

„...říkají, že se jich to netýká, protože jejich děti mají mentální hendikep, takže ono se jich to netýká...“ (Eva)

V rozhovoru s paní Evou jsme dokonce v předchozí kategorii přímo narazily na konkrétní mýtus v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Sexualita se týká každého jedince, ať už bez nebo s postižením. Paní Eva dále uvedla své obavy, co by se mohlo stát, pokud by se žáky otázka sexuality nebyla řešena.

„Mýtus je, že děti s MP se to netýká. Myslím si, že potom může dojít i k tomu, pokud je dítě fyzicky zdatné, že si bude dovolovat, vynucovat, může dojít i ke znásilnění.“ (Eva)

Další předsudek, kterého jsme se dotkly v rozhovoru s respondentkou Danou, se týkal sexuálních potřeb osob s mentálním postižením.

„Že osoby s mentálním postižením nemají sexuální potřeby, nebo že je nezajímá druhé pohlaví, že ta mentální úroveň je na takové úrovni, že ta stránka tu konkrétní danou osobu nezajímá, což samozřejmě není pravda, že.“ (Dana)

Podobná byla odpověď respondentky Anety, která uvedla následující mýtus:

„Možná to, že by to neuměli, že nejsou schopni pohlavního styku.“ (Aneta)

3.7.5 Osobní zkušenost

Poslední oblastí, která z rozhovorů vyvstala, byla kategorie vlastních zkušeností za dobu působení praxe speciálního pedagoga. Zde byla pokládána i otázka týkající se nepřiměřené reakce žáka v oblasti intimity.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o osobní zkušenosti každé z respondentek, odpovědi jsou různorodé a odvíjí se i dle míry komunikativnosti dané osoby. Většina respondentek se však na tohle téma rozpovídala a nebylo tak složité získat nějaké zajímavé informace.

Například paní Helena se s nepřiměřenou reakcí žáka v oblasti intimity nesetkala. Během rozhovoru mi sdělila, že žáci z témat spojených se sexualitou mají spíše legraci. Stejnou zkušenost má i další z respondentek, která uvedla, že ve výuce se žáci smáli a pochechtávali. Jedna respondentka se dokonce setkala se zděšením žáků.

„Stalo se mi, že jsem řekla žákům, že budeme probírat, jak se narodí dítě a oni začali pištět a zakrývat si oči a uši, nechtěli se o tom bavit. Oni mají odtažitý postoj k tématu sex, oni se toho trošku bojí, nechtějí o tom mluvit, protože mají pocit, že se jich to netýká, ale samozřejmě o tom se mluvit musí, takže si s nimi povídám zábavnou formou.“ (Helena)

Jedna z respondentek uvádí své pocity spojené s přípravou na výuku.

„Tady ta témata jsou hrozně citlivá, takže když jsem věděla, že mě to čeká, tak jsem se na to musela dopředu připravit, protože nikdy nevíte reakci.“ (Helena)

Další z respondentek (Eva) hovořila o důležitosti připravenosti pedagoga na témata spojená se sexualitou v souvislosti potřeby vzdělávání se v této oblasti, vzhledem k tomu, že se jedná o ožehavé téma, jak sama uvedla.

„Co se týká praktických věcí tak oni neví, jedna žákyně mi vykládala, že maminka čeká miminko, a když jsem se zeptala, jestli nepoužívá antikoncepci, tak nevěděla, co to je.“ (Iveta)

Paní Iveta dále sdělila problém, který vnímá jako složitý pro osoby s mentálním postižením. Dle ní se jedná o odmítnutí, se kterým se osoby s mentálním postižením těžko vyrovnávají, v případě, že se jim líbí druhá osoba a neopětuje jejich sympatie.

„Stalo se mi, že jsme měli ve výuce tablet a chlapec si otevřel stránky a prohlížel si obrázky nahých žen, tak jsem mu to zakázala, že se na to ve škole dívat nemůže.“ (Dana)

Respondentka dále uvedla obavu ze sociálních sítí, které mohou představovat určité riziko týkající se například obtěžování ze strany sexuálních predátorů.

„Zažili jsme případy, kdy se dítě začne lísat a mít kopulační pohyby k druhému dítěti, náznaky, neví, proč to dělají, ale musíme být obezřetní a hlídat, že to nemůžou dělat a vymezujeme prostor na toaletách. Už ale nevíme, jestli si úspěšně dokáže pomoci, od toho tady nejsme.“ (Eva)

Zde paní Eva sděluje zkušenost s nežádoucí reakcí žáka v oblasti sexuality. Uvádí, že žákům je pro sexuální potřeby vymezen prostor v prostředí toalet, což bývá hodnoceno jako nevhodné z důvodu hygieny a soukromí. Toalety jsou určeny pro více žáků současně, a proto by mohlo být soukromí žáků narušeno, dále by nemuselo docházet k uspokojování hygienických potřeb ostatních žáků právě z důvodu využívání toalet žáky, kteří zde potřebují uspokojit své sexuální potřeby.

„To se nám tady stalo, že jeden můj žák vlastně na záchodě si vykonává svoji fyzickou potřebu onanie. Je to zrovna žák, který skoro vůbec nemluví, neumí se vyjádřit a je na té mentální úrovni docela nízko, takže jsem to řešila víceméně s maminkou.“ (Aneta)

Odpověď paní Anety také vypovídá o zkušenosti s nepřiměřeným intimním chováním žáka. Stejně jako paní Eva zmiňuje vykonávání sexuální potřeb na toaletách. V případě tohoto žáka je situace ztížena jeho úrovní komunikace, proto vyžaduje řešení spočívající ve spolupráci s rodinou.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

V této kapitole bych ráda provedla shrnutí zjištěných výsledků ze všech pěti jednotlivých kategorií, zhodnocení výzkumné části práce, srovnání výzkumných šetření a nástin programu týkající se doporučení pro praxi.

První kategorií jsou Probíraná témata, kde se nejvíce vyskytovala hygiena, soukromí a osobní prostor, rodina a vztahy. Tyto oblasti respondentky považovaly za důležité zejména z toho důvodu, že se jejich žáků s mentálním postižením osobně dotýkají a setkávají se s nimi v každodenním životě.

Další navazující kategorií byly využívané techniky a metody práce. Zde se respondentky shodovaly na využívání pracovních listů, ve kterých žáci mohou doplňovat potřebné informace. Dále jsou využívány obrázky, které žákům usnadňují pochopení a rozlišování rozdílů, například mezi pohlavími. Důležité je dbát na zásadu názornosti, aby žáci nepřijímaly pouze teoretické informace, ale aby tyto teoretické poznatky byly propojeny s názornými ukázkami a demonstrovány na praktických příkladech. Například již zmíněná metoda pacičkování souvisí s respektováním osobních zón a názornou formou učí žáky, kdo a kam smí a naopak nesmí sahat.

Třetí kategorie nazvaná Spolupráce s rodinou přinesla následující informace. Rodiče si ve většině případů myslí, že se jich samotných a jejich dítěte s mentálním postižením téma sexuality netýká. Respondentky považují za důležité otevřeně komunikovat s rodiči. Je zcela přirozené, že některým rodičům přístup k edukaci jejich dětí v oblasti reprodukčního zdraví nevyhovuje, naopak některým ano. Tato skutečnost je ovlivněna celkovým přístupem rodičů k celkovému tématu sexuality. Někteří rodiče jsou s výukou a přístupem pedagoga spokojeni zejména proto, že nemusí tato témata řešit se svými dětmi sami. Rodiče, kterým přístup nevyhovuje, si často ani nepřipouštějí, že jejich dítě má sexuální potřeby z důvodu jeho mentálního postižení.

Kategorie zaměřená na předsudky, mýty a tabu spojené se sexualitou osob s mentálním postižením odhalila celkem dva mýty. Prvním z nich je tvrzení, že děti s postižením se sexualita netýká. Tohoto faktu jsme se dotkly již v předchozí kategorii, v souvislosti s rodiči, kteří se toto často také domnívají. Dále zazněl předsudek spojený

se sexuálními potřebami osob s mentálním postižením, který říká, že tyto osoby takové potřeby nemají a nezajímají se o druhé pohlaví.

Poslední kategorie pojednávala o vlastních zkušenostech zúčastněných respondentek, které zažily během svojí speciálněpedagogické praxe. Často se setkávaly s reakcemi žáků ve výuce, které provázel smích nebo naopak zděšení z probíraného tématu. Byla zde uváděna také důležitost předchozí přípravy pedagoga na témata sexuality, vzhledem k faktu, že se jedná o témata osobní a intimní. Dvě z respondentek se setkaly s nepřijatelným chováním žáka na půdě školy, spočívajícím v provádění kopulačních pohybů žáka vůči druhému žákovi a onanování.

Dále krátce zhodnotím výzkumnou část této práce, která byla zaměřena na přístup speciálních pedagogů k výuce reprodukčního zdraví a sexualitě osob s mentálním postižením. Tento přístup byl zjišťován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s respondenty.

Speciální školy ve městě Olomouc se mi nepodařilo oslovit ke spolupráci, a tak jsem výzkum provedla na speciálních školách v rámci olomouckého kraje. Konkrétní místa a jména respondentů nejsou uvedeny z důvodu zachování anonymity škol a jejich pedagogů. Následná komunikace s respondenty byla snadná a spolupráce byla dle mého názoru přínosná.

Za úskalí výzkumu považuji fakt, že se jedná o moji první zkušenost s výzkumem. Vzhledem k tomu, že se respondentky nemohly na rozhovor předem připravit, odpovídaly spontánně a dle svých zkušeností nabitých během jejich speciálněpedagogické praxe. Tyto odpovědi byly pro výzkumnou část práce velkým přínosem, ale zároveň bylo poté složité odpovědi zpracovat a vyhodnotit.

V rámci teoretické části práce bylo uvedeno celkem pět výzkumných šetření zaměřených na problematiku sexuality osob s mentálním postižením a edukaci v této oblasti. Následně budou zahraniční výzkumy srovnány s výsledky mého výzkumného šetření provedeného v rámci této práce.

První z výzkumů uvedl, že ženám s mentálním postižením chybí znalosti v tématech sexuality a dovednosti ve vyhledávání potřebných informací. Návrhem

k řešení zde byla podpora ze strany odborníků, což se dle mého názoru týká i speciálních pedagogů. Z výzkumu vyplynulo, že ženy s mentálním postižením mají často potíže se sexuálním zneužíváním a jako prevence by mohla být využívána metoda pacičkování, kterou v rámci výzkumného šetření uvedla respondentka Eva. Metoda spočívá v přikládání paciček na místa, kam je dovoleno sahat a kdo tam sahat smí a co naopak dovoleno není.

Zmíněná metoda by mohla sloužit jako nácvik ochranných dovedností i v případě druhého výzkumu, kde byla řešena podpora osobám s mentálním postižením ze strany rodiny a pracovníků. Rodinní příslušníci totiž vyjádřili náchylnost osob s mentálním postižením ke zneužití. Dále uvedli, že internet představuje určité riziko, s čímž se shodují i respondentky Iveta a Aneta v rámci výzkumného šetření této práce. Z výzkumného šetření také vyplývá, že je stěžejní komunikace mezi pracovníky a rodiči dětí s mentálním postižením.

Ve třetím zahraničním výzkumu se shoduje výzkumné šetření této práce v tom, že byly také prováděny rozhovory, které probíhaly v určitých fázích. Stejně jako u rozhovorů s osobami s mentálním postižením ve výzkumu Kijaka, tak u rozhovorů se speciálními pedagogy ve výzkumu této práce probíhalo v první fázi rozhovoru navazování kontaktu a bezpečného prostředí pro dotazované osoby. Kijak uvádí, že osoby s mentálním postižením mají dobré znalosti v rozlišování pohlaví. Toto téma se také objevilo v odpovědi mých respondentek.

Z posledního uvedeného zahraničního výzkumu vyplývá, že osobám s mentálním postižením se nedostává komplexní výchovy v oblasti reprodukčního zdraví. Zde by měli být prováděny rozhovory žáků s pedagogy a mělo by být k výuce využíváno co největší množství obrázků, které slouží k rychlejšímu a lepšímu pochopení tématu ze strany žáků. Tyto dvě činnosti se během mého výzkumu potvrdily a všechny respondentky uvedly, že je praktikují.

Jako poslední část nastíním body edukačního programu, využitelného v praxi speciálního pedagoga. Jednotlivé body stručně popisují témata, které by měl program obsahovat:

- osobní hygiena;
- pohlavní rozdíly ženy a muže;
- osobní prostor;
- vztahy – rodinné, partnerské, přátelské.

Oblast osobní hygieny by měla zahrnovat hygienu genitálu a vysvětlení rozdílů mezi intimní hygienou mužů a žen. U žen je důležité klást důraz na oblast intimní hygieny v průběhu menstruace, s čímž je spojeno také vysvětlení menstruačních pomůcek, menstruačního cyklu, antikoncepčních metod.

Pohlavní rozdíly ženy a muže lze demonstrovat zejména na obrázkových materiálech.

Téma soukromí a osobního prostoru je možno ukotvit pomocí metody pacičkování.

K již zmíněné metodě pacičkování uvádím možnost modifikace – Semafor. Tato modifikace spočívá ve využití barev červená a zelená, kdy pacičky, které přikládáme na místa, kam je dovoleno sahat mají zelenou barvu, naopak pacičky označující místa, kam není dovoleno sahat jsou barvy červené.

Co se týče vztahů, zejména rodinných, zde by mělo být probíráno jaké jsou úkoly matky a otce, jaká je jejich role a postavení v rodině. Se vztahy partnerskými se také pojí téma antikoncepce, plánované či neplánované těhotenství, těhotenství jako takové, porod a následné rodičovství.

ZÁVĚR

Výzkumná část byla zaměřena na zjištění přístupu speciálního pedagoga k edukaci v oblasti reprodukčního zdraví u žáků s mentálním postižením. Prostřednictvím výzkumného šetření bylo dosaženo všech stanovených cílů bakalářské práce.

Kvalitativní výzkum byl realizován prostřednictvím osobních rozhovorů se speciálními pedagogy, během nichž bylo zmapováno, jaká témata v oblasti reprodukčního zdraví jsou se žáky probírána, jaké jsou přitom využívány metody a techniky práce, jak funguje spolupráce s rodinou žáka s mentálním postižením, jaké mýty a předsudky jsou považovány za nejvíce se vykytující z pohledu speciálního pedagoga pracujícího s cílovou skupinou. Poslední sledovanou kategorií byly osobní zkušenosti pedagogů, které zažili během svého působení ve speciálněpedagogické sféře. Tyto kategorie korespondují se stanovenými dílčími cíli, kterých bylo dosaženo.

Dle mého názoru by zjištěné výsledky mohly v praxi přinést ucelený náhled na edukaci reprodukčního zdraví u žáků s mentálním postižením. Jsou zde zmíněna stěžejní témata, které je nutno se žáky ve výuce výchovy ke zdraví probírat, dále také využívané metody. Důležitou součástí, kterou výzkumné šetření také odhalilo, je vzdělávání pedagogických pracovníků a jejich připravenost nejen na osobní a intimní témata sexuality, ale také na reakce žáků ve výuce i mimo ni. Otevřený způsob komunikace je nutno využívat nejen s rodiči žáků, ale i se žáky samotnými.

Věřím, že se tato práce pro někoho stane inspirativním vzorem a poslouží nejen pedagogům, ale i rodičům pochopit témata spojená se sexualitou osob s mentálním postižením. Speciálním pedagogům může sloužit při edukaci žáků ve výchově ke zdraví, aby oblast reprodukčního zdraví byla komplexně obsažena a ukotvena kvalitním způsobem. Rodičům může pomoci vyvrátit mýty a předsudky v oblasti sexuality jejich dítěte s mentálním postižením, mohou získat nový pohled na důležitost edukace reprodukčního zdraví nejen ve škole, ale také v rodinném prostředí. V konečném závěru by však všechny tyto kroky měly nejvíce podpořit žáky s mentálním postižením, aby se jim dostalo komplexní výchovy a potřebných informací využitelných v jejich budoucím životě.

SOUHRN

Práce je zaměřena na zjištění přístupu speciálního pedagoga k edukaci reprodukčního zdraví směrem k žákům s mentálním postižením a na otázky spojené se sexualitou osob s mentálním postižením.

Teoretická část práce se zabývá vysvětlením klíčových pojmů v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví, kterými jsou zejména sexualita, výchova ke zdraví, a sexuální výchova. Vzhledem k zaměření práce na osoby s mentálním postižením, teoretická část ukotvuje i vymezení a charakterizuje jednotlivé kategorie mentální retardace. Další součástí teoretické části jsou zahraniční výzkumná šetření.

Praktická část prostřednictvím rozhovorů se speciálními pedagogy zjišťuje, jak respondenti, kterými zde byly speciální pedagogové, přistupují k výuce reprodukčního zdraví. V rámci kódování zjištěných dat vyvstaly jednotlivé kategorie, kterými se metodická část práce dále zabývá a které vyhodnocuje. Kategorie byly nazvány: Probíraná témata, Techniky práce, Spolupráce s rodinou, Mýty o sexualitě, Osobní zkušenost. Tato část na základě získaných výsledků také obsahuje návrh doporučení pro praxi.

SUMMARY

This thesis is focused on finding what approach to education for reproductive health for persons with intellectual disabilities special education teachers have and on issues of sexuality of persons with intellectual disabilities.

The theoretical part deals with explaining key words concerning sexuality and reproductive health such as sexuality, education to reproductive health and sexual education. Regarding that the thesis is focused on persons with intellectual disability, the theoretical part also anchors qualification and distinction of categories of mental retardation. Additionally, the theoretical part contains foreign researches.

The practical part uses interviews in order to discover how respondents, in this case special education teachers, approach education of reproductive health. Within the coding of the detected data arose individual categories which are later dealt with and evaluated in the methodological part. The categories were titled: Discussed topics, Methods of working, Cooperation with family, Myths about sexuality, Personal experience. Based on the acquired results, this part is also enriched with a recommendation for practice.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. **BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL**, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
2. **BERNOLDO VÁ, Jana a Zdeňka ADAMČÍKOVÁ**. *Neobyčejné rodičovství: Sebevzdělávací materiály* [online]. 2013 [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <http://www.neobycejnerodicovstvi.cz/#>
3. **BERNOLDO VÁ, Jana, Iva STRNADO VÁ a Zdeňka ADAMČÍKOVÁ**, 2019. *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Karolinum. ISBN 978-80-246-4329-8.
4. **ČELEDO VÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA**, 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
5. **ČERNÁ, Marie a kolektiv**, 2015. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Univerzita Karlova v Praze. ISBN 9788024630717.
6. **EASTGATE, Gillian, Mieke L Van DRIEL, Nicholas G LENNOX a Elly SCHEERMEYER**, 2011. Women with intellectual disabilities: a study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *PubMed* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21597535/>
7. **EASTGATE, Gillian, Mieke L Van DRIEL, Nicholas G LENNOX a Elly SCHEERMEYER**, 2012. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention: a study of family members and support workers. *PubMed* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22396927/>
8. **Freya** [online]. [cit. 2021-5-22]. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs>
9. **HENDL, Jan**, 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Portál. ISBN 8073670402.
10. **JANDOUREK, Jan**, 2012. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3679-2.
11. **JONÁŠOVÁ, Iveta**, 2014. Děti a sexualita. *Šance dětem* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/deti-sexualita#jak-o-sexualite>
12. **KALÁČKOVÁ, Tereza**. Rodina a sexuální výchova? *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://www.planovanirodiny.cz/sbornik-2015/111-rodina-a-sexualni-vychova>

13. **KIJAK, Remigiusz**, 2013. The Sexuality of Adults with Intellectual Disability in Poland. *SpringerLink* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-013-9294-8>
14. **KOPECKÝ, Milan a kolektiv**, 2012. *Úvod do výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3369-1.
15. **KOZÁKOVÁ, Zdeňka**, 2013. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3680-7.
16. **KROUPOVÁ, Kateřina a kolektiv**, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5264-8.
17. **LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, Stanislava**, 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0502-9.
18. **MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ a kolektiv**, 2016. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
19. **MIOVSKÝ, Michal**, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
20. **MKN-10 2021: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí** [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>
21. **MLÝNKOVÁ, Jana**, 2010. *Pečovatelství 2. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3185-8.
22. *Národní pedagogický institut České republiky: Rámcové vzdělávací programy* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp>
23. *Rámcový vzdělávací program pro speciální vzdělávání* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/ramcove-programy-pro-specialni-vzdelavani>
24. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [online], 2017. Praha [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/43792/>
25. **RÁŽOVÁ, Jarmila**. *Podpora zdraví* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/850-podpora-zdravi->
26. **RODEN, Rosemary Claire, Elizabeth Koss SCHMIDT a Cynthia HOLLAND-HALL**, 2020. Sexual health education for adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities: recommendations for accessible sexual and reproductive health information. *PubMed* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32827491/>

27. **ŘÍČAN, Pavel**, 2013. Sexuální výchova - základ je v rodině. *Metodický portál RVP.CZ* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/P/17839/SEXUALNI-VYCHOVA---ZAKLAD-JE-V-RODINE.html/>
28. **SLOWÍK, Josef**, 2016. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
29. *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/>
30. **ŠEĐOVÁ, Klára, Roman ŠVAŘÍČEK a kolektiv**, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
31. **ŠÍDOVÁ, Lucie a Petra ROHOVSKÁ**, 2018. Pojdme se bavit o sexualitě a vztazích. In: *8. moravský regionální kongres k sexuální výchově: SBORNÍK REFERÁTŮ*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 84-86. ISBN 978-80-905696-7-6.
32. **ŠILEROVÁ, Lenka**. Faktory sexuální výchovy v rodině. *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://www.planovanirodiny.cz/sbornik-2015/116-faktory-sexualni-vychovy-v-rodine>
33. **ŠTĚRBOVÁ, Dana a kolektiv**, 2012. *Sexuální výchova - multidisciplinární přístup*. Ostrava: CAT Publishing. ISBN 978-80-904290-5-5.
34. **ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ**, 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5025-4.
35. **ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ**, 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě II: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením - z empirického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4994-4.
36. **ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT, Petr WEISS a kolektiv**, 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.
37. **TICHÁ, Jiřina**, 2012. SEXUÁLNÍ VÝCHOVA ANO, NEBO NE? *Učitelské noviny* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&rocnik=2012&cislo=08>

38. **UZEL, Radim**, 2016. Sexuální výchova v rodině i ve škole. *Šance dětem* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/sexualni-vychova-v-rodine-i-ve-skole>
39. **VALENTA, Milan a kolektiv**, 2014. *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.
40. **VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH a kolektiv**, 2018. *Mentální postižení*. 2. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
41. **VENGLÁŘOVÁ, Martina, Petr EISNER a kolektiv**, 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-5.
42. **VRÁNOVÁ, Věra**, 2010. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2629-7.
43. **WALTERS, Frinny Polanco a Susan Hayden GRAY**, 2018. *Addressing sexual and reproductive health in adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities* [online]. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846252/>
44. **WEISS, Petr a Jaroslav ZVĚŘINA**. *Sexuální chování v ČR: Srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008* [online]. 2009 [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>
45. **WEISS, Petr a kolektiv**, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472-492-8.
46. *Zákon o pedagogických pracovnících* [online], 2004. [cit. 2021-5-21]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/38850/>

Seznam zkratek

AAK – alternativní a augmentativní komunikace

CNS – centrální nervová soustava

ČR – Česká republika

IQ – inteligenční kvocient

LMR – lehká mentální retardace

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MP – Mentální postižení

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NÚV – Národní pedagogický institut (dříve Národní ústav pro vzdělávání)

RVP – rámcový vzdělávací program

SMR – střední mentální retardace

SPMPČR – Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice

SPRSV – Společnost pro rodinu a sexuální výchovu

ŠVP – školní vzdělávací program

tzv. – takzvaný, takzvaně

VkZ – Výchova ke zdraví

WHO – světová zdravotnická organizace

Anotace

Jméno a příjmení:	Eliška Václavská
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Věra Vránová, Ph. D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Sexualita osob s mentálním postižením a edukace k reprodukčnímu zdraví
Název v angličtině:	Sexuality of persons with intellectual disabilities and education for reproductive health
Anotace práce:	Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. Předmětem teoretické části je ukotvení klíčových pojmů souvisejících se zaměřením práce. Jsou jimi zejména sexualita, mentální postižení, výchova k reprodukčnímu zdraví. V praktické části je provedeno výzkumné šetření prostřednictvím rozhovorů se speciálními pedagogy. Cílem bylo zjištění přístupu speciálního pedagoga k výuce reprodukčního zdraví žáků s mentálním postižením v rámci předmětu výchova ke zdraví. Dále byla práce zaměřena na otázky sexuality týkající se osob s mentálním postižením.
Klíčová slova:	Sexualita, mentální postižení, osoba s mentálním postižením, výchova ke zdraví, reprodukční zdraví
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with key words concerning the aim of the thesis such as sexuality, intellectual disability, education for

	<p>reproductive health. The practical part is focused on research using a method of interviews with special education teachers. The aim was to discover what approach to education for reproductive health for persons with intellectual disabilities special education teachers have. The thesis also deals with issues of sexuality of persons with intellectual disabilities.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Sexuality, intellectual disability, persons with intellectual disabilities, health education, reproduction health</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>0</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>51</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český</p>